

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Зігмунд Фройд Університет Україна

Кафедра психології

“Допущено до захисту”

Рішенням засідання кафедри психології

Протокол № 5 від 26.01.2026

Кваліфікаційна робота

Другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

**“Резильєнтність та копінг-стратегії у посттравматичному
відновленні жінок під час війни”**

Виконала:

магістрантка 2-го курсу

групи М-9-24Пс

факультету психології

спеціальності 053 Психологія

Гризівська Оксана Василівна

Наукова керівниця:

Великодна Мар'яна Сергіївна

доцентка кафедри психології

Рецензент: к.психол.н. Єгор Кучеренко

КИЇВ – 2026

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження ролі резильєнтності та копінг-стратегій у посттравматичному відновленні жінок в умовах війни.

Актуальність дослідження зумовлена впливом тривалого воєнного стресу на психологічне функціонування жінок, а також необхідністю вивчення чинників, що визначають різні траєкторії посттравматичного реагування – від дезадаптації до посттравматичного зростання. Особливої уваги потребує аналіз взаємодії індивідуальних психологічних ресурсів і способів подолання стресу в умовах хронічної травматизації.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення взаємозв'язків між рівнем резильєнтності, копінг-стратегіями та показниками посттравматичного відновлення жінок під час війни, а також виокремлення психологічних профілів посттравматичного реагування.

У роботі використано теоретичні методи аналізу, узагальнення та систематизації наукових джерел, а також емпіричні методи дослідження. Зокрема, застосовано стандартизовані психодіагностичні інструменти: International Trauma Questionnaire (ITQ), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) та Brief COPE. Обробка результатів здійснювалася із використанням методів математичної статистики (описова статистика, кореляційний та кластерний аналіз) за допомогою програмного забезпечення Jamovi.

У дослідженні взяли участь жінки, які проживають в умовах воєнного стресу. Отримані результати засвідчили наявність взаємозв'язків між рівнем резильєнтності, типами копінг-стратегій і показниками травматичної симптоматики та посттравматичного зростання. Встановлено, що адаптивні копінг-стратегії пов'язані з вищими показниками посттравматичного

зростання, тоді як неадаптивні – із більш вираженою травматичною симптоматикою.

На основі кластерного аналізу виокремлено відмінні психологічні профілі посттравматичного реагування, що відображають різні траєкторії адаптації жінок в умовах війни.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у психологічному консультуванні та розробці програм психосоціальної підтримки, спрямованих на підвищення резильєнтності та формування адаптивних стратегій подолання стресу.

Ключові слова: резильєнтність, копінг-стратегії, посттравматичне відновлення, посттравматичне зростання, ПТСР, жінки, війна.

ABSTRACT

This master's thesis presents a theoretical and empirical study of the role of resilience and coping strategies in the post-traumatic recovery of women in wartime conditions.

The relevance of the study is determined by the impact of prolonged war-related stress on women's psychological functioning and the need to investigate factors that determine different trajectories of post-traumatic responses – from maladaptation to post-traumatic growth. Particular attention is given to the interaction between individual psychological resources and coping mechanisms under conditions of chronic trauma exposure.

The aim of the study is to theoretically substantiate and empirically examine the relationships between resilience, coping strategies, and indicators of post-traumatic recovery in women during wartime, as well as to identify distinct psychological profiles of post-traumatic responses.

The study employs theoretical methods of analysis, synthesis, and systematization of scientific literature, as well as empirical research methods.

Standardized psychodiagnostic instruments were used, including the International Trauma Questionnaire (ITQ), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10), and Brief COPE. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, and cluster analysis in Jamovi software.

The sample consisted of women living under conditions of war-related stress. The results demonstrated significant relationships between resilience, coping strategies, and indicators of traumatic symptomatology and post-traumatic growth. Adaptive coping strategies were associated with higher levels of post-traumatic growth, while maladaptive strategies were linked to more pronounced traumatic symptoms.

Cluster analysis revealed distinct psychological profiles of post-traumatic responses, reflecting different patterns of adaptation among women in wartime conditions.

The practical significance of the study lies in the potential application of the findings in psychological counseling and the development of psychosocial support programs aimed at enhancing resilience and promoting adaptive coping strategies.

Keywords: resilience, coping strategies, post-traumatic recovery, post-traumatic growth, PTSD, women, war.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ I. Теоретичні засади вивчення резильєнтності та копінг-стратегій у посттравматичному відновленні	10
1.1. Травма та посттравматичне відновлення	10
1.1.1. Розвиток поняття психічної травми у психології	10
1.1.2. Посттравматичне відновлення як об'єкт міждисциплінарних досліджень	14
1.2. Роль резильєнтності у переживанні та опануванні травматичного досвіду	18
1.3. Копінг-стратегії як засоби мінімізації наслідків травми	25
Висновки до першого розділу	30
РОЗДІЛ II. Емпіричне дослідження зв'язку резильєнтності та копінг-стратегій із посттравматичним відновленням жінок під час війни	33
2.1. Організація дослідження	33
2.1.1. Дослідний дизайн	33
2.1.2. Розробка питальника	33
2.1.3. Учасники та процедура дослідження	35
2.1.4. Аналіз даних	36
2.2. Результати емпіричного дослідження	36
2.2.1. Респонденти	36
2.2.2. Описові показники посттравматичного ушкодження та зростання	39
2.3. Обговорення результатів	52
Висновки до другого розділу	56
РОЗДІЛ III. Емпіричне дослідження психологічного профілю посттравматичного відновлення жінок під час війни	58

3.1. Організація дослідження	58
3.2. Результати кластерного аналізу	58
3.3. Обговорення результатів	61
Висновки до третього розділу	64
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	74

Вступ

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна в Україні стала потужним і тривалим стресогенним чинником, який суттєво впливає на психологічне функціонування населення [8]. На відміну від короточасних або локалізованих травматичних подій, війна створює умови хронічної невизначеності, повторюваних загроз, втрат і порушення базового відчуття безпеки, що ускладнює процеси психологічної адаптації та відновлення [9]. У цьому контексті особливої уваги потребує вивчення посттравматичних реакцій, які можуть проявлятися як у формі травматичної симптоматики, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і комплексного ПТСР, так і у вигляді позитивних психологічних змін, описуваних у межах концепції посттравматичного зростання.

Жінки в умовах війни нерідко зазнають підвищеного психологічного навантаження, поєднуючи вплив воєнних загроз із відповідальністю за сімейне функціонування, турботу про дітей, досвід вимушеного переміщення або втрат. Водночас наявні емпіричні дослідження демонструють значну варіативність посттравматичних реакцій навіть у межах однієї соціальної групи, що свідчить про роль індивідуальних психологічних ресурсів і стратегій подолання стресу у процесі адаптації.

У сучасній психологічній науці дедалі більшої уваги набуває вивчення резильєнтності як інтегрального ресурсу психологічної саморегуляції, а також копінг-стратегій як динамічних способів реагування на стресові ситуації. Дослідження показують, що характер використовуваних копінг-стратегій і рівень резильєнтності можуть бути пов'язані як із тяжкістю травматичної симптоматики, так і з можливістю когнітивної та смислової переробки травматичного досвіду. Водночас питання про те, яким чином ці змінні поєднуються між собою в умовах тривалої воєнної травматизації та чи утворюють вони відмінні профілі посттравматичного реагування, залишається недостатньо дослідженим.

Актуальність цього дослідження зумовлена необхідністю комплексного аналізу взаємозв'язків між резильєнтністю, копінг-стратегіями та показниками посттравматичного відновлення жінок в умовах війни, а також потребою в емпірично обґрунтованому підході до виявлення різних траєкторій психологічної адаптації.

Проблематика посттравматичних реакцій і відновлення активно досліджується в межах клінічної та соціальної психології. Значна кількість робіт присвячена вивченню ПТСР, механізмів його формування та підтримання, а також чинників ризику і захисту. Окремий напрям становлять дослідження комплексного ПТСР, які акцентують увагу на порушеннях самоорганізації, емоційної регуляції та міжособистісного функціонування. Паралельно розвивається напрям досліджень посттравматичного зростання, у межах якого травматичний досвід розглядається не лише як джерело дезадаптації, а й як потенційний стимул для позитивних змін за умови наявності відповідних внутрішніх і зовнішніх ресурсів.

Разом із тим, попри значний обсяг наукових напрацювань, існує обмежена кількість досліджень, у яких резильєнтність, копінг-стратегії, травматична симптоматика та посттравматичне зростання аналізуються в єдиній емпіричній моделі, особливо в контексті повномасштабної війни в Україні та з фокусом на жіночій вибірці. Це зумовлює потребу в подальших дослідженнях, спрямованих на виявлення закономірностей посттравматичного реагування та відновлення в умовах тривалого воєнного стресу.

Об'єкт дослідження – посттравматичне психологічне функціонування жінок в умовах війни.

Предмет дослідження – роль резильєнтності, копінг-стратегій у посттравматичному відновленні жінок в умовах війни.

Мета дослідження – теоретичне вивчення та емпіричне дослідження взаємозв'язків між рівнем резильєнтності, копінг-стратегіями та показниками

посттравматичного відновлення жінок в умовах війни, а також виявлення відмінних психологічних профілів посттравматичного реагування.

Дослідні питання. У зв'язку з дослідницьким характером роботи та кореляційним дизайном у дослідженні сформульовано такі дослідні питання:

1. якими є особливості взаємозв'язку між резильєнтністю та показниками травматичної симптоматики і посттравматичного зростання у жінок в умовах війни;
2. які копінг-стратегії асоціюються з більшою або меншою вираженістю симптомів ПТСР і комплексного ПТСР;
3. які копінг-стратегії пов'язані з вищими показниками посттравматичного зростання;
4. чи можливо на основі показників резильєнтності, копінг-стратегій і травматичної симптоматики виокремити відмінні психологічні профілі посттравматичного відновлення жінок.

Завдання дослідження. Для досягнення поставленої мети у роботі передбачено виконання таких завдань:

- здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення посттравматичного стресу, комплексного ПТСР, посттравматичного зростання, резильєнтності та копінг-стратегій;
- обґрунтувати методологію та методи емпіричного дослідження;
- проаналізувати взаємозв'язки між резильєнтністю, копінг-стратегіями та показниками посттравматичного відновлення;
- виявити психологічні профілі посттравматичного реагування жінок на основі кластерного аналізу;
- інтерпретувати отримані результати в контексті сучасних теоретичних підходів і окреслити можливі напрями практичного застосування.

Теоретичне значення роботи полягає у поглибленні уявлень про взаємодію резильєнтності, копінг-стратегій та посттравматичного відновлення в умовах тривалого воєнного стресу, а також у розширенні знань про варіативність психологічних траєкторій посттравматичного реагування жінок.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у психологічному консультуванні та психосоціальних інтервенціях, спрямованих на підтримку жінок, які переживають наслідки війни, з урахуванням їхніх індивідуальних ресурсів і копінг-профілів.

Наукова новизна дослідження. Наукова новизна роботи полягає у комплексному аналізі взаємозв'язків між резильєнтністю, копінг-стратегіями, травматичною симптоматикою та посттравматичним зростанням у вибірці жінок в умовах війни, а також у виокремленні відмінних психологічних профілів посттравматичного відновлення на основі емпіричних даних.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі подано теоретичний аналіз проблеми, у другому – описано результати емпіричного дослідження методом кореляційного аналізу, у третьому – представлено результати емпіричного дослідження методом кластерного аналізу.

Розділ 1. Резильєнтність та копінг-стратегії у посттравматичному відновленні жінок під час війни

1.1. Травма та посттравматичне відновлення

1.1.1. Розвиток поняття психічної травми у психології

Поняття «психічна травма» і «психологічна травма» почали використовувати в науковій, психіатричній і психологічній літературі з кінця XIX – початку XX століття [17]. Їхнє становлення пов'язане з розвитком психоаналізу, клінічної психіатрії, військової медицини, а згодом – гуманістичної психології та травма-центричних терапевтичних підходів [там само].

У 1889 році П'єр Жане увів поняття психічної травми як переживання, що розщеплює свідомість і зумовлює дисоціацію [цит. за 39]. Жане сформулював, що травма – це неопрацьована подія, яка повторно проявляється у вигляді тілесних реакцій, амнезій чи автоматичних дій [39]. Його вважають одним із перших, хто клінічно та теоретично описав психічну травму [40].

У 1895–1905 роках Зигмунд Фройд і Йозеф Брейєр спочатку трактували травму як реальне сексуальне насильство в дитинстві, а згодом – як фантазію з аналогічним психічним ефектом [36]. Тоді ж було введено термін *Nachträglichkeit* (післядія), що описує травматизацію заднім числом [35]. За З. Фройдом, травма – це переживання, що призводить до різкого збільшення подразнення, яке не вдається опрацювати, що може спричинити тривалі порушення у витраті енергії [35]. Походження травми, відповідно до цієї концепції, пояснюється переважно психічним конфліктом між лібідо та його витисненням [35].

Вернер Болебер у своїй роботі підкреслює, що психоаналіз розпочався як теорія травми, де Фройд спочатку пов'язував істерію з патогенними

спогадами про реальні травматичні події, зокрема сексуальне зваблення в дитинстві, але згодом відмовився від цієї ідеї на користь дослідження психічної реальності та несвідомих фантазій [25]. Автор зазначає, що травма набула центрального значення в ХХ столітті через катастрофи, такі як світові війни та Голокост, які не лише спричиняли індивідуальні психічні наслідки, але й формували колективну пам'ять, включаючи трансгенераційну передачу травми жертвам та нащадкам винуватців [25]. Болебер аналізує Фройдову теорію пам'яті, де спогади є мнемонічними слідами, що зазнають перезапису та ретроактивного переозначення (*Nachträglichkeit*), що робить травму динамічним процесом, залежним від теперішнього контексту, та підкреслює необхідність її опрацювання в терапії для подолання компульсивного повторення [25].

У 1914–1940-х роках поняття «психічна травма» розвивалося у військовій психіатрії [42]. З'явилися терміни «військовий невроз» і «травматичний невроз» – реакція солдатів на постійний шок. Психіатри описували психічну травму як наслідок екстремальних умов, а не лише внутрішніх конфліктів [42].

У 1950–1970-х роках термін «психологічна травма» почав уживатися паралельно з «психічною» в гуманістичному та екзистенційному контексті [49]. Психологічна травма – це особистісна реакція, пов'язана з порушенням сенсів, самоідентичності, довіри до світу [49]. Термін популяризувався в контексті сімейного насильства, сексуального насильства та травм дитинства [38].

Війна у В'єтнамі та свідчення жертв сексуального насильства призвели до офіційного визнання психологічної травми як пускового механізму розладів. У 1980-х роках у DSM-III з'явився діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [24].

Починаючи з 1990-х років, поняття «психологічна травма» розширюється. Бессел ван дер Колк, Джудіт Герман, Рут Ланіус та інші розмежовують травму як подію і травму як ефект, наголошуючи на впливі на

тіло, пам'ять, емоції та образ «Я» [61]. Вони вводять поняття комплексної психологічної травми, що розвивається через повторну експозицію [61].

У DSM-5 (Американська психіатрична асоціація, 2013) і МКХ-11 (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019) терміни «психічна травма» та «психологічна травма» не визначаються як окремі діагностичні одиниці. Вони розглядаються як чинники, що викликають певні розлади, зокрема ПТСР, гострий стресовий розлад, розлад адаптації та комплексний ПТСР (у МКХ-11). У DSM-5 травматична подія визначається як така, в якій особа зазнала фактичної чи загрозової смерті, серйозної травми або сексуального насильства, особисто пережила, спостерігала чи дізналася про подібне, що сталося з близькою людиною. Це визначення є критерієм А для діагнозу ПТСР [23].

МКХ-11 описує психологічну травму як реакцію на надзвичайно загрозову або жахливу подію, що виходить за межі звичайного людського досвіду [63]. DSM-5 підкреслює експозицію до події (фізичну чи емоційну), включаючи переживання, флешбеки, уникання, гіперзбудження та негативні зміни мислення [23]. Терміни «психологічна травма» чи «психічна травма» використовуються лише як описові в межах критеріїв ПТСР. МКХ-11 запроваджує комплексний ПТСР, який, окрім симптомів ПТСР (повторне переживання, уникання, збудження), включає розлад регуляції афекту, негативну самооцінку та труднощі у взаємостосунках, приділяючи більше уваги наслідкам тривалого чи повторного насильства, особливо в дитинстві [14].

Шапар В. Б. визначає психічну травму як різноманітні ушкодження психіки, що порушують її нормальний стан, викликають психічний дискомфорт і є причиною неврозів та інших захворювань [20]. У психологічному словнику за редакцією Н. А. Побірченко психічна травма – це травма, спричинена дією особисто значущої інформації, яка за недостатності механізмів психологічного захисту та наявності певних рис особистості може призвести до розвитку психічного захворювання [17]. За

визначенням Л. О. Герасименко, А. М. Скрипнікова, Р. І. Ісакова, психічна травма – це життєва подія чи ситуація, що зачіпає суб'єктивно значимі аспекти життєдіяльності людини, викликаючи глибокі емоційні переживання [1]. Л. І. Паливода зазначає, що психічна та психологічна травми часто розглядаються як синонімічні, але психологічна травма акцентує суб'єктивну інтерпретацію травмуючої події, тоді як травма втрати є окремим різновидом психічної травми. Її дослідження підкреслюють важливість суб'єктивного сприйняття подій, що виходять за межі індивідуального досвіду, та пов'язаних із ними почуттів безпорадності й жаху [15].

