

ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.97:159.922.7

DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2026.1/37>**Заграй Л. Д.**<https://orcid.org/0000-0003-2823-8179>

Карпатський національний університет імені Василя Стефаника

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД І РЕАКЦІЇ НА ТРАВМУ У ЖІНОК, ЯКІ ВТРАТИЛИ ЧОЛОВІКІВ УНАСЛІДОК ВІЙНИ: РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ

Дослідження присвячене вивченню посттравматичних реакцій та пролонгованого переживання скорботи у жінок, які втратили чоловіків унаслідок війни. Метою було дослідити кореляційні зв'язки між показниками та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), з урахуванням часу після втрати та вікових характеристик. Використано методики IES-R та PCL-5, що дозволило комплексно оцінити структуру та інтенсивність симптомів. За IES-R найбільш вираженими виявилися уникнення (28%) та фізіологічна збудливість (28%), тоді як вторгнення мало нижчий рівень (16%). Це свідчить про домінування механізмів дистанціювання та соматичних проявів стресу. За PCL-5 у 58% респонденток зафіксовано виражений рівень симптомів ПТСР, у 37% – низький. Найвищі показники спостерігалися у жінок 40–45 років ($M = 4.7$, $SD = 0.6$), тоді як у групі 25–29 років домінували низькі значення ($M = 1.9$, $SD = 0.4$). Кореляційний аналіз підтвердив узгодженість між шкалами IES-R та кластерами PCL-5: уникнення ($r = 0.72$, $p < 0.001$), вторгнення ($r = 0.65$, $p < 0.001$), гіперактивність ($r = 0.70$, $p < 0.001$). Додатково виявлено помірну кореляцію з негативними когнітивними змінами ($r = 0.58$, $p < 0.01$). Найвищі кореляції спостерігалися у групі 40–45 років (r до 0.80), що підтверджує її найбільшу уразливість. Отримані дані узгоджуються з міжнародними дослідженнями, які також вказують на середній вік як критичний фактор ризику. Молодші жінки мають більш гнучкі механізми адаптації та ширші ресурси підтримки, тоді як у середньому віці накопичення втрат і зниження соціальної підтримки посилюють симптоматику. У старшій групі високі показники можуть бути пов'язані з емоційною значущістю втрат, хоча часткове прийняття їхньої неминучості децю знижує інтенсивність реакцій. Таким чином, мета дослідження була досягнута: встановлено кореляційні зв'язки між показниками ПРС та ПТСР у жінок, які зазнали втрати, з урахуванням часу та вікових особливостей.

Ключові слова: пролонгований розлад скорботи (ПРС), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), травма, реакції на травму, жінки, які втратили, переживання втрати, горя, кореляційні зв'язки.

Постановка проблеми. Війна в Україні спричинила масштабні людські втрати, що мають не лише соціальні, а й глибокі психологічні наслідки. Однією з найбільш уразливих груп є жінки, які втратили чоловіків унаслідок бойових дій. Для них характерні складні переживання горя, поєднані з травматичним досвідом війни, що значно підвищує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресивних станів та тривалих психоемоційних

порушень. В українському контексті бракує системних емпіричних досліджень, які б комплексно оцінювали психічний стан жінок після втрати близьких у війні, результати яких можуть стати основою для розробки програм психологічної підтримки, кризового консультування та соціально-психологічної реабілітації. Своєчасна діагностика психічного стану жінок дозволяє запобігти хронізації травматичних реакцій і сприяє формуванню стратегій посттравматичного зростання.

