

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: **«Особливості сучасної структури психотравми у дорослих»**
« Peculiarities of modern structure of psychotrauma in adults»

Виконала: студентка заочної форми навчання
спеціальності 053 Психологія
Освітня програма Психологія

Ланчуковська Надія

Керівник к.психол.н., доц. Кокоріна Ю.Є.

Рецензент завідувач кафедри філософії, біоетики та
іноземної мови
ОНМедУ, професор, д.філос.н. Ханжи В.Б.

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ _____ від _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

(підпис)

(ПШ)

Захищено на засіданні ЕК № __
протокол № __ від _____ 20__ р.
Оцінка _____ / _____ / _____
(за національною шкалою, шкалою
ECTS, бали)

Голова ДЕК

(підпис)

(ПШ)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ СТРУКТУРИ ПСИХОТРАВМИ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ	
1.1. Розвиток концепції «психотравма» в науковій літературі	6
1.2. Вплив соціокультурних чинників на розуміння психотравми.....	12
1.3. Вплив психотравми на життєву перспективу.....	19
Висновки до 1 розділу.....	28
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ СТРУКТУРИ ПСИХОТРАВМИ	
2.1. Організація дослідження	30
2.2. Методи дослідження	32
Висновки до 2 розділу.....	34
РОЗДІЛ III. ЕМПИРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ СТРУКТУРИ ПСИХОТРАВМИ	
3.1. Вивчення зв'язку між психічною напругою та когніціями особистості.....	36
3.2. Вивчення диспозиційної вітальності особистості, яка зазнала психотравму.....	50
3.3. Вивчення впливу психотравми на психологічну відновлюваність у респондентів двох груп.....	57
Висновки до 3 розділу.....	63
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	71

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний світ стикається зі складними глобальними проблемами, такими як пандемії, війни, економічні кризи та екологічні катастрофи, швидкість технологічного розвитку, що супроводжується новими формами соціальної взаємодії та впливом на психічне здоров'я. Всі ці події можуть призвести до психологічної травми у великих масштабах, які потребують дослідження їхньої структури та впливу на психічне здоров'я.

Підходи щодо розуміння та лікування психотравм постійно розвиваються. Нові дослідження присвячені вивченню не лише симптомів психотравми, але й її внутрішньої структури, механізмів формування та методів інтервенції.

Вивчення психологічної травми та її складових розпочалося з праць Ж. Шарко, З. Фрейда, А. Кардінера, Дж. Біба, Дж. Аппеля, Г. Шпігеля, М. Горовіца, Дж. Герман, К. Гербета, Дж. Боулбі, П. Левіна, А. Елерса і А. Кларка, Б. Фоа та інших. У сучасній вітчизняній психології дослідження психотравми ведуть Ж. Вірна, Л. Гребінь, Л. Засекіна, В. Зливков, О. Кокун, Л. Ковальчук, З. Кісарчук, В. Климчук, О. Романчук, В. Панок, Н. Пов'якель, Ю. Семенова, Т. Титаренко, О. Тополь, С. Чачко та інші.

До сучасного розуміння поняття психологічної (психічної) травми різні дослідники використовували у своїх працях такі терміни, як: «недорозвиненість органу» (А. Адлер), «патологічне горе» (Е. Liderman), «бойова втома» (L. Bartemeor), «травматична епідемія» (Н.І. Пірогов), «синдром в'язнів концентраційних таборів» (V. Frankl, W. Niderland), «посттравматичний невроз тих, що вижили» (R. L. Leopold), «велика стресова реакція» (P. S. Bourne), «військовий травматичний невроз» (С. Levy, P.S. Bourne), «синдром звалтованих» (А. Burges), «постемоційний синдром» (Y. Poiso), «посттравматичний стресовий розлад» (Ch. Figley, M. Horowitz та ін.).

Отже, за останні десятиліття спостерігається збільшення уваги до питань психічного здоров'я та психотравм. Суспільство стає все більш

відкритим щодо обговорення психічних проблем, що створює потребу в більш глибокому розумінні сучасної структури психотравми.

Об'єкт дослідження – феномен психотравми.

Предмет дослідження – особливості сучасної структури психотравми особистості.

Мета даної роботи полягає у вивченні розуміння сучасної структури психотравми, а також дослідженні її складових: диспозиційної вітальності, психологічної відновлюваності, когніцій.

Для досягнення цієї мети передбачається вивчення наступних **завдань**:

1. Проаналізувати погляди науковців щодо проблеми дослідження основних складових психотравми особистості.
2. Емпірично дослідити структуру психотравми особистості, зокрема базові установки, психічну напруженість особистості.
3. Емпірично дослідити диспозиційну вітальність особистості, яка зазнала психотравму.
4. На основі отриманих даних вивчити вплив психотравми на зростання особистості.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети в роботі використано загальнонаукові методи: узагальнення, аналіз і синтез, методи системно-структурного аналізу літератури з питань теми дослідження; емпіричні: «Шкала психологічного стресу PSM-25» (Lemyr-Tessier-Fillion), Методика «Шкала психологічної відновлюваності Бека» (Brief Resilient Coping Scale, адаптована V. Sinclair, K. Wallston), Шкала суб'єктивної диспозиційної вітальності Р. Райана та С. Фредерік (в адаптації Л.А. Олександрової), Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory) Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М.Ш. Магомед-Еміновим, Опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI; E.B. Foa, A. Ehlers, D.M. Clark, D.F. Tolin, S.M. Orsillo).

Організація і база проведення емпіричної роботи. Емпіричне дослідження проводилося на online платформі Google Form. В дослідженні прийняли участь 64 респондента віком від 19 до 53 років, серед яких респондентів чоловічої статі – 12 осіб, респондентів жіночої статі – 52 особи.

Практичне значення роботи. Робота виконана в межах наукової тематики кафедри «Психологічні ресурси особистості в умовах викликів сьогодення» (0123U102605). Її практична значущість полягає в тому, що отримані данні можуть бути використані в практичній діяльності психологів з метою розуміння, як травма може впливати на психічне і фізичне здоров'я особи, а також на її поведінку та міжособистісні стосунки. Також отримані дані можуть допомогти в розробці ефективних психотерапевтичних стратегій для допомоги людям у відновленні після травматичних подій.

Апробація дослідження. Основні результати дослідження обговорювалися на Круглому столі: «Особливості наукової діяльності під час війни». Тема доповіді: «Особливості сучасної структури психотравми у дорослих» у жовтні 2024 року.

Структура роботи. Дана наукова робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, та списку літератури, якій складається із 71 джерел. Загальний обсяг роботи становить 78 сторінок.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ СТРУКТУРИ ПСИХОТРАВМИ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

1.1. Розвиток концепції «психотравма» в науковій літературі

В науковій літературі психологічна травма розглядається, як переживання людиною емоційного стресу внаслідок події, яка переважає здатність емоційно пережити її [6, 7, 8, 9]. Проте існує певна розрізненість поглядів щодо артикулювання феномену «психотравма». По-перше, це пов'язано з методологічною рамкою, через яку науковці розглядають це явище; по-друге – розбіжність поглядів всередині однієї психологічної школи.

Одним з перших, хто узагальнив уявлення про природу і сутність психічної травми, став З. Фрейд, який відмітив, що симптоми утворюються там, де не вистачає мови, коли афективні переживання стають залишками події, що згодом може перетворитися на психічну травму [28].

Отже, само слово «травма» буквально означає поранення, шок або травму. Слід зазначити, що провокуюча подія може бути одноразовою подією або серією подій, які сприймаються людиною як серйозно шкідливі або небезпечні для життя її самої або близьких. Різниця в сприйманні власного досвіду, а також індивідуальна, суб'єктивна реакція на будь-які події, призводить до індивідуальної інтерпретації ситуації, яку людина може розглядати чи/або травматичну, що, в свою чергу, може призвести до страждань, і, навпаки, – як ту, з якою можна впоратися, що не викликає тривоги. Тобто спектр подій, що можуть чинити/викликати травматизацію у людини, виявляється широким та може бути обумовлений не лише індивідуально-типологічними реакціями, а й соціально-культурною нормою.

Таким чином, можна відмітити, що подія, яку людина інтерпретує як травматичну та небезпечну, торкається всіх рівнів людського існування: від фізіологічного до духовно-етичного.

Концепція психологічної травми є предметом постійних дискусій через її складність та необхідність узгодження різних аспектів цієї проблеми.

Травма може стосуватися як події, так і досвіду та симптомів, що стирає межу між її культурним і медичним значенням (Саммерфілд, 2001). В науковій літературі можна виокремити дві основні тенденції у визначенні травми. Одна з них базується на критерії А для ПТСР у DSM-5, де травма визначається як «фактична або загрозна смерть, серйозні травми або сексуальне насильство» [44]. Цей критерій встановлює поріг серйозності для дослідження та практики. Також, деякі вчені зазначають, що розширення визначення травми може призвести до її тривіалізації (Макнеллі, 2009) [51, 57].

Більшість підходів, як категоріальних, так і вимірювальних, базуються на клінічних спостереженнях та не мають єдиної теоретичної основи. З метою подолання цього протиріччя, Купнік (2019) запропонував гібридну модель травми, що поєднує категоріальний і вимірювальний підходи на основі загальної теорії стресу.

Травму часто визначають, як синонім нещастя, що розглядають як будь-яку подію, яка мала тривалий негативний вплив на людину та її психіку (Шапіро, 2017). Необхідність розрізняти травму та нещастя була підкреслена в дослідженнях, що показують різні патології, спричинені різними несприятливими подіями в дитинстві (наприклад, McCrory та ін., 2010; McLaughlin, 2016). Це свідчить про необхідність теоретичної та методологічної диференціації травми від нещастя.

Як зазначає Бредлі, прогрес у розумінні та лікуванні ПТСР, частково зумовлений вузьким визначенням травми у DSM, що робить цей розлад одним із найбільш піддатливих до психотерапії (Бредлі та ін., 2005). Проте, це визначення має свої обмеження. Воно не охоплює травму розвитку, що виникає внаслідок повторного насильства в дитинстві (Terr, 1991; Van der Kolk, 2005). Це вимагає більш інклюзивного підходу, який враховує ширший спектр несприятливих переживань.

У науковій літературі можна знайти різні спроби описати травму через інклюзивну концепцію (Макнеллі), через вимірну категорію травми, яка

розглядається, як найвищій ступень нормальної відповіді на стрес (Ruscio та ін., 2002; Broman-Fulks та ін., 2009). Подібним чином дослідники посттравматичного росту пропонують вимірний підхід до нещастя, де посттравматичний стресовий розлад вважається його найвищим ступенем (Seery та ін., 2010).

