

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ**

**Кафедра педагогічної та вікової психології**

Випускна кваліфікаційна робота  
на правах рукопису

**ДРОЗДОВСЬКИЙ НАЗАР СЕРГІЙОВИЧ**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ  
СТРЕСОСТІЙКОСТІ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ В ПЕРІОД  
ВОЄННИХ ПОДІЙ**

Спеціальність 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма Психологія

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:  
**ГОШОВСЬКИЙ Ярослав Олександрович,**  
доктор психологічних наук, професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ  
Протокол № \_\_\_\_\_ засідання кафедри  
педагогічної та вікової психології,  
від \_\_\_\_\_ 2025 р.  
Завідувач кафедри  
проф. Гошовський Я.О. \_\_\_\_\_

**ЛУЦЬК – 2025**

## ЗМІСТ

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ВСТУП</b> .....                                                                                         | 3  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІД-<br/>ЖЕННЯ СТРЕСУ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ</b>    |    |
| 1.1. Концептуальні підходи до розуміння феномену стресу в академічній<br>психології.....                   | 9  |
| 1.2. Психофізіологічні та когнітивно-поведінкові механізми формування<br>стресових станів особистості..... | 14 |
| 1.3. Посттравматичний стресовий розлад: ключові симптоми, моделі ризику<br>та предиктори розвитку.....     | 18 |
| 1.4. Психологічні особливості юнацтва як сенситивного періоду для<br>стресових впливів.....                | 25 |
| Висновки до першого розділу.....                                                                           | 29 |
| <b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСІБ<br/>ЮНАЦЬКОГО ВІКУ</b>                             |    |
| 2.1. Методологічне обґрунтування та опис психодіагностичного<br>інструментарію.....                        | 32 |
| 2.2. Емпіричний аналіз рівня стресу молоді в умовах воєнного стану.....                                    | 38 |
| 2.3. Психологічні стратегії та рекомендації щодо розвитку стресостійкості<br>студентської молоді.....      | 57 |
| Висновки до другого розділу.....                                                                           | 59 |
| <b>ВИСНОВКИ</b> .....                                                                                      | 62 |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....                                                                    | 65 |

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** У сучасних кризових та конфліктних умовах життєіснування, детермінованих воєнним станом в Україні, істотно підвищилися соціально-психологічні ризики і дисбаланси особистісної поведінки. Типова соціально-психологічна стабільність значної кількості громадян опинилася в ускладнених численними випробуваннями економічних, політичних кризах, а отже й істотно зросли дискомфортні та деструктивні тенденції у масовій поведінці.

Перебуваючи під екзистенційно небезпечним і надзвичайним тиском воєнних детермінант, особистість переживає істотні виклики й випробування, що у свою чергу дуже підвищує рівень психоемоційного вигорання та психофізичного виснаження.

Численні афективні навантаження, потенційний ризик отримання травматизації послаблюють стабільність і спричиняють афективно-когнітивні розлади й дисфункції. Якраз тому сучасний вітчизняний науково-практичний психологічний дискурс приділяє особливо пильну увагу проблемам ментального здоров'я людей воєнного часу.

Акцент зазвичай робиться на розвитку особистісної стресостійкості, на профілактику складних посттравматичних розладів і наслідків, що, беззаперечно, є особливо значущим для сучасної студентської спільноти, адже вони перебувають у зоні підвищеного ризику щодо власного психоемоційного та когнітивного становлення.

Різнобічне науково-психологічне вивчення сутнісно-функціонального наповнення дефініцій «стресу», «тривалого травматичного стресу» і «посттравматичного стресового розладу» (ПТСР) виступає дуже важливим і актуальним завданням для вітчизняної психологічної думки. Через складні і надзвичайно насичені випадки, ситуації та проблеми люди легко можуть піддаватися численним потенційно травматогенним впливам як у побуті, так

і в процесі професійної комунікації та самореалізації, а отже нагально потребують психологічної допомоги.

Традиційно травматичний стрес тлумачиться як особлива і специфічна форма стресової реакції, що істотно перебільшує та перевищує адаптаційні ресурси й потенціали людського організму, а також суттєво порушує та видозмінює психозахисні механізми і потребує окремих гіперкоменсаційних зусиль і спеціалізованих ресурсів з метою хоча б якогось відновлення втраченого психічного балансу.

Слід зазначити, що травматичний стрес є доволі звичним і нормальним явищем. Правда, здебільшого це фіксується у вкрай ускладнених і не дуже нормальних обставинах. Вважається, що він виникає у тих людей, які пережили екзистенційно травмівні події, які виходять за межі їхнього повсякденного життєвого досвіду. Типовими фрустраторами і травмогенними чинниками є загроза власному життю, втрата когось із рідних і близьких, агресивні й криваві бойові дії, психофізичне і/або сексуальне насильство, різні екологічні стихійні лиха і/або небезпечні техногенні катастрофи.

Безперечно, що підвищений ризик виникнення в людини травматичного стресу істотно збільшується в умовах тривалої та хронічної небезпеки й соціально-економічної невизначеності, які є досить характерними для всіх суспільств воєнного часу.

У часовому вимірі стресові події, які не тривалі у часі, можуть навіть оптимізувати й активувати соціально-адаптаційні ресурси і потенціали людської психіки, а також стимулювати появу певних когнітивно-інтелектуальних, психоемоційних і поведінкових патернів та механізмів регуляції та саморегуляції, тобто в цілому дещо підвищувати адаптивність людини.

Однак слід зауважити, що хронічний стрес містить негативний і деструктивний вплив і ефект, що зазвичай активно проявляється у втомі, виснаженні та вигоранні як фізіологічних надбань і утворень, так і

афективно-емоційних ресурсів, може сприяти помітному підвищенню рівня різновидової тривожності, виникненню аутистичних тенденцій і різномодальних депресивних психостанів, тобто культивувати загальну соціальну дезадаптованість і ризику активного прояву та інтенсивного розвитку ПТСР.

Однією із найвразливіших соціально-вікових груп є студентська популяція, оскільки молоді люди, перебуваючи під негативним постійним впливом різних воєнно детермінованих стресових детермінант, часто відчують кризовість і спустошення.

Потік мілітарно забарвлених новин про руйнації та загрози, страх відчуті наслідки ракетних обстрілів, втрата через руйнування житла, страх через можливу загибель рідних, близьких, знайомих та ціла низка інших соціально-травмівних факторів завдають численних стресових негативних впливів на юнацьку психіку. Якраз такі та інші фактори сприяють підвищенню ймовірності афективних розладів, перепадів настрою, психоемоційної дезадаптації тощо, а також сумарно формують потужно негативні передумови для розвитку в молодих людей студентського віку різних соціопатологічних психічних станів.

Вважаємо, що стресостійкість доцільно розглядати як цілісний синтез і комплекс різних психічних, когнітивних, поведінкових соціально-адаптивних засобів, способів і механізмів, за допомогою яких забезпечується збереження особистісної адаптивності до соціуму, а також її ефективне і якісне функціонування в воєнних, кризових, стресових ситуаціях і умовах.

Стресостійкість постає визначальною складовою психофізичного здоров'я, психосоціальної збалансованості і стабільності, а також комунікативної та діяльнісної фахової самореалізації особистості.

Молоді люди з високим рівнем опірності і стресостійкості спроможні якісніше і результативніше ефективніше взаємодіяти із соціодовкіллям, зокрема плідно і гнучко регулювати афективно-емоційні реакції, а отже й успішно підтримувати та розвивати власну психологічну і соціальну

рівновагу в дуже складних і вигоральних ситуаціях війни, в умовах високого психоемоційного виснаження та суспільного навантаження.

**Теоретико-методологічна основа дослідження.** Основні положення досліджуваної проблематики соціально-психологічної та особистісної травматизації людини детально висвітлені у працях та інтенсивно досліджуються у науково-пошукових студіях українських і зарубіжних науковців. Окремо доцільно згадати праці Д.Т. Гошовської, О.М. Кокуна, М.І. Мушкевич, В.І. Осьодло, Н.А. Стасюк, О.В. Тімченко, Ю.М. Шевельова та ін., а також Д. Грінберга, П.Б. Зільбермана, У. Кеннона, Г. Сельє та С. Фолькмана та ін..

**Мета дослідження** - теоретичне обґрунтування психологічної сутності стресу, зокрема стресостійкості молоді в умовах складного воєнного часу й емпіричне визначення рівня стресу і особистісної схильності до розвитку посттравматичного стресового розладу.

Для досягнення поставленої мети поставлено такі основні **завдання**:

1. Провести теоретико-методологічне аналітичне вивчення ключових підходів до вивчення психологічної проблематики особливостей стресостійкості людини.

2. Здійснити вивчення психологічної сутності, змістово-функціональних складових формування особистісної стресостійкості.

3. Здійснити емпіричне дослідження з метою визначення рівня стресу і схильності особистості до розвитку посттравматичного стресового розладу у студентів, провести кількісну обробку та якісну інтерпретацію даних.

4. Розробити практичні методичні рекомендації для молодих людей студентського віку.

**Об'єкт дослідження** - психологія стресу та психологічні ресурси студентів в умовах воєнного часу.

**Предмет дослідження** – психологічна специфіка формування стресостійкості в юнаків та юнок в ускладнених війною стресогенних умовах.

Для реалізації поставлених завдань нами було використано комплекс різних теоретичних, емпіричних і статистичних методів:

*теоретичні:* аналіз, синтез, системно-структурний аналітичний огляд, порівняння.

*емпіричні:* бесіда, спостереження, анкетування, тести, зокрема такі методики:

Impact of Event Scale (IES-R);

Шкала оцінки сприйманого стресу (PSS-10);

Опитувальник симптомів ПТСР ;

Шкала оцінки впливу травматичної події;

Стилі подолання стресових ситуацій

*математично-статистичні:* кількісна обробка отриманих результатів з використанням сучасних методів математичної статистики, їхні якісна інтерпретація та систематизаційні узагальнення.

Гетерогенна вибірка налічувала 80 студентів віком від 18 до 22 років і була сформована рекрутаційним добровільним способом.

**Наукова новизна дослідження** полягає в деякому поглибленні та розширенні наукових підходів та уявлень щодо психології стресу і стресостійкості сучасної вітчизняної студентської молоді в умовах воєнного часу, а також в окремих доповненнях щодо констатації психологічних механізмів особистісної стійкості до стресу, зокрема в розробленні практичних методичних рекомендацій щодо формування особистісної стресостійкості.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у розширенні сучасних уявлень про систематизації науково-психологічних знань про феноменологію стресу і стресостійкості студентської молоді в умовах воєнного часу.

**Практичне значення дослідження** полягає в тому, що цілком можливим є використання окремих теоретико-емпіричних результатів нашого дослідження психологами, педагогами, соціальними працівниками з метою профілактики різних стресових станів, а також превенції ранньої

діагностики посттравматичних стресових розладів в посилення формування адаптаційної стресостійкості студентів.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати теоретико-емпіричного дослідження апробовані упродовж роботи науково-практичного семінару з міжнародною участю «Феноменологія депривації: психолого-педагогічний і теоретико-прикладний дискурс. Ремедіум 14» (2-4 квітня 2024 р., м. Луцьк), науково-практичного семінару «Магістратура з психології : Viribus unitis» (7-8 жовтня 2025 р., м. Луцьк).

Дроздовський Н. Шляхи підвищення стресостійкості у студентів. *Психогенеза особистості: норма і девіація*. Ч.2. Луцьк, 2025. –С.42-48.



## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІД- ЖЕННЯ СТРЕСУ В СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ**

### **1.1. Концептуальні підходи до розуміння феномену стресу в академічній психології**

Стрес у сучасній психологічній науці розглядається як динамічний, мультикомпонентний процес, який виникає у відповідь на значущі вимоги зовнішнього середовища, які перевищують індивідуальні адаптивні ресурси людини. Стрес як психофізіологічне явище може проявлятися в різних формах, що відображають характер впливу стресогенних факторів на організм і психіку людини. Сучасна психологія та психофізіологія виділяють кілька основних типів стресу:

Фізіологічний стрес – пов’язаний з впливом фізичних навантажень на організм. До його проявів належать підвищене серцебиття, зміни кров’яного тиску, м’язове напруження та підвищене виділення стресових гормонів. Фізіологічний стрес активує адаптаційні ресурси організму, мобілізуючи його до ефективної протидії навантаженню.

Емоційний стрес – виникає у відповідь на первинні зміни в емоційній сфері психічної активності. Він проявляється як тривожність, страх, роздратованість, афективна напруга та внутрішнє психологічне збудження. Емоційний стрес часто поєднується з когнітивними змінами, зокрема порушенням концентрації та здатності приймати адекватні рішення.

Інформаційний стрес – пов’язаний з перевантаженням інформацією, коли індивід не справляється з обсягом даних або темпом прийняття рішень. У таких умовах зростає відповідальність за наслідки рішень, а суб’єкт відчуває внутрішнє напруження та втрату контролю над ситуацією. Інформаційний стрес часто виникає у навчальному, професійному або кризовому середовищі, де необхідна швидка адаптація та обробка великого обсягу даних.

Посттравматичний стрес (ПТСР) – специфічна форма психологічного стресу, що розвивається у результаті надзвичайних ситуацій, які виходять за

межі звичайного людського досвіду та загрожують фізичній або психічній цілісності особистості чи інших людей. ПТСР характеризується тривалим впливом стресового фактора, латентним періодом розвитку та можливістю прояву симптомів від шести місяців до десяти років і більше після одноразової або повторюваної травматичної події. До його проявів належать повторювані спогади травми, підвищена тривожність, уникання стимулів, що нагадують травму, а також зміни поведінки та фізіологічні порушення.

Залежно від тривалості стресових реакцій, виділяють:

Гострий стрес – короткочасний, що виникає раптово і характеризується швидкістю реагування організму. Його прояви, як правило, обмежені у часі і після усунення стресового чинника швидко регресують.

Хронічний стрес – довготривалий, який виникає при систематичному впливі стресогенних факторів або при неможливості ефективно їх подолати. Хронічний стрес має більш тяжкі наслідки для фізичного та психічного здоров'я, включно з розвитком соматичних захворювань, зниженням когнітивних функцій, емоційною нестабільністю та виснаженням адаптаційних ресурсів організму.

Таким чином, тип стресу та тривалість його впливу визначають інтенсивність і спектр психофізіологічних наслідків, що підкреслює необхідність ранньої діагностики, профілактики та корекції стресових станів, особливо в умовах високої соціальної та психологічної напруги, зокрема під час воєнних дій або кризових ситуацій.

Перші систематичні дослідження стресу були здійснені Гансом Сельє, який запропонував концепцію загального адаптаційного синдрому (General Adaptation Syndrome, GAS). Він розглядав стрес як неспецифічну реакцію організму на будь-який подразник, що порушує гомеостатичну рівновагу, і виділяв три стадії:

Тривога (alarm reaction) – мобілізація енергетичних і фізіологічних ресурсів організму;

Стадія опору (resistance stage) – активна адаптація до стресового стимулу;

Стадія виснаження (exhaustion stage) – виснаження адаптивних ресурсів, що може призводити до розвитку фізіологічних і психологічних порушень.

