

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:  
Завідувач кафедри

Олена Олена СТУЛІКА

«16» травня 2023 р.

**«ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСОВОЇ СИТУАЦІЇ У  
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ»**

Кваліфікаційна робота здобувача  
вищої освіти першого  
(бакалаврського) рівня вищої  
освіти  
освітньо-професійної програми  
«Практична психологія»

**Федорова Вікторія  
Костянтинівна**

Науковий керівник:  
кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри практичної  
психології

**Пучина Ольга Віталіївна**

Рецензент:  
кандидат психологічних наук,  
доцент, доцент кафедри вікової та  
педагогічної психології

Дніпровського національного  
університету імені Олеся Гончара  
**Черепехіна Ольга Анатоліївна**

Кваліфікаційна робота захищена  
з оцінкою ЄКТС 80 С  
Секретар ЕК Анастасія  
Анастасія ВАГАБОВА  
«08» червня 2023 р.

Київ – 2023

## **ЗМІСТ**

**ВСТУП**3

**РОЗДІЛ 1 СУТНІСТЬ ТА ТЕОРІЇ СТРЕСУ**7

1.1. Визначення категорії стрес в психології7

1.2. Психологічні моделі та теорії стресу12

1.3. Моделі і механізми подолання стресу19

Висновки до розділу 125

**РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСОВОЇ СИТУАЦІЇ У  
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**27

2.1. Посттравматичний стрес як найбільш характерна ситуація для  
внутрішньо переміщених осіб27

2.2. Теорії посттравматичного стресу у внутрішньо переміщених осіб30

2.3. Методи і форми психологічної допомоги для подолання стресової  
ситуації внутрішньо переміщеним особам38

Висновки до розділу 241

**РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ  
СТРЕСУ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛЮДИНИ В СИТУАЦІЇ  
НЕВИЗНАЧЕНОСТІ**43

3.1. Організація і проведення дослідження43

3.2. Результати емпіричного дослідження44

Висновки до розділу 350

**ВИСНОВКИ**52

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**55

## ВСТУП

Повномасштабна війна в Україні призвела до того, що 10 мільйонів людей були вимушені змінити місце свого перебування, з яких понад 4 мільйона залишили Україну, щоб шукати притулку в інших країнах Європи та світу. Щоб бути поруч із сім'єю та друзями, дехто подорожував до кількох країн. Дослідники показують, що насильство під час війни значно впливає на психологічне функціонування дітей і сімей в цілому. Війни порушують соціальні та сімейні мережі, які спричиняють шкоду та хвороби, а також порушують системи, що забезпечують профілактичну та лікувальну допомогу. Діти та сім'ї, які переїжджають за кордон через насильство та переслідування, часто стикаються зі значними психосоціальними труднощами на цьому шляху, які продовжуються, коли вони потрапляють у нове середовище. Дослідження неодноразово показували, що обставини міграції та переселення можуть посилити або пом'якшити вплив збройних конфліктів на психічне здоров'я. Це означає, що обставини, з якими стикаються біженці під час подорожі до приймаючої країни та після прибуття до неї, на додаток до насильства та втрат, спричинених конфліктом, мають значний вплив на психічне здоров'я біженців та внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що вказує на актуальність та доцільність обраної теми.

В усьому світі зростає консенсус щодо найкращих практик для задоволення різноманітних психологічних та психосоціальних потреб людей, які постраждали від гуманітарних катастроф. Згідно з останніми дослідженнями, депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поширеними та стійкими серед біженців та переміщених осіб. Найвищий рівень психічних захворювань спостерігається в постконфліктних країнах, де загальне населення страждає на високий рівень посттравматичного стресового розладу. Люди в зонах лиха страждають від набагато вищого рівня психологічного стресу, включаючи відчай, соматизацію та тривогу.

Показники ПТСР і депресії значно вищі, ніж у загальній популяції. Донедавна важливість психічного здоров'я в постконфліктній відбудові недооцінювалася. Більшість організацій, що займаються наданням допомоги, вірили в такий підхід до психічного здоров'я, який припускав, що люди одужають і відновлять своє звичне життя, якщо їм нададуть лише базову допомогу. З цією метою дуже важливо розуміти контекст і реалії втечі, міграції та переселення, пов'язаної з війною, а також їхній вплив на добробут цих людей. Цінність досліджень, які зосереджені на описі рівня поширеності психічних розладів у конфліктних ситуаціях, була поставлена під сумнів, що і зумовлює актуальність даного дослідження.

Метою роботи є дослідження особливостей переживання стресової ситуації у внутрішньо переміщених осіб.

Задачами роботи виступають:

- визначити категорію стрес в психології;
- розглянути психологічні моделі та теорії стресу;
- визначити моделі і механізми подолання стресу;
- проаналізувати посттравматичний стрес як найбільш характерну ситуації для внутрішньо переміщених осіб;
- описати психологічні моделі та теорії посттравматичного стресу у внутрішньо переміщених осіб;
- проаналізувати методи і форми психологічної допомоги для подолання стресової ситуації внутрішньо переміщеним особам;
- описати планування та обґрунтування методів дослідження;
- розглянути аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження .

Об'єктом роботи є процес переживання стресової ситуації.

Предметом роботи є особливості переживання стресової ситуації у внутрішньо переміщених осіб.

Гіпотезою дослідження є припущення, що переживання стресової ситуації у внутрішньо переміщених осіб включає сукупність специфічних проявів і комплекс соціально психологічних факторів, систематизація яких дозволить прогнозувати її формування та здійснювати проведення психокорекції та реабілітаційних заходів.

Теоретико-методологічна основа дослідження питання переживання стресової ситуації було темою досліджень багатьох закордонних та вітчизняних вчених, а саме: Afifi T.O., Asmundson G.J., Taylor S, Jang K.L., Ames D.L., Fiske S.T., Angell R.C., Averill J.R., Babbie E., Bahari-Javan S, Sananbenesi F, Fischer A., Boss P., Brewin C.R., Rose S., Andrews B., Green J., Tata P., Brown G. W., Harris T., Buettner, H.M., Burr, R.G., Burr W.R., Cannon, W.B., Caplan G., Cavan R.S., Ranck K.H., Chiao J.Y., Cohen F., Lazarus R.S., Donahue, M.J., Benson P.L., Ellis A., Farhall J., Gehrke M., Foa E.B, Cashman L, Jaycox L, Perry K., Zinbarg R, Rothbaum B., Folkman S., Lazarus R. S., Gartlehner G, Forneris CA, Brownley KA, Gaynes BN, Sonis J, Hill R., Hinton D.E., Good B.J., Hobfoll S. E., Hoff L.A., Holmes T.H., Rahe, R.H., Kanner A.D., Kirmayer L, Lemelson R, Barad M., Kolb L.C., Koos, E. L., Lindemann E., McCubbin H.I., Patterson J.M., McCubbin M.A., McCubbin H. I., McFarlane A.C., Monroe S.M., Murphy, Brown. G., Pearlin L.I., Schooler C., Prasad K.N., Bondy S.C., Quayhagen M.P., Quayhagen M., Sareen J., Selye H., Sifneos P.E., Tyhurst J.S., Van der Kolk B.A., Vidal F, Ortega F., Warner C.H., Warner C.M., Appenzeller G.N., Hoge C.W., Wimalawansa S.J., Yehuda R., Ledoux J., Zamble E. Gekoski W.L., Балакірева О., Гуменюк Л.Й., Бреус А.О., Кісарчук З., Омельченко Я., Лазос Г., Литвиненко Л., Царенко Л. та інші.

Методи дослідження:

– з метою визначення домінуючих копінг-стратегій особистості ми використали методіку «Індикатор копінг-стратегій CSI»;

– для діагностики типових способів подолання стресових ситуацій (копінг-стратегій) ми використали тест «Подолання важких життєвих ситуацій (ПВЖС)»;

– для діагностики механізмів психологічного захисту було використано методику «Індекс життєвого стилю Келлермана Плутчика».

Практичне значення отриманих результатів заключається у можливості використання отриманих результатів дослідження для розробки програми психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб, які пережили стресову ситуацію.

## РОЗДІЛ 1 СУТНІСТЬ ТА ТЕОРІЇ СТРЕСУ

### 1.1. Визначення категорії стрес в психології

Стресор – це термін, запропонований Г. Сельє для позначення джерел потенційного стресу, тобто обставин або подій (як у внутрішньому, так і зовнішньому середовищі), які можуть спричинити реакцію на стрес. Стресори включають як фізичні стимули (наприклад, шум, тепло, біль), так і психологічні та психосоціальні стимули (наприклад, смерть родича, професійні потрясіння) [44]. Ранні уявлення про стресори висунули ідею про те, що вони несприятливо впливають на стан здоров'я людини, і ця точка зору, загалом, досі широко поширена. Наступне обговорення стосується характеру, якості та типу соціального досвіду, який, імовірно, можна вважати стресором, а також проблем вимірювання стресорів та оцінки їх зв'язку зі станом здоров'я.

Давно визнано, що вплив різноманітних сильних фізичних стресорів негативно впливає на стан здоров'я. До таких стресорів належать травми, хімічні токсини, екстремальні температури, шум тощо. Сучасні уявлення про стрес більше зосереджуються на зв'язку соціальних і психологічних стресорів зі станом здоров'я.

Основний напрямок сучасних досліджень зосереджено на об'єктивно перевірених психосоціальних переживаннях або життєвих стресових факторах. Ця область досвіду включає широкий спектр подій і ситуацій з таких сфер, як професія, сім'я, соціальні стосунки, фінанси, здоров'я, перехідний період (одруження, народження) і освіта. Основним критерієм для включення, однак, є те, що подія чи досвід можуть бути перевірені об'єктивним спостерігачем. «Внутрішньопсихічні» події, такі як невиправдані особисті очікування, уявні майбутні загрози тощо, як правило, не включаються через значні проблеми в атрибуції причинності; вони,

ймовірно, є результатом якогось емоційного розладу (або реакції на стрес), як і його причиною.

В одній із перших концептуалізацій життєвих стресових подій Т.Г. Холмс і Р.Г. Рахе визначили стресор як «подію, яка спричинила певні зміни в звичному способі життя людини» [28]. Передбачалося, що соціальні «зміни» потребують адаптації та призведуть до зміни індивідуального гомеостазу (тобто вегетативних, ендокринних або інших фізіологічних реакцій). Ця концепція стресора допускає можливість того, що позитивні або приємні події можуть бути також здатними викликати «стресову» реакцію, як і негативні або неприємні.

В останні роки інші вчені запропонували альтернативні методи оцінки впливу життєвих подій. Вони, як правило, зосереджувалися на подіях, які були неприємними, загрозливими або тривожними, оскільки їхні дослідження більше стосувалися психологічних реакцій на стрес. Залишається суперечка щодо того, чи життєві події, які вимагають соціальної адаптації, чи ті, що викликають емоційний стрес, є більш патогенними.

Експериментальна робота показує, що події, які не сприймаються як негативні чи неприємні, можуть порушити фізіологічний гомеостаз людини. Проте порівняльні дослідження показали, що страждання (на відміну від зміни життя) з більшою ймовірністю спричинять психіатричні розлади. Порівняльних даних щодо впливу на фізичне захворювання немає. Різноманітність інших аспектів якості події також може бути важливою.

По-перше, експериментальна робота як з людьми, так і з тваринами свідчить про те, що серйозні стресори частіше викликають стресові реакції, ніж тривіальні стресори. Невідомо, чи є накопичення тривіальних стресорів патогенним; Г.В Браун, і Т.О. Гарріс стверджують, що лише помірні або серйозно загрозливі події впливають на психічні захворювання, тоді як Каннер А.Д. і Монро С.М. знайшли деякі докази впливу тривіальних подій на стан фізичного здоров'я [8, 29, 37].



По-друге, конкретна соціальна сфера життєвих подій (робота, шлюб тощо) може бути важливою, хоча ця сфера недостатньо досліджена. Наприклад, існує велика кількість літератури про професійний стрес і серцеві захворювання, але мало порівняльних доказів, наприклад, порівняння впливу стресу на роботі та сімейного стресу на ризик серцевих захворювань. Крім того, важлива проблема змішування змінних у зв'язку між професійним стресом і серцево-судинними захворюваннями ефективно не розглядалася. Подібним чином існує мало порівняльних даних щодо психологічних розладів.

По-третє, життєві події можна визначити як «виходи», такі як розставання, смерті, або як «входи», такі як примирення, народження, шлюб тощо. Події виходу тісно корелюють із психіатричними захворюваннями, а події входу – ні.

