

М. М. Татієвська¹, М. А. Кузнєцов²¹ Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут», Харків, Україна.² Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди, Харків, Україна.**АПАТИЯ ТА РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ЯК ЧИННИКИ ПРОЯВУ СИМПТОМІВ ПТСР У СТУДЕНТІВ***Анотація*

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – далеко не єдиний прояв психологічної дезадаптації жителів України. В більшій чи меншій мірі кожен індивід відчуває на собі наслідки впливу історичних процесів, зокрема, воєнних дій, які відбуваються, на даний час вже два роки. Найактуальніше завдання психологів, психотерапевтів, психіатрів, та усіх інших спеціалістів, котрі працюють із населенням – знаходити ефективні, дієві та результативні засоби впливу, психологічної допомоги, реабілітації різним верствам населення. Стаття ілюструє психологічні особливості індивіда, що можуть сприяти, а також перешкоджати повторній адаптації та подоланню ПТСР, і з якими, на нашу думку, доречно працювати прикладним спеціалістам.

В статті наданий теоретичний опис поняття «ПТСР», наведені симптоми цього стану. Охарактеризовані поняття «резильєнтність» та «апатія». Проаналізований взаємозв'язок між рівнем прояву симптомів ПТСР і апатією та резильєнтністю в групах гармонійних та апатичних студентів. Наведені основні симптоми ПТСР – повторне проживання, уникання, підвищене збудження, а також загальний показник. Проведено порівняння кожного з показників у двох груп студентів із різними показниками рівню апатії та резильєнтності.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, резильєнтність, апатія, стресова подія, подолання, повторне проживання, уникання, підвищене збудження.

М. Tatiievskaya¹, M. Kuznietsov²¹ National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute", Kharkiv, Ukraine.² Kharkiv National Pedagogical University named after. H. S. Skovoroda, Kharkiv, Ukraine.

UDC: 159.942

APATHY AND RESISTANCE AS FACTORS IN THE MANIFESTATION OF PTSD SYMPTOMS IN STUDENTS*Summary*

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is not the only manifestation of psychological maladjustment among Ukrainians. To a greater or lesser extent, every individual feels the effects of historical processes, in particular, the ongoing military operations, which have been going on for two years now. The most urgent task of psychologists, psychotherapists, psychiatrists, and all other specialists working with the population is to find effective, efficient, and effective means of influence, psychological assistance, and rehabilitation for various segments of the population. The article illustrates the psychological characteristics of an individual that can contribute to, as well as hinder, re-adaptation and overcoming PTSD, and which, in our opinion, should be addressed by applied specialists.

The article provides a theoretical description of the concept of «PTSD» and the symptoms of this condition. The concepts of «resilience» and «apathy» are characterized. The relationship between the level of manifestation of PTSD symptoms and apathy and resilience in groups of harmonious and apathetic students is analyzed. The main symptoms of PTSD are presented – re-living, avoidance, increased arousal, as well as the general indicator. The comparison of each of the indicators for two groups of students with different levels of apathy and resilience is carried out.

The study examined personality resilience and apathy. It was found that both of these characteristics can give specificity to the manifestations of PTSD symptoms in ordinary civilians (students) living near the combat zone. Moreover, these factors are likely to affect the specifics of PTSD symptoms in the opposite way - resilience helps to mitigate their manifestation, and apathy can aggravate them.

The study contributes to the development of applied and rehabilitation measures aimed at increasing the resilience of individuals.

Keywords: ost-traumatic stress disorder, resilience, apathy, stressful event, coping, re-living, avoidance, increased arousal.

Вступ. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – далеко не єдиний прояв психологічної дезадаптації жителів України. В більшій чи меншій мірі, кожен індивід відчуває на собі наслідки впливу історичних процесів, зокрема, воєнних дій, які відбуваються на даний час вже два роки. Найактуальніше завдання психологів, психотерапевтів, психіатрів, та усіх інших спеціалістів, котрі працюють із населенням – знаходити ефективні, дієві, результативні засоби впливу, психологічної допомоги та реабілітації різним верствам населення. Стаття ілюструє психологічні особливості індивіда, що можуть сприяти, а також перешкоджати повторній адаптації та подоланню ПТСР, і з якими, на нашу думку, доречно працювати прикладним спеціалістам.

