

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ЖІНОК: РЕТРОСПЕКТИВА ПСИХОЛОГІЧНИХ ТЕОРІЙ ТА СУЧАСНА КЛІНІЧНА ОЦІНКА В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN WOMEN: A RETROSPECTIVE OF PSYCHOLOGICAL CONCEPTS AND MODERN CLINICAL ASSESSMENT IN THE CONDITIONS OF MILITARY OPERATIONS

Це дослідження досліджує феномен посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед жінок середнього віку в контексті сучасного військового конфлікту, з особливим акцентом на воєнні реалії України. Дослідження поєднує ретроспективний аналіз психологічних теорій щодо ПТСР із сучасною емпіричною оцінкою за допомогою опитувальника травматичного стресу, розробленого І.О. Котеновим. Інструмент був застосований до вибірки з 50 жінок-учасниць, що дозволяє провести комплексну діагностику симптомів ПТСР, їх тяжкості та частоти. Результати показують, що ПТСР є значною психологічною проблемою серед жінок, які зазнали травми, пов'язаної з війною. Приблизно 78% респонденток мали ознаки ПТСР, причому 44% демонстрували незначні симптоми, які, хоча й не критичні, свідчать про наявність невирішеної психологічної травми. Крім того, 32% жінок мали клінічно значущі прояви ПТСР, включаючи тривогу, емоційне виснаження, нав'язливі спогади та гіперактивацію, тоді як 2% страждали від повноцінного ПТСР, що потребує термінового психіатричного втручання. Дослідження визначає найбільш домінуючі та виснажливі кластери симптомів, такі як гіперактивація, уникнення та дистрес, які відображають хронічну стресову реакцію та емоційне виснаження. Важливо, що результати аналізуються крізь транскультурну призму, підкреслюючи вплив українських соціокультурних норм, що наголошують на емоційній стриманості, стійкості та самопожертві, на психологічні реакції жінок. Ці культурні очікування часто призводять до придушення травми та інтерналізації страждань, що посилює наслідки посттравматичного стресового розладу. Це дослідження підкреслює критичну потребу в гендерно-чутливих, культурно адаптованих психотерапевтичних втручаннях. Воно виступає за впровадження превентивних стратегій психічного здоров'я, які враховують як індивідуальні психологічні стани, так і ширшу культурну динаміку. Дослідження зрештою підкреслює нагальність підтримки психічного здоров'я жінок у воєнний час та повоєнний час для сприяння відновленню та соціальній реінтеграції.

Ключові слова: ПТСР, історія психології, ретроспектива, жіноча уразливість, травматичний досвід, війна, DSM

This study investigates the phenomenon of post-traumatic stress disorder (PTSD) among middle-aged women in the context of modern military conflict, with a specific focus on Ukraine's wartime reality. The research combines a retrospective analysis of psychological theories concerning PTSD with a contemporary empirical assessment using the traumatic stress questionnaire developed by I.O. Kotenov. The tool was applied to a sample of 50 female participants, allowing for a comprehensive diagnosis of PTSD symptoms, their severity, and frequency. The results reveal that PTSD is a significant psychological issue among women exposed to war-related trauma. Approximately 78% of respondents exhibited signs of PTSD, with 44% showing minor symptoms that, although not critical, suggest the presence of unresolved psychological trauma. Moreover, 32% of the women presented clinically significant PTSD manifestations, including anxiety, emotional exhaustion, intrusive memories, and hyperactivation, while 2% suffered from full-blown PTSD requiring urgent psychiatric intervention. The study identifies the most dominant and debilitating symptom clusters as hyperactivation, avoidance, and distress, which reflect a chronic stress response and emotional depletion. Importantly, the findings are analyzed through a trans-cultural lens, highlighting the influence of Ukrainian socio-cultural norms – emphasizing emotional restraint, resilience, and self-sacrifice – on women's psychological responses. These cultural expectations often lead to suppression of trauma and internalization of suffering, compounding the effects of PTSD. This research underscores the critical need for gender-sensitive, culturally adapted psychotherapeutic interventions. It advocates for the implementation of preventive mental health strategies that consider both individual psychological states and broader cultural dynamics. The study ultimately emphasizes the urgency of supporting women's mental health in wartime and post-war contexts to promote recovery and social reintegration.