© Заграй Л. Д., 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0



Також отримані результатами за допомогою науково обґрунтованого інструментарію забезпечують порівнянність результатів із міжнародними дослідженнями та підвищує їхню валідність.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженню різних аспектів переживання втрати, горя присвячені численні праці, і сучасні наукові розвідки акцентують увагу на взаємозв'язку між травматичною втратою та розвитком посттравматичних розладів. У сучасній психотравматології дедалі більше уваги приділяється травматичній втраті, яка поєднує досвід горя та вплив екстремальної події. Систематичний огляд показує, що саме травматичні втрати є потужним чинником ризику розвитку як посттравматичного стресового розладу (ПТСР), так і пролонгованого горя, що потребує спеціалізованих інтервенцій [15]. Коли Горовіц (1974) написав свою знамениту публікацію «Синдроми стресової реакції» і таким чином сформулював сучасні критерії посттравматичного стресового розладу (ПТСР), вказавши на зв'язок їх з інтенсивною реакцією горя. Протягом десятиліть це явище в науці розглядалося переважно як «ускладнена скорбота» (CG), яка тепер включена як психічний розлад у DSM-5 (Американська психіатрична асоціація, 2013) та нещодавно опублікованій МКХ-11 (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019) [18]. У діагностичних системах патологічна скорбота тепер зазначена під назвами «Пролонгований розлад скорботи» (PGD) та «персистуючий комплексний розлад скорботи» (PCBD). Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) – стан, коли процес горювання стає патологічно затяжним і супроводжується вираженим дистресом та порушенням функціонування. Основні симптоми: постійна зацикленість на померлому, труднощі з прийняттям втрати, бажання «піти до померлого», труднощі у довірі до інших, відчуття безнадії. Для діагностики передбачалося, що у дорослих має минути щонайменше 12 місяців після втрати, а у дітей – 6 місяців. Травматичні втрати близьких людей визнаються як події, що можуть спричинити травму. Прикладами є втрати внаслідок вбивства, самогубства, нещасних випадків та стихійних лих, а також втрати внаслідок війни та терору» [11]. Дослідження, що вивчають довготривалий зв'язок між симптомами ПТСР та ускладненою скорботою після травматичної втрати, виявили, що розвиток обох розладів також тісно пов'язаний із часом, а також наявністю підтримки [8]. Чому втрату на війні варто розглядати як травмівну, ніж смерть, що виникає з природних

причин. По-перше, у горюючих виникає *раптове відчуття повного руйнування реальності, світу* («Це було так, ніби я розчинялася на чорному асфальті»). По-друге, ті, хто втратили на війні близьку людину, переживають водночас і горе і травму, тому висока ймовірність виникнення синдрому гострого горя і ПТСР одночасно. Вони переживають смуток, тугу, і водночас, інтрузії, флешбеки та уникання нагадувань про втрату (симптоми ПТСР) [5].

У цьому контексті фактори ризику ПТСР часто поділяють на перетравматичні, перитравматичні та посттравматичні. Серед факторів, що були присутні до травматичної події, найбільш релевантними для прогнозування ПТСР виявилися жіноча стать, низький соціально-економічний статус, попередня травматична експозиція та підвищена психопатологія в родині [17]. Тип травми, кількість або накопичення травматичних переживань, виникнення дисоціації та сприйняття загрози життю були визначені як перитравматичні характеристики, що передбачають ПТСР (Martin-Soelch, Schnyder) [13]. Важливо, що посттравматичні характеристики, зокрема соціальна підтримка, як правило, демонстрували найбільший вплив порівняно з іншими факторами, що прогнозують ПТСР [10; 13].

Серед демографічних характеристик було визначено молодий вік, жіночу стать та низький соціально-економічний статус (Neimeyer, Burke) [7]. Також були виявлені збіги щодо обставин смерті, причому насильницька та раптова смерть особливо асоціюються з значною інтенсивністю горя. Крім того, інтенсивність горя часто пов'язана з близькістю родинних зв'язків (Mitchell, Neimeyer, Burke) та емоційною прив'язаністю до померлого. Соціальна підтримка після події також була визначена багатьма дослідженнями як важливий фактор, що впливає на горе [7].

На відміну від ПТСР, який став предметом психологічних досліджень майже 50 років тому після його включення до класифікаційних систем, дослідження горя лише нещодавно досягли такого рівня. Відповідно, огляди та метааналізи щодо патологічної скорботи на даний момент є рідшими та менш вичерпними. Однак загальний огляд існуючих досліджень виявляє закономірність, яка дуже нагадує предиктори ПТСР. Оскільки попередні огляди досліджень майже виключно висвітлювали травму або горе в різних обставинах, але залишається питання, що відбувається з психічним станом жінок, які втратили чоловіків унаслідок війни. Більшість наявних робіт базуються