ПТСР – це тяжкий психологічний стан, що може розвиватись у відповідь на загрозову психотравматичну ситуацію – одиничну або повторювану. Такий стан характеризується наступними симптомами: 1 – нічні кошмари, флешбеки, повторювані тяжкі переживання та іншого характеру «повернення», повторні проживання досвіду, що травмував; такі флешбеки можуть супроводжуватись інтенсивними емоціями – провини або агресії, безнадійності; 2 – намагання уникати ситуацій, стимулів, будь-яких інших нагадувань про психотравматичну ситуацію або асоціацій із нею; 3 – відчуття підвищеної загрози, збудливості, неадекватне емоційне реагування, неефективна регуляція афективних станів. Вважається, що симптоми можуть виникати протягом шести місяців після психотравми [1].

Основними причинами ПТСР є такі, що здатні викликати стресовий стан майже у будь-якої людини: це воєнні дії, техногенні та природні катастрофи, терористичні акти, фізичне та сексуальне насильство, перебування в полоні, загрозове для життя захворювання та багато інших ситуацій. Але, насправді, травмувати може будь-яка подія, якщо

особистість не має достатньо ресурсів для подолання, або використовує неефективні захисні механізми. Навіть якщо сама ситуація не є загрозливою об'єктивно, вона може бути сприйнята як така, що несе в собі небезпеку та вимагає задіяти усі адаптаційні можливості, вимагає змін від сталого порядку життя.

Виходячи з вищесказаного, треба додати, що частота проявів цього розладу, яка була значною й до 24 лютого 2022 року, на цей час супроводжує майже без виключення кожного українця.

Очевидно, що самі собою воєнні дії є причиною ПТСР, але, надамо перелік неочевидних психологічних чинників цього розладу, із якими зустрічається кожна сучасна людина у повсякденному житті:

1. Щоденна небезпека для здоров'я, життя, соціального і фінансового статусу, а також занепокоєння безпекою близьких та рідних.

2. Нестача часу, яка не дозволяє вирішувати ефективно професійні завдання. До цього пункту можна включити страх помилок або професійних невдач, які можуть бути значним чинником повсякденної тривоги для багатьох індивідів.

3. Необхідність виконувати однакову, монотонну роботу, а також сидячий, однообразний стиль життя.

4. Існування в умовах інформаційного перенасичення.

5. Раптовість виникнення екстремальної ситуації і високий темп життя і змін [2].

Ресурсом, що може сприяти адаптації та подоланню стресу, є така особистісна характеристика, як резильєнтність.

Термін «resilience» перекладається з англійської мови як «стійкість». Це поняття було запозичене з фізики, де позначало здатність тіла відновлюватись після деформації внаслідок механічного впливу. В даний час широко використовується психологами для описання здатності особистості відновлюватись після стресів, важких життєвих ситуацій, переживань та, так

званих, «ударів долі». ВООЗ пропонує визначення, де резильєнтність – це «здатність відносно добре справлятися з важкими ситуаціями та особиста ресурсність, що може розвиватися завдяки захисним факторам (наприклад, сприятливе зовнішнє середовище та вироблення адаптивних механізмів копіngu)» [3]. Найбільш ефективними копінг-стратегіями ми вважаємо наступні: заплановане вирішення проблеми, позитивне переосмислення та прийняття відповідальності.

Резильєнтність відіграє першочергову роль у посттравматичному зростанні, забезпечує можливість підтримувати рівновагу у важких, змінюваних, непередбачуваних умовах, збагачує репертуар психологічних захистів, підвищує їх ефективність. Фактично, резильєнтність – це і є той самий особистий ресурс, внутрішня опора індивіда на самого себе.

Резильєнтність часто ототожнюють із поняттям «життєстійкості» (hardiness), проте, ряд дослідників [4] розрізняють їх і описують перше як психічну реакцію на різні типи життєвих ситуацій, в той час як життєстійкість вбачають рисою особистості. Саме ця риса може бути базою, одним із факторів, що відповідає за розвиток та підтримку резильєнтності особистості.

Сучасні дослідники вказують на два підходи до вивчення резильєнтності: (а) як риси характеру [5] і (б) як динамічний процес [6]. У першому підході позначають такі індивідуальні особливості, як гнучкість, спритність, схильність давати швидкі й адекватні відповіді на жорсткі життєві умови, міцність характеру. Другий підхід вбачає резильєнтність в якості позитивного процесу адаптації, здатність до розвитку, зростання, відновлення, особливо в несприятливих життєвих ситуаціях.