Розмірний підхід став тим підходом, який призвів до повного стирання межі між травмою та лихом, і ввів поняття континууму від «малої травми» до «великої травми» (Шапіро, 2017). Прагнення до гіперінклюзивності концепції травми особливо поширене у клінічній сфері, де травма бачиться як щось більше, ніж посттравматичний стресовий розлад (Шапіро, 2010) чи стає основою для більшості хвороб сучасного людства (Levine, 2010). Практичним наслідком гіперінклюзивної концепції травми є те, що лікування, орієнтоване на травму та лихо, стає взаємозамінним. Дійсно, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) була адаптована до лікування травм як КПТ, орієнтована на травму (Cohen та ін., 2017) або КПТ (Resick і Schnicke, 1993). З іншого боку, десенсибілізація рухів очей і повторна обробка, спочатку розроблена спеціально для травм, згодом була адаптована до широкого діапазону психічних і соматичних станів (Шапіро, 2009).

Отже, у спробі поєднати вимірний та категоріальний підходи до розуміння травми, була створена гібридна категоріально-вимірна модель травми, яка розглядалась у контексті загальної теорії стресу (Крупник, 2019). У даній моделі травма визначена як особливий вид реакції на стрес, тобто реакція на травматичний стрес (TSR), яка відрізняється від реакції на патогенний стрес (PSR), що є відповіддю на нещастя [63, 65].

У гібридній категоріально-вимірній моделі травма визначається не як подія, а як суб'єктивне переживання стресу, тобто реакція на стрес. Цей досвід формується через аферентні інтероцептивні шляхи, які передають відчуття того, що відбувається в організмі у відповідь на зовнішні та внутрішні порушення або стресори. Інтероцептивні сигнали інтегруються в інсулярну кору, яка безперервно відображає внутрішні стани організму та

координує його гомеостатичну реакцію, щоб компенсувати порушення та повернутися до своїх «заданих точок» (Крейг, 2002, 2009). Якщо організм не здатний повернутися до свого гомеостатичного стану під тиском стресорів, він зазнає алостазису («стабільності через зміни») (Sterling and Eyer, 1988; McEwen and Wingfield, 2003), що призводить до нового, неоптимального гомеостатичного стану, який може викликати патологію. У такому випадку організм відчуває алостатичне перевантаження, яке може бути двох типів: тип 1 і тип 2 (McEwen і Wingfield, 2003). Тип 1 характеризується тим, що порушення перевищує ресурси організму, викликаючи екстрену реакцію та різко обмежуючи функції, несуттєві для негайного виживання. Тип 2 стосується ситуації хронічного тиску стресора, що призводить до відходу від початкового гомеостатичного стану без виклику екстреної реакції [68].

Гібридна модель (Крупник, 2019) визначає континуум стресу за двома осями: тяжкість стресорів і сила функцій саморегуляції. Їх співвідношення визначає характер стресової реакції, тобто її місце в континуумі. Континуум поділяється на три категорії: нормативна реакція на стрес (NSR), реакції на патогенний стрес (PSR), реакція на травматичний стрес (TSR) [64].

При нормальній стресовій реакції (НСР) організм адаптується до стресорів і повертається до оптимального функціонального стану без виникнення патологій. Однак, при алостатичному перевантаженні адаптація може відбуватися двома шляхами: через постійну стресову реакцію (PSR) або через тимчасову стресову реакцію (TSR). У випадку постійної стресової реакції (PSR) перевантаження типу 2 призводить до переходу до нового, менш адаптивного гомеостатичного стану, при якому функції саморегуляції залишаються відносно незмінними. Натомість тимчасова стресова реакція (TSR) характеризується перевантаженням типу 1, яке викликає екстрену реакцію та порушення функцій саморегуляції [64, 65].

На думку Крупника В., стресова реакція на подію може вважатися травматичною у тому випадку, якщо вона відповідає двом умовам: подія

повинна бути поза межами нормативного життєвого досвіду людини, а реакція на неї повинна включати порушення функцій саморегуляції [63, 64].

Основною ознакою, що відрізняє TSR від PSR, є порушення функцій саморегуляції. Припускається, що неврологічні маркери такого порушення пов'язані з несправністю мережі режиму за замовчуванням (Raichle, 2015), а клінічні маркери значною мірою збігаються з симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) згідно з DSM-5 [47, 48].

Завдяки зміні наукової парадигми, мозок більше не розглядається як пасивний приймач і обробник інформації. Замість цього його вважають машиною прогностного кодування, що працює за принципами байєсівської статистики висновків (Фрістон, 2010; Кларк, 2013b). Іншими словами, мозок постійно запускає генеративну модель зовнішнього (світ) і внутрішнього (тіло) середовища, передбачаючи сенсорні стимули, які відображають стан навколишнього середовища, шляхом висновку про їх причини. Це досягається через втілення ймовірності того, що відчуття викликається подією/обставиною за допомогою синаптичної архітектури та сили [45, 70].

Байєсівська статистика встановлює правило для оновлення апріорного переконання відповідно до ймовірності того, що відчуття дійсно слідує за подією. Оновлене переконання називають «постеріорним переконанням». Таким чином, модель постійно оновлюється через апостеріорне навчання. Попередні переконання можуть бути на будь-якому рівні обробки інформації, від несвідомих очікувань до декларативного абстрактного мислення. Коли сенсорний вхід не відповідає попередньому переконанню, генерується помилка передбачення (PE). Функція помилки передбачення полягає в оновленні генеративної моделі мозку шляхом вирішення або придушення PE. Це може відбуватися двома способами: (а) апостеріорне навчання шляхом коригування попередніх даних моделі відповідно до нових вхідних даних або (б) активний висновок шляхом коригування властивостей і/або поведінки організму для контролю сенсорного входу («зразок середовища») у спосіб, який відповідає попередній моделі. Через

повторювані цикли «сприйняття-дія» мозок спрямовує поведінку організму на вибірковий пошук і обробку сенсорної інформації для виконання своїх прогнозів [69, 70].

У науковій літературі можна зустріти наступний погляд на травму, як «моральна травма» (Williamson V., Murphy D., Phelps A., Forbes D), яку розглядають, як когнітивно-емоційну відповідь на подію, що порушує морально-етичні цінності людини [57]. Першим, хто ввів термін «моральна травма» був J. Shay, який пов'язував її з труднощами адаптації військових після повернення в мирне життя, а також переживання «зради». Моральну травму найчастіше досліджують як вид бойової психічної травми та розглядають у трьох контекстах:

- «виникнення непередбачуваних, нестандартних, критичних ситуацій»;
- «зрада з боку вищого керівництва»;
- «зрада власних внутрішніх переконань» [67].

Моральну травму медичних працівників досліджував С. Хайнс, аналізуючи її серед студентів-медиків та військових клініцистів [51]. Учений відзначив, що медики також відчували зраду, сором та провину, хоча й менш, ніж військові.

Відомо, що травматизація людини відбувається завдяки дії довготривалого стресу. Дж. Стракер увів у науковий простір поняття «тривалий травматичний стрес» для визначення постійної загрози з боку будь-яких чинників [33]. До поняття тривалого травматичного стресу збігаються поняття «довготривала травма» (M. Murphy), «кумулятивна травма» (I. Kira), «хронічна загроза» (B. Dickstein) та «багаторазова травма» (K. Miller). Всі ці явища пов'язані з впливом на особистість довготривалих стресорів, які викликають напругу та тривогу.

Звісно, що під впливом психотравмуючих факторів можуть порушуватися найбільш складні форми соціально обумовленого та відносно стабільного реагування людини на навколишнє середовище, що, в свою чергу, може призводити до зниження самоконтролю та самооцінки. Як

наслідок, це може спричинити розвиток психічних розладів непсихотичної етимології.

Вивчаючи прояви та вплив психотравми, Т. Дзюба визначає провідні характеристики травматичної ситуації, зокрема: «сильне психічне напруження»; «значущі переживання як особлива внутрішня робота з подолання життєвих подій або травм»; «зміна самооцінки та мотивації»; «особистісні ресурси, включаючи фактори ризику та захисні фактори, що характерні для індивідуального життєвого досвіду людини» [12].

Таким чином, досліджуючи психотравмуючу ситуацію та її вплив на психоемоційній та фізичний стан, науковці одноголосно відмічають, що її наслідками стають: психосоматичні захворювання, вегетативними проявами (головний та серцевий біль), агресивність та експлозивність, підозрілість, конфліктність, зловживання психоактивними речовинами тощо. Тож, необхідність вивчати та формувати певні заходи корекції та реабілітації тих, хто відчуває/переживає психотравму стає очевидним.

1.2. Вплив соціокультурних чинників на розуміння психотравми

Культура, сім'я та суспільство забезпечують основу, з якої кожна людина інтерпретує свій досвід і розуміє своє місце у світі. Дані чинники впливають на особисті переконання, цінності, поведінку, розуміння власних емоцій. Згідно з теорією соціальної ідентичності, розуміння того, як окреслені впливи формують особисту ідентичність, має вирішальне значення.

Багато науковців вивчають вплив суспільства та культурних установок на переживання людиною стресових, травматичних подій. Учені відмічають, що особи та спільноти, що опинилися у не вигідному становищі, такі як ті, хто живе в умовах бідності, стикається зі стигмою та дискримінацією, має інвалідність, перебуває без даху над головою, зазнає політичних репресій, стає жертвою громадського насильства (включно з діями воєнізованих формувань, військових конфліктів та групових сутичок), примусової імміграції (біженці та шукачі притулку), тортур, тероризму, геноциду та

катастрофічних подій, є особливо вразливими до впливу травматичних стресорів та розвитку ПТСР і супутніх психічних розладів і психосоціальних проблем (Betancourt et al., 2015; Brown, 2008; Goldsmith, Martin, & Smith, 2014; Herrera Rivera, De Jesus Mari, Baxter Andreoli, Ines Quintana, & Pacheco De Toledo, 2008; Nyamai, Njenga, Vythilingum, & Stein, 2004). Ця вразливість значною мірою зумовлена впливом хронічних і кумулятивних стресорів (таких як стигма, дискримінація та бідність), постійною міжособистісною та груповою віктимізацією, міжгруповими конфліктами, системами вірувань і традицій, а також впливом хронічних або особливо жахливих травматичних стресорів (включаючи тривалі наслідки катастрофічних лих і соціальних конфліктів), а не лише етнічними чи культурними відмінностями (Kira et al., 2011).