Key words: PTSD, history of psychology, retrospective, female vulnerability, traumatic experience, war, DSM.

УДК 159.9:616.89-008.454-055.2:355.4
8(091)
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.73.9>

Проданюк Ф.М.

к.іст.н., доцент, професор кафедри педагогіки та психології
ПВНЗ «Український гуманітарний інститут»

Вятоха І.Ю.

к.психол.н., доцент кафедри педагогіки та психології
ПВНЗ «Український гуманітарний інститут»

Бегас І.В.

магістрантка з психології
ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна Академія управління персоналом»

Постановка проблеми. Дане дослідження зосереджене на вивченні високої поширеності та варіативності проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед жінок середнього віку, які зазнали впливу воєнних дій в Україні. Існує очевидний дефіцит всебічного наукового розуміння того, яким чином культурні чинники, гендерні ролі та соціальні очікування впливають на характер і тяжкість симптомів ПТСР. Усунення цієї прогалини є ключовим для формування ефек-

тивних і культурно чутливих психотерапевтичних стратегій.

Метою даного дослідження є здійснення ретроспективного теоретичного аналізу та емпіричної оцінки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок в умовах воєнного конфлікту. Особлива увага приділяється вивченню симптоматики, рівня клінічної тяжкості та емоційних реакцій, зумовлених культурним контекстом. Дослідження має на меті ідентифікувати провідні психологічні

симптоми та обґрунтувати необхідність застосування культурно й гендерно чутливих психотерапевтичних підходів.

Виклад основного матеріалу. На етапі емпіричного дослідження було здійснено аналіз результатів, отриманих за допомогою опитувальника травматичного стресу, розробленого І. О. Котеньовим. Обраний психодіагностичний інструмент призначений для виявлення проявів посттравматичного стресового розладу та оцінки психологічних наслідків пережитих травматичних подій. Методика дозволяє визначити ступінь впливу травматичного досвіду на психоемоційний стан особистості та рівень вираженості симптомів травматичного стресу. Результати оцінюються за загальною сумою «сирих» балів, які потім переводяться в Т-бали, що дозволяє визначити рівень вираженості симптомів ПТСР (низький, середній або високий). Також, передбачено аналіз окремих підшкал, що дає змогу зробити висновки про домінуючі групи симптомів.

Результати проведеного аналізу дослідження щодо дозволяють виявити наявність і загальний рівень вираженості ПТСР, наведено в таблиці 1,

а для більш наочного уявлення узагальнених даних використано графічні зображення, що представлено на рисунку 1.

Згідно з результатами дослідження були зроблені такі висновки:

1. Найбільша частина респондентів, 44% (22 особи), має незначний рівень ПТСР. Це свідчить про наявність симптомів, але вони не є критичними й не порушують суттєво якість життя досліджуваних.

2. 22% осіб (11 респонденток) взагалі не мають ознак ПТСР. Це позитивний показник, однак він також може вказувати на можливе уникнення переживань або недостатню чутливість до методики.

3. Часткова вираженість ПТСР виявлена у 8 жінок, що складає 16 % опитуваних. Даний рівень вираженості ПТСР — це стан, при якому у людини вже спостерігаються певні симптоми посттравматичного стресового розладу, але вони не є повністю сформованим клінічним синдромом. Людина може відчувати: тривожність, напруження, пригнічений настрій; окремі нав'язливі спогади або сни; емоційне виснаження або втому; періодичне уникання думок про травматичну подію. Психоло-

Результати дослідження наявності і рівня травматичного стресу (ПТСР)

Таблиця 2

N=50

Вираженість ПТСР									
Відсутня До 50 -Тбалів		Незначна 50-64 Тбали		Часткова 65-69 Тбалів		Явна 70-79 Тбалів		Повна 80 і більше	
Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
11	22	22	44	8	16	8	16	1	2

