

УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему

*“Індивідуально-психологічні особливості
жінок у стані тривалого травмівного
стресу”*

Виконала: здобувач 4 курсу,
групи ПС-22зс
Спеціальності 053 «Психологія»
Денисенко О. В.
Керівник: Байєр О. О.,
канд. психол. наук, доцент

м. Дніпро
2026

РЕФЕРАТ

Реферат присвячено вивченню індивідуально-психологічних особливостей жінок середнього і зрілого віку (35–60 років), які проживають в Україні в умовах тривалого воєнного стресу. Досліджується, яким чином хронічний вплив стресорів воєнного часу трансформує психологічне функціонування, копінг-поведінку та суб'єктивно сприйману соціальну підтримку жінок, а також чи існують системні відмінності між внутрішньо переміщеними жінками та тими, хто лишився за місцем проживання впродовж усього часу повномасштабного вторгнення.

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну у лютому 2022 року поставило мільйони цивільних осіб в умови тривалого й практично безперервного психологічного тиску. За даними УВКБ ООН за 2022–2023 роки, жінки становлять понад 60 відсотків від усіх внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні. Вони одночасно несуть подвійний тягар: безпосередню воєнно-пов'язану травматизацію та кризу, пов'язану з утратою звичного середовища. Це ставить жінок, особливо жінок середнього і зрілого дорослого віку, на перетин кількох взаємопосиливальних чинників ризику.

Наявні дослідження психічного здоров'я в умовах збройних конфліктів стабільно фіксують підвищений рівень тривожності, депресивної симптоматики та ПТСР. Проте більшість таких досліджень зосереджені на гострих реакціях або вибірках міжнародних біженців у країнах-реципієнтах. Питання про те, як хронічний стрес проявляється в індивідуально-психологічних особливостях жінок під час тривалого конфлікту на власній території, залишається порівняно малодослідженим. Вітчизняні дослідники, зокрема Чабань О.С., Хаустова О.О., Козігора М.А., Солоненко О. та Розмирська Ю., зафіксували появу «тривалої травми війни» як самостійного клінічного та психологічного феномену, що не зводиться до класичного ПТСР, але має власний симптомний профіль та динаміку розвитку.

У сучасній науці сформовано доволі чітке концептуальне розмежування між гострим стресом, тривалим травматичним стресом, ПТСР і комплексним ПТСР. МКХ-11 уперше офіційно виокремив комплексний ПТСР як самостійну діагностичну категорію, що описує глибокі особистісні зміни внаслідок тривалої або повторюваної травматизації (Маеркер та ін., 2022). Цей прогрес у класифікації є принципово важливим для розуміння психологічного стану жінок, які впродовж декількох років живуть в умовах триваючої загрози.

Метою роботи є вивчення характеру змін в індивідуально-психологічних особливостях жінок, пов'язаних із хронічним воєнним стресом, та порівняння цих змін залежно від досвіду вимушеного переміщення. Для досягнення мети сформульовано шість завдань: (1) теоретичний аналіз підходів до хронічного стресу та його психологічних наслідків у вітчизняній і зарубіжній літературі; (2) характеристика гендерно-специфічних особливостей тривалої травматизації жінок; (3) визначення ресурсних та деструктивних чинників регуляції стресу; (4) проведення емпіричного дослідження із застосуванням валідизованої психодіагностичної батареї; (5) порівняння показників стресу та функціонування між групами ВПО і не ВПО; (6) формулювання практичних рекомендацій щодо психологічної допомоги жінкам у воєнний час.

Концептуальна гіпотеза дослідження: хронічний воєнний стрес по-різному впливає на індивідуально-психологічні особливості жінок залежно від досвіду переміщення та рівня сприйнятої соціальної підтримки. На основі концептуальної гіпотези сформульовано три емпіричні: Г1 – жінки-ВПО демонструватимуть вищі показники хронічної стресової реакції та функціональних обмежень; Г2 – сприйнята соціальна підтримка позитивно корелюватиме з адаптивними стратегіями копіngu; Г3 – інтенсивність стресорів корелюватиме зі зниженням адаптивного копіngu та погіршенням щоденного функціонування.

Емпіричне дослідження проводилося у форматі крос-секційного онлайн-опитування у березні-квітні 2026 р. За принципом цілеспрямованої вибірки залучено 50 жінок віком від 22 до 61 року ($M = 42,3$; $SD = 8,9$) через особисті контакти та тематичні онлайн-групи підтримки. Вибірку поділено на дві підгрупи за статусом ВПО: 26 жінок із поточним або колишнім статусом ВПО та 24 жінки, які не змінювали місця проживання з початку повномасштабного вторгнення.

Застосовувалася батарея з п'яти валідизованих психодіагностичних інструментів. (1) Українська шкала щоденних стресорів війни (УШЩСВ) – 37 тверджень, що оцінюють інтенсивність повсякденних стресорів, пов'язаних зі збройним конфліктом (діапазон 37-185). (2) Шкала реакції на тривалий травматичний стрес (CTSR) – 9 тверджень для оцінки хронічної стресової симптоматики (діапазон 0–36). (3) Шкала оцінки обмежень життєдіяльності ВООЗ (WHODAS 12) – 12 тверджень, що відображають функціональні обмеження в повсякденній активності (діапазон 12-60). (4) Індикатор копінг-стратегій Дж. Амірхана (CSI) оцінює три стратегії: вирішення проблеми, пошук соціальної підтримки та уникнення. (5) Багатовимірна шкала сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS; Zimet та ін.) оцінює підтримку від значущих інших, родини та друзів (діапазон 1,0-7,0).

Статистичний аналіз виконувався у програмі Jamovi (версія 2.3) і включав: описову статистику (середні, стандартні відхилення, медіани, мінімуми, максимуми), перевірку нормальності розподілу (критерій Шапіро–Вілکا), міжгрупові порівняння (t-критерій для незалежних вибірок та критерій Манна–Вітні залежно від характеру розподілу), а також кореляційний аналіз (r Пірсона). Для кожної процедури попередньо перевірялися відповідні статистичні умови.

Теоретичну основу дослідження формують кілька взаємодоповнювальних концептуальних моделей. Трансактна модель стресу Лазаруса та Фолкмана виходить з того, що стрес виникає не із ситуації як такої, а з когнітивної оцінки цієї ситуації суб'єктом; цей принцип пояснює індивідуальну варіативність стресових реакцій і виправдовує зосередження на психологічних, а не лише біологічних вимірах. Алостатична модель Мак'юена описує кумулятивну фізіологічну і психологічну «ціну» хронічної мобілізації стресової системи, включаючи нейробіологічні зміни в гіпокампі, префронтальній корі та мигдалині, а також дисрегуляцію осі ГГН і порушення циркадних ритмів.

Концепція «тривалої травми війни» (Солоненко О., Розмиряська Ю.) відрізняється від класичного ПТСР відсутністю дискретної події-початку та поступовою кумулятивною динамікою. На відміну від гострого ПТСР, де ідентифікувати тригерну подію порівняно просто, тривала воєнна травма

формується як нашарування мікротравм, фрустрацій, утрат і хронічної невизначеності. Це зумовлює особливий симптомний профіль, у якому виснаження, ангедонія, підвищена дратівливість та стійке відчуття загрози нерідко переважають над «класичними» симптомами флешбеків і кошмарів.

Гендерний вимір розкривається через модель «tend-and-befriend» Тейлор, яка фіксує нейробіологічно зумовлені статеві відмінності у стресових відповідях: жінки демонструють виражену окситоцин-опосередковану просоціальну активацію під час стресу, що є водночас адаптивним ресурсом і додатковим чинником вразливості є – через накопичення навантаження від піклування про інших. Буферна роль соціальної підтримки (Коен і Вілс, 1985; Болджер і Амарел, 2007) та тривимірна модель копіngu Амірхана (вирішення проблеми, пошук підтримки, уникнення) завершують теоретичну архітектуру дослідження.

Описовий аналіз показав, що в загальній вибірці спостерігаються помірно підвищені показники стресу. Середній бал УШЦСВ становив 101,3 (близько 55 % від максимально можливого), що вказує на широку представленість описаних у методиці воєнних стресорів у повсякденному досвіді учасниць. Середній бал CTSR становить 10,1, WHODAS-12 – 24,9, що відповідає помірному рівню хронічної стресової реактивності та функціональних обмежень. Показово, що за шкалою CTSR виявлено правосторонній «хвіст» розподілу: невелика підгрупа з показниками понад 20 може потребувати поглиблення діагностики.

Порівняльний аналіз не виявив статистично значущих відмінностей між групами ВПО та не ВПО за жодним із досліджуваних показників: УШЦСВ ($t = 1,22$; $p = 0,227$), CTSR ($t = 1,07$; $p = 0,291$), WHODAS-12 ($t = -0,93$; $p = 0,357$), а також за жодною субшкалою CSI чи MSPSS. Перша емпірична гіпотеза підтвердилася лише частково: тенденція до вищих значень УШЦСВ у групі ВПО ($M = 106,3$ проти $95,9$) і більша варіативність показників CTSR фіксуються, однак не досягають рівня статистичної значущості. Такий результат свідчить, що в умовах тотальної затяжної війни стресове навантаження набуло загальнонаціонального характеру і не локалізується в жодній окремій категорії жінок.

Кореляційний аналіз виявив стійку трирівневу структуру зв'язків. Найсильнішою виявилася пара «хронічна стресова реакція – функціональні обмеження» ($r = 0,67$; $p < 0,001$), що підтверджує центральну посередницьку роль суб'єктивного переживання між зовнішніми умовами та реальним рівнем функціонування. Між УШЦСВ і CTSR ($r = 0,51$; $p < 0,001$) та між УШЦСВ і WHODAS ($r = 0,50$; $p < 0,001$) встановлено ланцюжок: стресори → хронічна реакція → функціональні порушення.

Примітним є позитивний зв'язок між щоденними стресорами та стратегією вирішення проблеми ($r = 0,52$; $p < 0,001$): підвищення зовнішнього тиску мобілізує активний копінг, аж до певного порогу виснаження. Стратегія уникнення натомість корелює насамперед із хронічною стресовою реактивністю ($r = 0,57$; $p < 0,001$) та функціональними обмеженнями ($r = 0,49$; $p < 0,001$), що дозволяє трактувати її як індикатор виснаження ресурсів, а не ситуативної адаптації.

Друга емпірична гіпотеза підтвердилася. Загальний бал MSPSS негативно корелює з CTSR ($r = -0,31$; $p < 0,05$) та WHODAS ($r = -0,38$; $p < 0,01$). Субшкала

«значущі інші» демонструє найвищий захисний ефект щодо функціональних обмежень ($r = -0,47$; $p < 0,001$), тоді як субшкала «друзі» значущого зв'язку не виявляє ($r = -0,10$; $p > 0,05$). Несподівано, жінки-ВПО повідомили дещо вищий рівень сприйнятої соціальної підтримки ($M = 5,07$ проти $4,50$), що може відображати мобілізацію соціальних зв'язків у процесі переміщення відповідно до механізму «tend-and-befriend».

Дослідження підтверджує, що хронічний воєнний стрес є системним процесом трансформації особистості, що охоплює афективний, когнітивний, поведінковий і соціальний виміри одночасно. Основним диференціювальним чинником виступає не статус переміщення як такий, а рівень сприйнятої соціальної підтримки та тип копінг-стратегії. Цей висновок принципово важливий для психологічної практики: він переміщує акцент із відбору «груп ризику» за формальними критеріями на оцінку ресурсного профілю конкретної жінки.

По-перше, психологічна допомога жінкам у воєнний час має будуватися за принципом багаторівневої підтримки. Піраміда психосоціальної підтримки ВООЗ вказує, що більшість потреб може бути задоволена на рівні громадської підтримки та цільових немедикаментозних втручань, тоді як спеціалізована клінічна допомога резервується для випадків із клінічно значущою симптоматикою. З огляду на дефіцит фахівців з психічного здоров'я в Україні, масштабування парапрофесійних форматів є водночас необхідним і доказово обґрунтованим.

По-друге, провідна роль сприйнятої соціальної підтримки, передусім якості близьких стосунків, підкреслює важливість втручань, що зміцнюють, а не замінюють власну мережу жінки. Концепція «невидимої підтримки» (Болджер і Амарел) наголошує: допомога, яка не підкреслює залежність або вразливість отримувача, є ефективнішою за демонстративну турботу. Практично це означає перевагу форматів рівного консультування та взаємодопомоги у групах.

По-третє, розроблено програму самодопомоги, що поєднує щоденні техніки терапії прийняття й відповідальності (ТПВ) з посібника ВООЗ «Робити те, що важливо в кризові часи» (заземлення, когнітивне відчеплення, дії відповідно до цінностей, самоспівчуття, прийняття складних емоцій) з регулярною участю у безкоштовних групах психосоціальної підтримки Товариства Червоного Хреста України. Компоненти програми не потребують спеціального обладнання, масштабуються у волонтерських форматах і можуть впроваджуватися без постійного залучення клінічних психологів.

По-четверте, як організаційний принцип запропоновано ступеневу модель допомоги: самодопомога → групові формати → цільове немедикаментозне втручання → спеціалізований клінічний супровід. Ця структура забезпечує широке охоплення населення, зберігаючи доступ до спеціалізованої допомоги для осіб із найвищим рівнем потреби. Зв'язок між виснаженням ресурсів і стратегією уникнення, виявлений у дослідженні, означає, що своєчасне виявлення жінок з переважаючим уникненням і надання їм цілеспрямованої підтримки може запобігти поглибленню функціональних обмежень.

Дослідження відкриває кілька перспективних напрямів подальшої роботи. Лонгітудне відстеження виявлених закономірностей, особливо у підгрупі ВПО з високими показниками CTSR, дозволить з'ясувати, чи переростають поточні

тенденції у клінічно значущі відмінності з часом. Вимірювання резильєнтності як самостійного конструкту збагатить аналіз ресурсного профілю. Перевірка ефективності запропонованої програми самодопомоги в дизайні рандомізованого контрольованого дослідження забезпечить необхідну доказову базу для її ширшого впровадження. Практична значущість роботи полягає в безпосередній застосовності її результатів психологами, соціальними працівниками та волонтерськими організаціями при розробці диференційованих програм психологічної підтримки жінок у воєнний і поствоєнний час.

АНОТАЦІЯ
кваліфікаційної роботи
Денисенко Ольги Володимирівни
на тему:
«Індивідуально-психологічні особливості жінок
у стані тривалого травматичного стресу»

Кваліфікаційна робота здобувача 4-го курсу, спеціальності «Психологія» (освітній ступінь бакалавр, Університет імені Альфреда Нобеля, м. Дніпро, кафедра психології та педагогіки) присвячена вивченню індивідуально-психологічних особливостей жінок середнього і зрілого віку в умовах тривалого стресу воєнного часу та порівнянню цих особливостей залежно від досвіду вимушеного переміщення.

Теоретичний аналіз побудовано на таких концептуальних засадах: трансактна модель стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман, алостатична модель хронічного стресу Б. Мак'юена, концепція тривалої травми війни О. Солоненко та Ю. Розмирьської, модель «tend-and-befriend» Ш. Тейлор щодо гендерної специфіки стресової відповіді, тривимірна модель копінг-стратегій Дж. Амірхана, гіпотеза буферної дії соціальної підтримки С. Коена і Т. Віллса. Окреслено концептуальні межі між стресом, тривалим травматичним стресом, ПТСР і комплексним ПТСР у контексті воєнних умов.

Емпіричне дослідження проводилося у форматі онлайн-опитування (березень–квітень 2026 р.) на вибірці 50 жінок віком 22–61 рік. Вибірку поділено на дві групи: внутрішньо переміщені особи (ВПО, $n = 26$) та жінки, які не змінювали місця проживання (не ВПО, $n = 24$). Застосовувалася батарея з п'яти методик: Українська шкала щоденних стресорів війни (УШЩСВ), Шкала реакції на тривалий травматичний стрес (CTSR), Шкала оцінки життєдіяльності (WHODAS 12), Індикатор копінг-стратегій Дж. Амірхана (CSI) та Багатовимірний шкала сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS).

За результатами порівняльного аналізу статистично значущих відмінностей між групами ВПО та не ВПО не виявлено за жодним із досліджуваних показників, що свідчить про загальноукраїнський характер стресового навантаження в умовах тривалої тотальної війни. Кореляційний аналіз виявив стійку трирівневу структуру зв'язків. Найсильнішою виявилася пара «хронічна стресова реакція – функціональні обмеження» ($r = 0,67$), що підтверджує посередницьку роль суб'єктивного переживання між зовнішніми умовами та реальним функціонуванням. Сприйнята соціальна підтримка виконує функцію психологічного буфера: загальний показник MSPSS негативно корелює з CTSR ($r = -0,31$) та WHODAS ($r = -0,38$); найвищий захисний ефект демонструє субшкала «значущі інші» ($r = -0,47$). Стратегія уникнення пов'язана переважно з рівнем хронічної стресової реакції ($r = 0,57$), а не з інтенсивністю зовнішніх стресорів, що дозволяє трактувати її як індикатор виснаження ресурсів.

На основі теоретичних та емпіричних висновків розроблено практичні рекомендації та запропоновано ступеневу програму самодопомоги, що поєднує щоденні техніки терапії прийняття й відповідальності (заземлення, відчеплення від

думок, дії відповідно до цінностей, самоспівчуття) з регулярною участю у безкоштовних психосоціальних групах Товариства Червоного Хреста України. Результати роботи можуть використовуватися практичними психологами, соціальними працівниками та волонтерськими організаціями при розробці програм підтримки жінок у воєнний і поствоєнний час.

Перелік ключових слів: хронічний стрес, внутрішньо переміщені особи, копінг-стратегії, соціальна підтримка, психологічна резильєнтність, тривала травма війни, функціональні обмеження.

SUMMARY

This qualification paper of a 4th-year student, speciality "Psychology" (Bachelor's degree, Alfred Nobel University, Dnipro, Department of Psychology and Pedagogy) is devoted to the study of individual psychological characteristics of women in middle and mature adulthood under conditions of chronic wartime stress, and to the comparison of these characteristics depending on the experience of forced displacement.

The theoretical framework draws on the transactional stress model (Lazarus & Folkman), the allostatic load model (McEwen), the concept of prolonged war trauma (Solonenko & Rozmyrska), Taylor's "tend-and-befriend" model of gender-specific stress responses, Amirkhan's three-dimensional coping model, and the buffering hypothesis of social support (Cohen & Wills). The study carefully distinguishes between stress, prolonged traumatic stress, PTSD, and complex PTSD in the context of armed conflict.

The empirical investigation was conducted as an online survey (March-April 2026) on a sample of 50 women aged 22-61 years, divided into two groups: internally displaced persons (IDPs, $n = 26$) and women who had not changed their place of residence (non-IDPs, $n = 24$). A battery of five validated instruments was applied: the Ukrainian Scale of Daily War Stressors (USDWS), the Chronic Traumatic Stress Response Scale (CTSR), the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 12), the Coping Strategy Indicator (CSI; Amirkhan), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet et al.).

Comparative analysis revealed no statistically significant differences between IDP and non-IDP women on any investigated indicator, indicating that wartime stress burden has become broadly distributed across the Ukrainian population. Correlational analysis identified a three-level structure of interrelationships. The strongest association was found between chronic stress response and functional limitations ($r = 0.67$), confirming the mediating role of subjective psychological state. Perceived social support functions as a buffer: the total MSPSS score negatively correlated with CTSR ($r = -0.31$) and WHODAS ($r = -0.38$); the strongest protective effect was demonstrated by the "significant others" subscale ($r = -0.47$). The avoidance coping strategy was linked primarily to chronic stress reactivity ($r = 0.57$) rather than stressor intensity, positioning it as an indicator of resource depletion.

Based on theoretical and empirical findings, a stepped self-help programme was developed, integrating Acceptance and Commitment Therapy techniques (WHO "Doing What Matters in Times of Stress") with the psychosocial support groups of the Ukrainian Red Cross Society. The results are applicable by psychologists, social workers, and volunteer organisations developing differentiated support programmes for women during and after wartime.

Key words: chronic stress, internally displaced persons, coping strategies, social support, psychological resilience, prolonged war trauma, functional limitations.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ	7
1.1. Психологічна природа хронічного стресу: від адаптації до виснаження	7
1.2. Психосоціальні наслідки війни та вимушеного переміщення для психологічного здоров'я жінок	14
1.3. Ресурсні чинники подолання стресу: особистісні ресурси, копінг-стратегії та соціальна підтримка	20
Висновки до першого розділу	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З РІЗНИМ ДОСВІДОМ ПРОЖИВАННЯ ВІЙНИ	29
2.1. Організація дослідження, характеристика вибірки та психодіагностичного інструментарію	29
2.2. Порівняльний аналіз показників стресу та функціонування у жінок-ВПО та мешканок відносно стабільних регіонів	38
2.3. Взаємозв'язок між щоденними стресорами, соціальною підтримкою та вибором копінг-поведінки	46
Висновки до другого розділу	53
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ У ПЕРІОД ВІЙНИ	56
3.1. Основні напрями психологічної підтримки жінок у кризових станах	56
3.2. Програма самодопомоги та відновлення функціональної спроможності	62
Висновки до третього розділу	65
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70
ДОДАТКИ	78

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. Повномасштабне вторгнення Росії в Україну у лютому 2022 року поставило перед психологічною наукою питання, відповідь на яке потрібна не в абстрактній перспективі, а просто зараз: як тривала і практично безперервна дія стресу змінює людину? Особливої гостроти це питання набуває стосовно жінок, які, за даними УВКБ ООН (2023), складають понад 60% від загальної кількості внутрішньо переміщених осіб та несуть подвійне навантаження: воєнну травматизацію і кризу, пов'язану з втратою звичного середовища [53, с. 14].

Дослідження психічного здоров'я в умовах збройних конфліктів активно ведуться у світі: систематичні огляди [34; 47], а також дані [50] переконливо демонструють, що ВПО мають значно вищі показники тривожних і депресивних розладів порівняно з населенням, що не переміщувалося. Проте більшість цих досліджень зосереджені на гострих реакціях або на вибірках біженців з інших країн. Питання про те, як хронічний стрес відображається на індивідуально-психологічних характеристиках жінок в умовах триваючого конфлікту, і зокрема чи відрізняється цей процес у жінок-ВПО та жінок, що залишились, вивчене значно менше.

Науковий інтерес до цієї теми підкріплений даними вітчизняних досліджень. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю описують розгортання «психічних розладів воєнного часу» як самостійну клінічну реальність. Козігора М. А і Крижановська З. Ю. аналізують концептуальні межі між стресом, тривалим травматичним стресом і ПТСР. Солоненко О. та Розмирська Ю. вводять поняття «тривалої травми війни», яка не зводиться до класичного ПТСР, але має власну симптоматику та динаміку. Водночас конкретне вивчення змін психологічних характеристик жінок середнього і зрілого віку з чітким розподілом за ознакою переміщення на вітчизняній вибірці залишається прогалиною, яку це дослідження намагається заповнити.

Мета роботи: дослідити характер змін індивідуально-психологічних особливостей жінок, пов'язаних із хронічним стресом воєнного часу, та порівняти ці зміни залежно від досвіду вимушеного переміщення.

Об'єкт дослідження: психологічний стан жінок в умовах тривалого травматичного стресу.

Предмет дослідження: індивідуально-психологічні особливості жінок у стані тривалого травматичного стресу.

Концептуальна гіпотеза: хронічний стрес воєнного часу по-різному позначається на індивідуально-психологічних особливостях жінок залежно від факту переміщення та рівня сприйнятої соціальної підтримки.

Емпіричні гіпотези:

1. Жінки зі статусом ВПО мають вищі показники хронічної стресової реакції (за шкалою CTSR) та більш виражені функціональні обмеження (за шкалою WHODAS 12) порівняно з жінками, які залишилися за місцем проживання.
2. Рівень сприйнятої соціальної підтримки позитивно пов'язаний з адаптивними стратегіями копіngu в обох групах.
3. Інтенсивність щоденних воєнних стресорів корелює зі зниженням адаптивного копіngu та погіршенням повсякденного функціонування.