Подальші дослідження У. Кеннона розширили фізіологічний аспект стресу, вводячи поняття «fight-or-flight» реакції, що підкреслює еволюційну роль стресу як механізму виживання. Кеннон показав, що під час стресової активації організму відбувається комплексна мобілізація нервової та ендокринної систем, що забезпечує швидке реагування на загрозу.

Сучасні психофізіологічні дослідження підтверджують важливість цих класичних концепцій, доповнюючи їх даними про гормональні, нейронні та імунні зміни, що супроводжують стресові реакції. Так, активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи (HPA-axis) та симпатичної нервової системи забезпечує виділення кортизолу та адреналіну, що сприяє готовності організму до дії.

У психології стрес розглядається як процес оцінки і взаємодії особистості з навколишнім середовищем, де важливу роль відіграє суб'єктивне сприйняття події. Такий підхід розвинув Р. Лазарус і С. Фолькман у когнітивно-оцінковій теорії стресу, яка включає:

Первинну оцінку (primary appraisal) – оцінка значущості події для особистості: чи є вона загрозою, викликом або шкодою;

Вторинну оцінку (secondary appraisal) – аналіз ресурсів та стратегій подолання;

Копінг-реакції (coping) – поведінкові та когнітивні дії для регуляції стресу.

Ця модель підкреслює індивідуальні відмінності у сприйнятті та реагуванні на стрес, зокрема важливість когнітивних стратегій, досвіду попередніх стресових ситуацій, а також рівня соціальної підтримки.

На сучасному етапі психологія виокремлює кілька форм стресових станів:

Еустрес (позитивний стрес) – активізує адаптивні ресурси, стимулює навчання, розвиток і продуктивність;

Дистрес (негативний стрес) – перевищує адаптивні ресурси, викликає виснаження, тривожність та депресивні прояви;

Травматичний стрес – особлива форма дистресу, що виникає у відповідь на надзвичайні події, пов'язані із загрозою життю, здоров'ю або соціальній безпеці.

Особливе значення для сучасної України має травматичний стрес у зв'язку з бойовими діями, руйнуванням соціальної інфраструктури та загрозою життю, що підвищує ризик розвитку ПТСР, тривожних та депресивних станів серед студентської молоді.

Сучасні дослідження виділяють комплекс факторів, що впливають на формування стресових реакцій:

1. Індивідуальні: темперамент, рівень емоційної стабільності, когнітивні оцінки, життєвий досвід;
2. Соціальні: наявність підтримки від сім'ї, друзів, колективу; участь у соціальних мережах і громадських структурах;
3. Ситуаційні: інтенсивність і тривалість стресового стимулу, невизначеність, реальна загроза життю та здоров'ю.

Дослідження показують, що соціальна підтримка та ефективні копінг-стратегії значно знижують ризик дистресу та травматичного стресу. Стрес впливає на всі рівні психофізіологічного функціонування:

1. Когнітивний рівень – порушення концентрації, зниження продуктивності, когнітивні перекручення;
2. Емоційний рівень – тривожність, депресивні настрої, емоційна лабільність;
3. Поведінковий рівень – уникання, конфліктність, соціальна ізоляція;
4. Фізіологічний рівень – гормональні зміни, порушення сну, ослаблення імунної системи.

Таким чином, стрес слід розглядати як комплексний процес, що потребує інтегративного підходу для виявлення, оцінки та корекції, особливо

в умовах високої соціальної та психологічної напруги, характерної для воєнного стану.

На нашу думку, найбільш концептуально обґрунтованим підходом до визначення сутності стресу є підхід Р. Лазаруса та С. Фолькмана, які розглядають стрес як складний, багатовимірний феномен, що виникає унаслідок взаємодії особистості з навколишнім середовищем. Цей процес включає когнітивну оцінку ситуації, індивідуальні ресурси та механізми копіngu, що робить його предметом міждисциплінарних досліджень на стику психології, медицини, соціології та нейронаук.

У рамках суб'єктного підходу В.О. Татенко (2009) визначає стрес як емоційний стан особистості, що характеризується відчуттям неможливості реалізувати власні прагнення та цілі. При цьому специфіка прояву стресу залежить від значущості цих прагнень для суб'єкта, а також від наявності необхідних внутрішніх ресурсів для подолання конкретної стресової ситуації. Таке визначення акцентує увагу на індивідуальній оцінці ситуації та психологічних ресурсах особистості, підкреслюючи, що стрес не є універсально негативним явищем, а залежить від контексту і сприйняття.

Дослідниця О.Л. Марковець (2005) наголошує на неоднозначності тлумачення природи стресу в науковій літературі, що зумовлює розбіжності у визначенні його сутності та суперечливі емпіричні результати. Вона пропонує визначати стрес як комплексну психофізіологічну реакцію, що виникає внаслідок суб'єктивної оцінки факторів як стресогенних, тобто таких, що створюють загрозу благополуччю чи цілісності особистості. Це визначення підкреслює взаємозв'язок між когнітивною оцінкою події, емоційною реакцією та фізіологічними змінами, що відбуваються у стресовому стані.

Після аналізу зазначених підходів можна зробити висновок, що стрес слід розглядати як психофізіологічний стан, що неодмінно супроводжує життєдіяльність людини. Хоча у масовій свідомості стрес асоціюється переважно з негативними переживаннями, він може бути і позитивним

стимулом для адаптації та розвитку. У повсякденному житті стрес може виникати як у професійних, так і у сімейних ситуаціях, бути результатом однієї сильної травматичної події або накопичення малих, але регулярних подразників, що формують почуття тривоги, небезпеки чи особистісної загрози.

Психологічний стрес як особливий психічний стан відображає суб'єктом складну, екстремальну ситуацію, що потребує вирішення або подолання. Специфіка психічного відображення визначається характером діяльності та суб'єктивною значущістю об'єкта діяльності, тобто тим, наскільки реалізація певної мети активізує мотиви суб'єкта. Оскільки мотиви завжди супроводжуються емоційним забарвленням, їх реалізація безпосередньо впливає на появу психічної напруженості та стресових реакцій.

Внаслідок цього поряд із поняттям «стрес» часто використовують супутні терміни, що уточнюють різні аспекти психічного напруження: «емоційна напруженість», «афективна напруга», «нервово-психічне напруження», «емоційне збудження», «емоційний стрес» та інші. Такі терміни відображають багатовимірну природу стресу, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, і підкреслюють його роль як індикатора взаємодії особистості з середовищем у складних або загрозових умовах.

## **1.2. Психофізіологічні та когнітивно-поведінкові механізми формування стресових станів особистості**

Стресові стани особистості формуються на основі складної взаємодії психофізіологічних, когнітивних, емоційних та соціальних процесів, що забезпечують адаптивну відповідь на стресогенні фактори.

Механізми розвитку стресу є багаторівневими, вони включають фізіологічну мобілізацію організму, когнітивну оцінку ситуації, активацію

емоційних реакцій та поведінкових стратегій, а також соціальні модератори, які впливають на інтенсивність і тривалість стресової реакції.

Фізіологічний аспект розвитку стресу забезпечує підготовку організму до швидкої адаптації до загрозливих або екстремальних ситуацій.

Основні процеси включають активацію симпатичної нервової системи, що спричинює підвищення серцевого ритму, артеріального тиску, рівня глюкози та метаболічної активності, вивільнення гормонів стресу (кортизолу, адреналіну, норадреналіну), що забезпечує мобілізацію енергетичних ресурсів та готовність до швидкої дії, регуляцію імунної системи, яка у короткостроковій перспективі активується, а при хронічному стресі зазнає виснаження, що підвищує ризик соматичних захворювань, нейропластичні процеси в головному мозку, які впливають на пам'ять, навчання та формування адаптивних стратегій поведінки.

Фізіологічні реакції на стрес є універсальними та можуть проявлятися як у гострих, так і у хронічних стресових станах, різниця між якими визначається тривалістю та інтенсивністю впливу стресогенних чинників. Емпіричні дані, отримані у працях вітчизняних дослідників (Корольчук, Крайнюк, Косенко, Кочергіна, 2002), дали можливість окреслити низку фундаментальних фізіологічних змін, що виникають у процесі адаптації організму до стресових впливів. Зокрема, було встановлено такі закономірності:

Підвищення функціонального потенціалу стресореалізуючих систем, що проявляється у зростанні їх резервних можливостей і забезпечує організму підготовленість до протидії широкому спектру стресорів.

Поступове зниження інтенсивності активації цих систем при повторних впливах, що свідчить про формування адаптаційного ефекту та економізацію фізіологічних реакцій.

Редукція чутливості нервових центрів і периферичних виконавчих структур до дії гормонів і нейромедіаторів стресу, яка відображає процес десенситизації та оптимізації нейрогуморальної відповіді.

Комплексна нейрофізіологічна та гормональна перебудова, що забезпечує підвищення толерантності організму до довготривалих або повторюваних стресових навантажень.

Сукупність зазначених адаптаційних механізмів свідчить про значну регуляторну пластичність людського організму. Водночас її можливості не є безмежними: адаптивний потенціал визначається як індивідуальними психофізіологічними характеристиками, так і специфікою, інтенсивністю та тривалістю стресового впливу.

Когнітивний компонент стресу реалізується через суб'єктивну оцінку події як загрози або виклику, що є ключовим для розвитку стресового стану. За теорією Лазаруса та Фолькмана, когнітивні механізми включають:

1. Первинну оцінку (primary appraisal) – визначення значущості події та її потенційної шкоди чи користі для суб'єкта;
2. Вторинну оцінку (secondary appraisal) – оцінку власних ресурсів та можливостей для подолання стресової ситуації;

Копінг-стратегії (coping strategies) - це комплекс поведінкових, когнітивних та емоційних дій, спрямованих на регуляцію стресу та підтримку психологічної рівноваги. У процесі розвитку стресової реакції виділяють чотири субсиндроми, які проявляються поетапно:

Емоційно-поведінковий субсиндром – характеризується проявом тривожності, роздратованості, емоційного збудження та змін поведінкових реакцій;

Вегетативний субсиндром – проявляється змінами вегетативної нервової системи, підвищенням серцевого ритму, тиску, порушенням функцій внутрішніх органів;

Когнітивний субсиндром – зміни розумової активності, зниження концентрації, порушення пам'яті та прийняття рішень;



Соціально-психологічний субсиндром – зміни у міжособистісному спілкуванні, взаємодії з колегами, друзями та членами родини, формування оцінок та відносин щодо стресогенної ситуації.

Перші два субсиндроми здебільшого відображають адаптаційні процеси на рівні базових функціональних систем організму, тоді як когнітивний та соціально-психологічний субсиндроми визначаються особистісними характеристиками та індивідуальним досвідом людини. Ці компоненти не слід розглядати як фази, а радше як інтегративні елементи стресової реакції, що включають участь когнітивних і соціальних процесів.

Емоційний компонент проявляється через тривожність, страх, роздратованість, афективну напругу та внутрішнє психічне збудження, інтенсивність якого залежить від особистісних рис, попереднього досвіду та доступних соціальних ресурсів.

Соціальне оточення є критично важливим фактором у розвитку та регуляції стресових станів. До основних соціально-психологічних механізмів належать психологічна підтримка з боку сім'ї, друзів, колег, яка може значно зменшувати інтенсивність стресу, рольові вимоги та соціальні очікування, що створюють додаткове психологічне навантаження, соціальні ресурси та доступ до професійної допомоги, що впливають на вибір адаптивних стратегій та знижують ризик виникнення посттравматичного стресу.

Особливо важливим соціальний аспект стає в умовах воєнного стану, коли постійна загроза життю та обмежені ресурси значно підвищують ризик розвитку хронічного стресу та ПТСР. Розвиток стресового стану відбувається через синхронну інтеграцію фізіологічних, когнітивних, емоційних та соціальних процесів:

Фізіологічна мобілізація забезпечує готовність організму до дії;

Когнітивна оцінка визначає адаптивність або деструктивність реакції;

Соціальні ресурси та підтримка пом'якшують негативний вплив стресу або посилюють його при їх відсутності.

Якщо стреси повторюються або не усвідомлюються людиною, вони можуть призводити до психосоматичних захворювань, включаючи: підвищений артеріальний тиск, мігрень, астму, ревматоїдний артрит, діабет, захворювання шкіри та депресивні стани. Хронічний стрес впливає не лише на окремі органи, а й на цілі функціональні системи організму, формуючи несприятливі патерни фізіологічних і психічних реакцій.

Експериментальні та клінічні дані свідчать, що центральною ланкою стресової реакції залишаються нейроендокринна регуляція та взаємодія центральної нервової системи з гормональними системами, що визначає як адаптаційні, так і деструктивні наслідки стресу.

На сучасному етапі наукові дослідження виділяють два основних напрями:

Стрес життя – психологічні та фізіологічні реакції людини на витрати цивілізації, урбанізацію, підвищений темп життя та екологічні фактори (Г. Сельє);

Професійний стрес – вплив специфічних робочих навантажень на психіку та здоров'я людини, що пов'язаний із повторюваними або хронічними стресорами.

Виявлення механізмів розвитку стресу дозволяє розробляти ефективні програми профілактики, психологічної корекції та формування стресостійкості, що є особливо актуальним у контексті студентської молоді та умов воєнного часу.

Таким чином, механізми розвитку стресу багаторівневі, взаємопов'язані та динамічні, що пояснює індивідуальні відмінності у протіканні стресових станів. Розуміння цих механізмів є основою для профілактики, діагностики та психологічної корекції стресу, а також формування стресостійкості, особливо серед молоді в умовах високого психологічного та соціального навантаження.

### **1.3. Посттравматичний стресовий розлад: ключові симптоми, моделі ризику та предиктори розвитку**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є комплексним психофізіологічним та соціально-психологічним феноменом, який виникає у відповідь на події екстремального характеру, що виходять за межі звичайного життєвого досвіду людини та несуть загрозу фізичному або психічному благополуччю індивіда. Дослідження ПТСР охоплює інтеграцію психології, психіатрії, нейронаук і соціальної психології, оскільки розвиток цього розладу визначається біологічними, когнітивними, емоційними та соціальними детермінантами.

ПТСР проявляється через комплекс симптомів, що взаємопов'язані та можуть варіюватися залежно від індивідуальних особливостей людини та характеру травмуючої події.

Відповідно до сучасних психіатричних класифікацій (DSM-5, 2013; Корольчук, 2017), симптоматика посттравматичного стресового розладу структурується за кількома провідними кластерами.

Перший із них охоплює прояви повторного переживання травматичного досвіду, які характеризуються:

- інтрузивними спогадами та флешбек-епізодами, що супроводжуються відчуттям ніби подія відбувається повторно у реальному часі;
- рецидивуючими нічними жахами, зміст яких прямо або опосередковано пов'язаний із травматичною ситуацією;
- вираженими емоційними та соматичними реакціями у відповідь на внутрішні чи зовнішні стимули, які нагадують про пережиту травму.