У науковому дискурсі сформовано низку підходів до пояснення механізмів виникнення та збереження травматичного досвіду. Так, Бессел ван дер Колк розробив теорію травматичної пам'яті, згідно з якою травма зберігається не в наративній (автобіографічній), а в тілесній, сенсорній та афективній пам'яті. Симптомами є флешбеки, тілесні реакції та «ембоді» (втілення) травми [61, 62]. Джон Боулбі у теорії прив'язаності і травми стверджує, що втрата фігури прив'язаності в дитинстві призводить до дезорганізованої прив'язаності, яка є основою психологічної травматизації [27].

Джудіт Герман у теорії комплексної (кумулятивної) травми зазначає, що повторна чи хронічна травма (насильство в сім'ї, полон, тортури) спричиняє дисоціацію, розлад ідентичності та втрату автономії, вводячи поняття комплексного ПТСР [38].

П'єр Жане, автор теорії дисоціації та розщеплення, говорить про те, що травма спричиняє порушення цілісності свідомості, пам'яті, ідентичності. Його вважають першим, хто системно досліджував психологічну травму [39, 40, 41].

У когнітивно-поведінковій теорії травми Елерс і Кларк (2000) стверджують, що травма формує негативні когнітивні схеми («Я безпорадний», «Світ небезпечний»). Симптоми виникають через надмірну увагу до загроз та помилки у переробці інформації [33].

Рут Ланіус, Мартін Тайчер, Брюс Перрі, автори нейропсихологічної моделі травми, вважають, що травма змінює мозкові структури – гіпокамп, мигдалеподібне тіло, префронтальну кору, викликаючи гіперактивність загрози та зниження контролю над емоціями [45; 59; 51].

Екзистенційна концепція травми Ірвіна Ялома та Віктора Франкла описує травму як таку, що активує екзистенційні конфлікти – страх смерті, ізоляцію, втрату сенсу. Психотерапія допомагає наповнити страждання змістом [64; 34].

У полівагальній теорії Стівена Поргеса травма активує симпатичну або парасимпатичну систему, що пояснює стан «замороження». Визначається роль блукаючого нерва у регуляції безпеки/страху [53]. Ці нейрофізіологічні аспекти травми стали основою для подальших досліджень не лише механізмів її виникнення, а й шляхів подолання. Зокрема, у 1990-х роках почав активно вживатися термін «посттравматичне відновлення» паралельно з дослідженнями ПТСР, психологічної травми та появою концепцій посттравматичного зростання. Його поширення пов'язане з переходом фокусу психотерапії від опису симптомів до стратегій відновлення життєздатності, самооцінки, довіри та сенсу життя.

1.1.2. Посттравматичне відновлення як об'єкт міждисциплінарних досліджень

В сучасній фаховій літературі питання посттравматичного відновлення розкрито через низку суміжних понять, як-от: відновлення після травми [38], подолання травми [37], посттравматичне зростання [57], які частково перетинаються. За Джонсом [43], посттравматичне відновлення розглядається у таких значеннях:

1. Посттравматичне зростання – позитивні трансформації після травматичної події, що ведуть до глибшого розуміння себе, пошуку

нових сенсів і цілей. Це процес, що потребує часу, витримки та підтримки [27].

2. Реабілітація – відновлення втрачених функцій і повернення до попереднього рівня життєдіяльності, включаючи лікування психологічних розладів, таких як ПТСР. Посттравматичне відновлення є частиною реабілітації.
3. Зарубіжні концепції: відновлення після травми (Trauma Recovery), подолання травми (Coping with Trauma), перемога над травмою (Overcoming Trauma).

Відтак, розкриємо зміст цих понять та динаміку описаних ними явищ. Тема Браянт-Девіс описує відновлення після травми як складний процес, що залежить від міжособистісної травми, культурного контексту, культурної компетентності та перетину ідентичностей. Відновлення передбачає повернення до психологічного благополуччя з урахуванням культурних і соціальних аспектів, особливо для маргіналізованих груп [28]. Орла Т. Малдун, С. Александер Хаслам, Кетрін Хаслам, Теган Крюйс, Мішель Кірнс, Джоланда Джеттен зазначають, що відновлення після травми стосується повернення до функціонального стану, що залежить від соціальних ідентичностей, підтримки групи та почуття приналежності. Воно не обов'язково включає позитивні зміни, а зосереджується на поверненні до нормального функціонування [50]. Джудіт Герман у книзі «Травма і відновлення» (1992) систематизувала етапи посттравматичного відновлення [38]:

1. Стабілізація – відновлення безпеки, опори, контролю над тілом і емоціями.
2. Опрацювання травми – реконструкція подій, інтеграція пам'яті.
3. Відновлення зв'язків – відновлення стосунків, ідентичності, автономії.

У 2000-х роках поширюється термін «посттравматичне зростання» (ПТЗ), запропонований Річардом Тедеші та Лоуренсом Калгуном (1995–1996). Він означає позитивні особистісні зміни внаслідок

осмислення травми, що є частиною процесу відновлення, але не заперечує біль [57].

Основні причини виникнення терміну:

- зміщення фокусу від патології до ресурсу: не лише лікувати симптоми, а й допомагати людині стати активним суб'єктом життя;
- поширення гуманістичної, екзистенційної та травма-фокусованої терапії;
- потреба в нових моделях роботи з жертвами катастроф, воєн, домашнього насильства.

«Посттравматичне відновлення» в різних роботах вживається:

- як етап терапії (наприклад, у когнітивно-поведінковій чи тілесно-орієнтованій терапії) [61];
- як компонент кризової психології;
- у дослідженнях психологічної резильєнтності та адаптації після ПТСР [27];
- у концепціях віктимології (відновлення після насильства).

Цей еволюційний зсув від патологічної моделі до акценту на ресурсах і трансформації закладає основу для сучасних підходів до посттравматичного відновлення.

Відновлення після травми розглядається як багатогранний, індивідуалізований процес, що включає повернення до психологічного благополуччя або функціонального стану, часто з елементами посттравматичного зростання (ПТЗ). Воно залежить від психологічної стійкості, механізмів подолання, систем підтримки та попереднього стану психічного здоров'я [55]. Відновлення не обмежується зменшенням симптомів ПТСР, а охоплює суб'єктивний прогрес у зв'язках, надії, ідентичності, сенсі життя та розширенні можливостей (модель SHIME) [54]. Воно може бути поверненням до попереднього рівня психологічного функціонування або адаптацією з відновленням стабільності [48]. У трансформаційному аспекті відновлення подібне до «героїчної подорожі» за

Кемпбеллом (1949), з етапами відправлення, ініціації та повернення, що ведуть до психологічного зцілення та самопізнання [43].

Подолання травми пов'язане з використанням адаптивних механізмів для управління психологічними та емоційними наслідками. До них належать професійна допомога, фізична активність, практика усвідомленості, соціальна підтримка, зміцнення ресурсів, участь у значущій діяльності та переосмислення досвіду [54; 55]. Люди з вищим рівнем психічного благополуччя частіше застосовують ці стратегії, тоді як із нижчим – вдаються до уникнення чи вживання речовин [55]. Подолання включає перехід від неадаптивних стратегій (дисоціація, уникнення) до здорових через терапію, що сприяє інтеграції травматичного досвіду [43]. Воно також охоплює психологічні та соціальні стратегії, такі як соціальна підтримка групи, ідеологічна відданість чи переосмислення, які зменшують ризик ПТСР і сприяють резильєнтності [48; 50]. Культурно адаптовані підходи, такі як когнітивна обробка (СРТ) і тривала експозиція (РЕ), враховують релігію, сім'ю, бідність та аккультурацію [28].

Перемога над травмою проявляється в посттравматичному зростанні (ПТЗ) та здатності знаходити сенс і силу після травматичних подій, що пов'язано з психологічною стійкістю, емоційною регуляцією та трансформацією досвіду в можливість для зростання [48; 55]. Вона асоціюється з досягненням особистісного зростання та позитивних змін у стосунках, пріоритетах чи самоповазі, що виходить за межі простого відновлення чи подолання симптомів [48; 54]. Перемога інтерпретується як формування нових соціальних ідентичностей, опір травмі та інтеграція духовних аспектів через культурно чутливі підходи, що сприяють психологічному зростанню та резильєнтності [28; 50]. У героїчній моделі перемога – це завершення подорожі, коли людина набуває нових сил, мудрості та здатності допомагати іншим, інтегруючи травматичний досвід у нову життєву історію [43].

Отже, інтегруючи історичний розвиток понять травми з сучасними моделями відновлення, подолання та перемоги над нею, можна зробити такі висновки.

Підсумовуючи викладене, можна зазначити, що еволюція понять «психічна травма» та «психологічна травма» пройшла шлях від медичних і психоаналітичних інтерпретацій кінця XIX століття до сучасних багатокомпонентних концепцій, які інтегрують клінічні, нейропсихологічні, когнітивно-поведінкові, екзистенційні та культурно чутливі підходи. Сучасне розуміння травми виходить за межі опису симптоматики, враховуючи її вплив на тіло, емоції, когніції, ідентичність і соціальні зв'язки. Особливу увагу науковці приділяють комплексній травмі, впливу повторних або тривалих травмуючих подій, а також значенню суб'єктивного сприйняття досвіду та індивідуальних ресурсів людини.

Концепція посттравматичного відновлення постає як динамічний, індивідуалізований і багатовимірний процес, що охоплює стабілізацію, інтеграцію досвіду, відновлення соціальних зв'язків і розвиток посттравматичного зростання. Вона акцентує зміщення фокусу з патології на потенціал людини до відновлення і трансформації, враховуючи культурний, соціальний та особистісний контекст. Таким чином, посттравматичне відновлення розглядається не лише як подолання наслідків травми, але і як можливість для глибинних позитивних змін, що зміцнюють психологічну стійкість і сприяють формуванню нових життєвих сенсів.

1.2. Роль резильєнтності у переживанні та опануванні травматичного досвіду

Резильєнтність, як зазначає Кокун, є складним і багатогранним феноменом, що охоплює психологічні, соціальні, біологічні та культурні аспекти [8]. Вона визначається як здатність людини або системи адаптуватися до стресових умов, зберігати психологічну рівновагу та відновлюватися після

травматичних подій [16; 8]. У контексті переживання травматичного досвіду резильєнтність відіграє вирішальну роль, дозволяючи людині не лише справлятися з наслідками травми, але й знаходити нові сенси та можливості для розвитку [27]. Цей розділ присвячений аналізу ролі резильєнтності у переживанні та опануванні травматичного досвіду, з урахуванням як українських, так і зарубіжних досліджень, що висвітлюють цей феномен у різних контекстах.

Резильєнтність як психологічний феномен має глибоке коріння в історії психологічних досліджень. Її почали активно вивчати в 1970-х роках, коли дослідники, такі як Еммі Вернер, звернули увагу на те, що деякі люди, попри важкі життєві обставини, демонструють здатність до позитивної адаптації [27]. У своїй 32-річній лонгітюдній студії Вернер виявила, що третина дітей, які зростали в умовах бідності, сімейного конфлікту чи залежності батьків, змогли подолати ці труднощі та досягти успіху в дорослому житті завдяки захисним факторам, таким як освіта, стабільні стосунки та віра [27]. Ці висновки заклали основу для розуміння резильєнтності як процесу, що включає взаємодію внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які допомагають людині справлятися з травматичними подіями.

У контексті сучасних реалій, зокрема в Україні, де війна спричинила масові психотравматичні ситуації, резильєнтність набуває особливого значення, що підтверджується роботами Кокуна [8]. Як зазначає Кокусун, війна, розв'язана Росією проти України, створила безпрецедентні виклики для ментального здоров'я населення, підкреслюючи необхідність розвитку резильєнтності для забезпечення психологічної стійкості та ефективного функціонування в екстремальних умовах [8].

Травматичний досвід, як правило, пов'язаний із серйозними порушеннями психологічної рівноваги, що може призводити до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії чи тривожних станів. За визначенням Американської психологічної асоціації, травма – це емоційно болісний досвід, який може призвести до психічного порушення чи

дисфункції, якщо людина не здатна ефективно впоратися з ним [27]. Дослідження показують, що не всі люди, які зазнають травматичних подій, розвивають ПТСР [27]. Багато хто демонструє резильєнтність, що дозволяє їм зберігати психічне здоров'я та адаптуватися до нових умов. Наприклад, дослідження Малімон і Пархоменко, проведене серед жінок, які втратили близьких внаслідок воєнних дій в Україні, показало, що високий рівень резильєнтності асоціюється з менш вираженими симптомами ПТСР та кращими показниками психологічного благополуччя [12]. Це підтверджує ідею, що резильєнтність є не статичною рисою, а динамічним процесом, який включає активне використання внутрішніх і зовнішніх ресурсів для подолання стресу.

Одним із ключових аспектів резильєнтності є її залежність від низки чинників, які діють на індивідуальному, сімейному, громадському та культурному рівнях [8]. На індивідуальному рівні важливими є такі фактори, як позитивне самовизначення, емоційний інтелект, гнучкість і оптимізм [8]. Як зазначають Потапов та інші дослідники, віра у власні можливості, здатність адаптуватися до змін і позитивне ставлення до життя значно зміцнюють психічну стійкість [16]. Наприклад, жінки, які пережили втрату близьких через війну, демонструють вищий рівень резильєнтності, якщо спираються на внутрішні ресурси, такі як віра, система переконань і когнітивні стратегії [12]. На сімейному рівні підтримка від близьких відіграє вирішальну роль. Дослідження Боулбі показало, що діти, які отримують підтримку від сім'ї, мають вищі шанси на подолання стресових ситуацій [27]. На громадському рівні соціальна підтримка, доступ до психологічних і соціальних послуг також сприяють резильєнтності. У контексті війни в Україні, де багато людей зіткнулися з втратами та переміщенням, наявність громадської підтримки, такої як волонтерські ініціативи чи психологічна допомога, може значно знизити рівень психологічної травматизації [12].

Зарубіжні дослідження, такі як робота Фрідберга і Малєфакіс, підкреслюють багатогранність резильєнтності, розглядаючи її як здатність

системи справлятися зі змінами, включаючи психологічні, біологічні та соціальні аспекти [37]. Вони зазначають, що резильєнтність не є рідкісною здатністю, а скоріше універсальним процесом, який можна розвивати через терапевтичні втручання. Наприклад, дослідження ветеранів війни та жертв природних катастроф показало, що люди з високим рівнем резильєнтності частіше використовують активні стратегії подолання, такі як пошук соціальної підтримки, рефлексія чи гумор [37]. Ці стратегії дозволяють не лише пережити травматичний досвід, але й досягти посттравматичного зростання, яке включає зміцнення особистості, покращення міжособистісних зв'язків і переоцінку життєвих цінностей [12; 27]. У цьому контексті посттравматичне зростання є важливим аспектом резильєнтності, оскільки воно відображає здатність людини не лише відновлюватися, але й знаходити нові сенси після травми.

Особливу увагу в контексті травматичного досвіду слід приділити ролі резильєнтності в організаційному контексті, що досліджується в організаційній психології. Як зазначає Креденцер, резильєнтність в організаціях проявляється на трьох рівнях: організаційному, командному та індивідуальному [10]. У період криз, таких як війна чи пандемія, організації стикаються з численними викликами, включаючи економічну нестабільність, міграцію працівників і погіршення ментального здоров'я персоналу. Організаційна резильєнтність передбачає здатність адаптуватися до цих умов, відновлюватися після потрясінь і використовувати отриманий досвід для подальшого розвитку [10]. На індивідуальному рівні резильєнтність персоналу залежить від професійних характеристик і організаційної поведінки, таких як самоефективність і здатність до адаптації. Дослідження Лутанса підкреслюють, що елементи психологічного капіталу, такі як надія, оптимізм і впевненість combinations, є ключовими для розвитку резильєнтності працівників [10]. В українському контексті, де війна створює додаткові виклики для організацій, резильєнтність стає необхідною умовою для збереження ефективності та конкурентоспроможності.

Резильєнтність також відіграє важливу роль у подоланні травматичного досвіду в умовах війни. Дослідження, проведені в Україні, показують, що особи з вищим рівнем резильєнтності, які беруть активну участь у воєнних подіях, наприклад, у бойових діях чи волонтерській діяльності, демонструють кращі адаптаційні можливості порівняно з тими, хто зазнає пасивного досвіду, такого як перебування на окупованих територіях чи вимушене переміщення [12]. Це узгоджується з концепцією, що активна залученість у значущу діяльність сприяє формуванню адаптивних стратегій і підтримці емоційної рівноваги [12; 8]. Наприклад, учасники бойових дій, які мають високий рівень самоефективності та віри у власні сили, частіше демонструють посттравматичне зростання, ніж особи, які зазнали травми через втрату близьких [12]. Це підкреслює важливість внутрішніх ресурсів, таких як когнітивні стратегії та рефлексія, у процесі опанування травматичного досвіду.