По-четверте, є додаткові докази специфічних зв'язків між певними типами подій і конкретними психологічними розладами: події втрати корелюють особливо з депресією, тоді як події «небезпеки» пов'язані з тривожними розладами.

По-п'яте, експериментальна робота з тваринами та людьми, вказує на те, що попередження, контроль і зворотний зв'язок щодо стресора зменшують тяжкість реакції на стрес. У кожній із цих трьох ситуацій виявляється, що невизначеність зменшується, оскільки людина може точно визначити періоди без стресу, і, таким чином, періоди очікуваного збудження зменшуються.

Численні докази свідчать про те, що зі збільшенням кількості або інтенсивності стресорів з часом підвищується ризик фізичних або психічних розладів. Були висунуті різні теорії щодо впливу багатьох стресорів, включаючи лінійну, експоненціальну та інші моделі. Однак цілком ймовірно, що кумулятивні ефекти відрізняються для різних типів стресорів та/або для різних реакцій на стрес.

Є деякі дані, які свідчать про те, що повторний вплив епізодичних стресорів або перебування під впливом хронічних стресорів може призвести до толерантності. Тобто є певний імунітет до впливу повторних стресових факторів на особистість. Дослідження свідчать про те, що толерантність з більшою ймовірністю розвивається там, де стресор є послідовним і, отже, передбачуваним. Однак, коли фактор стресу непостійний, людина може стати більш чутливою до стресора і, отже, відчувати більш виражену реакцію на стрес. Знову ж таки, питання невизначеності (і, отже, підвищеного очікуваного збудження) здається ключовим у цьому відношенні [4].

Дослідження за останні десятиліття показали, що спроби встановити причинно-наслідковий зв'язок між факторами стресу навколишнього середовища та хворобою повинні брати до уваги наступні фактори.

1) Хронологічний зв'язок стресора та хвороби, що виступає реакцією на стрес. Щоб продемонструвати можливість причинно-наслідкового зв'язку, важливо встановити, що стресор передував виникненню або загостренню захворювання. Питання точного датування як стресора, так і захворювання є вирішальним. На надійність датування стресових факторів (та епізодів хвороби) впливає низка факторів. По-перше, недавні стресори або хвороби, як правило, точніше запам'ятовуються та датуються. По-друге, на надійність запам'ятовування впливатиме виразність стресора або тяжкість захворювання; тривіальні стресори або епізоди незначних захворювань, як правило, не згадуються легко, тоді як серйозні стресори, такі як важка втрата або серйозні захворювання, такі як інфаркт міокарда, згадуються точніше.

Хоча початок стресових факторів, які є окремими подіями (такими як втрата близької людини), можна точно зафіксувати, виникають проблеми, коли події є хронічними стресовими факторами, такими як професійні труднощі. Подібні проблеми існують, якщо відповідь на стрес не є окремою хворобою (наприклад, інфаркт міокарда), а є хронічним розладом (таким як стенокардія). Якщо і стресор, і стресова реакція є хронічними, проблеми з

точним датуванням ще більш помітні, і тоді неможливо визначити хронологічний зв'язок стресора та хвороби. Таким чином, проблема з хронічними стресовими факторами та розладами полягає не лише у встановленні попереднього походження; також може виникнути проблема встановлення концептуальної незалежності.

2) Концептуальна незалежність стресору та хвороби. Взаємодія або взаємозалежність фактору стресу та реакції на стрес створює проблеми. Наприклад, фінансові труднощі можуть бути або причиною, або наслідком хвороби, або й тим і іншим. Визначення того, чи є стресор причиною чи наслідком хвороби, може бути серйозною проблемою, особливо якщо вона «хронічна». Деякі дослідники включили дослідницькі методи, які дозволяють оцінити ступінь концептуальної незалежності стресора та реакції на стрес. Проблема іноді може посилюватися через упередження в отриманні інформації про стресор, наприклад упередженість «зусиль після сенсу».

Цілком об'єктивну та водночас делікатну інформацію про стресор (його тривалість, інтенсивність, значимість тощо) може бути важко отримати, і дослідники іноді можуть робити обґрунтовані припущення щодо значення стресорів для конкретних суб'єктів.

Обговорюючи реакції на стрес, слід враховувати два важливі факти. По-перше, порушений індивідуальний гомеостаз (або збудження) і патологія захворювання, які є частиною континууму. У деяких випадках хвороба (або патологія) визначається як категоріальна змінна. Однак часто відбувається просто встановлення узгоджених меж або порогів для певного симптому (наприклад, депресії) або фізіологічного порушення (рівень цукру в крові, як у випадку діабету). Більшість психологічних і фізичних розладів, які вважаються пов'язаними зі стресом, добре вписуються в цей континуум.

Другим важливим фактором є те, що фізичні та психологічні розлади взаємодіють уздовж континууму, хоча їх найкраще концептуально розрізнити для цілей як опису, так і вимірювання. На «збудженому» кінці цього

континууму гарним прикладом взаємодії є взаємозалежність гострої тривоги та фізіологічного порушення (підвищення частоти пульсу, артеріального тиску, катехоламінів, кортизолу тощо). У кінці континууму «захворювання» також може бути взаємозалежність, наприклад, депресії та перебігу ішемічної хвороби серця. Зараз є дані, які свідчать про те, що зв'язок між факторами стресу та фізичним захворюванням може бути опосередкований психологічними розладами [38].

Таким чином, вирішальним у будь-якому дослідженні стресу є необхідність чіткого встановлення концептуальної незалежності, незалежності вимірювання та напрямку асоціації залучених змінних. У цьому відношенні незалежне вимірювання психологічних і фізичних змінних становить невелику проблему. Що залишається, так це перш за все проблеми з розрізненням «збудження» і «розладу». Особливо це стосується психологічних розладів.

По-друге, також може бути важко визначити напрямок впливу в асоціаціях між фізичними та психологічними розладами, особливо при хронічних захворюваннях.

## **1.2. Психологічні моделі та теорії стресу**

Теорія – це пояснення спостережень, яке може показати нам, як втрутитися, передбачити поведінку та скерувати дослідження. Існують різні типи теорій. Теорія стресу – це соціальна теорія, яка пояснює спостереження про стрес, аспекти соціального життя. Теорії використовують поняття, які представляють класи явищ, щоб пояснити спостереження. Змінна, особливий тип концепції, яка змінюється, складається з набору атрибутів [5]. Хоча теорія стресу є відносно новою розробкою, швидше за все, люди стикалися зі стресом з самого початку людської раси.

Ранні дослідники стресу [24] в Англії багато писали про проблемні сім'ї, називаючи їх девіантними, антисоціальними та нижчими класами.

Ранні американські дослідники, на відміну від англійських дослідників, зосереджувалися на процесах сімейної дезадаптації, а не на стереотипних сім'ях. Наприкінці 1970-х і до кінця 1980-х років спостерігався зсув у дослідженнях від слабких сторін сім'ї до сильних сторін сім'ї та стратегій подолання [10]. Дослідження стресу не лише змінювалось у фокусі від слабких до сильних сторін; воно також відрізнялося одиницею аналізу від окремих осіб до сімей і спільнот.

### Теорія індивідуального стресу

Внесок у теорію індивідуального стресу надійшов переважно з психобіології, соціології, психіатрії та антропології. Першими дослідниками були психобіологи, потім соціологи, психіатри та антропологи.

Психобіологи виявили зв'язок між емоційним стресом і фізіологією. Кеннон В.Б. провів першу експериментальну роботу, показавши, що стимули, пов'язані з емоційним збудженням, призводять до змін у фізіологічних процесах [12]. Пізніше було продемонстровано зв'язок між звичайними життєвими подіями та хворобою. Нещодавно технологічний прогрес сприяв дослідженням, що показали специфічні фізіологічні реакції на стрес. Невдовзі після роботи ранніх психобіологів соціологи почали брати участь у дослідженні стресу.

Соціолог Е. Ліндеманн описав індивідуальний досвід тяжкої втрати людей, родичі котрих загинули під час пожежі в Melody Lounge Cocomanut Grove [33]. Після вивчення результатів дослідження в галузі соціології психіатри зробили внесок у літературу про стрес.

Першими психіатрами, які зробили внесок у теорію стресу, були Тайхерст Дж.С., Каплан Г., Холмс Т.Г. і Раге Р.Г. і Сіфнеос П.Е.. У той час як Тайхерст Дж.С. розробив модель, що описує природну історію індивідуальних реакцій на лихо, Холмс Т.Г. і Раге Р.Г. розглядали життєві події як стресори, які вимагають змін у звичайному способі життя людини [45, 28]. Навіть сьогодні шкала Холмса Т.Г. і Раге Р.Г. використовується для

оцінки вразливості осіб і цитується в літературі. Зосередженість Каплана Г. на профілактиці розладів психічного здоров'я відрізнялася від уваги Тайхерста Дж.С. і Холмса Т.Г. та Раге Р.Г. (1967). Він розробив стадійну теорію розвитку криз [13]. Хоча психіатричні моделі домінували в 1950-х і 1960-х роках, у 1980-х роках відбувся внесок антропології в теорію стресу.

Хофф Л.А. – медсестра-антрополог, розробила парадигму кризи, щоб пояснити, що відбувається, коли люди переживають кризи, і допомогти їм впоратися з індивідуальними кризами [27]. Теорія сімейного стресу розвивалася паралельно з розвитком теорії індивідуального стресу.

Незалежно від окремих досліджень стресу, підсумованих вище, значний обсяг теорії стресу розвинувся в сімейному полі. Берр В.Р. розділив розвиток теорії сімейного стресу на три етапи або епохи, деякі вчені також виділяють четвертий етап сімейного стресу [11].

Перший етап (1920-ті – кінець 1940-х) в розвитку теорії сімейного стресу почався з досліджень у 1920-х роках і закінчився зусиллями щодо розробки теорії в середині 1940-х років. Аспіранти проводили більшу частину ранніх досліджень у 1920-х роках, тоді як Енджелл Р.К., соціолог з Мічиганського університету, написав одне з перших опублікованих досліджень сімейного стресу в 1936 році. Дослідження Кавана Р.С. і Ранка К.Г. з Чиказького університету послідували за цим. Обидва дослідження вивчали наслідки Великої депресії 1930-х років для сімей [14]. Обидва також досліджували сім'ї на соціально-психологічному/сімейному рівні, використовуючи підхід до вивчення конкретного випадку та індуктивний (специфічний до загального) метод для вивчення впливу стресора раптової втрати або зменшення доходу на сім'ї та окремих людей.

Енджелл Р.К. виявив, що сімейна інтеграція та здатність до адаптації впливають на те, як сім'ї реагують на раптову втрату доходу [3]. Він визначив інтеграцію як сімейні «зв'язки узгодженості та єдності», що складаються зі «спільних інтересів, прихильності та відчуття економічної

взаємозалежності», а здатність до адаптації – це гнучкість (а не жорсткість) у структурі сім'ї. Адаптація складалася з життєвої філософії (матеріалістична проти нематеріалістичної), сімейних звичаїв (традиційна проти нетрадиційної) та відповідальності (безвідповідальність проти відповідальності). Він назвав більш адаптовані сім'ї «пластичними» сім'ями, які були нематеріалістичними, нетрадиційними, відповідальними сім'ями. Енджелл Р.К. виявив, що сім'ї пристосовувалися легше, коли була максимальна інтеграція та здатність до адаптації, і що навіть помірний ступінь адаптації дозволить сім'ям із будь-якою інтеграцією пережити всі кризи, крім найгірших. Через два роки після публікації Енджелла Р.К. Каван Р.С. і Ранк К.Г. (1938) опублікували свої висновки.

Каван Р.С. і Ранк К.Г., соціолог і психіатр відповідно, представили теоретичне твердження процесу організації, кризи, дезорганізації та реорганізації, що стосується сім'ї. Вони застосували групові теорії до сім'ї, заявивши, що три критерії характеризують добре організовану сім'ю:

- 1) високий ступінь єдності;
- 2) взаємне функціонування;
- 3) певне функціонування у більшій спільноті, частиною якої є сім'я.

Доказом першої характеристики, єдності, є ступінь:

- прийняття та сприяння сімейним цілям, таким як догляд за дітьми, планування навчання дітей, володіння постійного місця проживання та забезпечення ніжних стосунків;
- підпорядкування особистих амбіцій сімейним цілям;
- поведінка, контрольована загальноприйнятими сімейними традиціями та ідеалами, а не зовнішнім примусом;
- задоволення інтересів (розваги, інтелектуальна стимуляція, фінанси), що знаходяться в сім'ї [14].

Каван Р.С. і Ранк К.Г. визначили другу характеристику організованих сімей, взаємне функціонування, як те, що члени сім'ї були призначені та прийняли певні ролі, які доповнюють один одного.