#### **1. Симптоми уникання:**

- уникання думок, спогадів, емоцій, пов'язаних із травмою;
- уникання людей, місць або обставин, що асоціюються з травматичним досвідом;
- емоційне «онеміння», соціальна ізоляція та зниження активності.

## 2. Симптоми негативних змін у настрої та когнітивних процесах:

- почуття провини, сорому, безпорадності;
- спотворене сприйняття себе та світу, песимістичні прогнози на майбутнє;
- порушення концентрації, пам'яті та здатності до прийняття рішень.

## 3. Симптоми підвищеної збудливості та тривожності:

- надмірна настороженість і легка збудливість;
- імпульсивна, агресивна або самопошкоджувальна поведінка;
- порушення сну та фізіологічні прояви стресу (підвищене серцебиття, тремтіння, пітливість).

Важливо підкреслити, що ПТСР часто має латентний період, який може тривати від кількох місяців до кількох років після травмуючої події, що ускладнює ранню діагностику та робить актуальним превентивне психологічне втручання.

Комплексний аналіз сучасних наукових джерел (Майєрс, 2018; Наугольник, 2015) дає змогу окреслити сукупність факторів, що істотно підвищують імовірність формування посттравматичного стресового розладу. До індивідуальних (особистісних) детермінант належать:

1. генетично зумовлена вразливість до тривожних і депресивних спектрів розладів, яка впливає на регуляцію нейрофізіологічних систем стресу;

2. особистісні характеристики, зокрема підвищений рівень нейротизму, недостатня стресостійкість, схильність до імпульсивних форм реагування;

3. наявність попереднього травматичного досвіду або тривалий вплив хронічних стресорів, що знижують адаптаційні ресурси психіки.

## 4. Характер травматичної події:

- інтенсивність, тривалість та непередбачуваність стресора;
- відчуття загрози власному життю або життю близьких;
- соціальна ізоляція в момент травми.

## 5. Соціальні та міжособистісні фактори:

- відсутність підтримки з боку родини, друзів, колег;
- конфліктні соціальні ситуації;
- соціально-економічні проблеми після травматичної події.

#### 6. Біологічні та нейрофізіологічні чинники:

- дисфункції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (ГГНС);
- порушення рівня нейромедiatorів: серотоніну, дофаміну, норадреналіну;
- зміни активності лімбічної системи та префронтальної кори, що відповідають за емоційну регуляцію.

Сучасна психодіагностика ПТСР поєднує клінічні, психометричні та біологічні підходи:

Клінічні інтерв'ю: Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5);

Самозаповнювані опитувальники: PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), Impact of Event Scale-Revised (IES-R);

Біологічні та нейрофізіологічні маркери: рівень кортизолу, функціональна МРТ для оцінки активності лімбічної системи;

Соціально-психологічні методики: оцінка рівня соціальної підтримки, ресурсів копіngu, стресостійкості та психологічного благополуччя.

Комплексне дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є надзвичайно важливим напрямом сучасної психологічної науки, оскільки воно забезпечує можливість не лише глибшого розуміння механізмів формування та прояву стресових порушень, але й сприяє підвищенню ефективності практичної психологічної допомоги. Такий підхід дозволяє здійснювати ранню діагностику симптомів ПТСР та виявляти осіб із високим ризиком розвитку посттравматичних реакцій, що, у свою чергу, відкриває можливості для своєчасної профілактики негативних психоемоційних наслідків травматичного досвіду.

Ретельне вивчення структури та динаміки ПТСР сприяє розробці адаптивних копінг-стратегій, які допомагають постраждалим особам більш

ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, знижуючи рівень тривожності, агресивності та емоційного виснаження. На основі результатів таких досліджень стає можливим створення цільових психокорекційних і психотерапевтичних програм, побудованих із урахуванням індивідуально-психологічних, соціальних і біологічних детермінант функціонування особистості після травматичних подій.

Особистісні ресурси, що забезпечують ефективне подолання стресових впливів і формують базу стресостійкості індивіда, у психологічній літературі трактується як система внутрішніх і зовнішніх потенціалів, які визначають адаптаційні можливості людини. До таких ресурсів відносять активну життєву позицію, здатність інтерпретувати стрес як джерело досвіду та стимул особистісного зростання, адекватний рівень самоповаги, раціональний стиль мислення, розвинені емоційно-вольові якості, фізичну витривалість і ставлення до власного здоров'я як до цінності. У протиставлення цим характеристикам фактори низької стресостійкості включають підвищену тривожність, гіперчутливість, ригідність, дефіцит соціальних навичок. Такі негативні передумови зазвичай призводять до вторинних дезадаптивних проявів: невпевненості, зниження продуктивності діяльності, посилення внутрішньої напруженості, домінування уникнення як coping-стратегії, підвищеної чутливості до критики, соціальної замкненості та відчуття безрезультатності прикладених зусиль.

Підвищена схильність до стресових реакцій нерідко спостерігається у людей, для яких характерні домінуючі переживання гніву, ворожості та агресії, що утруднює конструктивне розв'язання напружених ситуацій. У контексті вивчення індивідуально-психологічних детермінант стресостійкості низка досліджень підтверджує такі закономірності:

- **екстраверти** демонструють кращу адаптацію до мінливих умов і більш упевнено орієнтуються в соціальному середовищі порівняно з інтровертами, чия активність зосереджена переважно на внутрішніх переживаннях;

- **типи ригідності й рухливості нервових процесів** по-різному оцінюють стресогенність ситуацій: ригідні особи сильніше реагують на непередбачувані вимоги з боку інших, тоді як рухливі – через більшу відкритість – виявляються більш вразливими до міжособистісних перевантажень;

- **особи з домінуванням мотивації досягнення** характеризуються більшою автономністю та включеністю в діяльність порівняно з тими, хто надає перевагу орієнтації на безпеку та стабільність.

Вагомим концептом для пояснення індивідуальних відмінностей у переживанні стресу є теорія локусу контролю Дж. Роттера. Вона описує континуум від зовнішнього (external) до внутрішнього (internal) локусу, який визначає, наскільки людина приписує контроль над життєвими подіями зовнішнім силам чи власним діям. Екстернали схильні розглядати події як наслідок випадковості або зовнішніх обставин, що не піддаються впливу. Інтерналі, навпаки, вважають більшість подій результатом власної активності; вони інвестують значну когнітивну енергію в аналіз ситуації, планування та пошук способів впливу на події. Високий рівень внутрішнього локусу контролю сприяє формуванню відчуття особистої ефективності, що полегшує подолання стресових ситуацій (Tong & Wang, 2006).

Стресостійкість як індивідуальна характеристика розглядається у психології одним з ключових показників психічного здоров'я та індикатором збалансованого функціонування організму. Вона виступає захисним чинником, який запобігає дезінтеграції особистості, сприяє реалізації її потенціалу та забезпечує оптимальний рівень працездатності. У наукових джерелах поняття «стресостійкість» тісно корелює з такими категоріями, як «емоційна стійкість», «психологічна стійкість», «стрестолерантність». Наприклад, В.М. Писаренко наголошував, що емоційна стійкість полягає у здатності реагувати на психоемоційні навантаження таким чином, щоб залишатися на оптимальному рівні функціонування, а за певних умов – навіть підвищувати продуктивність діяльності.

М.С. Корольчук та В.М. Крайнюк трактують психологічну стійкість як інтегральну якість особистості, що забезпечує опірність стресовим факторам, збереження здоров'я та ефективності в умовах підвищених вимог. У структурі цієї якості вони виокремлюють врівноваженість (контроль рівня напруги), стабільність емоційного фону та опірність як здатність зберігати свободу поведінкового вибору (Корольчук, Крайнюк, 2009).

Погляди окремих дослідників свідчать про переконання, що стресостійкість є здебільшого вродженою характеристикою, яка мало піддається тренуванню і виступає природним адаптаційним ресурсом. У таких підходах поняття «стресостійкість», «емоційна стійкість», «стресрезистентність» та «фрустраційна толерантність» часто розглядаються як синонімічні.

К. Матені запропонував багатовимірну модель ресурсів стресостійкості, до якої входять:

фізіологічні ресурси (генетичні передумови, відсутність соматичних захворювань);

психологічні якості (самоконтроль, адекватна самооцінка, упевненість);

когнітивні характеристики (інтелектуальний рівень, гнучкість мислення, продуктивні переконання, навички організації часу);

соціальна підтримка та матеріальні ресурси. Науковець наголошував на необхідності превентивного розвитку позитивної самооцінки та вміння конструктивно використовувати підтримку соціального оточення як важливих чинників підвищення здатності до протидії стресу.

У праці М.С. Корольчука та В.М. Крайнюка здійснено диференціацію ресурсів стресостійкості на три основні групи: особистісні, інформаційні та інструментальні.

Особистісні ресурси включають мотивацію подолання, силу Я-концепції, позитивний та раціональний стиль мислення, емоційно-вольові риси, фізичний потенціал.



До інформаційних та інструментальних ресурсів належать здатність до когнітивного аналізу ситуації, навички контролю та регуляції поведінки, професійна майстерність, матеріальна забезпеченість та можливість відновлення первинних потреб.

Дослідники особливо підкреслюють роль соціальної підтримки та психологічної компетентності як специфічних чинників, що підвищують стійкість до стресових впливів (Корольчук, Крайнюк, 2009).

Таким чином, ПТСР є багатокomпонентним психофізіологічним та соціально-психологічним явищем, що потребує міждисциплінарного підходу та інтеграції сучасних психологічних, психіатричних і нейронаукових методів дослідження.

#### **1.4. Психологічні особливості юнацтва як сенситивного періоду для стресових впливів**

Юнацький вік є критичним періодом розвитку особистості, що характеризується складними психофізіологічними, когнітивними та соціально-поведінковими трансформаціями. У цей час індивід формує власну ідентичність, соціальні ролі, ціннісно-смислову структуру та механізми регуляції емоцій. Водночас юнацький вік відзначається підвищеною вразливістю до стресових впливів, що зумовлено інтеграцією багатьох внутрішніх (фізіологічних, психологічних) та зовнішніх (соціальних, культурних, екологічних) факторів.

Стрес у юнацькому віці розглядається як багатокomпонентна психофізіологічна реакція на реальні чи потенційні загрози, що може проявлятися в когнітивній, емоційній, поведінковій та фізіологічній сферах. Важливо відзначити, що адаптивні форми стресу стимулюють розвиток особистості та активізують ресурси організму, тоді як хронічні або травматичні форми можуть призводити до дезадаптації, психоемоційного

виснаження та розвитку патологічних станів, включаючи тривожні розлади, депресію та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Стресові впливи на когнітивну сферу проявляються у вигляді:

зниження концентрації уваги та здатності до обробки інформації;

підвищеної вразливості до когнітивних викривлень, таких як катастрофізація, надмірне самокритичне мислення та ригідність поглядів;

надмірної рефлексії та тенденції до «застрявання» на негативних подіях, що може знижувати ефективність навчальної та соціальної діяльності.

Наукові дослідження показують, що когнітивні порушення у юнацькому віці тісно корелюють із підвищеним рівнем емоційного навантаження та порушенням регуляції стресових реакцій, що підкреслює необхідність ранньої психологічної підтримки.

Емоційна сфера юнаків і дівчат у віці 18–22 років особливо чутлива до впливу стресогенних факторів, що пов'язано з активним формуванням особистісної ідентичності, соціальних ролей і ціннісно-смислової системи. Емоційні реакції на стрес у юності відзначаються високою лабільністю, інтенсивністю та диференційованістю залежно від індивідуальних психологічних ресурсів, типу нервової системи та наявності соціальної підтримки.

До найбільш поширених емоційних проявів стресу належать:

Тривожність та страхи, що виникають у відповідь на реальні або потенційні загрози. Вони можуть бути генералізованими (постійний стан неспокою) або ситуативними (реакція на конкретну подію, наприклад, іспит, конфлікт із ровесниками, соціальні обмеження).

Емоційна нестійкість, що проявляється різкими коливаннями настрою, від апатії та пригніченості до агресивної реактивності. Така лабільність свідчить про тимчасову дисрегуляцію емоційного фону, яка може впливати на соціальну поведінку та здатність приймати обґрунтовані рішення.

Суміш почуттів провини, сорому та образи, які часто супроводжують внутрішні конфлікти та соціальні невдачі. Ці емоції можуть блокувати

соціальну активність, сприяти ізоляції та формувати основу для розвитку депресивних станів або внутрішньої дезадаптації.

Особливе значення має феномен емоційного вигорання, що виникає в умовах хронічного стресу та характеризується:

зниженням здатності відчувати позитивні емоції (анедонія);

зменшенням мотивації до активної діяльності;

психоемоційною виснаженістю та загальною дезадаптацією особистості.

З наукової точки зору, емоційне вигорання у юнацтві є потенційним предиктором розвитку тривожних, депресивних та посттравматичних розладів у подальшому житті. Дослідження підкреслюють, що його превентивна корекція потребує раннього впровадження психологічних втручань, спрямованих на розвиток емоційної регуляції, усвідомленого контролю над емоційним станом і формування адаптивних когнітивних стратегій.

Поведінкові реакції на стрес відображають не тільки рівень психоемоційного навантаження, а й сформовані копінг-стратегії та соціальні навички індивіда. У юнацькому віці поведінкові прояви стресу є багатовекторними та можуть варіювати від адаптивних до дезадаптивних форм:

Уникання соціальних контактів, дій та ситуацій, що асоціюються з джерелом стресу. Такі реакції тимчасово зменшують психологічний дискомфорт, але можуть поглиблювати соціальну ізоляцію та перешкоджати формуванню навичок ефективної взаємодії.

Імпульсивність та схильність до ризикованої поведінки, включно з саморуйнівними діями (порушення режиму сну, надмірне вживання психоактивних речовин, небезпечна поведінка). Ці реакції часто виникають у відповідь на відчуття неконтрольованості ситуації та потребують спеціалізованого психопрофілактичного втручання.

Порушення навчальної та соціальної діяльності, конфлікти з оточенням, агресивні спалахи. Такі прояви можуть призводити до зниження успішності, соціальної дезадаптації та поглиблення психоемоційної нестабільності.

Наукові дослідження демонструють, що формування адаптивних поведінкових стратегій у юності є критично важливим для розвитку стресостійкості. Активні стратегії подолання стресу (планування, проблеморозв'язання, звернення за підтримкою) сприяють:

зниженню психоемоційного навантаження;

покращенню соціальної інтеграції;

запобіганню психопатологічним проявам у дорослому віці, включно з ризиком розвитку ПТСР та хронічної тривожності.

Поведінковий аналіз підкреслює необхідність раннього впровадження психокорекційних програм у навчальних закладах, які спрямовані на тренування соціальних навичок, розвиток емоційної регуляції та формування адаптивних копінг-стратегій.