Досягнення мети та перевірка гіпотез передбачали розв'язання наступних завдань:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння хронічного стресу та його впливу на психіку особистості у вітчизняній і зарубіжній психології.
2. Виявити гендерну специфіку реагування на тривалу травматизацію та особливості психологічних змін у жінок в умовах воєнного часу.
3. Охарактеризувати ресурсні та деструктивні чинники регуляції хронічного стресу: особистісні ресурси, копінг-стратегії, соціальну підтримку та функціональні наслідки стресу.
4. Описати вибірку, психодіагностичний інструментарій і методи статистичного аналізу та провести емпіричне дослідження.

5. Порівняти показники стресу та функціонування між двома групами і виявити кореляційні зв'язки між щоденними стресорами, соціальною підтримкою та вибором копінг-поведінки.

6. Сформулювати практичні рекомендації щодо психологічної допомоги жінкам у воєнний час.

Емпірична база дослідження. Дослідження було проведене методом онлайн-опитування на вибірці жінок віком від 35 до 60 років, які проживають в Україні (50 осіб).

Методи дослідження. Застосовувався комплекс теоретичних та емпіричних методів:

теоретичні: аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел;

емпіричні (психодіагностичні методики): Українська шкала щоденних стресорів війни (УШЩСВ); Шкала реакції на тривалий травматичний стрес (CTSR); Шкала оцінки життєдіяльності (WHODAS 12); Стратегії подолання стресу (CSI) Дж. Амірхана; Багатовимірна шкала сприйманої соціальної підтримки (MSPSS) Г. Зімета;

математико-статистичні: описова статистика, *U*-критерій Манна-Вітні для порівняння двох незалежних груп, кореляційний аналіз за *r* Спірмена. Обробку даних заплановано із застосуванням програми Jamovi.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Роботу побудовано на таких концептуальних засадах: трансактна модель стресу (Р. Лазарус, С. Фолкман) [43]; алоstaticна модель хронічного стресу (Б. Мак'юен) [45]; концепція психологічної резильєнтності (Г. Бонанно, М. Міщенко) [36; 14]; теорія життєстійкості (К. Гавриловська) [3]; концепція "*tend-and-befriend*" (Ш. Тейлор) [51] щодо гендерної специфіки стресової відповіді; тривимірна модель копінгу (Дж. Амірхан) [32]; концепція складного ПТСР (Дж. Герман, А. Меркер) [44]. Питання психологічних наслідків воєнного стресу для жінок розглянуто у працях М. Міщенко [14], О. Чабана та О. Хаустової [29], М. Козігори, [8], О. Солоненко та Ю. Розмирської [22].

Теоретична значущість та наукова новизна. Систематизовано актуальні вітчизняні та зарубіжні дані про психологічні зміни у жінок в умовах хронічного воєнного стресу. Уточнено відмінності між хронічним стресом, тривалою травматизацією та ПТСР у контексті воєнних умов. Вперше для вітчизняної вибірки здійснено порівняльний аналіз індивідуально-психологічних особливостей жінок-ВПО та жінок, які залишилися за місцем проживання, із застосуванням батареї з п'яти валідизованих інструментів, адаптованих до воєнних реалій.

Практична значущість. Отримані результати можуть бути використані практичними психологами, соціальними працівниками та волонтерськими організаціями при розробці диференційованих програм психологічної підтримки жінок у воєнний і поствоєнний час. Рекомендації, сформульовані в Розділі 3, адресовані окремо двом групам учасниць і спираються на доказові підходи до роботи з хронічним стресом.

Апробація роботи. Матеріали дослідження планується представити на науково-практичній конференції кафедри психології та педагогіки Університету імені Альфреда Нобеля у 2026 навчальному році.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (58 позицій) та додатків. Основний текст викладено на 67 сторінках і містить таблиці та рисунки. **Розділ 1** присвячено теоретичним засадам дослідження хронічного стресу в сучасній психології, де розглядається його природа, психосоціальні наслідки війни для жінок та ресурсні чинники подолання; **Розділ 2** містить емпіричне вивчення індивідуально-психологічних особливостей жінок з різним досвідом проживання війни, включаючи порівняльний аналіз показників стресу та виявлення взаємозв'язків між стресорами й копінг-поведінкою; **Розділ 3** присвячено практичним рекомендаціям щодо психологічної допомоги жінкам у період війни, зокрема основним напрямом підтримки та програмам самодопомоги.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Психологічна природа хронічного стресу: від адаптації до виснаження

Питання про те, що таке стрес і чим він шкодить людині, давно вийшло за межі виключно медичного дискурсу. Сьогодні воно перебуває в центрі уваги психологічної науки, особливо з огляду на те, що мільйони людей упродовж кількох останніх років живуть в умовах практично безперервної стресогенної дії. Щоб зрозуміти, як хронічний стрес змінює людину, варто простежити, як змінювалося саме його наукове розуміння. Шлях від біологічного до психологічного осмислення виявляється не менш важливим, ніж кінцевий результат.

Перші системні уявлення про стрес пов'язані з іменем Ганса Сельє, який описав його як неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу з боку середовища. Для свого часу ця ідея стала революційною. Вона показала, що найрізноманітніші чинники, такі як фізичні, інфекційні, емоційні, запускають схожий фізіологічний каскад. Сельє також виділив три стадії загального адаптаційного синдрому: тривогу, резистентність і виснаження. Остання стадія виявилася найбільш значущою для розуміння хронічного стресу, адже вона описує момент, коли резерви адаптації вичерпано і організм більше не здатен ефективно протистояти стресору. Проте модель Сельє залишала поза увагою одне принципово важливе питання: чому одна і та сама ситуація є для одних людей катастрофою, а для інших – буденністю? Відповідь на нього запропонували Річард Лазарус і Сьюзан Фолкман у своїй трансактній моделі стресу. Їхня центральна ідея полягала в тому, що стрес виникає не у самій ситуації, а в результаті когнітивної оцінки цієї ситуації людиною [43]. Дослідники розрізняли первинну оцінку: «Чи загрожує це мені?» і вторинну: «Чи можу я з цим впоратися?». Якщо людина розцінює ситуацію

як загрозу і водночас сумнівається у власних ресурсах, виникає стресова реакція. Принципово важливо, що Лазарус і Фолкман розглядали ці оцінки не як одноразові акти, а як динамічний і безперервний процес переоцінки ситуації з урахуванням нових обставин [43]. Тому їхня модель виявилася особливо придатною для опису не гострого, а тривалого стресу. Людина постійно переглядає своє розуміння загрози і свої можливості, і цей безперервний когнітивний процес сам по собі виснажує. Отже, стрес у психологічному сенсі – це не зовнішня подія, а результат взаємодії між подією і тим, як людина її інтерпретує. Цей перехід від стимул-реактивного до транзакційного розуміння виявився надзвичайно продуктивним, тому що він відкрив простір для вивчення ролі суб'єктивних чинників, особистісних відмінностей і стратегій подолання у відповіді на стрес.

Водночас навіть психологічно центрована модель Лазаруса та Фолкман описувала стрес переважно як гострий процес. Питання про те, що відбувається, коли стрес стає хронічним і не припиняється місяцями чи роками, потребувало окремої відповіді. Таку відповідь запропонував американський нейробіолог Брюс Мак'юен через концепцію алостазу і алостатичного навантаження. Термін «алостаз» означає здатність організму підтримувати стабільність через зміни, тобто активно пристосовуватися до нових умов. Сам по собі цей механізм є адаптивним і необхідним для виживання. Проблема виникає тоді, коли адаптаційні системи активуються надто часто, надто інтенсивно або не вимикаються навіть після зникнення загрози [46, с. 171-172]. Мак'юен назвав цю накопичену ціну «алостатичним навантаженням», іншими словами, своєрідним «зносом» організму від тривалої мобілізації. Хронічно підвищений рівень кортизолу та адреналіну, постійно активована вісь «гіпоталамус – гіпофіз – наднирники», порушення сну й імунних функцій постають як прояви того, як тривалий стрес буквально змінює біологію людини [45, с. 174-176]. Варто окремо підкреслити, що Мак'юен описав чотири основні патерни алостатичного навантаження. Перший полягає у частому повторенні стресових реакцій через постійне надходження нових стресорів. Другий стосується нездатності адаптуватися до однотипного стресора. Третій, в свою чергу, передає відсутність виходу зі стресового стану навіть після його завершення.

Четвертий – неадекватна реакція, за якої одні адаптивні системи компенсують недостатню активність інших [46, с. 172-173]. Усі чотири патерни є характерними для людей, що живуть в умовах тривалого збройного конфлікту, де стресори не лише повторюються, а й практично не дають простору для відновлення. Особливо показовими є нейробіологічні наслідки. Мак'юен описав структурні зміни в гіпокампі, префронтальній корі та мигдалеподібному тілі під дією хронічного стресу, що призводить до погіршення пам'яті, зниження когнітивної гнучкості та посилення тривожних реакцій [45, с. 178-180]. Таким чином, хронічний стрес являє собою вже не просто тривалу неприємну емоцію, а процес, який має вимірювані фізіологічні і психологічні наслідки.

Перейдемо тепер до питання, яке є особливо важливим для розуміння стресу в умовах збройного конфлікту. Далеко не кожен стрес, навіть тривалий, є однаковим за своєю природою та наслідками. У науковій літературі існує кілька понять, які часто вживаються як синоніми, однак мають принципові відмінності. Козігора М. А. спеціально зупиняється на концептуальних межах між стресом, тривалим травматичним стресом і посттравматичним стресовим розладом, наголошуючи, що їх змішування ускладнює як діагностику, так і надання допомоги [8, с. 56-57]. Стрес у загальному сенсі розглядається як реакція на вимоги, яка може бути адаптивною і не залишати патологічних наслідків. Тривалий травматичний стрес передбачає більш систематичну дію надзвичайних стресорів, яка виснажує адаптивні ресурси особистості. При цьому дослідниця підкреслює, що тривалий травматичний стрес є окремим поняттям, а не просто «великою кількістю стресу». Він відрізняється від гострої стресової реакції не лише за тривалістю, а й за якісними характеристиками переживання [8, с. 57-58]. Солоненко О. та Розмирська Ю. пропонують розглядати «тривалу травму війни» як самостійний феномен. Він включає хронічну невизначеність, постійне відчуття небезпеки, накопичену втому від тривоги і горя, втім не зводиться до класичного ПТСР із його чітко визначеними симптомами [22, с. 168-170]. Авторки також вказують, що тривала травма війни має власну динаміку, тобто вона не «починається» з конкретної події і не «завершується» після її закінчення. Натомість розгортається як безперервний

процес, у якому особистість поступово і непомітно для самої себе трансформується [22, с. 171-172]. Це різниця між буттям у постійно загрозливому середовищі і реагуванням на окремих травматичний епізод.

Що стосується посттравматичного стресового розладу, то в сучасному розумінні він являє собою клінічний синдром, що виникає після конкретного травматичного переживання і включає симптоми вторгнення (*flashbacks*, нічні жахіття), уникання нагадувань про травму, негативні когніції та стійке збудження [37, с. 260-261]. Брайант у своєму огляді підкреслює, що ПТСР охоплює лише частку людей, які пережили серйозну травму, тобто поширеність розладу серед тих, хто зазнав травматизації, варіює залежно від типу і тривалості стресора [37, с. 262]. Зокрема, автор наводить дані про те, що умисне насильство, на відміну від природних катастроф чи нещасних випадків, асоціюється з вищою ймовірністю розвитку ПТСР, оскільки воно руйнує не лише фізичну безпеку, а й базову довіру до світу [37, с. 263]. Центилю-Гіптенко О., розглядаючи специфіку «травми війни», вказує на те, що її діагностичні показники нерідко не вкладаються у стандартні рамки ПТСР. Це відбувається, насамперед через те, що стресор не є дискретним і часто не завершується [27, с. 37–38]. Виникає питання, чи є в нас адекватні категорії для опису того, що відбувається з психікою людини, коли вона роками живе в умовах загрози? Відповідь на нього дала концепція комплексного посттравматичного стресового розладу.

Ідею комплексного ПТСР вперше детально обґрунтувала Джудіт Герман у своїй класичній роботі 1992 року. Вона звернула увагу на те, що тривала повторювана травматизація, наприклад, у ситуаціях полону, домашнього насильства, тоталітарного контролю, дає якісно інший клінічний результат, ніж одноразова травма [40, с. 377–379]. Крім «ядерних» симптомів ПТСР, такі особи демонструють порушення афективної регуляції, стійку негативну Я-концепцію, порушення у стосунках і дисоціативні симптоми. Герман також описала характерні зміни у системі смислів. Людина втрачає відчуття сенсу, довіри до інших і базового переконання у власній гідності [40, с. 384-386]. Ці зміни роблять відновлення особливо складним і тривалим процесом. Маєркер з колегами у великому огляді

2022 року показав, що комплексний ПТСР вже включений до МКХ-11 як окрема діагностична одиниця, що підкреслює визнання наукою цього специфічного феномену [44, с. 61-63]. Дослідники також наголошують, що комплексний ПТСР суттєво відрізняється від простого не лише за симптоматикою, а й за прогнозом і необхідними методами лікування, і як висновок, стандартні протоколи для ПТСР у цих випадках часто виявляються недостатніми [44, с. 65-66]. З точки зору воєнних реалій, це означає, що у людей, які тривалий час проживають в умовах бойових дій і регулярно стикаються з загрозами, втратами і непередбачуваністю, можуть розвиватися ті глибинні зміни особистості, які є ознакою комплексного ПТСР. Вони менш помітні, ніж гострі кризові стани, однак набагато більш стійкі й такі, що потребують особливого підходу в роботі.

Важливо також зрозуміти, наскільки поширені стрес-асоційовані розлади загалом. Кесслер зі співавторами, аналізуючи великі популяційні вибірки, встановили, що тривожні та депресивні розлади є одними з найпоширеніших у структурі психічної захворюваності, і переживання значущих стресових подій є одним із ключових предикторів їх розвитку [42, с. 594-596]. При цьому дослідники підкреслюють, що початок більшості психічних розладів припадає на молодий і середній вік. Інакше кажучи, на той період, який для багатьох жінок в Україні збігся з початком повномасштабного вторгнення. Стіл зі співавторами у метааналізі даних із багатьох країн показали, що вплив тортур та інших серйозних травматичних подій статистично значуще підвищує ризик ПТСР, депресії та тривожних розладів [50, с. 538-540]. Важливим висновком цього дослідження є те, що накопичення кількох видів травматичних подій, а не лише одна подія, є найсильнішим предиктором несприятливих психічних наслідків [50, с. 542]. Всесвітня організація охорони здоров'я у своєму плані дій у сфері психічного здоров'я наголошує, що збройні конфлікти і гуманітарні кризи є одними з провідних чинників зростання тягаря психічних розладів у глобальному масштабі [55]. Це вказує на те, що стрес, і особливо хронічний стрес воєнного часу, є не індивідуальною проблемою окремих людей з «недостатнім ресурсом». Це масштабна суспільна проблема з вимірюваними епідеміологічними параметрами.

Звертаючись до вітчизняного досвіду, необхідно відзначити роботи, які описують психічне здоров'я в умовах повномасштабної війни в Україні. Чабан О. С., Хаустова О. О. та Омелянович В. Ю. у монографії «Психічні розлади воєнного часу» систематизують широкий спектр психологічних порушень, характерних для людей, які проходять через збройний конфлікт [29]. Йдеться не лише про ПТСР у класичному розумінні, а й про тривожно-депресивну симптоматику, порушення сну, соматизацію, поведінкові зміни. Тобто про широкий континуум психологічного дистресу, який не завжди досягає порогу клінічного діагнозу, але суттєво знижує якість життя і функціонування. Окремо автори звертають увагу на феномен так званої «психологічної втоми від війни» – поступового зниження емоційної реакції на загрозу, яке зовні може виглядати як адаптація, але насправді свідчить про виснаження афективних ресурсів особистості [29]. Огоренко В. В. зі співавторами, розглядаючи психолого-психіатричні наслідки воєнного часу, підкреслюють, що накопичений стрес поступово трансформує не лише самопочуття людини, а й її стосунки, когнітивні функції та здатність до саморегуляції [20]. Зокрема, автори описують порушення концентрації уваги і виконавчих функцій як один із найбільш поширених, але найменш усвідомлюваних наслідків хронічного стресу в умовах збройного конфлікту [20]. Крижановська З. Ю. та Мудрик А. Б. наголошують, що ПТСР як наслідок травматичного досвіду є не просто реакцією на одну подію, а результатом складної взаємодії між природою та інтенсивністю стресора, особистісними ресурсами людини і соціальним контекстом, в якому вона перебуває [10, с. 33-34]. Дослідниці також підкреслюють, що своєчасне виявлення симптомів і доступ до психологічної допомоги є вирішальними чинниками, які визначають, чи переросте гостра реакція на травму у стійкий розлад [10, с. 36-37].

Не менш важливим є питання адаптації. Варто підкреслити, що не кожна людина, яка переживає хронічний стрес, неминуче розвиває патологічну симптоматику. Купцов А., розглядаючи механізми адаптації в умовах військового конфлікту, звертає увагу на те, що особистість у стресових обставинах задіює різноманітні психологічні ресурси, від когнітивного переосмислення ситуації до

пошуку соціальної підтримки [11, с. 31]. Власне, здатність до адаптації і є тим, що Мак'юен описував як алостаз у його позитивному вимірі. Організм і психіка мобілізуються, щоб відповісти на виклик. Проблема виникає тоді, коли виклик не припиняється, а ресурси виснажуються. Перехід від адаптивної мобілізації до патологічного виснаження – ось, власне, та межа, яка відокремлює нормальний стрес від хронічного стресу з усіма його наслідками. Тому при вивченні психологічних змін в умовах тривалого стресу важливо враховувати не лише наявність симптоматики, а й стан адаптаційних ресурсів особистості. Їхнє виснаження може передувати появі клінічних ознак і при цьому залишатися непоміченим як самою людиною, так і оточенням.

Підсумовуючи, можна окреслити таку картину. Стрес є нормальним і необхідним адаптаційним механізмом, описаним у рамках трансактної моделі як результат когнітивної оцінки загрози. Коли стрес стає хронічним, він запускає процес алостатичного навантаження, який поступово виснажує і руйнує системи регуляції організму та психіки. На психологічному рівні це виражається у широкому спектрі розладів. Вони охоплюють як ПТСР у класичному розумінні, так і більш складні форми порушень (тривалу травму та комплексний ПТСР), а також субклінічну симптоматику, яка, однак, суттєво обмежує функціонування людини. Узагальнення вітчизняних і зарубіжних даних переконливо демонструє, що хронічний стрес воєнного часу є не просто підвищеним фоновим напруженням, а потужним чинником трансформації особистості. В цьому теоретичному просторі і розміщується проблема, яку досліджує ця робота, а саме: якими є конкретні психологічні зміни у жінок, що тривалий час живуть в умовах воєнного хронічного стресу? Відповісти на це питання неможливо без чіткого розуміння природи самого стресу, тому розгляду його теоретичних засад і присвячено цей підрозділ.

1.2. Психосоціальні наслідки війни та вимушеного переміщення для психологічного здоров'я жінок

Розуміння хронічного стресу як загального психологічного феномену, розглянуте у попередньому підрозділі, стає значно глибшим, якщо враховувати, що різні групи людей переживають його по-різному. Стать є одним із найважливіших чинників, що визначають характер стресової відповіді, вибір стратегій подолання і довгострокові наслідки для психічного здоров'я. Йдеться про якісно різні механізми реагування, закорінені як у біологічних, так і в соціокультурних відмінностях між чоловіками і жінками. Тому дослідження психосоціальних наслідків війни неможливе без урахування гендерного виміру.

Одним із найвпливовіших теоретичних внесків у розуміння цих відмінностей стала концепція «*tend-and-befriend*», запропонована Шелі Тейлор та її колегами. Дослідниця поставила під сумнів класичну модель «бий або тікай» як універсальну стресову відповідь і показала, що у жінок вона принципово інша. Замість агресії або втечі жінки в стресових ситуаціях частіше виявляють прагнення до турботи про близьких і пошуку соціальних зв'язків [51, с. 411-413]. На думку Тейлор, це пояснюється нейроендокринними відмінностями. У жінок під дією стресу активно виділяється окситоцин, який пом'якшує тривогу і стимулює просоціальну поведінку, тоді як у чоловіків цей ефект значно слабший через вплив тестостерону [51, с. 416-418]. З одного боку, ця особливість є ресурсом, адже жінки частіше звертаються по підтримку, підтримують соціальні мережі і краще регулюють власні емоції через контакт з іншими. З іншого боку, вона ж є джерелом додаткового навантаження. Відповідальність за емоційне благополуччя сім'ї, піклування про дітей і підтримка близьких лягають переважно на жінок, і в умовах хронічного стресу ця роль поступово виснажує.

Гормональні та фізіологічні аспекти гендерних відмінностей у стресовій відповіді розглядають Каянтіе та Філліпс у своєму дослідженні. Вчені показали, що реакція на психосоціальний стрес суттєво відрізняється залежно від статі і гормонального статусу. Зокрема, у жінок репродуктивного віку естрогени

пом'якшують активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, знижуючи пікові рівні кортизолу порівняно з чоловіками. Водночас після менопаузи цей захисний ефект слабшає, а відповідь на стрес наближається до чоловічого зразка [41, с. 153-156]. Це означає, що жінки середнього і зрілого віку, які є об'єктом нашого дослідження, перебувають у зоні підвищеної вразливості через поєднання хронічного воєнного стресу і вікових гормональних змін. Крім того, автори фіксують, що жінки в стані стресу демонструють вищі показники кардіоваскулярної реактивності та повільніше відновлення після стресового епізоду, що в умовах тривалої стресогенної дії може суттєво підвищувати ризик хронізації симптоматики [41, с. 160-162].

Переходячи від біологічного рівня до психологічного, варто розглянути, як ці відмінності проявляються у конкретних реакціях жінок на воєнний стрес. Гаврилькевич В. та Олійник М. у своєму дослідженні гендерних особливостей емоційного реагування на війну зазначають, що жінки частіше переживають стрес через призму стосунків і втрат, таких як втрати близьких, звичного способу життя, відчуття захищеності [4, с. 102-104]. Тривога за дітей, за партнерів на фронті, за батьків, що залишилися у небезпечних районах, стає основним емоційним фоном повсякденного існування. Ця реляційна природа жіночого переживання стресу означає, що хронічна напруга не локалізується в якийсь окремий «тривожний» симптом, а пронизує всі аспекти функціонування особистості.

Самофал Є. В. у своєму дослідженні впливу стресових факторів на ментальне здоров'я в контексті гендерних відмінностей підтверджує, що жінки значно частіше за чоловіків повідомляють про симптоми тривоги і депресії, а також про труднощі зі сном та соматичні скарги [21, с. 183-184]. Дослідник пов'язує це не лише з біологічними факторами, а й із соціальною роллю жінки, адже саме вона частіше залишається «стабілізуючою фігурою» для сім'ї, приховуючи власний дистрес заради підтримки дітей та літніх батьків. Цей механізм «маскування» власних переживань може призводити до того, що стрес накопичується роками, не отримуючи виходу і поступово підриваючи психологічні ресурси. Пасічник О., досліджуючи феномен розчарування в структурі емоційних станів особистості,

звертає увагу на те, що тривала фрустрація очікувань, наприклад, неможливість повернутись додому, невизначеність майбутнього, відчуття безсилля, є одним із найбільш руйнівних емоційних переживань у воєнний час [15, с. 33-34]. Особливо болісним це переживання є для жінок, чиє відчуття власної ефективності значною мірою пов'язане зі здатністю забезпечити стабільність і безпеку для сім'ї.