В наукову літературу було введено термін «історична травма» для опису травматичного впливу расового чи етнокультурного геноциду не лише на безпосередні об'єкти, а й на їхніх нащадків протягом наступних поколінь. Жива пам'ять про травматичні напади на виживання та людську гідність цілих груп чи суспільств може зберігатися як форма пильності щодо будь-яких ознак потенційного повторення геноциду. У певному сенсі це адаптивна реакція, яка забезпечує усвідомлення та готовність реагувати, якщо геноцид або будь-які пов'язані з ним форми стигматизації, дискримінації чи насильства коли-небудь повторяться безкарно. Однак це також може стати формою стійкої надмірної настороженості, подібної до тієї, що спостерігається при посттравматичному стресовому розладі, створюючи навантаження на повсякденне життя особи чи групи, що може поставити під загрозу їхнє благополуччя [6, 18].

Гендерна дискримінація та насильство щодо жінок, як у сім'ї, так і поза нею, були настільки поширеними, що їх можна пов'язати з тим, що Крістоф і Вуданн (2009) називають «гендерцидом». У своїй книзі вони наводять приклади вибіркового абортів на основі статі плоду та нерівного харчування і догляду за дітьми, залежно від гендерних переваг [61]. Це, своєю чергою,

призводить до значних розбіжностей у доступі до освіти протягом усього життя та обмеженням у ролях і кар'єрних можливостях для жінок порівняно з чоловіками. На жаль, навіть сьогодні, попри значний прогрес, здебільшого в західних суспільствах, ці проблеми залишаються актуальними в усьому світі. Усвідомлення низького статусу більшості жінок і дівчат, дискримінації та насильства, які вони зазнають, часто безкарно, в різних країнах, від промислово розвинутих до відносно примітивних, призвело до розробки великих ініціатив проти глобального насильства та дискримінації щодо жінок.

Вік стає ще одним аспектом фактору вразливості, який не отримав належного визнання, причому найбільш вразливими є особи на обох кінцях життя. Дослідження підтвердили, що діти та підлітки є групою населення, що найбільше ризикує (Finkelhor, 2014). Віктимізація людей похилого віку та малодієздатних зараз широко поширена в багатьох суспільствах. Як і інші форми жорстокого поводження, віктимізація людей похилого віку та людей з меншими можливостями часто ґрунтується на відносному ступені залежності жертви та її безсиллі захистити себе [60].

Кожна людина, родина та спільнота мають свою спадщину, яка включає унікальне поєднання особистих, расових, етнічних, культурних та національних особливостей. Часто ця спадщина включає особистий чи сімейний досвід психологічної травми, як у недалекому, так і у більш віддаленому минулому, або навіть обидва випадки. Психологічні травми та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) охоплюють усі гендерні, расові, етнічні та культурні групи в Сполучених Штатах (Pole, Gone, & Kulkarni, 2008). Психологічна травма та ПТСР також є глобальною проблемою, особливо серед етнорасових меншин, які охоплюють значно ширший спектр етнічних груп, культур і проявів ПТСР, ніж це зазвичай визнається в дослідженнях у Сполучених Штатах (de Jong, Komproe, Spinazzola, van der Kolk, & Van Ommeren, 2005; de Jong, Komproe, & Van Ommeren, 2003). Наукове та клінічне вивчення ПТСР і методів його лікування серед більшості

та меншини гендерних та етнорасових груп має велике значення, особливо з огляду на історичну нерівність, негаразди та травми, які ці групи зазнавали (Miranda, McGuire, Williams, & Wang, 2008), і яким вони досі піддаються в контексті здоров'я та медичного обслуговування, освіти та доходів, а також у системі кримінального правосуддя для дорослих і неповнолітніх (Ford, 2008) [53, 54].

Психологічна травма може призвести не лише до посттравматичного стресового розладу, але й до низки складних психосоціальних проблем, які виникають через негативний вплив на психобіологічний розвиток постраждалих. Коли сім'ї та громади руйнуються або змушені переміщатися, це може негативно вплинути на психобіологічний розвиток дітей та молоді, що призводить до складних форм посттравматичного стресового розладу. Ці форми охоплюють не лише постійний страх і тривогу, але й проблеми зі зв'язком, саморегуляцією емоцій, свідомості та фізичного здоров'я. Такий стан описується як «комплексний ПТСР» (Herman, 1992) або «розлади, спричинені екстремальним стресом» (de Jong et al., 2005) [49].

Як відмічає в своїх працях Pole з колегами, для повного формулювання концептуальної моделі, яка б відповідала потребам наукових досліджень та соціальної/клінічної профілактики і лікування наслідків психологічної травми та посттравматичного стресового розладу, необхідно враховувати принципи та практики, що відображають різноманітність факторів. Це протистоїть спрощеному підходу до раси, етнічної приналежності або культури, який може неправильно відображати спадщину, сутність та потреби окремої особи чи групи. Переваги в лікуванні, включаючи характеристики терапевта та модель терапії, значно різняться як між етнорасовими групами, так і всередині них (Pole et al., 2008).

В науковій літературі можна зустріти поняття «культурна компетентність», як широке поняття, що охоплює коло питань, пов'язаних із расою, етносом тощо. Відмічається, що дане поняття неможна зводити до стереотипних уявлень про спільну ідентичність чи передбачуваність на

основі раси, етнічності, культури чи релігії. Вона також не може ґрунтуватися на припущеннях щодо того, що кожна людина вірить або як реагує на певні ситуації. Навіть люди з ідентичним походженням можуть мати суттєві відмінності у своєму життєвому досвіді та сприйнятті світу. Тому культурна компетентність має бути побудована на основі шанобливого інтересу до кожної особистості та спільноти, до їхнього досвіду, розуміння складних питань, таких як психологічна травма чи посттравматичний стресовий розлад, і впливу цих факторів на них [47, 49].

Тому, систематична оцінка історії травми та посттравматичного стресового розладу має включати не лише переказ подій у житті людини та симптоматичних чи стійких реакцій після них, але й те, як людина інтерпретувала ці події та реакції на основі своїх культурних рамок, переконань та цінностей (Manson, 1996).

Слід зазначити, що травматизація може статися і на рівні статі та гендеру. В більшості культур дівчата та жінки зазнають дискримінації у формі обмеження доступу до важливих соціально-економічних ресурсів. Так, згідно з досліджень Національного комітету з питань рівності в оплаті праці (США) жінки отримують на 30–40% нижчу заробітну плату, ніж чоловіки, на більшості професій [48, 49].

Дівчата та жінки часто піддаються екстремальним формам психологічної та фізичної травми через те, що їх сприймають як людей другого сорту, а соціальні норми дозволяють або навіть сприяють їх експлуатації. Сексуальна експлуатація жінок і дівчат є глобальною проблемою, яка включає жорстоке поводження, розбещення, переслідування, зґвалтування, покарання жертв зґвалтувань, примусові шлюби, калічення геніталій і торгівлю людьми для сексуального рабства. Фізичне насильство над жінками та дівчатами допускається, а в деяких випадках навіть заохочується як форма соціального контролю в багатьох культурах, включаючи основні, субкультури, релігії, а також у розвинених, країнах, що розвиваються, і доіндустріальних суспільствах.

Люди з фізичними вадами або вадами розвитку становлять іншу вразливу групу, яка часто стикається зі стигмою та дискримінацією. У країнах, що розвиваються, фізичні вади є більш поширеними, ніж у розвинених і заможних державах, де медичні технології та профілактика нещасних випадків і захворювань знизили ризик серйозних травм або генетичних фізичних вад (Mueser, Hiday, Goodman, & Valentini-Hein, 2003). Люди з обмеженими фізичними можливостями можуть бути більш вразливими до травматичних нещасних випадків або жорстокого поводження, як у дитинстві, так і в дорослому віці, особливо якщо вони мають когнітивні порушення, спричинені такими станами, як інтелектуальна недостатність або серйозні психічні захворювання [59].

У рамках національного опитування жінок з інвалідністю, проведеного Центром дослідження проблем жінок з обмеженими можливостями (Nosek, Howland, & Young, 1997), було виявлено, що жінки з інвалідністю не частіше зазнають фізичного чи сексуального насильства, ніж жінки без інвалідності. Проте, у більш глибоких інтерв'ю, проведених із підвибіркою, понад 80% жінок повідомили про випадки жорстокого поводження, причому в середньому на кожну жінку припадало два інциденти, які часто тривали протягом тривалого часу [61].

Таким чином, з огляду на історію травматичних переживань, жорстокого поводження та депресії, жінки з фізичними вадами, особливо ті, що знаходяться в ранньому та середньому віці і мають інвалідність, яка включає прогресуюче погіршення або психічні чи психологічні розлади, можуть бути в групі підвищеного ризику. Вони частіше стикаються з травматичними міжособистісними стосунками, насильством, іншими формами жорстокого поводження та страждають від невиявленого посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Ще однією з груп населення, яка може стикатися із травмою – це люди низького «соціального статусу», яких сприймають як таких, що не заслуговують або не мають права на доступ до ресурсів, таких як гроші,

безпека, житло, транспорт, охорона здоров'я, харчування, освіта та оплачувана робота. Згідно з теорією соціального розташування Куб'яка (2005), кожна людина має ідентичність у суспільстві, яка визначається такими факторами, як раса, соціально-економічний клас, стать, вік, статус проживання та правовий статус. Чим більше у людини пригноблених ідентичностей, тим вища ймовірність, що вона опиниться у стані бідності, яка включає не лише низькі доходи, але й життя в умовах підвищеної злочинності, насильства з боку банд, занедбаних будівель, поширеності наркотиків, підліткових вагітностей, високого рівня безробіття, недостатнього фінансування шкіл, нестачі житла, обмеженого доступу до поживної їжі та слабкої реакції поліції. Таким чином, бідність є не лише економічним явищем, але й результатом руйнування соціального порядку, що призводить до позбавлення ресурсів для певних груп людей [56].

Моррелл-Беллаї, Герінг і Бойделл (2000) у своїх дослідженнях виявили, що низький рівень доходу та бідність є важливими факторами ризику, які сприяють бездомності та підвищують вразливість до психологічних травм і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Супутні фактори, такі як відсутність освіти, роботи, підтримки з боку сім'ї та наявність фізичних чи психічних проблем, також посилюють цей ризик. Відсутність стабільного житла та підтримуючого середовища може стати причиною погіршення психічного здоров'я, що створює замкнене коло, в якому бідність і психологічні проблеми взаємно підсилюють одна одну [60].