Фізіологічна сфера юнацької особистості є високочутливою до дії стресогенних чинників, що пов'язано із завершальною стадією морфофункціональної зрілості нервової системи та високою лабільністю гормональної регуляції. У юнаків та дівчат віком 18–22 років реакції організму на стрес часто характеризуються підвищеною активністю симпатичної нервової системи.

До типових фізіологічних проявів стресу належать:

Порушення сну та харчування, що проявляються безсонням, раннім пробудженням, зниженням або підвищенням апетиту, змінами режиму харчування. Хронічне порушення сну знижує когнітивну продуктивність та посилює емоційну лабільність.

М'язова напруга та соматичні симптоми, включно з головним болем, підвищеним серцебиттям, відчуттям “стиснення” грудної клітини, що відображає підвищену фізіологічну готовність організму до дії стресора.

Підвищена пильність та швидка втомлюваність, зниження імунного захисту та загальна фізіологічна нестійкість організму. Хронічна активація стресових систем підвищує ризик соматичних порушень (гіпертонія, гастроентерологічні розлади, хронічна втома).

Наукові дослідження свідчать, що хронічне фізіологічне перенавантаження у юнацькому віці має довгострокові наслідки: знижує здатність до емоційної регуляції, послаблює когнітивну концентрацію та може виступати предиктором розвитку психосоматичних та психічних розладів у дорослому віці. Тому особливу роль набувають профілактичні втручання, спрямовані на релаксацію, психофізіологічну стабілізацію та розвиток навичок саморегуляції.

Стрессова реакція у юнацтві значною мірою визначається соціально-психологічним контекстом, оскільки молоді люди активно формують власну ідентичність, соціальні ролі та систему цінностей. До ключових соціальних і контекстуальних факторів належать:

Підвищені навчальні та професійні вимоги, що включають великий обсяг інформації, дедлайни, екзамени та конкуренцію у навчальному та професійному середовищі.

Конфлікти у сімейному або соціальному оточенні, що підвищують емоційне навантаження, формують внутрішні психологічні конфлікти та можуть стимулювати поведінкові реакції уникнення або агресії.

Інформаційне перевантаження та медіа-стрес, зокрема вплив соціальних мереж, негативних новин та онлайн-конфліктів, що підсилює тривожність, формує когнітивні викривлення та знижує адаптивні можливості психіки.

Нестабільність соціально-політичної ситуації, включаючи збройні конфлікти, воєнний стан, природні та техногенні катастрофи. Ці фактори підвищують ризик хронічного стресу, травматизації та розвитку посттравматичних реакцій.

Взаємодія фізіологічних і соціально-контекстуальних чинників формує комплексну реакцію на стрес, що охоплює когнітивну, емоційну, поведінкову

та соматичну сфери особистості. Розуміння цих механізмів є критично важливим для розробки програм профілактики стресу, психологічної підтримки та формування стресостійкості в юнацькому віці. Значення ранньої діагностики та втручань

Раннє виявлення стресових проявів у юності є необхідною умовою для: попередження хронічного стресу та розвитку ПТСР, формування адаптивних копінг-стратегій та емоційної регуляції, розвитку стресостійкості як складного психофізіологічного механізму.

Ефективність втручань у юнацькому віці значно підвищується при комплексному підході, який поєднує психокорекційні програми, когнітивно-поведінкові методи, соціальну підтримку та психофізіологічні практики (релаксація, медитація, фізична активність).

Отже, стрес у юнацькому віці проявляється як багатofакторне та багатокomпонентне явище, що охоплює когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні аспекти. Своєчасне виявлення та комплексне психопрофілактичне втручання дозволяють мінімізувати негативні наслідки стресу, забезпечити ефективну адаптацію до соціальних та навчальних вимог і сприяти розвитку психічної стійкості молоді.

### **Висновки до першого розділу**

Узагальнення теоретичних підходів до проблеми стресу та стресостійкості дозволяє сформулювати низку концептуальних положень.

1. Стрес розглядається як багаторівнева психофізіологічна реакція організму, що виникає у відповідь на суб'єктивне сприйняття певних чинників як загрозливих або таких, що перевищують наявні ресурси подолання. У структурі стресу виокремлюють фізіологічні та психологічні форми, причому останні у сучасній психології поділяють на професійний (організаційний, інформаційний, комунікативний) та посттравматичний. Стресор у цьому контексті визначається як будь-який зовнішній або внутрішній вплив, що актуалізує адаптаційні механізми індивіда.

Аналіз теоретичних моделей засвідчує, що однією з найбільш продуктивних у сучасній психології є інтегративна модель стресу, яка синтезує ідеї класичних концепцій та підкреслює полікомпонентність стресової реакції. Вона акцентує увагу на тому, що стрес є не лише фізіологічним феноменом, а й складним психологічним процесом, тісно пов'язаним із розвитком індивідуальних стратегій подолання та стресостійкості.

Науковий дискурс свідчить про тривалу традицію вивчення стресу та посттравматичного стресового розладу, тоді як феномен тривалого травматичного стресу й досі залишається недостатньо дослідженим. При цьому стрес не завжди має дезадаптивний характер: за умови збереження внутрішніх ресурсів особистість може підтримувати адаптацію до середовища. Травматичним стрес стає тоді, коли вплив стресора призводить до порушення психічної рівноваги, а у частини осіб — до формування ПТСР як специфічної реакції на екстремальний досвід.

2. Стресостійкість трактується як динамічна, інтегративна властивість особистості, що визначає її здатність ефективно протистояти стресогенним впливам, змінювати умови або адаптуватися до них без значних психологічних чи фізіологічних втрат. Ця властивість забезпечує стабільність поведінки, збереження функціональної ефективності та попередження дезадаптаційних наслідків.

Ресурсний підхід до стресостійкості дозволяє класифікувати її детермінанти на фізіологічні, психологічні та матеріальні, причому саме поєднання їхньої наявності та здатності до раціонального використання визначає ефективність протистояння стресу. Узагальнення позицій провідних зарубіжних і вітчизняних дослідників дає підстави стверджувати, що ключовими особистісними чинниками стресостійкості є властивості нервової системи, емоційна стабільність, рівень тривожності, самооцінка, локус контролю, когнітивний стиль (оптимістичний чи песимістичний), мотивація

досягнення, а також конфліктність і морально-нормативна регуляція поведінки.



## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

### **2.1. Методологічне обґрунтування та опис психодіагностичного інструментарію**

Вибірка емпіричного дослідження включала 80 здобувачів вищої освіти Волинського національного університету імені Лесі Українки, віком від 18 до 22 років. Формування вибірки здійснювалося методом репрезентативного моделювання, що дозволяє отримати достовірні дані та забезпечити узагальнення результатів на відповідну популяцію молоді.

Для вивчення рівня стресу, схильності до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та особливостей стресової поведінки були застосовані перевірені та валідні психодіагностичні інструменти:

1. Шкала оцінки стресу (Perceived Stress Scale, PSS) – методика для визначення суб'єктивного рівня стресового навантаження, що дозволяє оцінити індивідуальне відчуття контролю над життєвими подіями та здатність до адаптації.

2. Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) – стандартизований інструмент, який дозволяє виявити наявність симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінити їх інтенсивність у досліджуваних осіб.

3. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) – методика для кількісного визначення реакції на травматичні події, включаючи інтенсивність уникання, повторних переживань та гіперактивності.

4. Стилі подолання стресових ситуацій (Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)) – опитувальник, що особливості когнітивних, емоційних та поведінкових стратегій.

Мета емпіричного дослідження полягала у виявленні рівня стресу, схильності до розвитку ПТСР та визначенні типових стратегій подолання стресу серед студентської молоді в умовах воєнного стану.

Відповідно до мети, було сформульовано такі завдання констатувального дослідження:

1. Обґрунтувати вибір психодіагностичного інструментарію для оцінки рівня стресу та схильності до ПТСР у студентів.
2. Визначити математичні методи обробки та кількісного аналізу емпіричних даних.
3. Провести кількісний та якісний аналіз результатів, здійснити їх інтерпретацію з урахуванням психологічних закономірностей стресової реакції.

Структура емпіричної частини дослідження передбачала три етапи:

1. Підготовчий етап: визначення проблеми, формулювання мети та завдань, проведення теоретичного аналізу стресостійкості особистості та психологічних умов її формування. На цьому етапі було відібрано та апробовано психодіагностичні методики, а також сформульовано процедури збору даних щодо впливу стресових факторів воєнного часу на розвиток ПТСР у студентів.
2. Діагностичний етап: реалізація програми емпіричного дослідження, включаючи застосування комплексного психодіагностичного інструментарію для оцінки впливу стресових факторів. На цьому етапі проводилося тестування респондентів із використанням PSS, PCL-5, IES-R та CISS.
3. Аналітичний етап: опрацювання отриманих даних із застосуванням методів математичної статистики та проведення якісної інтерпретації результатів. Аналіз дозволив виявити індивідуальні та групові закономірності проявів стресу, рівень стресостійкості та типові стратегії подолання стресових ситуацій у студентської молоді.

Вибір запропонованих методик обґрунтовано їхньою валідністю, надійністю та актуальністю для оцінки психологічних наслідків тривалого

психоемоційного навантаження, яке виникає у молодих людей в умовах воєнного стану. Комплексне використання цих інструментів дозволяє не лише кількісно оцінити рівень стресу, але й визначити психологічні механізми адаптації та фактори ризику розвитку ПТСР.

Для оцінки рівня стресу та схильності до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у студентської молоді були використані стандартизовані методики з високим рівнем валідності та надійності.

### **1. Методика оцінки сприйняття стресу (Perceived Stress Scale, PSS).**

Дана методика розроблена з метою визначення суб'єктивного рівня сприйняття стресу людиною та дозволяє оцінити, наскільки індивід відчуває, що події його життя є неконтрольованими або перевищують його ресурси. Шкала містить 10 запитань, які охоплюють різні сфери життя, такі як навчання, робота, сім'я та фінансові обставини. Кожне запитання оцінюється за 5-бальною шкалою (0 – «не відчуваю стресу», 4 – «дуже сильний стрес»). Загальний бал коливається від 0 до 40, де 0–13 балів відповідає низькому рівню стресу, 14–26 – середньому, а 27–40 – високому рівню стресу.

На відміну від класичних методик (наприклад, Шкали тривоги Спілбергера–Ханіна), PSS не фіксує кількість зовнішніх стресових факторів, що особливо важливо в умовах воєнного часу, коли кількість потенційних стресорів є надзвичайно великою. Натомість акцент робиться на суб'єктивному сприйнятті стресу респондентом, що дозволяє отримати більш диференційовану та точну оцінку психологічного стану. Шкала активно застосовується в міжнародних дослідженнях, має численні адаптації, а коротка форма (10 запитань) забезпечує швидке та ефективне тестування.

Опитування проводилося в онлайн-форматі з автоматизованою обробкою результатів, що дозволило мінімізувати людський фактор та підвищити об'єктивність оцінки.

### **2. Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5).**

Методика PCL-5 призначена для моніторингу симптомів ПТСР під час терапії та після неї, а також для первинного виявлення осіб із підозрою на

ПТСР. Опитувальник був перекладений українською мовою та адаптований для використання серед української вибірки співробітниками кафедри психосоматичної медицини і психотерапії НМУ імені О. О. Богомольця. Перекладена та адаптована версія була погоджена з Національним центром ПТСР.

PCL-5 складається з 20 пунктів, оцінює симптоми за 4 кластерами, визначеними DSM-5:

- Кластер В – симптоми інтрузії (5 пунктів): повторні дистресорні спогади, нічні кошмари, дисоціативні реакції.
- Кластер С – симптоми уникання (2 пункти): уникання спогадів, ситуацій, людей та почуттів, пов'язаних із травматичною подією.
- Кластер D – негативні зміни у думках і настрої (7 пунктів): неможливість згадати важливі аспекти події, негативні думки про себе та світ, почуття провини.
- Кластер Е – зміни збудливості та реактивності (6 пунктів): спалахи гніву, порушення сну, підвищена тривожність, труднощі концентрації, самодеструктивна поведінка.

Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта (0 – симптом відсутній, 4 – симптом виражений максимально). Мінімальна та максимальна кількість балів коливається від 0 до 80. Клінічно значущими вважаються симптоми, коли досліджуваний набирає:

- $\geq 2$  бали у  $\geq 1$  пункті кластеру В,
- $\geq 1$  пункт у кластері С,
- $\geq 2$  пункти у кластері D,
- $\geq 2$  пункти у кластері Е.

Попередній діагноз ПТСР може бути поставлений при сумі балів  $\geq 33$  або при наявності критеріїв DSM-5 для кожного кластеру. Заповнення опитувальника займає близько 5–10 хвилин.

**3. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R).** Методика спрямована на кількісну оцінку інтенсивності

психологічної реакції на травматичну подію, включаючи уникання, повторне переживання та гіперактивність. «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) є клінічною психометричною методикою, призначеною для об'єктивної оцінки інтенсивності психологічного впливу травматичних подій на особистість. Методика дозволяє визначити, чи зберігається суттєвий вплив травми на даний момент, чи на перший план виходять інші психоемоційні чинники.

IES-R включає найбільш поширені переживання людей, які зазнали тяжких стресових ситуацій. Респондентам пропонується оцінити, як часто вони відчували певні емоції чи реакції протягом останніх 7 днів, пов'язаних із травматичною подією, що мала місце у минулому. Це дозволяє оцінити не лише наявність симптомів посттравматичного стресового розладу, але й ступінь їх вираженості в поточний момент.

Шкала складається з 22 пунктів, які поділяються на три субшкали:

1. Субшкала «вторгнення» – відображає повторне переживання травматичної події через нав'язливі спогади, флешбеки чи нічні кошмари. Пункти: 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

2. Субшкала «уникнення» – оцінює тенденцію уникати думок, спогадів або ситуацій, що нагадують про травму. Пункти: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

3. Субшкала «збудження» – відображає підвищену тривожність, емоційну напруженість та фізіологічні прояви стресу. Пункти: 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою частоти прояву симптомів:

- «ніколи» – 0 балів,
- «рідко» – 1 бал,
- «іноді» – 3 бали,
- «часто» – 5 балів.

Обробка результатів здійснюється шляхом простого підсумовування балів за кожним пунктом і за кожною субшкалою окремо. Такий підхід

дозволяє визначити індивідуальний профіль реакцій на травматичну подію та виділити домінуючі прояви стресу.

**4. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)** - це стандартизований психометричний інструмент, призначений для оцінки індивідуальних стилів подолання стресу та визначення ефективності використання різних когнітивних, емоційних і поведінкових стратегій у стресових ситуаціях. Методика дозволяє виявити, як саме людина реагує на психоемоційне навантаження, які механізми адаптації переважають і наскільки вони є ефективними.

Структура методики включає 48 пунктів, розподілених на три основні шкали:

1. Поведінка, що зорієнтована на завдання (Task-oriented coping) – оцінює схильність особистості до активного вирішення проблем, планування дій та пошуку раціональних шляхів подолання стресової ситуації.