Докази виконання функцій у громаді включали три характеристики:

- самоокупність;
- дотримання закону;
- підтримка дружніх стосунків із сусідами [14].

Каван Р.С. і Ранк К.Г. вважали, що важливо вивчати членів сім'ї (окремих осіб), а також сім'ю в цілому, і що для окремих членів важливо бути добре організованими. Вони визначили добре організованого члена сім'ї як члена сім'ї, який погоджується виконувати роль сім'ї та громади. Добре організована особа також знайшла соціально прийнятні та особистісно задовільні способи досягнення цілей, передбачених ролями [14].

Ранні дослідники сімейного стресу використовували термін криза для того, що ми зараз називаємо стресором у теорії стресу, що призвело до певної плутанини серед тих, хто вивчає цю теорію. Незважаючи на цей недолік, це перше дослідження призвело до перших спроб розробки теорії сімейного стресу соціологом Е. Кусом. Е. Кус зробив першу спробу створити теорію стресу за допомогою «профілю проблем». Дослідження та профіль Куса призвели до другої ери розвитку теорії сімейного стресу [32].

Другий етап, з кінця 1940-х до кінця 1970-х, складався з основних теоретичних розробок. Названий батьком теорії сімейного стресу, Х. Ройбен зробив наступну спробу розробити теорію сімейного стресу, коли він розробив «Формулу»/модель АВС-Х, яка стала центром теорії сімейного стресу на цьому етапі [24]. Формула АВС-Х зосереджується в першу чергу на передкризових змінних сімей: А (подія/стресор, що спричиняє кризу), взаємодіючи з В (ресурси сім'ї для зустрічі з кризою), взаємодіючи з С (визначення події) породжує Х (криза). За словами П. Босс, Р. Хілл зробив значний внесок у наукові дослідження сімейного стресу своєю формулою



АВС-Х, чий змінні залишаються основою сучасної теорії сімейного стресу [7]. Значна частина решти цієї епохи складалася з тестування формули АВС-Х. Зміщення фокусу досліджень призвело до третього етапу розвитку теорії сімейного стресу.

З кінця 1970-х до кінця 1980-х років у третьому етапі спостерігалася зміна фокусу досліджень із слабких сторін сім'ї на сильні сторони сім'ї, на стратегії подолання та концепції сімейної системи. МакКаббін Г.І. і Паттерсон Дж.М. – двоє сімейних соціологів, розширили формулу АВС-Х, щоб розробити подвійну модель АВС-Х, яка включала в себе подолання, а також інші змінні. Дослідники сімейного стресу в цю епоху базували свої дослідження на моделі подвійної АВС-Х [34]. Зміщення уваги до цих процесів означало початок четвертого етапу в розвитку теорії сімейного стресу.

Четвертий етап (середина 1980-х до сьогодні) в розвитку теорії сімейного стресу ознаменувався переходом до більш постмодерністського підходу шляхом зміни фокусу на процеси, спільні сімейні значення, культуру та контексти, а також сильні сторони сім'ї.

Грунтуючись на передумові, що існує кілька реальностей і безліч істин, постмодерні методи лікування відкидають ідею, що реальність зовнішня і її можна досягнути. Люди створюють сенс у своєму житті через розмови з іншими. Постмодерні підходи уникають патологізації клієнтів, невиразно ставляться до діагнозу, уникають пошуку глибинних причин проблем і приділяють велике значення виявленню сильних сторін і ресурсів клієнтів. Замість нескінченних розмов про проблеми, у центрі уваги терапії лежить пошук рішень у сьогоденні та майбутньому.

Четвертий, постмодерний, етап розвитку теорії стресу почався з фокусування на спільних сімейних значеннях, створених через взаємодію членів сім'ї, що з'являється в моделі сімейної адаптації. У 1987 році команда чоловіка та дружини медсестри М. МакКаббін і сімейного соціолога

Г. МакКаббін, розширили модель подвійної ABC-X для розробки типової моделі подвійного ABC-X, яку пізніше назвали Типологічною моделлю сімейного пристосування та адаптації [35].

Зміна від зосередження на причинах стресу та сімейних слабкостях до зосередження на сильних сторонах сім'ї з'явилася в цю епоху розвитку теорії стресу. З цією зміною концентрації наприкінці 1980-х років до літератури щодо стресу було додано концепцію стійкості. Розширюючи типологічну модель сімейного пристосування та адаптації, яку вони опублікували в 1987 році, М. МакКаббін і Г. МакКаббін розробили модель стійкості сімейного стресу, пристосування та адаптації. Додаючи до літератури, враховуючи культуру та більш постмодерністський погляд, модель стійкості все ще базувалася на формулі/моделі ABC-X [35].

Ще один зсув у розвитку теорії стресу цієї епохи відбувся, коли зосередилися на процесах. Р. Берр запропонував використовувати загальну екосистемну теорію для пояснення сімейного стресу. Він змінив «Профіль неприємностей», щоб проілюструвати процеси, які переживають сім'ї. Модель сімейного лиха також зосереджувалася на процесах і враховувала культуру [10].

В. Барр закликав вчених відкинути позитивістські погляди на користь парадигми сімейних систем. Вони запропонували вченим звільнитися від моделі ABC-X [11]. Незважаючи на цю пропозицію, у цю епоху П. Босс розширила формулу ABC-X, щоб розробити контекстну модель сімейного стресу, яка враховувала культуру. П. Босс припустила, що постмодерна ера розвитку теорії сімейного стресу почалася з її моделі. Незалежно від того, як називається ця епоха або коли саме вона почалася, вона бачила розробку моделей, зосереджених на сімейних значеннях, сімейних процесах, сильних сторонах сім'ї та сімейних контекстах і моделях, які враховували культуру, роблячи їх більш постмодерністськими за підходом [7].

### **1.3. Моделі і механізми подолання стресу**

Більш детально, термін подолання (копінг) відноситься до способів, якими люди реагують на проблемні ситуації та взаємодіють з ними. Життя постійно ставить перед людьми обставини, які можуть вплинути на їхнє фізичне чи психологічне благополуччя. Те, як вони справляються з такими ситуаціями, може визначити, чи подолають вони їх, чи зазнають низки небажаних наслідків.

Коен Ф. і Лазарус Р.С. визначили копінг як орієнтовані на дії та інтрапсихічні зусилля з управління середовищем і внутрішніми потребами, а також конфліктами між ними, які обтяжують або перевищують ресурси людини [16]. Пізніше Фолкман С. і Лазарус Р.С. переглянули це визначення як когнітивні та поведінкові зусилля, що постійно змінюються, щоб керувати конкретними зовнішніми та/або внутрішніми вимогами, які оцінюються як такі, що обтяжують або перевищують ресурси людини [22].

За словами Хобфолл С.Е., подолання – це одна з особливих сфер діяльності, спрямована на протистояння змінам стресу. Крім того, термін «подолання» в дослідженні стресу відноситься до набору поведінки, яку людина використовує в зусиллях впоратися зі стресовими ситуаціями, незалежно від того, чи приносять такі спроби користь [26].

Різні люди використовують різні стратегії подолання, неприйняття різних проблем спонукає людей використовувати різні стратегії подолання в різний час. Згідно з Бюттнером Г.М., подолання – це процес, який змінюється з часом. Людина може використовувати стратегію, орієнтовану на емоції, а потім перейти до стратегії, орієнтованої на проблему, або навпаки [19].

Існує різноманітність ідіосинкратичних заходів подолання, але в останні роки дослідники зазвичай використовують один із двох інструментів: вимірювання способів подолання або COPE. Обидва ці два інструменти зосереджені на двох типах подолання (фокус на проблемі та фокус на емоціях). Крім того, COPE було розроблено та розширено зі способу

подолання, але його класифікували як проблемний, орієнтований на емоції або інший спосіб подолання.

Психологи, які вивчають стрес, розрізняють стратегії подолання, які зосереджені на проблемі, і стратегії подолання, які зосереджені на емоціях. Подолання, зосереджене на проблемі, передбачає вжиття заходів для зміни джерела стресу, тоді як подолання, зосереджене на емоціях, передбачає зусилля, щоб змінити свою емоційну реакцію на стресор.

Проблемно-орієнтоване подолання – це раціональний підхід, який намагається змінити ситуацію, змінивши щось у середовищі або те, як людина взаємодіє з навколишнім середовищем. Тому цілком зрозуміло, що цей тип подолання спрямований на зменшення вимог ситуації або розширення ресурсів для вирішення проблеми.

Вважається, що подолання, орієнтоване на проблему (стратегії взяти на себе відповідальність, які мають справу з поточною проблемою або усувають стресори шляхом вирішення проблеми) часто посилюють відчуття контролю та зменшують стрес та його негативні наслідки, припускаючи, що ситуацію можна змінити.

Широкі відмінності, такі як вирішення проблем і зосередженість на емоціях, мають лише обмежену користь для розуміння подолання, тому дослідження подолання та його вимірювання розвинулися, щоб розглянути низку більш конкретних стратегій подолання. Копінг, орієнтований на емоції, використовується для управління всіма формами емоційного стресу, включаючи почуття депресії, тривоги, розчарування та гніву.

Відповідно до Замбла Е. та Гекоскі В.Л., люди з орієнтованим на емоції стилем подолання прагнуть покращити свої відчуття щодо проблемної ситуації, не змінюючи самої проблеми чи її сприйняття. Навпаки, люди зі стилем, зосередженим на проблемі, мають тенденцію вносити зміни у свою ситуацію або своє сприйняття ситуації, щоб зробити її меншою або щоб вона більше не викликала стрес [51].

Дослідження показують, що люди використовують обидва типи стратегій для боротьби з більшістю стресових подій. Переважання одного типу стратегії над іншим частково визначається особистим стилем (наприклад, деякі люди справляються активніше, ніж інші), а також типом стресової події; наприклад, люди, як правило, використовують методи, орієнтовані на проблему, щоб впоратися з потенційно контрольованими проблемами, такими як проблеми, пов'язані з роботою та сім'єю, тоді як стресори, які сприймаються як менш контрольовані, такі як певні види проблем із фізичним здоров'ям, спонукають до вирішення проблем більш орієнтованих на емоції.

Широкі відмінності, такі як вирішення проблем і зосередженість на емоціях, мають лише обмежену користь для розуміння подолання, тому дослідження подолання та його вимірювання розвинулися для розгляду різноманітних більш конкретних стратегій подолання.

Загальний сприятливий ефект від деяких видів діяльності, орієнтованих на емоції та проблеми, таких як інструментальна та емоційна соціальна підтримка, може мати місце, оскільки великі соціальні мережі забезпечують людям регулярний позитивний досвід і набір стабільних, соціально винагороджуваних ролей у спільноті. Такого роду підтримка може бути пов'язана із загальним благополуччям, оскільки вона забезпечує позитивний вплив, відчуття передбачуваності та стабільності життєвої ситуації та визнання власної гідності. Інтеграція в соціальну мережу також може допомогти позбутися негативного досвіду (наприклад, академічних, економічних чи юридичних проблем), який інакше збільшив би ймовірність психологічного чи фізичного розладу. Такий погляд на підтримку було концептуалізовано з соціологічної точки зору як «упорядкована соціальна взаємодія» або «вкоріненість» у ролі. І з психологічної точки зору як соціальна взаємодія, соціальна інтеграція, винагорода в стосунках або статусна підтримка.

Соціальна підтримка вважається одним із найважливіших підтипів подолання, орієнтованого на проблеми та емоції. Це може бути пов'язано з наслідками фізичного здоров'я через емоційно викликаний вплив на функціонування нейроендокринної чи імунної системи або через вплив на моделі поведінки, пов'язані зі здоров'ям, такі як куріння сигарет, вживання алкоголю або звернення за медичною допомогою. У крайньому варіанті модель основного ефекту постулює, що збільшення соціальної підтримки призведе до зростання добробуту незалежно від існуючого рівня підтримки. Крім того, є певні докази, які пояснюють основний вплив підтримки на основні показники здоров'я для контрасту між особами, які по суті є соціально ізольованими (тобто тими, хто має дуже мало соціальних контактів або взагалі не має), та особами з помірним або високим рівнем підтримки. Хоча докази не є переконливими, припущення полягає в тому, що може існувати мінімальний поріг соціального договору, необхідний для спостереження впливу на смертність, з незначним покращенням результатів здоров'я для рівнів підтримки, вищих за цей поріг.