Нейробіологічні аспекти резильєнтності також є важливим напрямком досліджень. Зарубіжні вчені, такі як Ланіус та інші, виявили, що резильєнтність пов'язана з адаптивними змінами в нейронних ланцюгах, які регулюють страх, винагороду, емоції та соціальну поведінку [45]. Наприклад, дослідження на мишах показало, що білок β -catenin у ядрі прилеглого (nucleus accumbens) відіграє ключову роль у формуванні резильєнтних реакцій на стрес [45]. Ці зміни дозволяють людині ефективніше справлятися з травматичними подіями, зменшуючи ризик розвитку ПТСР. Крім того, генетичні та епігенетичні фактори, такі як поліморфізми генів серотонінового транспортера чи мозкового нейротрофічного фактора, впливають на рівень резильєнтності, визначаючи індивідуальну вразливість до стресу [12]. Ці дані відкривають нові перспективи для розробки терапевтичних підходів, які можуть посилювати резильєнтність на біологічному рівні.

У контексті війни в Україні особливу увагу приділено емпіричним дослідженням резильєнтності жінок, які втратили близьких. Малімон і Пархоменко виявили, що жінки, які спираються на внутрішні ресурси, такі як

віра та когнітивні стратегії, демонструють вищий рівень резильєнтності та нижчий рівень симптомів ПТСР [12]. Кореляційний аналіз показав, що загальний показник резильєнтності позитивно пов'язаний із ресурсами моделі BASIC Ph (віра, афективні, соціальні, уявні, когнітивні та фізіологічні ресурси), що вказує на їх взаємопідсилення у процесі подолання травми [12]. Водночас слабкий зв'язок між резильєнтністю та показником «процвітання» (flourishing) свідчить про те, що навіть у складних умовах люди можуть знаходити позитивні аспекти життя, якщо мають достатній рівень психологічної стійкості. Ці результати підкреслюють важливість створення комплексних програм психосоціальної підтримки, які поєднують індивідуальну терапію, групові інтервенції та освітні програми для підвищення резильєнтності [12].

Практичні стратегії зміцнення резильєнтності в умовах травматичного досвіду включають низку підходів, які можуть бути застосовані як на індивідуальному, так і на суспільному рівнях. Американська психологічна асоціація рекомендує такі практики, як підтримка міжособистісних зв'язків, турбота про фізичне здоров'я, практика уважності (mindfulness) і уникнення негативних відволікаючих факторів, таких як вживання алкоголю чи наркотиків [27]. У контексті війни в Україні Кокун пропонує технології психологічного забезпечення резильєнтності, які включають розвиток самоефективності, підтримку соціальних зв'язків і навчання адаптивних стратегій подолання [8]. Наприклад, програми, спрямовані на розвиток когнітивних стратегій і рефлексії, можуть допомогти людям осмислити травматичний досвід і знайти нові сенси. Крім того, волонтерська діяльність і залученість до громадських ініціатив можуть слугувати важливим ресурсом для підвищення резильєнтності, особливо в умовах війни [12].

Резильєнтність також тісно пов'язана з поняттям життєстійкості (hardiness), яке розглядається як здатність людини активно взаємодіяти з викликами, зберігати самоконтроль і конструктивно реагувати на труднощі [8]. Як зазначає Кокун, життєстійкість і резильєнтність мають спільні риси,

але резильєнтність є ширшим поняттям, що включає гнучкість і здатність до відновлення після криз [8]. У професійному контексті, наприклад, серед військових чи медичних працівників, життєстійкість допомагає зберігати ефективність у стресових умовах, тоді як резильєнтність сприяє відновленню після травматичних подій. Дослідження показують, що фахівці соціономічних професій, які мають високий рівень життєстійкості, краще справляються з хронічним стресом і демонструють вищу професійну ефективність [8].

Важливим аспектом резильєнтності є її культурний вимір. У різних культурах резильєнтність може проявлятися по-різному залежно від цінностей і соціокультурного середовища. Наприклад, в українському контексті, де війна стала частиною повсякденного життя, резильєнтність часто пов'язана з такими цінностями, як солідарність, віра та надія на краще майбутнє [16]. Це підтверджується дослідженнями, які показують, що люди, які почуваються в безпеці та мають підтримку громади, демонструють вищий рівень резильєнтності [12]. У той же час зарубіжні дослідження, такі як робота Фрідберга і Малєфакіс, підкреслюють, що культурні фактори, такі як релігійні практики чи соціальні норми, можуть значно впливати на здатність людини справлятися з травматичним досвідом [37]. Наприклад, у громадах із сильними релігійними традиціями віра може слугувати потужним ресурсом для відновлення після травми.

Узагальнюючи, резильєнтність відіграє ключову роль у переживанні та опануванні травматичного досвіду, дозволяючи людині не лише вистояти перед труднощами, але й знайти нові можливості для розвитку. Вона є динамічним процесом, який залежить від взаємодії внутрішніх і зовнішніх ресурсів, включаючи когнітивні стратегії, соціальну підтримку, фізичне здоров'я та культурні цінності. В українських реаліях, де війна створила численні виклики для ментального здоров'я, резильєнтність стає критично важливою для збереження психологічного благополуччя та адаптації до нових умов. Дослідження показують, що люди з високим рівнем

резильєнтності здатні не лише відновлюватися після травм, але й досягати посттравматичного зростання, що включає переоцінку цінностей і зміцнення особистості [12; 27]. Практичні стратегії, такі як психологічна підтримка, розвиток самоефективності та залучення до значущої діяльності, можуть значно підвищити резильєнтність, допомагаючи людям і громадам долати наслідки травматичних подій.

1.3. Копінг-стратегії як засоби мінімізації наслідків травми

Здатність людини адаптуватися до нових умов, включаючи травматичний стрес, і мінімізувати їхній негативний вплив значною мірою залежить від копінг-стратегій – когнітивних і поведінкових зусиль, спрямованих на подолання стресу та управління складними життєвими ситуаціями [3; 13]. Копінг-стратегії відіграють ключову роль у процесі відновлення після травми, допомагаючи людині не лише справлятися з емоційним дистресом, але й знаходити нові сенси та можливості для розвитку. У цьому розділі розглядаються різні типи копінг-стратегій, їхній вплив на мінімізацію наслідків травматичного досвіду, а також особливості їх застосування в різних контекстах, зокрема в умовах війни в Україні, з урахуванням як українських, так і зарубіжних досліджень.

Копінг-стратегії, як зазначають Лазарус і Фолкман, є динамічними процесами, що включають когнітивні та поведінкові зусилля для управління зовнішніми чи внутрішніми вимогами, які перевищують ресурси людини [13]. Вони поділяються на дві основні категорії: проблемно-орієнтовані (спрямовані на вирішення або зміну стресової ситуації) та емоційно-орієнтовані (спрямовані на регуляцію емоційних реакцій, викликаних стресом). Дослідження показують, що вибір стратегії залежить від багатьох факторів, включаючи тип травми, індивідуальні особливості, соціокультурний контекст і стать [13; 7]. Наприклад, у контексті війни в Україні, де населення стикається з постійними стресовими факторами,

такими як втрата близьких, переміщення чи загроза життю, копінг-стратегії стають важливим інструментом для збереження психічного здоров'я та адаптації [3]. Гозак та інші дослідники підкреслюють, що в таких умовах адаптивні копінг-стратегії, такі як спілкування, волонтерство чи заняття спортом, допомагають людям протистояти стресу та зменшувати його негативний вплив [3].

Проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, такі як планування, пошук інформації чи активне вирішення проблем, часто асоціюються з ефективнішим подоланням травматичних подій, оскільки вони спрямовані на зміну ситуації або зменшення її впливу. Наприклад, дослідження Коваленко та Гнатюк показало, що дорослі жінки, зокрема вчителі, частіше використовують стратегію «вирішення проблеми», що дозволяє їм активно шукати шляхи подолання стресу, використовуючи власні ресурси [7]. Ця стратегія виявилася особливо ефективною в умовах тривалого стресу, оскільки вона сприяє відчуттю контролю над ситуацією. У контексті війни в Україні такі стратегії можуть включати організацію гуманітарної допомоги, планування безпечного переміщення чи пошук нових професійних можливостей. Зарубіжні дослідження, такі як робота Фрідберга і Малєфакіс, також підтверджують, що проблемно-орієнтовані стратегії сприяють зниженню симптомів ПТСР і покращенню психологічного благополуччя, оскільки вони дозволяють людині відчувати активну роль у подоланні труднощів [37].

Емоційно-орієнтовані копінг-стратегії, такі як пошук соціальної підтримки, медитація чи самовираження через мистецтво, спрямовані на регуляцію емоційного стану. Хоча ці стратегії іноді вважаються менш ефективними, вони відіграють важливу роль у ситуаціях, коли змінити зовнішні обставини неможливо, наприклад, під час війни чи перебування в аб'юзивних стосунках [13; 2]. Дослідження Глуценко показує, що жінки в аб'юзивних стосунках часто використовують емоційно-орієнтовані стратегії, такі як пошук соціальної підтримки чи саморефлексія, щоб впоратися з

психологічним тиском [2]. У контексті війни в Україні Гозак та інші виявили, що такі стратегії, як спілкування з близькими, піклування про інших чи заняття мистецтвом, допомагають більшості респондентів (понад 70%) знижувати рівень стресу [3]. Наприклад, музика, прогулянки та спостереження за природою виявилися ефективними для більшості жінок, що брали участь у дослідженні, оскільки ці заняття сприяють емоційному заспокоєнню та відновленню.

Гендерні відмінності у виборі копінг-стратегій є важливим аспектом їхнього аналізу. Дослідження Матуд показало, що жінки частіше використовують емоційно-орієнтовані стратегії, такі як пошук соціальної підтримки чи вираження емоцій, тоді як чоловіки більше схильні до проблемно-орієнтованих стратегій, таких як вирішення проблем чи раціональний аналіз [13]. Ці відмінності частково пояснюються соціокультурними очікуваннями та ролями, які впливають на сприйняття стресу та способи його подолання. Наприклад, у дослідженні Коваленко та Гнатюк виявлено, що дівчата-студентки частіше звертаються за соціальною підтримкою (58,8%), тоді як дорослі жінки-вчителі покладаються на власні ресурси, використовуючи стратегію «вирішення проблеми» [7]. У контексті війни в Україні жінки частіше використовують стратегії, пов'язані з піклуванням про інших і спілкуванням, тоді як чоловіки частіше обирають фізичну активність, таку як спорт, чи відволікання через відеоігри [3]. Ці гендерні відмінності підкреслюють необхідність індивідуалізованих підходів до психологічної підтримки, які враховують як стать, так і соціальний контекст.

Унікальність копінг-стратегій у контексті війни полягає в їхній адаптивності до екстремальних умов. Дослідження Гозак та інших показало, що в умовах війни в Україні адаптивні стратегії, такі як волонтерство, спілкування та заняття мистецтвом, мають високий рівень ефективності (високий рівень ІРС у 21,6% респондентів) [3]. Волонтерство, зокрема, стало важливим механізмом подолання стресу, оскільки воно дозволяє людям

відчувати причетність до спільної мети та надавати підтримку іншим, що сприяє відчуттю сенсу та зниженню відчуття безпорадності. Це узгоджується з концепцією посттравматичного зростання, яку описують Фрідберг і Малєфакіс, де активна залученість у значущу діяльність сприяє не лише відновленню, але й розвитку нових позитивних якостей, таких як емпатія чи переоцінка життєвих цінностей [37]. Наприклад, люди, які беруть участь у волонтерських ініціативах, частіше демонструють зниження симптомів ПТСР і підвищення рівня психологічного благополуччя [3].

У контексті аб'юзивних стосунків жінки часто використовують уникнення як копінг-стратегію, що є менш ефективним у довгостроковій перспективі, оскільки не сприяє вирішенню проблеми [2]. Розвиток конструктивних стратегій, таких як саморефлексія, соціальна підтримка, когнітивна переоцінка чи планування виходу, через корекційні програми допомагає відновити контроль над життям, зменшити емоційний дистрес і мінімізувати наслідки травми [2].

Нейробіологічні аспекти копінг-стратегій також є важливим напрямком досліджень. Фрідберг і Малєфакіс зазначають, що ефективне використання копінг-стратегій пов'язане з адаптивними змінами в нейронних ланцюгах, які регулюють емоції та реакції на стрес [37]. Наприклад, заняття медитацією чи дихальними вправами, які є частиною емоційно-орієнтованих стратегій, можуть знижувати активність мигдалеподібного тіла (*amygdala*), що відповідає за реакцію страху, і посилювати активність префронтальної кори, яка відповідає за раціональне мислення та самоконтроль [37]. У контексті війни в Україні Гозак та інші виявили, що такі практики, як йога чи спостереження за природою, допомагають 23,9–28,9% респондентів знижувати рівень стресу, що може бути пов'язано з їхнім впливом на нейрофізіологічні процеси [3]. Ці дані підкреслюють важливість інтеграції нейробіологічних знань у розробку програм психологічної підтримки.

Соціальна підтримка є однією з найефективніших копінг-стратегій у контексті травматичного досвіду. Як показують дослідження, наявність

міцних соціальних зв'язків значно знижує ризик розвитку ПТСР і сприяє швидшому відновленню [3; 37]. У контексті війни в Україні спілкування з рідними та друзями, а також піклування про інших (наприклад, дітей чи домашніх тварин) виявилися ефективними для більшості жінок [3]. Це узгоджується з результатами зарубіжних досліджень, які показують, що соціальна підтримка діє як буфер проти стресу, знижуючи рівень кортизолу та сприяючи емоційній стабільності [37]. Наприклад, дослідження ветеранів війни, проведене Пітрцаком і Саутвіком, показало, що соціальна підтримка є ключовим фактором резильєнтності, який допомагає людям справлятися з наслідками травматичних подій [37]. У контексті аб'юзивних стосунків соціальна підтримка також відіграє вирішальну роль, допомагаючи жінкам знайти ресурси для виходу з токсичних стосунків і відновлення психологічного благополуччя [2].

Практичні стратегії розвитку адаптивних копінг-стратегій включають як індивідуальні, так і групові підходи. Наприклад, Глущенко пропонує корекційні програми, які включають тренінги з розвитку самоефективності, когнітивної переоцінки та навичок вирішення проблем, що допомагають жінкам у аб'юзивних стосунках формувати конструктивні стратегії подолання [2]. У контексті війни Гозак та інші рекомендують інтеграцію таких практик, як арт-терапія, медитація та фізична активність, у програми психосоціальної підтримки, оскільки вони показали високу ефективність у зниженні стресу [3]. Зарубіжні дослідники, такі як Фрідберг і Малєфакіс, наголошують на важливості індивідуалізованих підходів, які враховують біологічні, психологічні та соціальні фактори [37]. Наприклад, програми, що поєднують когнітивно-поведінкову терапію з практиками уважності, можуть бути особливо ефективними для людей із травматичним досвідом, оскільки вони сприяють як емоційній регуляції, так і активному вирішенню проблем.

Культурний контекст також відіграє важливу роль у виборі та ефективності копінг-стратегій. В Україні, де війна стала частиною повсякденного життя, такі стратегії, як волонтерство чи піклування про

інших, мають особливе значення, оскільки вони відповідають культурним цінностям солідарності та взаємодопомоги [3]. У той же час зарубіжні дослідження показують, що в інших культурах, наприклад, у країнах із сильними релігійними традиціями, віра та духовні практики можуть бути ключовими копінг-стратегіями [37]. Наприклад, у громадах із високим рівнем релігійності молитва чи медитація можуть допомагати людям знаходити сенс у травматичних подіях, що сприяє зниженню емоційного дистресу. Ці відмінності підкреслюють необхідність врахування культурного контексту при розробці програм підтримки.

Таким чином, копінг-стратегії є важливим інструментом для мінімізації наслідків травматичного досвіду, дозволяючи людині адаптуватися до стресових умов, регулювати емоційний стан і знаходити нові можливості для розвитку. Проблемно-орієнтовані стратегії, такі як вирішення проблем чи планування, сприяють активному подоланню труднощів, тоді як емоційно-орієнтовані стратегії, такі як пошук соціальної підтримки чи заняття мистецтвом, допомагають регулювати емоційний дистрес. Гендерні та культурні відмінності впливають на вибір стратегій, що вимагає індивідуалізованих підходів до психологічної підтримки. В умовах війни в Україні адаптивні стратегії, такі як волонтерство, спілкування та фізична активність, виявилися особливо ефективними для зниження стресу та підтримки ментального здоров'я. Дослідження показують, що цілеспрямоване навчання копінг-стратегіям може значно зменшити психологічні наслідки травми, сприяючи як відновленню, так і посттравматичному зростанню [3; 37; 2].

Висновки до першого розділу

Отже, психологічна травма, резильєнтність та копінг-стратегії утворюють цілісну систему понять, що пояснюють процеси переживання та подолання травматичного досвіду, особливо в умовах сучасних викликів,

таких як війна в Україні. Психологічна травма, що охоплює як саму подію, так і її суб'єктивний вплив на емоції, когніції, тіло та соціальні зв'язки, еволюціонувала від ранніх психоаналітичних інтерпретацій до сучасних концепцій, які включають комплексний ПТСР та посттравматичне зростання. Цей процес підкреслює потенціал людини до трансформації через стабілізацію, опрацювання травматичних подій і відновлення ідентичності, що дозволяє не лише зменшувати симптоми, але й формувати нові життєві сенси.