2. Поведінка, що зорієнтована на емоції (Emotion-oriented coping) – відображає емоційне реагування, включаючи самообвинувачення, тривогу, емоційну напруженість, що виникає у відповідь на стрес.

3. Поведінка, що зорієнтована на уникнення (Avoidance-oriented coping) – визначає прагнення уникати проблем, відволікатися або делегувати рішення іншим, може включати соціальне відволікання або пошук розваг як механізм зниження напруженості.

Процедура оцінювання: Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою частоти прояву поведінки, де:

- 1 – «ніколи»,
- 2 – «рідко»,
- 3 – «іноді»,
- 4 – «часто»,
- 5 – «дуже часто».

Обробка результатів:

Сумуються бали за кожною шкалою, що дозволяє визначити домінуючий стиль подолання стресу. Високий бал за шкалою «орієнтована на завдання поведінка» свідчить про адаптивні стратегії, здатність конструктивно вирішувати проблеми. Переважання емоційного стилю або уникання може вказувати на ризик недостатньої ефективності подолання стресових ситуацій, підвищену тривожність та вразливість до психоемоційного виснаження.

Таким чином, CISS є важливим інструментом у комплексному дослідженні психологічного стану студентів, доповнюючи дані про рівень стресу (PSS) та прояви посттравматичних симптомів (PCL-5, IES-R).

Комплексне застосування цих методик забезпечує всебічний аналіз психологічного стану студентів, дозволяє оцінити рівень суб'єктивного стресу, ідентифікувати групи ризику щодо розвитку ПТСР та визначити особливості стрес-менеджменту у контексті воєнного часу.

Застосування зазначеного підходу дозволяє отримати науково обґрунтовані результати щодо стану стресостійкості студентської молоді та виявити групи ризику щодо розвитку посттравматичних реакцій у умовах воєнного стресу.

## **2.2. Емпіричний аналіз рівня стресу молоді в умовах воєнного стану**

Відповідно до мети дослідження, у межах дипломної роботи було проведено **емпіричне дослідження**, яке мало на меті визначити рівень стресу та схильність до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у здобувачів вищої освіти в умовах воєнного стану. Дослідження здійснювалося на базі Волинського національного університету імені Лесі Українки, із залученням студентів 1–4 курсів першого (бакалаврського) рівня освіти.

Віковий діапазон досліджуваних складав 18–22 роки. Участь у дослідженні була добровільною та анонімною, що забезпечувало відкритість

та достовірність отриманих відповідей. Загальна кількість учасників склала 80 осіб, що дозволило сформувати репрезентативну вибірку для визначення основних тенденцій у рівні стресової реактивності сучасної молоді.

Для оцінки рівня стресу та схильності до ПТСР були використані стандартизовані психодіагностичні інструменти, що дозволяють комплексно аналізувати психоемоційний стан студентів у умовах підвищеного психоемоційного навантаження:

1. Шкала оцінки стресу (Perceived Stress Scale, PSS);
2. Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5);
3. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R);
4. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).

Кожна з методик передбачає оцінку показників за певними шкалами, що дозволяють класифікувати рівень стресу як низький, середній або високий. Таке багатовимірне оцінювання дає змогу не лише визначити загальний рівень стресу, а й розкрити його структурні компоненти: емоційний, когнітивний, поведінковий та соціально-психологічний.

За результатами оцінки рівня сприйняття стресу методом PSS було виявлено, що:

- низький рівень стресу спостерігався у 15% респондентів;
- середній рівень стресу характеризував 50% студентів;
- високий рівень стресу визначено у 35% досліджуваних.

Ці дані свідчать про значний вплив воєнних умов на психоемоційний стан молоді, адже понад третина респондентів демонструє високий рівень суб'єктивного стресу. Важливо зазначити, що навіть студенти з середнім рівнем стресу виявляють емоційну напруженість, що може впливати на їхню когнітивну діяльність, здатність до концентрації та адаптивне реагування на навчальні й соціальні вимоги.



Отримані результати підтверджують гіпотезу про те, що воєнний стан є значним стресогенним фактором, який підвищує рівень психоемоційної напруженості у студентської молоді. Слід звернути увагу на те, що індивідуальні відмінності у сприйнятті стресу визначаються не лише об'єктивними факторами (наприклад, частота впливу стресових подій), а й суб'єктивними оцінками здобувачів, їхньою психологічною стійкістю, наявністю ресурсів для адаптації та способами подолання стресу.

У подальших підрозділах буде здійснено детальний аналіз симптомів ПТСР та оцінка адаптивних стратегій подолання стресу з використанням методики CISS, що дозволить визначити ключові чинники ризику та захисту для студентів у умовах військового конфлікту.

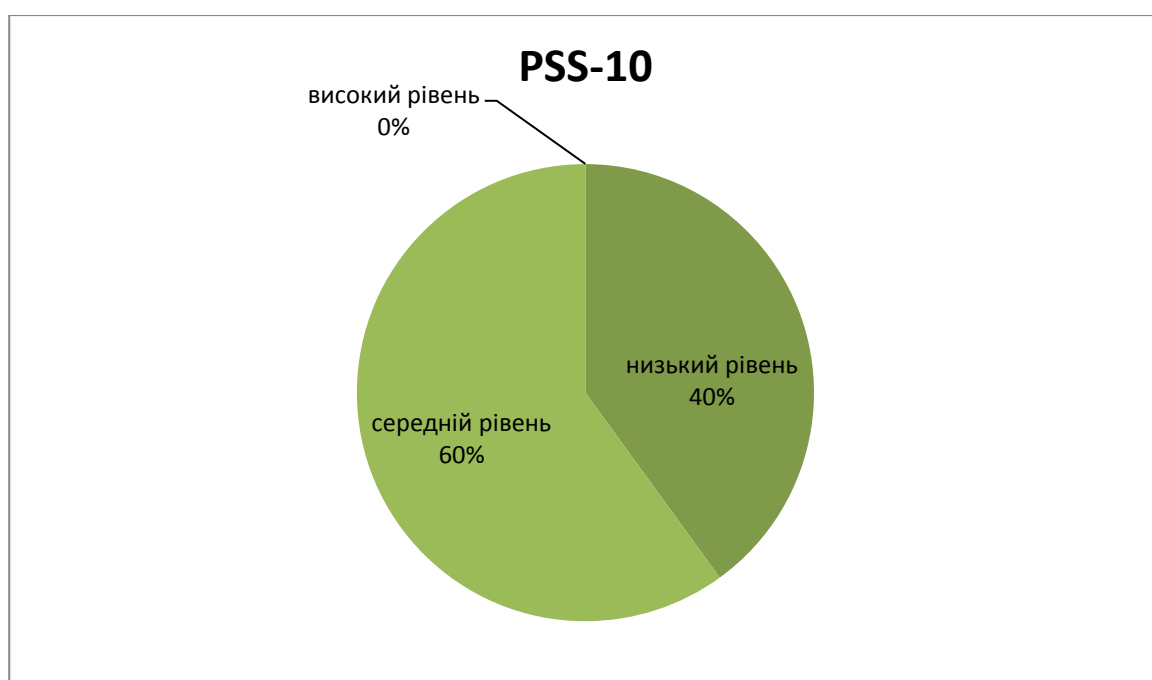


Рис. 2.1 Результати опитування за шкалою PSS-10

За результатами оцінки рівня сприйманого стресу методом PSS було визначено, що:

- помірний рівень стресу спостерігається у 60% досліджуваних;
- низький рівень стресу – у 40% респондентів;
- високий рівень стресу серед учасників дослідження не зафіксований.

Отримані результати свідчать, що у більшості здобувачів простежується помірно виражений психоемоційний тиск, який, хоча й не набуває

дезадаптивного характеру, все ж може чинити суттєвий вплив на перебіг когнітивних процесів. Зокрема, підвищений емоційний напруження здатне знижувати рівень концентрації уваги, погіршувати оперативну пам'ять, уповільнювати обробку інформації та негативно позначатися на продуктивності навчальної діяльності. Крім того, помірний стрес може опосередковано впливати на мотиваційний компонент та соціальну активність здобувачів, зменшуючи їхню залученість у взаємодію та академічну активність. Водночас відсутність високого рівня стресу серед респондентів може бути пов'язана з індивідуальними ресурсами адаптації, наявністю ефективних стратегій подолання стресу або соціальною підтримкою.

Інтерпретація отриманих даних дозволяє зробити висновок, що сучасна молодь здатна підтримувати певний рівень адаптації, однак значна частина студентів усе ж перебуває під дією стресових факторів, що потребує моніторингу та цілеспрямованої психологічної підтримки.

*Таблиця 2.1*

Результати оцінки стресу для скринінгу рівня сприйнятого стресу

| Рівень сприйнятого стресу                     | Кількість осіб (n) | %            |
|-----------------------------------------------|--------------------|--------------|
| Високий рівень                                | 0                  | 0,0          |
| Середній рівень                               | 36                 | 45,0         |
| Низький рівень                                | 24                 | 30,0         |
| Проміжна зона (між низьким і середнім рівнем) | 20                 | 25,0         |
| <b>Разом по вибірці</b>                       | <b>80</b>          | <b>100,0</b> |

Комплексний аналіз показників за методикою Perceived Stress Scale (PSS), отриманих на вибірці з 80 досліджуваних, дозволяє виявити характерні тенденції сприймання стресових чинників молодими людьми в сучасних соціально напружених умовах.

Переважна частина респондентів — 36 осіб (45%) — продемонструвала середній рівень сприйманого стресу, що свідчить про відносну емоційну врівноваженість та наявність адаптивних механізмів саморегуляції. Такий

рівень напруження є типовим для ситуацій, коли індивід стикається з хронічними, але помірними стресовими навантаженнями, пов'язаними з навчальною, соціальною або професійною діяльністю. Помірний рівень стресу, у межах фізіологічної норми, може виконувати мобілізуючу функцію, активізуючи внутрішні ресурси особистості.

24 учасники (30%) мають низький рівень сприйманого стресу, що характеризує їх як осіб із високою стресостійкістю, розвиненими копінг-стратегіями та ефективними механізмами психологічного захисту. Для таких респондентів притаманна підвищена саморегуляція, оптимізм і здатність зберігати емоційну стабільність навіть за умов підвищеного зовнішнього тиску.

Водночас 20 осіб (25%) виявили проміжний рівень сприйманого стресу, що може відображати варіативність емоційних реакцій залежно від контексту стресогенних подій. Цей показник свідчить про нестійкість психоемоційного стану, коли рівень напруження може змінюватися під впливом соціальних, когнітивних чи особистісних чинників.

Відсутність високих показників за шкалою PSS свідчить про помірний рівень стресового навантаження в усієї вибірки. Це може бути інтерпретовано як ознака сформованих адаптаційних механізмів, які дозволяють молодим людям зберігати психоемоційну рівновагу попри складні соціально-політичні обставини, зокрема умови воєнного стану.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що більшість молодих осіб схильні сприймати стрес як контрольований і керований процес, що засвідчує позитивний потенціал їхніх адаптаційних стратегій. У контексті сучасних викликів це є свідченням розвитку психологічної витривалості, здатності до гнучкої регуляції емоцій і самозбереження психічного ресурсу.

**Таблиця 2.2.**

**Результати опитувальника симптомів ПТСР (PCL-5)**

| Кластер | Середній | Мінімальний | Максимальний |
|---------|----------|-------------|--------------|
|---------|----------|-------------|--------------|

|                                           | <b>бал</b> |   |    |
|-------------------------------------------|------------|---|----|
| В (Інтрुзія)                              | 5,6        | 0 | 14 |
| С (Уникнення)                             | 3,2        | 0 | 8  |
| D (Негативні зміни у мисленні та настрої) | 7,8        | 0 | 20 |
| Е (Збудливість)                           | 6,4        | 0 | 18 |

Сумарний бал PCL-5 коливався від 0 до 65 балів. Попередній діагноз ПТСР відповідно до DSM-5 (сукупний бал  $\geq 33$ ) можна було припустити у 12 осіб (15%). Найбільш вираженими були когнітивно-емоційні симптоми (кластер D), що вказує на високий рівень негативних думок, тривоги та відчуття провини. Симптоми інтрузії та збудливості також присутні, проте уникнення проявляється меншою мірою, що може свідчити про спроби активного психологічного контролю ситуації.

Таблиця 2.3.

### Результати шкали впливу травматичної події (IES-R)

| <b>Субшкала</b> | <b>Середній бал</b> | <b>Мінімум</b> | <b>Максимум</b> | <b>Кількість осіб із підвищеними показниками</b> |
|-----------------|---------------------|----------------|-----------------|--------------------------------------------------|
| Вторгнення      | 12,5                | 0              | 24              | 20 (25%)                                         |
| Уникнення       | 10,3                | 0              | 22              | 18 (22,5%)                                       |
| Збудження       | 14,1                | 0              | 28              | 22 (27,5%)                                       |

Найбільш вираженою є субшкала збудження, що відображає підвищену тривожність, порушення сну та концентрації. Вторгнення спогадів та уникнення проявляються меншою мірою, що відповідає картині помірного стресу в більшості респондентів.

Результати Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).

Стиль подолання стресу серед 80 осіб розподілився так:

1. Проблемно-орієнтований стиль – 38 осіб (47,5%), що свідчить про прагнення активно вирішувати проблеми та контролювати ситуацію.
2. Емоційно-орієнтований стиль – 25 осіб (31%), що характеризує схильність до емоційної реакції та переживань під час стресу.
3. Унікальний/Дисоціативний стиль – 17 осіб (21,5%), що відображає схильність уникати стресові ситуації або відволікатися. Більшість студентів демонструють активний проблемно-орієнтований підхід, що є позитивним чинником захисту від ПТСР. Невелика частина молоді демонструє емоційно-орієнтований та унікальний стиль, що може потребувати психопрофілактичної підтримки.

45% оцінюють свій стрес як помірний, а високий рівень сприйманого стресу виявлено не було. 15% респондентів демонструють ознаки ПТСР, з найбільш вираженими когнітивно-емоційними симптомами.

1. Субшкали IES-R вказують на підвищену тривожність і збудження як ключові прояви стресу.

2. Найпоширенішим стилем подолання стресу є проблемно-орієнтований, що сприяє стресостійкості, проте частина студентів схильна до емоційного реагування або уникання стресових факторів.

Дані результати дозволяють визначити групи ризику, спрогнозувати можливий розвиток ПТСР.

