

ОСОБЛИВОСТІ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ЖІНОК З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ВТРАТИ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ

Малімон Людмила

Волинський національний університет імені Лесі Українки

м. Луцьк, Україна

malimon.ludmila@vnu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2964-6580>

Пархоменко Вікторія

Волинський національний університет ім. Лесі Українки

м. Луцьк, Україна

parkhomenko.viktoriiia2021@vnu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1636-8096>

Мета. Комплексне теоретичне обґрунтування феномену резильєнтності в контексті психологічної травматизації, а також емпіричне вивчення особливостей прояву та функціонування ресурсів резильєнтності в осіб, які зазнали психотравмуючого досвіду втрати близьких внаслідок воєнних дій.

Методи. Методи теоретичного аналізу наукової літератури; емпіричного дослідження за допомогою комплексу психодіагностичних методик; методи математичної статистики (коефіцієнт кореляції Пірсона для виявлення взаємозв'язку досліджуваних показників).

Результати. Розглянуто поняття резильєнтності як динамічної системи внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що забезпечує адаптацію та відновлення особистості в умовах екстремального стресу, зокрема під час війни або психотравмуючих подій. За результатами кореляційного аналізу виявлено позитивні кореляційні взаємозв'язки загального показника резильєнтності та усіх ресурсів моделі BASIC Ph, що вказує на їх взаємопідсилення у процесі подолання психотравматичного досвіду. Помірний від'ємний зв'язок виявлено між резильєнтністю та ступенем важкості симптомів ПТСР ($r=-0.286$), а також слабкий додатний зв'язок з показником «процвітання» ($r=0.238$), який має позитивні зв'язки з ресурсом S ($r=0.391$) та з ресурсами B, A, C та Ph ($r=0.359$; $r=0.331$; $r=0.310$; $r=0.254$). Сильний від'ємний зв'язок спостерігається між «процвітанням» та симптомами ПТСР ($r=-0.408$), а також помірний від'ємний зв'язок із субсиндромальною формою комплексного ПТСР ($r=-0.310$). Виявлено помірний від'ємний зв'язок ступеня симптоматики ПТСР із ресурсом S ($r=-0.342$), а також позитивні зв'язки з комплексною і субсиндромальною формою ПТСР ($r=0.492$; $r=0.388$). Субсиндромальна форма має негативні зв'язки з ресурсом S ($r=-0.382$), а також із «процвітанням» ($r=-0.310$).

Висновки. Найвищий рівень резильєнтності демонструють жінки, які у подоланні криз спираються на внутрішні ресурси — віру, систему переконань і когнітивні стратегії. Це свідчить про важливу роль змістового осмислення подій та рефлексії в процесі адаптації. Хоча соціальна підтримка не є провідною стратегією у респонденток, її зв'язок із показниками «процвітання» та низьким рівнем ПТСР вказує на доцільність її посилення. Результати дослідження підкреслюють необхідність створення багаторівневої системи психосоціального супроводу, яка поєднує індивідуальну терапію, групові інтервенції, освітні програми й підтримку оточення з метою відновлення та підвищення резильєнтності жінок, які пережили втрату внаслідок війни в Україні.

Ключові слова: резильєнтність, травматична подія, симптоми ПТСР, психічне здоров'я, горювання, жінки з травматичним досвідом втрати.

Liudmyla Malimon, Viktoriia Parkhomenko. Peculiarities of resilience of women with traumatic experience of loss as a result of warfare.

Purpose. Comprehensive theoretical justification of the phenomenon of resilience in the context of psychological traumatization, as well as empirical investigation of the features of manifestation and functioning of resilience resources in individuals who have experienced the psychological trauma of losing loved ones as a result of military actions.

Methods. Methods of theoretical analysis of scientific literature; empirical research using a set of psychodiagnostic techniques; methods of mathematical statistics (Pearson's correlation coefficient to identify the relationships between the studied indicators).

Results. Resilience is considered as a dynamic system of internal and external resources that ensure personal adaptation and recovery under conditions of extreme stress, particularly during war or traumatic events. According to the results of the correlation analysis, positive correlations were found between resilience and resources B and C ($r=0.571$; $r=0.402$), as well as with resources S, A, Ph, and I ($r=0.344$; $r=0.342$; $r=0.336$; $r=0.303$). A negative correlation was revealed between resilience and the severity of PTSD symptoms ($r=-0.286$), and a weak positive correlation with the "flourishing" indicator ($r = 0.238$), which in turn showed positive correlations with resource S ($r=0.391$) and with resources B, A, C, and Ph ($r=0.359$; $r=0.331$; $r=0.310$; $r=0.254$). A strong negative correlation was observed between "flourishing" and PTSD symptoms ($r=-0.408$), as well as a moderate negative correlation with the subsyndromal form of complex PTSD ($r=-0.310$). A moderate negative correlation was found between PTSD symptom severity and resource S ($r=-0.342$), along with positive correlations with both full and subsyndromal forms of complex PTSD ($r=0.492$; $r=0.388$). The subsyndromal form showed negative correlations with resource S ($r = -0.382$) and with "flourishing" ($r = -0.310$).