Крім того, дослідниками визначаються три рівні резильєнтності [7]:

- Індивідуальна. Показником розвиненості цього рівня є почуття самоцінності індивіда, віра в себе. Для

таких особистостей характерно мати опору на власні сили, почуття автономії самостійності, розвинене відчуття контролю.

- Сімейна. Вона проявляється в чуйності та повазі до почуттів інших, близьких, бути турботливим та причетним.

- Соціальна або громадська. Ця сторона резильєнтності проявляє громадські якості особистості – моральність, доброчесність, здатність бути гідним членом суспільства.

Апатія відноситься до порушень емоційної сфери і часто розглядається як симптом депресії. Психологічний словник дає наступне визначення поняття «апатія»: «стан, що характеризується емоційною пасивністю, індіферентністю, притупленням почуттів, байдужістю до оточуючих подій, ослабленням спонукань та інтересів. Триває на фоні зниженої фізичної та психологічної активності.

Апатія буває короткочасною або довгостроковою. Формується в результаті довгострокового розладу психіки, іноді виникає при деяких органічних ураженнях мозку. Може спостерігатися при слабоумстві, буває наслідком тривалого соматичного захворювання» [8].

Проблема апатії, як специфічного емоційного стану вивчається вже понад сто років. Перші дослідники (зокрема, Е. Крепелін) розуміли апатичність, як емоційну спрощеність, поступове зменшення продуктивності, втрату емоційної чутливості, недостатність лицьової експресії та відносили її до одного з симптомів ранньої деменції або шизофренії [9].

У 2008 р. на консиліумі в рамках з'їзду Європейської психіатричної асоціації було запропоновано новий погляд на апатію. Вона стала вважатися не втратою емоцій як таких, а втратою мотивації до емоційного реагування, що може супроводжувати велику кількість психічних, неврологічних, ендокринних і психологічних розладів [10].

Альтернативний погляд на апатію запропонували Р. Радакович і С. Абрахамс [11]. Це стан може періодично з'являтися у будь-якої умовно здорової людини. Сучасні психіатри наголошують на необхідності співпраці з психологами у превенції та інтервенції апатії, тому що такий емоційний стан може проявитися не тільки через захворювання, супроводжуючи його, але й бути наслідком деяких інших причин, наприклад: реакція на травматичну, стресову подію; розчарування, фрустрація, зустріч із неуспіхом у житті; депресивний стан; емоційне вигорання, втома; особистісна або вікова криза; нечутливість до власних емоційних потреб і, як наслідок, внутрішній конфлікт; наслідок прийняття деяких ліків.

Апатія характеризується досить чіткими симптомами: труднощі виконання щоденних завдань, почуття незацікавленості, байдужості, зниження або відсутності мотивації до досягнення цілей, низький рівень енергії, прокрастинація. Клінічні прояви апатії розділяють на 3 компоненти: (а) зниження ефективності діяльності, зменшення тривалості її виконання, підвищена втомлюваність, (б) відсутність цікавості до нового і (в) зниження емоційних реакцій [12].

Мета дослідження. Вивчити резильєнтність особистості та стан апатії як чинники прояву симптомів ПТСР у звичайних цивільних людей (студентів), які після 24.02.2024 р. проживають недалеко від зони бойових дій технічного університету «Харківський політехнічний інститут». (переважно у м. Харків та Харківській області). Загальна кількість досліджуваних – 97, з яких 89 жінок і 8 чоловіків від 17 до 64 років, середній вік $36,76 \pm 12,77$ років. В дослідженні прийняли участь студенти-психологи денного та заочного відділень Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди і Національного

Матеріали та методи. Для оцінки рівня прояву ПТСР використовувалась методика «Шкала симптомів ПТСР» [1]. Резильєнтність вимірювалась за допомогою «Короткої шкали резильєнтності» Б. Сміта [13], а також використовувалась «Шкала апатії» Р. Хенделмана [14] для визначення рівня прояву апатії досліджуваних.

Результати та обговорення. За результатами процедури кластеризації методом k-середніх нами виділено дві групи досліджуваних: «Гармонійні» та «Апатичні», що наведено на рис 1.