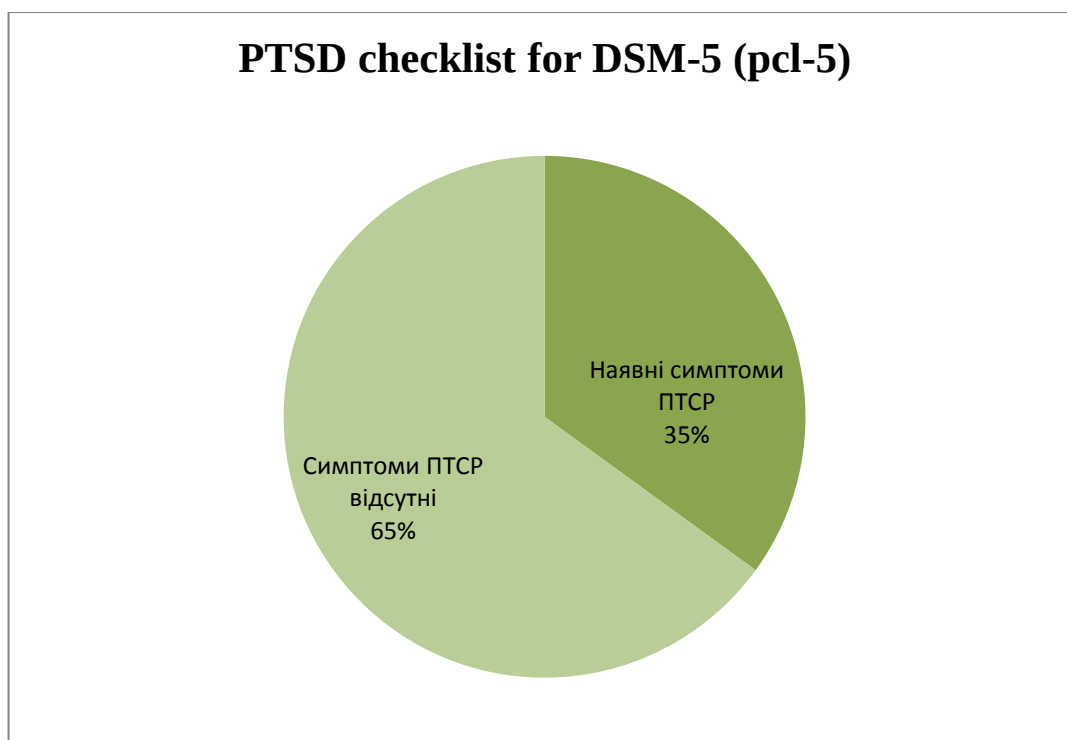


Рис. 2.2 Результати опитувальника симптомів ПТСР

За результатами проведеного емпіричного дослідження встановлено, що у 35 % студентів виявлено симптомокомплекс, характерний для попереднього діагностичного припущення щодо наявності посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це свідчить про те, що понад третина вибірки може перебувати у стані психоемоційної дезадаптації, зумовленої впливом травматичних або хронічно стресогенних подій. У решти 65 % респондентів прояви, притаманні ПТСР, не досягають клінічно значущого рівня, що може вказувати на більш ефективні механізми психологічної адаптації або на відсутність впливу стресорів високої інтенсивності.

Таблиця 2.2

Результати дослідження симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

| Симптоми ПТСР     | Кількість осіб (n) | %     |
|-------------------|--------------------|-------|
| Наявні            | 28                 | 35,0  |
| Відсутні          | 52                 | 65,0  |
| Разом за вибіркою | 80                 | 100,0 |

Проведене емпіричне дослідження за участю 80 осіб показало, що 28 респондентів (35%) мають ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) різного ступеня вираженості. У решти 52 осіб (65%) симптоми ПТСР не виявлені або спостерігаються на субклінічному рівні. Такий розподіл свідчить про значну поширеність посттравматичних реакцій у сучасних умовах соціальної нестабільності, особливо внаслідок воєнних подій, вимушеної міграції та психологічної невизначеності.

У респондентів із наявною симптоматикою спостерігаються прояви, що охоплюють чотири основні кластерні групи симптомів, визначені у DSM-5: вторгнення, уникання, негативні когнітивно-емоційні зміни та підвищена збудливість (гіперактивація).

1. Симптоми вторгнення. У більшості осіб із ПТСР (приблизно 70% від групи з наявною симптоматикою) виявлено повторювані, мимовільні, нав'язливі спогади про травматичні події, а також емоційно насичені сновидіння та флешбеки. Деякі респонденти повідомляли про стани ретроспекції, коли відчуття реальності зникає, а психіка знову «переживає» минулу подію. Подібні феномени супроводжуються психологічним і фізіологічним дистресом, зокрема при нагадуваннях (звуки вибухів, місця подій, річниця тощо). Цей кластер свідчить про неінтегрований травматичний досвід, що зберігається на рівні емоційної пам'яті.

2. Симптоми уникання. Приблизно 60% осіб із наявними ознаками ПТСР продемонстрували тенденцію до уникання думок, почуттів або ситуацій, що нагадують про травму. Це проявляється у звуженні соціальної активності, униканні спілкування, місць чи подій, пов'язаних із травматичним досвідом. Хоч така поведінка виконує тимчасову захисну функцію, у довготривалій перспективі вона сприяє закріпленню травматичної пам'яті та формує емоційне відчуження.

3. Негативні когнітивні зміни та порушення настрою. Цей кластер виявлено у понад половини респондентів із симптомами ПТСР (приблизно

55%). Найчастішими проявами були дисоціативна амнезія, зниження інтересу до звичних занять, емоційна відстороненість, почуття провини та безнадійності. Також фіксувалися викривлені переконання щодо себе і світу (“Я нічого не вартий”, “Світ небезпечний”) та постійний негативний емоційний фон (страх, гнів, вина, сором). Це свідчить про глибокі когнітивно-емоційні деформації, характерні для осіб із хронічною травматизацією.

4. Змінена збудливість і реактивність. Найбільш поширеним кластером стали симптоми підвищеної збудливості, зафіксовані у приблизно 75% осіб із ПТСР. До них належать порушення сну, дратівливість, надмірна пильність, посилена реакція переляку, труднощі концентрації. Деякі респонденти виявляли схильність до імпульсивних або саморуйнівних дій, що є наслідком гіперактивації стресової системи та порушення емоційної регуляції.

Сукупність отриманих даних свідчить, що 35% вибірки демонструють клінічно значущі прояви ПТСР, з тенденцією до емоційної гіперреактивності, дистресу та унікаючої поведінки. Найбільш вираженими виявилися кластери вторгнення та зміненої збудливості, що відображає високий рівень емоційного напруження та збереження реакцій “бойової готовності” навіть у безпечному середовищі.

Такий рівень посттравматичної симптоматики може бути пояснений кумулятивним впливом хронічного стресу, який виникає через військові події, втрату соціальної стабільності, зміну життєвого середовища та почуття невизначеності майбутнього.

Отже, отримані результати засвідчують потребу у системній психологічній підтримці молодих людей, зокрема в межах психоедукаційних, корекційно-терапевтичних і тренінгових програм, спрямованих на зниження рівня травматизації, формування стресостійкості та відновлення адаптивного функціонування особистості.



Таблиця 2.3

## Результати дослідження симптомів ПТСР

| Показник                                  | Кількість осіб | %    |
|-------------------------------------------|----------------|------|
| Відсутні симптоми                         | 12             | 20,0 |
| Наявні симптоми тільки по одному кластеру | 3              | 5,0  |
| Наявні симптоми по двох кластерах         | 21             | 35,0 |
| Наявні симптоми по трьох кластерах        | 3              | 5,0  |
| Наявні симптоми по чотирьох кластерах     | 21             | 35,0 |

Аналізуючи результати опитування ми виявили, що з 39 респондентів, яким не можна поставити попередній діагноз ПТСР тільки 12 осіб не мають взагалі ніяких симптомів, у трьох осіб є симптоми тільки по одному кластеру, у 21 респондента наявні симптоми по двох кластерах з чотирьох, три респондента мають симптоми по трьох кластерах.

Для оцінки вираженості симптомів ПТСР було використано стандартизовану шкалу, яка охоплює чотири основні клінічні критерії: інтрузії, уникнення, негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері, а також зміни у збудливості та реактивності. У дослідженні взяли участь 80 осіб молодого віку, які мали досвід переживання психотравмуючих подій у контексті воєнного стану.

Таблиця 2.4

## Аналіз вираженості симптомів по кожному з кластерів

| Показник                                                                               | Вираженість | Кількість осіб | %    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|------|
| <b>Симптоми інтрузії<br/>(критерій В, 5 запитань)</b>                                  | Відсутні    | 40             | 50,0 |
|                                                                                        | Наявні      | 16             | 20,0 |
|                                                                                        | Виражені    | 24             | 30,0 |
| <b>Симптоми уникнення<br/>(критерій С, 2 запитання)</b>                                | Відсутні    | 32             | 40,0 |
|                                                                                        | Наявні      | 16             | 20,0 |
|                                                                                        | Виражені    | 32             | 40,0 |
| <b>Негативні зміни в<br/>думках та настрої<br/>(критерій D, 7 запитань)</b>            | Відсутні    | 24             | 30,0 |
|                                                                                        | Наявні      | 8              | 10,0 |
|                                                                                        | Виражені    | 48             | 60,0 |
| <b>Значні зміни у<br/>збудливості та<br/>реактивності (критерій<br/>Е, 6 запитань)</b> | Відсутні    | 40             | 50,0 |
|                                                                                        | Наявні      | 4              | 5,0  |
|                                                                                        | Виражені    | 36             | 45,0 |

Отримані дані свідчать, що у вибірці переважають виражені симптоми негативних змін у когнітивно-емоційній сфері (60%), що може проявлятися у формі відчуття відчуження, песимістичного світосприйняття, зниження інтересу до звичних занять і труднощів у відновленні довіри до соціального середовища.

Інтрузивні симптоми, які відображають нав'язливе відтворення травматичних спогадів, сновидінь або флешбеків, були виявлені у 30% осіб, тоді як у 20% вони мали помірну вираженість. Це свідчить про наявність у значної частини учасників тенденції до повторного переживання травматичного досвіду.

Симптоми уникнення — спроби емоційно або поведінково дистанціюватися від травматичних спогадів — були вираженими у 40% досліджуваних, що вказує на формування захисних механізмів, спрямованих на мінімізацію психічного дискомфорту.

Нарешті, ознаки підвищеної збудливості та реактивності (гіпернастороженість, імпульсивність, порушення сну, підвищена тривожність) демонструвалися у 45% осіб, що свідчить про стійке порушення регуляції нервово-психічної сфери.

Узагальнено, результати показують, що понад половина вибірки (приблизно 55–60%) має клінічно значущі ознаки ПТСР різного ступеня вираженості. Це вказує на потребу у розробці психокорекційних і психотерапевтичних програм, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, розвиток копінг-стратегій і відновлення почуття безпеки.



Рис. 2.3. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)

За Шкалою оцінки впливу травматичної події високі рівні «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічного збудження» зафіксовано у 50% здобувачів

вищої освіти. Підвищений рівень по трьох субшкалах спостерігається у 10% опитуваних. Середній рівень виявлено у 35% студентів. Низький рівень – у 5% досліджуваних.

Аналізуючи результати опитування ми можемо спостерігати, що у половини опитуваних домінує високий рівень по субшкалах «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічного збудження». Тобто у половини респондентів спостерігаються симптоми ПТСР різного ступеня вираженості.

Таблиця 2.5

| Показник               | Рівень     | Бали      | Кількість |      |
|------------------------|------------|-----------|-----------|------|
|                        |            |           | осіб      | %    |
| Вторгнення             | низький    | 0 - 4     | 12        | 20,0 |
|                        | середній   | 5 - 8     | 12        | 20,0 |
|                        | підвищений | 9-12      | 12        | 20,0 |
|                        | високий    | $\geq 13$ | 24        | 40,0 |
| Уникнення              | низький    | 0 - 4     | 3         | 5,0  |
|                        | середній   | 5 - 8     | 9         | 15,0 |
|                        | підвищений | 9-12      | 18        | 30,0 |
|                        | високий    | $\geq 13$ | 30        | 50,0 |
| Фізіологічне збудження | низький    | 0 - 4     | 12        | 20,0 |
|                        | середній   | 5 - 8     | 9         | 15,0 |
|                        | підвищений | 9-12      | 15        | 25,0 |
|                        | високий    | $\geq 13$ | 24        | 40,0 |

Проаналізувавши кожну з субшкал окремо ми отримали такі результати:

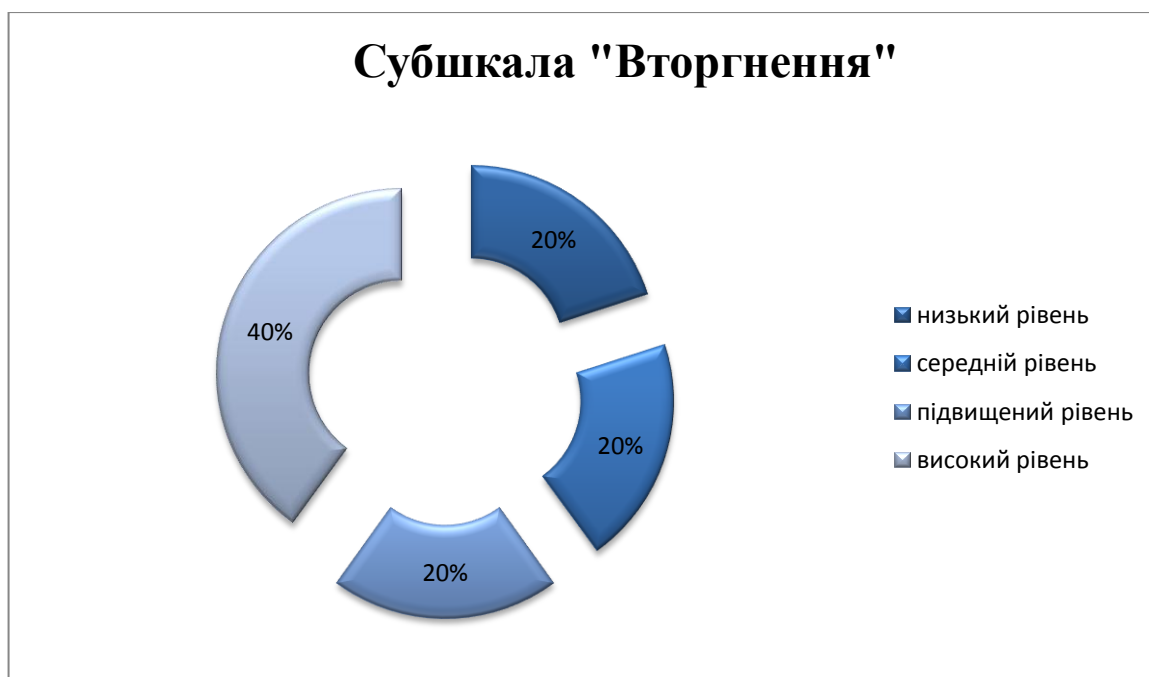


Рис. 2.4 Результати дослідження показників субшкали «вторгнення»

Дослідження рівня проявів симптомів за субшкалою «вторгнення» дозволило виявити специфіку переживання травматичного досвіду серед респондентів. Аналіз отриманих даних засвідчив, що 20% опитаних осіб характеризуються низьким рівнем впливу травматичної події, тобто мають незначні або епізодичні прояви повторного переживання травматичного досвіду. Ще 20% учасників демонструють середній рівень інтенсивності вторгнення, що може вказувати на періодичну актуалізацію спогадів та емоцій, пов'язаних із травмою. Підвищений рівень симптомів було зафіксовано також у 20% досліджуваних, тоді як 40% респондентів мають високий рівень проявів вторгнення.