Conclusion. The highest level of resilience is demonstrated by women who, in coping with crises, rely on internal resources—faith, belief systems, and cognitive strategies. This highlights the crucial role of meaning-making and reflective

processes in the course of adaptation. Although social support is not the dominant strategy among the respondents, its association with indicators of flourishing and lower levels of PTSD symptoms points to the importance of its reinforcement. The study results emphasize the necessity of developing a multi-level system of psychosocial support that integrates individual therapy, group interventions, educational programs, and environmental support in order to restore and enhance resilience among women who have experienced loss as a result of the war in Ukraine.

Key words: coping strategies, traumatic event, PTSD symptoms, mental health, grief.

Вступ. Тривала збройна агресія російської федерації проти України, яка з 2022 року набула форми повномасштабної війни, зумовила глибоку гуманітарну, соціальну та психологічну кризу. Систематичний досвід втрати, невизначеність, загроза життю, руйнування соціальних зв'язків і життєвих планів стали чинниками глибокого психотравмування значної частини населення. У цьому контексті особливої значущості набуває вивчення феномену резильєнтності як ключового механізму психологічної адаптації, мінімізації довгострокових негативних наслідків травматичних подій та відновлення.

Розуміння ресурсів, що підтримують резильєнтність, є критично важливим для створення ефективних програм допомоги особам з травматичним досвідом. Особи з вищою резильєнтністю частіше виявляють менш виражені симптоми ПТСР після травматичних подій. Вони також швидше відновлюються після стресових подій (Куліш, 2024). Згідно з даними нейробіологічних та психосоціальних досліджень, більшість людей демонструють певний рівень стійкості у відповідь на потенційно травматичні події (Kalisch, Russo, Müller, 2024; Nestler, Russo, 2024).

Аналіз особливостей функціонування ресурсів резильєнтності у жінок, які пережили втрату близьких внаслідок бойових дій, є надзвичайно важливим для розуміння потенціалу особистості до подолання горя, збереження життєздатності та відновлення цілісності особистісного функціонування.

Одним із масштабних емпіричних досліджень, проведених у період воєнного стану, стало опитування 14 556 респондентів різних вікових та соціальних груп в Україні (Бельська, Мельник, 2022). Результати засвідчили, що ключовими чинниками резильєнтності є суб'єктивне відчуття безпеки, досвід переміщення та емоційні стани.

Особи, які не залишали своїх домівок, продемонстрували вищу резильєнтність порівняно з тими, хто вимушено переїхав в інші регіони України або за кордон. Вищим рівень резильєнтності виявлявся у тих, хто почувався в безпеці. Резильєнтність також позитивно корелювала з оптимізмом, вірою в себе, турботою про близьких і внутрішнім спокоєм, і зворотно – з емоціями тривоги, злості, печалі. Чим вищий рівень тривоги у людей, тим менше вони можуть справлятися з труднощами, а чим вища самооцінка, тим краще люди можуть адаптуватися до стресових ситуацій (Clark, Brown, Gada, Kamen, 2025).

Інше дослідження (Коструба, Ляшко, 2023) показало, що високий рівень резильєнтності асоціюється із застосуванням адаптивних копінг-стратегій, зокрема орієнтацією на вирішення проблем, задоволеністю життям загалом і міжособистісними стосунками. Крім того, результати вказують на наявність зв'язку між психологічною стійкістю та стабільністю психічного здоров'я, рівнем гедонічного, соціального й психологічного благополуччя, а також із такими особистісними якостями, як дружелюбність, сумлінність, емоційна врівноваженість і відкритість до нового досвіду. Це особливо актуально для жінок, які стикаються з подвійним навантаженням – емоційною втратою та новими ролями в умовах війни.

У дослідженнях, присвячених впливу професійної діяльності на рівень резильєнтності, було встановлено, що жінки-психологи, які мають досвід особистої психотерапії, демонструють вищу резильєнтність, ніж ті, хто його не має (Креденцер, Сергієнко, 2024). Це підкреслює значення рефлексивного досвіду як ресурсу. Водночас погіршення матеріального становища, втрата роботи чи вимушена зміна діяльності негативно впливають на резильєнтність, а також підвищують ризики психосоматичних розладів (Кокун, 2025).

Особливу увагу приділено характеру воєнного досвіду – активна участь у подіях чи вимушене їх переживання – який відіграє важливу роль у формуванні адаптаційних механізмів. З метою глибшого розуміння взаємозв'язку між типом воєнного досвіду та рівнем резильєнтності було проаналізовано дані різних підгруп респондентів. Результати аналізу демонструють, що респонденти чітко поділяються на дві основні групи залежно від характеру їхнього досвіду війни. Перша група мала діяльнісний досвід, який включав

безпосередню участь у бойових діях, службу в Збройних Силах, територіальній обороні чи інших силових структурах, а також волонтерську діяльність. У цієї категорії респондентів рівень резильєнтності виявився вищим, а найвищі показники були зафіксовані саме серед учасників бойових дій. Натомість друга група включала осіб із пасивним досвідом війни – тих, хто перебував на окупованих територіях, був змушений покинути місце проживання або залишався в умовно безпечному середовищі без безпосередньої участі у бойових діях. У цієї групи рівень резильєнтності був значно нижчим, що свідчить про вищу психологічну вразливість таких осіб. Це узгоджується з концепціями, згідно з якими залученість у значущу діяльність у кризових ситуаціях сприяє адаптації та підтримці емоційної рівноваги (Кокун, 2025).