Цей потенціал тісно пов'язаний із резильєнтністю – динамічним процесом, який дає змогу адаптуватися до стресових умов і досягати психологічного зростання. Резильєнтність спирається на внутрішні ресурси, такі як віра, оптимізм і когнітивна гнучкість, а також зовнішні – соціальну підтримку та громадські ініціативи. В українських реаліях, де війна створює масові психотравматичні ситуації, резильєнтність проявляється через активну залученість у значущу діяльність, наприклад волонтерство, та підтримується культурними цінностями солідарності й надії. Нейробіологічні дослідження розкривають зв'язок резильєнтності з адаптивними змінами в мозкових структурах, що відкриває нові можливості для терапевтичних підходів.

На цьому тлі копінг-стратегії виступають практичним інструментом для мінімізації наслідків травми, дозволяючи людині регулювати емоційний дистрес і активно впливати на стресові ситуації. Проблемно-орієнтовані стратегії, такі як планування чи вирішення проблем, сприяють відчуттю контролю, тоді як емоційно-орієнтовані, зокрема пошук соціальної підтримки чи заняття мистецтвом, допомагають у ситуаціях, коли зміна обставин неможлива. В умовах війни в Україні адаптивні стратегії, такі як волонтерство, спілкування чи фізична активність, виявилися ефективними для зниження стресу та підтримки ментального здоров'я. Гендерні та культурні особливості підкреслюють необхідність індивідуалізованих підходів, а нейробіологічні дані підтверджують вплив цих стратегій на регуляцію емоцій і стресових реакцій.

Таким чином, психологічна травма, резильєнтність і копінг-стратегії утворюють взаємопов'язану систему, що підкреслює багатогранність процесу відновлення. В українських умовах, де війна створює унікальні виклики, ці концепції набувають особливого значення, вказуючи на потребу в комплексних програмах психосоціальної підтримки. Такі програми мають поєднувати індивідуальну терапію, групові інтервенції та культурно адаптовані стратегії, щоб зміцнювати резильєнтність, розвивати ефективні копінг-механізми та сприяти посттравматичному зростанню, допомагаючи людям не лише долати наслідки травми, але й відкривати нові можливості для особистісного розвитку.

Розділ 2. Емпіричне дослідження резильєнтності та копінг-стратегій у посттравматичному відновленні жінок під час війни

2.1. Організація дослідження

2.1.1. Дослідний дизайн

Для оцінки ролі резильєнтності та копінг-стратегій у посттравматичному відновленні жінок в умовах війни було застосовано кількісний дослідний дизайн. Обраний дизайн передбачав аналіз взаємозв'язків між рівнем резильєнтності, копінг-стратегіями та показниками посттравматичного відновлення, зокрема посттравматичного зростання і симптомів посттравматичного стресового розладу. З цією метою використовувався кореляційний аналіз, який дозволив виявити статистично значущі зв'язки між досліджуваними змінними.

У нашій роботі для збору даних ми використали метод опитування, яке включало: демографічні питання та стандартизовані психометричні шкали для оцінки ключових конструктів, перераховані нижче. Опитування проводилося в онлайн-форматі для забезпечення анонімності та доступності для респондентів з різних регіонів. Такий дослідний дизайн передбачає одноразове вимірювання, що дозволяє отримати знімок поточного стану респондентів, але не дає можливості для лонгітюдного аналізу динаміки змін.

2.1.2. Розробка питальника

Для дослідження особливостей резильєнтності та копінг-стратегій у посттравматичному відновленні жінок під час війни була розроблена спеціальна авторська анкета, спрямована на збирання базових соціально-демографічних та контекстних даних, необхідних для інтерпретації результатів психодіагностичних методик і розуміння особистісних та

середовищних чинників резильєнтності (Додаток А). Анкета дозволила отримати інформацію про соціальний, сімейний та економічний контекст життя респонденток, а також про їхній досвід психотравмуючих подій. Це забезпечило комплексний підхід до аналізу посттравматичного відновлення жінок в умовах війни. Анкета містить дев'ять основних запитань, серед яких – закриті, напіввідкриті та шкальні.

Для оцінки рівня резильєнтності ми використали Шкалу стресостійкості Коннор – Девідсон-10 (CD-RISC-10), адаптовану для україномовної популяції [21]. Ця шкала складається з 10 пунктів, оцінюваних за 5-бальною шкалою (від 0 – "зовсім невірно" до 4 – "майже завжди вірно"), і вимірює здатність адаптуватися до стресу. Внутрішня узгодженість (альфа-Кронбаха) в оригінальній адаптації становила 0,871, що свідчить про високу надійність. У нашому дослідженні надійність шкали становила 0,910.

Діагностична оцінка копінг-стратегій використовувала Коротку шкалу подолання "Brief COPE-26", адаптовану для україномовної популяції [22]. Ця методика включає 26 пунктів (після скорочення з оригінальних 36), розподілених на 13 шкал (активний копінг, планування, інструментальна підтримка, емоційна підтримка, вентиляція, позитивне переосмислення, прийняття, заперечення, гумор, поведінкове відсторонення, самовідволікання, вживання речовин, релігія). Пункти оцінюються за 4-бальною шкалою (від 1 - "ніколи так не роблю" до 4 - "часто так роблю"). Адаптація показала високу внутрішню узгодженість (альфа-Кронбаха від 0,71 до 0,94 для шкал) і конвергентну валідність з іншими копінг-методиками.

Для оцінки посттравматичного зростання ми застосували "Опитувальник посттравматичного зростання", адаптований для україномовної популяції [65]. Методика складається з 21 пункту, оцінюваних за 6-бальною шкалою (від 0 - "жодних змін" до 5 - "дуже суттєві зміни"), і охоплює п'ять факторів: взаємовідносини з іншими, нові можливості, особистісна сила, духовні зміни, визнання життя. Надійність в адаптації - альфа-Кронбаха 0,93.

Для діагностики симптомів ПТСР, включаючи комплексний і відтермінований, було використано Міжнародний опитувальник травми (The International Trauma Questionnaire, ITQ), розроблений у межах концепції ICD-11 М. Cloitre та С. R. Brewin [39] та адаптований у 2019 році на українській вибірці [6]. Опитувальник побудований відповідно до діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) [14] і складається з двох частин – ПТСР та комплексного ПТСР (КПТСР). Перша частина охоплює три кластери симптомів: повторне переживання травматичної події, уникнення думок і переживань, пов'язаних із травмою, та надмірне відчуття загрози (гіперпильність). Друга частина, що стосується комплексного ПТСР, додатково включає DSO-кластер – порушення самоорганізації, які проявляються через труднощі емоційної саморегуляції, негативне уявлення про себе та проблеми у міжособистісних стосунках. Оцінювання тверджень здійснюється за 5-бальною шкалою Лікерта (0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – дуже часто). Для визначення вираженості певного симптому достатньо, щоб хоча б один із пунктів відповідного кластеру отримав оцінку вище 2. Методика дозволяє не лише виявити наявність симптомів ПТСР, але й диференціювати його складні форми, що робить її особливо цінною у дослідженнях посттравматичного відновлення жінок під час війни [6].

2.1.3. Учасники та процедура дослідження

Дані збиралися через онлайн-форму Google Forms (посилання: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSewioqzlQuM8b7O4H715y8ubRPBh0-Nst9iPnrA0UjVHUlmwQ/viewform?usp=header>). Опитування розпочалося 26 червня 2025 року о 7:28:33 PM GMT+3 і завершилося 17 жовтня 2025 року о 10:28:26 PM GMT+3. Форма поширювалася через соціальні мережі (Facebook, Telegram-канали), психологічні спільноти та партнерські організації. Учасники отримували інструкцію про анонімність,

добровільність і можливість відмовитися на будь-якому етапі. Час проходження – 15–20 хвилин. Перед початком респонденти підтверджували інформовану згоду та відсутність збору персональних даних. Зібрані дані експортувалися в Excel для подальшого аналізу.

Емпіричне дослідження резильєнтності та копінг-стратегії у посттравматичному відновленні проводилося на вибірці жінок, які проживають в умовах повномасштабної війни Росії проти України та мають досвід переживання психологічно травматичних подій. З метою забезпечення релевантності життєвого досвіду респонденток тематиці і напрямку нашого дослідження, формування вибірки здійснювалося з урахуванням досвіду переживання травматичних подій (це питання було включене до авторської анкети).

2.1.4. Аналіз даних

Аналіз даних включав описову статистику та кореляційний аналіз із використанням програмного забезпечення Jamovi. Описова статистика застосовувалася для узагальнення основних характеристик вибірки та показників досліджуваних змінних. Кореляційний аналіз використовувався з метою виявлення взаємозв'язків між рівнем резильєнтності, копінг-стратегіями та показниками посттравматичного відновлення.

2.2. Результати емпіричного дослідження

2.2.1 Респонденти

Загальна кількість респонденток, які взяли участь у дослідженні, склала 104 особи. Після первинного огляду та перевірки повноти заповнення опитувальників до подальшого аналізу було включено дані 90 учасниць. Таким чином, остаточну вибірку досліджуваних становили 90 жінок.

Відповідно до даних, наведених у таблиці 1, середній вік досліджуваних жінок становить 37,6 років при медіанному значенні 37,0 років. При цьому наша вибірка охоплює як молодий, так і зрілий вік, про що свідчить мінімальний (21,0) і максимальний (67,0) показники.

Таблиця 1

Описові статистики за віковим показником

	N	M	Me	SD	Min	Max
Вік	90	37.6	37.0	8.09	21	67

Аналіз місця проживання показав (табл. 2), що переважна більшість досліджуваних жінок на момент проведення дослідження проживали в Україні (92,2%).

Таблиця 2

Кількісний розподіл досліджуваних за місцем проживання

Місце проживання	N	%	Накопичений %
В Україні	83	92.2%	92.2%
Закордоном	7	7.8%	100.0%
Тип населеного пункту	N	%	Накопичений %
Місто	84	93.3%	93.3%
Селище міського типу	3	3.3%	96.7%
Сільська місцевість	3	3.3%	100.0%

Як видно з таблиці 2, жительки міст складають 93,3% вибірки, тоді як у селищах міського типу та сільській місцевості проживають сукупно 6,6% респонденток (по 3,3% відповідно). Згідно з даними, наведеними у таблиці 3, переважна більшість досліджуваних перебувають у шлюбі або партнерських стосунках (86,7%). При цьому, 77,8% опитаних жінок мають дітей, з них

48,9% вказали на одну дитину, а 22,2% – двох. Суттєво менша частка досліджуваних виховують трьох (5,6%), та чотирьох дітей (1,1%).

Таблиця 3

Кількісний розподіл досліджуваних за сімейним станом і наявністю дітей

Шлюб / партнерство	N	%	Накопичений %
Ні	12	13.3%	13.3%
Так	78	86.7%	100.0%
Наявність/кількість дітей	N	%	Накопичений %
0	20	22.2%	22.2%
1	44	48.9%	71.1%
2	20	22.2%	93.3%
3	5	5.6%	98.9%
4	1	1.1%	100.0%

Результати самозвіту досліджуваних про їхній матеріальний стан (табл. 4) показали, що більшість респонденток характеризують свій рівень доходу як середній або вище середнього. Найчисельнішою є група з рівнем доходу вище середнього – 35,6%, далі йдуть жінки з високим рівнем доходу – 23,3% та середнім – 22,2%. Дуже високий рівень доходу зазначили 7,8% досліджуваних. Водночас частка жінок, які оцінили свій матеріальний стан як нижче середнього, низький або дуже низький, сукупно становить 11,0%.

Таблиця 4

Кількісний розподіл досліджуваних за матеріальним станом і освітнім рівнем

Заробітна плата	N	%	Накопичений %
Дуже високий	7	7.8%	7.8%
Високий	21	23.3%	31.1%
Вище середнього	32	35.6%	66.7%
Середній	20	22.2%	88.9%

Нижче середнього	4	4.4%	93.3%
Низький	4	4.4%	97.8%
Дуже низький	2	2.2%	100.0%
Освітній рівень	N	%	Накопичений %
Науковий ступінь	3	3.3%	3.3%
Повна вища (спеціалітет, магістратура)	71	78.9%	82.2%
Неповна вища (бакалаврат)	13	14.4%	96.7%
Середня спеціальна (училище, технікум)	1	1.1%	97.8%
Неповна середня (9 класів)	2	2.2%	100.0%

При цьому, освітня структура вибірки (табл. 4) свідчить про високий рівень освіти серед досліджуваних жінок. Найбільшу частку становлять особи з вищою освітою – 82,2%. З них повну вищу (спеціалітет, магістратура) мають 78,9%, а додатково науковий ступінь мають 7,8% жінок. На неповну вищу освіту (бакалаврат) вказали 14,4% респонденток, середню спеціальну – 1,1%, а з неповну середньою освітою – 2,2%.

Усі без винятку учасниці дослідження (100%) підтвердили наявність у своєму життєвому досвіді події (загроза життю, сильний стрес, раптові кардинальні зміни умов життя, інше), яку можна кваліфікувати як психологічну травму. Вказане підтверджує релевантність вибірки поставленій меті дослідження та дозволяє розглядати результати у контексті посттравматичного відновлення.

2.2.2. Описові показники посттравматичного ушкодження та зростання

Оскільки наше дослідження сфокусоване головним чином на посттравматичному відновленні, принципово важливою є діагностики рівня травматизації досліджуваних та її наслідків. З цією метою нами був використаний Міжнародний опитувальник травми (International Trauma

Questionnaire, ITQ), який диференційовано діагностує посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та комплексний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР-комплексний). Слід зазначити, що у нашому дослідженні Міжнародний опитувальник травми використовувався не за стандартним діагностичним алгоритмом (на основі логічної перевірки критеріїв і, відповідно, встановлення клінічного діагнозу), а як інструмент кількісної оцінки вираженості травматичної симптоматики. Аналіз здійснювався на основі сумарних показників за шкалами PTSD, DSO, а також інтегрального показника, що відображає загальний рівень травматичної дезадаптації (PTSD-комплексний).

Відповідно до результатів, отриманих на основі описових статистик (табл. 5) бачимо, що серед базових симптомів посттравматичного стресового розладу найвищі середні значення зафіксовано за шкалою гіперпильності ($M=4,38$; $SD=2,10$), що відображає підвищену настороженість, що цілком характерно для ситуації тривалої актуальної загрози. Серед показників функціональних порушень самоорганізації (DSO) найвище значення спостерігаються за шкалою порушень емоційної самоорганізації ($M=3,26$; $SD=1,81$), що може відображати труднощі, пов'язані з регуляцією емоційних станів, перепадами настрою та складнощами у підтриманні емоційної рівноваги. Комплексний показник травматичної симптоматики ($M=18,54$; $SD=7,83$) поєднує базові симптоми посттравматичного стресу та порушення емоційної самоорганізації.

Таблиця 5

Описові статистики за показниками Міжнародного опитувальника травми (ITQ)

	M	Me	SD
Інтрузія	2.14	2.00	1.58
Уникнення	3.33	3.00	2.36

	M	Me	SD
Гіперпильність	4.38	4.50	2.10
PSTD	9.86	10.50	4.31
Порушення емоційної самоорганізації	3.26	3.00	1.81
Негативна Я-концепція	2.56	2.00	2.17
Порушення у стосунках з іншими людьми	2.88	3.00	1.99
DSO	8.69	9.00	5.22
PSTD-комплексний	18.54	18.00	7.83

Водночас слід підкреслити, що застосована нами форма обробки результатів ITQ не передбачає класифікації показників за рівнями типу «високий» або «низький». Представлені значення відображають континуальний характер травматичної симптоматики та використовуватимуться у подальшому аналізі пошуку взаємозв'язків і закономірностей у межах дослідження, а не для категоріальної оцінки стану досліджуваних.

Інтегральний показник ПТСР становить у середньому 9,64 при медіані 10,00, що вказує на наявність клінічно значущих проявів травматичного стресу в частини досліджуваних. Серед компонентів порушень емоційної самоорганізації найвищим є показник DSO (M=8,50; SD=5,32), що включає труднощі емоційної регуляції, негативну Я-концепцію та порушення у міжособистісних стосунках.

Наступним показником, який відбиває сутнісні аспекти нашого дослідження, є посттравматичне зростання, описові статистики складових якого наведені у таблиці 6.

Таблиця 6

Описові статистики за показниками Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI)

	M	Me	SD
Ставлення до інших	17.50	17.00	9.69

	M	Me	SD
Нові можливості	12.24	11.50	6.40
Сила особистості	10.76	11.00	5.08
Духовні зміни	6.80	7.00	3.51
Підвищення цінності життя	12.76	12.00	4.34
Інтегральний показник PTGI	60.06	57.50	25.93

Згідно з ключем методики, середні показники за шкалами посттравматичного зростання мають наступну вираженість. «Духовні зміни» (M=6,80; SD=3,51) та «Підвищення цінності життя» (M=12,76; SD=4,34) відповідають високому рівню; «Ставлення до інших» (M=17,50; SD=9,69), «Нові можливості» (M=12,24; SD=6,40), «Сила особистості» (M=10,76; SD=5,08) – помірному рівню вираженості. При цьому, інтегральний показник посттравматичного зростання становить у середньому M=60,06 при достатньо високому стандартному відхиленні (SD=25,93), що відповідає середньому рівню і вказує на значну варіативність рівня посттравматичного зростання серед досліджуваних жінок.