Отже, 60% осіб із вибірки демонструють клінічно значущі симптоми вторгнення, що відображає виражену схильність до повторного, нав'язливого переживання психотравмуючих подій. До характерних проявів цього синдрому належать:

наявність повторюваних, мимовільних, нав'язливих і тривожних спогадів про травматичну ситуацію;

повторювані гнітючі сновидіння (нічні кошмари), зміст яких частково або повністю відтворює подію;

епізоди ретроспекцій або флешбеків, під час яких особа відчуває себе так, ніби подія відбувається знову, із втратою усвідомлення теперішнього часу та простору;

інтенсивна психологічна або фізіологічна реакція у відповідь на подразники, що нагадують про травматичну ситуацію (наприклад, звуки вибухів, річниця події, певні запахи чи образи).

Такі результати свідчать, що для значної частини опитаних притаманне стійке повторне відтворення травматичного досвіду, яке негативно впливає на емоційне благополуччя, рівень адаптивності та соціальне функціонування. Високі показники за цією субшкалою можуть розглядатися як маркер підвищеного ризику формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та потребують подальшої психологічної підтримки, корекційних заходів і застосування копінг-стратегій, спрямованих на зниження інтенсивності нав'язливих спогадів.

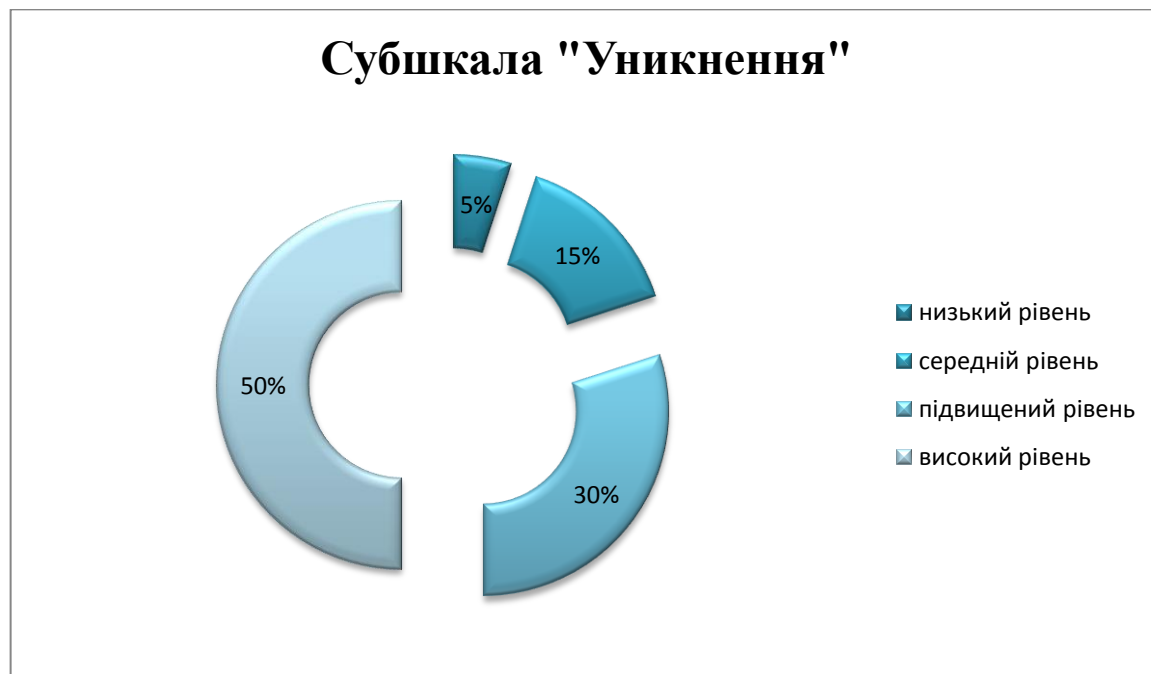


Рис. 2.5 Результати дослідження показників субшкали «уникнення»

Результати дослідження за субшкалою «уникнення» засвідчили наявність різного ступеня вираженості відповідних симптомів серед опитаних респондентів. Зокрема, 5% досліджуваних продемонстрували

низький рівень уникання, що свідчить про відсутність стійких тенденцій до витіснення або заперечення травматичних переживань. 15% осіб мають середній рівень проявів, що може вказувати на часткове використання захисних механізмів з метою емоційного самозбереження. Водночас 30% респондентів демонструють підвищений рівень, а половина вибірки (50%) — високий рівень уникнення травматичних стимулів.

Отже, 80% досліджуваних мають ознаки вираженої тенденції до уникання, що свідчить про домінування механізмів психологічного захисту, спрямованих на зниження рівня емоційного дистресу шляхом усунення зі свідомості або поведінки будь-яких нагадувань про травматичну подію. Серед основних проявів цього симптому відзначаються:

- свідоме або несвідоме уникання думок, почуттів чи спогадів, пов'язаних із травматичною подією;
- уникання дій, місць, розмов або людей, які потенційно можуть актуалізувати травматичні асоціації чи відновити інтенсивні емоційні переживання.

Високий рівень уникнення розглядається як дезадаптивна копінг-стратегія, що має тимчасовий компенсаторний ефект, але в довготривалій перспективі перешкоджає інтеграції травматичного досвіду у структуру особистісного досвіду, затримує процеси психоемоційного відновлення та може сприяти закріпленню посттравматичних симптомів. Таким чином, отримані результати свідчать про необхідність цільового психокорекційного втручання, спрямованого на поступове усвідомлення, опрацювання та емоційну інтеграцію травматичного досвіду респондентів.

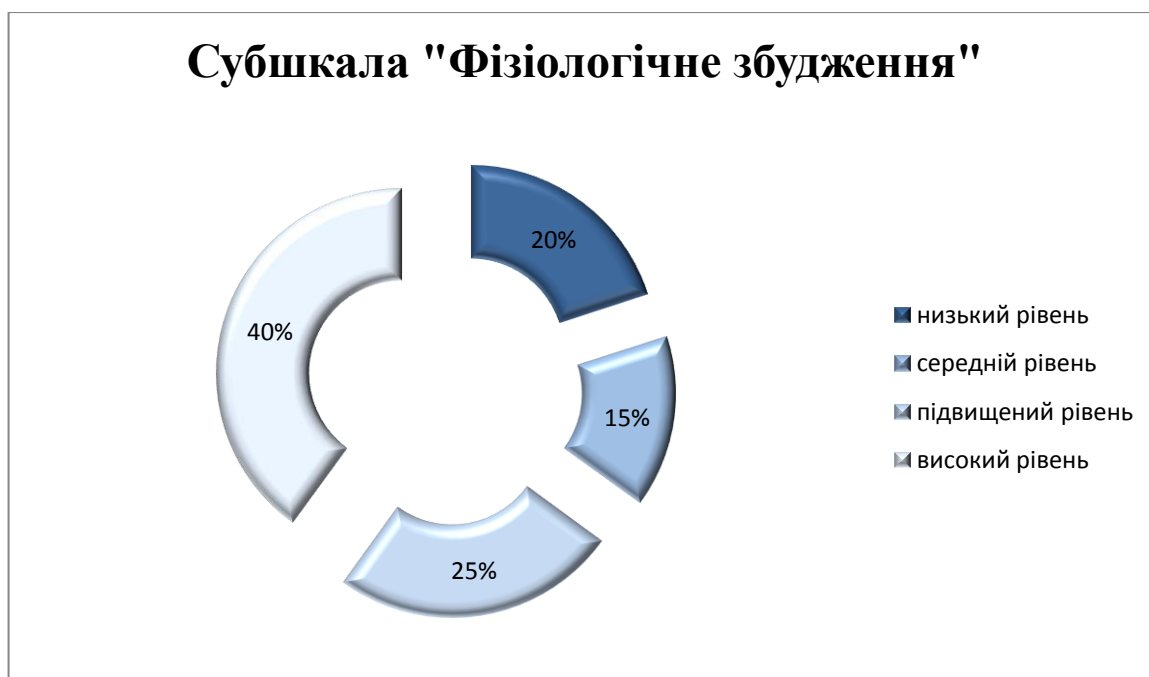


Рис. 2.6 Результати дослідження показників субшкали «фізіологічне збудження»

Дослідження за субшкалою «фізіологічне збудження» дозволило виявити ступінь інтенсивності реакцій гіперактивності нервової системи серед осіб, які пережили психотравмувальні події. Отримані дані свідчать, що 20% досліджуваних мають низький рівень фізіологічного збудження, що може вказувати на ефективні механізми саморегуляції та адаптації до стресу. 15% респондентів демонструють середній рівень проявів, що відповідає помірному напруженню нервово-психічної сфери. Водночас 25% осіб мають підвищений рівень, а 40% респондентів — високий рівень фізіологічного збудження.

Таким чином, 65% учасників вибірки виявили наявність виражених фізіологічних симптомів, характерних для посттравматичного стресового розладу, серед яких переважають:

порушення сну (труднощі із засинанням, часті пробудження, нічні кошмари);

підвищена дратівливість або спалахи гніву, які виникають без очевидних причин;

імпульсивна або саморуйнівна поведінка;



зниження концентрації уваги та труднощі з виконанням когнітивних завдань;

підвищена реакція переляку та надмірна пильність, що свідчить про постійний стан внутрішнього напруження.

Високий рівень фізіологічного збудження можна розглядати як прояв хронічного стресового реагування, що свідчить про надмірну активацію симпатичної нервової системи. Такі стани знижують здатність особи до відновлення після психоемоційних навантажень і можуть призводити до розвитку психосоматичних розладів та емоційного виснаження.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна зробити висновок, що переважна більшість студентів (60%), які проживають у країні, де триває воєнний стан, демонструють середній рівень сприйманого стресу за даними «Шкали сприйманого стресу (PSS-10)». Це вказує на наявність адаптивної мобілізації психоемоційних ресурсів, однак за умов тривалого впливу стресорів існує ризик переходу до дезадаптивних форм реагування.

Результати «Опитувальника симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5)» засвідчили, що 35% респондентів мають виражені симптоми посттравматичного стресового розладу, що становить понад третину всієї вибірки. Повна відсутність симптомів ПТСР спостерігається лише у 12 осіб із 80, що свідчить про поширеність психотравматичних наслідків серед молоді, яка живе в умовах воєнного конфлікту.

Крім того, аналіз даних за «Шкалою оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised)» показав, що 50% опитаних мають високі показники за трьома основними субшкалами — «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічне збудження». Це вказує на те, що половина учасників дослідження виявляє комплекс симптомів ПТСР, який охоплює як когнітивно-емоційні, так і соматофізіологічні компоненти посттравматичної реакції.

Отже, отримані результати підтверджують наявність помірно-високого рівня психоемоційного напруження серед студентської молоді, а також

свідчать про необхідність системної психологічної підтримки, спрямованої на розвиток стресостійкості, формування адаптивних копінг-стратегій і зниження інтенсивності симптомів посттравматичного реагування.

### 2.3. Психологічні стратегії та рекомендації щодо розвитку стресостійкості студентської молоді

Аналіз емпіричних даних засвідчив, що значна частина студентської молоді, яка перебуває в умовах воєнного стану, має середній або високий рівень сприйманого стресу та виражені симптоми посттравматичного стресового розладу. Це обумовлює необхідність системного впровадження програм психологічної підтримки та розвитку стресостійкості, що враховують індивідуальні, соціальні та психофізіологічні особливості молодих людей.

На основі результатів дослідження пропонуються наступні практичні рекомендації:

1. *Розвиток когнітивних стратегій подолання стресу.* Когнітивні стратегії подолання стресу спрямовані на формування адаптивного сприйняття стресогенних ситуацій і зміни дезадаптивних когнітивних схем. Використання методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) дозволяє студентам ідентифікувати негативні переконання, викривлені уявлення про події та автоматичні думки, які підвищують рівень стресу, та замінювати їх більш раціональними й конструктивними. Особлива увага приділяється навичкам усвідомленого аналізу власних емоцій, думок і поведінкових реакцій у стресових ситуаціях. Формування метакогнітивної компетентності дозволяє студентам оцінювати інтенсивність і природу власної реакції, що є базою для ефективного саморегулювання і запобігання розвитку хронічного стресу.

2. *Тренування емоційної регуляції та релаксації.* Ефективне управління психофізіологічним станом є ключовим для зниження рівня гіперзбудливості та стабілізації емоцій. Впровадження дихальних практик, технік прогресивної м'язової релаксації, медитацій усвідомленості та практик усамітнення дозволяє регулювати фізіологічні прояви стресу, такі як прискорене серцебиття, м'язова напруга та порушення сну. Регулярні психофізіологічні вправи сприяють нормалізації циркадних ритмів,

зниженню тривожності та підвищенню когнітивної продуктивності, що особливо важливо для студентів у умовах високого академічного та зовнішнього стресу.

3. *Формування адаптивних копінг-стратегій.* Адаптивні копінг-стратегії передбачають розвиток активних способів подолання стресу, що включають планування діяльності, послідовне розв'язання проблем, звернення за підтримкою до близьких або психолога. Водночас важливим завданням є зменшення використання дезадаптивних стратегій, таких як уникання, самопокарання чи імпульсивна поведінка. Комплексне навчання включає моделювання реальних стресових ситуацій, що дає можливість студентам відпрацьовувати конструктивні стратегії реагування у безпечному середовищі.

4. *Соціальна підтримка та командна взаємодія.* Соціальна підтримка є критично важливим ресурсом для підвищення стресостійкості. Організація групових психологічних тренінгів, орієнтованих на розвиток емпатії, довіри та взаємопідтримки, дозволяє створювати середовище, де студенти відчують себе безпечно та можуть обмінюватися ефективними стратегіями подолання стресу. Додатково важливе підвищення доступності психологічних консультацій, включаючи онлайн-ресурси та гарячі лінії, що забезпечує швидке реагування на стресові ситуації та знижує ризик хронізації психоемоційних порушень.

5. *Профілактика хронічного стресу та психоемоційного вигорання.* Профілактичні заходи включають впровадження навчальних програм з тайм-менеджменту, психологічної гігієни та здорового способу життя. Регулярний моніторинг психоемоційного стану студентів за допомогою опитувальників та психодіагностичних обстежень дозволяє виявляти ризик хронічного стресу на ранніх етапах та своєчасно коригувати втручання.