Таким чином, можемо відмітити, що соціально-культурні чинники відіграють важливу роль у формуванні та переживанні психотравми. Вони можуть як сприяти зниженню негативних наслідків травми, так і навпаки, посилювати її вплив. Культура суттєво впливає на суб'єктивне сприйняття та розуміння психічного здоров'я. Наприклад, якщо в західних суспільствах підкреслюється важливість індивідуалізму, то в багатьох східних культурах пріоритет надається колективізму та груповій гармонії. Культурні особливості впливають не тільки на сприйняття розладів, але й на їх прояви.

Наприклад, симптоми депресії можуть істотно відрізнятися між культурами. Додатково, глобалізація та її вплив на культурну ідентичність ще більше ускладнюють ці уявлення.

Також соціальна підтримка може значно знизити рівень стресу і тривоги, пов'язаних з травматичними подіями. І, навпаки, соціальні норми та стигматизація психічних розладів або певних типів травм, може викликати відчуття ізольованості, що посилює травматичні переживання. Економічні умови, безробіття або нестабільність також можуть ускладнити процес відновлення після психотравми.

Інформаційний простір, включаючи медіа та соціальні мережі, може впливати на сприйняття травми. Наприклад, постійний потік негативних новин або відсутність адекватної інформації можуть посилити відчуття тривоги та безпорадності.

Вищезазначені чинники можуть взаємодіяти між собою, посилюючи або пом'якшуючи вплив психотравми на людину.

1.3. Вплив психотравми на життєву перспективу

Відомо, що психотравма має глибокий вплив на життєву перспективу людини. Цей вплив часто виходить за межі моменту травмуючого досвіду, формуючи нові перспективи на життя та майбутнє. Це пов'язано з умінням особистості спиратися на себе в скрутні часи буття. Ми можемо казати про певну життєстійкість людини, її життєву силу, яка допомагає створити/оформити життєву перспективу.

Дослідження життєвої сили людини, її життєстійкості має важливе значення в психологічній науці. Починаючи з перших робіт у 1970-х роках і до сьогодні, було накопичено значний обсяг емпіричних даних, розроблено численні теоретичні підходи та впроваджено практичні втручання. Актуальність таких досліджень постійно зростає на фоні значних соціально-

економічних змін, виникнення нових глобальних ризиків, трансформації умов життя та соціальних інститутів, а також появи нових форм навчання.

У найширшому сенсі життєздатність/життєстійкість означає здатність людини долати різноманітні перешкоди, які виникають у її житті, з урахуванням сімейних, соціальних, культурних та інших умов повсякденного існування. Дослідження вказують, що людина з високим рівнем життєстійкості володіє високою самооцінкою, є активним учасником продуктивних міжособистісних відносин, має впевнену життєву позицію та довіру як до своїх сил, так і до інших людей. В науковій психології життєстійкість найчастіше визначається як здатність людини до позитивної адаптації, навіть за несприятливих обставин.

Зазначимо, що суб'єктивне уявлення особистості про свою життєву перспективу формується під впливом її особистісних рис, життєвого досвіду, здатності адаптуватися, гнучкості мислення, перспективи часу та багатьох інших чинників. Цю тему досліджували такі відомі автори, як Л. С. Виготський, Ж. Вірна, Л. Гребінь, Л. Засєкіна, В. Зливков, А. Маслоу, З.О. Кіреєва, С.Л. Чачко, К. Роджерс, В. Франкл та інші. У багатьох авторів артикулюється розумінні життєвої перспективи через призму взаємозв'язку зумовлених та передбачуваних подій у майбутньому. Протягом життя людина так чи інакше стикається з неприємними, стресовими, травматичними подіями, що можуть привести до кризи, і, які їй необхідно оцінити задля подолання.

Одним з основних аспектів психотравми є її здатність змінювати самооцінку та ідентичність людини. Переживши травму, людина може почати сприймати себе як слабку або навіть звинувачувати себе у тому, що сталося, що може формувати негативний образ себе. Відчуття невпевненості може стати постійним супутником, змушуючи людину сумніватися у своїх здібностях і можливостях.

В сучасній психології феноменологічні прояви травми розкриваються через різні аспекти та дослідження наслідків подій, що психологічно

травмують. Вони відображають переживання, пов'язані з травматичною подією, а також різні етапи цього єдиного процесу. Переживання події є динамічною системою, в якій різні підсистеми та елементи (включаючи набір установок на різних рівнях) можна відрізнити один від одного, але які не можуть бути зведені до них. Тож, переживання психологічної травми розглядають як процес, який має власну фазову динаміку та можливі відхилення від нормального перебігу (Fariba & Gupta, 2022).

При аналізі факторів психологічної травми, є кілька особливостей для її опису та осмислення, а саме такі складові: інтенсивність; значущість; важливість і актуальність, патогенність; гострота початку (раптовість); тривалість; рецидив; асоціації з преморбідними рисами особистості тощо.

Як було зазначено у попередніх параграфах, у науковій літературі психологічна травма описується як внутрішні конфлікти, які зазвичай виникають на соматичному рівні ослаблена (модифікована) основа, головним чином у людей, які передсхильні до психогенетики (Гаркавець, 2021).

Клінічна картина включає інтенсивні хворобливі відчуття, яскраві образи, що супроводжуються хворобливою уявою; підвищену увагу до трактування порушеного здоров'я, внутрішній дискомфорт і страждання, а також тривогу за майбутнє [36, 38, 41].

Отже, психотравма також може вплинути на сприйняття світу як небезпечного місця. Людина, що пережила травму, може відчувати постійне занепокоєння та недовіру до оточуючих, уникати соціальних ситуацій або навіть відмовитися від близьких відносин. Це може призвести до ізоляції і відчуття самотності, що ще більше ускладнює процес відновлення.

Песимістичні очікування щодо майбутнього – ще один наслідок психотравми. Людина може відчувати безнадійність і сумніватися в можливості поліпшення свого життя. Цей негативний настрій може перешкоджати встановленню нових цілей і знищити мрії про краще майбутнє. Відсутність віри у власні сили і можливості створює замкнуте коло, яке важко розірвати без допомоги.

Прийняття рішень також може стати проблематичним. Психотравма може зробити людину більш нерішучою і схильною до уникання, що ускладнює вибір і планування майбутнього. Це може стати перешкодою для особистісного зростання і професійного розвитку, зберігаючи людину у стані невизначеності та тривоги.

Негативний вплив психотравми на міжособистісні відносини не менш суттєвий. Людина може мати труднощі у побудові довірчих і близьких стосунків, що пов'язано з емоційною відстороненістю або страхом бути знову пораненою. Це може ускладнити соціальну інтеграцію і призвести до ще більшої ізоляції.

Психотравма також може викликати розвиток психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія чи тривожні розлади. Ці стани можуть значно ускладнити нормальне функціонування, проте вони також можуть стати стимулом для пошуку професійної допомоги і підтримки.

Проте не все є виключно негативним. В деяких випадках психотравма може спонукати людину переоцінити свої життєві цінності та пріоритети. Цей процес може стати джерелом особистісного зростання, приводячи до глибшого розуміння себе і світу навколо. Люди можуть почати більше цінувати життя, здоров'я та відносини, які раніше здавались менш важливими.

Таким чином, можна акцентувати на тому, що життєстійкість, вітальність формується через взаємодію людини із середовищем. У цьому контексті розглядається взаємодія між ризиковими факторами, що походять із зовнішнього середовища, та захисними факторами, що належать до ресурсного потенціалу самої людини. Життєстійкість, яка формує життєву перспективу, слід трактувати як результат соціальної взаємодії, включення людини до соціально-культурного простору. Вона оцінюється як сукупний ефект різних комбінацій змінних, на які впливають біологічні, соціальні, культурні та психологічні фактори, а також умови життя.

Існує декілька поглядів на феномен вітальності людини. Завдяки індивідуальному підходу, вітальність розуміється як «внутрішнє» явище, що формується і розвивається виключно завдяки вродженим особливостям людини, її бажанням та удачі. Проте, слід відмітити, що особистісні та індивідуальні риси людина набуває в процесі активної взаємодії з навколишнім світом та іншими людьми, тобто через процес соціалізації. Тож, зовнішні обставини життя заломлюються через внутрішній світ людини, впливаючи на структуру її психологічного простору.

М. Вагні та ін. (2020) зазначають, що психотравматична подія змушує людину переглянути свій життєвий шлях і плани, що веде до тривалої зміни життєвих перспектив. Такий досвід, часто пов'язаний з негативними переживаннями, може призвести до адаптивних змін, якщо обставини цьому сприяють. Під час цього процесу людина переоцінює свої життєві смисли та цінності, а також шукає нові можливості. У підсумку, це може сприяти посттравматичному зростанню, яке виявляється в позитивних змінах, таких як зміцнення особистісних ресурсів, підвищення самооцінки та здатності до відновлення після травми [68].

Попередні дослідження (Helzer et al., 1987; Tedeschi & Calhoun, 2004; Brewin, 2020) показали, що масштаби нових можливостей після травматичної події значно варіюють залежно від періоду часу (1-5 років, 6-11 років, 12-28 років) та спостерігається тенденція до збільшення можливостей з часом [50].

Як ми зазначали, психологічна травма призводить до зміни життєвих перспектив. Процес змін є динамічним і може проявлятися по-різному. Наприклад, посттравматичний ріст часто стає помітнішим з часом. Цей ріст не лише впливає на наше майбутнє орієнтування, але й може стати поштовхом для реконструкції часу, зміни перспектив, переоцінки пріоритетів і відкриття нових можливостей для особистого розвитку.

Келбер у своїх дослідженнях зазначає, що найбільш ефективним і бажаним шляхом розвитку психологічного стану осіб, які пережили психологічну травму, стає акцент на потребі в позитивних змінах у

найближчому майбутньому і детальне планування цього періоду з урахуванням власних сил і можливостей. Водночас посттравматичний ріст не є простим поверненням до попереднього рівня функціонування до травми (Келбер та ін., 2022).

Вивчаючи вплив травми на людину та її життєві перспективи, Б. Грін відмічає, що ключовою темою будь-якої психологічної травми є невирішені емоційні конфлікти, оскільки травма переважно впливає на емоційний рівень. Тож, ключовими почуттями, у випадку екзистенціальної травми стає страх смерті; у травмі втрати - страх бути покинутим; розчарування виникає, коли основні потреби дитини в емоційній прив'язаності, не задовольняються батьками, і міцний зв'язок з ними є недосяжним; сором і провина виникають, коли травматичні події, що ініційовані членами сім'ї, соціальної групи або суспільства, впливають на всю систему.