Окрему роль відіграє посттравматичне зростання, яке включає зміцнення особистості, покращення міжособистісних зв'язків та переоцінку життєвих цінностей (Bitar, Fekih-Romdhane, Mahfoud, Fawaz, Hallit, Obeid, 2024).

У жінок, що зазнали травматичного досвіду втрати партнера під час війни, особливо високою є потреба у стабілізації через активізацію внутрішніх ресурсів, таких як самоефективність. Дослідження підтверджують, що саме віра у власну здатність впоратись із труднощами є найбільш інформативним предиктором резильєнтності (Clark, Brown, Gada, Kamen, 2025).

Респонденти, які мали фізичні ушкодження внаслідок воєнних дій, не виявили значущих змін у психодіагностичних показниках, ймовірно через мобілізацію внутрішніх ресурсів або малу вибірку. Натомість травми близьких осіб призводили до зростання показників професійної життєстійкості, самоефективності та посттравматичного зростання. Це може пояснюватися активізацією внутрішніх адаптаційних механізмів, які включають у себе переоцінку цінностей, посилення духовного компонента та пошук сенсу.

Водночас, слід зазначити, що досвід втрати близьких мав протилежний ефект – респонденти демонстрували вищі рівні тривожності, соматичних скарг і проявів посттравматичних розладів. Втрата близьких є одним із найсильніших психотравматичних чинників, що провокує глибоку емоційну реакцію та тривалий процес горювання.

Загалом результати дослідження свідчать про складну динаміку впливу травматичного досвіду на резильєнтність. З одного боку, активна участь у подіях, навіть у надзвичайно складних умовах, може слугувати ресурсом для формування адаптивних стратегій. З іншого – травматизація через втрату чи загрозу життю часто супроводжується погіршенням психічного та фізичного стану (Милославська, Богдановський, 2023).

Метою нашого дослідження було вивчення ресурсів резильєнтності жінок з травматичним досвідом втрати внаслідок воєнних дій в Україні.

Методи та процедура дослідження. В дослідженні використовувалися методи теоретичного аналізу й методи емпіричного дослідження, зокрема: Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (The Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC-10) (Школіна, Шаповал, Орлова, Кедик, Станіславчук, 2023; Connor, Davidson, 2003), опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» К. Кіза (MHC-SF-UA) (Носенко, Четверик-Бурчак, 2014), анкета для комплексного посттравматичного стресового розладу на основі інтерв'ю SIDES (SIDES - Structured Interview for Disorders of Extreme Stress not otherwise specified) (Peltcovitz, van der Kolk, Mandel, Kaplan, Resick, 1997), опитувальник «Стратегії подолання кризового стану» (ресурсоорієнтована модель стресоподолання BASIC Ph) (Leykin, 2013).

У дослідженні взяли участь 78 жінок, які є дружинами та матерями загиблих Героїв з різних областей України віком від 25 до 60 років. Віковий розподіл учасниць дослідження: до 30 років — 7,7%, 30-39 років — 35,9%, 40-49 років — 47,4% та 50-60 років — 9%. Географічно респондентки представляли різні регіони України (Волинська, Рівненська, Київська та м. Київ, Дніпропетровська, Запорізька, Черкаська, Тернопільська, Житомирська, Івано-Франківська, Сумська, Кіровоградська, Львівська, Вінницька, Донецька, Одеська області), що дозволило охопити широкий соціально-культурний контекст. Опитувані були проінформовані про правила проведення дослідження та дотримання основних принципів анонімності, зворотного зв'язку та добровільності. При плануванні емпіричного дослідження було враховано всі потенційні ризики для досліджуваних та визначено способи їх уникнення, а при його

проведенні дослідники неухильно дотримувались Етичного кодексу психолога.

Обговорення результатів. За методикою діагностики резильєнтності особистості (CD-RISC-10) було виявлено, що із 78 жінок, які зазнали досвіду втрати близької людини внаслідок воєнних дій, що класифікується як потенційно травматичний досвід, лише 14,1% учасниць продемонстрували високий рівень резильєнтності (>32 бали), 16,7% — середній рівень (>26 і ≤ 32 бали), 69,2% мають низькі показники прояву резильєнтності (≤ 26 балів). Середнє значення рівня резильєнтності серед досліджуваних становить 24 бали.

Результати оцінки загального психоемоційного стану учасниць засвідчили, що 61,5% респонденток перебувають у межах задовільного рівня психічного здоров'я, 21,8% — у стані пригнічення, і лише 16,7% — у стані процвітання, що вказує на варіативність психоемоційного функціонування в умовах пережитої втрати.

Спираючись на оцінку шести сфер психопатологічної симптоматики на основі інтерв'ю SIDES, було виявлено ймовірний комплексний посттравматичний стресовий розлад у 5 досліджуваних (6,4%), а у 12 респонденток зафіксовано субсиндромальну форму комплексного ПТСР (15,4%), що відображено на рис.1.