Окремої уваги заслуговує тема втрати партнера. Горохова М., розглядаючи психологічний супровід жінок, що втратили чоловіка на війні, описує специфічну траєкторію горювання в умовах збройного конфлікту [5, с. 129-131]. Ця траєкторія відрізняється від «звичайного» переживання втрати. Це висвітлюється тим, що жінка одночасно має горювати і продовжувати функціонувати як мати, господиня і нерідко єдиний годувальник. Гострий дистрес не знаходить простору для повноцінного відреагування і трансформується у хронічну фонову тривогу, а нерідко, й у депресивну симптоматику і порушення ідентичності.

Надзвичайно важливим виміром психологічних наслідків війни є феномен вимушеного переміщення. Бондаренко В. у своєму дослідженні психологічної адаптації жінок-переселенок описує переміщення не як одноразову подію, а як тривалий процес множинних втрат і адаптаційних викликів [1, с. 43-44]. Втрата домівки – це одночасно втрата матеріальної безпеки, соціальних зв'язків, звичного ритму життя і, що особливо болісно, відчуття власного «місця у світі». Для жінок, чиє відчуття ідентичності тісно пов'язане з родинним простором і спільнотою, це переживання набуває особливої гостроти.

Іванова Т. Б. у своїй роботі, присвяченій психологічним наслідкам вимушеної міграції, описує кілька типових психологічних портретів ВПО [7, с. 94-95]. Одні переселенки демонструють активну мобілізацію: шукають роботу, налагоджують побут, намагаються створити нову «нормальність» для дітей. Інші застигають у стані хронічного чекання: повернення додому, завершення війни, якоїсь визначеності. І це чекання знерухомлює, не дозволяючи ані адаптуватися до нових умов, ані відпустити минуле. Авторка підкреслює, що ключовим психологічним чинником є не сам факт переміщення, а відчуття власної агентності [7, с. 95-96]. Ті,

хто сприймає своє рішення як хоч якоюсь мірою свідомий вибір, адаптуються значно краще, ніж ті, хто відчуває себе пасивними жертвами обставин.

Ці спостереження підтверджуються в дослідженні Хараджи М. В. та Федоренко А. П., які вивчали емоційно-психологічний стан вимушено переміщених жінок під час війни. Дослідниці фіксують у цій групі вищі показники тривоги, депресії та посттравматичної симптоматики порівняно з жінками, що не змінювали місця проживання [26, с. 98-99]. Водночас автори звертають увагу на суперечливий феномен «адаптаційної нечутливості». Частина жінок-ВПО повідомляє про відносну емоційну стабільність, яка, однак, поєднується з ознаками емоційного оніміння і зниження загальної чутливості. Це не свідчить про успішну адаптацію. Скоріше навпаки, це ознака виснаження афективних ресурсів, яке в довгостроковій перспективі може призвести до глибшої депресивної симптоматики [26, с. 100].

Теркулова І. В. разом із колегами, досліджуючи психологічні прояви стресу, депресії та тривоги у внутрішньо переміщених осіб, підкреслюють, що ВПО є гетерогенною групою з різними психологічними потребами [23, с. 163-165]. Вік, освіта, наявність дітей, попередній досвід стресу, рівень соціальної підтримки на новому місці є чинниками, що суттєво впливають на те, як людина переживає переміщення. Особливо вразливими виявляються жінки з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку. Причиною цьому слугує те, що вони несуть повну відповідальність за адаптацію дитини, при цьому самі перебуваючи у стані хронічного стресу і нерідко без підтримки партнера [23, с. 166-167].

Варто розглянути ці спостереження в ширшому міжнародному контексті. Дані великих систематичних оглядів дозволяють зрозуміти, наскільки описані тенденції є не специфічними для України, а загальними закономірностями впливу збройних конфліктів на психічне здоров'я. Богіч зі співавторами у систематичному огляді досліджень довгострокового психічного здоров'я біженців показали, що навіть через роки після переміщення у них зберігаються підвищені рівні тривоги, депресії і ПТСР порівняно з місцевим населенням [34]. Ключовим висновком цього огляду є те, що психологічні наслідки переміщення не є тимчасовими, вони мають

тенденцію до хронізації, особливо за умови відсутності стабільного правового статусу, економічної невизначеності і соціальної ізоляції.

Фазель зі співавторами у своєму огляді, що охопив понад сім тисяч біженців із різних країн, встановили, що поширеність ПТСР серед цієї групи становить близько 9%, а депресії – близько 5%, що є значно вищим за загальнопопуляційні показники [39, с. 1310-1311]. Водночас дослідники підкреслюють, що реальна поширеність розладів може бути суттєво вищою через те, що значна частина переселенців уникає звернення по допомогу через стигму, брак інформації про доступні послуги або недовіру до інституцій. Моріна зі співавторами у більш пізньому огляді досліджень психіатричних розладів серед біженців і внутрішньо переміщених осіб підтвердили ці дані і додали важливий нюанс. Науковці стверджують, що внутрішньо переміщені особи мають схожий рівень психологічного дистресу з міжнародними біженцями, але часто отримують значно менше уваги і ресурсів з боку системи допомоги [47]. Це спостереження є особливо актуальним для України, де ВПО формально залишаються в межах власної держави, але фактично стикаються з більшістю тих самих психосоціальних викликів, що й міжнародні біженці.

Норріс зі співавторами у масштабному огляді досліджень жертв катастроф за двадцять років описали закономірності, які є надзвичайно корисними для розуміння психологічних наслідків воєнного стресу. Дослідники встановили, що жінки значно частіше за чоловіків розвивають ПТСР і виражену депресивну симптоматику після травматичних подій, причому цей гендерний розрив залишається стабільним незалежно від типу катастрофи і культурного контексту [48, с. 215-217]. Крім того, автори показали, що множинна травматизація, тобто, коли людина зазнає кількох різних типів стресорів одночасно, є значно руйнівнішою, ніж окремі, навіть інтенсивні події. Власне, така ситуація характерна для жінок-ВПО в Україні: воєнна загроза, вимушене переміщення, економічна нестабільність, розлука з близькими і невизначеність щодо майбутнього діють одночасно і взаємно підсилюють один одного [48, с. 220-221].

Для повноти картини необхідно звернутися і до правового виміру ситуації. В Україні статус внутрішньо переміщеної особи регулюється Законом України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» [17]. Цей документ визначає права ВПО на реєстрацію, соціальний захист і доступ до послуг. Проте між формально задекларованими правами і реальними можливостями їх реалізації нерідко існує суттєвий розрив. Прикладами слугують труднощі з отриманням документів, обмежений доступ до житла, перебої у виплаті допомоги і нерівномірність розподілу психосоціальних послуг у різних регіонах. Усе це є додатковими джерелами стресу для переселенок. Окремо варто згадати Закон України «Про психіатричну допомогу» [18], який регулює надання психологічної та психіатричної допомоги населенню. В умовах повномасштабного вторгнення потреба в такій допомозі зростає у рази, тоді як система її надання зіткнулася з серйозними викликами, такими як дефіцит фахівців, руйнування інфраструктури і географічна нерівномірність доступу до послуг. За даними УВКБ ООН, станом на 2022-2023 роки жінки становили понад 60% від загальної кількості внутрішньо переміщених осіб в Україні [53, с. 14]. Це означає, що психологічні наслідки вимушеного переміщення, у всій їхній складності, є передусім жіночою проблемою, яка потребує специфічних гендерно чутливих підходів до допомоги.

Важливо також врахувати специфічний феномен, описаний у дослідженні Матяш М. М. зі співавторами, конкретно кажучи, нейропсихологічний синдром хронічної втоми у цивільного населення в умовах війни [12, с. 384-386]. Автори фіксують у цій групі характерну тріаду: виснаження, когнітивне зниження і емоційне притуплення. Такі симптоми не є ознаками «слабкості». Навпаки, вони є прогнозованим наслідком тривалої дії хронічного стресу на нервову систему. Жінки, які несуть подвійне навантаження у вигляді власної травматизації і піклування про інших, є особливо вразливими до розвитку цього синдрому. Всесвітня організація охорони здоров'я, визнаючи масштаб психологічних наслідків збройних конфліктів, наголошує на необхідності системного підходу до психосоціальної підтримки постраждалого населення [55]. Ключовим принципом

такого підходу є увага до найбільш вразливих груп, і жінки, особливо жінки-ВПО, належать до них за сукупністю взаємопов'язаних чинників ризику.

Отже, аналіз психосоціальних наслідків війни та вимушеного переміщення для жінок виявляє кілька взаємопов'язаних рівнів вразливості. Перший рівень є біологічним. Гормональні та нейроендокринні відмінності визначають специфіку стресової відповіді і підвищений ризик хронізації симптоматики. Другий рівень є психологічним. Реляційна природа жіночого переживання стресу, відповідальність за емоційне благополуччя сім'ї і механізм маскуванню власного дистресу створюють умови для поступового накопичення психологічного навантаження. Третій рівень є соціальним. Вимушене переміщення, правова і економічна нестабільність, розрив соціальних зв'язків і нерівний доступ до психологічної допомоги підсилюють вплив перших двох рівнів. Розуміння цих рівнів у їх взаємодії є необхідною основою для будь-якого дослідження психологічних змін у жінок в умовах хронічного воєнного стресу.

1.3. Ресурсні чинники подолання стресу: особистісні ресурси, копінг-стратегії та соціальна підтримка

Попередні підрозділи показали, наскільки руйнівним може бути хронічний стрес воєнного часу і чому жінки є особливо вразливою групою в цьому контексті. Проте картина була б неповною без розгляду іншого боку цієї реальності. Не всі люди, що переживають тривалий стрес, зламуються під його тиском. Частина з них не лише виживає, а й зберігає здатність до повноцінного функціонування і навіть знаходить у собі сили допомагати іншим. Пояснення цього феномену потребує звернення до концепції психологічних ресурсів особистості, тому що ці ресурси визначають, чи перетвориться хронічний стрес на руйнівну силу, чи залишиться викликом, з яким людина здатна впоратися.

Центральним поняттям у цьому контексті є резильєнтність. Цей термін, який часто перекладається як «психологічна стійкість» або «пружність», має важливий нюанс. Йдеться не про відсутність стресової реакції і не про невразливість.

Резильєнтність – це здатність відновлюватися після складних переживань, зберігаючи при цьому базову психологічну цілісність. Джордж Бонанно, один із провідних дослідників цього феномену, підкреслює, що резильєнтність є значно поширенішою, ніж прийнято вважати. Вона не є привілеєм «особливих» людей з унікальними характеристиками [36, с. 20-22]. Навпаки, більшість людей, що зіштовхуються навіть із серйозними втратами і травмами, демонструють відносно стабільний рівень функціонування. Це не означає відсутності болю чи горя, це означає, що психіка має власні механізми відновлення, які за певних умов спрацьовують. Бонанно також наголошує на важливому методологічному застереженні. Резильєнтність не слід плутати з відкладеним дистресом або з придушенням переживань. Справді резильєнтна людина переживає негативні емоції і здатна регулювати їх у спосіб, що не паралізує функціонування [36, с. 24-25].

Міщенко М. С., розглядаючи психологічну резильєнтність в умовах війни, уточнює це розуміння з урахуванням специфіки воєнного контексту. Дослідниця трактує резильєнтність не як стабільну рису особистості, а як динамічну здатність, яка може розвиватися і змінюватися під впливом обставин [14, с. 7-9]. В умовах хронічного стресу ця здатність може як зростати (через набуття нового досвіду подолання труднощів і переосмислення власних можливостей), так і виснажуватися, якщо стресори накопичуються швидше, ніж відновлюються ресурси. Тому розгляд резильєнтності як фіксованої характеристики є теоретично неточним і практично шкідливим, так як це створює ілюзію, що «справжньо стійкі» люди не потребують допомоги. Насправді ж потреба у підтримці є ознакою не слабкості, а усвідомленого ставлення до власних ресурсів.

Гавриловська К. П. та Дем'янчук Ю. Ю. розробляють ідею формування життєстійкості особистості через арт-коучинговий підхід і підкреслюють, що стійкість до стресу пов'язана з цілим комплексом взаємопов'язаних характеристик [3, с. 65-67]. Серед них особливо важливими є осмисленість власного досвіду, здатність до гнучкого переосмислення ситуації і відчуття суб'єктності у власному житті. Останнє є особливо значущим для жінок в умовах вимушеного переміщення,

де відчуття контролю над власним життям нерідко суттєво знижується. Шинкарук Н. у своєму дослідженні психології особистості в контексті війни та миру наголошує, що адаптація і стійкість є не синонімами, а різними процесами [31, с. 22-24]. Адаптація означає пристосування до нових умов, тоді як стійкість передбачає збереження власної ідентичності і ціннісної системи в процесі цього пристосування. Ця різниця є важливою для практики. Адже психологічна робота, спрямована лише на «пристосування» без уваги до особистісних смислів і цінностей, може бути ефективною короткостроково, але не захищає від хронізації дистресу в довгостроковій перспективі.

Нерозривно пов'язаним із поняттям резильєнтності є питання копінг-стратегій. Якщо резильєнтність описує загальну здатність людини до відновлення, то копінг позначає конкретні способи, якими вона долає стресові ситуації. Джеймс Амірхан у своїй класичній роботі запропонував факторно-аналітичну модель, що виділяє три базові стратегії подолання стресу [32, с. 1066-1068]. Перша – вирішення проблем: передбачає активні дії, спрямовані на усунення або зменшення самого стресора. Друга – пошук соціальної підтримки: включає звернення до інших людей за допомогою, порадою або емоційним співчуттям. Третя – уникнення: означає відсторонення від проблеми через відволікання, самоізоляцію або заперечення. Важливо розуміти, що жодна з цих стратегій не є однозначно «хорошою» чи «поганою». Їх ефективність залежить від природи стресора і доступних ресурсів. Уникнення, наприклад, може бути функціональним короткочасним способом дати психіці передишку від нестерпного напруження. Проте якщо воно стає домінуючою стратегією у відповідь на хронічний стрес, воно перешкоджає переробці травматичного досвіду і поглиблює симптоматику.

Вибір копінг-стратегій не є довільним. На нього впливають стать, вік, особистісні характеристики і соціальний контекст. Коширець В. В. та Пахомова І. О. досліджували вікові особливості вибору копінг-стратегій внутрішньо переміщених осіб. Дослідники виявили цікаву закономірність. Молодші особи частіше вдаються до активного вирішення проблем і пошуку підтримки, тоді як із

віком зростає схильність до стратегій уникання і когнітивного дистанціювання [9, с. 20-22]. Це не означає, що старші люди менш здатні до подолання стресу. Радше це свідчить про те, що вони мають інший досвід і по-різному оцінюють власну здатність змінити ситуацію. У контексті дослідження жінок середнього і зрілого віку це спостереження є особливо актуальним. Їхній копінг-репертуар може бути більш стереотипізованим і менш гнучким, ніж у молодших жінок, що підвищує ризик «застрягання» у неефективних стратегіях при зіткненні з новими типами стресорів.

Федотова Т. розглядає когнітивну регуляцію емоцій в умовах тривалого травматичного стресу і звертає увагу на те, що здатність до гнучкого когнітивного переосмислення є одним із найбільш потужних захисних чинників [25, с. 82-83]. Вищі показники психологічного добробуту демонструють особи, здатні до конструктивного переосмислення досвіду. Ті ж, хто фокусується на пошуку винних та гострому переживанні несправедливості, виявляються більш вразливими до стресу. Водночас авторка застерігає від ідеалізації когнітивного переосмислення як «чудодійного» механізму. В умовах дійсно жахливих і несправедливих обставин вимога «думати позитивно» може виявитися додатковим тягарем, а не ресурсом.

Особливе місце серед ресурсних чинників займає соціальна підтримка. Її роль у захисті психічного здоров'я від наслідків стресу є однією з найбільш добре задокументованих закономірностей у психологічній науці. Коен і Уїллс у своїй класичній роботі сформулювали «буферну гіпотезу» соціальної підтримки. Відповідно до неї підтримка оточення не просто покращує загальне самопочуття, а захищає людину від руйнівних наслідків стресу, «буферизуючи» його вплив [38, с. 310-312]. Механізм цього буферного ефекту полягає в тому, що підтримка змінює когнітивну оцінку ситуації. Людина, яка знає, що вона не сама, оцінює загрозу як менш нестерпну і свої ресурси для її подолання як більш достатні. Крім того, підтримка безпосередньо надає практичні, інформаційні, емоційні ресурси, яких людина потребує для подолання стресора.

Болджер та Амарел у своєму дослідженні дійшли важливого уточнення щодо механізмів підтримки. Вчені показали, що «невидима» підтримка, тобто та, яку

людина отримує, не усвідомлюючи цього і не почуваячись зобов'язаною, є значно ефективнішою за «видиму», котра підкреслює залежність і вразливість отримувача [35, с. 458-460]. Цей висновок є надзвичайно практично значущим у роботі з жінками-ВПО. Для тих, чиє відчуття власної гідності і самодостатності вже підірване обставинами переміщення, необхідність «просити» підтримку може сама по собі бути джерелом додаткового дистресу. Ефективна психосоціальна допомога має враховувати цей аспект і будуватися таким чином, щоб не підсилювати відчуття безпорадності.

Циммет зі співавторами у своїй роботі, де вони розробляли та валідизували Багатовимірну шкалу сприйнятої соціальної підтримки, виділили три ключові джерела підтримки: значущі інші, сім'я і друзі [57, с. 30-32]. Важливим теоретичним акцентом їхньої моделі є наголос на сприйнятій, а не об'єктивній підтримці. Те, скільки підтримки людина отримує «насправді», є менш важливим для її психологічного стану, ніж те, наскільки вона сприймає себе підтриманою і не самотньою у своїх труднощах. Це означає, що суб'єктивне відчуття включеності до значущих стосунків є самостійним психологічним ресурсом, який може бути присутнім навіть за умов об'єктивної соціальної ізоляції і, навпаки, може бути відсутнім навіть за наявності великого кола спілкування. Для жінок-ВПО, які нерідко опиняються в новому соціальному середовищі без усталених зв'язків, ця різниця між об'єктивною і сприйнятою підтримкою є особливо критичною.

Поряд із соціальними ресурсами важливу роль відіграють особистісні. Войтенко О., досліджуючи професійне благополуччя особистості в індивідуально-психологічному вимірі, показує, що зв'язок із власною професійною ідентичністю і відчуття компетентності у своїй діяльності є суттєвим буфером проти наслідків хронічного стресу [2, с. 9-11]. Для жінок, які в умовах переміщення були змушені залишити роботу або різко змінити сферу зайнятості, ця втрата професійної ідентичності може мати серйозні психологічні наслідки. Відчуття того, що ти вмієш щось робити добре і що твоя діяльність має цінність, є потужним джерелом самоповаги і відчуття суб'єктності. Коли ця опора руйнується, людина стає значно вразливішою до інших стресорів.

Грись А. М. та Павлюк М. М. у своєму дослідженні роботи з образом Я у контексті розвитку автономності особистості підкреслюють, що психологічна автономність (здатність діяти з власних цінностей і смислів, а не під тиском зовнішніх очікувань) є одним із найбільш стабільних предикторів психологічного благополуччя [6, с. 78-80]. Автономна особистість не ізольована і не байдужа до думки інших, вона просто має внутрішній стрижень, що не руйнується при зіткненні з ворожими або непередбачуваними обставинами. В умовах хронічного стресу, де зовнішній контроль над ситуацією мінімальний, автономність стає тим ресурсом, який дозволяє зберігати відчуття власної цілісності. Дослідники також звертають увагу на зв'язок між автономністю і образом Я. Чим більш диференційованим і стабільним є уявлення людини про себе, тим краще вона витримує ситуації, що загрожують цьому образу [6, с. 83-85]. Для жінок, чиє відчуття себе тісно пов'язане з конкретними соціальними ролями і середовищем, раптова зміна цього середовища може означати справжню кризу ідентичності.

Наведені концепції разом утворюють цілісну картину психологічного захисту від наслідків хронічного стресу. Водночас важливо розуміти, що ресурси не є незалежними одне від одного. Резильєнтність підкріплюється наявністю соціальної підтримки і вибором ефективних копінг-стратегій. Соціальна підтримка, своєю чергою, є більш доступною для людей із розвиненою автономністю і позитивним образом Я. Когнітивна гнучкість і здатність до переосмислення ситуації полегшують пошук і прийняття підтримки. Усі ці зв'язки утворюють динамічну систему, де виснаження одного ресурсу неминуче послаблює інші. Тому дослідження психологічних наслідків хронічного стресу не може обмежуватися вимірюванням окремих показників і вимагає комплексного погляду на особистість у всій складності її ресурсного профілю.

Висновки до першого розділу

Перший розділ роботи присвячений теоретичному аналізу хронічного стресу, його психосоціальних наслідків для жінок і тих ресурсів, які дозволяють особистості протистояти його руйнівному впливу. Узагальнення розглянутих наукових джерел дозволяє сформулювати низку висновків, що становлять теоретичне підґрунтя емпіричної частини роботи.

По-перше, сучасне наукове розуміння стресу виходить далеко за межі первісних біологічних моделей. Трансактна модель Лазаруса і Фолкман закладає принципово важливий теоретичний фундамент: стрес виникає не в самій ситуації, а в результаті суб'єктивної когнітивної оцінки цієї ситуації. Це означає, що індивідуальні відмінності у стресових реакціях є не випадковими, а системно пов'язаними з особистісними характеристиками, досвідом і ресурсами людини. Власне, ця теза робить психологічне вивчення стресу не менш важливим, ніж медичне, і обґрунтовує необхідність уваги до суб'єктивного переживання хронічного стресу як самостійного предмета дослідження.

По-друге, концепція алостазу і алостатичного навантаження Мак'юена пояснює механізм переходу від адаптивного стресу до патологічного виснаження. Хронічний стрес виснажує регуляторні системи організму і психіки не одноразово, а поступово і кумулятивно. Цей процес виявляється на рівні нейробіологічних змін, когнітивних порушень і психологічного дистресу. Особливо важливим є те, що алостатичне навантаження описує чотири патерни, кожен із яких є характерним для людей у зоні збройного конфлікту. Такі патерни, як часте повторення стресорів, нездатність адаптуватися, відсутність виходу зі стресового стану і компенсаторна гіперактивація окремих систем є реальністю для жінок, що живуть в умовах триваючої війни.

По-третє, аналіз понятійного апарату дозволяє чітко розмежувати стрес, тривалий травматичний стрес, ПТСР і комплексний ПТСР. Козігора М. А. і Солоненко О. та Розмирська Ю. переконливо показують, що ці поняття описують якісно різні психологічні стани з різною симптоматикою, динамікою і прогнозом.

Змішування їх у науковому тексті і тим більше у практиці надання допомоги є теоретичною і методологічною помилкою. Концепція комплексного ПТСР, обґрунтована Герман і Маєркером зі співавторами, є особливо значущою для розуміння наслідків тривалого воєнного стресу. Вона описує ті глибинні зміни особистості, у сфері афективної регуляції, ідентичності і стосунків, які є характерними для людей, що роками перебувають у зоні хронічної загрози.

По-четверте, гендерний вимір стресової відповіді є не другорядним доповненням до загальної картини, а її необхідним елементом. Модель «*tend-and-befriend*» Тейлор і дані Каянтієта Філліпса показують, що біологічні і соціокультурні відмінності між чоловіками і жінками визначають принципово різні патерни реагування на стрес. Жінки є і більш соціально орієнтованими у своєму копінгі, і більш вразливими до певних типів стресорів, особливо тих, що загрожують стосункам і відчуттю безпеки близьких. Ця подвійність є ключовою для розуміння психологічних змін у жінок в умовах хронічного воєнного стресу.