Інші вчені також вивчали вплив психологічної травми на життя людини. Згідно з дослідженнями А. Елерса та Д. Кларк (2000), переживання травматичної ситуації супроводжується появою трьох взаємопов'язаних явищ: первинної, вторинної та третинної дисоціації, що демонструє порушення узгодженості психічних процесів. Згідно з даними М. Калер та ін. (2008), дисоціація є фундаментальною властивістю психіки, що лежить в основі багатьох явищ. Так, у кризовій психології наявність дисоціації стає необхідним проявом людини, яка зазнала впливу стресогенних факторів. Саме дисоціація грає значну роль у функціонуванні психіки і стає необхідною умовою для адаптації до змінюваного середовища. Ці автори також досліджували фактори, які можуть підвищувати активність психотравматичного росту. Вони вважають, що чим сильніше на людину вплине дратівливий фактор, тим інтенсивніше буде психотравматичне зростання, яке з часом може прогресувати. Отже, дослідження показало, що висока інтенсивність травми може сприяти більш активному посттравматичному росту.

У своїх дослідженнях впливу травми на особистості, Л.В. Спицька доводить, що життєва перспектива людей з попередньою травмою менш збалансована ніж у людей з повсякденним досвідом, такі люди оцінюють своє минуле значно негативніше, ніж ті особи, що не стикалися з травмою. Також відзначається домінуюча роль фаталізму та зниження ентузіазму [66].

Коли мова йдеться про травму, одразу ж виникає поняття «резилієнтність», тобто стійкість. З точки зору психології, стійкість людини можна розглядати як її реакцію на зовнішні впливи, коли вона рухається в напрямку, протилежному прикладеній силі. Цей феномен варто аналізувати в динамічному контексті: людина, що пережила складні життєві обставини та отримала негативний досвід у травматичній ситуації, з часом стає сильнішою завдяки цьому досвіду, оскільки вона справляється з травмою та стає більш винахідливою.

Стійкість особистості тісно пов'язана з розвитком психосоціальної компетентності, психологічної культури та корелює з відчуттям суб'єктивного благополуччя. Саме стійкість дозволяє людині ефективно адаптуватися до несприятливих життєвих обставин. Фактори, що сприяють успішній адаптації, можна умовно поділити на дві групи:

- компенсаторні фактори;
- захисні фактори [47, 65, 66].

Тобто, стійкість – це динамічна риса, яка може змінюватися залежно від обставин та особистого розвитку. Людина може бути стійкою в одних ситуаціях, але менш стійкою в інших, залежно від стресу, ресурсів, підтримки чи інших факторів. Важливо розуміти, що це не статична характеристика, а гнучкий процес, що залежить від багатьох змінних.

Слід зазначити, що переживання травми тісно пов'язано не тільки з резилієнтністю, а також і з проявами захисних стратегій. Як відмічає в своїх працях Кіреєва З.О., «адаптивна активність людини» являє собою «найвищу цінність», допомагаючи людині долати вплив стресових та травматичних факторів. При цьому, саме копінг-поведінка - «орієнтація на вирішення

завдання» та «пошук соціальної підтримки» - стають ключовими при допомозі з травмою [15, 16].

Також переживання травми тісно пов'язано з переживанням часової перспективи. Багато вчених вивчали даний феномен та відмічали, що вона стає головною складовою присутності во внутрішньому плані особистості цілей та мотивів, які стимулюють її активність.

Наприклад, Зімбардо Ф. розглядає «тимчасову перспективу» як процес, що залежить від ситуаційних факторів, зокрема сенсорних, біологічних і соціальних стимулів, при цьому час сприймається як стабільна змінна індивідуальних відмінностей.

Психотравма розриває нормальний перебіг життя, створюючи чіткий розлом між «до» і «після», причому цей розрив зазвичай відбувається раптово і з великою інтенсивністю. Цей стан позначається як почуття «скороченої життєвої перспективи». При посиленні травматизації, і навіть депресії, особистісної і ситуативної тривожності самооцінка життєвої перспективи зміщується у «песимістичну» область.

Збільшення показників травматизації також пов'язане з когнітивною складовою життєвої перспективи. Вищий рівень травматизації зазвичай супроводжується зниженням здатності індивіда будувати передбачуване майбутнє. Це може бути пов'язано з соціальним, «непередбачуваним» середовищем або станом здоров'я. Зазвичай люди, що пережили травму, не планують своє життя найближчим роком або їх плани зосереджені лише на задоволенні негайних потреб.

Дослідження показують, що когнітивні та емоційні компоненти життєвої перспективи взаємопов'язані: чим ясніший і детальніший образ майбутнього бачить особистість, тим краще її здатність планувати та орієнтуватися в житті [27, 29, 39].

Особливого значення також має загальна спрямованість психічного життя особистості. Так, більш позитивні почуття щодо своїх перспектив відчують люди, які уявляють себе активними у зовнішній, соціальній

реальності; їх цілі спрямовані на розширення контактів, активне будівництво майбутнього. І, навпаки, негативні почуття, критичне ставлення до себе призводять до зниження активності, її гальмування та соціальну дезорієнтованість і тенденцію до ізоляції.

Хоча кризова ситуація не завжди веде до нещастя, вона може збагачувати життєвий досвід, навчати подолання небезпек і приносити полегшення, очищення, а також звільнення від старих конфліктів, підвищуючи рівень адаптації особистості. Криза завжди передбачає якусь втрату - чи то людини, здоров'я, речі, довіри до світу, або ж системи життєвих цінностей. Вона спонукає шукати нові смисли, будувати нові плани і навчатися жити в нових умовах, позбавлених бажаного об'єкта. Якщо горе не врегульоване, особистість може дезадаптуватися, випасти з нормальної течії життя, і часто життєва перспектива повністю руйнується, стаючи неможливою для відновлення. У таких випадках індивід може застрягти в минулому або в моменті травми, майже повністю ігноруючи можливість майбутнього.

Важливо відзначити, що збалансована, цілісна тимчасова перспектива одна із чинників стресостійкості людини [15, 16]. Психічна травма може деструктивно впливати на сприйняття людиною часу та подій. Порушується природний зв'язок між подіями минулого, сьогодення та майбутнього. Можна сказати, що обрії майбутнього схлопуються. Людина може або застрягати у переживаннях минулого, або ж повністю відмежовуватися від них, орієнтуючи себе тільки на «краще» майбутнє. В результаті, сьогодення часто проживається безрадісно і безглуздо. Спотворення тимчасової перспективи залежить від ступеня стресу, рівня життєстійкості та сформованих сенсожиттєвих орієнтацій.

Аналіз ряду досліджень дозволяє зробити висновок, що у випадках тривалого стресу або травматичного досвіду основними трансформаціями тимчасової перспективи є переживання «розтягнутості» часу або відчуття його зупинки. Це може призводити до дисбалансу між різними тимчасовими

зонами, коли майбутнє сприймається як «нереальне» або «неможливе». Часто виникає так зване «панорамне переживання», коли, як кажуть у життєвій психології, «все життя промайне перед очима». Найбільш серйозні стреси мають травматичний характер і викликають відчуття «позачасності», а також можуть призводити до різних дисоціацій, коли події сприймаються «ніби з боку». Такі реакції виконують функцію психологічного захисту [42].

Основними факторами, що впливають на ступінь спотворення тимчасової перспективи в умовах стресу, є: рівень стресогенності ситуації або тяжкість травми, тривалість впливу, тип тимчасової організації особистості, а також ступінь сформованості особистісних якостей, життєстійкості та сенсожиттєвих орієнтацій.

Таким чином, система життєвих перспектив має сильну залежність та важливий вплив на особистість, її життєві цілі та способи їх досягнення, мотиви та досвід для інтеграції та формування цілісної картини світу індивіда. І саме вплив психотравми на життєву перспективу є складним і багатограним. Він може мати як негативні, так і позитивні наслідки, в залежності від особистих обставин і готовності людини працювати над своїм відновленням. Важливо пам'ятати, що, незважаючи на складність процесу, з часом і з підтримкою можна знайти нові перспективи та відновити віру в краще майбутнє.

Висновки до 1 розділу

Таким чином, вивчаючи наукову літературу на предмет окреслення психотравми, доведено, що науковці розглядали травму з різних перспектив, зокрема медичної, психологічної та соціальної. Кожна з цих галузей вивчає травму по-своєму, фокусуючись на різних її аспектах.

Так, медичний підхід розглядає травму як фізичне пошкодження тканин організму, яке може бути результатом різних зовнішніх впливів - механічних, термічних, хімічних тощо.

Психологічний підхід розглядає травму як емоційний і психологічний вплив, який виникає у відповідь на пережиті події, такі як насильство, катастрофи, війни тощо. Цей підхід зосереджений на розумінні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривоги, депресії та інших психічних розладів, які можуть виникати після травматичного досвіду.

Соціо-культурний підхід досліджує травму в контексті соціальних структур, культурних норм та історичних подій. Вони розглядають, як суспільство та культура впливають на сприйняття травми, а також як травма може впливати на суспільство в цілому. Наприклад, дослідження колективної травми, викликаної війнами чи геноцидами, вивчають, як ці події впливають на суспільну пам'ять та ідентичність.

Нейробіологічний підхід вивчає, як травма впливає на мозок і нервову систему. Дослідження показують, що травматичний досвід може змінювати структури мозку, такі як гіпокамп і амігдала, які відповідають за пам'ять і емоційні реакції. Це може призводити до тривалих змін у поведінці та психічному стані людини.

Звичайно, що кожен з цих підходів робить свій внесок у комплексне розуміння травми, проте актуальним залишається вивчення того, наскільки травматичні події зумовлюють не тільки регрес та дезорганізацію особистості, а й створюють умови для психологічного зростання та формування позитивної життєвої перспективи.

РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ СТРУКТУРИ ПСИХОТРАВМИ

2.1. Організація дослідження

Для того, щоб досягти мети даного дослідження - вивчити сучасну структуру психотравми, а також дослідити її складові: диспозиційну вітальність, психологічну відновлюваність, базові установки та психічну напруженість, було проведено емпіричне дослідження, в якому прийняли участь 64 респондента віком від 19 до 53 років, серед яких респондентів чоловічої статі – 12 осіб, респондентів жіночої статі – 52 особи. Загальний вік усіх досліджуваних складає 26,62.

Дослідження проводилось за допомогою платформи Google Forms.