на зарубіжних вибірках і стосуються втрат загалом – унаслідок хвороб, нещасних випадків чи катастроф, проте вони не враховують специфіки воєнного контексту. Саме ця група є особливо вразливою, адже поєднує переживання особистої втрати з тривалим впливом бойових дій та соціальної нестабільності. Останні роки українські науковці приділяють увагу дослідженню психологічних наслідків війни, зокрема переживанню горя та втрати близьких. У працях Парасей-Гочер А. О. та Зуйкова В. О. акцентовано на симптомах посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та ознаках ускладненої скорботи, які проявляються у тривалому емоційному дистресі, труднощах прийняття втрати та соціальній ізоляції [4]. Дослідження Вербецької Н. Ю. показало, що жінки, які втратили чоловіків на війні, є особливо вразливою групою: у них спостерігається підвищений рівень тривожності, депресивних симптомів і пролонгованого горювання, що значно збільшує ризик хронізації ПТСР [1]. У Яремчук В. та Романчук С. досліджено симптоми пролонгованого горя [6]. Дослідження Духлій П. М. та Трофімової Д. О. жінок, які втратили чоловіків унаслідок війни, демонструють підвищений рівень тривожності та посттравматичних симптомів, що підтверджує необхідність цільових програм психологічної підтримки [2]. Таким чином, українські емпіричні роботи узгоджено свідчать про високий ризик розвитку ПТСР та ускладненої скорботи у жінок, які переживають втрату в умовах війни, та підкреслюють потребу у спеціалізованих програмах реабілітації й довгостроковій психологічній допомозі.

Як правило, основна увага дослідників спрямована на дослідження предикторів ПТСР та симптоматиці. Тому у даному дослідженні зосереджую увагу на кореляціях впливу травматичної події (втрати чоловіка) та показниках посттравматичного стресового розладу (ПТСР) жінок, які переживають втрату чоловіків унаслідок війни, зокрема беручи до уваги такий параметр як час після втрати та вік, оскільки саме показник часу після втрати вважається прогностичним щодо симптоматики ускладненого горя чи як зазначається у перекладах МКХ-11 – «Пролонгований розлад горя» (ПРГ). Сучасні дослідження показують, що окремі показники за шкалою PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) можуть бути предикторами розвитку пролонгованого розладу скорботи (PGD). Найбільш значущими є симптоми нав'язливих спогадів, уникання, гіперактивації та негативних

когнітивних інтерпретацій, які корелюють із ризиком ускладненої скорботи [11]. Отримані результати підтвердили, що негативні когніції та уникання є спільними предикторами ПТСР і PGD, а PCL-5 може використовуватися як скринінговий інструмент для прогнозування PGD, особливо у групах із високим рівнем травматичних втрат [15]. ПГД часто вивчали в контексті війни. Наприклад, дослідження тих, хто вижив у війні в Косово, показало, що серед учасників дослідження 38,3% відчували ПГД навіть через десять років після війни [14]. Тому важливо розглянути питання ПГД в контексті українців, враховуючи, що населення вже страждає через втрату близьких та досвід стресових факторів сучасної війни [9;16]. Крім того, вже в контексті війни між Україною та Росією симптоми ПГД були пов'язані з симптомами депресії [12].

Постановка завдання. Метою статті є – дослідити кореляційні зв'язки між показниками пролонгованого розладу скорботи та показниками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок, які зазнали такої втрати, з урахуванням параметрів часу, що минув після втрати, та вікових особливостей респонденток. Виявлення кореляцій між ПРС та показниками ПТСР у жінок дає змогу визначити групи підвищеного ризику та прогнозувати ймовірність хронізації посттравматичних симптомів залежно від часу після втрати та вікових характеристик. Недоцільно та потенційно шкідливо стверджувати, що особи, які відповідають критеріям пролонгованого розладу скорботи (ПРС), є «здоровими», коли насправді вони страждають від психічних захворювань і зазнають значних порушень і дисфункцій у житті.