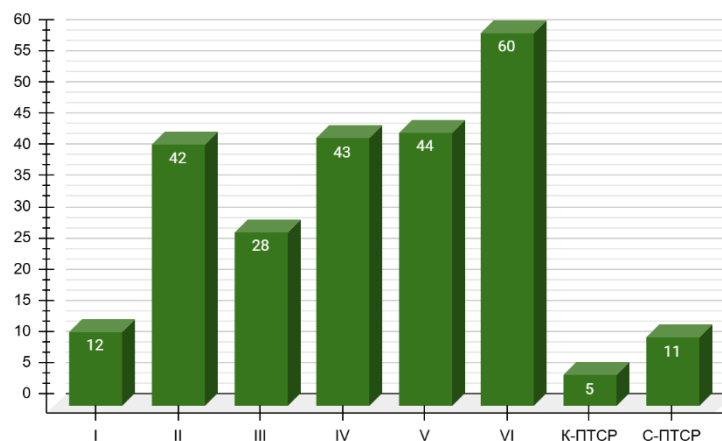


Рис. 1. Показники поширеності симптомів у різних сферах психічного функціонування

Примітка: 1 - розлади регуляції афектів та імпульсів; 2 - розлади сприйняття або свідомості; 3 - розлади самосприйняття; 4 - розлади у стосунках із іншими людьми; 5 - соматизація; 6 - зміна життєвих позицій; К-ПТСР — комплексний ПТСР; С-ПТСР - субсиндромальна форма комплексного ПТСР.

Середній показник ступеня важкості симптоматики серед опитаних склав 66,5 балів. У межах аналізу першої шкали «Розлади регуляції афектів та імпульсів» — клінічно значущі ознаки були виявлені у 12 респонденток, які відповідали встановленим критеріям: обов'язкова наявність підкритерію «а» (зміни настроїв і нездатність себе заспокоїти; 17 осіб) та щонайменше одного з підкритеріїв «б»–«е». Зокрема, порушення у сфері регуляції агресивних імпульсів (б) були зафіксовані у 11 респонденток, автодеструктивна поведінка (в) — у 12, суїцидальні тенденції (г) — у 7, порушення сексуальності (д) — у 30, ексцесивна поведінка ризику (е) — в однієї. Найвищу частотність виявлено за критерієм «д», що може свідчити про особливу чутливість цієї сфери до наслідків травматичного досвіду.

За другою шкалою «Розлади сприйняття або свідомості» клінічно значущі ознаки були виявлені у 42 респонденток. Згідно з критеріями інструменту, для підтвердження цього розладу достатньо наявності хоча б одного з двох підкритеріїв: амнезії (а) або дисоціативних епізодів і деперсоналізації (б). У досліджуваній вибірці амнезії спостерігалися у 21 особи, а дисоціативні епізоди та деперсоналізація — у 30. Це свідчить про високу поширеність дисоціативних проявів серед респонденток.

Оцінювання за третьою шкалою «Розлади самосприйняття» виявило клінічно значущі показники у 28 респонденток. Згідно з критеріями, діагностичними є щонайменше два симптоми з шести: недостатнє піклування про себе (а — 11 осіб), почуття тривалого зруйнування (б — 37 осіб), почуття вини (в — 18 осіб), сором (г — 7 осіб), ізоляція й відчуження (д — 21 особи), недооцінювання небезпечних ситуацій (е — 7 осіб). Найбільш поширеними були саме відчуття тривалого зруйнування, ізолюваності та провини, що свідчить про глибокі порушення образу «Я» у частини респонденток.

Аналіз за четвертою шкалою «Розлади у стосунках із іншими людьми» показав, що 43 респондентки відповідали критеріям цього кластеру симптомів. Для підтвердження наявності порушень у міжособистісній сфері достатньо одного симптому з трьох можливих: нездатність довіряти (а — 39 осіб), ревіктимізація (б — 19 осіб), або віктимізація інших (в — 4 особи). Найчастіше учасниці дослідження відзначали саме труднощі з довірою.

Результати за п'ятою шкалою «Соматизація» демонструють, що ознаки виявлені у 44 досліджуваних. Соматизація проявляється у

формі тілесних симптомів без фізіологічного підґрунтя. Для виявлення цього стану достатньо наявності хоча б одного з двох симптомів: соматоформних проявів (а — 44 особи) або іпохондричних страхів (б — 7 осіб).

Шоста шкала «Зміни життєвих позицій» показала, що 60 респонденток продемонстрували ознаки порушень у цій сфері (77% опитуваних). Відповідно до критеріїв інтерв'ю, наявність хоча б одного з двох симптомів є достатньою для визначення змін у життєвих позиціях: недостатність перспектив на майбутнє (а — 54 особи) або втрата власних переконань і цінностей (б — 33 особи). Найчастіше у респонденток спостерігалися труднощі з визначенням життєвих орієнтирів і перспектив на майбутнє, що свідчить про значні зміни в їхньому сприйнятті майбутнього після пережитого травматичного досвіду.

Аналіз частоти симптомів у різних сферах психічного функціонування дає підстави вважати, що вплив травматичного досвіду має не уніфікований, а радше індивідуальний характер. Зокрема, найбільш типовими є порушення в таких сферах, як відчуття сенсу життя, здатність до побудови та підтримки соціальних зв'язків, а також тілесне переживання стресу.