Для того, щоб досягти мети дослідження було сформульовано наступні завдання:

1. Проаналізувати погляди науковців щодо проблеми дослідження основних складових психотравми особистості.
2. Емпірично дослідити структуру психотравми особистості, зокрема базові установки, психічну напруженість особистості.
3. Емпірично дослідити диспозиційну вітальність особистості, яка зазнала психотравму.
4. На основі отриманих даних вивчити вплив психотравми на зростання особистості.

Дані завдання сформували хід даного дослідження, який включив наступні етапи:

- На підготовчому етапі вивчалася література на предмет дослідження феномену сучасної психотравми, а також було підібрано психодіагностичний інструментарій, адекватний предмету дослідження;
- На діагностичному етапі було проведено дослідження та розподіл респондентів по групах, а також виокремлення складових психотравми;

- На аналітико-інтерпретаційному етапі було здійснено обробку отриманих даних, їх порівняння та інтерпретація.

Розподіл респондентів по групах представлено на діаграмі.

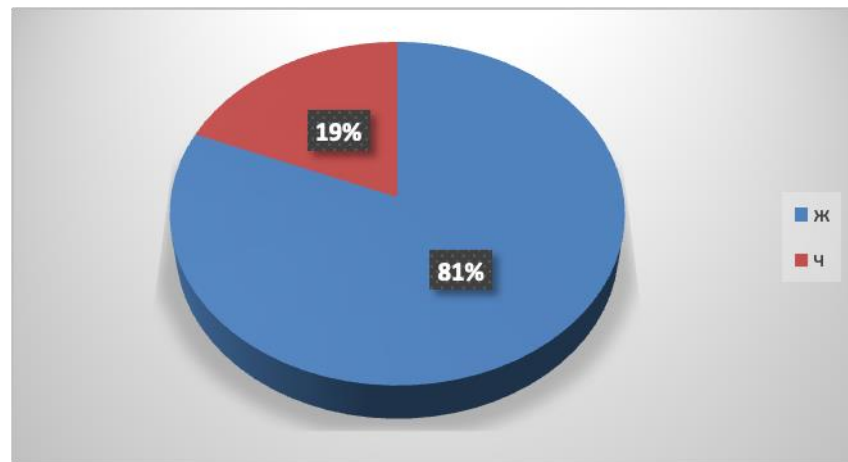


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю

Отже, як можна побачити на діаграмі, більшу кількість респондентів складає група жінок – 81%, чоловіків – 19%.

Розподіл респондентів за категорією «освіта» наведено на рисунку нижче.



Рис. 2.2. Розподіл респондентів за освітою

Отже, можна побачити, що більшість респондентів мають повну вищу освіту – 78%, незакінчену вищу освіту мають 11% респондентів та 11% респондентів мають ступень молодшого бакалавру.

2.2. Методи дослідження

З метою вивчення впливу стресу на особистість було обрано методику «Шкала психологічного стресу PSM-25» (Lemyr-Tessier-Fillion). Дана методика дозволяє вивчити феноменологічну структуру стресу, тобто «стресових відчуттів» у різних проявах: у поведінці, тілесності (соматика) та емоціях людини. Методика складає 25 тверджень, по яких необхідно здійснити ранжування від 1 до 8 балів. Дана методика відображає «інтегральний показник психічної напруженості» (ІППН), який демонструє рівень психологічного стресу. Інтервальний розподіл балів розподіляється від низького рівню – менше за 100 балів, середнього рівню – між 100 до 154 балів та високого рівню більше 155 балів.

Відомо, що травматичні переживання можуть викликати/приводити до формування різних установок/умовиводів у людини, які можуть як позитивно, так і негативно впливати на особистість та її життя. За допомогою тесту «Опитувальник посттравматичних когніцій» (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI; E.B. Foa, A. Ehlers, D.M. Clark, D.F. Tolin, S.M. Orsillo) було досліджено когнітивні установки особистості. Дана методика дозволяє оцінити три вида посттравматичних когніцій:

- «негативні думки стосовно себе»;
- «негативні думки стосовно оточуючого світу»;
- «самоїдство» (самозвинувачення).

Основою для створення опитувальника стали припущення щодо ключової ролі негативних дисфункціональних когніцій у виникненні та розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Згідно з дослідженням Е.В. Фоа та його колег (1998 р.), думки про небезпеку світу та власну некомпетентність сприяють розвитку ПТСР у жінок, які пережили сексуальне насильство. А. Ehlers і D.M. Clark (2000 р.) довели, що негативне сприйняття людиною травматичної події є основою для

розвитку симптомів ПТСР. Такі негативні оцінки (щодо власної особистості та небезпечного світу) створюють у людини постійне відчуття загрози, що сприяє формуванню симптомів ПТСР і підсилює тривожність [59, 60].

Саме стан безпорадності, який викликає переживання травми, може призводити до «психічної поразки» (mental defeat), що, в свою чергу, приводить до відчуття втрати самоефективності. Згідно з критерію А (DSM-5) почуття безпорадності знаходяться в основі ПТСР і асоціюються із сильним страхом, тривогою, нездатністю впливати на оточення/ситуацію, неможливістю контролювати події, які відбуваються під час травмуючої ситуації.

Методика містить 33 твердження, які ранжуються від 1 до 7 балів. Після підрахунку загального балу та балів по кожній шкалі, отримані дані порівнюються з нормативними даними методики, після чого робиться висновок.

Будь-яка стресова ситуація пробуджує загальну активність людини, яку інтерпретують, як вітальність. З метою вивчення вітальності особистості обрано тест «Шкала суб'єктивної диспозиційної вітальності», розроблена Р. Райаном і К. Фредеріком, дозволяє оцінити свій актуальний стан, переживання власної наповнюваності життям. Дана методика допомагає вивчити два показника: «вітальність як стан» та «вітальність як риса». Обидві шкали включають 7 пунктів, кожен з яких оцінюється за семибальною шкалою від «абсолютно невірно» до «абсолютно вірно». Після підрахунку балів по кожній шкалі будується профіль диспозиційної вітальності особистості.

Наступною методикою, завдяки якій можна дослідити вплив стресових, травматичних подій на людину, стала методика «Шкала психологічної відновлюваності Бека» (Brief Resilient Coping Scale, адаптована V. Sinclair, K. Wallston). Методика складається із 4 тверджень, які необхідно проранжувати від «абсолютно нехарактерно» до «дуже характерно».

Отримана сума балів демонструє різні рівні психологічної відновлюваності: від низького до високого рівню.

Остання методика, яка дозволила вивчити зростання людини після переживання складних життєвих подій став «Опитувальник посттравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory) Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М.Ш. Магомед-Еміновим. Дана методика містить 21 твердження, які необхідно проранжувати від 0 до 5.

Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом підрахунку загальної кількості балів. Обробка проводиться на основі «сирого» балу. Далі, за допомогою нормативної таблиці, визначається індекс та інтенсивність посттравматичного зростання для кожної шкали. Індекс посттравматичного зростання розраховується як сума балів за всіма твердженнями. Також здійснюється підрахунок балів по шкалах «ставлення до інших», «нові можливості», «сила особистості», «духовні зміни», «підвищення цінності життя».

Висновки до 2 розділу

Таким чином, протягом даного дослідження було проаналізовано наукову літературу на предмет вивчення сучасної структури психотравми та її складових: диспозиційну вітальність, психологічну відновлюваність, базові установки та психічну напруженість. Було здійснено розподіл респондентів за віком та статтю з метою більш детального вивчення феноменологічних складових, що складають сучасну структуру психотравми.

Також було підбрано адекватний меті дослідження комплекс діагностичних методик, що допоміг вивчити сучасну структуру психотравми на прикладі двох груп.

Основними методиками в даному дослідженні стали: «Шкала психологічного стресу PSM-25» (Lemyr-Tessier-Fillion), Методика «Шкала психологічної відновлюваності Бека» (Brief Resilient Coping Scale, адаптована

V. Sinclair, K. Wallston), Шкала суб'єктивної диспозиційної вітальності Р. Райана та С. Фредерік (в адаптації Л.А. Олександрової), Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory) Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М.Ш. Магомед-Еміновим, Опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, РСТІ; Е.В. Фoa, А. Ehlers, D.M. Clark, D.F. Tolin, S.M. Orsillo).

Отже, підбір та аналіз отриманих результатів свідчить про те, що організація дослідження є завершеною.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ СТРУКТУРИ ПСИХОТРАВМИ

3.1. Вивчення зв'язку між психічною напругою та когніціями особистості

Сучасне життя характеризується багатьма стресовими факторами, такими як високий темп, економічні труднощі, проблеми на роботі та в особистому житті. Це може призводити до підвищеного рівня психічної напруги серед населення, що негативно впливає на психічне здоров'я, викликаючи депресію, тривожні розлади та інші психічні проблеми. Крім того, психічна напруга може впливати на когнітивні функції, такі як пам'ять, увага, мислення та прийняття рішень. Тож, вивчення цього зв'язку може допомогти виявити механізми виникнення цих проблем та розробити ефективні стратегії їх попередження і корекції.

Першим кроком в цьому дослідженні стало вивчення впливу стресу на людину. За допомогою тестової методики «Шкала психологічного стресу PSM-25» (Lemyr-Tessier-Fillion) було вивчено інтегральний показник психічної напруженості. Отримані дані представлено на діаграмі нижче.

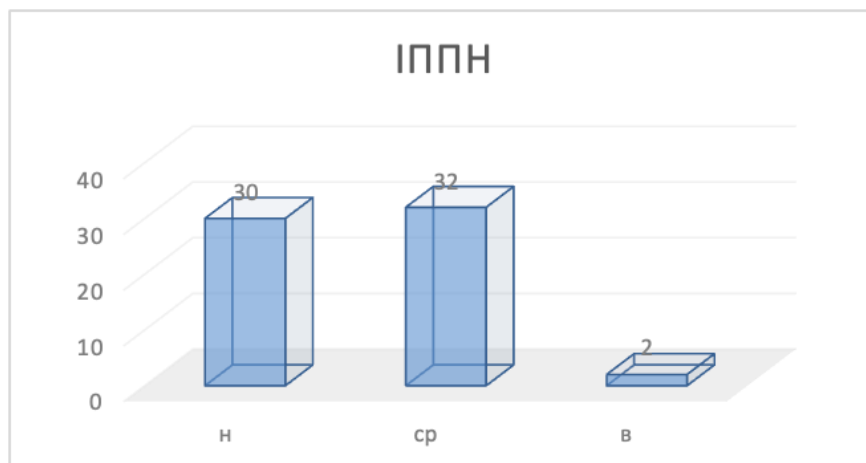


Рис.3.1. Інтегральний показник психічної напруженості особистості

Таким чином, як можна побачити на рисунку, у більшості респондентів виявлено низький та середній рівень показника психічної напруженості (30

та 32 особи відповідно), і тільки 2 особи мають показник високого рівню стресу.