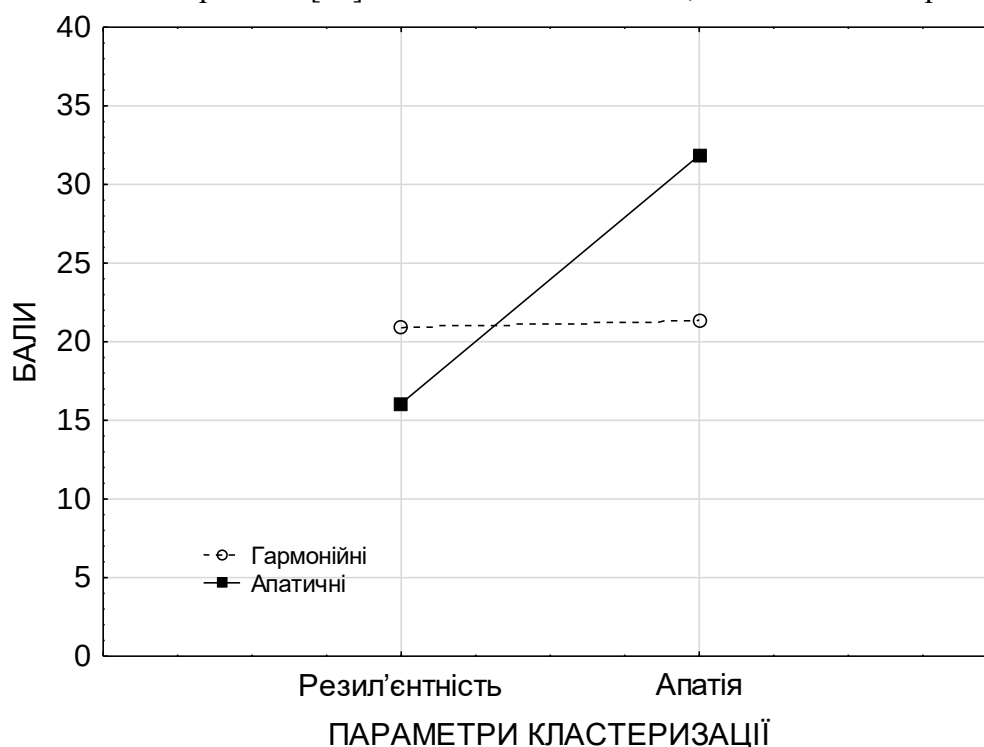


Рис. 1. Кластерні профілі двох груп досліджуваних: «Гармонійної» та «Апатичної».

Для кластеризації були використані дані дослідження апатії і резильєнтності. В групу «Гармонійних» (42 людини) увійшли такі досліджувані, що отримали помірні показники резильєнтності та апатії. «Гармонійні» – це умовна назва, яка відображає той факт, що у досліджуваних обидва показники не акцентує, не приймають надмірно високих або надмірно низьких значень. В групу «Апатичних» (55 людей) увійшли досліджувані, що продемонстрували низький бал за резильєнтністю і дуже високий – з апатичністю.

Можна сказати, що між поняттями

«резильєнтність» і «апатичність» існує певна протилежність. Перша характеристика, яка у перекладі з англійської означає «стійкість», є протилежною за сенсом апатичності та зневірі. Тому особистість, що демонструє одну з цих якостей, може бути схильна до другої з означених тільки у дуже низькому ступені.

Табл. 1 показує результати аналізу розрізень між двома групами за симптомами ПТСР (за t-критерієм Ст'юдента). Діагностика стану ПТСР проведена за допомогою опитувальника «Шкала симптомів ПТСР» [1].

Таблиця 1. Відмінності між показниками ПТСР досліджуваних «Гармонійної» і «Апатичної» груп

Параметри ПТСР	Групи досліджуваних		t-критерій	p
	гармонійна (n = 42)	апатична (n = 55)		
Повторне проживання	5,83 ± 3,76	8,65 ± 3,37	-3,883	0,0002
Уникнення	7,10 ± 4,04	11,65 ± 4,32	-5,300	0,000001
Підвищене збудження	8,60 ± 3,47	9,47 ± 2,62	-1,418	Незн.
Загальний показник симптомів ПТСР	21,52 ± 8,57	29,78 ± 8,80	-4,632	0,00001

У порівнянні з групою апатичних досліджуваних, гармонійні набагато рідше переживають такий симптом, як стан повернення до травматичної ситуації, що демонструється шкалою «Повторне проживання» ($t = -3,883$; $p < 0,0002$). Означені результати пов'язані зі стійкістю, можливістю залишатись у сьогоденні, так званому, «тут і зараз», що є компонентом резильєнтності.