Такий розподіл результатів, на нашу думку, пояснюється низкою взаємопов'язаних чинників, які мають як індивідуальний, так і соціальний характер. Перш за все, слід враховувати специфіку самої втрати. В умовах війни смерть близької людини, зокрема чоловіка, зазвичай, є раптовою, жорстокою і часто позбавленою можливості прощання. Це посилює емоційну реакцію, ускладнює процеси горювання та прийняття, а також порушує цілісність особистості. Водночас така втрата спричиняє руйнування звичних життєвих структур — соціальних ролей, планів, очікувань, що знижує відчуття контролю над власним життям і ускладнює мобілізацію адаптаційних ресурсів. Також суттєвий вплив має контекст соціальних очікувань і гендерних стереотипів. Жінки можуть зазнавати тиску з боку оточення: замість відкритого переживання горя, очікується демонстрація сили, гідності або навіть мовчазної гордості. Це ускладнює проживання втрати та сприяє формуванню пригніченої емоційності, яка блокує механізми психологічного відновлення.

Результати дослідження ресурсів резильєнтності, отримані за допомогою опитувальника «Стратегії подолання кризового стану»

(ресурсоорієнтованою моделлю стресоподолання BASIC Ph) представлено на рис. 2.

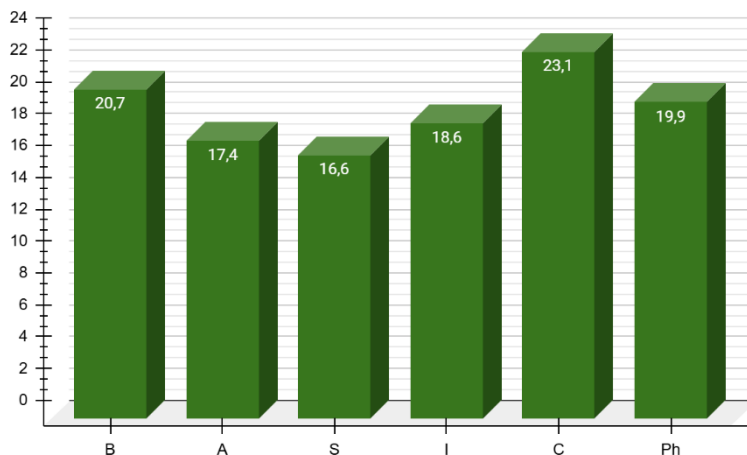


Рис. 2. Розподіл оцінок по кожному ресурсу за частотою прояву в учасниць дослідження

Примітка: В – Віра та переконання (Belief & values); А – Емоції (Affect); S – Соціальна підтримка (Socialization); I – Уява (Imagination); C – Когніція (Cognition, thought); Ph – Physical – фізична активність, тілесні Фізіологічні стратегії (Physiological).

Домінуючою стратегією подолання кризового стану у жінок, які зазнали втрати внаслідок воєнних дій, є когнітивний ресурс «С — Когніція (Cognition, thought)» (23,1 бали). Також виявлено вищі показники за шкалами «В — Віра та переконання (Belief & values)» (20,7 балів) та «Ph — Фізіологічні стратегії (Physiological)» (19.9 балів). Найменш задіяною стратегією є «S — Соціальна підтримка (Socialization)» (16,6 балів).

Порівнюючи середні значення ресурсів резильєнтності за моделлю BASIC Ph цього та нашого попереднього дослідження за 2023 рік (Малімон, Пархоменко, 2024), можна помітити як сталі тенденції, так і певні зрушення у структурі копінг-ресурсів. У попередньому дослідженні вибірка включала: дружин загиблих військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб та дружин діючих учасників бойових дій. У двох вибірках провідну позицію зберігає ресурс С (Cognition, thought), що вказує на домінування раціонально-аналітичних стратегій у подоланні стресу незалежно від рівня травматизації. Однак його незначне зниження у дружин загиблих Героїв може бути пов'язане з емоційним перевантаженням. Ресурс В (Belief & values) також стабільно високий, проте нижчий у жінок, які втратили чоловіків внаслідок воєнних дій, що може свідчити про кризу життєвих смислів. Найменш вираженим в обох вибірках залишається S (Socialization), що свідчить про труднощі у

формуванні та використанні соціальної підтримки, що може бути подолано шляхом створення безпечного соціального середовища, розвитку жіночих спільнот, груп самодопомоги, менторських програм, де досвід може бути розділений із тими, хто переживав схожі втрати. Спираючись на проведений порівняльний аналіз, ми робимо припущення, що важливо також сприяти емоційному опрацюванню втрати, оскільки низький та стабільний рівень емоційного ресурсу А (Affect) може вказувати на тенденцію до емоційної ізоляції або пригнічення почуттів. У цьому контексті доцільним є застосування методів безпечної емоційної експресії, арттерапії, тілесно-орієнтованих практик або груп підтримки, які дають простір для визнання та проживання емоцій.

Взаємозв'язок між загальним рівнем резильєнтності, її ресурсами, позитивним психічним функціонуванням та симптомами прояву травматичного досвіду особистості проаналізовано за допомогою кореляційного аналізу із використанням коефіцієнта кореляції Пірсона (табл. 1).