Соціальна підтримка може відігравати певну роль у двох різних ланках причинно-наслідкового ланцюга, що зв'язує стрес із хворобою. По-перше, підтримка може втручатися між стресовою подією (і очікуванням цієї події) і стресовою реакцією, послаблюючи або запобігаючи реакції оцінки стресу. Тобто уявлення про те, що інші можуть і нададуть необхідні ресурси, може змінити потенційну шкоду, спричинену ситуацією, та/або зміцнити передбачувану здатність впоратися з нав'язаними вимогами, а отже, запобігти оцінці конкретної ситуації як надзвичайно стресової. По-друге, адекватна підтримка може втручатися між переживанням стресу та початком патологічного результату шляхом зменшення або усунення стресової реакції або прямого впливу на фізіологічні процеси. Підтримка може пом'якшити вплив оцінки стресу, запропонувавши вирішення проблеми, зменшивши

увягну важливість проблеми, заспокоївши нейроендокринну систему, щоб люди менше реагували на сприйнятий стрес.

Прийняття проблеми дуже важливо в житті, люди повинні прийняти свої проблеми і сприймати це як виклик. Дослідження, проведене Фархоллом Дж. і Герке М., показало, що прийнятність має найвищий середній бал подолання, за яким йдуть позитивне переосмислення, зростання та активне подолання [20]. Прийняття також було найсильнішим фактором у їхньому дослідженні. Пошук соціальної підтримки з емоційних причин мав найнижчий середній бал. Це має турбувати медичних працівників, які часто сприймають себе як постачальників емоційної підтримки. Учасники цього проекту повідомили, що вони рідко шукають емоційної підтримки, що, можливо, пов'язано зі стигмою, пов'язаною зі стресом. Цікаво, що дистрес був позитивно пов'язаний із проблемно-орієнтованим подоланням. Можливо, страждання спонукає людей намагатися вирішити проблеми.

Дослідження стилів подолання, орієнтованих на емоції, таких як дистанціювання, уникнення втечі та прийняття відповідальності, було пов'язане з високим рівнем психологічного дистресу в кар'єрі, підтверджуючи деякі попередні висновки. Квайгаген М.П. засвідчує, що фантазування (інтрапсихічне) обернено пов'язане з благополуччям клієнтів [42]. Використання орієнтованих на емоції стратегій подолання допомагає уникнути реального зіткнення з проблемою, і, як повідомляється, демонструє позитивний зв'язок із депресією та негативний зв'язок із задовільним результатом. Однак результати цього дослідження суперечать результатам, повідомленим Перліном Л.І. і Скулером К., які виявили, що стратегії, котрі включають перцептивні спотворення реальності (наприклад, інтрапсихічні), є адаптивними, особливо коли стресова ситуація була неминуча [40]. Цілком можливо, що ці розбіжності пов'язані з природою стресора.

3. Фройд писав про згубний вплив релігії на психологічний розвиток і передбачив, що релігія – це ілюзія, яка не має майбутнього. Адвокат Р. Яо

заснував групу під назвою «Анонімні фундаменталісти», покликану допомогти людям подолати так званий «емоційний дистрес» консервативного релігійного виховання. Серед цієї групи – консультант Д. Слот, який назвав свою нещодавню книгу «Небезпеки дорослішання в християнському домі», і каліфорнійський священник Бук, який з'являвся в ряді телевізійних ток-шоу, попереджаючи громадськість про шкідливі наслідки те, що він назвав «релігійною залежністю».

Хоча про застереження З. Фрейда, Р. Яо та Д. Слоута чули багато, найбільш гучним прихильником того, що релігія шкідлива для психічного здоров'я, був такий психолог, як А. Елліс, засновник раціональної емоційної психотерапії. А. Елліс у брошурі під назвою «Доводи проти релігії» перелічує кілька аспектів релігії, які, на його думку, заважають людям стати психічно здоровими. До них належать його твердження про те, що релігія:

- змушує людей відчувати себе винними та стурбованими покайням, коли вони повинні прийняти свою людськість і жити далі;
- заохочує людей покладатися на Боже керівництво, коли вони повинні бути автономними та самокерованими;
- потурає прагненню людей до певності та передбачуваності в житті, коли вони повинні бути готові жити сміливо з двозначністю та хиткістю;
- дозволяє людям думати, що зміни відбуваються магічними ритуалами, а не логічними міркуваннями та важкою працею [19].

Дослідження, проведене Донахью М.Дж., показало, що існує позитивний зв'язок між релігією та психічним і фізичним здоров'ям. Зокрема, регулярні релігійні практики (на відміну від певних вірувань), такі як відвідування церкви чи синагоги, молитви та читання Святого Письма, як було показано, пов'язані з позитивним психічним і фізичним здоров'ям. Крім того, він припустив, що релігійно віддані жінки, які зазнали побоїв, страждають від менш серйозних симптомів, ніж жінки без такої відданості.



Однак його дослідження також показує, що жінки, які пережили побиття, відвідують релігійні служби рідше, ніж жінки контрольної групи, які перебувають у неблагополучному шлюбі [18].

### **Висновки до розділу 1**

Запропоноване тлумачення стресу, хоч і може бути складним, має перевагу в тому, що воно одночасно є відносно всеосяжним і водночас конкретним у своєму визначенні змінних, «пов'язаних зі стресом». Таким чином, модель піддається перевірці гіпотез. Через взаємну взаємозалежність багатьох змінних дуже важливо, щоб усі змінні були концептуально відмінними та мали адекватні визначальні критерії, щоб можна було спробувати відтворити дослідження. Подальшою вимогою для розуміння зв'язку стресорів і опосередкованих змінних із фізичним і психологічним захворюванням є чітке з'ясування напряму впливу цих взаємозв'язків, і це залишається, можливо, найважчою проблемою для вирішення.

Теорія індивідуального стресу та теорія сімейного стресу мали паралельний розвиток, починаючи з початку 1920-х років. Індивідуальні теоретики стресу прийшли в основному з галузей психобіології, соціології, психіатрії та антропології. Теоретики сімейного стресу прийшли в основному з соціології, психіатричної соціальної роботи, медсестринства та сімейних наук. У моделях є неузгодженості у визначеннях понять. Наприклад, ранні дослідники сімейного стресу використовували термін криза для того, що ми зараз називаємо стресором у теорії стресу, що призвело до певної плутанини серед тих, хто вивчає цю теорію.

Як правило, хронічний стрес спричиняє найбільші негативні наслідки, як психічні, так і фізичні. Було висунуто багато теорій щодо стресу та його подолання, однак переважна думка щодо стресу полягає в тому, що потрібно ще багато чому навчитися. Основи та процеси, пов'язані зі стресом, не були повністю зрозумілі, що перешкоджає нашим знанням про те, як і чому стрес

впливає на організм людини, а також на її мислення. Як тільки причини та наслідки стресу будуть повністю з'ясовані. У підсумку, стрес і механізми подолання поєднуються, але який метод найкраще використовувати, залежить від типу стресу та індивідуальних потреб.

## **РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСОВОЇ СИТУАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

### **2.1. Посттравматичний стрес як найбільш характерна ситуація для внутрішньо переміщених осіб**

Війна в Україні знову привернула увагу до наслідків переживань учасників збройного конфлікту на їх психічне здоров'я, включаючи посттравматичний стресовий розлад, і, як наслідок, існує велика кількість досліджень щодо поширеності посттравматичного стресового розладу серед внутрішньо переміщених осіб.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР; англ. PTSD; в'єтнамський синдром, афганський синдром) – комплекс психічних розладів, що є проявом дезадаптивного відстроченого або затяжного реагування на стресові події надзвичайно загрозливого чи катастрофічного характеру [56]. Він пов'язаний із травмою та стресом, характеризується значною психосоціальною захворюваністю, зловживанням психоактивними речовинами та іншими негативними наслідками для фізичного здоров'я [48]. Фактори ризику, пов'язані з прогресуванням до хронічного ПТСР, недостатньо вивчені. Хоча в невеликому відсотку випадків може бути генетичний компонент, екологічні та біологічні фактори (наприклад, погана психосоціальна підтримка, історія травми, історія проблем з психічним здоров'ям) також можуть бути важливими факторами ризику.

Симптоми посттравматичного стресового розладу включають небажане повторне переживання травматичної пам'яті (реакції, кошмари, тригерні емоційні реакції), пасивне та активне уникнення переживання (емоційне заціпеніння, уникнення дискусій про травматичну подію) [41]. Багато інших симптомів посттравматичних стресових розладів, таких як підвищене збудження, уникнення та оніміння, збігаються з іншими психічними

розладами, такими як генералізований тривожний розлад, панічний розлад і депресія. Таким чином, важливо визначити, чи людина повторно відчуває симптоми, пов'язані з травматичною подією [43]. Коли клієнти неодноразово стикаються зі спогадами, які їх лякають, і водночас знаходяться в безпечному середовищі, з часом ця процедура може призвести до зниження тривоги, пов'язаної зі спогадами про страх. Цей процес називається зникненням страху, і було досягнуто значного прогресу в розумінні основних молекулярних механізмів [6].

ПТСР концептуалізується як невдача у відновленні, спричинена частково зміненим переживанням страху; тобто нездатність погасити поведінкові реакції на стимули, пов'язані з травмою. Після травми симптоми ПТСР є майже універсальними; однак багато людей здатні з часом протистояти подразникам страху, такими як спогади, нагадування або візуальні сигнали, з поступовим зменшенням страху. Якщо цього зменшення не відбувається, люди схильні розвивати когнітивні стратегії та стратегії уникнення, намагаючись уникнути тривожних емоцій. Згодом ці стратегії перешкоджають зникненню страху, обмежуючи вплив безпечних нагадувань. Зміни в переживанні страху охоплюють гіпокамп, мигдалеподібне тіло та префронтальну кору. Гіпокамп бере участь у здатності згадувати безпечні епізоди, коли стикаються зі страшними подразниками. Дослідження показали, що об'єм гіпокампу зменшується у клієнтів із ПТСР, але це може бути фактором ризику, а не наслідком [49].

Розглянемо причини виникнення ПТСР.

Гени. Наразі багато вчених зосереджуються на генах, які відіграють роль у створенні спогадів про страх. Розуміння того, як створюються спогади про страх, може допомогти вдосконалити або знайти нові заходи для зменшення симптомів ПТСР [1]. Наприклад, дослідники посттравматичного стресового розладу точно визначили гени, які виробляють статмін – білок, необхідний для формування спогадів про страх.

Зони мозку. Вивчення частин мозку, які беруть участь у боротьбі зі страхом і стресом, також допомагає дослідникам краще зрозуміти можливі причини ПТСР. Однією з таких структур мозку є мигдалеподібне тіло, відоме своєю роллю в емоціях, навчанні та пам'яті. Схоже, що мигдалеподібне тіло активне під час набуття страху або переживанні страшної події, а також на ранніх стадіях згасання страху або навчання не боятися. Зберігання спогадів про зникнення та послаблення початкової реакції страху, очевидно, залучає область префронтальної кори мозку, яка бере участь у таких завданнях, як прийняття рішень, вирішення проблем і судження. Деякі області префронтальної кори відіграють дещо інші ролі. Наприклад, коли джерело стресу вважається контрольованим, медіальна префронтальна кора пригнічує мигдалеподібне тіло, центр тривоги глибоко в стовбурі мозку, і контролює реакцію на стрес. Вентромедіальна префронтальна кора допомагає підтримувати довготривале згасання страшних спогадів, і розмір цієї області мозку може впливати на здатність робити це. Індивідуальні відмінності в цих генах або ділянках мозку можуть лише створювати основу для посттравматичного стресового розладу, фактично не викликаючи симптомів. Фактори навколишнього середовища, такі як травма в дитинстві, травма голови або психічне захворювання в анамнезі, можуть додатково підвищити ризик для людини. Крім того, особистісні та когнітивні фактори, такі як оптимізм і схильність сприймати виклики позитивно чи негативно, а також соціальні фактори, такі як наявність і використання соціальної підтримки впливають на те, як внутрішньо переміщені особи адаптуються до травми.

Розглянемо критерії діагностики ПТСР. Критерій стресора «А» вказує на те, що особа зазнала катастрофічної події, пов'язаної з фактичною або загрозовою смертю чи травмою, або загрозою фізичній цілісності її/інших (наприклад, сексуальне насильство). Непрямий вплив включає інформацію про насильницьку або випадкову смерть або вчинення сексуального насильства щодо близької людини. Оприлюднення через електронні засоби

масової інформації (наприклад, телевізійні зображення нападів на Всесвітній торговий центр 11 вересня) не вважається травматичною подією. Важливо розуміти, що однією з нових особливостей є те, що всі ці симптоми повинні були виникнути або значно посилитися після впливу травматичної події. Вчені визначають критерії діагностики посттравматичного стресового розладу. До них належать:

- вплив травматичної події, яка включала реальну або загрозливу смерть чи травму (самому чи іншим) або загрозу фізичній цілісності,
- реакція людини на травматичну життєву подію повинна включати сильний страх, безпорадність або жах,
- постійне повторне переживання події (критерії вказують на те, що особа повинна мати один або більше симптомів повторного переживання),
- постійне уникнення подразників, пов'язаних із травмою, і притуплення загальної чутливості (три або більше симптомів уникнення),
- два або більше постійних симптомів збудження,
- тривалість симптомів має тривати більше одного місяця
- симптоми повинні викликати клінічно значущий дистрес або порушення функціонування [17].