По-п'яте, феномен вимушеного переміщення є самостійним потужним чинником психологічного дистресу, що діє одночасно з воєнною травматизацією і суттєво посилює її вплив. Дані систематичних оглядів Богіч, Фазеля і Моріні переконливо демонструють, що ВПО мають значно вищі показники тривоги, депресії і ПТСР порівняно з населенням, що не переміщувалося. Вітчизняні дослідники Іванова, Хараджи та Федоренко, Теркулова зі співавторами конкретизують ці закономірності стосовно українських реалій і описують психологічні портрети, характерні для різних груп жінок-ВПО. Ключовим висновком є те, що переміщення є не одноразовою подією, а тривалим процесом множинних втрат, що розгортається паралельно із самою травматизацією і часто не має чіткого завершення.

По-шосте, вивчення ресурсних чинників подолання стресу є необхідним доповненням до аналізу вразливостей. Резильєнтність у сучасному розумінні Бонанно, Міщенко, Шинкарук, Гавриловська і Дем'янчук є динамічною здатністю, яка може розвиватися і виснажуватися. Вона не є фіксованою рисою, тому її не можна визначити раз і назавжди. Копінг-стратегії за Амірханом утворюють три

основні напрями реагування на стрес. Вибір між ними залежить від індивідуальних і вікових характеристик, що підтверджується даними Коширця та Пахомової. Соціальна підтримка є одним із найбільш потужних буферів проти наслідків стресу, причому найбільш ефективною є та підтримка, яка не підкреслює залежність і вразливість отримувача. Про це свідчать дані Коена і Уїлкса і Болджера та Амарела. Нарешті, особистісні ресурси, такі як професійна ідентичність, психологічна автономність і стабільний образ Я є тим внутрішнім підґрунтям, що дозволяє людині залишатися собою навіть в умовах радикальної зміни зовнішніх обставин.

Із поєднання цих теоретичних блоків виникає чітке розуміння того, які психологічні процеси є предметом емпіричного вивчення у другому розділі. Хронічний стрес воєнного часу –це не просто «поганий настрій» і не просто клінічна симптоматика. Це системний процес трансформації особистості, що зачіпає одночасно афективну, когнітивну, поведінкову і соціальну сфери. Жінки в умовах повномасштабного вторгнення, і особливо жінки-ВПО, переживають цей процес через призму специфічних гендерних вразливостей і водночас спираються на специфічні гендерні ресурси. Завдання емпіричного дослідження полягає в тому, щоб зафіксувати ці зміни і ресурси в конкретних, вимірюваних показниках і з'ясувати, чи відрізняються вони залежно від факту вимушеного переміщення.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК З РІЗНИМ ДОСВІДОМ ПРОЖИВАННЯ ВІЙНИ

2.1. Організація дослідження, характеристика вибірки та психодіагностичного інструментарію

Емпіричне дослідження було сплановане як порівняльне, на одному зрізі, і виконувалося онлайн у період з березня по квітень 2026 року. Основна ідея такого формату була простою. Ми хотіли зібрати відверті відповіді жінок, які по-різному проживають війну, і при цьому не ставити учасниць у ситуацію, де їм треба кудись іти чи підлаштовувати час під дослідників. Онлайн формат дозволив долучитися жінкам із різних регіонів України, а також тим, хто зараз перебуває у статусі внутрішньо переміщеної особи й часом не має змоги виділити окремо годину на очну зустріч.

До участі у дослідженні було запрошено 50 жінок віком від 22 до 61 року ($M = 42,3$; $SD = 8,9$). Формування вибірки відбувалося методом цивільного відбору зі зверненням до особистих контактів та тематичних онлайн-груп підтримки для жінок. Ми свідомо обрали жінок середнього дорослого віку, адже ця категорія, найчастіше поєднує у собі декілька ролей одразу: дружини, матері, працівниці. а нерідко й опікунки старших родичів. Війна в Україні спричинила ситуацію, у якій ці ролі перетнулися з новим для багатьох досвідом – досвідом безпеки, що постійно переглядається.

Усю вибірку було поділено на дві підгрупи за критерієм наявності досвіду вимушеного переміщення. Першу групу склали 26 жінок, які отримали або мають чинний статус внутрішньо переміщеної особи (надалі – ВПО). Другу групу – 24 жінки, які не змінювали місця постійного проживання впродовж повномасштабного вторгнення (надалі - Не ВПО). Співвідношення груп наочно представлено на рис. 2.1.

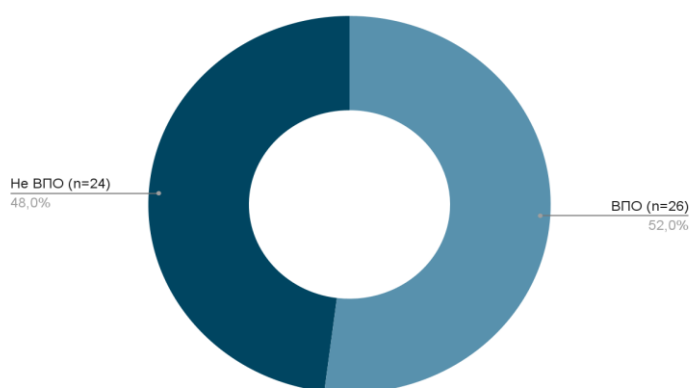


Рис. 2.1. Структура вибірки за статусом переміщення (n = 50)

Перш ніж перейти до опису інструментарію, варто прокоментувати кілька важливих моментів стосовно самих учасниць. Жінки з групи ВПО переважно переїхали із східних та південних областей України у відносно безпечніші регіони, такі як Вінницька, Львівська, Хмельницька та Київська області. Більшість із них на момент опитування вже мали постійне житло у новій локації, проте частина продовжувала жити у родичів або в орендованому помешканні. Учасниці групи Не ВПО здебільшого мешкали у Дніпропетровській, Вінницькій, Київській, Львівській областях, тобто в умовах, які ми умовно позначили як “відносно стабільні”. Це не означає відсутності повітряних тривог чи звуку сирен, однак повсякденне життя цих жінок не переривалося переїздом і втратою звичного середовища.

Середній вік у групах виявився майже однаковим, що було важливою передумовою конкретного порівняння. Розподіл віку респонденток двох груп наведено на рис. 2.2.

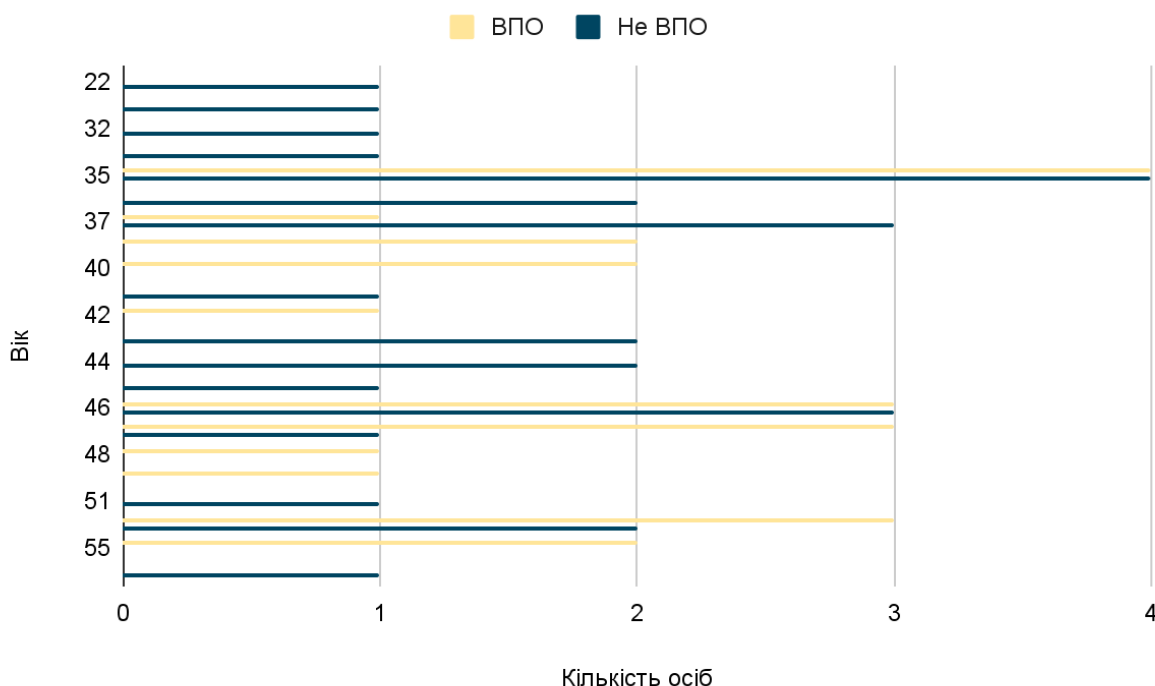


Рис. 2.2. Розподіл віку респонденток у двох групах

Основні демографічні характеристики вибірки узагальнено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Основні характеристики вибірки

Характеристика	ВПО (n = 26)	Не ВПО (n = 24)	Уся вибірка (n = 50)
Середній вік (роки), $M \pm SD$	42,6 $\pm$ 9,1	41,9 $\pm$ 8,7	42,3 $\pm$ 8,9
Діапазон віку (роки)	35–58	35–61	35–61
Сімейний стан: у шлюбі	17 (65,4 %)	16 (66,7 %)	33 (66,0 %)
Мають дітей	20 (76,9 %)	18 (75,0 %)	38 (76,0 %)
Працюють офіційно	19 (73,1 %)	18 (75,0 %)	37 (74,0 %)
Мають вищу освіту	22 (84,6 %)	21 (87,5 %)	43 (86,0 %)

Критерії включення були наступними: жіноча стать, вік від 35 років, проживання на території України або тимчасове переміщення в її межах, добровільна згода на участь, заповнення всіх методик у повному обсязі. Критеріями

виключення ставала наявність встановленого психіатричного діагнозу, який потребує систематичного медикаментозного лікування. Таким чином, до вибірки потрапили саме ті жінки, для яких війна стала хронічним фоновим стресором, а не єдиним екстремальним епізодом.

Важливим також є етичний бік дослідження. Перед початком опитування кожна жінка отримувала коротке пояснення мети роботи, опис того, як використовуватимуться дані, і запевнення в повній анонімності. У разі потреби учасниця могла перервати заповнення в будь-який момент без пояснення причин. Крім того, наприкінці опитування ми додали перелік ресурсів психологічної допомоги, адже деякі питання стосувалися чутливих тем – страху, втрати, безсилля.

Обираючи методики, ми керувалися трьома простими критеріями. По-перше, інструмент мав бути валідованим і широко використовуваним у сучасних дослідженнях травми: стресу та соціальної підтримки. По-друге, ми шукали такі шкали, які мають україномовну адаптацію або бодай ретельно перекладені двома незалежними спеціалістами. По-третє, час заповнення всього комплексу методик мав бути прийнятним для онлайн-формату (приблизно 25-30 хвилин), адже довший опитувальник збільшує ризик поверхневих відповідей.

Першою з використаних методик стала Українська шкала щоденних стресорів війни (УШЩСВ). Вона включає 37 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою від «не викликали дискомфорту» до «сильний дискомфорт». Методика охоплює різні грані щоденного воєнного досвіду – від повітряних тривог і нічного сну, що переривається, до інформаційного перевантаження, страху за близьких та зниження економічної стабільності. Завдяки тому, що шкала фіксує саме щоденні стресори, а не одноразові події, вона добре підходить для оцінки хронічного характеру переживань. Перелік тверджень УШЩСВ охоплює шість основних сфер щоденного досвіду жінок в умовах війни. Інструкція для респондентки має такий вигляд: «Оцініть, наскільки наведені нижче події викликали у Вас дискомфорт упродовж останнього місяця», де 1 – «не викликали дискомфорту», 2 – «легкий дискомфорт», 3 – «помірний», 4 – «значний», 5 – «сильний дискомфорт». Твердження сформульовано так: 1) повітряні тривоги

вдень; 2) повітряні тривоги вночі; 3) звуки вибухів, пострілів чи роботи ППО; 4) перебування в укритті; 5) відключення електроенергії; 6) відключення води або опалення; 7) проблеми з мобільним зв'язком чи інтернетом; 8) новини про загибель військових і цивільних; 9) перегляд фото та відео з місць обстрілів; 10) суперечливі новини з різних джерел; 11) страх за життя своїх дітей; 12) страх за життя чоловіка або партнера; 13) страх за життя батьків та старших родичів; 14) тривога за друзів, які перебувають у небезпечних регіонах; 15) розлука з близькою людиною через війну; 16) невідомість щодо долі рідних; 17) зниження доходів родини; 18) зростання цін на продукти та послуги; 19) страх втратити роботу; 20) необхідність шукати нову роботу; 21) проблеми з житлом (втрата, пошкодження, переїзд); 22) побутові незручності на новому місці проживання; 23) складнощі з оформленням документів; 24) черги у державних установах; 25) труднощі з доступом до медичних послуг; 26) проблеми зі сном, нічні пробудження; 27) кошмарні сновидіння, пов'язані з війною; 28) постійна втома, навіть після відпочинку; 29) дратівливість і спалахи гніву; 30) почуття провини за те, що ти у відносній безпеці; 31) відчуття безпорадності перед ситуацією; 32) обмеження у плануванні майбутнього; 33) складнощі у вихованні дітей в умовах війни; 34) нестача спілкування з близькими; 35) відсутність стабільного розпорядку дня; 36) почуття ізоляції, відірваності від звичного середовища; 37) втрата інтересу до хобі та улюблених занять. Сумарний бал розраховується простим додаванням і відображає загальну інтенсивність хронічного стресового навантаження.

Другим інструментом стала шкала реакції на тривалий травматичний стрес (Chronic Traumatic Stress Response, CTSR). Вона містить 9 тверджень, які описують відчуття безпорадності, втрати сенсу, втоми та недовіри. Респондентка позначає, наскільки кожне твердження відображає її стан в останній час. Ми обрали цю шкалу тому, що вона спирається на сучасне розуміння тривалого стресу не як одномоментної реакції, а як поступового зсуву у світосприйнятті людини. Такий підхід добре резонує з концепцією алостатичного навантаження Б. Маквіна, на яку ми спиралися в теоретичній частині роботи.

Опитувальник CTSR містить такі твердження (респондентка відповідає за шкалою: 0 – «зовсім не стосується мене», 1 – «стосується трохи», 2 – «стосується помірно», 3 – «стосується значно», 4 – «повністю стосується»): 1) я відчуваю, що більше не маю сили боротися з обставинами; 2) мені здається, що майбутнє втратило визначеність; 3) я постійно очікую чогось поганого, навіть у спокійні моменти; 4) я втратила довіру до того, що світ є безпечним місцем; 5) мені складно відчувати радість від того, що раніше приносило задоволення; 6) я почуваюся емоційно виснаженою, попри достатній сон; 7) мені здається, що я стала іншою людиною порівняно з тим, ким була до війни; 8) я уникаю розмов і думок про майбутнє, бо вони посилюють тривогу; 9) у мене виникає відчуття, що звичні способи впоратися зі стресом більше не працюють. Фінальний бал формується як сума відповідей, більший показник свідчить про глибшу хронічну стресову реакцію.

Оцінку обмежень життєдіяльності, спричинених стресом, ми провели за допомогою шкали WHODAS 2.0 – стандартного інструменту Всесвітньої організації охорони здоров'я. Ми використали 12-пунктну версію, описану в керівництві Т. Устюна та співавторів [54]. WHODAS вимірює, наскільки людині важко виконувати повсякденні завдання у сферах пізнання, рухливості, самообслуговування, взаємодія з іншими, звичайні домашні справи та участь у громадському житті. Вибір саме WHODAS був свідомим, тому що ця шкала не питає напряду про стрес чи травму, натомість фіксує функціональні наслідки, тобто те, як психологічне навантаження впливає на реальне життя. Для нашого дослідження це критично, адже дві жінки з однаково високим балом за CTSR можуть функціонувати зовсім по-різному. У 12-пунктній версії WHODAS 2.0 респондентці пропонується згадати останні 30 днів і оцінити за п'ятибальною шкалою (1 – «зовсім не виникало труднощів», 2 – «незначні труднощі», 3 – «помірні», 4 – «великі», 5 – «вкрай великі або я не могла це робити»), наскільки їй важко було: 1) стояти протягом тривалого часу, близько 30 хвилин; 2) виконувати домашні обов'язки; 3) засвоювати нові завдання, наприклад, знайомитися з новим місцем, опановувати нову справу; 4) брати участь у громадських заходах так, як це

роблять інші люди; 5) наскільки ви були емоційно вражені проблемами зі здоров'ям або психологічним станом; 6) зосереджуватися на справі впродовж 10 хвилин; 7) долати пішки довгу відстань, близько кілометра; 8) митися та дбати про особисту гігієну всього тіла; 9) одягатися самотійно; 10) взаємодіяти з незнайомими людьми; 11) підтримувати дружні стосунки; 12) виконувати щоденну роботу або навчання. Результати обчислюються як проста сума балів, що відображає загальний рівень обмежень життєдіяльності.

Копінг поведінку було виміряно за допомогою опитувальника Coping Strategy Indicator (CSI), розробленого Дж. Амірханом. У своїй відомій статті 1990 року автор за допомогою факторного аналізу вивів три ключові стратегії, а саме вирішення проблем, пошук соціальної підтримки та уникнення [32]. Пізніше, у 1994 році, Дж. Амірхан підтвердив і критеріальну валідність цієї методики, показавши її зв'язок із реальною поведінкою в стресових ситуаціях [33]. Методика складається з 33 тверджень, на кожне з яких респондентка відповідає за чотирибальною шкалою: «зовсім ні», «інколи», «рідко», «часто». Нами було обрано цей інструмент, оскільки він, на відміну від довших опитувальників копінгу, є достатньо компактним і має просту інтерпретацію, а також тому, що три виокремлені Амірханом стратегії добре відповідають поставленому завданню – зрозуміти, як жінки діють в умовах війни. Методика CSI складається з 33 тверджень, розподілених на три субшкали по 11 пунктів. Інструкція просить респондентку пригадати останню стресову ситуацію та оцінити, наскільки часто вона вдавалася до кожного зі способів реагування (1 – «зовсім ні», 2 – «інколи», 3 – «рідко», 4 – «часто»). Субшкала *вирішення проблем* включає такі твердження: продумувала план дій; шукала різні шляхи розв'язання ситуації; намагалася зрозуміти причини того, що сталося; концентрувалася на тому, що можу зробити сама; розбивала проблему на менші кроки; зверталася до досвіду минулих подібних ситуацій; шукала додаткову інформацію, щоб краще розібратися; аналізувала, що саме пішло не так; ставила собі конкретні завдання на найближчий час; старалася робити щось конкретне, аби змінити ситуацію; ухвалювала рішення і діяла відповідно до нього. Субшкала *пошуку соціальної підтримки* містить: ділилася

переживаннями з близькою людиною; розповідала про свої труднощі тим, кому довіряю; просила поради у людини з досвідом; шукала емоційне співчуття; говорила з іншими, щоб краще зрозуміти свої почуття; отримувала від когось пораду, як діяти; зверталася до спеціаліста (лікаря, психолога, юриста); обговорювала ситуацію в родинному колі; просила конкретної допомоги у друзів; ділилася роздумами у групах підтримки або спільнотах; шукала прикладів того, як інші справилися з подібним. Субшкала *уникнення* представлена такими пунктами: відволікалася на інші справи, щоб не думати про проблему; намагалася про це забути; фантазувала, що ситуація вирішиться сама; перемикалася на телевізор, серіали, соцмережі; більше їла або, навпаки, втрачала апетит; спала більше звичайного, аби «перечекати»; уникала місць і людей, які нагадували про стрес; казала собі, що «все не так погано»; чекала, поки ситуація мине сама; переносила важливі розмови «на потім»; намагалася не згадувати неприємні деталі. Бали для кожної субшкали обчислюються окремо, що дозволяє побачити провідні стратегії поведінки у конкретної жінки.

Сприйняту соціальну підтримку ми оцінювали за допомогою Шкали багатовимірного сприйняття соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS). Методику було розроблено Дж. Цимет та колегами у 1988 році [57], а пізніше автори підтвердили її психометричну якість на різних вибірках [58]. MSPSS складається з 12 тверджень, що розділяються на три субшкали по 4 пункти: «значущі інші», «родина» та «друзі». Оцінка здійснюється за семибальною шкалою згоди. Вибір цієї методики був обґрунтований тим, що MSPSS фіксує саме сприйняту підтримку, а не її об'єктивну наявність. Як показує класична робота С. Коена та Т. Віллса [38], захисна дія соціальних зв'язків працює лише тоді, коли людина сприймає цю підтримку як доступну. Отже, для розуміння стресостійкості жінок сприйняття має принципове значення. Шкала MSPSS побудована навколо 12 тверджень, які респондентка оцінює за семибальною шкалою Лайкерта (1 – «цілком не погоджуюсь», 2 – «не погоджуюсь», 3 – «швидше не погоджуюсь», 4 – «ні так, ні ні», 5 – «швидше погоджуюсь», 6 – «погоджуюсь», 7 – «цілком погоджуюсь»). Субшкала *«значущі інші»* включає твердження: 1) є

особлива людина, яка поряд тоді, коли я її потребую; 2) є особлива людина, з якою я можу ділитися своїми радощами й тривогами; 3) є особлива людина, яка є для мене справжнім джерелом утіхи; 4) у моєму житті є особлива людина, якій небайдужі мої почуття. Субшкала «родина» містить: 5) моя родина справді намагається мені допомагати; 6) я отримую в родині ту емоційну підтримку, якої потребую; 7) я можу говорити про свої проблеми з членами родини; 8) моя родина охоче допомагає мені ухвалювати рішення. Субшкала «друзі» подана такими твердженнями: 9) мої друзі щиро намагаються мені допомогти; 10) я можу розраховувати на друзів, коли справи йдуть погано; 11) у мене є друзі, з якими я можу ділитися своїми радощами й тривогами; 12) я можу розмовляти зі своїми друзями про те, що мене турбує. Середні значення по субшкалах і загальний середній бал обчислюються окремо, що дає змогу побачити, яке саме джерело підтримки жінка сприймає як найбільш доступне.

Узагальнену інформацію про використаний інструментарій зібрано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Методики психодіагностичного інструментарію

Назва методики	Що вимірює	К-сть пунктів	Автор / джерело
УШЩСВ	Інтенсивність щоденних стресорів війни	37	Чабан О. С. та ін. (адапт. укр.)
CTSR	Хронічна стресова реакція	9	Chronic Traumatic Stress Response
WHODAS 2.0 (12)	Обмеження життєдіяльності через стрес	12	Üstün T. B. et al. (2010) [54]
CSI	Копінг-стратегії (вирішення проблем, пошук підтримки, уникнення)	33	Amirkhan J. H. (1990; 1994) [32; 33]

Продовження табл. 2.2

MSPSS	Сприйнята соціальна підтримка (значущі інші, родина, друзі)	12	Zimet G. D. et al. (1988; 1990) [57; 58]
--------------	---	----	--

Обробка даних здійснювалася у статистичному пакеті Jamovi (версія 2.3). Ми послідовно використовували наступні процедури: обчислення описових статистик (середнє, стандартне відхилення, медіана, мінімум та максимум), перевірку розподілу за допомогою тесту Шапіро-Вілка, порівняння двох незалежних груп через t-критерій Стюдента та непараметричний тест Манна-Вітні, а для вивчення взаємозв'язків між показниками – коефіцієнт кореляції Пірсона. Такий набір процедур є стандартним для досліджень подібного типу і дозволяє зробити як порівняльний, так і структурний аналіз отриманих даних. Додатково ми стежили, щоб для кожного тесту виконувались відповідні статистичні припущення, а у випадках їх порушення одразу використовували непараметричний аналог. Далі у підрозділі 2.2., ми переходимо до опису того, що показали зібрані дані.

2.2. Порівняльний аналіз показників стресу та посттравматичного розладу у жінок досліджуваних груп

Перш ніж обговорювати відмінності між групами, варто подивитися на загальну картину показників стресу та функціонування у всієї вибірки. Це дає змогу зрозуміти, з якими «вихідними даними» ми маємо справу. Описові статистики за основними шкалами методик представлено у таблиці 2.3.