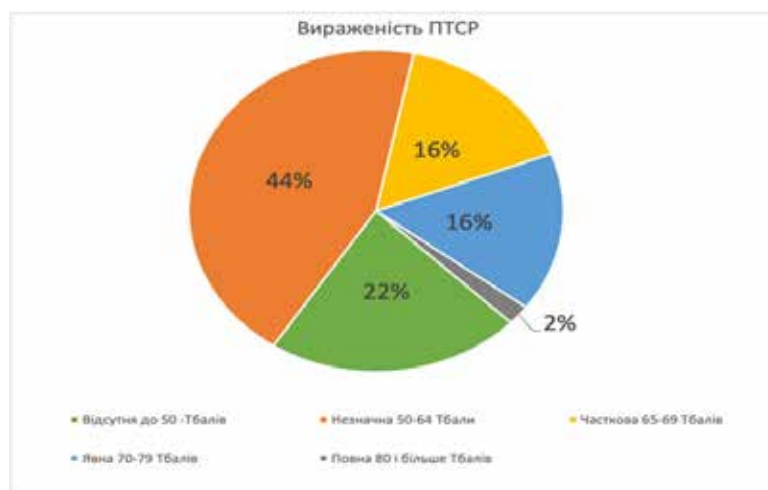


Рис. 1. Результати дослідження наявності і рівня травматичного стресу (у %)

гічна допомога на цьому етапі є особливо ефективною, оскільки симптоми ще не вкорінені й не трансформувалися в хронічну форму.

4. У 16% опитуваних (8 осіб) виявлено явна вираженість ПТСР, це свідчить про високий рівень посттравматичної симптоматики, що охоплює основні ознаки ПТСР. Явно виражений рівень ПТСР за опитувальником І.О. Котеньова вказує на наявність сформованого комплексу симптомів посттравматичного стресового розладу, що істотно впливають на психоемоційний стан особистості та її повсякденне функціонування. Ці симптоми чітко виражені, часті, регулярні та стійкі. Це означає, що людина не просто пережила травматичну подію; її психіка продовжує активно реагувати на неї у формі: флешбеків, нічних кошмарів, емоційного оніміння, уникання людей, місць та думок, пов'язаних із травмою, підвищеної тривожності, дратівливості та напруженості. Такий рівень симптоматики потребує професійної психологічної допомоги.

5. Повна вираженість ПТСР зафіксована в одного респондента (2%), що є найвищим рівнем стресового розладу, який, ймовірно, потребує невідкладного втручання фахівця. Стан, коли у людини виявлено повну вираженість ПТСР, означає, що симптоми посттравматичного стресового розладу досягли максимальної інтенсивності й відповідають тяжкому клінічному рівню. Це вже не просто психологічна реакція на стрес, а клінічний розлад, який вимагає кваліфікованої медичної та психологічної допомоги (іноді – медикаментозної терапії, психотерапії та реабілітації).

Отже, результати аналізу демонструють, що *більшість респондентів мають ознаки ПТСР різного ступеня*, що є показником актуальності проблеми психічного здоров'я в сучасному суспільстві, особливо в умовах стресогенних подій (війна, внутрішнє переміщення, втрата тощо). Той факт, що лише 22% респондентів не мають жодних проявів ПТСР, свідчить про високу поширеність психотравматичного досвіду серед учасниць дослідження. Це означає, що більшість осіб (78%) зазнали психологічного впливу стресових або травматичних подій, які залишили слід у їхньому емоційному стані. Відсутність симптомів ПТСР лише у 22% респондентів може вказувати або на стійкість психіки до стресових впливів, або на те, що ці люди не стикалися з подіями, що мали травматувальний характер. Водночас такий низький відсоток «психологічно неуразених» також підкреслює масштабність проблеми ПТСР і потребу в масовій психологічній підтримці для населення, яке перебуває у воєнних подіях.