## **2.2. Теорії посттравматичного стресу у внутрішньо переміщених осіб**

Цікаво, що глобалізація посттравматичного стресового розладу відбулася одночасно з появою іншого дискурсу, який став об'єктом особливої уваги наприкінці 20 століття – нейроцентризму. У соціальній уяві зростаюче сприйняття автономії мозку у володінні властивостями та реагуванні на дії, які раніше вважалися самовладанням та свідомістю, перетворили мозок-орган на справжнього соціального актора, давши життя

персонажу, який став широко відомим як «церебральний суб'єкт». Вибух нейроцентризму переніс поле травматичного стресу на абсолютно нову арену. Після «десятиліття мозку» у 1990-х роках інтелектуальні, технологічні, політичні та соціальні трансформації вплинули на природничі науки, і дослідники з інших галузей почали вивчати аспекти явища, яке було названо «нейронним поворотом», «неврологічним поворотом», або «нейронауочним поворотом» [47].

Умови для такого підходу до травми були створені завдяки технологічному прогресу, який дозволив успішно досліджувати ідентифікацію основних біологічних механізмів на тваринних моделях для обумовлення страху. У 1992 році Фоа Е.Б. стверджував, що подібність між симптомами індивідів з діагнозом посттравматичний стресовий розлад і тварин, які зазнали непередбачуваних і неконтрольованих аверсивних подій, окрім вказівки на загальні етіологічні фактори, консолідувала належну тваринну модель розладу [21]. Цей сценарій сприяв перебудові, яка відокремила конструкт ПТСР від інших посттравматичних стресових синдромів (таких як розлад адаптації або короткочасний реактивний психоз) і відкрив шлях для зв'язку, який зараз спостерігається між психологічною травматологією та нейронауочними дисциплінами. Відтоді розуміння біологічних наслідків насильства виявило б їх церебральні кореляти через зміни у фізіології збудження центральної нервової системи (ЦНС), автономної нервової системи (АНС) і різні ефекти нейроендокринних механізмів.

Для еволюційної біології навчання та згасання страху, а також поведінка уникнення відповідають механізмам відповіді, що вказують на еволюційну історію людини, і є частиною адаптивної системи, мета якої полягає в управлінні небезпекою середовища; тобто мати справу із загрозою небезпеки та наслідками уявного насильства в його тривіальному вимірі, як буденним фактом і неминучою умовою існування. Епістемологічна

парадигма, яка орієнтує цей погляд на насильство, робить ставку на зміну раціональності, яка дозволила створити саму категорію хвороби ПТСР, оскільки травма вважалася очікуваною частиною нашого середовища еволюційної адаптації. Крім того, те саме еволюційне припущення виправдовувало використання тваринних моделей для вивчення систем з аналогами в людському мозку. Стосовно цієї теми Єгуда та Лідо стверджують наступне: «Теоретичний зв'язок між екстремальним стресом і розвитком посттравматичного стресового розладу надав обґрунтування ранніх гіпотез про те, що біологічні зміни, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом, будуть подібні за напрямком до тих, що спостерігаються гостро у тварин, які зазнали стресових факторів» [50].

Проте, якщо насильство – це вид досвіду, який супроводжував людей із самого світанку людства – і є беззаперечним те, що травматичний стрес викликає подальші трансформації в самому функціонуванні апарату мозку – ми повинні очікувати знайти його сліди в дизайні наших мізків і тіл [30]. Це основний принцип, який надає міцності еволюційній біології та нейропсихології та організовує весь ланцюжок наступних теоретичних і клінічних розробок.

Базуючись на метафорі надмірної емоційної стимуляції, Д. Колб мав на меті розробити комплексну теорію посттравматичних ознак і симптомів, у якій принцип функціональних змін кортикальних нейронів і синаптичної обробки мав на меті пояснити ефекти аверсивної стимуляції інтенсивних спогадів [31]. Пізніше багато нейропсихологічних і нейробіологічних моделей травматичного стресу домінували в наукових публікаціях, пропонуючи доповнення до піонерської теорії Д. Колба. Одне з переформулювань точки зору Д. Колба інтерпретувало посттравматичний стресовий розлад як психологічний розлад, що є наслідком інтенсивної нейронної стимуляції, що спонукає мозковий апарат розвивати підвищену чутливість у лімбічній системі. Це явище неврологічної гіперчутливості



дозволило позначити ПТСР як класичний фізіологічний невроз, у якому анатомічні та фізіологічні нейрони трансформації слугували б основою для послідовної надзвичайної нейрональної збудливості. У відповідності з цією точкою зору Б. Ван дер Колк розглядає ПТСР як патологічну нездатність модулювати збудження [46].

Сучасні нейронаукові дослідження намагалися пояснити нейробиологічні субстрати посттравматичного стресового розладу, щоб проілюструвати основні фактори ризику та вразливості. Коли дослідження епідеміологічної поширеності показали, що лише у меншості осіб, які зазнали потенційно травматичних подій, насправді розвивається психіатричний синдром, у цій галузі виникла альтернативна гіпотеза, згідно з якою посттравматичний стресовий розлад є збоєм механізмів, залучених до відновлення фізіологічного гомеостазу, можливо, в результаті попередньої індивідуальної схильності. Таким чином, посттравматичний стресовий розлад найкраще описується як стан, при якому процес відновлення після травми порушений. Відповідно до Б. Ван дер Колка, при ПТСР критична рівновага між мигдалиною та медіальною префронтальною корою радикально змінюється, перешкоджаючи контролю емоцій та імпульсів. Нейровізуалізаційні дослідження на людях у дуже емоційних станах «показують, що інтенсивний страх, смуток і гнів посилюють активацію підкіркових областей мозку, пов'язаних з емоціями, і значно знижують активність у різних областях лобової частини, зокрема в медіальній префронтальній корі. Коли це відбувається, гальмівна здатність лобової частки знижується, і люди «втрачають почуття» [46].

Перший виклик для нейронаукової теорії людської травми полягає в дедуктивному методі зібраних матеріалів. Оскільки посттравматичний стресовий розлад є клінічним синдромом, який виражається невгамовною реакцією страху, результати нейровізуалізації, які свідчать про перебільшені реакції в мигдалеподібному тілі, здатні не тільки повторити, але й пояснити

природу розладу мозку при ПТСР. Різниця між нормальною реакцією на страх і патологічним станом, сформованим тією ж емоцією, ускладнює визначення того, чи спостережувана біологічна зміна справді є аспектом фізіології хвороби [50]. Таким чином, щоб підтвердити патогенез у точці конвергенції між впливом травматичного стресу та біологічними змінами все ще є інтерпретаційною та дещо загадковою операцією, оскільки висновок про причинно-наслідковий зв'язок між інформацією нейровізуалізації та відповідною фізіологічною чи функціональною реакцією не є остаточним доказом даного феномену, а просто атрибутивною операцією, притаманною нейронауковому методу [47]. Крім того, моделі стресу та страху охоплюють значно обмежену частину людського психологічного досвіду травми. Здається малоймовірним, що культурні моделі поведінкової нейронауки можуть інформувати людські нейронаукові дослідження культури.

Як це трапляється з відкриттями стресу, ще одним обмеженням звичайної моделі зумовлення страху – і її акценту на взаємодії між мигдалиною та медіальною префронтальною корою є те, що вона не може пояснити, чому лише деякі люди, які піддаються впливу страху, розвивають психопатологічний синдром. Хоча посттравматичний стресовий розлад є відносно рідкісним станом, симптоми цього синдрому присутні майже в усіх протягом кількох днів після травми [36]. Це відкриття підтверджує позицію, згідно з якою зміни, що вказують на стрес, символізують відображення нейробіологічно детермінованої універсальної фізіологічної реакції, відновлюючи старі дебати щодо можливої транскультурної достовірності травматичних розладів. Тим часом, складність у дослідженні функціонування мозку в культурно значущих контекстах полягає лише в вираженні іншого окремого етапу розвитку в суперечливому застосуванні моделей зумовлення стресу та страху для розробки теорій травми в нейронаукових дослідженнях.

Крім того, донедавна дослідникам не вистачало технології для вивчення цих питань на людях. Навіть маючи серйозні зміни в обсязі

доступних на даний момент даних і методів для розуміння структури та функції людського геному, пов'язані з молекулярною біологією – або розквітом нейровізуалізації людини за останні три десятиліття – потрібен час, щоб представити переконливі відкриття про взаємну структуру генів, мозку, розуму та культури. Дослідження під назвою «нейро-» та «психо-» спонукало все більшу кількість критично налаштованих нейробіологів задокументувати втручання дослідників у побудову теорій та методологічних планів майбутніх експериментів. У той час як у сфері психології 95% психологічних зразків надходять із країн, де проживає лише 12% світового населення, лише в області нейровізуалізації людини 90% рецензованих досліджень походять із західних країн [15].

Оскільки нейробіологія травми може призвести до певних міжкультурних відмінностей у симптоматиці, ми можемо припустити, що для спеціалізованих нейронаукових моделей буде складно зрозуміти численні онтологічні виміри травматизації, але так само навіть існування локальної біології травми [25].

Передбачувана ізономія між реакціями людини та тварин на загрозу або переживання болю та травми є фундаментальною передумовою для розгалуження нейробіологічної архітектури, яка нібито робить висновок про людську травму на основі моделей стресу та страху у тварин; однак ця концептуальна система еквівалентів і зв'язків, не перешкоджає доступу до культурних вимірів патогенної причинності. Замаскована під аналогію між травматичним досвідом людини та тварин, гіпотеза взаємодії між біологічною сприйнятливістю та травматичною подією надає особливий етіологічний формат посттравматичного стресового розладу, оскільки він об'єднує впізнавану соціальну причину та унікальний біопсихологічний профіль. З цієї онтологічної характеристики формулювання цієї сутності, ми одночасно маємо єдиний психіатричний стан з цілком визначеною етіологією та ймовірністю того, що цей розлад походить від соціальних причин.

Ця умова можливості остаточно формує інтегративні підходи до феномену травми в нейронауковій сфері. Ґрунтуючись на симптоматичних проявах, коли дослідження зосереджено на минулому та коли антропологічні міркування дозволяють побачити ідіоматичні вираження страждання, те, що має місце, є плюралістичною концептуальною структурою, яка є необхідною для культурно комплексних структур [25]. Відкриття того, як нейроанатомічні відмінності відображають культурні впливи, або ступінь, до якого різноманітні культурні контексти виробляють систематично відмінні структури мозку, є заявами, які можуть бути виведені з підтвердження можливого зв'язку між культурними факторами та нейробіологічним функціонуванням. На перетині між нейробіологічними та соціальними дослідженнями травми, певний оптимізм був вкладений у підходи, здатні розробити моделі, чутливі до знайомих культурних контекстів людського досвіду. Такими є приклади когнітивної нейропсихології та культурної нейронауки, які намагаються зробити висновок, як цінності та норми систем спільних значень, передбачених даним культурним сценарієм, формують біологічні та психологічні процеси.

Обмежена теорією подвійної спадковості, модель взаємодії генів і середовища має на меті пояснити, як генетичні фактори впливають на психологічні результати індивідів – не через пряме втручання, а через поміркованість даних середовища щодо їх детермінованого потенціалу. Ця ж прерогатива зміщує актуальність від поняття генетичного ризику до більш точного розуміння сприйнятливості до впливу навколишнього середовища, де очікується, що певні гени будуть пов'язані зі ступенем чутливості до певних аспектів подразників навколишнього середовища. Базуючись на цій ідеї диференціальної сприйнятливості, модель взаємодії генів і культури припускає, що генетичні впливи формують поведінкові та психологічні схильності і що культурні впливи можуть формувати соціальний прояв цих схильностей у формі поведінки або їх індивідуальний прояв через

психологічні результати. Це говорить про існування генетичної основи сприйнятливості до навколишнього середовища, що організовує (більшою чи меншою мірою) специфічну поведінку, виражену в певних культурних рамках.