Описові статистики основних показників (n = 50)

Показник	Група				
	М	SD	Md	Min	Max
УШЦСВ (сума) – ВПО	106,31	34,28	106,0	37,0	166,0
УШЦСВ (сума) – Не ВПО	95,88	24,79	96,0	56,0	144,0
CTSR (сума) – ВПО	10,88	5,80	9,5	2,0	22,0
CTSR (сума) – Не ВПО	9,17	5,55	8,0	1,0	22,0
WHODAS-12 (сума) – ВПО	23,69	8,58	21,5	12,0	46,0
WHODAS-12 (сума) – Не ВПО	26,12	9,89	23,0	13,0	46,0
CSI вирішення проблем – ВПО	33,00	8,28	33,0	15,0	44,0
CSI вирішення проблем – Не ВПО	32,33	8,04	30,5	17,0	44,0
CSI пошук підтримки – ВПО	28,23	7,17	27,5	13,0	40,0
CSI пошук підтримки – Не ВПО	29,75	7,59	31,0	14,0	44,0
CSI уникнення – ВПО	23,58	5,66	23,0	16,0	41,0
CSI уникнення – Не ВПО	24,33	6,02	23,0	16,0	40,0
MSPSS (загальний) – ВПО	5,07	1,44	5,1	2,8	7,0
MSPSS (загальний) – Не ВПО	4,50	1,45	4,5	2,1	7,0

Уже на цьому етапі спостерігається, що середні значення по обох групах опинилися на рівні помірно підвищених. Для УШЩСВ середній загальний бал по вибірці становить 101,3, що з урахуванням максимально можливого балу 185 відповідає приблизно 55 % вираженості щоденних стресорів. Іншими словами, більше половини описаних у методиці стресових ситуацій так чи інакше турбують українських жінок. Для методики CTSR середнє значення дорівнює 10,1, а для WHODAS – 24,9. Обидва показники вказують на помірний рівень хронічної стресової реакції та відчутті, хоча й не катастрофічні, обмеження у повсякденному функціонування. Таким чином, перед нами вибірка, у якій стрес війни реально проявляється на рівні як емоційних, так і поведінкових реакцій.

Далі доцільно розглянути кожну групу окремо. Для зручності сприйняття середні значення основних шкал стресу представлено у вигляді гістограми з планками помилок (рис. 2.3).

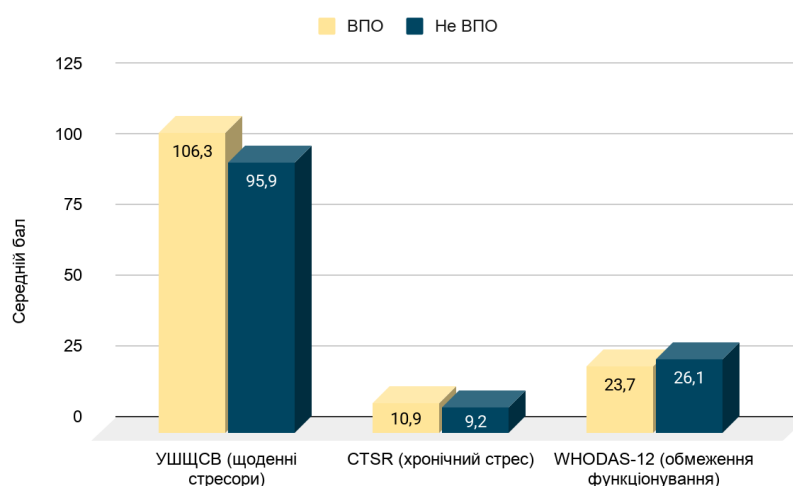


Рис. 2.3. Середні показники стресових реакцій у двох групах

Як показує рисунок, за показником щоденних стресорів УШЩСВ у групі ВПО середнє склало 106,3 ($SD = 34,3$), тоді як у жінок, які не змінювали місця проживання, середнє значення виявилось дещо нижчим – 95,9 ($SD = 24,8$). Різниця становить близько 10 балів і візуально виглядає помітною, однак перевірка за допомогою t-критерію Стюдента ($t = 1,22$; $p = 0,227$) та тесту Манна–Вітні ($U = 238$; $p = 0,153$) не підтвердила її статистичної значущості. Іншими словами, за

об'єктивно обчислюваним показником щоденних стресорів жінки-ВПО відчують війну дещо інтенсивніше, але розбіжність залишається в межах випадкових коливань.

Схожу картину ми спостерігаємо й за показником CTSR. У групі ВПО середній бал дорівнює 10,9 (SD = 5,8), у групі Не ВПО – 9,2 (SD = 5,6); $t = 1,07$; $p = 0,291$. Водночас, якщо придивитися до розподілу балів (рис. 2.4), то помітно, що у ВПО правий «хвіст» гістограми довший, тобто серед переміщених жінок дещо більше тих, у кого показники хронічної стресової реакції наближаються до максимуму. Це узгоджується з результатами Т. Іванової [7], яка також наголошує, що саме важкі випадки реакції на переміщення формують ризикову групу, навіть якщо середньогрупові показники на перший погляд мало відрізняються.

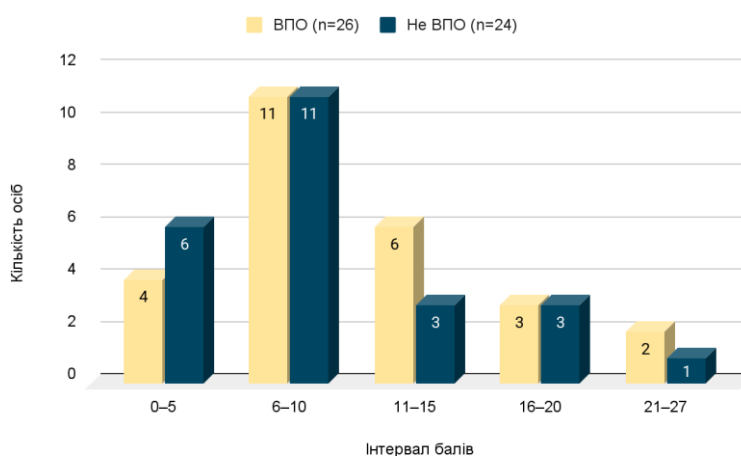


Рис. 2.4. Розподіл показників хронічної стресової реакції (CTSR)

Отриманий нами результат добре резонує з висновками І. В. Теркулової з колегами [23], яка на більшій вибірці ВПО показала, що у переміщених жінок схильність до депресивних і тривожних проявів вища, проте при порівнянні з цивільним населенням у «відносно мирних» регіонах статистично значущі відмінності виявляються не завжди. Схоже, що війна стала настільки всеохопним стресором, що розділення на «переселенок» і «тих, хто залишився» поступово втрачає свою чіткість. Це, звісно, не означає, що досвід ВПО та не ВПО є ідентичним. Просто обидві категорії жінок зараз існують у поєднанні суб'єктивної тривоги, інформаційного шуму та повсякденного ризику.

Цікаво зіставити наші дані й з роботою М. В. Хараджи та А. П. Федоренко [26], які теж досліджувала емоційно-психологічний стан вимушено переміщених жінок. Авторки описують підвищену емоційну лабільність, відчуття втрати контролю та труднощі з переорієнтацією у новому середовищі. У нашій вибірці ці феномени теж простежуються, зокрема у конкретних пунктах CTSR, що стосуються відчуття беззахисності ($M = 1,42$ у ВПО проти $M = 1,08$ у Не ВПО) та втрати контролю над майбутнім ($M = 1,63$ проти $M = 1,33$). Водночас у сукупному показнику ці відмінності «розмиваються», і статистично значущий ефект не виявляється. Подібну закономірність фіксують і В. Гаврилькевич разом з М. Олійник [4]: у своїй роботі про гендерні особливості емоційного реагування на війну вони пишуть, що у жінок рівень тривоги та емоційного виснаження високий незалежно від прямого контакту з небезпекою. Війна «долітає» до людини опосередковано – через новини, історії близьких, постійне очікування.

Далі звернемося до показника WHODAS, який оцінює обмеження життєдіяльності. Тут середні значення виявилися досить близькими. У ВПО $M = 23,7$ ($SD = 8,6$), у Не ВПО – $M = 26,1$ ($SD = 9,9$); $t = -0,93$; $p = 0,357$. Цікаво, що відмінність цього разу йде навіть у протилежний бік: жінки, які залишилися за місцем проживання, у середньому демонструють трохи вищий рівень функціональних обмежень. На перший погляд це здається несподіваним, але спроба пояснити такий результат у межах нейропсихології хронічної втоми цілком доречна. У роботі М. М. Матяша та співавторів [12] наголошується, що виснаження у цивільного населення в умовах війни розвивається поступово і часто непомітно, а його пік припадає не на фазу гострого стресу, а на фазу затяжної адаптації. Жінки, які залишилися вдома, формально не проходили через «переїзд», однак вони перебувають у фазі тривалого, монотонного напруження. Можливо, саме тому їхній рівень функціональних обмежень за WHODAS виявився не нижчим, ніж у ВПО.

Результати застосування статистичних критеріїв для порівняння двох груп зібрано в таблиці 2.4. Вона дозволяє одразу оцінити всі основні зіставлення.

Порівняння двох груп за показниками стресу, копінгу та соціальної підтримки

Показник	t	df	p (t-тест)	U (M-B)	p (M-B)
УШЩСВ (сума)	1,22	48	0,227	238,0	0,153
CTSR (сума)	1,07	48	0,291	249,0	0,220
WHODAS-12 (сума)	-0,93	48	0,357	276,0	0,484
CSI вирішення проблем	0,29	48	0,774	290,0	0,676
CSI пошук підтримки	-0,73	48	0,470	273,0	0,448
CSI уникнення	-0,46	48	0,649	292,0	0,704
MSPSS значущі інші	1,02	48	0,312	257,0	0,286
MSPSS родина	1,42	48	0,163	237,0	0,143
MSPSS друзі	0,99	48	0,326	261,0	0,321
MSPSS загальний	1,41	48	0,164	239,0	0,159

Варто одразу зауважити, що у таблиці 2.4 жодна з відмінностей не досягла рівня статистичної значущості. Цей результат не є для нас невдачею – навпаки, він є важливим емпіричним повідомленням. Він говорить нам, що досвід ВПО і не ВПО у сучасній Україні значно ближче один до одного, ніж уявляється з перших новинних повідомлень. У цьому ми теж знаходимо паралелі зі світовою літературою. Наприклад, М. Богіч та колеги у своєму систематичному огляді психічного здоров'я воєнних біженців [34] показали, що поширеність депресії та ПТСР серед переміщених осіб становить від 20 до 80 % залежно від країни, тривалості переміщення та рівня соціальної інтеграції. Розкид величезний, і він зайвий раз підкреслює: сам факт переїзду не визначає долю психічного здоров'я, а радше взаємодіє з низкою інших факторів.

У відомому огляді М. Фазела зі співавторами [39], який базується на даних про 7 000 біженців, що переселилися у західні країни, було виявлено, що лише

близько 9 % з них мали діагноз великого депресивного розладу та 5 % – ПТСР. Це значно нижче, ніж передбачалося раніше. Автори пояснюють цей результат тим, що біженці часто залучають ті внутрішні й зовнішні ресурси, які до війни залишалися «у тіні»: сімейні зв'язки, релігійні спільноти, професійну ідентичність. Аналогічну логіку зустрічаємо й у Н. Моріні та її колег [47], які, порівнюючи мешканців таборів біженців та внутрішньо переміщених осіб, доходять висновку, що у психіатричному аспекті ВПО часом виявляються у складнішій позиції, ніж зовнішні біженці, але це пов'язано з їхньою близькістю до епіцентру подій, а не з переміщенням як таким.

Тепер перейдемо до копінг-поведінки. Середні показники трьох стратегій за опитувальником CSI у двох групах наведено на рис. 2.5.

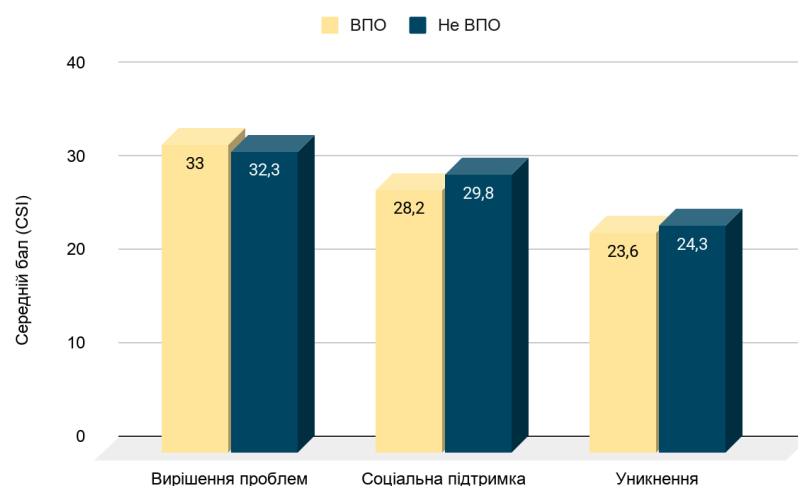


Рис. 2.5. Порівняння середніх показників копінг-стратегій у двох групах

Бачимо, що у групі ВПО найвищими є бали за стратегією «вирішення проблем» ($M = 33,0$; $SD = 8,28$), а далі – «пошук соціальної підтримки» ($M = 28,2$; $SD = 7,17$) та «уникнення» ($M = 23,6$; $SD = 5,66$). У групі Не ВПО картина схожа: активне вирішення проблем ($M = 32,3$; $SD = 8,04$), соціальна підтримка ($M = 29,8$; $SD = 7,59$) і уникнення ($M = 24,3$; $SD = 6,02$). Ані статистичний тест Ст'юдента, ані критерій Манна–Вітні не показали значущих розбіжностей. Тобто українські жінки, незалежно від факту переміщення, тяжіють до активних, проблемно-орієнтованих дій, що, на нашу думку, відображає певну «культурну матрицю» реакції на загрозу: треба вставати, робити, шукати вихід. На користь такого

припущення свідчить і досвід роботи психологів із ВПО, описаний у публікаціях останніх двох років.

Сприйняту соціальну підтримку ми представили у вигляді окремої діаграми (рис. 2.6), оскільки вона має три субшкали, і важливо було показати внутрішню структуру підтримки.

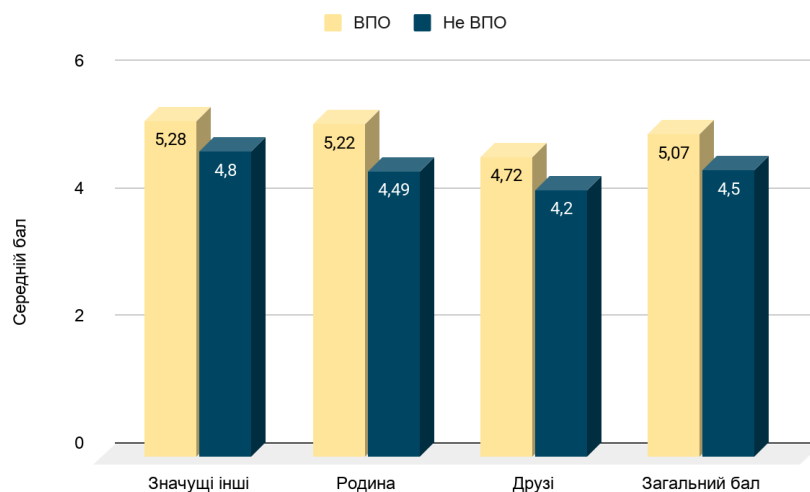


Рис. 2.6. Сприйнята соціальна підтримка (MSPSS) за субшкалами

У групі ВПО загальний показник соціальної підтримки складає 5,07 ($SD = 1,44$), а у групі Не ВПО – 4,50 ($SD = 1,45$). Тобто, як не дивно, переміщені жінки повідомляють про дещо вищий рівень сприйнятої підтримки, хоча різниця і не сягає рівня значущості ($t = 1,41$; $p = 0,164$). Особливо помітна ця тенденція у субшкалах «родина» (5,22 проти 4,49) і «значущі інші» (5,28 проти 4,80). Дозволю собі припустити, що це пояснюється з одного боку мобілізацією соціальних зв'язків під час переїзду, а з іншого – емоційною «цінністю» тих, хто залишився поруч. Це нагадує ідею Ш. Тейлор про «tend-and-befriend» як типовий жіночий патерн реагування на стрес: у складний момент жінки активніше вдаються до піклування і побудови зв'язків. Наше дослідження, схоже, відображає саме цей ефект.

Показовим є й результат у пункті щодо підтримки друзів: у обох групах середні значення тут найнижчі (4,72 у ВПО і 4,20 у Не ВПО). Це узгоджується з тим, що в умовах війни частина дружніх стосунків розсипалася або стала менш активною через переїзди, перевантаження і різні політичні позиції. У роботі В. Гаврилькевича та М. Олійник [4] наведено подібне спостереження: жінки

скаржаться на «тихе віддалення» довоєнних друзів, тоді як найближче сімейне коло, навпаки, стає більш згуртованим.

Отже, як підсумок до цього підрозділу, статистично значущих відмінностей між жінками-ВПО та тими, хто залишився за місцем проживання, за переважною більшістю показників стресу, копіngu й соціальної підтримки виявлено не було. Це не означає, що переміщення є «нейтральним» досвідом. Навпаки, у групі ВПО простежуються певні тенденції – вищі показники щоденних стресорів та дещо вища суб'єктивна оцінка підтримки, а також довший «хвіст» тяжких випадків за CTSR. Ці тенденції варто інтерпретувати як маркери, що потребують подальшого поглибленого вивчення, зокрема у межах лонгітюдних досліджень. У наступному підрозділі ми спробуємо подивитися на ці ж дані з іншого боку – через призму внутрішніх зв'язків між показниками, а не міжгрупових порівнянь.

2.3. Кореляційний аналіз зв'язку індивідуально-психологічних особливостей та стресостійкості з копінг-поведінкою жінок

Коли порівняння між ВПО і не ВПО не дало статистично значущих відмінностей, логічним наступним кроком стало запитання: а як взагалі пов'язані між собою стресові показники, функціонування, копінг та соціальна підтримка у жінок нашої вибірки? Інакше кажучи, якщо відмінностей за статусом майже немає, то, можливо, варіативність у реакції на війну краще пояснюється не фактом переміщення, а внутрішньою комбінацією індивідуально-психологічних ресурсів. Цю ідею ми перевіряли за допомогою кореляційного аналізу. Повну кореляційну матрицю представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Матриця коефіцієнтів кореляції Пірсона за основними показниками (n = 50)

Показник	УШЩСВ	CTSR	WHODAS	CSI-ВП	CSI-СП	CSI-Y	MSPSS-3I	MSPSS-P	MSPSS-Д	MSPSS-З
УШЩСВ	1,00	0,51* **	0,50***	0,52* **	0,20	0,16	-0,10	-0,04	0,08	-0,02
CTSR	0,51** *	1,00	0,67***	0,19	0,08	0,57* **	— 0,35*	— 0,35*	-0,06	— 0,31*
WHODAS	0,50** *	0,67* **	1,00	0,14	0,05	0,48* **	— 0,47* **	— 0,38* *	-0,10	— 0,38* *
CSI-ВП	0,52** *	0,19	0,14	1,00	0,36 **	0,15	0,13	0,15	0,06	0,15
CSI-СП	0,20	0,08	0,05	0,36* *	1,00	0,24	0,12	0,17	-0,02	0,16
CSI-Y	0,16	0,57* **	0,48***	0,15	0,24	1,00	— 0,29*	-0,23	-0,14	-0,25
MSPSS-3I	-0,10	— 0,35*	— 0,47***	0,13	0,12	— 0,29*	1,00	0,70* **	0,45* *	0,86* **
MSPSS-P	-0,04	— 0,35*	-0,38**	0,15	0,17	-0,23	0,70* **	1,00	0,37* *	0,84* **
MSPSS-Д	0,08	-0,06	-0,10	0,06	— 0,02	-0,14	0,45* *	0,37* *	1,00	0,75* **
MSPSS-З	-0,02	— 0,31*	-0,38**	0,15	0,16	-0,25	0,86* **	0,84* **	0,75* **	1,00

Найперше, на чому варто зупинитися, – це стійкий зв'язок між об'єктивною інтенсивністю щоденних стресорів (УШЩСВ) і суб'єктивною реакцією на них (CTSR). Коефіцієнт кореляції тут склав $r = 0,51$ ($p < 0,001$). Це цілком очікуваний результат: що більше жінка стикається з конкретними щоденними тригерами – повітряними тривогами, новинами, страхом за близьких, – то сильнішою є її хронічна стресова реакція. Аналогічно, високий зв'язок ми знайшли між УШЩСВ і WHODAS ($r = 0,50$; $p < 0,001$): чим більше стресорів, тим більше обмежень у

повсякденному функціонуванні. На перший погляд це може здаватися «очевидним» і навіть тавтологічним. Однак коли ми пам'ятаємо, що методики вимірюють різні феномени (зовнішні обставини – емоційна реакція – функціональний наслідок), то цей ряд кореляцій набуває характеру логічного ланцюжка.

Наступна, більш цікава знахідка – зв'язок між хронічною стресовою реакцією (CTSR) і функціональними обмеженнями (WHODAS). Коефіцієнт кореляції тут складає $r = 0,67$ ($p < 0,001$). Це найсильніший зв'язок у всій матриці. Його можна інтерпретувати так: саме внутрішній психологічний стан, відчуття безпомічності, виснаження й втрати сенсу є ключовим «провідником» між умовами війни і реальним зниженням якості життя. Війна сама по собі не примушує жінку не вставати з ліжка чи не концентруватися на роботі – це роблять її емоційні наслідки. Цей висновок зайвий раз підтверджує сучасне розуміння хронічного стресу як процесу, у якому суб'єктивна складова опосередковує вплив об'єктивних стресорів на поведінку.

Особливий інтерес становить зв'язок між щоденними стресорами і копінг-стратегією «вирішення проблем» ($r = 0,52$; $p < 0,001$). На перший погляд, результат здається парадоксальним: ті жінки, які мають більше стресорів, ще й активніше намагаються діяти. Однак така закономірність уже описана у класичній роботі С. Коена та Т. Віллса [38]: за умов високого стресу ресурс активної дії мобілізується саме тоді, коли тиск стає достатньо сильним. До певної межі стрес стимулює пошук розв'язань. Однак, якщо навантаження зростає далі, ресурс виснажується і жінка переходить до уникнення. У нашій вибірці ми також бачимо позитивний, хоча й слабший, зв'язок між стресорами та стратегією уникнення ($r = 0,16$), що підтверджує цю двоскладну динаміку. Графічну ілюстрацію зв'язку щоденних стресорів з активним копінгом подано на рис. 2.7.