Середній показник резильєнтності за шкалою Коннор–Девідсон становить M=25,1 при SD=8,25 (табл. 7)

Таблиця 7

Описові статистики за Шкалою стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10)

	M	Me	SD
Шкала Коннора-Девідсона	25.1	26.0	8.25

Згідно з ключем методики даний бал відповідає верхньому порозу середнього рівня. Проте, як і в попередньому випадку, показник стандартного

відхилення свідчить про доволі відчутну варіативність вибірки за показником резильєнтності.

Зважаючи, що вибірка має достатній рівень резильєнтності як інтегрального внутрішнього ресурсу психологічної стійкості доцільним є перехід до аналізу копінг-стратегій, які відображають конкретні способи подолання стресових і травматичних ситуацій в умовах війни. Нижче наведені дані, отримані із застосуванням Короткої шкали подолання «Brief COPE-26» (табл. 8), яка дозволяє оцінити як окремі копінг-стратегії, так і узагальнені типи копінгу (проблемно-орієнтований, емоційно-орієнтований та уникаючий).

Таблиця 8

Описові статистики за Короткою шкалою подолання «Brief COPE-26»			
	М	Me	SD
<i>C1</i> Активне подолання	6.66	7.00	1.26
<i>C2</i> Планування	6.61	6.50	1.25
<i>C3</i> Позитивне переосмислення	6.12	6.00	1.78
<i>C4</i> Прийняття	6.82	7.00	1.24
<i>C5</i> Гумор	5.21	5.00	2.09
<i>C6</i> Звернення до релігії	3.43	3.00	1.85
<i>C7</i> Заперечення	2.74	2.00	1.38
<i>C8</i> Використання емоційної підтримки	4.96	5.00	1.80
<i>C9</i> Використання інструментальної підтримки	4.58	4.00	1.73
<i>C10</i> Вираження почуттів	5.42	6.00	1.78
<i>C11</i> Вживання психоактивних речовин	2.98	2.00	1.59
<i>C12</i> Поведінковий відхід від проблеми	3.30	3.00	1.54
<i>C13</i> Самозвинувачення	4.21	4.00	1.85

Аналіз окремих копінг-стратегій показує, що найбільш вираженими у вибірці є адаптивні форми подолання, а саме прийняття (M=6,82; SD=1,24), активне подолання (M=6,66; SD=1,26), планування (M=6,61; SD=1,25) та

позитивне переосмислення ($M=6,12$; $SD=1,78$). Водночас такі стратегії, як заперечення, вживання психоактивних речовин та поведінковий відхід від проблеми, мають нижчі середні значення, що може свідчити про тенденцію до більш конструктивного стилю подолання стресу у більшості досліджуваних. Для візуалізації отриманих описових показників та порівняння вираженості окремих копінг-стратегій у вибірці побудовано графічний профіль, представлений на рис. 1.

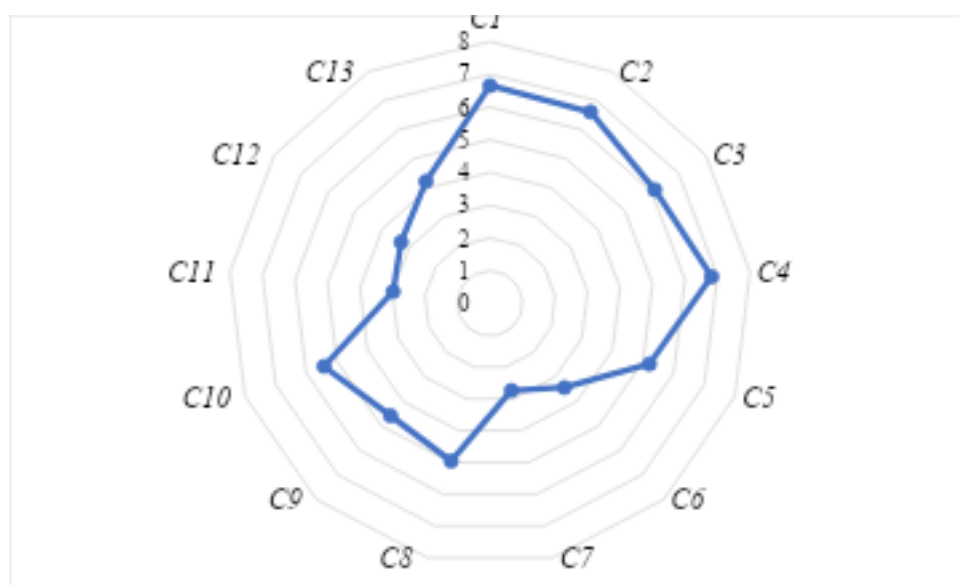


Рис. 1. Графічний профіль копінг-стратегій

Аналіз узагальнених груп копінг-стратегій показав (табл. 9), що проблемно-орієнтований копінг є найбільш вираженим ($M=19,4$; $SD=3,18$), далі йде емоційно-орієнтований копінг ($M=13,1$; $SD=3,43$), тоді як уникаючий копінг має найнижчі середні значення ($M=12,1$; $SD=3,10$).

Таблиця 9

Описові статистики за видами копінгу (відповідно до Короткої шкали подолання «Brief COPE-26»)

	M	Me	SD
Проблемно-орієнтований копінг	19.4	20.0	3.18
Емоційно-орієнтований копінг	13.1	13.0	3.43
Унікаючий копінг	12.1	12.0	3.10

Таким чином, узагальнення результатів за методикою Brief COPE-26 свідчить про схильність більшості жінок орієнтуватися на конструктивні способи реагування на стресові та травматичні ситуації, навіть в умовах тривалого воєнного стану, що створює сприятливе підґрунтя для процесів посттравматичного відновлення і зростання.

Наступним етапом емпіричного дослідження став порівняльний аналіз наведений вище психологічних показників у групах, сформованих на основі соціально-демографічних характеристик, отриманих за допомогою авторської анкети.

З огляду на специфіку розподілу даних (додаток Б) та неоднорідність чисельності груп, для порівняння двох незалежних вибірок застосовувався критерій Манна–Уїтні для непарних вибірок, тоді як для аналізу відмінностей між кількома групами використовувався непараметричний критерій Краскела–Уоллеса.

Отримані результати порівняльного аналізу психологічних показників у групах, сформованих за соціально-демографічними характеристиками, загалом не показали статистично значущих відмінностей (додаток В). А саме, місце проживання (в Україні або за кордоном), шлюбний статус, наявність дітей, рівень освіти та матеріальне становище не асоціювалися зі значущими відмінностями за рівнем симптомів ПТСР / комплексного ПТСР, резильєнтності та копінг-стратегій. Отримані результати наводять на думку, що саме воєнний контекст, який характеризується високим рівнем невизначеності і небезпеки, значною мірою нівелює відмінності, зумовлені індивідуальними та соціальними особливостями досліджуваних.

Статистично значущі відмінності були виявлені лише за показником посттравматичного зростання ($p=0,042$) залежно від типу населеного пункту (табл.10), що може свідчити про вплив соціального контексту на проживання травматичного досвіду.

Таблиця 10

Результати порівняння груп, виділених на основі населеного пункту

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p
PTGI	6.349	2	0.042

Подальший post-hoc аналіз (табл.11) показав, що значущі відмінності спостерігаються між жінками, які проживають у місті, та жінками із сільської місцевості: рівень посттравматичного зростання є вищим у мешканок міських населених пунктів ($p = 0,041$). Відмінності між мешканками селища міського типу і сільської місцевості після корекції не досягли статистичної значущості.

Таблиця 11

Результати парних порівнянь вибірок, виділених на основі населеного пункту

Pairwise comparisons - PTGI

	Z	P _(unadj)	P _(Bonferroni)
Місто – Селище міського типу	-0.420	0.674	1.000
Місто – Сільська місцевість	2.468	0.014	0.041
Селище міського типу – Сільська місцевість	2.079	0.038	0.113

Таким чином, отримані результати опосередковано вказують на роль соціального контексту у посттравматичному відновленні. Можна припустити,

що міські жительки мають більший доступ до ресурсів, які допомагають пережити травматичний досвід.

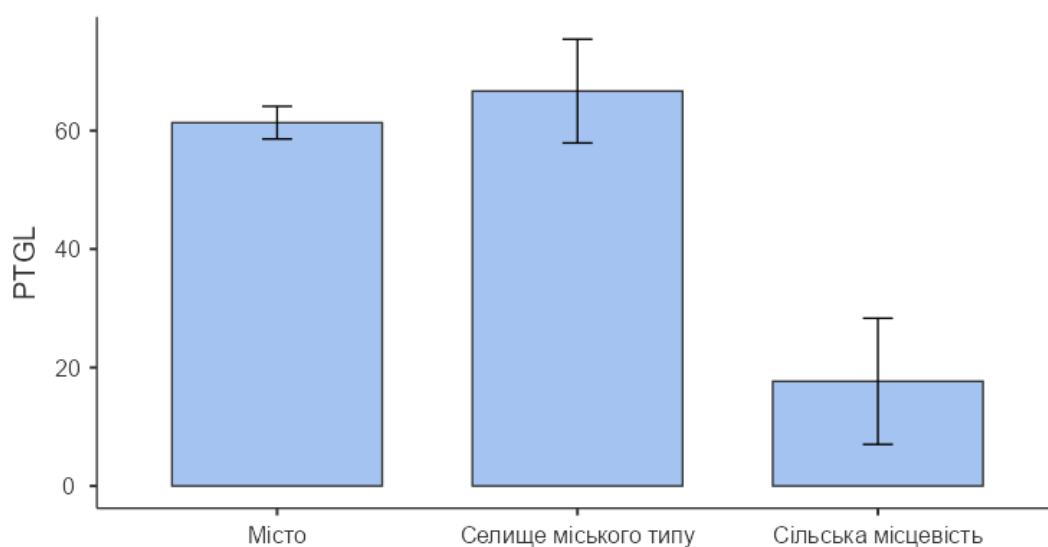


Рис. 2. Середні значення посттравматичного зростання залежно від типу населеного пункту

Аналіз графічного представлення результатів підтверджує наше припущення: найвищі середні значення посттравматичного зростання спостерігаються у жінок, які проживають у місті ($M=61,3$; $SD=25,3$) та селищах міського типу ($M=66,7$; $SD=15,2$), тоді як у мешканок сільської місцевості показник посттравматичного зростання є суттєво нижчим ($M=17,7$; $SD=18,4$).

Таким чином, узагальнюючи результати порівняльного аналізу, зазначимо, що статистично значущих відмінностей за більшістю психологічних показників залежно від соціально-демографічних характеристик виявлено не було. Виняток становить посттравматичне зростання, рівень якого є вищим у жінок, що проживають у міських населених пунктах (міста, селища міського типу), що опосередковано вказує на роль соціального контексту.

Водночас слід зауважити, що у межах даного дослідження нами не враховувалась неоднорідність воєнних загроз і безпекова ситуація у

конкретних регіонах чи населених пунктах, які можуть істотно впливати на психологічний стан і ресурси відновлення жінок. Разом з тим, потенційне врахування цього контекстуального чинника у подальших дослідженнях дозволить поглибити розуміння особливостей посттравматичного копіngu в умовах війни.

Наступним кроком аналізу емпіричних даних є вивчення взаємозв'язків між інтегральним показником посттравматичного зростання та окремими копіng-стратегіями. Проведення кореляційного аналізу дало змогу виявити, які способи подолання стресу асоціюються з вищим рівнем посттравматичного зростання, а які, навпаки, можуть його стримувати. Деталізовані результати наведені у додатку Г, коефіцієнти кореляції з приміткою значущості відображені у таблиці нижче.

Результати кореляційного аналізу інтегрального показника посттравматичного зростання та показників короткої шкали подолання Brief COPE-26 засвідчують наявність статистично значущих зв'язків між рівнем посттравматичного зростання і характером використовуваних копіng-стратегій (табл. 12). Розглянемо детально.

Таблиця 12

Результати кореляційного аналізу інтегрального показника посттравматичного зростання (PTGI) і показників короткої шкали подолання Brief COPE-26

	PTGI
C1 Активне подолання	0.254*
C2 Планування	0.149
C3 Позитивне переосмислення	0.316**
C4 Прийняття	0.303**
C5 Гумор	0.092
C6 Звернення до релігії	0.287**
C7 Заперечення	-0.120
C8 Використання емоційної підтримки	0.153

	PTGI
C9 Використання інструментальної підтримки	0.234*
C10 Вираження почуттів	0.130
C11 Вживання психоактивних речовин	-0.072
C12 Поведінковий відхід від проблеми	-0.250*
C13 Самозвинувачення	-0.307**

*Примітка. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001*

Позитивні кореляційні зв'язки виявлено між посттравматичним зростанням та такими адаптивними стратегіями подолання, як позитивне переосмислення ($r=0,316$; $p<0,01$), прийняття ($r=0,303$; $p<0,01$) та звернення до релігії ($r=0,287$; $p<0,01$).. За силою вказані зв'язки є помірними, проте логічно демонструють те, що посттравматичне зростання є процесом глибокого когнітивного та смислового переосмислення життєвих подій.

Нижчі, проте значущі кореляційні зв'язки також зафіксовано між посттравматичним зростанням і активним подоланням ($r=0,254$; $p<0,05$), а також використанням інструментальної підтримки ($r=0,234$; $p<0,05$). Це може свідчити про те, що орієнтація на активні дії у поєднанні з допомогою з боку інших сприяє відчуттю контролю над ситуацією, що, цілком ймовірно, підтримує позитивні психологічні зміни після травми.

Разом з тим, обернені кореляційні зв'язки виявлено між інтегральним показником посттравматичного зростання та такими дезадаптивними стратегіями подолання як поведінковий відхід від проблеми ($r=-0,250$; $p<0,05$), а самозвинувачення – ще більш виражений негативний зв'язок ($r=-0,307$; $p<0,01$). Отримані результати свідчать про те, що уникнення активного зіткнення з труднощами та схильність до самокритики можуть істотно обмежувати можливість посттравматичного зростання.

Таким чином, отримані нами результати підтверджують припущення про те, що посттравматичне зростання у жінок в умовах війни тісно пов'язане з переважанням адаптивних та активних копінг-стратегій, тоді як

домінування унікальних і самозвинувачувальних способів подолання може перешкоджати процесу психологічного відновлення.

Окремо було проаналізовано взаємозв'язки між рівнем резильєнтності та показниками посттравматичного зростання.

Як бачимо з таблиці 13, результати кореляційного аналізу засвідчили наявність статистично значущих позитивних зв'язків середньої та помірної сили між рівнем резильєнтності та всіма складниками посттравматичного зростання.

Таблиця 13

Результати кореляційного аналізу резильєнтності і показників посттравматичного зростання

	CD-RISC-10
СІ Ставлення до інших	0.453***
НМ Нові можливості	0.505***
СО Сила особистості	0.573***
ДЗ Духовні зміни	0.382***
ПЦ Підвищення цінності життя	0.447***
PTGI	0.520***

Найбільш тісні кореляції зафіксовано з показниками сили особистості ($r = 0,573$; $p < 0,001$), нових можливостей ($r = 0,505$; $p < 0,001$) та інтегральним показником посттравматичного зростання ($r = 0,520$; $p < 0,001$). Відповідно, це свідчить про те, що вищий рівень резильєнтності асоціюється з більш вираженими позитивними психологічними змінами, зокрема з відчуттям внутрішньої сили, здатністю бачити нові життєві перспективи та інтегрувати травматичний досвід у власне життя.

Наступним етапом було проаналізовано взаємозв'язки між резильєнтністю та показниками травматичної симптоматики, оціненими за допомогою Міжнародного опитувальника травми (ITQ).

Результати кореляційного аналізу резильєнтності та показників травматичної симптоматики показали, що базові симптоми ПТСР (інтрузія, уникнення, гіперпильність) не мають статистично значущих кореляцій із рівнем резильєнтності. Натомість, як можна побачити з таблиці 14, виявлено виразні обернені кореляції між резильєнтністю та показниками порушень самоорганізації, зокрема з негативною Я-концепцією ($r = -0,548$; $p < 0,001$), порушеннями у стосунках з іншими людьми ($r = -0,519$; $p < 0,001$), порушенням емоційної самоорганізації ($r = -0,422$; $p < 0,001$) та інтегральним показником порушення самоорганізації DSO ($r = -0,583$; $p < 0,001$). Крім вказаного, значущий обернений зв'язок спостерігається також між резильєнтністю і показником комплексного ПТСР ($r = -0,430$; $p < 0,001$).

Таблиця 14

Результати кореляційного аналізу резильєнтності і показників Міжнародного опитувальника травми (ITQ)

	CD-RISC-10
Інтрузія	-0.180
Уникнення	-0.082
Гіперпильність	0.026
PSTD	-0.109
Порушення емоційної самоорганізації	-0.422***
Негативна Я-концепція	-0.548***
Порушення у стосунках з іншими людьми	-0.519***
DSO	-0.583***
PSTD-комплексний	-0.430***

Розширені результати кореляційного аналізу між показниками посттравматичного зростання та копінг-стратегіями, зокрема повні кореляційні матриці, подано у додатку Г.

Узагальнюючи результати можна сказати, що вищий рівень резильєнтності асоціюється з відчуттям внутрішньої сили, відкритістю до нових можливостей та інтеграцією травматичного досвіду, водночас не

демонструючи прямого зв'язку з інтенсивністю базових симптомів ПТСР. Це підкреслює роль резильєнтності як чинника позитивних трансформацій особистості в умовах травматичного досвіду.