Слід зазначити, що середній показник по всій групі - 102,0, що демонструє низький інтегральний показник психічної напруженості у респондентів та свідчить, що особистість знаходиться в нормальному стані адаптації щодо щоденних викликів та вимог; вона здатна ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями без серйозних негативних наслідків для свого психічного та фізичного здоров'я, а також має достатню соціальну підтримку, яка допомагає їй справлятися зі стресовими ситуаціями.

Також відмітимо, що різницю за показником психічної напруженості між статтю не було виявлено.

Наступним кроком було вивчення когніцій/оцінок особистості, яка знаходиться під впливом стресогенних факторів, а саме: сприйняття себе та світу. За допомогою методики «Опитувальник посттравматичних когніцій» (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI), було вивчено ставлення людини, яка знаходиться чи/або пережила травматичну подію до себе та світу. Отримані дані зображено на діаграмі.

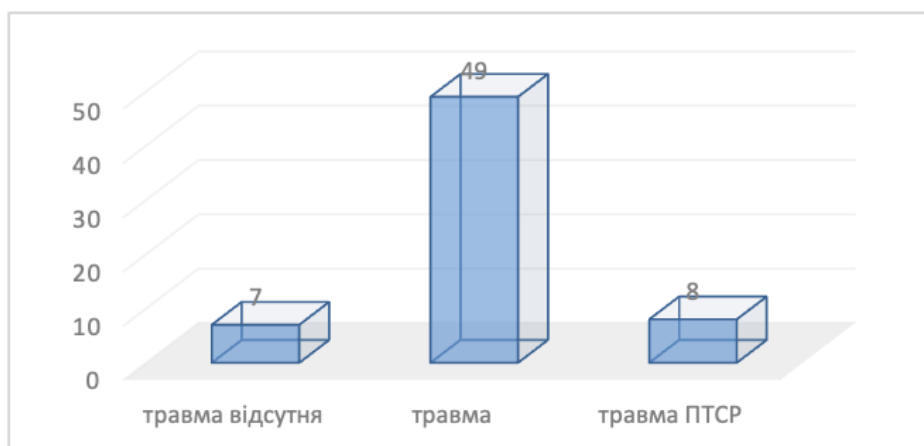


Рис.3.2. Загальний показник травми у групі респондентів

Отже, аналіз даних показує, що більшість респондентів (49 осіб) відчувають себе травмованими, що вказує на високий рівень поширення травматизації серед опитаних. Цей показник може відображати значний психологічний вплив війни на населення. Лише 7 осіб не відчувають травми,

що свідчить про те, що більшість людей, які пережили військові події, зазнають емоційних або психологічних труднощів.

Особливо важливою є наявність групи із 8 респондентів, які демонструють симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це може вказувати на більш глибокий рівень травматизації та можливі тривалі наслідки для їхнього психічного здоров'я, оскільки ПТСР є складним розладом, який потребує спеціалізованого лікування.

Загалом, дані демонструють сильну тенденцію до травматизації, яка корелює з актуальним військовим досвідом респондентів. Війна, безсумнівно, стає потужним фактором, що викликає психологічні розлади, і необхідно звернути увагу на розробку програм психологічної підтримки для таких груп населення.

При вивченні когніцій особистості, які демонструють, як вона розуміє актуальну життєву ситуацію: чи розглядається вона особистістю як небезпечна та травматична, чи як така, що допомагає духовно зростати, отримано наступні результати, що представлені нижче на діаграмі.

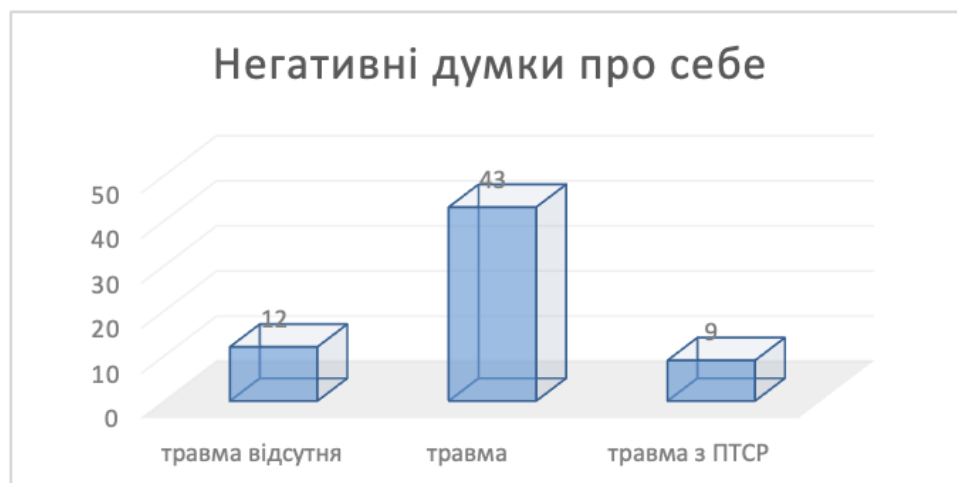


Рис. 3.2. Показник посттравматичних когніцій

Отже, як бачимо на діаграмі, при вивченні когніцій, досліджувана група респондентів поділилася нерівномірно наступним чином: найбільшу групу склали ті респонденти, для яких характерним є негативне ставлення до себе (43 особи), що також кореспондується зі станом відчуття себе травмованими,

тобто їхні посттравматичні когніції, а саме «негативні думки стосовно себе» стають більш актуальними; найменшу групу склали респонденти, які знаходяться в стані травми з елементами ПТСР (9 осіб) і останню групу склали респонденти, які не відчувають себе під впливом травматичних подій (12 осіб) і їхні думки та погляди стосовно себе є більш збалансованими.

Отже, тут також простежується тенденція травматизації особистості, для якої характерним є посилення знецінення себе, своїх досягнень та можливостей, що також кореспондується з попередніми дослідженнями в галузі травми.

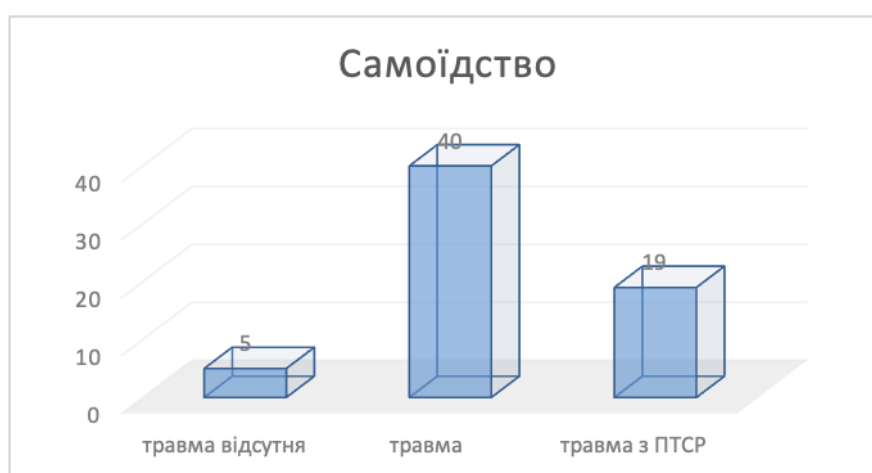


Рис. 3.3. Показник посттравматичних когніцій

Відомо, що стресові події, що викликають напругу та тривогу, також призводять до формування та проявів негативних думок не тільки стосовно навколишнього світу, скільки стосовно себе. Інакше кажучи, тенденція самозвинувачення створює підґрунтя, на якому починає формуватися/базуватися життя людини, її світоглядна позиція.

Як можна бачити, для більшості респондентів притаманним стає самоїдство/самозвинувачення (40 осіб), що також демонструє тенденцію відчуття травмованості особистості. Також, слід зауважити, що 19 осіб потрапили в групу «травма з ПТСР» і меншу групу складають респонденти, які не відчувають себе під гнітом напруги та тривоги.

Таким чином, можна відмітити, що особа, яка переживає чи/або знаходиться під впливом травми/травматичних подій/стресу, демонструє

негативні когніції, зокрема негативний погляд, що заважає бачити власні можливості долати проблемні, складні життєві ситуації.

Далі, для здійснення аналізу взаємозв'язків між шкалами методик «Шкала психологічного стресу PSM-25» та «Опитувальник посттравматичних когніцій», було використано кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмена). Дані представлені у таблиці.

Таблиця 3.1

Емпіричне значення кореляційного аналізу

	негативні думки про себе	негативні думки про світ	самоїдство
ППН	0.594***	0.434**	0.498***

Прим.: ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

Отже, було визначено, що «інтегральний показник психічної напруженості» має суттєвий прямий кореляційний зв'язок зі шкалами «негативні думки стосовно себе» (0.594, $p < 0,001$), «негативні думки стосовно світу» (0.434, $p < 0,01$) та «самоїдство» (0.498, $p < 0,001$). Тож, можна відмітити, що отримані дані корелюють з попередніми дослідженнями впливу травми на людину (Дж. Стракер М. Murphy К. Miller Т. Дзюба та ін.), які свідчать, що під впливом психотравмуючих факторів у особистості можуть порушуватися складні соціально обумовлені форми реагування на прояви навколишнього середовища, які зазвичай є стабільними. Це, в свою чергу, може призводити до зниження рівня людиною самоконтролю та самооцінки.

При вивченні когнітивних установок у респондентів, ми зробили припущення, що існує різниця в актуальних когніціях у жінок та чоловіків. З цією метою було порівняно групи між собою. Для порівняння було використано критерій Т-Стьюдента. Данні представлено в таблиці.

Таблиця 3.2

Порівняльна характеристика груп

Назва шкал	Ср. значення в групі «чоловіки»	Ср. значення в групі «жінки»	Емпіричне значення критерію	Рівень значущості
ППН	102.896±28.568	95±19.605	1.128	0.271
Негативне ставлення до себе	43.479±19.646	42.333±11.13	0.267	0.791
Негативне ставлення до світу	22.562±8.087	24.5±2.939	-1.343	0.185
Самоїдство	13.542±5.936	11±1.595	2.613	0.011*

Прим.: * - $p < 0,05$

Отже, отримані данні демонструють статистично значущу різницю між групами жінок та чоловіків по шкалі «самоїдство» (0.011, $p < 0,05$).