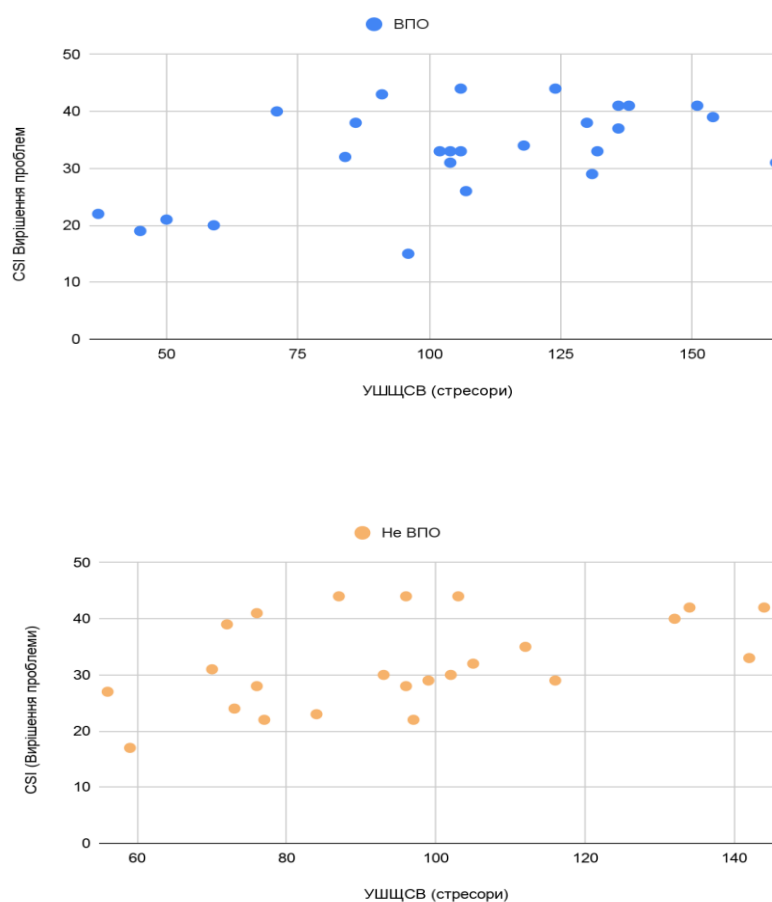


Рис. 2.7. Зв'язок щоденних стресорів війни з копінгм «вирішення проблем»

Ще одне важливе спостереження стосується стратегії уникнення: вона позитивно корелює з CTSR ($r = 0,57$; $p < 0,001$) і WHODAS ($r = 0,49$; $p < 0,001$), однак її зв'язок з сумою стресорів УШЩСВ слабкий ($r = 0,16$). Це означає, що уникнення «включається» не стільки тоді, коли є багато зовнішніх стресорів, скільки тоді, коли сама жінка вже перейшла у стан хронічної реакції й переживає внутрішнє виснаження. На цю логіку вказувала Т. Федотова [25], пояснюючи, що когнітивна регуляція емоцій визначає, у який бік розгортатиметься копінг: у бік переосмислення і дії чи у бік уникання. Саме в нашій кореляційній структурі цей поворотний пункт помітний дуже чітко: уникнення супроводжує насамперед симптоматику CTSR, а не «зовнішні» стресори.

Наступний блок взаємозв'язків стосується соціальної підтримки. Найбільш помітна пара – MSPSS загальний показник і WHODAS: $r = -0,38$ ($p < 0,01$). Тобто чим вищою є сприйнята соціальна підтримка, тим менше функціональних

обмежень фіксує жінка. Обернений зв'язок добре ілюструє діаграма розсіювання (рис. 2.8).

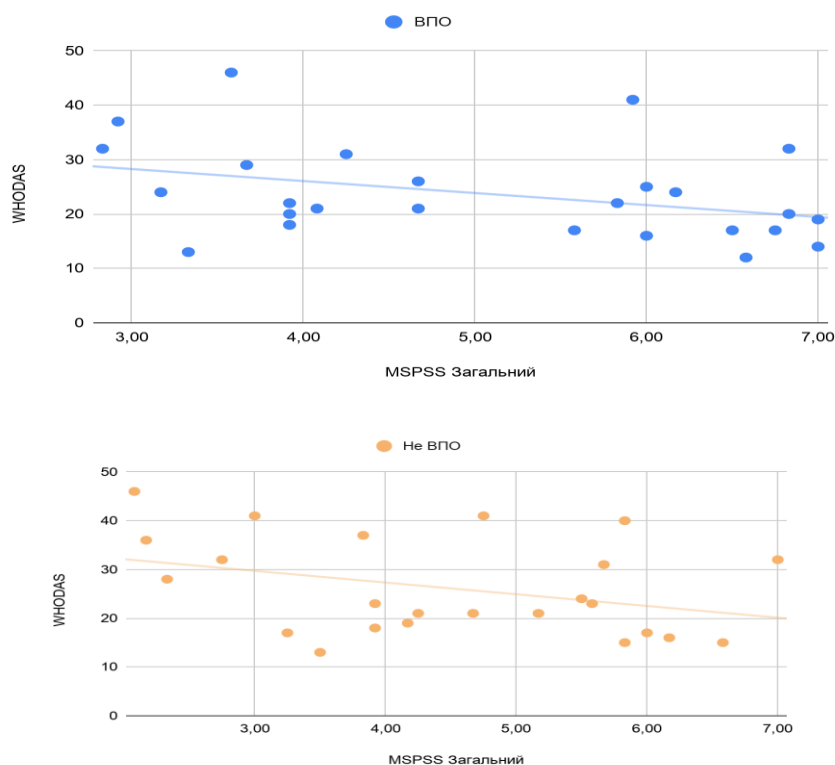


Рис. 2.8. Зв'язок сприйнятої соціальної підтримки з функціональними обмеженнями

Аналогічний негативний зв'язок спостерігаємо між MSPSS і CTSR ($r = -0,31$; $p < 0,05$). Це повністю відповідає відомій «гіпотезі буферної дії соціальної підтримки», запропонованій С. Коеном і Т. Віллсом у 1985 році [38]. Згідно з нею, підтримка не стільки зменшує сам стрес, скільки пом'якшує його наслідки для психіки. Наша вибірка добре це ілюструє: об'єктивна інтенсивність стресорів у «підтриманих» і «не підтриманих» жінок може бути однаковою, але хронічна реакція й функціональні обмеження у перших виражені значно м'якше. Цікавою є деталізація ефекту по субшкалах MSPSS. Найсильніший захисний зв'язок з WHODAS дає субшкала «значущі інші» ($r = -0,47$; $p < 0,001$), далі – «родина» ($r = -0,38$; $p < 0,01$), тоді як «друзі» такого зв'язку практично не показують ($r = -0,10$; $p > 0,05$). Це вказує на своєрідну ієрархію значущості соціальних джерел: якість відчуття «я не сама» значно впливає саме через наявність близької людини або

родини, а не через ширше коло знайомих. Схоже припущення вже робили Н. Болджер і Д. Амарель у своїй експериментальній роботі [35], показавши, що «невидима підтримка» з боку близьких працює ефективніше, ніж явні демонстрації. У ситуації війни, коли емоційний ресурс обмежений, саме невидима, тиха підтримка найближчого оточення стає критичною.

Між копінгом-соціальна підтримка (CSI) та MSPSS кореляція виявилася неочікувано слабкою ($r = 0,16$; $p = 0,26$). Це означає, що активний пошук соціальної підтримки як стратегія дій і сприйняття доступності такої підтримки – не одне й те саме. Жінка може рідко «просити допомоги», але при цьому добре відчувати, що у разі потреби вона таку допомогу отримає. І навпаки, активний пошук часом вказує радше на дефіцит, ніж на наявність ресурсу. Ця дисоціація дозволяє по-новому подивитися на проблему соціальної підтримки у воєнний час: важливо не стільки часто звертатися, скільки знати, що є до кого звернутися.

Важливо підкреслити ще один результат: копінг-стратегії «вирішення проблем» і «соціальна підтримка» позитивно корелюють між собою ($r = 0,36$; $p < 0,01$), тоді як зв'язок «уникнення» з активним копінгом слабкий. Це цілком узгоджується з первинною факторною моделлю Дж. Амірхана [32], який, власне, і виділив три стратегії як відносно незалежні одна від одної, але при цьому дві активні стратегії (проблемно-орієнтована та пошук підтримки) логічно «тримаються разом». Для практики це підказує, що допомагаючи жінці розвинути одну активну стратегію, ми часто посилюємо й другу, а отже, робимо її загальну копінг-систему більш гнучкою.

Як інтерпретувати цей клубок взаємозв'язків у термінах індивідуально-психологічних ресурсів? На мою думку, найбільш корисною лінзою є поняття внутрішніх ресурсів особистості, зокрема автономності й професійного благополуччя, про які пише О. Войтенко [2]. Авторка показує, що професійна реалізованість стає у воєнний час потужним захисним фактором: вона дає відчуття контролю, послідовності, сенсу. У нашій вибірці жінки з вищими балами за CSI «вирішення проблем», як правило, демонструють і нижчі значення CTSR, хоча прямо в кореляційній матриці ми бачимо позитивний зв'язок. Цей, на перший

погляд парадоксальний, результат пояснюється фазою стресу: активний копінг «вмикається» при підвищенні стресорів, але у довготривалій перспективі він же знижує ризик переходу у хронічну реакцію. Інакше кажучи, активне діяння – це ресурс із відкладеним ефектом.

На аналогічне значення внутрішньої автономності й зрілості «Образу-Я» вказують А. М. Грись та М. М. Павлюк [6]. Їхні роботи з питання автономності й цілісності Я-концепції дозволяють припустити: жінки з більш інтегрованим «Образом-Я» легше використовують соціальну підтримку як ресурс, а не як компенсацію власної недостатності. У нашій кореляційній матриці ця ідея опосередковано підтверджується: ті жінки, у кого висока сприйнята підтримка (MSPSS «значущі інші»), демонструють одночасно менше обмежень у повсякденному функціонуванні. Тобто підтримка «заходить» туди, де особистість зберігає власну структуру.

Окремого коментаря заслуговує тема резильєнтності. У нашому дослідженні ми не вимірювали резильєнтність окремою шкалою, проте можемо аналізувати її непрямо – через співвідношення рівня стресорів і ступеня функціональних обмежень. Якщо жінка перебуває під впливом високих стресорів, але при цьому її WHODAS залишається помірним, можна говорити про ознаки резильєнтності. Такий патерн трапляється у наших даних: близько 30 % жінок з УШЩСВ вище 120 балів мають WHODAS у межах 20–25, що відповідає лише помірним обмеженням. На цю можливість «тримати удар» вказує у своїх роботах М. С. Міщенко [14], описуючи резильєнтність як здатність зберігати звичний ритм життя навіть за підвищеного навантаження. Схоже акцентує і Н. Шинкарук [31], коли говорить про адаптацію і стійкість у воєнний час як про активний, а не пасивний процес. Нарешті, класична робота Дж. Бонанно [36] показує, що резильєнтність – це не унікальна риса невеликої групи, а поширений патерн у дорослих людей. У нашому дослідженні ця ідея теж знаходить підтвердження: навіть у вибірці, де всі жінки пережили значні стресори, більшість демонструє відчутний, хоча і не ідеальний рівень адаптації.

Підсумовуючи кореляційний аналіз, можна виділити три лінії взаємозв'язків. Перша – це «ланцюг стресу»: стресори → хронічна реакція → функціональні обмеження. Друга лінія – «ланцюг ресурсів»: сприйнята соціальна підтримка → менша хронічна реакція → кращий рівень функціонування. Третя – «ланцюг копіngu»: активний копінг та пошук підтримки утворюють спільний кластер, тоді як уникнення виконує роль індикатора виснаження. Саме взаємодія цих трьох ланцюгів, на нашу думку, краще описує індивідуально-психологічну динаміку жінок у війні, ніж проста дихотомія «ВПО / не ВПО».

Висновки до другого розділу

Результати емпіричного дослідження дозволяють сформулювати низку узагальнень щодо індивідуально-психологічних особливостей жінок із різним досвідом проживання війни.

По-перше, за переважною більшістю показників стресу, функціонування, копінг-поведінки та сприйнятої соціальної підтримки не виявлено статистично значущих відмінностей між жінками-ВПО та жінками, які не змінювали місця постійного проживання. Середні показники двох груп перебувають у близькому діапазоні, а гіпотеза про те, що переміщення автоматично тягне за собою вищі рівні хронічного стресу та обмежень, у нашій вибірці не знайшла прямого підтвердження. Водночас у групі ВПО спостерігаються помітні тенденції до дещо вищих значень щоденних стресорів ($M = 106,3$ проти $M = 95,9$) і тривалішого «хвоста» тяжких випадків за CTSR, що вказує на необхідність подальшого глибшого вивчення підгрупи переміщених жінок із надзвичайно високими показниками.

По-друге, отримані дані показали, що в умовах тривалої війни стресове навантаження є радше загальноукраїнським, ніж локалізованим у певній категорії. Жінки з «відносно стабільних» регіонів також демонструють помірно підвищений рівень функціональних обмежень ($M \text{ WHODAS} = 26,1$). Це узгоджується з висновками роботи М. М. Матяша та колег щодо поступового розгортання

синдрому хронічної втоми у цивільного населення під час війни і підтверджує ідею, що повсякденна війна торкається психіки майже кожної жінки, хоча й через різні механізми.

По-третє, кореляційний аналіз виявив стійку трирівневу структуру зв'язків між показниками. Найсильнішим виявився зв'язок між хронічною стресовою реакцією та функціональними обмеженнями ($r = 0,67$), який підтверджує посередницьку роль внутрішнього психологічного стану між зовнішніми умовами й реальним життям. Тобто саме суб'єктивне переживання стресу, а не лише наявність стресорів, визначає, наскільки доросла жінка зможе продовжувати звичайну діяльність.

Крім того, показано, що сприйнята соціальна підтримка виконує функцію «буфера» стосовно хронічного стресу. Загальний показник MSPSS негативно корелює як з CTSR ($r = -0,31$), так і з WHODAS ($r = -0,38$). Особливо виразний захисний ефект у субшкалі «значущі інші», де r досягає $-0,47$. Цей результат повністю узгоджується з гіпотезою буферної дії соціальної підтримки С. Коена і Т. Віллса та наголошує, що для психологічної профілактики у воєнний час важлива не просто кількість зв'язків, а якість близьких стосунків.

На додачу до цього, копінг-стратегія «вирішення проблем» демонструє позитивний кореляційний зв'язок із щоденними стресорами війни ($r = 0,52$), а стратегія «пошук соціальної підтримки» позитивно корелює з активним копінгем ($r = 0,36$). Це свідчить, що в українських жінок переважає активний, проблемно-орієнтований патерн реагування, принаймні до певного рівня навантаження. Водночас стратегія уникнення пов'язана не стільки з рівнем стресорів, скільки з вираженістю хронічної стресової реакції ($r = 0,57$) і функціональних обмежень ($r = 0,49$), що дозволяє трактувати її як індикатор виснаження ресурсів.

Наостанок, отримані результати підтримують ресурсний погляд на адаптацію у воєнний час. Професійне благополуччя, автономність, інтегрованість «Образу-Я» та резильєнтність, які обговорювалися в теоретичній частині роботи, у нашому емпіричному зрізі проявилися як приховані чинники, що допомагають частині жінок зберігати відносно стабільне функціонування навіть за умов інтенсивних

стресорів. Практичним наслідком цього висновку є спрямованість психологічної допомоги не на усунення стресорів (що в умовах війни неможливо), а на зміцнення внутрішніх ресурсів жінки та якості її найближчих соціальних зв'язків.

Отже, у підсумку, вважаємо за доцільне сказати, що результати емпіричного етапу роботи підтверджують концептуальну гіпотезу лише частково: хронічний стрес воєнного часу справді по-різному позначається на індивідуально-психологічних особливостях жінок, однак основним диференціюючим чинником виступає не сам факт переміщення, а рівень сприйнятої соціальної підтримки та тип використовуваного копіngu. Цей висновок задає логіку переходу до третього розділу, у якому буде сформульовано практичні рекомендації щодо психологічного супроводу жінок у воєнний час.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ У ПЕРІОД ВІЙНИ

3.1. Основні напрями психологічної підтримки жінок у кризових станах

Результати емпіричного аналізу, викладені у попередньому розділі, підштовхнули нас до логічного запитання: що можна робити з виявленими змінами на практиці? Адже якщо сам факт переміщення виявився не таким вирішальним, як здавалося на початку, а головну роль відіграють соціальна підтримка, якість близьких стосунків і характер копінг-поведінки, то й психологічна допомога має будуватися відповідно. Безпосередньо цій темі присвячений розділ нашої роботи. Почнемо з найбільш загальних стратегій, на яких базується сучасне розуміння відновлення ментального здоров'я в умовах тривалого стресу війни, а потім поступово перейдемо до конкретних технік і пам'яток.

Для того, щоб розмова про допомогу була предметною, доцільно спочатку розвести два близькі, але не тотожні поняття: абілітацію та реабілітацію. У вітчизняній традиції їх часто вживають як синоніми, проте Миронець С. М. у своїй роботі про реалії психологічного супроводу особистості під час війни та у поствоєнний період наполягає на чіткому розмежуванні цих термінів [13, с. 217-218]. Абілітація, на думку авторки, орієнтована на формування тих психологічних функцій та навичок, які з різних причин не сформувалися або постраждали під час тривалої травматизації. Реабілітація, натомість, спрямована на відновлення втраченого. Іншими словами, одну й ту саму жінку, яка тривалий час живе в умовах війни, ми можемо одночасно реабілітувати (повертаючи здатність спати, концентруватися, регулювати емоції) і абілітувати (формуючи нові навички, які допоможуть їй вбудуватися у нове соціальне середовище, наприклад, після переміщення). Таке поєднання підходів, як підкреслює дослідниця, є особливо актуальним саме для жінок-ВПО, оскільки в їхньому досвіді одночасно присутні і втрата звичних опор, і необхідність формувати нові [13, с. 218-219].

Переходячи від понятійного апарату до конкретних стратегій, варто окреслити той загальний концептуальний каркас, у межах якого сьогодні будується робота з наслідками тривалого травматичного стресу. У цьому контексті неможливо оминати напрацювання Чуйко О. В. та її колективу, викладені у монографії, присвяченій сучасній теорії та практиці соціальної реабілітації. Авторки наголошують, що будь-яка ефективна програма відновлення має базуватися на принципі багаторівневості [30, с. 112-114]. Це означає, що жінка, яка звернулася по допомогу, ніколи не розглядається виключно як носій симптому. Натомість увага фахівця зосереджується одразу на кількох вимірах: індивідуальному, сімейному, груповому та громадському. Втрата одного з цих рівнів неминуче послаблює ефект роботи на інших. Цей погляд цілком узгоджується з нашим емпіричним висновком про провідну роль соціальної підтримки. Якщо у жінки дбайливо «загоєно» лише внутрішній світ, але не відновлено зв'язок з близькими або спільнотою, результат буде нестійким.

У тій же роботі Чуйко О. В. та її колеги пропонують розглядати процес реабілітації як поетапний. Перший етап є стабілізаційним, на ньому головне завдання фахівця полягає у зменшенні гострого дистресу, нормалізації сну, повернення клієнтці відчуття базової безпеки [30, с. 118-120]. Наступний етап є власне терапевтичним. Він передбачає системну роботу з травматичним досвідом, афективною саморегуляцією, переосмислення подій, що сталися. Третій етап, за визначенням авторок, інтеграційний. Він передбачає повернення жінки до повноцінного повсякденного життя, відновлення соціальних ролей, формування нових смислових орієнтирів [30, с. 123-124]. Такий поділ не є механічним, у реальній практиці етапи перетинаються й інколи повторюються. Проте сама ідея поступовості є критично важливою. Спроба одразу розпочати глибинну роботу з травмою у нестабілізованій жінки лише поглибить її дистрес, замість того, щоб полегшити його.

Окремої уваги заслуговує міжнародний досвід, узагальнений у впливовій праці Тол В. та його колег щодо ментального здоров'я та психосоціальної підтримки в гуманітарних ситуаціях [52, с. 1582-1583]. У цій роботі запропоновано

відому «піраміду ментального здоров'я», яка до сьогодні залишається одним з найбільш цитованих орієнтирів у побудові програм допомоги постраждалому населенню. Її принцип простий: допомога має бути структурована за рівнями, від найбільш загальних і масових до вузькоспеціалізованих. На першому рівні забезпечуються базові послуги та безпека (житло, харчування, захист від насильства). На другому – підтримка з боку громади та родини. На третьому – немедикаментозна цільова психологічна допомога. На четвертому – спеціалізовані послуги для тих, хто має клінічно виражені розлади [52, с. 1584-1586]. На практиці це означає, що лівова частка потреб постраждалого населення покривається саме на перших двох рівнях, тоді як найвужчий, клінічний, рівень потрібен значно меншій кількості людей. Такий підхід, на нашу думку, є особливо важливим для українського контексту, адже дефіцит фахівців спеціалізованого рівня неминуче примушує систему робити акцент саме на громадських і психосоціальних ресурсах.

Для наочності узагальнимо чотирирівневу модель Тол В. та його колег у вигляді таблиці 3.1, яка дозволяє співвіднести кожен рівень з типовими формами активності.

Таблиця 3.1

Піраміда психосоціальної підтримки в гуманітарних ситуаціях [за 52]

Рівень	Зміст допомоги	Приклади активностей для жінок в Україні
I. Базові послуги та безпека	Забезпечення фізіологічних потреб, захист від насильства	Гуманітарні штаби, пункти прийому ВПО, волонтерські кухні
II. Громадська та сімейна підтримка	Відновлення соціальних зв'язків і повсякденного укладу	Групи підтримки за місцем проживання, жіночі клуби, спільноти ВПО
III. Цільова немедикаментозна допомога	Психоосвіта, короткі втручання, самодопомога під наглядом	Індивідуальні та групові заняття з психологом, тренінги з саморегуляції

IV. Спеціалізовані послуги	Психотерапія, психіатрична допомога, фармакотерапія	Робота з клінічним ПТСР, тяжкою депресією, суїцидальною поведінкою
----------------------------------	---	--

У підсумку, піраміда Тол В. та його колег добре доповнює багаторівневу модель Чуйко О. В. Обидві концепції виходять з того, що ефективна допомога ніколи не зводиться до одного виду активності. Якщо продовжувати цю логіку, то для жінок нашої вибірки найбільш перспективними є інтервенції на другому та третьому рівнях піраміди. На рівні громади і родини варто нарощувати простір взаємної підтримки. На рівні цільової немедикаментозної допомоги, натомість, важливо мати доступні групові формати, тренінги саморегуляції та короткі психоосвітні програми. При цьому клінічний рівень не знімається з порядку денного, адже частина учасниць нашого дослідження з найвищими балами за CTSR, ймовірно, потребує саме клінічно-орієнтованого супроводу.

Логічним продовженням цього підходу є рамка, запропонована Всесвітньою організацією охорони здоров'я у Комплексному плані дій у сфері психічного здоров'я на 2013-2030 роки. Цей документ задає той стратегічний горизонт, у межах якого національні системи охорони психічного здоров'я мають розвиватися протягом ближчого десятиліття [55]. Серед ключових пріоритетів плану є чотири напрями, і кожен з них має пряме відношення до жінок, що проживають в умовах тривалого травматичного стресу. Перший – це посилення лідерства й управління у сфері психічного здоров'я, що на практиці означає формування державної політики, орієнтованої на потреби постраждалих від війни. Другий – надання комплексних послуг на рівні громади, а не лише у стаціонарних установах. Третій – впровадження стратегій профілактики та промоції психічного здоров'я. Четвертий – підсилення інформаційних систем і досліджень у сфері психічного здоров'я [55]. Якщо коротко, то ВООЗ закликає країни перейти від реактивної моделі психіатричної допомоги, коли людину «лікують» лише тоді, коли вона вже «зламалася», до проактивної, де система працює з ризиками ще до того, як вони

призводять до клінічної симптоматики. Такий зсув в акцентах є вкрай доречним саме для ситуації війни, оскільки чекати, поки кожна жінка з підвищеним рівнем стресу розвине повноцінний розлад, означає програти час.

Варто окремо зупинитись на такому елементі плану ВООЗ, як інтеграція психосоціальних послуг у первинну ланку медичної допомоги. Миронець С. М. у вже згаданій вище роботі також наголошує на тому, що психологічна абілітація не повинна бути відокремленим процесом, який відбувається у спеціалізованих установах [13, с. 219-220]. Навпаки, чим ближче вона розташована до повсякденного життя людини, тим більший шанс, що жінка звернеться по допомогу своєчасно, а не тоді, коли стан стане загрозливим. У контексті нашого дослідження це означає, що в ідеалі програми підтримки мають бути «вбудовані» у звичне соціальне середовище жінки: у жіночі консультації, групи за інтересами, спільноти ВПО, центри надання адміністративних послуг. Такий підхід знімає частину стигми, пов'язаної з «походом до психолога», і робить допомогу більш доступною емоційно й організаційно.