У тій мірі, в якій людська поведінка є результатом нейронної активності, культурна варіація поведінки, ймовірно, виникає внаслідок культурної варіації нейронних механізмів, що лежать в основі такої поведінки, підтверджуючи безліч даних культурної психології про вплив культури на психологічні процеси та поведінку. Культурне розмаїття і біологічна мінливість свідчать про існування взаємодії між культурними процесами та біологічними механізмами для створення неоднорідності, що підпадає під ярлик посттравматичних стресових розладів, і, за певною мірою, до інших корельованих посттравматичних станів. Крім того, культурні варіації в нейронних механізмах, ймовірно, існують навіть за відсутності культурних варіацій на генетичному чи поведінковому рівні. У цьому сенсі нейронаука особливо корисна для визначення того, коли дві очевидно різні розумові операції відповідають за основні процеси, і навпаки, коли дві очевидно подібні операції походять від абсолютно різних нейронних процесів [2].

Оскільки низка біологічних знахідок визнає взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом і гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковою віссю, що робить існування однозначного профілю малоімовірним для цього стану/психопатології, ймовірно, існують також різні шляхи, створені через варіації в середовищах розвитку травми, у передтравматичній обстановці, у типах і значеннях травматичного досвіду та в обставинах після травматичних впливів [25]. Таким чином, інтерпретація травматичного явища на основі біокультурної перспективи може полегшити розробку зручних інтегративних моделей для більш точного розуміння

страждань, пов'язаних з кількома посттравматичними станами, і найбільш відповідних відповідних втручань.

Розбіжності між пояснювальними матрицями для культурного розмаїття нейронних механізмів – для деяких це є наслідком поліморфізму генів; для інших, що походить, по суті, з детермінуючого соціального контексту для біологічної відповіді в психопатології – тим не менш, не виключає загального постулату, а саме, що розглядати культуру та біологію як незалежні процеси вироблятиме неповні та, можливо, двозначні інтерпретації [25]. Інтерактивна модель, яка досліджує те, як біологія та культура спільно виробляють життєвий досвід, включаючи посттравматичний стресовий розлад, було б вирішальним для з'ясування факторів ризику та відновлення в посттравматичних станах.

### **2.3. Методи і форми психологічної допомоги для подолання стресової ситуації внутрішньо переміщеним особам**

Перше покоління досліджень з профілактики посттравматичних стресових розладів було зосереджено головним чином на універсальній профілактиці (тобто надання втручання всім людям, які зазнали травми, незалежно від симптомів або ризику розвитку ПТСР). Однак, ґрунтуючись на доказах того, що аналіз результатів для всіх людей, які зазнали певних травм, не зменшив посттравматичний стресовий розлад і більшість людей, які зазнали травми, відчувають симптоми посттравматичного стресового розладу, але не розвивають посттравматичного стресового розладу та супутнього функціонального порушення, нова модель профілактики посттравматичного стресового розладу, цілеспрямована профілактика, породила друге покоління досліджень профілактики ПТСР. Метою цільової профілактики є виявлення серед усіх людей, які зазнали травми, тих осіб, які мають високий ризик розвитку розладу посттравматичного стресового розладу, а потім втручання лише у тих, хто має високий ризик [23].

Основними методами лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є психотерапія та медикаменти. Змиритися з травматичними подіями буває дуже важко, але протистояти своїм почуттям і звернутися за професійною допомогою часто є єдиним способом ефективного лікування ПТСР. ПТСР можна успішно лікувати через багато років після травматичної події, а це означає, що ніколи не пізно звернутися за допомогою.

Перед лікуванням посттравматичних стресових розладів буде проведена детальна оцінка симптомів, щоб переконатися, що лікування відповідає індивідуальним потребам. Лікар загальної практики часто проводить первинне обстеження, потім клієнта направлять до спеціаліста з психічного здоров'я для подальшого обстеження та лікування, якщо симптоми посттравматичних стресових розладів спостерігаються більше чотирьох тижнів або ці симптоми є дуже важкими. Існує ряд спеціалістів із психічного здоров'я, до яких людина може звернутися, якщо у неї посттравматичний стресовий розлад, наприклад: психолог, експерт у тому, як працює розум, громадська психіатрична медсестра, медсестра, яка спеціалізується на психічному здоров'ї, психіатр, спеціаліст із психічного здоров'я, який діагностує та лікує психічні розлади [39].

Якщо у людини легкі симптоми посттравматичних стресових розладів або вони спостерігалися менше чотирьох тижнів, вчені рекомендують підхід, який називається «пильне очікування». Пильне очікування включає ретельний моніторинг симптомів, щоб побачити, чи покращуються вони чи погіршуються. Іноді це рекомендується, тому що у 2-х з кожних 3 людей, у яких виникають проблеми після травматичного досвіду, стан може покращитись без лікування протягом кількох тижнів. Якщо людині назначається пильне очікування, то вона має записатися на контрольний прийом до лікаря на місячний термін [39].

Два основних типи психотерапії, які використовуються для лікування людей з ПТСР – це когнітивна поведінкова терапія (КПТ) та десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей [39].

Когнітивна поведінкова терапія це тип терапії, який спрямований на те, щоб допомогти людині впоратися зі своїми проблемами, змінивши спосіб мислення та дій. КПТ, орієнтована на травму, використовує низку психологічних методів лікування, щоб допомогти клієнту примиритися з травматичною подією. Наприклад, терапевт може попросити клієнта зіткнутися зі своїми травматичними спогадами, детально обміркувавши свій досвід. Під час цього процесу терапевт допоможе впоратися з будь-яким дистресом, який відчуває клієнт, одночасно визначаючи будь-які марні думки чи неправильні уявлення про цей досвід. Роблячи це, терапевт може допомогти контролювати свій страх і страждання, змінивши негативне ставлення до свого досвіду, наприклад, відчуття, що людина сама винна в тому, що сталося, або страх, що це може повторитися. Клієнта також можуть заохотити поступово відновити будь-яку діяльність, яку він уникав з моменту травмуючого досвіду. Зазвичайзначається кілька щотижневих сеансів КПТ, хоча може знадобитися менше, якщо лікування розпочнеться протягом одного місяця після травматичної події. Сесії, на яких обговорюється травма, тривають приблизно 60 хвилин [39].

Дітям і молодим людям із посттравматичним стресовим розладом зазвичай рекомендується КПТ, орієнтована на травму. Зазвичай це включає в себе курс із занять, адаптованих відповідно до віку, обставин і рівня розвитку дитини. За необхідності лікування включатиме консультації та залучення сім'ї дитини. Дітям і молодим людям з ПТСР рекомендована психічна допомога.



## **Висновки до розділу 2**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це розлад, пов'язаний із травмою та стресом, характеризується значною психосоціальною захворюваністю, зловживанням психоактивними речовинами та іншими негативними наслідками для фізичного здоров'я. Фактори ризику, пов'язані з прогресуванням до хронічного ПТСР, недостатньо вивчені. Хоча в невеликому відсотку випадків може бути генетичний компонент, екологічні та біологічні фактори (наприклад, погана психосоціальна підтримка, історія травми, історія проблем з психічним здоров'ям) також можуть бути важливими факторами ризику.

ПТСР наразі вважається домінуючою психопатологічною категорією, яка зосереджує у своїй орбіті численні напрямки фінансування досліджень і безліч досліджень, зацікавлених у представленні феномену травми на основі описової моделі. ПТСР з'являється як точка злиття різноманітних галузей знань – місце перетину нейронаук, психіатрії та психологічної травматології, чие переважання вказує на солідарність, яка передає епістему травми та нейронаук. Результати дослідження свідчать про зростаюче використання нейронаукових технологічних інструментів у вивченні та розумінні розладів, пов'язаних із психологічною травмою. Однак, на відміну від інших наукових галузей, яким нейронауки особливо нав'язали свій метод, було б більш точним сказати, що відбувся обмін із взаємним переходом нейронаукової моделі, яка поширювалася на всесвіт травматизації. Необхідно підкреслити непослідовність у застосуванні нейроповедінкових моделей стресу та страху у тварин для розуміння складності біопсихосоціального досвіду людини. Такі моделі, засновані на парадигмі насильства як еволюційного стану, властивого виду, зазвичай призводять до спрощення культурного досвіду з метою збереження передбачуваної ізономії функціонування мозку людини та тварини, що гарантує корисність та адекватність його експериментальних доказів.

Основними методами лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є психотерапія та медикаменти. Змиритися з травматичними подіями буває дуже важко, але протистояти своїм почуттям і звернутися за професійною допомогою часто є єдиним способом ефективного лікування ПТСР.

## **РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛЮДИНИ В СИТУАЦІЇ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ**

### **3.1. Організація і проведення дослідження**

Дослідження проводилося в онлайн формі. Вибірку склали 50 внутрішньо переміщених осіб з Харківської, Херсонської та Запорізької областей, серед яких 21 жінка, 29 чоловіків віком від 19 до 60 років.

З метою визначення домінуючих копінг-стратегій особистості ми використали методика «Індикатор копінг-стратегій CSI».

Методика являє собою короткий самооцінний опитувальник що складається з 33 тверджень, що визначає домінуючі копінг-стратегії, їх виразність у структурі поведінки, котра справляється зі стресом. Тристадійний факторний аналіз різноманітних ситуаційно-специфічних копінг-відповідей на стрес дозволяє визначити три базові копінг-стратегії: вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, уникнення (ухилення).

Під час обробки використовується спеціальний «ключ», за допомогою якого отримують загальні бали за відповідною стратегією:

*Таблиця 3.1*

#### **Ключ до методики «Індикатор копінг-стратегій CSI»**

Домінуюча копінг-стратегія	Пункти опитувальника, номер
Вирішення проблем	2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17,20,29,33
Пошук соціальної підтримки	1, 5, 7, 12, 14, 19, 24, 23, 25, 31, 32
Уникнення	4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30

Для отримання загального балу за відповідною стратегією підраховується сума балів за всіма 11 пунктами, що належать до цієї стратегії. Мінімальна оцінка за кожною шкалою – 11 балів, максимальна – 33

бали. У випадку пропуску двох і більше пунктів обробка даних випробуваного не проводиться.

При інтерпретації результатів, що переважаючою вважається стратегія, сума балів за якою вище за інші більш ніж на три бали.

Для діагностики типових способів подолання стресових ситуацій (копінг-стратегій) ми використали тест «Подолання важких життєвих ситуацій (ПВЖС)».

Копінг-стратегії визначені 20 шкалами та 6 твердженнями в кожній. У сумі опитувальник містить 120 тверджень, на які тестується п'ять варіантів відповіді.

Під час обробки результатів підраховувалася сума балів за кожною шкалою відповідно до ключа. Аналіз результатів проводився за окремими шкалами (сума набраних балів).

Шкали 1–10 стосуються дій, спрямованих на зменшення (зниження) стресу та принципово придатні для цього. Вони позначені коротко як «позитивні стратегії».

Шкали 13–18 стосуються шляхів подолання стресу, які можуть посилити стрес, коротко «негативні стратегії».

Шкали 11 – «соціальна необхідність підтримки», 12 – «уникнення», 19 – «агресія», 20 – «прийом ліків» не можуть бути віднесені однозначно до однієї з цих категорій.

Для діагностики механізмів психологічного захисту було використано методику «Індекс життєвого стилю Келлермана Плутчика». Досліджувані показники: витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проекція, компенсація, гіперкомпенсація.

### **3.2. Результати емпіричного дослідження**

З метою визначення показників виразності копінг-стратегій особистості ми використали методику «Індикатор копінг-стратегій CSI».

Аналіз результатів показав, що у більшості респондентів спостерігається виразне переважання копінг-стратегії «вирішення проблем» (55%). Для таких людей характерна активна поведінкова стратегія, при якій людина намагається використовувати всі наявні в неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.

Переважає копінг-стратегія «пошук соціальної підтримки» спостерігається у 38% респондентів. Ця стратегія дозволяє за допомогою актуальних когнітивних, емоційних та поведінкових відповідей успішно впоратися зі стресовою ситуацією. Для таких людей характерне прагнення до звернення за допомогою до однодумців або просто людей, що перебувають. Даний метод копінг-стратегії найчастіше використовується людиною під час особистого горя, втрати, нещастя, щоб не бути самотнім у скрутну хвилину та швидше пережити цю ситуацію.

За шкалою «уникнення проблем» виявлено найнижчі показники. Ця стратегія переважає у 7% респондентів. Це свідчить, що серед даних респондентів активно використовується стратегія уникнення. Використання цієї стратегії можна розглядати як спосіб уникнути контакту з навколишньою дійсністю, уникнути вирішення проблем. Випробувані також можуть використовувати пасивні способи уникнення, наприклад, відхід у хворобу або вживання алкоголю, наркотиків тощо. Використання даної стратегії обумовлено недостатністю розвитку особистісно-середовищних копінг-ресурсів і навичок активного вирішення проблем.