Таблиця 1

Коефіцієнти кореляції ресурсів резильєнтності за моделлю BASIC Ph зі ступенем важкості симптомів ПТСР, позитивним психічним функціонуванням і загальним рівнем резильєнтності

Correlation Matrix	Резильєнтність	B - Belief	A - Affect	S - Socialization	I - Imagination	C - Cognition, thought	Ph-Physical	Ступінь важ. сим. ПТСР	К-ПТСР	С-ПТСР	Процвітання
Резильєнтність	—										
B - Belief	0.571 ***	—									
A - Affect	0.342 **	0.511 ***	—								
S - Socialization	0.344 **	0.448 ***	0.491 ***	—							
I - Imagination	0.303 **	0.389 ***	0.657 ***	0.463 ***	—						
C - Cognition, thought	0.402 ***	0.600 ***	0.540 ***	0.389 ***	0.385 ***	—					
Ph-Physical	0.336 **	0.502 ***	0.489 ***	0.348 **	0.465 ***	0.541 ***	—				
Ступінь важ. сим. ПТСР	-0.286 *	-0.222	-0.059	-0.342 **	0.161	-0.121	0.049	—			
К-ПТСР	-0.110	-0.004	0.066	-0.007	0.054	-0.046	0.101	0.492 ***	—		
С-ПТСР	-0.040	-0.053	-0.207	-0.382 ***	-0.128	0.037	-0.047	0.388 ***	-0.112	—	
Процвітання	0.238 *	0.359 **	0.331 **	0.391 ***	0.202	0.310 **	0.254 *	-0.408 ***	-0.148	-0.310 **	—

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

Отже, сильний додатний зв'язок виявлено між резильєнтністю та ресурсами B (Belief & values) ($r=0.571$, $p<0,001$) та C (Cognition, thought) ($r=0.402$, $p<0,001$). Це свідчить, що високий рівень резильєнтності опирається насамперед на когнітивне осмислення досвіду, глибинні ціннісні переконання, що було раніше виявлено в попередньому дослідженні (Малімон, Пархоменко, 2024). Помірний додатний зв'язок із ресурсами S (Socialization) ($r=0.344$, $p<0,01$) та A (Affect) ($r=0.342$, $p<0,01$), Ph (Physiological) ($r=0.336$, $p<0,01$), а також із ресурсом I (magination) ($r=0.303$, $p<0,01$) демонструє, що хоча ці аспекти також задіяні у підтримці внутрішньої стійкості, вони мають

менш помітний вплив. Водночас слабкий від'ємний зв'язок між резильєнтністю та ступенем важкості симптомів ПТСР ($r=-0.286$, $p<0,05$) та слабкий додатний зв'язок із показником «процвітання» ($r=0.238$, $p<0,05$) підтверджує її захисну роль у психотравматичному контексті та посттравматичному відновленні.

Показник «процвітання» також виявив сильний додатний зв'язок із ресурсом S ($r=0.391$, $p<0,001$), помірний додатний зв'язок із B ($r=0.359$, $p<0,01$), A ($r=0.331$, $p<0,01$), C ($r=0.310$, $p<0,01$) та слабкий із Ph ($r=0.254$, $p<0,05$), що вказує на взаємозалежність суб'єктивного відчуття життєвої реалізації з духовними, соціальними, когнітивними, емоційними та тілесними стратегіями. Відсутність значущого зв'язку із ресурсом I ($r=0.202$) дає змогу припустити, що уява та творча діяльність відіграють слабку роль. Сильний від'ємний зв'язок між «процвітанням» та ступенем важкості симптоматики ПТСР ($r=-0.408$, $p<0,001$) та помірний від'ємний зв'язок із субсиндромальною формою комплексного ПТСР ($r=-0.310$, $p<0,01$) логічно вказує на те, що високий рівень психологічного благополуччя несумісний з важкими травматичними симптомами.

Щодо ступеня важкості симптоматики ПТСР, зафіксовано помірний від'ємний зв'язок із ресурсом S ($r=-0.342$, $p<0,01$). Найбільш тісно ступінь вираженості симптомів ПТСР корелює з комплексною формою ПТСР та її субсиндромальною варіацією — обидва мають сильні додатні зв'язки ($r=0.492$, $p<0,001$; $r=0.388$, $p<0,001$), що свідчить про посилення тяжкості стану за наявності комплексної травми. Водночас виявлено, що між субсиндромальною формою наявний сильний від'ємний зв'язок з ресурсом S ($r=-0.382$, $p<0,001$), а також помірний від'ємний зв'язок з «процвітанням» ($r=-0.310$, $p<0,01$), що дозволяє припустити зниження доступності соціальної взаємодії.

Аналіз міжресурсних зв'язків вказує на взаємозалежну структуру адаптаційної системи. Виявлено, що всі ресурси моделі BASIC Ph мають між собою сильні додатні кореляційні зв'язки, що вказує на їх взаємопідсилення у процесі подолання психотравматичного досвіду. Єдиним винятком є ресурс S, який має помірний додатний зв'язок з ресурсом Ph ($r=0.348$, $p<0,01$). Це може свідчити про дещо автономну роль соціального компоненту у загальній структурі ресурсів стресоподолання.