6. *Індивідуалізація втручань.* Для підвищення ефективності тренінгових і психотерапевтичних програм доцільно створювати персоналізовані програми підтримки, що враховують рівень сприйманого стресу, прояви

ПТСР та індивідуальні особистісні характеристики. Застосування комбінованих методів - психотерапія, тренінги розвитку стресостійкості, фізична активність та арт-терапевтичні практики — дозволяє інтегрувати когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, підвищуючи загальний рівень психоемоційної стійкості студентів.

Впровадження цих рекомендацій може сприяти підвищенню психоемоційної стабільності, розвитку адаптивних ресурсів та зниженню ризику формування патологічних реакцій стресу у студентської молоді. Крім того, системна робота у цьому напрямі підвищує здатність молодих людей ефективно функціонувати в умовах соціальної нестабільності та тривалого впливу стресорів, що особливо актуально в умовах воєнного стану.

### **Висновки до другого розділу**

У другому розділі представлено ґрунтовне обґрунтування вибору психодіагностичного інструментарію, окреслено процедуру, етапи та ключові результати емпіричного дослідження психологічних показників стресу та схильності до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у здобувачів вищої освіти в умовах воєнного стану.

На першому етапі роботи було визначено наукову проблему, сформульовано мету, дослідницькі завдання та методологічні засади вивчення феномену стресостійкості в юнацькому віці. З особливою увагою проаналізовано специфіку розвитку копінг-стратегій у цей період, коли індивід активно формує індивідуальні патерни реагування на труднощі та вибудовує власну систему психологічних ресурсів. На цьому етапі також проведено добір та обґрунтування психодіагностичних методик, релевантних структурним характеристикам стресових проявів та їх психологічних детермінант.

Другий етап був присвячений розробці програми емпіричного дослідження, що включала застосування трьох валідизованих

психодіагностичних інструментів, спрямованих на комплексну оцінку стресу та посттравматичної симптоматики:

Шкала сприйманого стресу (PSS-10) — для визначення інтенсивності суб'єктивного відчуття стресу;

Опитувальник симптомів ПТСР (PCL-5) — для оцінювання рівня вираженості посттравматичних симптомів за критеріями DSM-5;

Шкала впливу травматичної події (IES-R) — для аналізу трьох домінантних симптоматичних кластерів: «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічне збудження».

На третьому етапі проведено комплексний кількісний і якісний аналіз отриманих емпіричних даних. Результати засвідчили, що 60 % студентів продемонстрували середній рівень суб'єктивного сприймання стресу за шкалою PSS-10, що свідчить про активізацію психоемоційних ресурсів за умов тривалої дії стресогенних чинників у період воєнного стану.

Застосування опитувальника PCL-5 показало, що 35 % респондентів мають клінічно значущі симптоми ПТСР, тобто більш як третина студентської молоді потенційно перебуває в зоні ризику розвитку посттравматичних станів. Повну відсутність симптомів зафіксовано лише у 12 із 80 студентів, що відображає загальну підвищену емоційну напруженість та чутливість молоді до психотравматичних подій.

Аналіз даних IES-R підтвердив високий рівень посттравматичної симптоматики: 50 % учасників мали підвищені або високі показники за всіма субшкалами. Детальна структурна характеристика проявів засвідчила:

за субшкалою «вторгнення»: 20 % — підвищений рівень, 40 % — високий;

за субшкалою «уникнення»: 30 % — підвищений рівень, 50 % — високий;

за субшкалою «фізіологічне збудження»: 25 % — підвищений рівень, 40 % — високий.

Такий симптоматичний профіль вказує на системний характер впливу травматичних подій, що супроводжуються повторними інтрузивними переживаннями, формуванням унікальних поведінкових стратегій та стійкою фізіологічною гіперзбудливістю.

Узагальнюючи результати емпіричного етапу, можна стверджувати, що воєнні дії виступають ключовим макростресором, який істотно порушує психоемоційну рівновагу студентської молоді та сприяє формуванню посттравматичних симптомів різного ступеня вираженості. Отримані дані підкреслюють необхідність розроблення та впровадження комплексних програм психологічної підтримки, спрямованих на розвиток стресостійкості, оптимізацію копінг-стратегій і профілактику ПТСР серед молоді, яка навчається в умовах тривалої воєнної загрози.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено комплексне теоретичне обґрунтування феномену стресу та стресостійкості молоді в умовах воєнного стану, проведено емпіричне дослідження рівня стресу та схильності до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у здобувачів вищої освіти, а також розроблено практичні рекомендації щодо підвищення їх стресостійкості. Теоретичний аналіз проблеми дав змогу сформулювати такі узагальнені положення:

1. Стрес розглядається як багатокomпонентна психофізіологічна реакція індивіда на суб'єктивно визначені стресогенні впливи. У сучасній науковій літературі виокремлюють фізіологічний та психологічний стрес. Останній поділяють за умовами виникнення на професійний (організаційний, інформаційний, комунікативний) та посттравматичний. Стресор визначається як будь-який зовнішній або внутрішній чинник, що здатний активізувати стресову реакцію організму чи психіки.

2. Аналіз теоретичних моделей стресу засвідчив високу пояснювальну цінність інтегративної моделі, яка синтезує здобутки класичних підходів і акцентує увагу на динаміці формування стресостійкості. У ході вивчення наукових джерел встановлено, що хоча феномени «стресу» та «ПТСР» досліджені достатньо ґрунтовно, концепт тривалого травматичного стресу залишається недостатньо опрацьованим. Стрес набуває травматичного характеру у випадках, коли дія стресора спричиняє порушення у психічному функціонуванні особистості. Переживання травматичного стресу у частини людей може призводити до формування ПТСР.

3. Стресостійкість визначається як системна й динамічна властивість особистості, що забезпечує здатність успішно протистояти стресогенним впливам, регулювати власні емоційні стани, адаптуватися до складних умов або цілеспрямовано їх змінювати без погіршення психічного та фізичного здоров'я. Ресурсна база стресостійкості включає фізіологічні, психологічні та



матеріальні ресурси, ефективне використання яких сприяє зниженню вразливості до стресу.

4. Ключовими особистісними детермінантами стресостійкості виступають: властивості нервової системи, емоційна врівноваженість, рівень тривожності, особливості самооцінки, локус-контроль, домінуючий когнітивно-ціннісний стиль (оптимістичний чи песимістичний), мотивація досягнення успіху, рівень конфліктності та дотримання моральних норм.

5. У межах дослідження розроблено програму емпіричного аналізу рівня стресу та схильності до розвитку ПТСР у студентів в умовах воєнного стану. Програма охоплювала оцінку інтенсивності сприйнятого стресу, дослідження посттравматичної симптоматики та вивчення впливу травматичного досвіду на психологічне функціонування та поведінкові реакції особистості.

6. Результати емпіричного етапу показали, що понад половина студентів продемонстрували середній рівень сприйнятого стресу, що свідчить про активізацію компенсаторно-адаптивних механізмів у ситуації тривалого впливу стресогенних факторів.

7. Близько третини респондентів виявили схильність до формування ПТСР, що супроводжувалося такими проявами, як інтрузивні симптоми (повторювані дистресорні спогади, нічні кошмари, дисоціативні реакції), поведінкове уникання, негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері (почуття провини, песимістичні очікування), а також виражені симптоми гіперзбудливості (спалахи гніву, надмірна пильність, розлади сну та концентрації, самодеструктивні тенденції).

8. На основі отриманих результатів розроблено комплекс практичних рекомендацій, спрямованих на оптимізацію емоційного стану, зниження рівня стресу та підвищення стресостійкості студентської молоді в умовах воєнного стану.

Таким чином, проведене дослідження підтверджує, що воєнний стан суттєво впливає на психоемоційний стан студентів, підвищує ризик виникнення патологічних реакцій стресу та формує необхідність

цілеспрямованої психологічної підтримки і розвитку стресостійкості серед молоді.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондарчук О. І. Експериментальна психологія : Курс лекцій. Київ : МАУП, 2003. 120 с.
2. Гапон Н. П. Соціальна психологія : *навчальний посібник*. Львів : Львів. національний університет ім. І.Франка, 2008. 366 с.
3. Горобець А. М. Психологія стресу. Київ : Наук. думка, 2015. 256 с.
4. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2015. С. 378–390.
5. Гребенюк О. А. Теоретичні аспекти вивчення особливостей поняття стресу в житті та діяльності людини. *Проблеми сучасної психології*. 2016. С. 30–36.
6. Екстремальна психологія : підручник / О. Євсюков. Київ : ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
7. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Пед. думка, 2016. 219 с.
8. Катунін А. П. Стресостійкість як психологічний феномен. *Молодий учений*. 2012. № 9. С. 243–246.
9. Ковальова І. В. Психологічна допомога в умовах стресу. Київ : КМ Акад., 2018. 280 с.
10. Коваленко А.Б., Корнєв М.Н. Соціальна психологія: Підручник. - К., 2СЩ5. - 400 с
11. Козлов С. В. Стійкість до стресу як один із чинників адаптивності особистості. *Вісник національного університету оборони України*. 2011. Т. 3, № 22. С. 126–129.
12. Кокур О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини у психофізіологічному забезпеченні діяльності : дис. д-ра психол. наук : 053. Київ, 2004. 426 с.
13. Кокур О. М. Психофізіологія : навчальний посібник. Київ : Центр навч. літ., 2006. 184 с.
14. Коновалова. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 176 с.

15. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : *навчальний посібник*. Київ : Ніка-Центр, 2009. 576 с.
16. Кравцова О. К. Стресостійкість особистості як психологічний феномен: основні теоретичні підходи. *Вісник післядипломної освіти*. 2019. № 7. С. 98–117.
17. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : дис. д-ра психол. наук. Київ, 2009. 513 с.
18. Кресан О. Д. Психологічні особливості переживання та усвідомлення особистістю життєвих подій : дис. д-ра психол. наук. Київ, 2017. 199 с.
19. Кудінова М. С. Концепт стресостійкості у сучасному психологічному дискурсі. *Науковий вісник Харківського державного університету*. 2016. Т. 2, № 6. С. 48–53.
20. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : навчальний посібник. Київ : Фірма «ІНКОС», 2002. 272 с.
21. Курова А. В. Загальна психологія: *навчальний посібник*. Одеса : Фенікс, 2019.
22. Курочка О. І. Стрес: фізіологія та психологія. Київ : Либідь, 2011. 184 с.
23. Марковець О. Л. Психологічні особливості професійного стресу та попередження його виникнення у майбутніх вчителів : дис. д-ра психол. наук. Київ, 2005. 16 с.
24. Мартинюк С. Р. Аналіз зумовленості стресостійкості її первинними характеристиками. *Актуальні проблеми психології*. 2007. Т. 7, № 10. С. 178–183.
25. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць*, 2017. № 14. С. 223–227.
26. Наугольник Л.Б. Психологія стресу : підручник. Львів :

Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

27. Олійник О. О. Психологічний аналіз понять емоційної, психологічної та стресостійкості. *Вісник Харківського університету*. 2004. № 617. С. 96–100.

28. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: *навчальний посібник*. Київ : Академвидав, 2005. 448 с.

29. Охременко О. Р. Постстресові розлади. Київ : Хімджест, 2004. 102 с.

30. Партико Т. Б. Загальна психологія : *підручник*. Київ : Ін Юре, 2008. 416 с.

31. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : *навчальний посібник*. Київ : Кондор, 2005. 278 с.

32. Розов В. І. Психологія екстремальних ситуацій: адаптивність до стресу і психологічне забезпечення : *навчальний посібник*. Київ : КНТ; Саммит-Кн., 2012. 480 с.

33. Смирнов Б. А. Психологія діяльності в екстремальних умовах. Харків : Інститут прикладної психології «Гуманитар. Центр», 2006. 274 с.

34. Татенко В. О. Сучасна психологія: теоретично-методологічні проблеми : *навчальний посібник*. Київ : Нац. авіац. ун-ту «НАУ-друк», 2009. 288 с.

35. Титаренко Т. М. Психологія життєвої кризи. Київ : Агропромвидав України, 1998. 348 с.

36. Третьякова Т. М., Лазор К. П., Форманюк Ю. В. Соціальна психологія. Одеса : НУ «ОЮА», 2021.

37. Чернищук Г. М. Особливості дослідження первинної стресостійкості особистості. *Проблеми емпіричних досліджень у психології*. 2008. № 1. С. 92–98.

38. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000. Vol. 68, no. 5. P. 748–766.

39. Cooper C. L., Cox A. Occupational stress among word process

- operators. *Stress medicine*. 1985. Vol. 1, no. 2. P. 87–92.
40. Cox T. A Psychological Model of Occupational Stress / T. Cox, C.J MacKay // Paper presented to a meeting of the Medical Research Council. London, November 1976. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, - 1977, - 165 (6). - P. 403–417.
  41. Dohrenwend B. P. The social psychological nature of stress: a framework for causal inquiry. *The journal of abnormal and social psychology*. 1961. Vol. 62, no. 2. P. 294–302.
  42. Eagle G., Kaminer D. Continuous traumatic stress: expanding the lexicon of traumatic stress. *Peace and conflict: journal of peace psychology*. 2013. Vol. 19, no. 2. P. 85–99.
  43. Carver C. S., Vargas S. Stress, coping, and health. Oxford University Press, 2011.
  44. Hobfoll S.E. The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory. *Applied Psychology*. 2001. № 3 (50). pp. 337–421.
  45. Kozihora M. Conceptual boundaries of the concepts "stress", "prolonged traumatic stress", "post-traumatic stress disorder". *Science and education a new dimension*. 2021. Vol. IX(246), no. 97. P. 56–58.
  46. Lazarus R.S. Fifty years of research and theory of R.S. Lazarus (An analyses of historical and perennial issues) / R.S. Lazarus. - New York, - 1998. - 450 p
  47. Porter L. W. Behavior in organizations. New York : McGraw-Hill, 1975. 561 p.
  48. McGrath J.E. Stress and behavior in organizations. Chap. 31, *Handbook of Industrial Organizational Psychology* /J.E. McGrath. - Chicago: Rand McNally Co., - 1976. - P. 1351–1395.
  49. Glassner B., Mechanic D. Students under stress. *Contemporary sociology*. 1979. Vol. 8, no. 4. P. 637.
  50. Mechanic D. Students under stress /D. Mechanic. - N.Y.: Free Press, -

1962. - 246 p.

51. Spielberger C. D. Notes and comments trait-state anxiety and motor behavior. *Journal of motor behavior*. 1971. Vol. 3, no. 3. P. 265–279.

52. Straker G. Continuous traumatic stress: Personal reflections 25 years on. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. 2013. Vol. 19, no. 2. P. 209.

53. Tong J., Wang L. Validation of locus of control scale in Chinese organizations. *Personality and individual differences*. 2006. Vol. 41, no. 5. P. 941–950.

54. Wolff H. G. *Stress and disease*. 2nd ed. Springfield, Ill : Thomas, 1968. 277 p.

55. Zasiakina, L., Kennison, S., Zasiakin, S., & Khvorost, K Psycholinguistic markers of autobiographical and traumatic memory. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2019. Vol. 6, no. 2. P. 119–133.