Аналіз статевих відмінностей у переважанні використовуваних копінг-стратегій показав, що більшість чоловіків даної вибірки вважають за краще використовувати у своїй поведінці стратегію «вирішення проблем». Це говорить про те, що дані респонденти мають здатність визначати проблему та знаходити альтернативні рішення, ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, сприяючи збереженню як психічного, так і фізичного здоров'я. У чоловіків переважання цієї стратегії спостерігається більше, ніж у жінок.

У жінок спостерігається перевага стратегії пошуку соціальної підтримки, яка виражена більше, ніж у чоловіків. Це означає, що серед жінок більш характерне прагнення до звернення за допомогою до однодумців або просто людей, що перебувають поряд.

На останньому місці як у чоловіків, так і у жінок виявлено стратегію уникнення, яку можна розглядати як переважання у поведінці мотивації уникнення невдачі над мотивацією досягнення успіху, а також як сигнал про можливі внутрішньо особистісні конфлікти. Результати відображені у таблиці 3.2.

*Таблиця 3.2*

**Порівняльний розподіл респондентів залежно від рівня виразності  
копінг-стратегії**

Рівень	Стратегія					
	Вирішення проблем		Пошук соціальної підтримки		Уникнення проблем	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Дуже низький	7%	12%	32%	12%	64%	48%
Низький	7%	20%	25%	24%	18%	31%
Середній	22%	36%	25%	16%	7%	19%
Високий	64%	32%	18%	48%	11%	2%
Всього	55%		38%		7%	

Для діагностики типових способів подолання стресових ситуацій (копінг-стратегій) ми використали тест «Подолання важких життєвих ситуацій (ПВЖС)».

Аналіз результатів показав, що у більшості випробуваних спостерігається переважання позитивних копінг-стратегій. Це означає, більшість людей зрілого віку використовують такі способи подолання стресових ситуацій, які стосуються дій, вкладених у зменшення (зниження) стресу і є принципово придатними при цьому. Серед найпоширеніших стратегій можна назвати «Самосхвалення» і «Самовиправдання», які можна

охарактеризувати як когнітивні стратегії подолання стресу у сенсі зниження його значущості (захист).

Також високе значення таких позитивних стратегій як «Самоствердження», яка показує тенденцію до відволікання від стресу, тобто звернення до позитивних ситуацій, станів, що виключають стрес і «Самоконтроль/самовладання», що стосується дій щодо контролю стресової ситуації. Високий рівень за шкалою «Контроль над ситуацією» говорить про здатність респондентів аналізувати ситуацію, планувати та виконувати дії з контролю (вирішення проблеми).

Серед негативних копінг-стратегій простежується виразне переважання наступних стратегій: «Втеча від стресової ситуації», «Заїжджена платівка» та «Жаль до себе». Такі способи подолання стресових ситуацій стосуються шляхів подолання стресу, які можуть його посилити.

Аналіз статевих відмінностей у переважанні використовуваних копінг-стратегій показав, що серед респондентів чоловічої статі яскравіше виражено використання позитивних стратегій, особливо за такими шкалами як «контроль над ситуацією» та «самоконтроль/самовладання». Це означає, що для даних респондентів важливо аналізувати ситуацію, планувати та виконувати дії з контролю (вирішення проблеми), а також контролювати власні реакції, свою поведінку, зберігати самовладання. Серед стратегій, що не стосуються ні позитивних, ні негативних, високі значення спостерігаються за шкалами «Агресія» та «Прийом ліків». Таким людям у стресовій ситуації властиво реагувати роздратовано, сердито, агресивно або приймати психотропні засоби (ліки, алкоголь, тютюнопаління, наркотики, надмірне споживання їжі).

У жінок найбільшу виразність серед позитивних стратегій мають такі як «Відволікання», «Психом'язова релаксація», «Позитивна самомотивація», «Пошук соціальної підтримки» та «Антиципуюче уникнення». Це означає, що з даних випробуваних велике значення має можливість відмовлятися від

пов'язаної зі стресами активності, відволікатися від ситуацій, розслаблятися. Для них важливо шукати соціальну підтримку і допомогу та запобігати подібним стресовим ситуаціям у майбутньому або уникати їх. Серед негативних стратегій найбільше значення мають «Заїжджена платівка» та «Самозвинувачення». Це говорить про те, що більшість жінок не вміють подумки відволікатися від стресової ситуації, що виникла, їм властиво постійно роздумувати над нею, а також звинувачувати себе у всьому тому, що відбувається.

На третьому етапі було вивчено показники механізмів психологічного захисту за допомогою методики «Індекс життєвого стилю Келлермана Плутчика».

За показником «Витіснення» спостерігається нечасте або активне використання механізмів психологічного захисту. Встановлено, що активно використовують цей механізм 17 осіб (34%).

За показником «Регресія» встановлено, що нечасто використовують механізм «Регресія» 33 особи (66%). Не використовують цей механізм 13 осіб (26%). Активно використовують 4 особи (8%).

За показником «Інтелектуалізація» встановлено, що активно використовують 26 осіб (52%).

За показником «Заміщення» спостерігається тенденція до невикористання або нечастого використання механізмів психологічного захисту. Встановлено, що не використовують цей механізм 26 осіб (52%). Нечасто використовують механізм заміщення 22 особи (44%), активно використовують «Заміщення» 2 особи (4%).

За показником «Заперечення» спостерігається активне чи нечасте використання цього механізму психологічного захисту. Встановлено, що активно використовують механізм заперечення 30 осіб (60%). Нечасто використовують цей механізм 20 осіб (40%).



За показником «Проекція» спостерігається активне чи нечасте використання цього механізму психологічного захисту. Встановлено, що активно використовують механізм «Проекція» 28 осіб (56%). Нечасто використовують цей механізм 19 осіб (38%). Не використовують 3 особи (6%).

За показником «Компенсація» спостерігається тенденція до нечастого використання механізму психологічного захисту. Встановлено, що нечасто використовують цей механізм 31 особа (62%). Не використовують механізм «Компенсація» 10 осіб (20%). Активно використовують 9 осіб (18%).

За показником «Гіперкомпенсація» (реактивне утворення) спостерігається тенденція до нечастого використання цього механізму психологічного захисту. Встановлено, що нечасто використовують механізм «Гіперкомпенсації» 30 осіб (60%). Не використовують цей механізм 17 осіб (34%). Активно використовують 3 особи (6%).

Аналіз результатів діагностики у відсотковому співвідношенні виявив, що 60% внутрішньо переміщених осіб використовують у своїй поведінці такий механізм психологічного захисту, як заперечення. Дані внутрішньо переміщені особи заперечують обставини, які викликають тривогу, очевидне для оточуючих ними не сприймається.

Близько 56% внутрішньо переміщених осіб вважають за краще використовувати проекцію. Дані внутрішньо переміщені особи підсвідомо приписують власні якості, почуття та бажання іншій людині.

Як бачимо ці два механізми психологічного захисту відносяться до нижчих. Використання нижчих механізмів психологічного захисту свідчить про недостатній контакт (спотворення) з реальністю та недостатнім відчуттям стійких особистих кордонів, у тому числі – відчуття ненадійності та непостійності світу.

Найменше у своїй поведінці внутрішньо переміщені особи використовують заміщення, лише 4% обрали цей механізм психологічного

захисту. Тобто внутрішньо переміщені особи, які у скрутних ситуаціях перенаправляють (частіше агресивно) бажання на іншого отримувача, кого простіше звинуватити – практично відсутні у нашій вибірці.

### **Висновки до розділу 3**

В результаті дослідження особливостей переживання стресової ситуації внутрішньо переміщених осіб за допомоги методу індексу копінг стратегій показав, що у більшості респондентів спостерігається виразне переважання копінг-стратегії «вирішення проблем» (55%). Для таких людей характерна активна поведінкова стратегія, при якій людина намагається використовувати всі наявні в неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми. Однак, у чоловіків переважання цієї стратегії спостерігається більше, ніж у жінок.

У жінок спостерігається перевага стратегії пошуку соціальної підтримки, яка виражена більше, ніж у чоловіків. Це означає, що серед жінок більш характерне прагнення до звернення за допомогою до однодумців або просто людей, що перебувають поряд.

Тест «Подолання важких життєвих ситуацій (ПВЖС)» дав наступні результати.

У більшості випробуваних спостерігається переважання позитивних копінг-стратегій. Це означає, більшість людей зрілого віку використовують такі способи подолання стресових ситуацій, які стосуються дій, вкладених у зменшення (зниження) стресу і є принципово придатними при цьому. Серед найпоширеніших стратегій можна назвати «Самосхвалення» і «Самовиправдання», які можна охарактеризувати як когнітивні стратегії подолання стресу у сенсі зниження його значущості (захист).

Аналіз статевих відмінностей у переважанні використовуваних копінг-стратегій показав, що серед респондентів чоловічої статі яскравіше виражено

використання позитивних стратегій, особливо за такими шкалами як «контроль над ситуацією» та «самоконтроль/самовладання».

У жінок найбільшу виразність серед позитивних стратегій мають такі як «Відволікання», «Психом'язова релаксація», «Позитивна самомотивація», «Пошук соціальної підтримки» та «Антиципуюче уникнення».

На третьому етапі було вивчено показники механізмів психологічного захисту за допомогою методики «Індекс життєвого стилю Келлермана Плутчика». Аналіз результатів діагностики показує, що у відсотковому співвідношенні виявилось, що 60% внутрішньо переміщених осіб використовують у своїй поведінці такий механізм психологічного захисту, як заперечення. Дані внутрішньо переміщені особи заперечують обставини, які викликають тривогу, очевидне для оточуючих ними не сприймається.

## ВИСНОВКИ

Стрес є супроводжуючим невідемним руйнуючим фактором у житті кожної людини на Землі. Причини стресу варіюються від навколишнього середовища до генетики, а наслідки настільки ж далекосяжні. Не можна перебільшувати, що не всякий стрес шкідливий. Як правило, хронічний стрес спричиняє найбільші негативні наслідки, як психічні, так і фізичні. Було висунуто багато теорій щодо стресу та його подолання, однак переважна думка щодо стресу полягає в тому, що потрібно ще багато чому навчитися. Основи та процеси, пов'язані зі стресом, не були повністю зрозумілі, що перешкоджає нашим знанням про те, як і чому стрес впливає на організм людини, а також на її мислення. Як тільки причини та наслідки стресу будуть повністю з'ясовані. У підсумку, стрес і механізми подолання поєднуються, але який метод найкраще використовувати, залежить від типу стресу та індивідуальних потреб.

Теоретики сімейного стресу прийшли в основному з соціології, психіатричної соціальної роботи, медсестринства та сімейних наук. У моделях є неузгодженості у визначеннях понять. Наприклад, ранні дослідники сімейного стресу використовували термін криза для того, що ми зараз називаємо стресором у теорії стресу, що призвело до певної плутанини серед тих, хто вивчає цю теорію.

Основними методами лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є психотерапія та медикаменти. Змиритися з травматичними подіями буває дуже важко, але протистояти своїм почуттям і звернутися за професійною допомогою часто є єдиним способом ефективного лікування ПТСР. ПТСР можна успішно лікувати через багато років після травматичної події, а це означає, що ніколи не пізно звернутися за допомогою.

В результаті дослідження особливостей переживання стресової ситуації внутрішньо переміщених осіб за допомоги методу індексу копінг стратегій показав, що у більшості респондентів спостерігається виразне переважання копінг-стратегії «вирішення проблем» (55%). Для таких людей характерна активна поведінкова стратегія, при якій людина намагається використовувати всі наявні в неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми. Однак, у чоловіків переважання цієї стратегії спостерігається більше, ніж у жінок.

У жінок спостерігається перевага стратегії пошуку соціальної підтримки, яка виражена більше, ніж у чоловіків. Це означає, що серед жінок більш характерне прагнення до звернення за допомогою до однодумців або просто людей, що перебувають поряд.

Тест «Подолання важких життєвих ситуацій (ПВЖС)» дав наступні результати.

У більшості випробуваних спостерігається переважання позитивних копінг-стратегій. Це означає, більшість людей зрілого віку використовують такі способи подолання стресових ситуацій, які стосуються дій, вкладених у зменшення (зниження) стресу і є принципово придатними при цьому. Серед найпоширеніших стратегій можна назвати «Самосхвалення» і «Самовиправдання», які можна охарактеризувати як когнітивні стратегії подолання стресу у сенсі зниження його значущості (захист).