Те, що переважна частина вибірки (44%) має незначний рівень ПТСР, означає, що у майже половини респонденток наявні окремі симптоми посттравматичного стресового розладу. Такий рівень не завжди супроводжується серйозним порушенням функціонування особистості, але все ж свідчить про пережитий психотравмуючий досвід. Цей показник є тривожним сигналом, оскільки

вказує на те, що значна частина жінок перебуває у зоні ризику розвитку більш серйозних психологічних станів. За відсутності своєчасної психологічної допомоги або підтримки, навіть незначний рівень ПТСР може з часом трансформуватися у більш виражені форми розладу.

Той факт, що 32% опитаних мають клінічно значущі прояви ПТСР (з них у 16% – часткова, а у ще 16% – явна вираженість), свідчить про наявність серйозних психологічних наслідків травматичних подій у третини респондентів. Явна форма вже має більш стійкий та глибокий характер, часто суттєво впливаючи на повсякденне життя людини, її працездатність, соціальні контакти та емоційний стан. Такі симптоми вважаються клінічно значущими, тобто можуть потребувати фахового психотерапевтичного або психіатричного втручання. Цей показник підкреслює масштаб проблеми та вказує на потребу у впровадженні профілактичних заходів, програм психологічної підтримки та реабілітації для жінок.

Те, що лише 2% респондентів (1 особа) мають повну вираженість ПТСР, означає, що в однієї з опитуваних спостерігаються максимально інтенсивні та стійкі симптоми посттравматичного стресового розладу, які мають важкий клінічний характер. Цей стан суттєво впливає на повсякденне функціонування особистості, знижує якість життя та потребує невідкладної допомоги та комплексної підтримки психіатра [1, с. 130–189].

Також, у контексті нашого дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед жінок середнього віку важливо не лише виявити загальний рівень вираженості ПТСР, але й проаналізувати окремі симптоми, що входять до його структури. Такий підхід дає змогу глибше зрозуміти психологічний портрет нашої вибірки та виявити домінуючі реакції на травму у жінок середнього віку.

Отже, розглянемо результати дослідження рівня вираженості симптомів ПТСР у жінок середнього віку внаслідок війни в таблиці.

Аналіз окремих симптомів ПТСР у вибірці з 50 жінок середнього віку є дуже важливою складовою емпіричного дослідження, оскільки дозволяє отримати повну картину проявів травматичного досвіду, підвищити точність діагностичних висновків та сприяти ефективному плануванню психологічної підтримки.

А – подія травми – у структурі ПТСР за опитувальником І.О. Котеньова цей кластер відповідає за реакції особистості на травматичну подію – тобто, первинна психічна реакція на ситуацію, яка могла викликати стрес, страх, безпорадність або жах. Цей симптом є ключовим, оскільки саме наявність травмуючого фактору (події) є відправною точкою формування ПТСР. Спостерігається наступний розподіл рівнів симптома А серед нашої вибірки: найбільше респонденток (48%) мають незначний рівень симптома А, що свідчить про наявність емоційної реакції на травматичну подію,

Результати дослідження рівня вираженості симптомів ПТСР

N=50

Показники	Рівень в Т - балах									
	відсутній		незначний		частковий		явний		повний	
	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
А – подія травми	20	40	24	48	2	4	4	8	0	0
В – повторне проживання травми (інтрузії)	20	40	19	38	8	16	2	4	1	2
С - уникання	9	18	27	54	5	10	9	18	0	0
Д - гіперактивація	3	6	26	52	8	16	8	16	2	4
Ф - дистрес	6	12	21	42	10	20	11	22	2	4

але без глибоких порушень. Це може вказувати на збережену здатність до адаптації та контролювану реакцію на стрес.

Відсутній рівень вираженості цього симптому продемонстрували 40% жінок, що свідчить про високий рівень психологічної стійкості або про механізми витіснення, за допомогою яких психіка намагається захиститися від емоційного перевантаження, або про відсутність наявності зіткнення з важкою травмуючою подією. Частковий рівень (4%) та явний (8%) виявлені у меншій частки вибірки, що свідчить про наявність у цих жінок помірного або вираженого травмуючого досвіду, який залишив емоційний слід і потребує опрацювання. Повна форма травматичної реакції (0%) не виявлена, що є позитивним показником і може свідчити про відсутність глибокого психологічного потрясіння у жінок вибірки щодо самої події.