Висновки і перспективи. Жінки, які втратили близьку людину внаслідок воєнних дій, демонструють високий рівень психоемоційного навантаження та значну поширеність симптомів ПТСР, що супроводжується низьким рівнем соціалізації та емоційного ресурсу. Це свідчить про глибокі порушення у сфері соціальної підтримки, емоційної регуляції (усвідомлення й вираження власних емоцій), пошуку сенсів та ціннісних орієнтирів. Особливості психотравматичного досвіду в умовах війни (раптовість втрати, неможливість прощання, жорстокість обставин) істотно ускладнюють процеси горювання, сприяють розвитку симптомів комплексного ПТСР та поглиблюють кризу ідентичності. Це вказує на необхідність комбінованого підходу до підтримки осіб, які пережили втрату, з урахуванням як індивідуальних реакцій, так і соціального контексту.

Враховуючи, що ресурси В і С найбільше корелюють із резильєнтністю, доцільно акцентувати увагу на методиках, які сприяють формуванню стійких життєствердних переконань, розвитку почуття життєвої місії та дослідження власних цінностей; розвивають когнітивні навички — здатність до рефлексії, осмислення досвіду, переосмислення травматичних подій.

Виявлені низькі показники емоційного (А) та соціального (S) ресурсів, а також труднощі у формуванні та використанні соціальної підтримки, дають підстави вважати, що в цих сферах існує значний дефіцит. З огляду на це, доцільним є запровадження психоосвітніх і терапевтичних програм, спрямованих на розвиток навичок емоційної експресії та налагодження соціальних зв'язків. Ефективними будуть методи, які створюють безпечний простір для проживання втрати та емоційного опрацювання, зокрема арттерапії, тілесно-орієнтовані практики, групи підтримки.

Таким чином, отримані результати підтверджують необхідність формування спеціалізованих програм психосоціальної підтримки, що мають на меті зміцнення психологічної стійкості як окремих осіб, так і спільнот загалом.

Література

1. Бельська, Н. А., & Мельник, М. Ю. (2022). Дослідження резильєнтності учасників освітнього процесу в умовах воєнного стану. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*, 2(85), 98–106.
2. Кокун, О. М. (2025). *Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

3. Коструба, Н., & Ляшко, Л. (2023). Особистісні особливості психологічної стійкості молоді в умовах війни. *Psychological Prospects Journal*, (41), 86–94. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-42-kos>
4. Креденцер, О., & Сергієнко, Д. (2024). Резильєнтність як чинник суб'єктивного благополуччя психологів в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 32(2), 85–95. <https://doi.org/10.31108/2.2024.2.32.7>
5. Куліш, О. В. (2024). Розвиток резильєнтності в профілактиці ПТСР. У Ю. Ю. Чистовська, О. В. Куліш (Ред.), *Психологічна резильєнтність особистості в умовах війни*. (с. 34–52). Черкаси: ЧНУ імені Б. Хмельницького.
6. Малімон, Л., & Пархоменко, В. (2024). Ресурси резильєнтності осіб з травматичним досвідом. *Психологічні перспективи*, 43, 132–142. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2024-43-mal>
7. Милославська, О., & Богдановський, С. (2023). Особливості саморегуляції у військовослужбовців із різним рівнем резильєнтності. *Наука і освіта*, (1), 51–57. <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2023-1-8>
8. Носенко, Е. Л., & Четверик-Бурчак, А. Г. (2014). Опитувальник "Стабільність психічного здоров'я – коротка форма": опис, адаптація, застосування. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Психологія*, 22(9/1), 74–82. <https://doi.org/10.15421/101412>
9. Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук, М. А. (2023). Адаптація та валідація україномовної версії Шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозівний спондиліт. *Український журнал ревматології*, 1, 46–53. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-8051.152.236>
10. Bitar, Z., Fekih-Romdhane, F., Mahfoud, D., Fawaz, M., Hallit, S., & Obeid, S. (2024). The mediating effect of post-traumatic growth on the relationship between personality traits and resilience among a sample of Lebanese adults. *PLoS ONE*, 19(5), e e0298043. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298043>
11. Clark, V., Brown, R. F., Gada, U., & Kamen, C. S. (2025). Resilience related to anxiety, self-esteem, and internalized lesbian, gay, bisexual, and/or transgender negativity: A stepwise regression model among lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and/or another gender and/or sexually expansive identity cancer survivors. *Translational Issues in Psychological Science*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tps0000451>
12. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
13. Kalisch, R., Russo, S. J., & Müller, M. B. (2024). Neurobiology and systems biology of stress resilience. *Physiological Reviews*, 104(3), 1205–1263. <https://doi.org/10.1152/physrev.00042.2023>
14. Leykin, D. (2013). Measuring BASIC Ph. In M. Lahad, M. Shacham, & O. Ayalon (Eds.), *The "BASIC Ph" model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application* (pp. 31–46). Jessica Kingsley.
15. Nestler, E. J., & Russo, S. J. (2024). Neurobiological basis of stress resilience. *Neuron*, 112(12), 1911–1929. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2024.05.001>
16. Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3–16. <https://doi.org/10.1023/A:1024800212070>

References

1. Bielska, N. A., & Melnyk, M. Yu. (2022). Doslidzhennia rezylientnosti uchasnykiv osvithnoho protsesu v umovakh voiennoho stanu [Research on the resilience of participants in the

educational process under martial law]. *Osvita ta rozvytok obdarovanoi osobystosti – Education and development of gifted individuals*, 2(85), 98–106. [in Ukrainian].