Виклад основного матеріалу. Пролонгований розлад скорботи визначається у даному дослідженні як психічний стан, що характеризується стійким, інтенсивним і дезадаптивним горюванням після втрати близької людини, який триває понад 6–12 місяців та суттєво порушує функціонування особи [15]. Пролонгована скорбота – це клінічно визначений психічний розлад, концептуалізований Холлі Прігерсон, який відрізняється від нормального процесу горювання своєю тривалістю та дезадаптивним впливом на життя людини. Дослідження проводилося перед початком програми психологічної підтримки родин загиблих, що реалізувалася центрами психологічної підтримки «Разом з тобою». У дослідженні взяли участь 190 жінок – дружини загиблих військовослужбовців, які проживають у різних регіонах України. Вибірка

була сформована з урахуванням часу після втрати (6–9 місяців) та віку, що дозволяє простежити особливості переживання скорботи у різних періодах дорослого життя. Віковий розподіл: 37 учасниць – вікова група 50–55 років (19,5%); 58 учасниць – вікова група 40–47 років (30,5%); 62 учасниці – вікова група 30–39 років (32,6%); 33 учасниці – вікова група 25–30 років (17,4%). Жінки представляли різні регіони України, що забезпечує широку соціокультурну репрезентативність вибірки. До вибірки увійшли учасниці як із великих міст, так і з менших населених пунктів, що дозволяє врахувати вплив регіонального контексту на процес скорботи.

З метою прогнозування ймовірності розвитку ПРС було застосовано **IES-R (Impact of Event Scale – Revised)** шкалу впливу травматичної події [3]. Ось лінійний графік (рис. 1), який відображає рівень дистресу серед жінок після впливу травматичної події: виражений – 32%, помірний – 44%, низький – 24%.

Виражений рівень (32%) у третини учасниць, які перебувають у стані високого дистресу, що може бути прогностичним фактором розвитку пролонгованої скорботи. Помірний рівень (44%) утворилася найбільша група, яка потребує моніторингу та превентивних інтервенцій. Низький рівень (24%) впливу травматичної події демонструє відносно адаптивне переживання втрати. За віковим параметром категорія жінок 40–45 років має найвищий рівень дистресу, що може бути пов'язано з поєднанням сімейних та соціальних навантажень, 50–55 років – високий рівень, але трохи нижчий за попередню групу, що може свідчити про часткову адаптацію або інші механізми подолання. У групі 30–39 років – менш виражений

рівень, що може свідчити про відносно більшу психологічну стійкість або інші механізми адаптації.

Таблиця 1

Рівень дистресу у різних вікових групах жінок

Вікова група	n-кількість	M	SD	Min-max	95% CI
25–29	33	1,8	0,4	1,2–2,5	1,6–2,0
30–39	62	2,1	0,5	1,5–3	1,9–2,3
40–47	58	4,8	0,6	4,0–5,5	4,6–5,0
50–55	37	4,2	0,7	3,5–5,0	4,0–4,4

$F(3,81) = 18.7, p < 0.001$ (різниця між групами статистично значуща). Найвищий рівень дистресу зафіксовано у групі 40–45 років ($M = 4.8, SD = 0.6$), що статистично значуще перевищує показники групи 30–35 років ($M = 2.1, SD = 0.5$), $p < 0.001$. Найнижчий рівень дистресу зафіксовано у групі 25–29 років ($M = 1.8, SD = 0.4$). Окрім аналізу рівня дистресу у різних вікових групах, доцільним є розгляд показників за окремими шкалами IES-R, що дозволяє більш детально охарактеризувати структуру посттравматичних реакцій. Такий підхід дає змогу виявити домінуючі симптоми – уникнення, вторгнення та фізіологічну збудливість – і простежити їхню вираженість у вибірці. Високий рівень уникнення свідчить, що значна частина респонденток (28%) намагається психологічно дистанціюватися від травматичних спогадів. Це може проявлятися у свідомому униканні місць, людей чи ситуацій, що нагадують про втрату. Такий механізм є типовим для посттравматичних реакцій, але при тривалому збереженні може перешкоджати адаптації та інтеграції досвіду, підвищуючи ризик пролонгованої скорботи. Виражений рівень фізіологічної збудливості (30%) свідчить