Апатичність характеризується зневірою, у тому числі в майбутнє та власні сили й можливості. Саме тому, апатичний досліджуваний допускає, що ситуація, яка травмувала одноразово, може статися знову та травмувати, в той час, як резильєнтний досліджуваний розглядає такий тип ситуації, як вже знайомий, відомий та тому такий, з яким можливо впоратись. Він має досвід опори на власні сили та не

характеризується зневірою.

Можливо також інше, когнітивистське тлумачення цього явища. Апатія, як особливий емоційний стан, створює таке внутрішнє середовище у так званому «гедонічному просторі» особистості, яке сприяє пригніченню психологічних захистів та значному полегшенню доступу до сховищ емоційної пам'яті, а саме – негативних емоційних патернів [15]. Резильєнтних ресурсів для гальмування (переривання) цих флешбеків досліджуваним даної групи, на жаль, не вистачає.

Шкала «Уникнення» також має більш високі показники серед апатичних досліджуваних, аніж у групі гармонійних ($t = -5,3$; $p < 0,000001$).

Виходячи з припущення, що особистісні якості резильєнтності й апатичності певною

мірою протилежні, ми також можемо додати, що апатичність характеризується ще й меншою ресурсністю. Це означає, що в резильєнтних досліджуваних більше життєвих сил, що забезпечують їм можливість використовувати більш ефективні захисні механізми, а апатичним, можна сказати, не залишається нічого іншого, окрім уникання неприємного досвіду. В той час, як перші більш схильні до опановування неприємностей. Та ж сама зневіра, що характерна для апатичних і знецінення власних можливостей змушує їх обирати уникання як найдоступніший засіб взаємодії з важким або неприємним досвідом.

Загальний показник за методикою «Шкала ПТСР» також виявився вищим у групі апатичних у порівнянні із гармонійними ($t = -4,632$; $p < 0,00001$).

Резильєнтність, як особистісна характеристика, включає в себе здатність «повертатися до минулої форми», відновлюватися та підкреслює можливості, ресурси індивіда до самопідтримки й успішного проживання, конструктивного пропрацювання неприємних і травмуючих станів. Досліджувані, що продемонстрували високий рівень апатичності, мають, як продемонстровано на рис. 1, низьку здатність до резильєнтності, саме тому, вони будуть схильні до проявів посттравматичного розладу.

За шкалою «Підвищене збудження» відмінностей між «Апатичними» та

«Гармонійними», які мають статистичну значущість, отримано не було.

Висновки. В результаті проведеного дослідження була вивчена резильєнтність особистості, а також стан апатії. Було виявлено, що обидві означені характеристики можуть надавати специфіки проявам симптомів ПТСР у звичайних, цивільних людей (студентів), які проживають недалеко від зони бойових дій. При чому, ймовірно, ці чинники діють на специфіку прояву симптомів ПТСР протилежним чином – резильєнтність сприяє пом'якшенню їх прояву, а апатія може їх посилювати.

Проведене дослідження сприяє розробці прикладних і реабілітаційних заходів, направлених на підвищення резильєнтності індивідів.

Перспективи подальших досліджень. Планується порівняння отриманих даних із результатами вибірки військослужбовців із бойовим досвідом, які проходять дослідження під час перебування на реабілітації або у відпустці.

Фінансування та конфлікт інтересів. Автори заявляють про повну відсутність конфлікту інтересів.

Джерело фінансування: власні кошти авторів.