2.3. Обговорення результатів

Обговорюючи отримані результати, варто насамперед зазначити, що вони розглядаються у широкому контексті психологічної адаптації та посттравматичного відновлення в умовах війни [38]. Розглянемо основні тенденції, виявлені у ході дослідження.

Отримані нами результати показують, що посттравматичне відновлення жінок в умовах повномасштабної війни є складним процесом, у якому поєднуються прояви травматичної симптоматики, індивідуальні й соціальні ресурси стійкості, а також можливості переосмислення пережитого досвіду як особистісного зростання. Така перспектива узгоджується з сучасними підходами в психології травми, де наголошується на необхідності інтегрувати орієнтацію на травматичні прояви та орієнтацію на ресурси в аналізі адаптації [27; 58].

Аналізуючи результати за основними досліджуваними параметрами, зазначимо, що серед показників травматичної симптоматики у досліджуваних жінок спостерігається домінування гіперпильності, яка відображає підвищену настороженість, що, звісно, актуально для ситуації воєнної загрози. Дійсно, повномасштабна війна створює умови хронічного стресу, повторюваних травматичних стимулів та тривалої невизначеності, що підтримує стан мобілізації психічних ресурсів і пов'язану з ним настороженість. Перезбудження, гіперпильність та підвищена реакція на страх належать до найбільш поширених проявів посттравматичного стресового розладу [6]. Паралельно з цим у вибірці зафіксовано помірний рівень посттравматичного зростання при значній індивідуальній варіативності, що узгоджується з уявленням про посттравматичне зростання

як нерівномірний процес, зумовлений смисловою переробкою пережитого досвіду. При цьому, найбільш вираженими виявилися компоненти, пов'язані з переоцінкою цінності життя та духовними змінами, що може свідчити про актуалізацію екзистенційно-смилових механізмів адаптації. Виявлений у вибірці середній рівень резильєнтності свідчить про її роль як важливого внутрішнього ресурсу, який може визначати різні траєкторії посттравматичного відновлення, що узгоджується з результатами досліджень українських жінок, які пережили воєнні втрати, де резильєнтність виступає чинником психологічної адаптації та збереження функціонування попри наявність травматичної симптоматики [12].

Водночас слід наголосити, що описані у нашому в дослідженні прояви посттравматичної симптоматики відображають тенденції саме досліджуваної вибірки – жінок в українському контексті війни. Адже інтенсивність і конфігурація симптомів можуть істотно варіювати залежно від ступеня дотичності до воєнних подій, інтенсивності воєнних дій на певній території, втрат, вимушеного переміщення, тривалості перебування у ситуації небезпеки тощо. Наше припущення узгоджується з емпіричними даними, отриманими на українських вибірках у перші роки повномасштабного вторгнення, де дослідження, спрямовані на оцінку ментального стану українців, демонструють, що інтенсивність стресу і травматичних симптомів істотно варіює залежно від ступеня прямої експозиції до бойових дій, насильства, втрат, а також поточних життєвих умов [57].

Одним із центральних результатів нашого дослідження є виявлений прямий зв'язок між рівнем посттравматичним зростанням і проблемно-орієнтованими копінг-стратегіями і обернений – з емоційно-орієнтованими та унікальними стратегіями. Це дозволяє інтерпретувати посттравматичне зростання як процес, пов'язаний із цілеспрямованою психологічною роботою, а не як побічний ефект пасивного страждання. У сучасних наукових оглядах підкреслюється, що саме когнітивна переоцінка, активне вирішення проблем та соціальна підтримка

найчастіше асоціюються з адаптацією, тоді як уникання та самозвинувачення – із ускладненням симптоматики і перешкодами для відновлення [58].

Окремо слід відзначити роль соціального ресурсу, який, у межах нашого дослідження представлений параметром інструментальної підтримки. В українських дослідженнях соціально-психологічних предикторів ПТСР під час війни наголошується на тому, що соціальна підтримка і резильєнтність виступають важливими пом'якшуючими чинниками, тоді як медіаекспозиція (трансляція трагічних подій у ЗМІ) і страх перед війною можуть посилювати симптоматику [12]. Подібні закономірності описані у сучасних дослідженнях ментального здоров'я українського населення в умовах війни, де саме активні, смисло-орієнтовані та соціально-опосередковані копінг-стратегії розглядаються як ключові чинники психологічної стійкості, тоді як стратегії уникнення пов'язані з підвищеним рівнем дистресу та травматичної симптоматики [57; 40].

Таким чином, результати нашого дослідження узгоджуються з теоретичними моделями посттравматичного зростання, відповідно до яких активні та смислово орієнтовані копінг-стратегії відіграють ключову роль у формуванні позитивних психологічних змін після травми. Зокрема, позитивне переосмислення, прийняття, активне подолання та звернення по соціальну підтримку розглядаються не лише як ресурси стабілізації, але й як предиктори посттравматичного зростання, що сприяють когнітивній перебудові, смисловій інтеграції травматичного досвіду та переоцінці життєвих пріоритетів [58; 12].

Резильєнтність у нашому дослідженні виступила також потужним внутрішнім психологічним ресурсом, який безпосередньо пов'язаний із формуванням посттравматичного зростання у жінок, що переживають наслідки війни. Розуміння резильєнтності як ресурсу адаптації в умовах тривалої невизначеності та стресу пов'язується з її роллю у підтримці психологічного функціонування в кризових ситуаціях, а також із значущістю особистісних і смислових ресурсів у подоланні кризових і травматичних

життєвих обставин [24; 23; 14]. Аналогічні результати отримані на вибірках осіб, які пережили воєнні дії, вимушене переміщення та інші екстремальні події, де резильєнтність розглядається як чинник, що підтримує розвиток суб'єктивного відчуття сили після травми [27; 57]. Подібне розуміння ролі внутрішніх ресурсів узгоджується з сучасними підходами до концепції комплексної травматизації, згідно з якими психологічні ресурси відіграють вирішальну роль у підтримці адаптації та запобіганні хронічному порушенню психічного функціонування [38; 61].

Узагальнюючи викладене вище, можна зазначити, що резильєнтність виконує подвійну функцію в умовах війни: з одного боку, вона сприяє формуванню посттравматичного зростання як процесу позитивної психологічної трансформації, а з іншого – знижує інтенсивність комплексної травматичної симптоматики, підтримуючи цілісність психічного функціонування. Такий підхід узгоджується з результатами сучасних досліджень, де показано, що резильєнтність і посттравматичне зростання нерідко співіснує із симптомами посттравматичного стресу, а смислотворення й когнітивна переробка досвіду розглядаються як один із ключових механізмів адаптації після травми [27; 12; 60]

Отримані результати засвідчили, що резильєнтність і типи копінг-стратегій відіграють суттєву роль у прогнозуванні посттравматичного зростання, водночас ці результати не вичерпують усього різноманіття індивідуальних психологічних реакцій на травматичний досвід війни, оскільки не відображають можливих поєднань симптоматики, ресурсів і стратегій подолання в межах досліджуваної вибірки. З огляду на це, подальший аналіз було спрямовано на виявлення типів психологічних типів посттравматичного реагування, які формуються внаслідок взаємодії рівня травматичної симптоматики, посттравматичного зростання, резильєнтності та копінг-стратегій. Адже відомо, що люди не формують один універсальний профіль реагування у складних ситуаціях, а демонструють різноманітні стратегії.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження резильєнтності та копінг-стратегії у посттравматичному відновленні жінок, які проживають в умовах повномасштабної війни Росії проти України показало низку тенденцій.

1. Попри наявність травматичного досвіду, у вибірці зафіксовано достатній рівень посттравматичного зростання, що свідчить про здатність жінок до позитивної психологічної трансформації в умовах тривалого стресу, зумовленого війною. Рівень резильєнтності у досліджуваних жінок у відповідає верхньому порогу середнього рівня та характеризується значною індивідуальною варіативністю, що вказує на різний потенціал психологічної стійкості в умовах війни. Аналіз копінг-стратегій показав домінування адаптивних, проблемно-орієнтованих копінгів (активне подолання, планування, прийняття, позитивне переосмислення) що створює сприятливе підґрунтя для процесів посттравматичного відновлення.

2. На основі застосування процедури кореляційного аналізу, було доведено, що посттравматичне зростання тісно пов'язане з використанням адаптивних копінг-стратегій, зокрема позитивного переосмислення, прийняття, активного подолання, звернення до релігії та отримання інструментальної підтримки. Водночас самозвинувачення виступає значущим негативним показником посттравматичного зростання. До того ж, виявлено, що одним із провідних внутрішніх ресурсів посттравматичного відновлення виступає резильєнтність, вищий рівень якої пов'язаний з вищими показниками посттравматичного зростання та, відповідно, нижчою вираженістю комплексної травматичної симптоматики.

3. Порівняльний аналіз показав, що більшість соціально-демографічних характеристик не зумовлюють істотних відмінностей у психологічних показниках, що підкреслює провідну роль воєнного контексту як чинника психологічного впливу. При цьому виявлено, що рівень посттравматичного

зростання є вищим у жінок, які проживають у міських населених пунктах, що може бути пов'язано з кращим доступом до психологічних ресурсів.

РОЗДІЛ 3. Емпіричне дослідження психологічного профілю посттравматичного відновлення жінок під час війни

3.1. Організація дослідження

Для відображення траєкторій психологічного реагування жінок в умовах війни, нами був застосований кластерний аналіз, метою якого було виявлення типів посттравматичного відновлення на основі сукупності ключових психологічних показників.

Основна процедура кластеризації була здійснена за методом k-середніх, проте з попередньою розвідкою, на основі ієрархічного кластерного аналізу (додаток Г), що дозволила об'єктивно виділити кількість кластерів за подібністю психологічних характеристик досліджуваних. До аналізу було включено показники віку, травматичної симптоматики (показник ПТСР, комплексний показник ПТСР), посттравматичного зростання, резильєнтності та узагальнені типи копінг-стратегій.

3.2. Результати кластерного аналізу

В результаті основної процедури кластеризації (додаток Д), було виділено два кластери, які суттєво відрізняються за психологічними профілями посттравматичного реагування. Перший кластер об'єднує 32 особи, другий – 58 осіб, що свідчить про наявність двох відносно стійких і нерівнозначних за чисельністю типів психологічного реагування у вибірці.

З таблиці стандартизованих значень (табл. 15), а також рис. 3 слідує, що перший кластер (N=32) характеризується підвищеними показниками травматичної симптоматики, про що свідчать вищі за середні значення як

базових симптомів ПТСР, так і комплексного показника травматичного реагування (PTSTD-комплексний).

Таблиця 15

Стандартизовані значення психологічних показників у виділених кластерах

	Кластер I (N=32)	Кластер II (N=58)
Вік	-0.042	0.023
PSTD	0.672	-0.371
PSTD-комплексний	0.944	-0.521
PTGI	-0.499	0.275
CD-RISC-10	-0.836	0.461
Проблемно-орієнтований копінг	-0.594	0.328
Емоційно-орієнтований копінг	0.292	-0.161
Унікальний копінг	0.939	-0.518

Водночас для них характерні нижчі рівні посттравматичного зростання (PTGI) та резильєнтності (CD-RISC-10). Крім вказаного, психологічний профіль цього кластера також відзначається переважанням унікального та емоційно-орієнтованого копінгу при відносно низькому використанні проблемно-орієнтованих стратегій. Така комбінація показників свідчить про домінування дезадаптивних способів подолання стресу внаслідок війни, що ускладнює процес психологічного відновлення та обмежує можливості особистісного зростання. Загалом цей кластер можна охарактеризувати як групу з вираженою травматичною дезадаптацією та низьким рівнем психологічних ресурсів.

Другий кластер (N=58) відрізняється принципово іншим психологічним профілем. Для учасниць цього кластера характерні нижчі показники травматичної симптоматики та вищі рівні посттравматичного зростання і резильєнтності. Вони частіше використовують проблемно-орієнтований копінг, тоді як унікаючі стратегії виражені значно слабше. Даний психологічний

профіль свідчить про більш адаптивний стиль подолання травматичного досвіду.

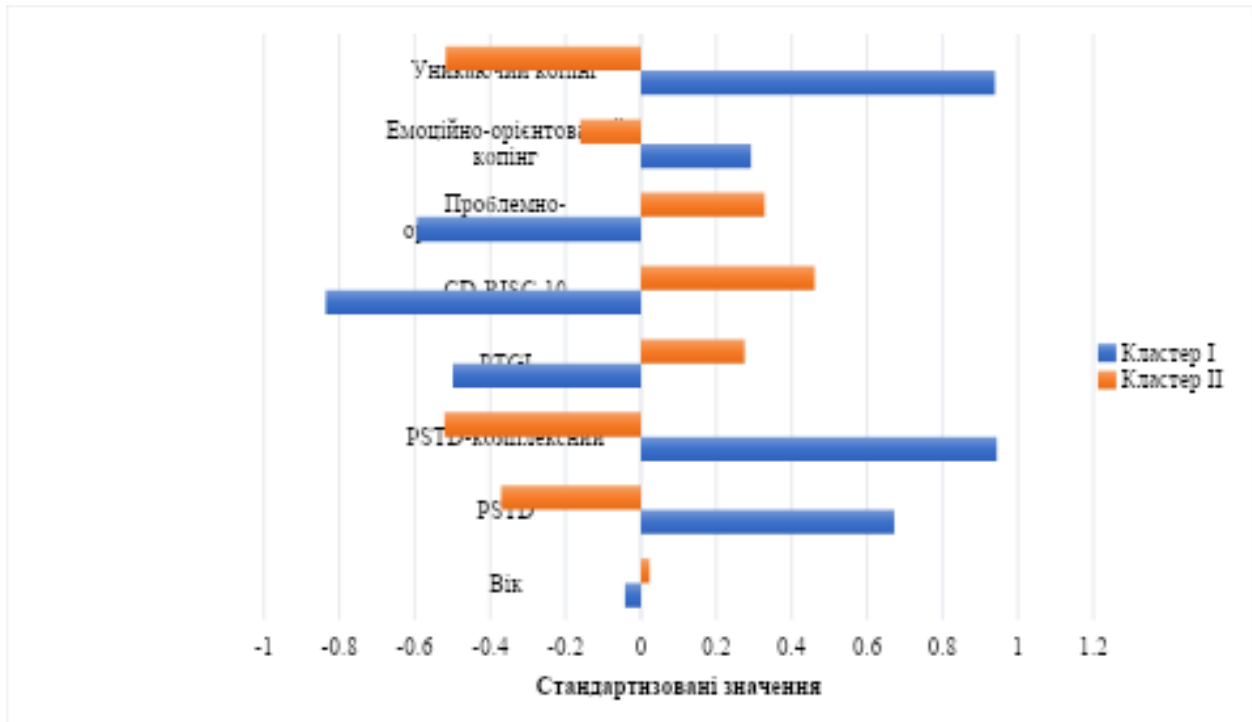


Рис. 3. Кластерні профілі досліджуваних показників

Слід зазначити, що в межах даного дослідження не здійснювалася диференціація учасниць за типом і суб'єктивною тяжкістю пережитого травматичного досвіду, проте відсутність урахування характеру травми (наприклад, загроза життю, втрата близьких, вимушене переміщення) може частково впливати на структуру сформованих кластерів. У зв'язку з цим виявлені кластери розглядаються нами лише як психологічні профілі реагування. А відтак, перспективним напрямом подальших досліджень є включення характеристик травми як окремих змінних що дозволить уточнити механізми посттравматичного відновлення.

3.3. Обговорення результатів

Як описано у попередньому параграфі, отримані нами результати кластеризації вказують на існування двох відмінних психологічних профілів посттравматичного реагування, які різняться насамперед за поєднанням травматичної симптоматики (ПТСР і комплексний ПТСР), посттравматичного зростання, резильєнтності та копінг-стратегій.

Психологічний портрет осіб першого кластеру можна описати як такий, у якому травматичний досвід залишається домінуючим чинником, що визначає емоційний стан і способи реагування. Для цієї групи характерні вищі прояви травматичної симптоматики у поєднанні зі зниженими ресурсами резильєнтності та нижчим рівнем посттравматичного зростання. На поведінковому рівні цей профіль підтримується переважанням уникаючого копінгу, який психологічно проявляється як прагнення мінімізувати контакти з тригерами, пов'язаними з травматичним досвідом. Така конфігурація узгоджується з когнітивною моделлю ПТСР, у межах якої уникання розглядається як механізм, що може тимчасово знижувати суб'єктивне напруження, але водночас підтримує симптоматику, перешкоджаючи повноцінній переробці та інтеграції травматичних спогадів [33]. Водночас для інтерпретації комплексної симптоматики доцільно враховувати сучасні підходи до комплексного ПТСР, які підкреслюють роль порушень самоорганізації та міжособистісного функціонування, а не лише реакції на окрему травматичну подію [38; 61]. У цьому контексті поєднання високого рівня комплексного ПТСР із низькою резильєнтністю та орієнтацією на уникання може свідчити про загальну вразливість системи саморегуляції, що ускладнює психологічну адаптацію в умовах тривалого стресу.