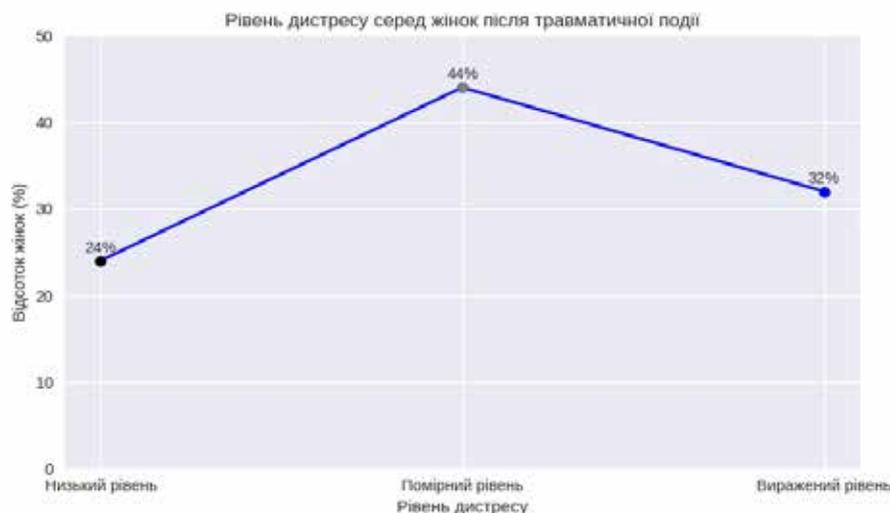


Рис. 1. Рівень дистресу жінок після травматичної події

про підвищену тривожність, напруженість, проблеми зі сном, дратівливість. Це показник того, що травматичний досвід має тілесний компонент, який впливає на щоденне функціонування. Високий рівень гіперактивації часто асоціюється з ризиком розвитку хронічного стресу та ПТСР. Порівняно нижчий рівень вторгнення (16%) означає, що нав'язливі спогади, флешбеки чи нічні кошмари менш виражені у вибірці. Це може свідчити про те, що травматичні образи не домінують у свідомості більшості учасниць, але у частини вони все ж таки присутні. Низький показник вторгнення може бути пов'язаний із сильнішими механізмами, уникнення, які «блокують» повторне переживання.

Проведений аналіз за шкалами IES-R дозволив окреслити домінуючі симптоми посттравматичних реакцій у вибірці, зокрема високі показники уникнення та фізіологічної збудливості при відносно нижчому рівні вторгнення. Для підтвердження та розширення цих даних було використано методику PCL-5 [3], яка не лише відтворила аналогічну картину за віковими групами, але й дала змогу деталізувати когнітивно-емоційні зміни, що супроводжують процес переживання втрати (табл. 2).

Таблиця 2

Рівень симптомів ПТСР за результатами PCL-5 у жінок, які пережили втрату

Вікова група	n-кількість	Виражений (%)	Низький (%)	M	SD
25–29	33	22	61	1,9	0,4
30–39	62	35	55	2,1	0,5
40–47	57	72	20	4,7	0,6
50–55	37	65	28	4,3	0,7
Загалом	190	58	37	3,3	0,9

Такий підхід створює основу для дослідження кореляційних зв'язків між показниками пролонгованого розладу скорботи та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жінок, які зазнали втрати, з урахуванням часу, що минув після події, та вікових особливостей респонденток (табл. 3).

Найвищі кореляції спостерігаються у групі 40–45 років ($r \approx$ до 0.80), що підтверджує узгодженість між методиками та домінування симптомів у цій віковій категорії. У групі 50–55 років також високі кореляції ($r \approx$ 0.70–0.75), що свідчить про значну вираженість симптомів ПТСР та пролонгованого горя. Молодші групи (25–29 та 30–35 років) демонструють помірні кореляції ($r \approx$ 0.55–0.66), що може вказувати на більшу варіативність реакцій та відносну психологічну стійкість. Таким чином, кореляційний аналіз із урахуванням вікових груп показує, що найбільш узгоджені та виражені симптоми пролонгованого горя та ПТСР спостерігаються у жінок середнього віку (40–55 років). Це підтверджує важливість врахування вікових особливостей та часу після втрати у прогнозуванні ризику пролонгованого переживання скорботи.

Висновки. Отримані результати дослідження підтверджують дані, отримані на іноземних вибірках, зокрема щодо параметру віку: найбільш виражені показники пролонгованого розладу скорботи та посттравматичного стресового розладу спостерігаються у жінок середнього віку (40–55 років), тоді як молодші групи демонструють відносно нижчий рівень симптомів. Проведений кореляційний аналіз між показниками ПРС та ПТСР засвідчив їхню значну узгодженість, що дозволяє визначати групи підвищеного ризику та прогнозувати ймовірність хронізації посттравматичних симптомів залежно від часу, що минув після втрати, та вікових характеристик респонденток. Виявлені відмінності можуть пояснюватися тим, що молодші жінки мають більш гнучкі механізми адаптації та ширші соціальні ресурси підтримки, тоді як у середньому віці накопичення життєвих втрат, поєднання професійного та сімейного навантаження, а також зниження соціальної підтримки створюють умови для більшої вираженості симптомів. У старшій групі (50–55 років) високі показники можуть бути пов'язані з емоційною значущістю втрат, хоча часткове прийняття їхньої неминучості дещо знижує інтенсивність реакцій. Однак це тільки припущення,