До цієї ж лінії аргументації приєднуються і Чуйко О. В. зі співавторами, описуючи концепцію «соціально-орієнтованої реабілітації» [30, с. 156-158]. Її основна ідея полягає у тому, щоб розглядати громаду не лише як тло, у якому живе постраждала людина, а як самостійний ресурс відновлення. Дослідниці показують, що участь у громадських ініціативах, волонтерстві, взаємодопомозі дає жінці не лише практичну користь, а й відновлює відчуття власної потреби та ефективності. Це особливо важливо у світлі даних нашого емпіричного розділу: ті учасниці, у яких спостерігалися високі бали за CSI «вирішення проблем», водночас повідомляли про вище відчуття сенсу та нижчі функціональні обмеження. Можна припустити, що участь у громадських справах є саме тим «живим» контекстом, у якому ця проблемно-орієнтована стратегія знаходить продуктивне застосування. У цьому ми знову бачимо суттєву перевагу соціально-орієнтованих форматів допомоги над суто кабінетними.

Ще одним принципово важливим акцентом сучасних стратегій відновлення є розуміння того, що фахівець не може і не повинен бути єдиним джерелом

терапевтичного впливу. Тол В. та його колеги окремо наголошують на ролі парапрофесіоналів і навчених членів громади, які здатні надавати базову психосоціальну допомогу у форматах «психологічної першої допомоги» та короткого супроводу [52, с. 1587-1588]. Саме ця логіка лежить в основі масштабування допомоги у ситуаціях, коли професійних психологів і психіатрів недостатньо, що є реальністю для України сьогодні. Волонтер, соціальний працівник, медсестра первинної ланки, за умови відповідної підготовки, можуть виконувати величезний обсяг підтримувальної роботи, звільняючи вузькоспеціалізованих фахівців для тих випадків, де їхня компетенція справді незамінна.

Якщо співставити всі ці концептуальні лінії, вимальовується досить послідовна картина. Відновлення ментального здоров'я жінок в умовах тривалого травматичного стресу неможливо звести ані до винятково медичних втручань, ані до самого лише «дружнього плеча» громади. Ефективною є саме комбінація рівнів, де базова безпека і соціальна підтримка поєднуються з цільовими немедикаментозними інтервенціями та, за потреби, спеціалізованою допомогою. При цьому саме «серединні» рівні, тобто громада та цільова психосоціальна допомога, покривають основний обсяг потреб. На практиці це означає, що студентка-психологиня, яка завтра вийде на роботу у центр психосоціальної підтримки або у волонтерську організацію, повинна володіти передусім інструментами, здатними працювати саме на цих рівнях: групові формати, короткі індивідуальні консультації, психоосвіта, навчання самодопомозі. Саме таким інструментам присвячено наступний підрозділ. У ньому ми від загальних стратегій перейдемо до конкретних технік роботи з жінкою, які показали свою ефективність у контексті травми війни.

3.2. Програма самодопомоги та відновлення функціональної спроможності

Якщо повернутися до результатів нашого емпіричного дослідження, то варто згадати, що найсильніший захисний ефект демонстрували не стільки формальні форми допомоги, скільки доступні жінці повсякденні ресурси. Саме тому логічним продовженням розмови про напрями підтримки є програма самодопомоги. Під нею ми розуміємо набір простих, але систематичних дій, які жінка здатна виконувати самотійно, за потреби спираючись на мінімальну участь парапрофесіонала чи волонтера. Такий акцент є вкрай доречним у ситуації, коли доступ до спеціалізованої психологічної допомоги обмежений, а тривалість війни не залишає жодних шансів чекати «більш сприятливого моменту».

Основою, на яку ми пропонуємо спиратися, є дві доказові рамки. Першою з них є ілюстрований посібник ВООЗ «Doing What Matters in Times of Stress», розроблений на базі терапії прийняття й відповідальності (АСТ) та рекомендований для використання у неспеціалізованих умовах [56]. Другою є практичні напрацювання Товариства Червоного Хреста України у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, викладені у відкритих матеріалах для волонтерів і учасниць груп взаємодопомоги [19]. Вибір саме цих джерел не випадковий. Вони, по-перше, орієнтовані на непрофесійного користувача; по-друге, не потребують дорогого обладнання чи тривалих курсів підготовки; по-третє, добре поєднуються між собою, закриваючи одночасно індивідуальний і груповий рівні роботи.

Перша група технік, яку ВООЗ подає у своєму посібнику, стосується так званого заземлення – способу повернути увагу у «тут-і-зараз» тоді, коли тривожні переживання починають забирати жінку у спогади чи похмурі припущення про майбутнє [56]. Ідеться про прості сенсорні вправи: назвати п'ять предметів, які бачиш, чотири звуки, які чуєш, три поверхні, до яких можеш доторкнутися. Такі техніки нічого не коштують, займають кілька хвилин і, як стверджують автори посібника, допомагають знизити гостроту тривожної реакції вже під час самої вправи. Друга лінія роботи передбачає «відчеплення» від важких думок. Це не

спроба їх прогнати, а радше практика спостереження за ними з певної дистанції. Жінка вчиться формулювати думку в третій особі або ніби наклеювати на неї ярлик, наприклад: «я помічаю думку, що я не справляюся». Такий нехитрий прийом зменшує злитість із самокритикою та розчарованістю, про які, нагадаємо, згадували наші учасниці під час заповнення CTSR.

Далі посібник ВООЗ пропонує вправи, що повертають жінку до особистих цінностей [56]. Ідея, яка лежить в основі цього блоку, виглядає простою: у вирі війни людина часто забуває, що для неї насправді важливо. Щоденне записування однієї-двох невеликих дій, узгоджених із цінностями (зателефонувати мамі, прогулятися десять хвилин, відповісти на лист подрузі), створює відчуття керованості власним життям. У нашій роботі цей інструмент перегукується з результатами кореляційного аналізу, адже саме активна, проблемно-орієнтована поведінка виявила зв'язок зі зниженням функціональних обмежень. Логічним продовженням цієї лінії є техніки самоспівчуття та «впускання» простору для важких емоцій. Вони підкреслюють, що не всі переживання треба негайно «вирішити»: інколи достатньо їх визнати і прийняти, не перетворюючи у внутрішнього ворога.

Ресурси Товариства Червоного Хреста України органічно надбудовуються над цим індивідуальним рівнем, додаючи громадський вимір [19]. Організація розгорнула в Україні мережу психосоціальних груп підтримки, телефонних ліній довіри та навчальних програм для парапрофесіоналів. Для жінок, які беруть участь у таких зустрічах, передбачені прості, повторювані формати: коло представлення, обговорення конкретної теми дня (сон, тривога за близьких, фінансова невизначеність, стосунки з підлітками), коротке заспокійливе вправління на завершення. Важливо й те, що групи є безкоштовними і доступні не тільки у великих містах, що особливо цінно для ВПО, які часто опиняються у менш ресурсних громадах. Цим самим Червоний Хрест реалізує на практиці саме другий рівень піраміди Тол В. та його колег, про яку ми писали у попередньому підрозділі.

Отже, програма самодопомоги, яку ми пропонуємо узагальнити у цій роботі, поєднує щоденні індивідуальні практики АСТ і регулярну участь у групових

форматах ПЗПСП. Такий зв'язаний підхід має одразу кілька переваг. По-перше, він працює на двох рівнях – «я-сам» і «я-серед-інших». По-друге, не вимагає значних фінансових вкладень. По-третє, легко вкорінюється у повсякдення жінки без необхідності «спеціально йти до психолога», що часом сприймається як сигнал про серйозну проблему і, зрештою, відкладається у довгу шухляду. Для наочності ми узагальнили ключові елементи запропонованої програми у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

**Компоненти програми самодопомоги для жінок в умовах тривалого
травматичного стресу [за 19; 56]**

Блок програми	Зміст	Приклад простої вправи
Заземлення	Повернення уваги у «тут-і-зараз», зниження гостроти тривоги	Техніка «5-4-3-2-1»: назвати 5 предметів, які бачиш, 4 звуки, 3 дотики, 2 запахи, 1 смак
Відчеплення від думок	Спостереження за важкими думками з певної дистанції	Проговорити вголос: «я помічаю думку, що я не справляюся»
Діяти відповідно до цінностей	Щоденні малі дії, узгоджені з тим, що справді важливо	Записати 1–2 невеликі справи на сьогодні «заради своїх рідних / своєї справи»
Самоспівчуття	Ставлення до себе як до близької людини у скрутний момент	Написати собі короткий лист підтримки так, як написала б його подрузі
Простір для важких емоцій	Прийняття, а не придушення того, що болить	Дихальна практика «вдих – визнання – видих», 1–2 хвилини
Групи ПЗПСП Червоного Хреста	Регулярна участь у безкоштовних психосоціальних зустрічах за місцем проживання	Щотижневе коло «Як я цього тижня?» тривалістю 40–60 хвилин

На підсумковому рівні, програма, побудована на матеріалах ВООЗ та Червоного Хреста, дає жінці інструменти одразу для трьох завдань: послабити гостроту реакції на стресори, повернутися до значущих справ і підтримати стосунки, які виявилися найсильнішим буфером у нашому емпіричному аналізі. Водночас важливо пам'ятати, що самодопомога не замінює спеціалізованого супроводу. Якщо симптоми посилюються, сон не повертається, з'являються думки про самоушкодження, описана програма має бути доповнена зверненням до фахівця. Таке «ступеневе» застосування здатне покрити потреби переважної більшості жінок, зберігаючи доступ до клінічної допомоги для тих випадків, де вона дійсно незамінна.

Висновки до третього розділу

Аналіз сучасних підходів до психологічної допомоги жінкам в умовах тривалого травматичного стресу дозволяє сформулювати низку узагальнень, які логічно впливають як із теоретичних джерел, так і з результатів нашого емпіричного дослідження.

По-перше, поняття абілітації та реабілітації доцільно розводити. Жінці, яка тривалий час живе в умовах війни, одночасно необхідно і відновлювати втрачені функції (сон, концентрацію, емоційну саморегуляцію), і формувати нові навички, без яких неможлива адаптація у зміненому соціальному середовищі. Тому ефективна програма психологічної підтримки завжди поєднує ці дві складові, особливо у роботі з жінками-ВПО.

По-друге, сучасні стратегії відновлення мають виражений багаторівневий характер. Модель Чуйко О. В. та її колективу й піраміда психосоціальної підтримки Тол В. із співавторами взаємодоповнюються: обидві виходять з того, що основний обсяг потреб постраждалого населення покривається на рівні громади та цільової немедикаментозної допомоги, тоді як клінічна ланка потрібна меншій частці жінок. Для українських реалій, де кількість профільних фахівців обмежена, такий розподіл зусиль є не лише доцільним, а й вимушено необхідним.

По-третє, стратегічна рамка ВООЗ, закріплена у Комплексному плані дій у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 роки, підтверджує необхідність проактивного підходу. Замість того, щоб чекати, коли накопичене навантаження переросте у клінічний розлад, система має вбудовувати підтримку у первинну ланку і у звичне середовище жінки. Це знімає частину стигми навколо психологічної допомоги і робить її доступнішою емоційно й організаційно.

По-четверте, програма самопомоги, побудована на матеріалах ВООЗ «Doing What Matters in Times of Stress» та напрацюваннях Товариства Червоного Хреста України, добре поєднує індивідуальний і груповий рівні роботи. Її ключові компоненти – заземлення, відчеплення від думок, дії у напрямку цінностей, самоспівчуття, прийняття важких емоцій та участь у безкоштовних психосоціальних групах – є простими, відтворюваними та не потребують тривалої підготовки. Завдяки цьому їх можна масштабувати у волонтерському форматі й у роботі парапрофесіоналів.

Нарешті, практичним орієнтиром для психологів, соціальних працівників і волонтерів є ідея «ступеневого» застосування допомоги. Самопомога є фундаментом, над яким надбудовуються групові ПЗПСП-формати, цільова немедикаментозна допомога та, у разі потреби, спеціалізований клінічний супровід. Такий підхід дає змогу, з одного боку, охопити максимальну кількість жінок, а з іншого – забезпечити індивідуалізоване поглиблення роботи там, де цього потребує конкретна ситуація. Саме в цьому, на наш погляд, полягає основний практичний результат теоретико-прикладного аналізу, проведеного у цьому розділі.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було спрямоване на вивчення індивідуально-психологічних особливостей індивідуально-психологічних особливостей жінок середнього і зрілого віку під впливом хронічного стресу воєнного часу. За його результатами можна сформулювати такі узагальнення.

По-перше, теоретичний аналіз показав, що хронічний стрес війни доцільно розглядати не як подовжену гостру реакцію, а як самостійний феномен. Модель алостатичного навантаження Б. Мак'юена, концепція тривалої травми війни у розробці О. Солоненко та Ю. Розмирьської, тривимірна модель копіngu Дж. Амірхана та гіпотеза буферної дії соціальної підтримки С. Коена і Т. Віллса дали змогу побудувати комплексну рамку, у межах якої зміни у жінок під час війни пояснюються не одним чинником, а взаємодією стресорів, когнітивної оцінки, ресурсів особистості та якості близьких стосунків.

По-друге, огляд гендерно-специфічних даних підтвердив, що жінки реагують на тривалу травматизацію частково відмінно від чоловіків. Стратегія «tend-and-befriend» Ш. Тейлор, більша орієнтованість на соціальні зв'язки та водночас вища вразливість до тривожних і депресивних проявів дозволяють говорити про особливу конфігурацію факторів ризику і ресурсів у жіночій вибірці. Це обґрунтовує необхідність окремих, гендерно чутливих програм підтримки.

По-третє, емпіричне дослідження на вибірці з 50 українських жінок 35–60 років показало, що за переважною більшістю показників жінки-ВПО та жінки, які не змінювали місця проживання, статистично значуще не відрізняються. Середні значення хронічної стресової реакції, функціональних обмежень, копіngu та сприйнятої соціальної підтримки в обох групах перебувають у близькому діапазоні. Отже, перша емпірична гіпотеза дістала лише часткове підтвердження: у групі ВПО спостерігається тенденція до більшої варіативності значень і довшого «хвоста» найтяжчих випадків, однак сам факт переміщення не є самостійним потужним предиктором погіршення стану.

По-четверте, кореляційний аналіз виявив стійкий зв'язок між хронічною стресовою реакцією та функціональними обмеженнями ($r = 0,67$), що підтверджує посередницьку роль внутрішнього психологічного стану між об'єктивними обставинами війни та реальним життям жінки. Таким чином, саме суб'єктивне переживання стресу, а не лише наявність стресорів, визначає, наскільки доросла жінка зможе продовжувати звичайну діяльність.

По-п'яте, сприйнята соціальна підтримка продемонструвала чіткий буферний ефект. Загальний показник MSPSS негативно корелює як з CTSR ($r = -0,31$), так і з WHODAS ($r = -0,38$), а найвищий захисний ефект показала субшкала «значущі інші» ($r = -0,47$). Цей результат підтверджує другу емпіричну гіпотезу і дозволяє сказати, що для психологічного добробуту жінок у воєнний час принципово важлива не просто кількість контактів, а якість і суб'єктивна значущість близьких стосунків.

По-шосте, стратегія «вирішення проблем» за CSI позитивно корелює з інтенсивністю щоденних стресорів війни ($r = 0,52$), а стратегія «пошук соціальної підтримки» – з активним копінгом ($r = 0,36$). Водночас стратегія уникнення пов'язана не стільки з рівнем стресорів, скільки з вираженістю хронічної стресової реакції ($r = 0,57$) та функціональних обмежень ($r = 0,49$). Це свідчить, що українські жінки переважно реагують активно, проте в міру вичерпання внутрішніх ресурсів поступово переходять у пасивно-унікальний режим. Третя емпірична гіпотеза підтверджується: інтенсивність щоденних стресорів дійсно пов'язана з погіршенням повсякденного функціонування, але опосередковано, через хронічну стресову реакцію й тип копінгу.

По-сьоме, узагальнення теоретичних і емпіричних результатів дає підстави стверджувати, що психологічна допомога жінкам у воєнний час має будуватися на принципі багаторівневості. Модель Чуйко О. В. та піраміда Тол В. зі співавторами вказують, що базовим фундаментом є громадська підтримка і цільова немедикаментозна допомога, поверх яких розгортається спеціалізований клінічний супровід. Ідеї ВООЗ, закріплені у Комплексному плані дій на 2013–2030 роки, підтверджують необхідність проактивного підходу, за якого підтримка психічного

здоров'я вбудовується у повсякденне середовище жінки, а не концентрується виключно у спеціалізованих установах.

Наостанок, практично значущим результатом роботи є програма самодопомоги, побудована на матеріалах ВООЗ «Doing What Matters in Times of Stress» і напрацюваннях Товариства Червоного Хреста України. Її ключові блоки – заземлення, відчеплення від важких думок, дії у напрямку цінностей, самоспівчуття, прийняття важких переживань і участь у безкоштовних психосоціальних групах – пропонують жінці прості, доступні та доказові інструменти щоденного відновлення функціональної спроможності. За умови «ступеневого» застосування ця програма здатна охопити переважну більшість потреб жінок у воєнний період, зберігаючи доступ до клінічної допомоги тим, хто її дійсно потребує.

Наостанок, концептуальна гіпотеза роботи отримала часткове підтвердження. Хронічний стрес воєнного часу справді по-різному трансформує індивідуально-психологічні особливості жінок, однак основним диференціюючим чинником виявилось не сам факт переміщення, а рівень сприйнятої соціальної підтримки та тип використовуваного копіngu. Це відкриває перспективу подальших досліджень, зокрема поглибленого вивчення підгрупи жінок-ВПО з найвищими показниками хронічної стресової реакції, а також лонгітюдного відстеження ефективності описаної програми самодопомоги на ширших вибірках.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко В. Особливості психологічної адаптації жінки після народження дитини в період воєнного стану. *Психологія особистості у контексті війни та миру : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 2024)*. Київ, 2024. С. 42-46. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u178/250502_eec2fc96-710e-4222-a821-50743143425f.pdf
2. Войтенко О. Професійне благополуччя особистості: індивідуально-психологічний вимір. *Психологія особистості у контексті війни та миру : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 2024)*. Київ, 2024. С. 9-12. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u178/250502_eec2fc96-710e-4222-a821-50743143425f.pdf
3. Гавриловська К. П., Дем'янчук Ю. Ю. Формування життєстійкості особистості (арт-коучинговий підхід). *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Т. VI: Психологія обдарованості*. Київ ; Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2019. Вип. 16. С. 65-77. URL: https://eprints.zu.edu.ua/30404/1/Havrylovska_Demianchuk_Hardiness.pdf
4. Гаврилькевич В., Олійник М. Гендерні особливості емоційного реагування на війну. *Психологічні травелоги*. 2023. № 3. С. 100-112. URL: <https://doi.org/10.31891/PT-2023-3-10>
5. Горохова М. Психологічний супровід жінок, що втратили чоловіка на війні: теоретичний аспект. *Психологія особистості у контексті війни та миру : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 2024)*. Київ, 2024. С. 128-132. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u178/250502_eec2fc96-710e-4222-a821-50743143425f.pdf
6. Грись А. М., Павлюк М. М. Теорія і практика роботи з Образом Я клієнта у контексті розвитку автономності. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Т. VI: Психологія обдарованості*. Київ ; Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2019. Вип. 16. С. 78-89. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v6/i16/4.pdf>

7. Іванова, Т. Б. Психологічні наслідки вимушеної міграції для внутрішньо переміщених осіб / Іванова Тетяна Борисівна // Психологічні читання : зб. матеріалів ІХ наук.-практ. конф. молод. вчених (м. Харків, 1 груд. 2023 р.) : у 2-х т. / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Каф. соц. та психол., Наук. парк «Наука та безпека». Харків : ХНУВС, 2023. Т. 1. С. 94-96. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/handle/123456789/19612>
8. Козігора М. А. Концептуальні межі понять «стрес», «тривалий травматичний стрес», «посттравматичний стресовий розлад». *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2021. Vol. IX (97), Iss. 246. P. 56-58. URL: <http://lpc-dspace.org.ua/handle/123456789/206?mode=full>
9. Коширець В. В., Пахомова І. О. Вікові особливості вибору копінг-стратегій внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного стану. *Психологічні студії*. 2025. № 3. С. 19-25. URL: <https://doi.org/10.32782/psych.studies/2025.3.3>
10. Крижановська З. Ю., Мудрик А. Б. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок пережитого травматичного досвіду особистості. *Психологічні студії*. 2024. № 3. С. 32-38. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/26047>
11. Купцов А. Психологічні механізми адаптації особистості в умовах військового конфлікту. *Психологія особистості у контексті війни та миру : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 2024)*. Київ, 2024. С. 31. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u178/250502_eec2fc96-710e-4222-a821-50743143425f.pdf
12. Матяш М. М., Луньов В. Є., Прудка Л. М. та ін. Нейропсихологія синдрому хронічної втоми в цивільного населення в умовах війни. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2024. Т. 20, № 7. С. 382-393. URL: <https://inj-journal.com/index.php/journal/article/download/1118/1110>
13. Миронець С. М. Реалії психологічної абілітації та реабілітації особистості в умовах війни та повоєнний період. *Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 14–15*

- верес. 2023 р.). Одеса : Міжнар. гуманіт. ун-т, 2023. С. 217-220. URL: <https://doi.org/10.32837/11300.26416>
14. Міщенко М. С. Психологічна стійкість (резильєнтність) в умовах війни. *Modern engineering and innovative technologies*. 2023. Issue 28, Part 2. С. 7-10. URL: <https://doi.org/10.30890/2567-5273.2023-28-02-002>
 15. Пасічник О. Почуття розчарування у структурі емоційної сфери та психічних станів особистості. *Психологія особистості у контексті війни та миру : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 2025)*. Київ, 2025. С. 32–35. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u178/250502_eec2fc96-710e-4222-a821-50743143425f.pdf
 16. Пасько К. М. Психологічні особливості роботи з травмою у методі арт-терапії. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2025. Вип. 1. С. 96-99. URL: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2025.1.17>
 17. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб : Закон України від 20 жовт. 2014 р. № 1706-VII. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 1. Ст. 1. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18> (дата звернення: 04.04.2026).
 18. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22 лют. 2000 р. № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14> (дата звернення: 04.04.2026).
 19. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка. *Товариство Червоного Хреста України : вебсайт*. URL: <https://redcross.org.ua/mhpss/> (дата звернення: 04.04.2026).
 20. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу : навч. вид. / В. В. Огоренко, Л. М. Юр'єва, А. Є. Ніколенко та ін. ; за заг. ред. В. В. Огоренка. Дніпро : Ліра, 2023. 312 с. URL: <https://repo.dma.dp.ua/8384/1/ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ-НАСЛІДКИ-ВОЄННОГО-ЧАСУ%20%286%29.pdf>
 21. Самофал Є. В. Вплив стресових факторів на ментальне здоров'я особистості в контексті гендерних відмінностей. *Ментальне здоров'я*. 2025. № 4. С. 182-185. URL: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-4.31>