Отримані результати кореляційного аналізу виконують підтверджувальну функцію щодо описаного психологічного профілю, засвідчуючи статистично значущі зв'язки між нижчим рівнем резильєнтності та вищою вираженістю як

симптомів ПТСР, так і комплексного ПТСР. Це узгоджується з уявленням про резильєнтність як ключовий ресурс психологічної саморегуляції в умовах хронічного стресу та дозволяє розглядати поєднання високої травматичної симптоматики і зниженої резильєнтності як фактор ризику формування менш адаптивних траєкторій посттравматичного реагування.

Другий кластер демонструє іншу конфігурацію психологічного функціонування, що характеризується нижчою вираженістю травматичної симптоматики на тлі вищої резильєнтності, більшого посттравматичного зростання та переважання проблемно-орієнтованого копінгу за одночасно нижчої орієнтації на уникання. Психологічно це схоже на профіль, у якому травматичний досвід перестає визначати весь простір психічного життя (при цьому сам травматичний досвід не зникає), адже людина зберігає здатність діяти, планувати, шукати підтримку і способи впливу на власний стан.

У межах теорії посттравматичного зростання така конфігурація узгоджується з уявленням про те, що позитивні зміни після травми виникають не автоматично, а внаслідок когнітивної та смислової переробки пережитого, яка стає можливою за умови збережених внутрішніх ресурсів і активних стратегій подолання [58; 12]. Таким чином, другий кластер можна інтерпретувати як відносно адаптивну траєкторію, де поєднання резильєнтності й активного подолання створює умови для зниження дезорганізуючого впливу травми та появи позитивних психологічних змін.

Водночас важливо підкреслити, що виявлені більш адаптивні конфігурації психологічного функціонування не означають повного подолання травматичного досвіду. В умовах триваючої війни посттравматичне відновлення слід розглядати як процес, що розгортається паралельно з актуальним впливом стресогенних чинників, а не як завершений етап після завершення травматизації.

Узагальнюючи результати кластерного аналізу, можна зробити висновок, що психологічна адаптація жінок в умовах війни є багатовимірним процесом, у

якому травматична симптоматика, резильєнтність, копінг-стратегії та посттравматичне зростання перебувають у взаємодії.

Отримані результати, що засвідчують існування різних адаптаційних профілів, мають принципове практичне значення. По суті, вони підтверджують, що в межах однієї соціальної групи, можливі відмінні траєкторії психологічного реагування на воєнну травматизацію: як домінування травматичної симптоматики за умов обмежених внутрішніх і зовнішніх ресурсів, так і відносно більш адаптивних варіантів, у яких помірна вираженість симптомів поєднується з достатнім рівнем резильєнтності, активними копінг-стратегіями та посттравматичним зростанням.

Відтак, можемо зробити висновок про доцільність диференційованих інтервенцій, чутливих до індивідуального профілю психологічного функціонування. Зокрема, для осіб із більш уразливими профілями перспективними є програми, спрямовані на стабілізацію емоційної регуляції, зниження дезадаптивних копінгів та поступове відновлення базових ресурсів безпеки й підтримки. Водночас для більш ресурсних груп доцільним є фокус на зміцненні резильєнтності, розвитку активних і смисло-орієнтованих стратегій подолання, а також підтримці процесів когнітивного та екзистенційного переосмислення пережитого досвіду, що сприяють посттравматичному зростанню.

Узагальнюючи викладене, варто наголосити, що отримані результати ґрунтуються на даних, отриманих саме на вибірці жінок, що становить наукову новизну дослідження. Такий фокус дозволив не лише простежити загальні закономірності посттравматичної адаптації, а й окреслити специфіку посттравматичного відновлення жінок в умовах війни в Україні. У цьому сенсі копінг-стратегії можуть розглядатися як ключова мішень психологічних інтервенцій, оскільки, на відміну від базових особистісних характеристик, вони є більш пластичними та піддатливими до цілеспрямованого розвитку.

Разом з тим, доцільно підкреслити і певні обмеження отриманих результатів, адже досліджені параметри, попри їхню пояснювальну силу, не можуть охоплювати всі чинники психологічної адаптації в умовах війни. На перебіг адаптації суттєво впливають індивідуальна життєва історія, характер і тривалість травматизуючих подій, соціально-економічні умови, наявність підтримки, досвід втрат і вимушеного переміщення, а також морально-ціннісні конфлікти. Це підкреслює необхідність подальших досліджень, які дозволили б ширше врахувати різноманіття чинників, що впливають на резильєнтність жінок в умовах війни.

Висновки до третього розділу

Кластерний аналіз дозволив виокремити два психологічні профілі досліджуваних жінок: менш адаптивний, пов'язаний з високою травматичною симптоматикою та переважанням уникаючих копінг-стратегій, і відносно більш адаптивний, що характеризується вищим рівнем резильєнтності, посттравматичного зростання та конструктивних копінг-стратегій.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з можливістю поглибленого аналізу виявлених траєкторій посттравматичного відновлення жінок, які проживають в умовах повномасштабної війни Росії проти України. Зокрема, доцільною є диференціація досліджуваних залежно від типу пережитої травматичної події, інтенсивності воєнних загроз або безпекової ситуації у регіоні проживання, що дозволить точніше інтерпретувати як механізми формування травматичної симптоматики, так і потенціал посттравматичного зростання.

ВИСНОВКИ

У ході магістерського дослідження було теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено зв'язок резильєнтності й копінг-стратегій із посттравматичним відновленням жінок в умовах війни. Аналіз наукових джерел засвідчив, що посттравматичне відновлення є багатовимірним і динамічним процесом, який не зводиться лише до зменшення симптомів травматизації, а включає можливість посттравматичного зростання, переосмислення досвіду та відновлення психологічної цілісності.

Емпіричне дослідження показало, що рівень резильєнтності відіграє важливу роль у посттравматичному відновленні жінок. Вищі показники резильєнтності пов'язані з вищим рівнем посттравматичного зростання та нижчою вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу, що підтверджує її ресурсну функцію в умовах триваючої травматизації.

Встановлено, що копінг-стратегії є суттєвим чинником диференціації траєкторій посттравматичного відновлення. Проблемно-орієнтовані стратегії подолання асоціюються з більш адаптивною траєкторією відновлення, тоді як домінування унікальних та надмірно емоційно-орієнтованих стратегій пов'язане з вищим рівнем травматизації та нижчим посттравматичним зростанням.

За результатами кластерного аналізу було виокремлено дві умовні траєкторії посттравматичного відновлення жінок під час війни. Перша траєкторія характеризується нижчим рівнем резильєнтності, переважанням унікаючих і емоційно-орієнтованих копінг-стратегій та вищою вираженістю симптомів травматизації. Друга траєкторія відзначається вищим рівнем резильєнтності, домінуванням проблемно-орієнтованого копінгу та більш вираженим посттравматичним зростанням.

Отримані результати мають практичну цінність для психологічної допомоги жінкам в умовах війни. Зокрема, копінг-стратегії можуть розглядатися

як важлива мішень психологічних інтервенцій, оскільки вони є більш пластичними та піддатливими до розвитку порівняно з базовими особистісними характеристиками.

Практичні рекомендації полягають у доцільності розробки та впровадження психоосвітніх і терапевтичних програм, спрямованих на розвиток проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, зниження рівня уникаючого подолання та підтримку резильєнтності жінок, які переживають наслідки воєнної травматизації. Це може сприяти більш адаптивному посттравматичному відновленню та зменшенню довготривалих негативних психологічних наслідків війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Герасименко Л. О. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посіб. / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 128 с.
2. Глущенко Л. Д. Психологічні особливості копінг-стратегій жінок, які перебувають в аб'юзивних стосунках : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Л. Д. Глущенко. Вінниця: Донецький національний університет імені Василя Стуса, 2024. 146 с.
3. Гозак С., Єлізарова О., Станкевич Т. та ін. Адаптивні копінг-стратегії українців під час війни // Психосоматична медицина та загальна практика. 2023. Т. 8, № 4. DOI: 10.26766/pmgrp.v8i4.463.
4. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 / Американська психіатрична асоціація ; пер. з англ. О. Лисак, М. Прокопович ; наук. ред. В. Горбунова, Л. Засєкіна, О. Плевачук. Львів : Галицька видавнича спілка, 2023. 536 с.
5. Євдокимова Н., Зливков В., Лукомська С., Котух О. Особистість в умовах війни: психологічна діагностика та допомога : навч. посіб. Київ : [видавництво не зазначене], 2025.
6. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Котух О. В., Мельник О. В. Міжнародний опитувальник травми (ITQ): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР // Актуальні проблеми психології. 2019. Т. 2, № 14. С. 145–161. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/718186>.
7. Коваленко Л. В., Гнатюк В. В. Визначення стресостійкості та копінг-стратегій у жінок різного віку в умовах тривалого стресу // Від експериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації : тези доп. 2021. С. 84–85.

8. Кокун О. М. Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі : теорія, дослідження, практика. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 214 с.
9. Костюк Ю. Ф. Соціально-психологічні предиктори ПТСР молоді в умовах війни // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія». 2025. Вип. 18. С. 37–42. DOI: 10.25264/2415-7384-2025-18-37-42.
10. Креденцер О. Основні підходи до аналізу поняття «резильєнтність» в сучасній організаційній психології // Організаційна психологія. Економічна психологія. 2024. № 3–4 (33). С. 124–128.
11. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посіб. Київ – Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2024. URL: <https://surl.li/sxxuykg>.
12. Малімон Л., Пархоменко В. Особливості резильєнтності жінок з травматичним досвідом втрати внаслідок воєнних дій // Психологічні перспективи. 2025. Вип. 45. С. 91–106. DOI: 10.29038/2227-1376-2025-45-mal.
13. Матуд М. П. Гендерні відмінності у стресі та копінг-стратегіях // Personality and Individual Differences. 2004. № 37. С. 1401–1415.
14. МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку : статистична класифікація / за заг. ред. В. Д. Мішиєва ; уклад. В. Д. Мішиєв та ін. Вид. 2-ге. Київ : МОРІОН, 2024. 300 с.
15. Паливода Л. І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях // Психологічні перспективи. 2021. Вип. 38. С. 176–189. DOI: 10.32838/2709-3093/2021.6/11.
16. Потапов С. О. Проблема резильєнтності в сучасній психології // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2023. № 2. С. 90–93.

17. Синявський В. В., Сергєєнкова О. П. Психологічний словник / за ред. Н. А. Побірченко. Київ : Науковий світ, 2007. 274 с.
18. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи. Київ : Міленіум, 2014. URL: <https://surli.cc/fndvum>.
19. Чиханцова О. А. Розвиток резильєнтності особистості в ситуаціях невизначеності // Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2023. Т. 34 (73), № 1. С. 35–40. DOI: 10.32838/2709-3093/2023.1/06.
20. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків : Прапор, 2007. 800 с. URL: https://library.udpu.edu.ua/library_files/427530.pdf.
21. Школіна Н. В. та ін. Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора – Девідсона-10 (CD-RISC-10) // Ревматологія. 2023. № 80. С. 45–54.
22. Aleksina N. et al. Brief COPE-26 Coping Scale: Ukrainian-Language Adaptation and Modification for Online Diagnostics // Insight: The Psychological Dimensions of Society. 2024. № 12. P. 191–227.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : 3rd ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980. 494 p.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : 5th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
25. Bohleber W. Пригадування, травма та колективна пам'ять // Український психоаналітичний журнал. 2024. Т. 2, № 2. С. 118–135.
26. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? // American Psychologist. 2004. Vol. 59, № 1. P. 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20.

27. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York : Basic Books, 1969. 428 p.
28. Bryant-Davis T. The cultural context of trauma recovery // Psychotherapy. 2019. Vol. 56, № 3. P. 400–408.
29. Calhoun L. G., Tedeschi R. G. Facilitating posttraumatic growth. New York ; London : Taylor & Francis, 2014. 178 p.
30. Cloitre M., Garvert D. W., Brewin C. R., Bryant R. A., Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis // European Journal of Psychotraumatology. 2014. Vol. 5, № 1. Article 25097. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20706.
31. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C. R., et al. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2018. Vol. 138, № 6. P. 536–546. DOI: 10.1111/acps.12956
32. Danyliuk I., Tokhtamysh O. Characteristics of war stress experienced by Ukrainians // Ukrainian Psychological Journal. 2024. № 1 (21). P. 23–39. DOI: 10.17721/upj.2024.1(21).2.
33. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // Behaviour Research and Therapy. 2000. Vol. 38, № 4. P. 319–345. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
34. Frankl V. Man's search for meaning. Boston : Beacon Press, 1946. 165 p.
35. Freud S. Beyond the pleasure principle. New York : Liveright, 1920. 97 p.
36. Freud S., Breuer J. Studies on hysteria. New York : Basic Books, 1895. 335 p.
37. Friedberg A., Malefakis D. Resilience, trauma, and coping // Psychodynamic Psychiatry. 2018. Vol. 46, № 1. P. 81–113.
38. Herman J. Trauma and recovery. New York : Basic Books, 1992. 276 p.
39. Janet P. L'automatisme psychologique. Paris : Félix Alcan, 1889. 496 p.
40. Janet P. Les médications psychologiques : en 3 t. Paris : Félix Alcan, 1919.

41. Janet P. The major symptoms of hysteria. New York : Macmillan, 1907. 345 p.
42. Kardiner A. The traumatic neuroses of war. New York : Hoeber, 1941. 258 p.
43. Keck B. et al. Trauma recovery: A heroic journey // Heroism Science. 2017. Vol. 2, № 1.
44. Kurapov A., Kalaitzaki A., Keller V., Danyliuk I., Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine // Frontiers in Psychiatry. 2023. Vol. 14. Article 1134780. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1134780.
45. Lanius R. et al. The impact of early life trauma on brain networks // Biological Psychiatry. 2010. Vol. 68, № 1. P. 52–58.
46. Liu A. N., Wang L.-L., Li H.-P., Gong J., Liu X.-H. Correlation between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms based on Pearson correlation coefficient: A meta-analysis // Psychiatry Research. 2017. Vol. 251. P. 238–243. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27875386/>.
47. Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A., Cloitre M., Reed G. M., van Ommeren M., Saxena S. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // World Psychiatry. 2013. Vol. 12, № 3. P. 198–206. DOI: 10.1002/wps.20057.
48. Mangelsdorf J. et al. Does growth require suffering? // Psychological Bulletin. 2018. Vol. 145, № 3. P. 302–338.
49. Maslow A. Toward a psychology of being. New York : Van Nostrand Reinhold, 1968. 240 p.
50. Muldoon O. T. et al. The social psychology of responses to trauma // European Review of Social Psychology. 2019. Vol. 30, № 1. P. 311–348.
51. Perry B. D. The neurosequential model of therapeutics // Reclaiming Children and Youth. 2006. Vol. 15, № 1. P. 37–43.

52. Platte S., Wiesmann U., Tedeschi R. G., Kehl D. Coping and rumination as predictors of posttraumatic growth and depreciation // Chinese Journal of Traumatology. 2022. Vol. 25, № 5. P. 264–271. DOI: 10.1016/j.cjtee.2022.02.001.
53. Porges S. The polyvagal theory. New York : W. W. Norton & Company, 2011. 347 p.
54. Rudd B. et al. Personally meaningful recovery in people with psychological trauma // Journal of Mental Health. 2019.
55. Srishti Bhatia, Dutt S. The impact of mental well-being on trauma recovery // International Journal of Interdisciplinary Approaches in Psychology. 2025. Vol. 3, № 5. P. 432–443.
56. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence // Psychological Inquiry. 2004. Vol. 15, № 1. P. 1–18. DOI: 10.1207/s15327965pli1501_01.
57. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The posttraumatic growth inventory // Journal of Traumatic Stress. 1996. Vol. 9, № 3. P. 455–471.
58. Tedeschi R. G., Shakespeare-Finch J., Taku K., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Theory, research, and applications. New York : Routledge, 2018. DOI: 10.4324/9781315527451.
59. Teicher M. et al. Childhood neglect and abuse // Archives of General Psychiatry. 2003. Vol. 60, № 4. P. 409–418.
60. Van der Hart O. et al. The haunted self. New York : W. W. Norton & Company, 2006. 440 p.
61. Van der Kolk B. The body keeps the score. New York : Viking, 2014. 443 p.
62. Van der Kolk B. Trauma and memory // Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1996. Vol. 50, № S1. P. 97–109.
63. World Health Organization. International classification of diseases: 11th revision (ICD-11). Geneva : World Health Organization, 2019.
64. Yalom I. Existential psychotherapy. New York : Basic Books, 1980. 524 p.

65. Zubovskiy D. Adaptation and appropriation of the Ukrainian version of the “Posttraumatic Growth Inventory” methodic // Psychological Journal. 2018. Vol. 4, № 7. P. 121–135.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Авторська анкета соціально-демографічних та контекстних характеристик респонденток

1. Яка Ваша стать? (один зі списку)
 - Жіноча
 - Чоловіча

2. Скільки Вам повних років? (вказіть ціле число)

3. Де Ви зараз проживаєте? (один зі списку)
 - В Україні
 - Закордоном

4. В якому населеному пункті Ви зараз проживаєте? (один зі списку)
 - Місто
 - Селище міського типу
 - Сільська місцевість

5. Який Ваш найвищий рівень освіти? (один зі списку)
 - Неповна середня (9 класів)
 - Повна середня (11 класів)
 - Середня спеціальна (училище, технікум)
 - Неповна вища (бакалаврат)
 - Повна вища (спеціалітет, магістратура)
 - Науковий ступінь

6. Чи перебуваєте Ви зараз у шлюбі чи подібному партнерстві? (один зі списку)

- Так
- Ні

7. Скільки у Вас дітей? Якщо немає, просимо вказати "0" (вкажіть ціле число)

8. Середня заробітна плата в Україні у 2025 році становить 23 460 грн.