Аналіз статевих відмінностей у переважанні використовуваних копінг-стратегій показав, що серед респондентів чоловічої статі яскравіше виражено використання позитивних стратегій, особливо за такими шкалами як «контроль над ситуацією» та «самоконтроль/ самовладання».

У жінок найбільшу виразність серед позитивних стратегій мають такі як «Відволікання», «Психом'язова релаксація», «Позитивна самомотивація», «Пошук соціальної підтримки» та «Антиципуюче уникнення».

На третьому етапі було вивчено показники механізмів психологічного захисту за допомогою методики «Індекс життєвого стилю Келлермана Плутчика». Аналіз результатів діагностики показує, що у відсотковому співвідношенні виявилось, що 60% внутрішньо переміщених осіб використовують у своїй поведінці такий механізм психологічного захисту, як заперечення. Дані внутрішньо переміщені особи заперечують обставини, які викликають тривогу, очевидне для оточуючих ними не сприймається.

Проведене дослідження дає змогу стверджувати що гіпотеза яка базувалася на припущенні, що переживання стресової ситуації у внутрішньо переміщених осіб включає сукупність специфічних проявів і комплекс соціально психологічних факторів, систематизація яких дозволить прогнозувати її формування та здійснювати проведення психокорекції та реабілітаційних заходів є підтвердженою.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Afifi T.O., Asmundson G.J., Taylor S, Jang K.L. (2020) The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a review of twin studies. *Clin Psychol Rev* 30(1): 101-112.
2. Ames D.L., Fiske S.T., Cultural neuroscience. *Asian J Soc Psychol* 2020; 13:72-82.
3. Angell R. C. (2019). *The family encounters the depression*. Gloucester, MA: Peter Smith.
4. Averill J. R. (2017) Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin* 80, 286-301.
5. Babbie E. (2017). *The practice of social research* (10th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson.
6. Bahari-Javan S, Sananbenesi F, Fischer A. (2022) Histone-acetylation: a link between Alzheimer's disease and post-traumatic stress disorder? *Front Neurosci* 8:160.
7. Boss P. (2020). *Family stress management: A contextual approach* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
8. Brown G. W. and Harris T. (2017) Social origins or depression: a reply. *psychol Med.* 8, 577-588.
9. Buettner H.M. et al., (2020). Kinetics of microtubule catastrophe assessed by probabilistic analysis. *Biophys. J.* 69, 796–802.
10. Burr R. G. (2018). *Reframing family stress theory: From the ABC-XModel to a Family Ecosystemic Model*. Unpublished master's thesis, Brigham Young University, Provo, UT.
11. Burr W.R. (2018). Using theories in family science. In R. D. Day, K. R. Gilbert, B. H. Settles, & W R. Burr (Eds.), *Research and theory in family science* (pp. 73-88). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

12. Cannon W.B. (2017). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: D. Appleton & Co.
13. Caplan G. (2017). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
14. Cavan R.S., Ranck K.H. (2017). *The family and the depression: A study of one hundred Chicago families*. Chicago: The University of Chicago Press.
15. Chiao J.Y. Cultural neuroscience: a once and future discipline. In: Chiao JY. *Cultural neuroscience: cultural influences on brain function*. New York: Elsevier; 2019. p. 287-304.
16. Cohen F., Lazarus R.S., (2017). Coping with the stress of illness, in Stone, C.G., Cohen, F., Adler, N.E., editors. *Health psychology: A handbook*. San Francisco: 217-254. CA: Jossey-Bass.
17. Department of Veterans Affairs Employee Education System and the National Center for PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder: Implications for Primary Care: Diagnostic; Available at: <http://www.publichealth.va.gov/docs/vhi/posttraumatic.pdf>.
18. Donahue, M.J., Benson P.L., (2016). Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51 (2), 145–160.
19. Ellis A., (2017). *The case against religion: A psychotherapist's view*. New York: Institute for Rational Living.
20. Farhall J., Gehrke M., (2020). Coping with hallucinations: exploring stress and coping frameworks. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 259-61.
21. Foa E.B, Zinbarg R, Rothbaum B. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. *Psychol Bull* 2019; 112:218-38.
22. Folkman S., Lazarus R. S., (2018). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*; 48: 150-170.



23. Gartlehner G, Forneris CA, Brownley KA, Gaynes BN, Sonis J, et al. (2021) Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults After Exposure to Psychological Trauma [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
24. Hill R. (2019). Generic features of families under stress. *Social Casework*, 49, 139-150.
25. Hinton D.E., Good B.J. Culture and PTSD: trauma in global and historical perspective. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2016.
26. Hobfoll S.E., (2021). Stress, social support, and women. New York: A Member of the Taylor & Francis Group.
27. Hoff L.A. (2017). People in crisis: Understanding and helping (3rd ed.). Menlo
28. Holmes T.H., Rahe, R.H. (2019). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
29. Kanner A.D. (2019) Coinparison of two modes of stress management: daily hassles and uplifts versus major life events. *J Behavioral Med* 4, 1-39
30. Kirmayer L, Lemelson R, Barad M. Introduction: inscribing trauma in culture, brain, and body. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Barad M, editors. *Understanding trauma: integrating biological, psychological and cultural perspectives*. New York: Cambridge University Press; 2017. p. 1-20.
31. Kolb L.C. A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *American Journal of Psychiatry* 2016; 144:989-95.
32. Koos, E.L. (2017). Families in trouble. Morningside Heights, NY: King's Crown.
33. Lindemann E. (2016). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
34. McCubbin H.I., Patterson J.M. (2018). The family stress process: The Double ABCX Model of family adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin M. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.), *Social stress and the*

- family: Advances and developments in family stress theory and research (pp. 7-37). New York: Haworth.
35. McCubbin M.A., McCubbin H. I. (2019). Families coping with illness: The Resiliency Model of Family Stress Adjustment and Adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P Winstead-Fry (Eds.), Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention (pp. 21-64). St. Louis, MO: Mosby
  36. McFarlane A.C. Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of the risk factors. *J Clin Psychiatry* 2020; 61:15-23
  37. Monroe S.M. (2018) Major and minor life events as predictors of psychological distress: further issues and findings. *J Behavioral Med*, 6, 189-205,
  38. Murphy Brown. G. (2018) Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *Brit J Psychiatry*, 136. 326-328.
  39. NHS Choices, Post-traumatic stress disorder (PTSD) Available at: <http://www.nhs.uk/conditions/post-traumatic-stress-disorder/pages/introduction.aspx>.
  40. Pearlin L.I., Schooler C., (2017). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21. doi:10.2307/2136319
  41. Prasad K.N., Bondy S.C. (2021) Common biochemical defects linkage between post-traumatic stress disorders, mild traumatic brain injury (TBI) and penetrating TBI. *Brain Res* 1599: 103-114.
  42. Quayhagen M.P., Quayhagen M., (2019). Alzheimer's stress: Coping with the care giving role. *Gerontologist*. 28, 391-396.
  43. Sareen J. (2021) Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry* 59(9): 460-467.
  44. Selye H. (2017) *Stress in Health and Disease*. Butterworth. Sydney.

45. Tyhurst J.S. (2018). Individual reactions to community disaster: The natural history of psychiatric phenomena. *American Journal of Psychiatry*, 107, 764-769.
46. Van der Kolk B.A. *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books; 2016.
47. Vidal F, Ortega F. *Being brains: making the cerebral subject*. New York: Fordham University Press; 2017
48. Warner C.H., Warner C.M., Appenzeller G.N., Hoge C.W. (2022) Identifying and managing posttraumatic stress disorder. *Am Fam Physician* 88(12): 827-834.
49. Wimalawansa S.J. (2022) Mechanisms of developing post-traumatic stress disorder: new targets for drug development and other potential interventions. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 13(5): 807-816.
50. Yehuda R., Ledoux J. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron Review* 2017; 56:19-32.
51. Zamble E. Gekoski W.L., (2021). Coping. In Ramachandron, V.S. (Ed.), *Encyclopedia of Human Behaviour (Vol.3)*. New York: Academic Press.
52. Алещенко В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна реабілітація військово-вослужбовців з постстресовими психічними розладами: навчальний посібник. Харків : ХУПС. 2017. 84 с.
53. Ауто- та гетероагресивна поведінка у структурі посттравматичних психічних розладів у учасників АТО / Пінчук І. Я., Пішель В. Я., Полив'яна М.Ю. та ін. *Архів психіатрії*. 2016. Vol. 22, № 3 (86). С. 12-14.
54. Бедлінський В. О. Порівняльна характеристика депресії у хворих, які перенесли черепно-мозкову травму, та у пацієнтів з ендогенними афективними розладами настрою / В.О. Бедлінський // *Архів психіатрії*. — 2017. — № 23. — С. 33-36.

- 55.Безшейко В. Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему. Медична психологія. 2016. № 1. С. 100-104.
- 56.Герасименко Л.О. Посттравматичний стресовий розлад URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/8%28129%29/pages-27-32/posttravmatichniy-stresoviy-rozlad#gsc.tab=0>
- 57.Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. Вип. 1, № 94. С. 62-65.
- 58.Гринь К. В., Скрипніков А. М., Мартиненко Я. П. Терапевтичні аспекти лікування післятравматичних стресових розладів та розладів адаптації. Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. Київ, 27-29 квітня 2017 року. 2017. Т. 23, Вип. 1, № 88. С. 79.
- 59.Загальна психологія: навч. посібник 3–14 / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З.В. Огороднійчук та ін. – К.: А.Г.Н., 2020.
- 60.Загальна психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закладів / під заг. ред. акад. С. Д. Максименка. – К.: Форум, 2019.
- 61.Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу (психодіагностика, феноменологія, психосоціальна реабілітація) автореф. дис на здобуття навч. ступеня док. мед. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія». Харків, 2021. 40 с
- 62.Калошин, В. Ф. Філософське ставлення до стресу: психологічний практикум / В. Ф. Калошин // Управління школою. – 2017. – № 46. – С. 90–94.
- 63.Кожина А. М. та ін. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Український вісник психоневрології. 2018. Том 23. Вип. 2, № 83 С. 109

- 64.Кожина А. М. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Український вісник психоневрології. — 2018. — Том 23, — 2 (83) С. 109
- 65.Коростій В. І. Поліщук В. Т., Заворотній В. І. Психофармако-терапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу. Міжнародний неврологічний журнал. 2018. № 6 (76). С. 59-71.
- 66.Медико-психологічна реабілітація учасників АТО і тимчасово переміщених осіб: методичні рекомендації / О. В. Галацан, Г. М. Сіроштан, Б. В. Михайлов та ін. Харків, 2017. 27 с.
- 67.Наугольник Л. Б. Психологічні особливості індивідуальних відмінностей в реагуванні на стрес // Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції: «Актуальні питання сучасних педагогічних та психологічних наук». – Одеса: ГО «Південа фундація педагогіки», 2019. – 108 с. – С. 27–30.
- 68.Наугольник Л. Б. Психологія стресу: курс лекцій / Л. Б Наугольник. – Львів: Ліга-Прес, 2021. – 130 с.
- 69.Наугольник Л. Б., Наугольник Р. З. Роль професійного стресу у культурі управління // Управління в освіті: збірник матеріалів VI Міжнародної науково-практичної конференції. – Львів / відп. ред. Л. Д. Кизименко. – Львів: Тріада Плюс, 2018. – 324 с. – С. 186– 187.
- 70.Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я: навч. посібник / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко, Т. І. Кочергіна / заг. ред. М. С. Корольчука. – К.: Фірма «ІНКОС», 2020. – 272 с.
- 71.Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посібник – К.: Кондор, 2019. – 278 с.
- 72.Романчук О. Сім'я, що зцілює: основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання. – Львів: Колесо, 2021.

- 73.Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок: монографія. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2018. 157 с.
- 74.Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Особливості континууму соціально-психологічної адаптації — дезадаптації у жінок з різними генезом депресії та вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні. Архів психіатрії. 2019. № 1. С. 56-62.
- 75.Шевченко О. Т. Психологія кризових станів: навч. посібник / О. Т. Шевченко. – К.: Здоров'я, 2020. – 120 с
- 76.Юр'єва Л. М. та ін. Невротичні, соматоформні розлади та стрес. Дніпропетровськ, 2019. 96 с.
- 77.Юр'єва Л. М., Вишніченко С. І. Стан психічного здоров'я співробітників органів внутрішніх справ в умовах соціально-стресових подій в Україні. Український вісник психоневрології. 2020. Т. 23. Вип. 2, № 83. С. 132.