22. Солоненко О., Розмирська Ю. Концептуалізація поняття «тривалий травматичний стрес»: від переживання постійного насильства до тривалої травми війни. *Психологія: реальність і перспективи*. 2024. Вип. 23. С. 167-176. URL: https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.403
23. Теркулова І. В., Литвиненко О. О., Миколенко Н. В. Психологічні прояви стресу, депресії та тривоги у внутрішньо переміщених осіб. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2025. Вип. 2. С. 162-168. URL: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2025.2.28>
24. Управління стресом та самодопомога для медпрацівників : посіб. з упр. стресом та самодопомоги під час бойових дій та у післявоєнний період / Т. Сіренко, О. Кухарук, О. Фроленкова ; Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ, 2023. 68 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Posibnyk_Upravlinnya_Stresom_Siренко.pdf
25. Федотова Т. Когнітивна регуляція емоцій в умовах переживання тривалого травматичного стресу. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2023. [Спецвипуск/Збірник]. С. 82-84. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/2025795b-4bc3-4a62-b04f-eac0ae47a207/content>
26. Хараджи М. В., Федоренко А. П. Дослідження особливостей емоційно-психологічного стану вимушено переміщених жінок під час війни. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2024. Вип. 2. С. 97-101. URL: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.2.18>
27. Центи́ло-Гі́птенко О. Поняття «травма війни» та її діагностичні показники. *Психологія особистості у контексті війни та миру : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 2024)*. Київ, 2024. С. 36-41. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u178/250502_eec2fc96-710e-4222-a821-50743143425f.pdf
28. Центи́ло-Гі́птенко О. Поняття «травма війни» та її діагностичні показники. *Психологія особистості у контексті війни та миру : матеріали наук.-практ.*

- конф. (Київ, 2024). Київ, 2024. С. 36-41. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u178/250502_eec2fc96-710e-4222-a821-50743143425f.pdf
29. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с. URL: ir.library.nmu.com/bitstream/123456789/11213/1/Психічні%20розлади%20воєнного%20часу.pdf
30. Чуйко О. В. Сучасні теорія і практика соціальної реабілітації : монографія / О. В. Чуйко, А. В. Кунцевська, О. М. Тохтамиш та ін. ; за ред. О. В. Чуйко. Київ : ВПЦ «Київський університет», 2021. 336 с. URL: https://www.researchgate.net/profile/Olena-Chuiko-2/publication/362057921_Modern_theory_and_practice_of_social_rehabilitation_Monograph/links/6415b5c5315dfb4cce8c3af4/Modern-theory-and-practice-of-social-rehabilitation-Monograph.pdf
31. Шинкарук Н. Психологія особистості у контексті війни та миру: адаптація і стійкість. *Психологія особистості у контексті війни та миру : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 2024)*. Київ, 2024. С. 22-25. URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u178/250502_eec2fc96-710e-4222-a821-50743143425f.pdf#page=22
32. Amirkhan J. H. A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990. Vol. 59, No. 5. P. 1066–1074. URL: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.1066>
33. Amirkhan J. H. Criterion validity of a coping measure. *Journal of Personality Assessment*. 1994. Vol. 62, No. 2. P. 242–261. URL: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6202_2
34. Bogic M., Njoku A., Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*. 2015. Vol. 15. Art. 29. URL: <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>

35. Bolger N., Amarel D. Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2007. Vol. 92, No. 3. P. 458-475. URL: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.3.458>
36. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, No. 1. P. 20-28. URL: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
37. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18, No. 3. P. 259-269. URL: <https://doi.org/10.1002/wps.20656>
38. Cohen S., Wills T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985. Vol. 98, No. 2. P. 310-357. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
39. Fazel M., Wheeler J., Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005. Vol. 365, No. 9467. P. 1309-1314. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
40. Herman J. L. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1992. Vol. 5, No. 3. P. 377-391. URL: <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
41. Kajantie E., Phillips D. I. The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2006. Vol. 31, No. 2. P. 151-178. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.07.002>
42. Kessler R. C., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005. Vol. 62, No. 6. P. 593-602. URL: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
43. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 1984. 456 p. URL: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
44. Maercker A., Cloitre M., Bachem R. et al. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*. 2022. Vol. 400, No. 10345. P. 60-72. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)

45. McEwen B. S. Central effects of stress hormones in health and disease. *European Journal of Pharmacology*. 2008. Vol. 583, No. 2–3. P. 174-185. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2007.11.071>
46. McEwen B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*. 1998. Vol. 338, No. 3. P. 171-179 URL: <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
47. Morina N., Akhtar A., Pandzic J., Nickerson A. Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. Art. 433. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00433>
48. Norris F. H., Friedman M. J., Watson P. J. et al. 60,000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*. 2002. Vol. 65, No. 3. P. 207-239. URL: <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>
49. PC-PTSD-5 – шкала первинної діагностики посттравматичного стресового розладу : керівництво (версія 1.0) / розроб. Prins A., Bovin M. J., Kimerling R. та ін. (2015) ; авт. укр. версії Н. Павленко ; ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». Київ, 2024. 19 черв.. URL: <https://uatest.com.ua/pc-ptsd-5/>
50. Steel Z., Chey T., Silove D. et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes. *JAMA*. 2009. Vol. 302, No. 5. P. 537-549. URL: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
51. Taylor S. E., Klein L. C., Lewis B. P. et al. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*. 2000. Vol. 107, No. 3. P. 411-429. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.107.3.411>
52. Tol W. A., Barbui C., Galappatti A. et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Lancet*. 2011. Vol. 378, No. 9802. P. 1581-1591. URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61094-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5)
53. UNHCR. Global Trends: Forced Displacement in 2022. Geneva : UNHCR, 2023. 88 p. URL: <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022> (дата звернення: 04.04.2026).
54. Üstün T. B., Kostanjsek N., Chatterji S., Rehm J. *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva : WHO,

2010. 96 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43974>(дата звернення: 04.04.2026).
55. World Health Organization. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geneva : WHO, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> (дата звернення: 04.04.2026).
56. World Health Organization. *Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide*. Geneva : WHO, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927> (дата звернення: 04.04.2026).
57. Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988. Vol. 52, No. 1. P. 30-41. URL: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
58. Zimet G. D., Powell S. S., Farley G. K., Werkman S., Berkoff K. A. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1990. Vol. 55, No. 3-4. P. 610-617. URL: <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095>

ДОДАТКИ

Додаток А

ФОРМА ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ НА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ

Шановна учаснице!

Ми запрошуємо Вас взяти участь у науковому дослідженні на тему «Трансформація індивідуально-психологічних особливостей жінок під впливом хронічного стресу». Дослідження виконується у межах магістерської (кваліфікаційної) роботи з психології.

Мета дослідження. Вивчити, як тривале проживання в умовах війни впливає на психоемоційний стан, функціональне самопочуття, стратегії подолання стресу та сприйнятту соціальну підтримку жінок віком 35–60 років.

Що Вам буде запропоновано. Онлайн-заповнення батареї психодіагностичних опитувальників (Українська шкала щоденних стресорів війни, CTSR, WHODAS 2.0, CSI Дж. Амірхана, MSPSS). Орієнтовний час на проходження всіх методик – 25–30 хвилин.

Анонімність. Ваша участь є повністю анонімною. Ми не збираємо прізвища, контактні дані, точні адреси, IP-адреси. Дані зберігаються у знеособленому вигляді та використовуються лише в узагальнюючих статистичних розрахунках.

Добровільність. Участь є добровільною. Ви маєте право відмовитися від заповнення на будь-якому етапі без пояснення причин. Часткові, не завершені відповіді не використовуються.

Можливі незручності. Деякі твердження стосуються важких переживань війни і можуть викликати дискомфорт. У разі появи тривоги Ви можете зробити паузу, закрити опитувальник, а за потреби – звернутися на безкоштовну лінію психологічної підтримки Товариства Червоного Хреста України або до фахівця за місцем проживання.

Конфіденційність. Результати у формі узагальнених показників буде представлено в науковій роботі та можливих публікаціях. Окремі відповіді конкретної учасниці не розголошуватимуться.

Контактна інформація. За будь-якими запитаннями щодо дослідження Ви можете звернутися до автора роботи електронною поштою.

Я ознайомилась із наведеною вище інформацією, розумію мету та умови дослідження й добровільно погоджуюсь взяти в ньому участь.

Дата заповнення: _____ Згодна: ☐ так ☐ ні

УКРАЇНСЬКА ШКАЛА ЩОДЕННИХ СТРЕСОРІВ ВІЙНИ (УШЩСВ)

(адаптація: Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю., 2023)

Інструкція. Оцініть, наскільки кожна з наведених ситуацій викликала у Вас дискомфорт упродовж останнього місяця. Використовуйте п'ятибальну шкалу, де 1 – «не викликало дискомфорту», 2 – «легкий дискомфорт», 3 – «помірний», 4 – «значний», 5 – «сильний дискомфорт». Відповідайте якомога щиріше, правильних чи неправильних відповідей тут немає.

1. Необхідність прямувати до бомбосховища під час повітряних тривог.
2. Складнощі у спілкуванні з друзями через брак часу та сил.
3. Переривчастий та тривожний сон протягом тривалого часу.
4. Нестача особистого простору вдома.
5. Розрив стосунків із родичами чи друзями через протилежні погляди на події.
6. Складнощі з відвіданням закладів відпочинку через брак коштів.
7. Необхідність по-іншому розпоряджатися фінансами.
8. Відвідування магазинів, ТРЦ під час повітряних тривог та проблем з електропостачанням.
9. Навчання, яке переривається повітряними тривогами.
10. Пересування по місту (або країною).
11. Збільшення конфліктів із родичами через побутові причини.
12. Користування громадським транспортом під час повітряних тривог.
13. Зниження доходів у зв'язку із загальними економічними проблемами.
14. Страх за близьких, які на військовій службі чи в зоні бойових дій.
15. Необхідність проводити багато часу з дітьми через нестабільну роботу садочків/шкіл.
16. Неможливість отримувати інформацію під час відключень енергопостачання.
17. Перенасиченість інфопростору новинами про війну, руйнування.

- 18.Необхідність переривати справи у зв'язку з відсутністю світла або тривогами.
- 19.Проблемні стосунки з колегами (емоційне виснаження).
- 20.Брак коштів на навчання та саморозвиток.
- 21.Відсутність перспектив кар'єрного зростання.
- 22.Складнощі з відвіданням відпочинку через тривоги та комендантську годину.
- 23.Відвідання лікаря та отримання медичних послуг.
- 24.Покупка та використання лікарських засобів.
- 25.Довгострокове планування кар'єрного розвитку.
- 26.Користування послугами держустанов через їх нестабільну роботу.
- 27.Пошук роботи за спеціальністю в умовах браку вакансій.
- 28.Пильнування за новинами та повітряними тривогами вночі.
- 29.Розлука з близькими у зв'язку з їхньою еміграцією.
- 30.Необхідність купувати менш якісний одяг та взуття.
- 31.Тривога за життя, близьких та майно під час ракетних ударів.
- 32.Тривога через можливість мобілізації родичів/друзів.
- 33.Необхідність купувати менш якісні продукти харчування.
- 34.Відсутність опалення та електроживлення у закладах освіти.
- 35.Робочі обов'язки, ускладнені втомою, низькою концентрацією.
- 36.Можливість отримати повістку та потрапити під мобілізацію.
- 37.Підвищення тарифів на комунальні послуги.

Обробка. Сумарний бал обчислюється простим додаванням значень за всіма 37 пунктами (теоретичний діапазон 37–185). Вищий бал вказує на інтенсивнішу реакцію на щоденні стресори війни.

ШКАЛА РЕАКЦІЇ НА ТРИВАЛИЙ ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС (CHRONIC TRAUMATIC STRESS RESPONSE, CTSR)

Інструкція. Нижче наведено твердження, що описують можливі переживання людини, яка тривалий час перебуває у стресовій ситуації. Оцініть, наскільки кожне з них стосується Вас у цей період Вашого життя. Використовуйте шкалу: 0 – «зовсім не стосується мене», 1 – «стосується трохи», 2 – «стосується помірно», 3 – «стосується значно», 4 – «повністю стосується».

1. Я почуваюсь невмотивованим_ою.
2. Мені складно довіряти людям, які мене оточують.
3. Я відчуваю, що не можу захистити тих, хто від мене залежить.
4. Я почуваюсь розумово виснаженим_ою.
5. Я відчуваю, що мене ніхто не розуміє.
6. Я почуваюся безпорадним_ою.
7. Я відчуваю, що моє життя не має сенсу.
8. Я почуваю себе зрадженим_ою.
9. Я відчуваю, що не маю контролю над майбутнім.

Обробка. Сумарний бал утворюється додаванням балів за 9 тверджень (діапазон 0–36). Чим вищий показник, тим глибша хронічна стресова реакція.

ШКАЛА ОЦІНКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ WHODAS 2.0**(скорочена 12-пунктна версія; Üstün T. B. et al., 2010)**

Інструкція. Ця анкета стосується труднощів у виконанні повсякденних справ унаслідок проблем зі здоров'ям. «Проблеми зі здоров'ям» включають хвороби або травми, інші короткочасні чи тривалі стани, психоемоційні труднощі та проблеми, пов'язані з уживанням алкоголю чи наркотиків. Згадайте, будь ласка, останні 30 днів і оцініть кожну ситуацію за шкалою: 1 – «зовсім не виникало труднощів», 2 – «незначні труднощі», 3 – «помірні», 4 – «великі», 5 – «вкрай великі або я не могла цього робити».

За останні 30 днів наскільки важко Вам було:

1. Стояти довго, близько 30 хвилин?
2. Виконувати свої домашні обов'язки?
3. Освоювати нову задачу (наприклад, як добратись до незнайомого місця)?
4. Брати участь у громадській діяльності (свята, заходи)?
5. Емоційний стан через проблеми зі здоров'ям?
6. Сконцентруватись на занятті на 10 хвилин?
7. Ходити на великі відстані (близько 1 км)?
8. Митись повністю?
9. Вдягатися?
10. Спілкуватися з людьми, яких ви знаєте не дуже добре?
11. Підтримувати дружні стосунки?
12. Виконувати свою повсякденну роботу?

Обробка. Сумарний бал – сума відповідей за 12 пунктами (діапазон 12–60). Вищі значення свідчать про виразніші обмеження життєдіяльності.

ІНДИКАТОР КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ Дж. АМІРХАНА (CSI)**(Amirkhan J. H., 1990; 1994)**

Інструкція. Пригадайте будь-яку значущу для Вас стресову ситуацію, що сталася за останні кілька місяців. Уявіть її якомога виразніше. Нижче наведено перелік способів, якими люди можуть реагувати на стрес. Оцініть, наскільки часто Ви вдавалися до кожного з них у пригаданій ситуації. Використовуйте шкалу: 1 – «зовсім ні», 2 – «інколи», 3 – «рідко», 4 – «часто».

1. Намагався/лася ретельно продумати план дій, перш ніж щось робити.
2. Шукав/ла підтримки у людей, які мені дорогі.
3. Намагався/лася відволіктися від проблеми, займаючись іншими справами.
4. Зосередився/лася на вирішенні проблеми.
5. Розповідав/ла про свої почуття близькій людині.
6. Уникав/ла спілкування з людьми.
7. Склавав/ла декілька варіантів вирішення проблеми.
8. Шукав/ла розради у друзів.
9. Намагався/лася не думати про проблему.
10. Шукав/ла нову інформацію, щоб краще зрозуміти ситуацію.
11. Ділився/лася своїми переживаннями з кимось.
12. Просто чекав/ла, що все минеться само собою.
13. Намагався/лася побачити проблему з іншого боку, щоб знайти рішення.
14. Просив/ла поради у людини, якій довіряю.
15. Відкладав/ла вирішення проблеми на потім.
16. Аналізував/ла свої помилки, щоб виправити ситуацію.

17. Мені було важливо, щоб хтось мене вислухав.
18. Робив/ла вигляд, що нічого не сталося.
19. Використовував/ла свій минулий досвід для вирішення ситуації.
20. Приймав/ла допомогу від інших.
21. Намагався/лася завантажити себе роботою, щоб не думати про важке.
22. Крок за кроком вирішував/ла проблему.
23. Обговорював/ла ситуацію з професіоналами (психологом, юристом тощо).
24. Сподівався/лася, що все вирішиться без моєї участі.
25. Шукав/ла раціональний вихід із ситуації.
26. Шукав/ла розуміння у родині.
27. Намагався/лася бути наодинці зі своїми думками.
28. Змінював/ла щось у своїй поведінці для досягнення результату.
29. Мені ставало легше, коли я розповідав/ла про проблему.
30. Намагався/лася просто перечекаати важкий період.
31. Шукав/ла шляхи подолання труднощів.
32. Шукав/ла емоційної підтримки.
33. Просто ігнорував/ла наявність проблеми.

Обробка. Бали підсумовуються окремо для кожної субшкали (діапазон 11–44). Профіль копінгу визначається порівнянням отриманих сум між собою.

БАГАТОВИМІРНА ШКАЛА СПРИЙНЯТОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ (MSPSS)

(Zimet G. D. et al., 1988; 1990)

Інструкція. Нижче наведено дванадцять тверджень, що стосуються Ваших стосунків з іншими людьми. Оцініть, наскільки Ви згодні з кожним із них, використовуючи семибальну шкалу: 1 – «цілком не погоджуюсь», 2 – «не погоджуюсь», 3 – «швидше не погоджуюсь», 4 – «ні так, ні ні», 5 – «швидше погоджуюсь», 6 – «погоджуюсь», 7 – «цілком погоджуюсь».

1. Поруч зі мною є людина, яка може допомогти, коли я цього потребує.
2. Поруч зі мною є людина, з якою я можу розділити свою радість і горе.
3. Моя родина дійсно намагається мені допомогти.
4. Я отримую необхідну емоційну допомогу та підтримку від своєї родини.
5. Поруч зі мною є людина, яка є для мене справжнім джерелом розради.
6. Мої друзі дійсно намагаються мені допомогти.
7. Я можу розраховувати на своїх друзів, коли у мене виникають проблеми.
8. Я можу обговорювати свої проблеми з родиною.
9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свою радість і горе.
10. У моєму житті є людина, яка дбає про мої почуття.
11. Моя родина готова допомогти мені прийняти рішення.
12. Я можу обговорювати свої проблеми з друзями.

Обробка. Для кожної субшкали обчислюється середнє значення по чотирьох пунктах. Загальний показник сприйнятої підтримки – середнє по всіх 12 пунктах (діапазон 1,00–7,00).

МАТРИЦЯ ІНТЕРКОРЕЛЯЦІЙ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ (КОЕФІЦІЄНТ ПІРСОНА)

Наведено зведену матрицю коефіцієнтів лінійної кореляції Пірсона між основними шкалами дослідження, обчислену на загальній вибірці (n = 50).

	УШЦС В	CTSR	WHODAS	CSI -ВП	CSI -СП	CSI -Ун	MSPSS -ЗІ	MSPSS -Р	MSPSS -Д	MSPSS -З
УШЦС В	1,00	0,51	0,50	0,52	0,20	0,16	-0,10	-0,04	0,08	-0,02
CTSR	0,51	1,00	0,67	0,19	0,08	0,57	-0,35	-0,35	-0,06	-0,31
WHODAS	0,50	0,67	1,00	0,16	0,00	0,49	-0,47	-0,38	-0,10	-0,38
CSI-ВП	0,52	0,19	0,16	1,00	0,36	0,12	0,09	0,22	0,06	0,15
CSI-СП	0,20	0,08	0,00	0,36	1,00	0,24	0,17	0,25	-0,02	0,16
CSI-Ун	0,16	0,57	0,49	0,12	0,24	1,00	-0,27	-0,21	-0,14	-0,25
MSPSS-ЗІ	-0,10	-0,35	-0,47	0,09	0,17	-0,27	1,00	0,70	0,45	0,86
MSPSS-Р	-0,04	-0,35	-0,38	0,22	0,25	-0,21	0,70	1,00	0,37	0,84
MSPSS-Д	0,08	-0,06	-0,10	0,06	-0,02	-0,14	0,45	0,37	1,00	0,75
MSPSS-З	-0,02	-0,31	-0,38	0,15	0,16	-0,25	0,86	0,84	0,75	1,00

Умовні скорочення: УШЦСВ – Українська шкала щоденних стресорів війни; CTSR – Chronic Traumatic Stress Response; WHODAS – Шкала оцінки життєдіяльності; CSI-ВП / СП / Ун – субшкали «Вирішення проблем», «Соціальна підтримка», «Уникнення»; MSPSS-ЗІ / Р / Д / З – «Значущі інші», «Родина», «Друзі», «Загальний показник».

**ЗВЕДЕНА ТАБЛИЦЯ АНОНІМІЗОВАНИХ СУМАРНИХ ПОКАЗНИКІВ
УЧАСНИЦЬ ВИБІРКИ (n = 50)**

№	Вік	Статус	УШЦСВ	CTSR	WHODAS	CSI- ВП	CSI- СП	CSI- Ун	MSPSS- З
P1	52	Не ВПО	96	7	21	44	21	23	5,17
P2	46	Не ВПО	144	13	32	42	44	18	7,00
P3	35	Не ВПО	93	6	16	30	42	29	6,17
P4	51	Не ВПО	56	4	18	27	24	26	3,92
P5	45	Не ВПО	112	8	23	35	33	22	3,92
P6	42	ВПО	118	20	31	34	26	29	4,25
P7	36	Не ВПО	72	8	13	39	32	19	3,50
P8	61	Не ВПО	76	4	17	28	33	23	3,25
P9	44	Не ВПО	87	17	41	44	16	34	3,00
P10	43	Не ВПО	132	22	32	40	38	25	2,75
P11	47	Не ВПО	103	9	21	44	35	28	4,67
P12	46	Не ВПО	102	16	41	30	31	29	4,75
P13	52	ВПО	130	13	37	38	23	23	2,92
P14	44	Не ВПО	59	2	17	17	27	19	6,00
P15	43	Не ВПО	99	5	19	29	23	17	4,17
P16	52	Не ВПО	134	6	31	42	31	16	5,67
P17	47	ВПО	131	10	17	29	24	18	6,75
P18	47	ВПО	84	14	20	32	37	29	6,83
P19	33	Не ВПО	70	6	21	31	32	26	4,25
P20	37	Не ВПО	116	9	15	29	27	21	5,83
P21	35	Не ВПО	97	14	36	22	20	21	2,17
P22	38	ВПО	102	13	29	33	39	27	3,67

P23	46	ВПО	45	9	13	19	21	20	3,33
P24	55	ВПО	50	6	14	21	20	19	7,00
P25	49	ВПО	71	7	19	40	29	25	7,00
P26	37	ВПО	59	3	12	20	24	18	6,58
P27	41	ВПО	136	8	25	37	39	17	6,00
P28	35	ВПО	86	8	18	38	29	21	3,92
P29	35	ВПО	138	22	26	41	24	25	4,67
P30	52	ВПО	106	2	16	44	38	16	6,00
P31	35	ВПО	136	22	32	41	40	41	6,83
P32	52	ВПО	91	5	17	43	27	18	6,50
P33	37	ВПО	166	15	46	31	13	27	3,58
P34	25	He ВПО	96	8	23	28	14	19	5,58
P35	40	ВПО	124	2	22	44	35	27	5,83
P36	40	ВПО	37	6	24	22	22	22	6,17
P37	32	He ВПО	76	1	15	41	30	22	6,58
P38	35	He ВПО	105	4	37	32	29	22	3,83
P39	47	ВПО	132	9	21	33	28	22	4,08
P40	46	ВПО	106	11	21	33	34	23	4,67
P41	37	ВПО	107	9	22	26	24	25	3,92
P42	36	He ВПО	73	8	28	24	37	26	2,33
P43	38	ВПО	96	8	20	15	17	19	3,92
P44	48	ВПО	154	15	24	39	32	34	3,17
P45	46	He ВПО	77	9	24	22	25	23	5,50
P46	55	ВПО	104	10	17	31	32	23	5,58
P47	46	ВПО	104	17	32	33	26	26	2,83
P48	22	He ВПО	84	20	46	23	37	40	2,08

P49	35	Не ВПО	142	14	40	33	33	36	5,83
P50	35	ВПО	151	19	41	41	31	19	5,92

Умовні скорочення: УШЦСВ – сумарний бал щоденних стресорів війни; CTSR – хронічна стресова реакція; WHODAS – обмеження життєдіяльності; CSI-ВП / СП / Ун – субшкали копіngu; MSPSS-3 – загальний показник сприйнятої соціальної підтримки (середнє).

Примітка. Всі дані наведено у знеособленому вигляді. Замість прізвищ використано умовні позначки «P1», «P2»... Вік подано у повних роках на момент опитування.