Оцініть, яким є розмір Вашого місячного доходу відносно цієї суми за наведеною шкалою: (один зі списку)

- Дуже високий
- Високий
- Вище середнього
- Середній
- Нижче середнього
- Низький
- Дуже низький

9. Чи з Вами будь-коли траплялася подія, яку можна було б назвати психологічною травмою? (наприклад, через загрозу життю, сильний стрес, раптові кардинальні зміни умов життя, інші непередбачувані події) (один зі списку)

- Так
- Ні

Дякую за Ваш час та участь у цьому дослідженні!

Ваші відповіді є надзвичайно важливими для аналізу та розуміння досліджуваних питань. Я високо ціную Вашу щирість і готовність поділитися

своїм досвідом. Усі дані залишаться конфіденційними і будуть використовуватися виключно з дослідницькою метою.

Якщо у Вас є якийсь коментар - напишіть його тут

Необов'язкове питання

Додаток Б

Descriptives

	N	Mean	SD	Shapiro-Wilk	
				W	p
Вік	90	37.56	8.09	0.950	0.002
Інтрюзія	90	2.14	1.58	0.923	<.001
Уникнення	90	3.33	2.36	0.940	<.001
Гіперпильність	90	4.38	2.10	0.954	0.003
PSTD	90	9.86	4.31	0.959	0.006
Порушення емоційної самоорганізації	90	3.26	1.81	0.956	0.004
Негативна Я-концепція	90	2.56	2.17	0.904	<.001
Порушення у стосунках з іншими людьми	90	2.88	1.99	0.947	0.001
DSO	90	8.69	5.22	0.957	0.005
PSTD-комплексний	90	18.54	7.83	0.977	0.120
С1 Ставлення до інших	90	17.50	9.69	0.974	0.073
НМ Нові можливості	90	12.24	6.40	0.975	0.084
СО Сила особистості	90	10.76	5.08	0.969	0.031
ДЗ Духовні зміни	90	6.80	3.51	0.981	0.225
ПЦ Підвищення цінності життя	90	12.76	4.34	0.969	0.028
PTGI	90	60.06	25.93	0.979	0.163
CD-RISC-10	90	25.06	8.25	0.974	0.067
С1 Активне подолання	90	6.66	1.26	0.854	<.001
С2 Планування	90	6.61	1.25	0.862	<.001
С3 Позитивне переосмислення	90	6.12	1.78	0.871	<.001
С4 Прийняття	90	6.82	1.24	0.832	<.001
С5 Гумор	90	5.21	2.09	0.903	<.001
С6 Звернення до релігії	90	3.43	1.85	0.769	<.001
С7 Заперечення	90	2.74	1.38	0.610	<.001
С8 Використання емоційної підтримки	90	4.96	1.80	0.935	<.001
С9 Використання інструментальної підтримки	90	4.58	1.73	0.924	<.001
С10 Вираження почуттів	90	5.42	1.78	0.916	<.001
С11 Вживання психоактивних речовин	90	2.98	1.59	0.652	<.001
С12 Поведінковий відхід від проблеми	90	3.30	1.54	0.806	<.001
С13 Самозвинувачення	90	4.21	1.85	0.891	<.001

Descriptives

	N	Mean	SD	Shapiro-Wilk	
				W	p
Проблемно-орієнтований копінг	90	19.39	3.18	0.935	<.001
Емоційно-орієнтований копінг	90	13.12	3.43	0.977	0.118
Унікаючий копінг	90	12.09	3.10	0.975	0.083

Додаток В

Результати порівняння груп досліджуваних, виділених на основі соціально-демографічних показників

Результати порівняння груп, виділених на основі місця проживання (в Україні / за кордоном)

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
PSTD	Mann-Whitney U	252	0.561
PSTD-комплексний	Mann-Whitney U	266	0.712
PTGI	Mann-Whitney U	226	0.331
CD-RISC-10	Mann-Whitney U	268	0.740
Проблемно-орієнтований копінг	Mann-Whitney U	263	0.677
Емоційно-орієнтований копінг	Mann-Whitney U	252	0.560
Унікаючий копінг	Mann-Whitney U	281	0.886

Note. $\mu_{\text{В Україні}} \neq \mu_{\text{За кордоном}}$

Результати порівняння груп, виділених на основі населеного пункту (місто / селище міського типу / село)

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p
PSTD	4.393	2	0.111
PSTD-комплексний	2.888	2	0.236
PTGI	6.349	2	0.042
CD-RISC-10	1.599	2	0.450
Проблемно-орієнтований копінг	0.164	2	0.921
Емоційно-орієнтований копінг	0.301	2	0.860
Унікаючий копінг	0.222	2	0.895

Результати порівняння груп, виділених на основі шлюбного статусу (так / ні)

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
PSTD	Mann-Whitney U	406	0.460
PSTD-комплексний	Mann-Whitney U	462	0.948
PTGI	Mann-Whitney U	378	0.285
CD-RISC-10	Mann-Whitney U	435	0.695
Проблемно-орієнтований копінг	Mann-Whitney U	419	0.558
Емоційно-орієнтований копінг	Mann-Whitney U	372	0.254
Унікаючий копінг	Mann-Whitney U	445	0.784

Note. $\mu_{\text{ні}} \neq \mu_{\text{так}}$

Результати порівняння груп, виділених на основі наявності дітей (так / ні)

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
PSTD	Mann-Whitney U	584	0.261
PSTD-комплексний	Mann-Whitney U	575	0.226
PTGI	Mann-Whitney U	563	0.184
CD-RISC-10	Mann-Whitney U	669	0.763
Проблемно-орієнтований копінг	Mann-Whitney U	657	0.674
Емоційно-орієнтований копінг	Mann-Whitney U	551	0.147
Унікаючий копінг	Mann-Whitney U	675	0.807

Note. $\mu_0 \neq \mu_1$

Результати порівняння груп, виділених на основі рівня здобутої освіти
(науковий ступінь / повна вища / неповна вища (бакалаврат) / середня
спеціальна / неповна середня)

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p
PSTD	5.83	4	0.212
PSTD-комплексний	7.08	4	0.132
PTGI	8.72	4	0.069
CD-RISC-10	5.46	4	0.243
Проблемно-орієнтований копінг	2.59	4	0.628
Емоційно-орієнтований копінг	1.92	4	0.751
Унікаючий копінг	7.32	4	0.120

Результати порівняння груп, виділених на основі рівня заробітної плати
(дуже високий / високий / вище середнього / середній / нижче середнього /
низький / дуже низький)

Kruskal-Wallis

	χ^2	df	p
PSTD	6.81	6	0.339
PSTD-комплексний	10.23	6	0.115
PTGI	2.29	6	0.891
CD-RISC-10	12.09	6	0.060
Проблемно-орієнтований копінг	8.66	6	0.194
Емоційно-орієнтований копінг	8.54	6	0.201
Унікаючий копінг	7.41	6	0.284

Додаток Г

Результати кореляційного аналізу інтегрального показника посттравматичного зростання (PTGI) і копінг-стратегій за методикою Brief-Cope

		Correlation Matrix														
		PTGI	C1 Активне подолання	C2 Планування	C3 Позитивне переосмислення	C4 Прийняття	C5 Гумор	C6 Звернення до релігії	C7 Заперечення	C8 Використання емоційної підтримки	C9 Використання інструментальних підтримки	C10 Вираження почуттів	C11 Вживання психоактивних речовин	C12 Поведінкові проблеми	C13 Самозвинувачення	
PTGI	Spearman's rho	—														
	df	—														
	p-value	—														
C1 Активне подолання	Spearman's rho	0.254	—													
	df	88	—													
	p-value	0.016	—													

С2 Планування	Spearman's rho	0.149	0.359	—											
	df	88	88	—											
	p-value	0.162	<.001	—											
С3 Позитивне переосмислення	Spearman's rho	0.316	0.072	0.394	—										
	df	88	88	88	—										
	p-value	0.002	0.499	<.001	—										
С4 Прийняття	Spearman's rho	0.303	0.212	0.404	0.540	—									
	df	88	88	88	88	—									
	p-value	0.004	0.045	<.001	<.001	—									
С5 Гумор	Spearman's rho	0.092	0.265	0.197	0.400	0.382	—								
	df	88	88	88	88	88	—								
	p-value	0.386	0.012	0.063	<.001	<.001	—								
С6 Звернення до релігії	Spearman's rho	0.287	0.102	0.315	0.442	0.185	0.118	—							
	df	88	88	88	88	88	88	—							
	p-value	0.006	0.336	0.003	<.001	0.081	0.267	—							
С7 Заперечення	Spearman's rho	-0.120	-0.145	-0.126	-0.098	-0.228	-0.002	0.041	—						
	df	88	88	88	88	88	88	88	—						
	p-value	0.260	0.173	0.239	0.357	0.031	0.988	0.702	—						
С8 Використання емоційної підтримки	Spearman's rho	0.153	0.075	0.048	0.032	-0.040	-0.046	0.168	0.068	—					
	df	88	88	88	88	88	88	88	88	—					
	p-value	0.150	0.480	0.654	0.767	0.711	0.664	0.113	0.525	—					
С9 Використання інструментальної підтримки	Spearman's rho	0.234	0.228	-0.143	0.046	-0.015	0.055	0.146	0.101	0.553	—				
	df	88	88	88	88	88	88	88	88	88	—				
	p-value	0.026	0.030	0.179	0.666	0.890	0.610	0.170	0.345	<.001	—				
С10 Вираження почуттів	Spearman's rho	0.130	0.104	0.052	0.085	0.098	0.061	0.044	-0.045	0.520	0.330	—			
	df	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	—			
	p-value	0.223	0.330	0.627	0.425	0.359	0.568	0.684	0.673	<.001	0.002	—			
С11 Вживання психоактивних речовин	Spearman's rho	-0.072	-0.119	-0.153	-0.043	-0.110	0.014	-0.177	0.192	-0.174	-0.116	-0.115	—		
	df	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	—		
	p-value	0.501	0.264	0.149	0.688	0.301	0.898	0.095	0.070	0.101	0.278	0.281	—		
С12 Поведінковий відхід від проблеми	Spearman's rho	-0.250	-0.279	-0.432	-0.210	-0.306	-0.079	-0.221	0.298	-0.013	-0.178	0.007	0.306	—	
	df	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	—	
	p-value	0.017	0.008	<.001	0.047	0.003	0.460	0.036	0.004	0.901	0.094	0.949	0.003	—	
С13 Самозвинувачення	Spearman's rho	-0.307	-0.143	-0.271	-0.362	-0.440	-0.261	-0.139	0.226	0.022	-0.038	-0.017	0.210	0.395	—
	df	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	—
	p-value	0.003	0.179	0.010	<.001	<.001	0.013	0.190	0.033	0.834	0.723	0.873	0.047	<.001	—

Результати кореляційного аналізу інтегрального показника посттравматичного зростання" (PTGI) і узагальнених шкал методики Brief-Cope

Correlation Matrix					
		PTGI	Проблемно-орієнтований копінг	Емоційно-орієнтований копінг	Унікаючий копінг
PTGI	Spearman's rho	—			
	df	—			
	p-value	—			
Проблемно-орієнтований копінг	Spearman's rho	0.335**	—		
	df	88	—		
	p-value	0.001	—		
Емоційно-орієнтований копінг	Spearman's rho	0.118	0.006	—	
	df	88	88	—	
	p-value	0.266	0.955	—	
Унікаючий копінг	Spearman's rho	-0.170	-0.432***	0.375***	—
	df	88	88	88	—
	p-value	0.109	<.001	<.001	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Результати кореляційного аналізу резильєнтності і показників посттравматичного зростання

	CD-RISC-10	СІ Ставлення до інших	НМ Нові можливості	СО Сила особистості	ДЗ Духовні зміни	ПЦ Підвищення цінності життя	PTGI
CD-RISC-10	—						
СІ Ставлення до інших	0.453***	—					
НМ Нові можливості	0.505***	0.778***	—				
СО Сила особистості	0.573***	0.753***	0.825***	—			
ДЗ Духовні зміни	0.382***	0.680***	0.756***	0.640***	—		
ПЦ Підвищення цінності життя	0.447***	0.632***	0.758***	0.726***	0.742***	—	
PTGI	0.520***	0.908***	0.928***	0.893***	0.824***	0.834***	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Результати кореляційного аналізу резильєнтності і показників Міжнародного опитувальника травми (ITQ)

	CD-RISC-10	Інтрुзія	Уникнення	Гіперпильність	PSTD	Порушення емоційної самоорганізації	Негативна Я-концепція	Порушення у стосунках з іншими людьми	DSO	PSTD-комплексний
CD-RISC-10	—									
Інтрुзія	-0.180	—								
Уникнення	-0.082	0.158	—							
Гіперпильність	0.026	0.330**	0.337**	—						
PSTD	-0.109	0.592***	0.769***	0.746***	—					
Порушення емоційної самоорганізації	-0.422***	0.215*	0.266*	0.258*	0.342***	—				
Негативна Я-концепція	-0.548***	0.239*	0.324**	0.095	0.324**	0.573***	—			
Порушення у стосунках з іншими людьми	-0.519***	0.144	0.146	0.212*	0.259*	0.621***	0.622***	—		
DSO	-0.583***	0.243*	0.283**	0.224*	0.364***	0.839***	0.854***	0.867***	—	
PSTD-комплексний	-0.430***	0.465***	0.623***	0.581***	0.792***	0.729***	0.724***	0.704***	0.837***	—

CD-RIS
C-10

Інтризі
я

Уникне
ння

Гіперп
ильніст
ь

PSTD

Поруш
ення
емоцій
ної
самоор
ганізаці
ї

Негати
вна
Я-конц
епція

Поруш
ення у
стосунк
ах з
іншими
людьми

DSO

P
S
T
D
-
к
о
м
п
л
е
к
с
н
и
й

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Додаток Г

Результати ієрархічного кластерного аналізу досліджуваних показників

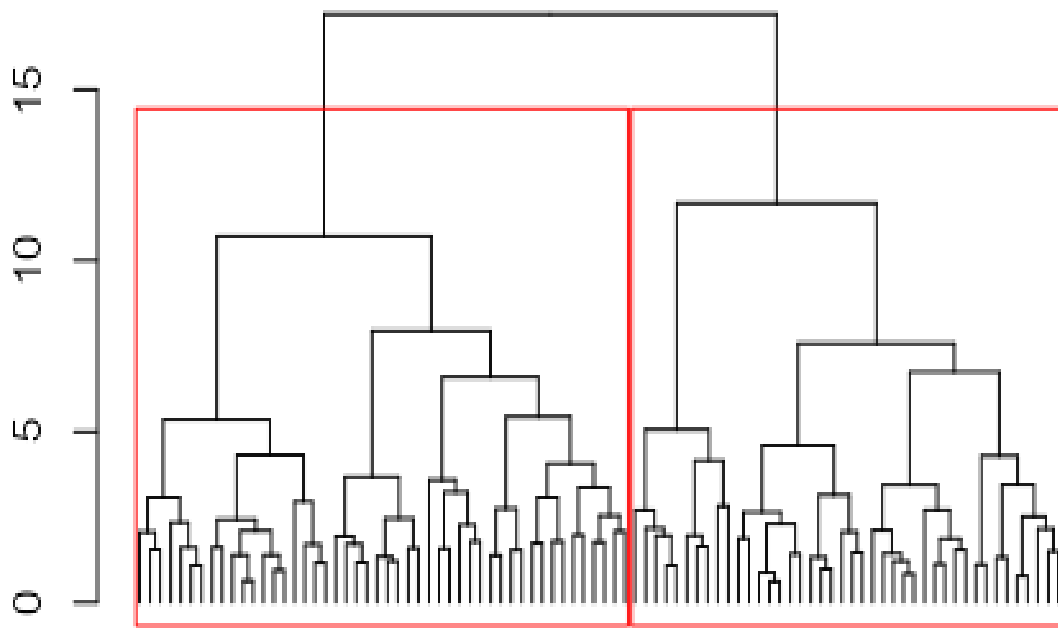
Summary

Variables	Cases	Distances	Clustering method
7	90	euclidean	ward.D2

Group membership

Cluster	Number of elements
1	48
2	42

Dendrogram



Додаток Д

Результати кластерного аналізу методом k-середніх

Sum of squares Table		Clustering Table	
	Value	Cluster No	Count
Cluster 1	195	1	32
Cluster 2	338	2	58
Between clusters	179		
Total	712		

Centroids of clusters Table

	Вік	PSTD	PSTD-комплексний	PTGI	Шкала Коннора-Девідсона	Проблемно-орієнтований копінг	Емоційно-орієнтований копінг	Уникаючий копінг
1	-0.042	0.672	0.944	-0.499	-0.836	-0.594	0.292	0.939
2	0.023	-0.371	-0.521	0.275	0.461	0.328	-0.161	-0.518