2. Kokun, O. M. (2025). Zhyttiistiikist i rezyliantnist liudyny v suchasnomu sviti: teoriia, doslidzhennia, praktyka [Human resilience and resilience in the modern world: theory, research, practice]. Kyiv: Instytut psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy. [in Ukrainian].

3. Kostruba, N., & Liashko, L. (2023). Osobystisni osoblyvosti psykholohichnoi stiikosti molodi v umovakh viiny [Personal characteristics of youth psychological resilience in war conditions]. *Psychological Prospects Journal*, (41), 86–94. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-42-kos> [in Ukrainian].

4. Kredentser, O., & Serhiienko, D. (2024). Rezyliantnist yak chynnyk subiektyvnoho blahopoluchchia psykholohiv v umovakh viiny [Resilience as a factor of subjective well-being of psychologists in wartime]. *Orhanizatsiina psykholohiia. Ekonomichna psykholohiia – Organizational Psychology. Economic Psychology*, 32(2), 85–95. <https://doi.org/10.31108/2.2024.2.32.7> [in Ukrainian].

5. Kulish, O. V. (2024). Rozvytok rezyliantnosti v profilaktytsi PTSR [Development of resilience in the prevention of PTSD]. U Yu. Yu. Chystovska, O. V. Kulish (Red.), *Psykholohichna rezyliantnist osobystosti v umovakh viiny – Psychological resilience of the individual in wartime* (s. 34–52). Cherkasy: ChNU imeni B. Khmelnytskoho. [in Ukrainian].

6. Malimon, L., & Parkhomenko, V. (2024). Resursy rezyliantnosti osib z travmatychnym dosvidom [Resilience Resources of Individuals with Traumatic Experience]. *Psychological Prospects Journal*, 43, 132–142. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2024-43-mal> [in Ukrainian].

7. Myloslavska, O., & Bohdanovskyi, S. (2023). Osoblyvosti samorehuliatcii u viiskovosluzhbovtiv iz riznym rivnem rezyliantnosti [Peculiarities of self-regulation in military personnel with different levels of resilience]. *Nauka i osvita – Science and Education*, (1), 51–57. <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2023-1-8> [in Ukrainian].

8. Nosenko, E. L., & Chetveryk-Burchak, A. H. (2014). Opytuvalnyk "Stabilnist psykhiichnoho zdorovia – kortka forma": opys, adaptatsiia, zastosuvannia [Questionnaire "Mental Health Stability - Short Form": description, adaptation, application]. *Visnyk Dnipropetrovskoho universytetu. Serii: Psykholohiia – Bulletin of Dnipropetrovsk University. Series: Psychology*, 22(9/1), 74–82. <https://doi.org/10.15421/101412> [in Ukrainian].

9. Shkolina, N. V., Shapoval, I. I., Orlova, I. V., Kedyk, I. O., & Stanislavchuk, M. A. (2023). Adaptatsiia ta validatsiia ukrainomovnoi versii Shkaly stresostiikosti Konнора — Devidsona-10 (CD-RISC-10): aprobatyia u khvorykh na ankilozyvnyi spondylit [Adaptation and validation of the Ukrainian version of the Connor-Davidson Stress Resilience Scale-10 (CD-RISC-10): testing in patients with ankylosing spondylitis]. *Ukrainskyi zhurnal revmatolohii – Ukrainian Journal of Rheumatology*, 1, 46–53. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-8051.152.236> [in Ukrainian].

10. Bitar, Z., Fekih-Romdhane, F., Mahfoud, D., Fawaz, M., Hallit, S., & Obeid, S. (2024). The mediating effect of post-traumatic growth on the relationship between personality traits and resilience among a sample of Lebanese adults. *PLoS ONE*, 19(5), e e0298043. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298043>

11. Clark, V., Brown, R. F., Gada, U., & Kamen, C. S. (2025). Resilience related to anxiety, self-esteem, and internalized lesbian, gay, bisexual, and/or transgender negativity: A stepwise regression model among lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and/or another gender and/or sexually expansive identity cancer survivors. *Translational Issues in Psychological Science*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tps0000451>

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

13. Kalisch, R., Russo, S. J., & Müller, M. B. (2024). Neurobiology and systems biology of stress resilience. *Physiological Reviews*, 104(3), 1205–1263. <https://doi.org/10.1152/physrev.00042.2023>
14. Leykin, D. (2013). Measuring BASIC Ph. In M. Lahad, M. Shacham, & O. Ayalon (Eds.), *The “BASIC Ph” model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application* (pp. 31–46). Jessica Kingsley.
15. Nestler, E. J., & Russo, S. J. (2024). Neurobiological basis of stress resilience. *Neuron*, 112(12), 1911–1929. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2024.05.001>
16. Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3–16. <https://doi.org/10.1023/A:1024800212070>

Received: 02.04.2025

Accepted: 28.04.2025