Результати дослідження за кластером А засвідчують, що переважна більшість жінок (88%) або не вважають подію психотравмуючою, або сприймають її лише як помірний стресовий фактор. Однак наявність окремих випадків з частковою та явною реакцією вказує на неоднорідність переживань та потребу в подальшій диференційованій психологічній діагностиці та підтримці.

В – повторне переживання травми, симптом, що характеризує феномен інтрузивних переживань, коли людина повторно і мимоволі «переживає» травматичну подію, навіть через тривалий час після її завершення. До цього кластеру належать: флешбеки (яскраві образи, що «переносять» у травматичну ситуацію), нічні кошмари, нав'язливі думки або сцени, фізіологічні реакції на подразники, пов'язані з травмою. Більшість наших респонденток (78%) мають відсутній або незначний рівень повторного переживання травми, що свідчить про: або ефективне опрацювання травматичного досвіду (у випадках з відсутністю симптому),

або помірний емоційний фон, який не призводить до клінічно значущих форм ПТСР.

Частковий рівень (16%) вказує на наявність епізодичних або слабо контрольованих спогадів, які можуть періодично спричиняти внутрішню напругу. Явна та повна вираженість спостерігаються лише в окремих випадках (6% загалом), однак ці респондентки вже демонструють симптоми ретравматизації, що негативно впливають на повсякденне життя і можуть потребувати психологічної або психотерапевтичної підтримки.

Аналіз симптому В показує, що інтрузивні симптоми ПТСР не є домінуючими у більшості жінок вибірки, однак у частини з них (понад 20%) спостерігається стійкий або навіть неконтрольований процес повторного переживання травматичних подій. Ці прояви є тривожним сигналом щодо емоційного виснаження і підвищеного ризику для подальшого розвитку хронічної посттравматичної симптоматики.

Симптом С відображає захисну реакцію психіки у вигляді прагнення уникати думок, спогадів, почуттів, місць чи людей, які асоціюються з травматичною подією. Уникання може проявлятися як на свідомому, так і на підсвідомому рівні та є характерною ознакою ПТСР. Цей симптом часто призводить до емоційної ізоляції, зниження активності та труднощів у спілкуванні.

Незначний рівень уникання виявили понад половина вибірки (54%), що свідчить про помірні прояви захисної реакції: жінки намагаються дистанціюватися від травматичних спогадів, але не вдаються до глибокої емоційної ізоляції. Повну відсутність симптому мають 18% респонденток, тобто ці жінки відкриті до переживання та опрацювання подій, або вже адаптувались до травматичного досвіду. Частковий рівень (10%) вказує на тенденцію до часткового пригнічення емоційних переживань або ситуацій, пов'язаних із травмою. Явний рівень (18%) у респонденток демонструє

виражене уникнення, що є ознакою психоемоційного захисту на тлі підвищеної тривоги або втоми, і потребує уваги спеціалістів.

Отже, уникання є одним із найтипівіших симптомів ПТСР. Отримані результати свідчать про те, що значна частина жінок (понад 80%) використовує ту чи іншу форму психологічного уникання, намагаючись не повертатися до травматичних переживань. Хоча у більшості це має невиражений характер, близько 1/5 жінок демонструють виражені ознаки емоційного блокування, що є природним для життя в умовах війни, але це може негативно впливати на їхню соціальну адаптацію, емоційний стан та якість життя. Своєчасна психологічна підтримка є важливою для м'якого зняття такої внутрішньої напруги.

Симптом D – гіперактивація у структурі ПТСР відображає підвищену психофізіологічну реактивність, яка формується у відповідь на травматичний досвід. До цього кластеру входять такі прояви, як: постійна напруга та неспокій, порушення сну, дратівливість, раптові спалахи гніву, надмірна настороженість, гіперчутливість до звуків чи рухів. Ці симптоми часто супроводжують відчуття тривоги, страху або неможливості розслабитися.