Таблиця 3

Кореляція між шкалами IES-R та PCL-5 у різних вікових групах жінок

Вікова група	Уникнення (IES-R-PCL-5)	Вторгнення (IES-R-PCL-5)	Гіперактивація (IES-R-PCL-5)	Загальний індекс (IES-R-PCL-5)
25–29	$r=0.61, p<0.01$	$r=0.55, p<0.05$	$r=0.58, p<0.05$	$r=0.62, p<0.01$
30–39	$r=0.65, p<0.01$	$r=0.59, p<0.05$	$r=0.63, p<0.01$	$r=0.66, p<0.01$
40–47	$r=0.78, p<0.001$	$r=0.70, p<0.001$	$r=0.74, p<0.001$	$r=0.80, p<0.001$
50–55	$r=0.72, p<0.001$	$r=0.68, p<0.001$	$r=0.70, p<0.001$	$r=0.75, p<0.001$

які потребують подальших досліджень. Таким чином, мета дослідження – виявлення кореляційних зв'язків між показниками пролонгованого розладу скорботи та ПТСР у жінок, які зазнали втрати, з урахуванням параметрів часу та вікових

особливостей – була досягнута. Отримані результати мають практичне значення для розробки програм раннього втручання та психосоціальної підтримки, спрямованих на попередження хронізації посттравматичних реакцій.

Список літератури:

1. Вербецька Н. Ю. Особливості переживання горя під час війни : кваліфікаційна робота / наук. керівник Е. М. Ященко. Тернопіль : ЗУНУ, 2024. 93 с.
2. Духлій П. М., Трохімова Д. О. Вплив війни на психологічний стан громадян України: аналіз емпіричних даних. *Габітус*. 2024. № 68. С. 141–150. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.68.24>
3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Т. 1 / [колектив авторів: О. Хаустова, О. Скринник, В. Дуб, ін.]. Київ, 2018. 208 с.
4. Парасей-Гочер А. О., Зуйков В. О. Особливості переживання втрати членами сім'ї загиблого воїна. *Габітус*. 2023. № 55. С. 131–138. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.23>
5. Терапія горя (R. A. Neimeyer, 2015, переклад та адаптація В. Злишков, С. Лукомська, обкладинка Анастасія Гридасова). Київ. 2021. 259 с.
6. Яремчук В. В., Романчук С. І. Психологічні особливості проживання горя і втрати родинними загиблих внаслідок російсько-української війни. Теоретичні і прикладні проблеми психології. *Східноукраїнський національний університет ім. В. Даля*. 2025. Т. 2, № 3 (68). С. 227–238. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2025-68-3-2-227-238>
7. Burke L. A., Neimeyer R. A. Complicated spiritual grief I: Relation to complicated grief symptomatology following violent death. *Death Studies*. 2013. Vol. 37, No. 6. P. 531–544. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.829372>
8. Glad K. A., Stensland S., Czajkowski N. O., Boelen P. A., Dyb G. The longitudinal association between symptoms of posttraumatic stress and complicated grief: A random intercepts cross-lag analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2022. Vol. 14, No. 3. P. 386–392. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0001087>
9. Huțul A., Holman A. C., Huțul T.-D. Complex posttraumatic stress disorder and prolonged grief disorder in times of war: Diagnostic symptoms and impact on the mental health of Ukrainian civilians during the Russia–Ukraine war. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2025. Advance online publication. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0002064>
10. Carmassi C., Dell'Oste V., Foghi C., Bertelloni C. A., Conti C., Massimetti G., Nardi B., Dell'Osso L. Post-traumatic stress disorder, burnout and their association with mental health outcomes in frontline healthcare workers during COVID-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2021. Vol. 271, No. 4. P. 665–676. DOI: <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.20.14853-3>
11. Keser E., Boelen P. A. Testing the cognitive-behavioral model of prolonged grief disorder (PGD): Distinct and shared pathways to PTSD and depression. *BMC Psychology*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03078-0>
12. Redican E., Hyland P., Shevlin M., Martsenkovskiy D., Karatzias T., Ben Ezra M. Prevalence and correlates of ICD-11 prolonged grief disorder among adults living in Ukraine during the war with Russia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2024. Vol. 149, No. 5. P. 425–435. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13678>
13. Martin-Soelch C., Schnyder U. Resilience and vulnerability factors in response to stress. *Frontiers in Psychiatry*. 2019. Vol. 10. Article 732. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00732>
14. Morina N., Rudari V., Bleichhardt G., Prigerson H. G. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: A preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010. Vol. 56, No. 3. P. 288–297. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764008101638>
15. Prigerson H. G., Singer J., Killikelly C. Prolonged grief disorder: Addressing misconceptions with evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2024. Vol. 32, No. 5. P. 527–534. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.10.020>
16. Shevlin, M., Redican, E., Hyland, P., Martsenkovskiy, D., Karatzias, T., Ben-Ezra, M. Prevalence and Correlates of ICD-11 Prolonged Grief Disorder among Adults Living in Ukraine during the War with Russia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2024. Vol. 149, Issue 5. P. 425–435. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13678>
17. Tortella-Feliu M., Fullana M. A., Pérez-Vigil A., Torres X., Chamorro J., Littarelli S. A., Solanes A., Ramella-Cravaro V., Vilar A., González-Parra J. A., Andero R., Reichenberg A., Mataix-Cols D., Vieta E., Fusar-Poli P., Ioannidis J. P. A., Stein M. B., Radua J., Fernández de la Cruz L. Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019. Vol. 107. P. 154–165. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>