Публікаційна етика. Пацієнти були включені в дослідження після отримання інформованої згоди. Дослідження відповідало міжнародним етичним стандартам біометричних досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of post-traumatic stress disorder / S. A. Falsetti, H. S. Resnick, P. A. Resick, D. Kilpatrick. *The Behavioral Therapist*. 1993. Vol. 16. P. 161–162.
2. Screening for PTSD in a substance abuse sample: psychometric properties of a modified version of the PTSD Symptom Scale Self-Report. Posttraumatic stress disorder / S. F. Coffey et al. *J Trauma Stress*. 1998. Vol. 11 (2). P. 393–399. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1024467507565>
3. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб. / Н. Гусакта ін. Київ : НаУКМА, 2017. 92 с.
4. Population-based validation of a German version of the Brief Resilience Scale / A. Chmitorz et al. *PLoS ONE*. 2018. Vol. 13 (2). P. e0192761. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192761>

5. Block J. H., Block J. The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. *Minnesota Symposium on Child Psychology*. NJ : Erlbaum, 1980. Vol. 13. P. 39–101.
6. Masten A. S., Best K., Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990. Vol. 2. P. 425–444.
7. Cicchetti D., Garmezy N. Milestones in the development of resilience [Special issue]. *Development and Psychopathology*. 1993. Vol. 5, Issue 4. P. 497–774.
8. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.
9. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. In: Textbook of Psychiatry, 8th Edition. Barclay, E.S., Translated, Livingston, Edinburgh. *Open Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 2, No. 4.
10. Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders / P. H. Robert et al. *European Psychiatry*. 2009. Vol. 24 (2). P. 98–104. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.09.001>
11. Radakovic R., Abrahams S. Developing a new apathy measurement scale: Dimensional Apathy Scale. *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 219 (3). P. 658–663. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.010>
12. Marin R. S. Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatry Clin. Neurosci*. 1991. Vol. 3. P. 243–254.
13. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back / B. W. Smith et al. *International journal of behavioral medicine*. 2008. Vol. 15 (3). P. 194–200.
14. Handelsman R. Defining and assessing adolescent apathy. New York : City University of New York, 1999.
15. Кузнецов М. А., Татієвська М. І. Емоційна пам'ять військовослужбовців і суб'єктивна картина бою. European scientific congress. *Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference*. Barca Academy Publishing. Madrid, Spain. 2023. P. 233–239. URL: <https://sciconf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-european-scientificcongress-17-19-04-2023-madrid-ispaniya-arhiv/>

Надійшла до редакції 08.02.2024

Прийнята до опублікування 14.03.2024

Інформація про авторів (Information about the authors)

Татієвська Марія Маратівна, Кандидатка психологічних наук, доцентка, Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут», доцентка кафедри педагогіки та психології управління соціальними системами ім. акад. І. А. Зязюна; Харків, Україна.

Tatiievska Mariia, Candidate of Psychology Science, Associate Professor, National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute", Associate Professor of the Department of Pedagogy and Psychology of Social Systems Management named after Academician I. A. Zyazyun; Kharkiv, Ukraine.

E-mail: pochta939@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2410-6427> A, B, C, D, E, F

Кузнєцов Марат Амiрович, доктор психологiчних наук, професор, Харкiвський нацiональний педагогiчний унiверситет iменi Г. С. Сковороди, професор кафедри психологiї; Харкiв, Україна.

Kuznietsov Marat, Doctor of Psychology Sciences, Professor, Kharkiv National Pedagogical University named after H. S. Skovoroda, Professor of the Department of Psychology; Kharkiv, Ukraine.

E-mail: marat704@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0001-7662-9938> ^{D, E, F}

-
- | | |
|----------|---|
| A | – Концепція та дизайн роботи (Work concept and design) |
| B | – Збiр та аналіз даних (Data collection and analysis) |
| C | – Вiдповiдальнiсть за статистичний аналіз (Responsibility for statistical analysis) |
| D | – Написання статтi (Writing the article) |
| E | – Критичний огляд статтi (Critical review) |
| F | – Остаточне затвердження статтi (Final approval of the article) |
-

Вiдповiдальний автор:

Татiєвська Марiя Маратiвна, кандидатка психологiчних наук, доцентка, Нацiональний технiчний унiверситет «Харкiвський полiтехнiчний iнститут», доцентка кафедри педагогiки та психологiї управлiння соцiальними системами iм. акад. I. А. Зязюна.

✉ Україна, 61002, м. Харкiв, вул. Кирпичова, 2, корпус у/2, к. 271.

E-mail: pochta939@gmail.com

Цитування: Татiєвська М. М., Кузнєцов М. А. Апатiя та резильєнтнiсть як чинники прояву симптомiв ПТСР у студентiв. *Вiсник медицини, психологiї та фармацiї*. 2024. № 1. С. 35–42.
doi: <https://doi.org/10.20998/BMPP.2024.01.04>