Незначний рівень гіперактивації, мають понад половини опитаних жінок (52%), що свідчить про легкі, але стійкі фізіологічні прояви тривоги та напруги. Це може бути реакцією на хронічний стрес, характерний для умов війни. Частковий та явний рівні (разом 32%) вказують на те, що майже третина респонденток перебуває у стані підвищеної збудженості нервової системи, що значно впливає на їхнє психоемоційне благополуччя та сон.

Повна гіперактивація (4%) зафіксована у невеликій кількості жінок, проте саме ці випадки свідчать про критичний рівень фізіологічного виснаження, який потребує професійного втручання. Лише 6% не виявили жодних ознак гіперактивації, що є свідченням досить високої напруги в більшості вибірки.

Гіперактивація – це один із найяскравіших і водночас найвиснажливіших симптомів ПТСР, оскільки вона безпосередньо впливає на якість життя, сон, фізичне здоров'я та міжособистісну взаємодію. За отриманими даними, майже кожна друга жінка відчуває її у помірній формі, тоді як майже третина – у вираженій. Це свідчить про хронічну фізіологічну напругу внаслідок травматичного досвіду та вказує на необхідність комплексної психологічної допомоги для стабілізації емоційного стану.

Симптом F – дистрес. Дистрес – це негативна форма стресу, яка виникає у відповідь на надмірне психологічне або фізичне навантаження, з яким людина не може впоратися самотійно. Це не просто переживання чи хвилювання, а системний стан емоційного та фізичного виснаження, що може призводити до серйозних психосоматичних порушень.

Симптом F є важливим показником емоційного виснаження, який охоплює широкий спектр

негативних психоемоційних станів: глибоку тривожність і напруження, почуття безнадії чи спустошення, втрату інтересу до життя, депресивні реакції, зниження життєвого тону та мотивації. Саме цей кластер часто відображає наслідкову фазу ПТСР, коли тривала дія симптомів A–D вичерпує емоційні ресурси людини.

Незначний рівень дистресу мають 42% жінок. Це свідчить про стійкий, але поки не критичний емоційний дискомфорт, пов'язаний із пережитим досвідом. Частковий (20%) та явний рівень (22%) вказують на значну частку вибірки, у якій вже проявляється емоційне виснаження, проблеми з мотивацією, пригнічений настрій або втома, що без підтримки може поглиблюватися. Повна вираженість дистресу (4%) – хоч і невеликий процент, але критичний, адже ці жінки можуть мати ознаки глибокої дезадаптації, депресії, а іноді навіть суїцидальних тенденцій.

Лише 12% жінок не мають симптомів дистресу, що демонструє, наскільки широко емоційне виснаження вражає середовище жінок середнього віку в умовах воєнного стану.

Симптом F є маркером виснаження емоційних резервів. За результатами нашого дослідження, 46% жінок (майже половина вибірки) мають середній або високий рівень дистресу (від часткового до повного), що свідчить про значний ризик емоційної дезадаптації та потребу в цілеспрямованій психоемоційній підтримці, психоемоційному розвантаженні, впровадженні програм психологічної стабілізації та адаптації. Збереження цього симптому без корекції несе ризик переходу до більш складних форм психічних розладів (депресії, тривожного розладу, соматизації) [2].

Отже, результати нашого дослідження показали, що серед жінок середнього віку, які пережили війну в Україні, найбільш вираженими є симптоми гіперактивації, уникання та дистресу. Якщо розглядати ці дані в контексті транскультуральної психології, то ці симптоми можна розглядати не лише як наслідки індивідуального травматичного досвіду, а й як прояв культурно зумовлених моделей реагування на психічну травму.