18. World Health Organization. (2019). ICD-11: Prolonged grief disorder (HA60). URL: <https://icd.who.int/>

Zahrai L. D. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND REACTIONS TO TRAUMA IN WOMEN WHO LOST THEIR HUSBANDS AS A RESULT OF WAR: RESULTS OF PSYCHODIAGNOSTICS

The study focuses on posttraumatic reactions and prolonged grief disorder (PGD) in women who lost their husbands as a result of war. The aim was to examine the correlations between PGD indicators and posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms, taking into account the time elapsed since the loss and the age characteristics of respondents. Psychodiagnostic tools IES-R (Impact of Event Scale – Revised) and PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) were applied, allowing for a comprehensive assessment of the structure and intensity of posttraumatic symptoms. Results from IES-R revealed that avoidance (28%) and physiological hyperarousal (28%) were the most pronounced, while intrusion was less expressed (16%). This indicates the dominance of psychological distancing and somatic stress manifestations. According to PCL-5, 58% of respondents demonstrated a high level of PTSD symptoms, while 37% showed a low level; the distribution across age groups mirrored the IES-R results. The highest scores were observed among women aged 40–45 ($M=4.7$, $SD=0.6$), whereas the youngest group (25–29 years) predominantly showed low scores ($M=1.9$, $SD=0.4$). Correlation analysis confirmed significant consistency between IES-R scales and PCL-5 clusters: avoidance ($r=0.72$, $p<0.001$), intrusion ($r=0.65$, $p<0.001$), hyperarousal ($r=0.70$, $p<0.001$). Additionally, a moderate correlation was found with negative cognitions and mood ($r=0.58$, $p<0.01$). The strongest correlations were observed in the 40–45 age group (r up to 0.80), confirming its highest vulnerability.

The findings are consistent with international studies, which also identify middle age as a critical risk factor for PGD and PTSD. Younger women appear to have more flexible coping mechanisms and broader social support resources, while middle-aged women face accumulated losses, combined professional and family burdens, and reduced social support, which intensify symptoms. In older groups (50–55 years), high scores may be linked to the emotional significance of losses, though partial acceptance of their inevitability slightly reduces symptom intensity. Thus, the study's aim was achieved: correlations between PGD and PTSD indicators in women who experienced loss were established, considering time since the event and age characteristics.

Key words: *prolonged grief disorder (PGD), posttraumatic stress disorder (PTSD), trauma, trauma reactions, women who lost husbands, experience of loss, grief, correlation links.*

Дата першого надходження статті до видання: 28.12.2025

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 23.01.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 27.03.2026