Зокрема, в українському культурному контексті, який поєднує елементи пострадянського досвіду, колективістських цінностей та високого рівня адаптивної витривалості, спостерігається тенденція до стриманого вираження емоцій; пригнічення почуттів як способу збереження соціальної стабільності; використання уникання як прийнятного механізму захисту. Такий висновок ми можемо зробити і з аналізу симптому уникання – 18% опитаних жінок спостерігається явно виражена тенденція до уникання, що може відображати захисну реакцію психіки на тривалий емоційний тиск чи напруження. Жіноча роль в українській культурі історично формувалася в умовах постійної соціальної кризи – війни, голодомори, трудова міграція, репресії. У цьому контексті жінка стала уособленням виживання, внутрішньої сили та від-

повідальності, часто поєднуючи ролі матері, берегині дому, працівниці, психологічної опори родини.

З транскультуральної точки зору, в українській культурі домінують риси колективістської установки: важливість сім'ї, жертвовність заради інших; також стійкого емоційного контролю: жінка не повинна показувати слабкість чи розгубленість; гендерного подвійного навантаження: поєднання домашніх, професійних та емоційних обов'язків. Все це формує високий рівень емоційної відповідальності, водночас сприяє внутрішньому пригніченню стресу, адже в культурі закріплюється очікування: «жінка мусить витримати все». Внаслідок цього в українській суспільній свідомості закріпились такі установки: «Не прийнято говорити про емоції» – домінування емоційної стриманості; «Треба бути сильною» – заперечення вразливості як допустимої емоційної реакції; «Усе тримаємо в собі» – схильність до внутрішньої мобілізації навіть на шкоду власному ресурсу; «Я маю витримати» – переважання відчуття обов'язку над індивідуальними потребами [3].

Отже, згідно з транскультуральним підходом, симптоматика посттравматичного стресового розладу може не лише відображати індивідуальну психологічну реакцію на травматичну подію, а й бути зумовленою специфічними культурними нормами, соціальними очікуваннями та ціннісними установками. Ці культурно зумовлені настанови сприяють пригніченню емоцій, що поступово призводить до накопичення внутрішнього напруження. Внаслідок цього виникає дистрес – хронічний стан емоційного виснаження, який може залишатися неусвідомленим, але проявляється у формі пригніченого настрою, втрати життєвого сенсу, астеничних або психосоматичних симптомів.

Таким чином, найбільш виражені симптоми в нашому дослідженні – гіперактивація, уникання та дистрес – відображають не лише внутрішній емоційний стан жінок, а й структуру цінностей, соціальних ролей і культурних установок, в яких формується їхнє сприйняття війни і страждання. Це вимагає розробки психотерапевтичних про-

грам, адаптованих до культурного середовища, які враховують не лише клінічні прояви, а й соціокультурну специфіку цільової групи і допоможуть українським жінкам розвинути навички усвідомленого реагування на стресові події та проживання ситуацій, що травмують.

Висновки. Емпіричне дослідження дозволило зробити наступні висновки: Висока поширеність: 78% респондентів демонстрували симптоми ПТСР різного ступеня тяжкості, що свідчить про широкий вплив травми на жінок; Домінуючі симптоми: Гіперактивація, уникнення та дистрес були найпоширенішими симптомами, що становило значний ризик для довгострокової психологічної дезадаптації; Культурне обумовлення: Емоційне пригнічення та інтерналізація травми залежать від соціально-культурних норм, що кореняться в колективістських та пострадянських українських традиціях; Потреба в культурно адаптованій терапії: Ефективні втручання повинні враховувати культурні установки, гендерні очікування та специфічний емоційний тягар, який несуть жінки під час війни; Профілактичне значення: Рання психологічна підтримка, адаптована до емоційного та культурного контексту жінок, може пом'якшити хронічний ПТСР та пов'язані з ним проблеми психічного здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. *Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога: методичний посібник*. Київ : НДЦ ГП ЗСУ. 2018. 310 с.
2. Левченко О. І. Соціально-психологічні особливості ідентичності жінки в умовах трансформацій українського суспільства. *Наукові записки НАУКМА. Психологія і педагогіка*. 2019. 4. 56–61.
3. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу: практичний посібник / Я. М. Омельченко, З. Г. Кісарчук, Т. С. Гурлева, Г. П. Лазос та ін.; за ред. Я. М. Омельченка. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.