Можна припустити, що чоловіки мають вищий рівень самоїдства порівняно з жінками. Питання про рівень самоїдства (самокритики) серед чоловіків і жінок може бути пов'язаний з різними факторами, включаючи соціальні: у багатьох культурах від чоловіків часто очікують бути сильними, незалежними та успішними, що може призводити до високих вимог до себе та відповідно до високого рівня самокритики у випадках невдач або недосягнення цих стандартів; культурні – відомо, що в суспільстві від чоловіків можуть очікувати приховування своїх емоцій та вразливостей, що може призводити до внутрішнього тиску та самокритики, коли вони відчувають невідповідність цим нормам; психологічні - чоловіки можуть мати різні підходи до вирішення проблем і реагування на стрес порівняно з жінками, що може включати більш високу самокритику як спосіб мотивувати себе до досягнення цілей.

Багато науковців, як зарубіжних, так і вітчизняних, досліджуючи вплив травматичних чи стресових подій на особистість відмічають, що останні можуть викликати не тільки напругу та тривогу, але й створювати умови психологічного зростання та резилієнтності особистості.

З метою вивчення психодуховного зростання, яке може здійснюватися завдяки впливу травматичних подій на людину, використовувався «Опитувальник посттравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory).

Спочатку було досліджено «загальний індекс посттравматичного зростання» у респондентів загалом. Отримані дані представлено на діаграмі.

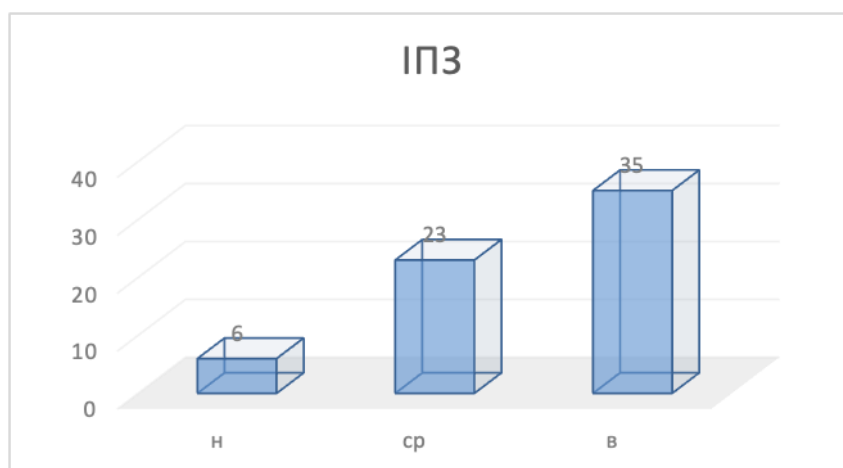


Рис. 3.4. Показник індексу посттравматичного зростання

Отже, було виявлено, що у більшості респондентів (35 осіб) спостерігається високий рівень індексу «посттравматичного зростання», показник знаходиться в проміжку між 64-105 балів; середній рівень (33-63 бала) виявлено у 23 особи та низький рівень індексу (від 0 до 32 балів) виявлено лише у 6 респондентів.

Таким чином, більшість респондентів демонструють готовність до адаптації до нових умов життя, інтенцію до будівництва комунікації та стосунків з іншими людьми, тобто просоціальну активність, а також стратегію бажання долати актуальні проблеми. Іншими словами, зустріч із напруженими, несподіваними проблемами/ситуаціями, що можуть травмувати особистість, створюють умови для особистісного та духовного зростання людини.

Досліджуючи складові «посттравматичного зростання» у групі респондентів, а саме: «ставлення до інших», «нові можливості», «сила

особистості», «духовні зміни» та «цінність життя», отримано наступні результати, що представлені нижче.

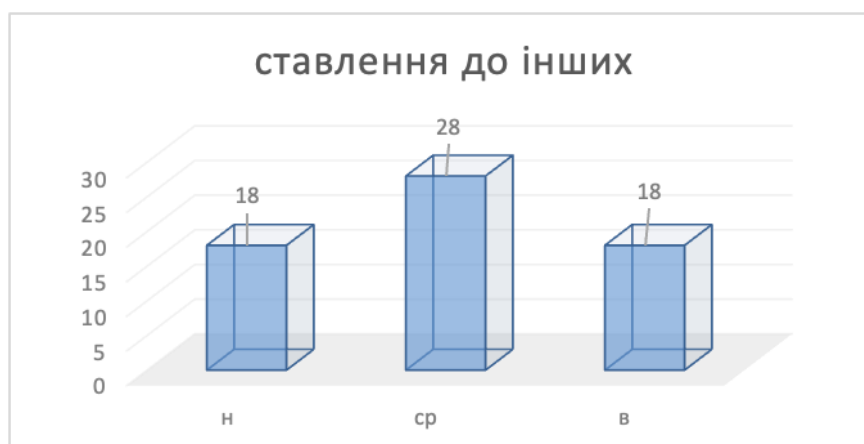


Рис. 3.5. Розподіл даних за шкалою «Ставлення до інших»

Отже, більшість респондентів демонструють середні показники за даною шкалою, зокрема 28 осіб. Інші респонденти розподілилися навпіл: 18 осіб мають низькі показники та 18 осіб високи показники за шкалою «ставлення до інших».

Можна припустити, що більшість осіб у групі намагаються розгорнутися у бік інших людей, отримуючи допомогу та підтримку з їхнього боку, тобто отримати соціальну допомогу. З іншого боку, вони намагаються приймати власні переживання та емпатично реагувати до почуттів інших людей, більше цінувати відкритість один до одного.

Наведені дані також співвідносяться з даними інших учених, які відмічали, що єдність когнітивних та емоційних складових допомагає справлятися зі складними обставинами життя.

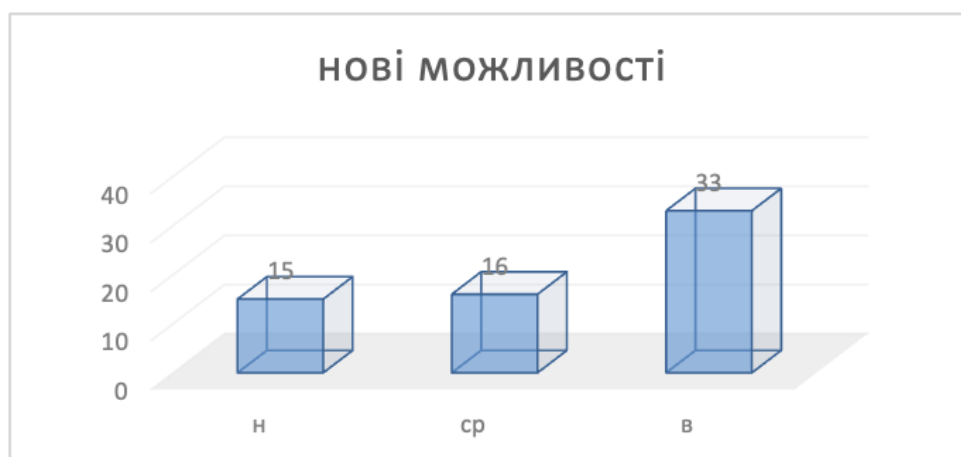


Рис. 3.6. Розподіл даних за шкалою “Нові можливості”

Отже, аналіз наведених даних демонструє, що значна частина респондентів (33 особи) сприймають складні та кризові життєві ситуації як можливість для розвитку, джерело мотивації та шлях до позитивних змін. Це вказує на високий рівень резиліентності (психологічної стійкості) у цієї групи людей, здатність адаптуватися до викликів і використовувати їх для самовдосконалення.

Однак інша частина респондентів (15 осіб) має низькі показники, що свідчить про негативне сприйняття кризових ситуацій. У цих людей кризові події можуть викликати відчуття відчаю, самотності та блокувати активність, що може призвести до погіршення психоемоційного стану.

Середній рівень, виявлений у 16 респондентів, може вказувати на те, що ці люди знаходяться у проміжній зоні між двома полярними групами: вони можуть як адаптуватися до кризи, так і переживати труднощі в залежності від конкретних обставин або рівня підтримки.

Отже, загальна картина свідчить про те, що більшість респондентів знаходять у кризах можливість для розвитку, проте суттєва частина потребує додаткової підтримки для подолання почуття відчаю та труднощів. Отже, можемо відмітити, що травматичні події створюють фундамент для відкриття людиною власних нових, ресурсних, творчих можливостей, які призводять до посттравматичного зростання.

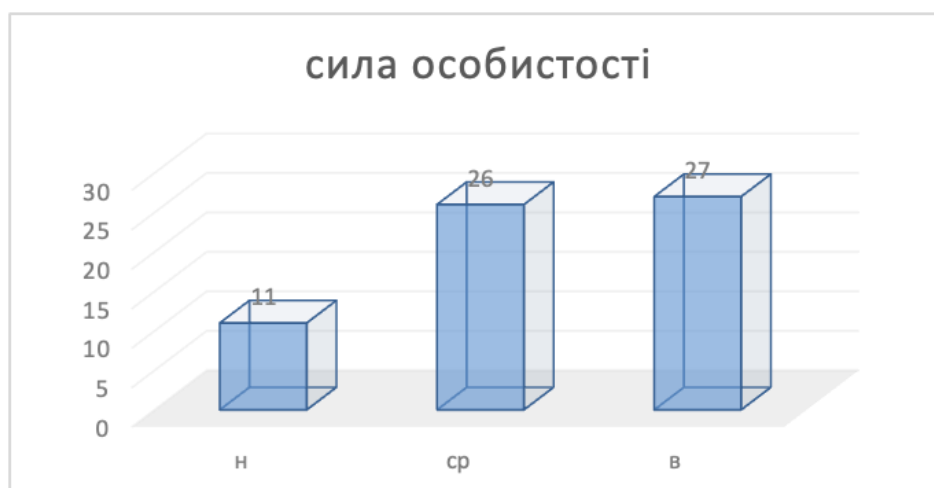


Рис. 3.7. Розподіл даних за шкалою «Сила особистості»

При вивченні впливу кризових/травматичних ситуацій/подій на особистість було виявлено, що більшість респондентів мають середні та високи показники за шкалою «сила особистості» – 26 та 27 осіб відповідно. І тільки 11 осіб мають низькі показники.

Можна припустити, що зіткнення з складними ситуаціями у житті, або після проживання кризових, травматичних ситуацій людина відкриває для себе власні можливості, власну силу, тобто відчуття самоефективності, що формує позитивні стратегії долаття кризових, складних подій, відкриває власні ресурси, що допомагають пережити травму.

Відомо, що будь-яка неочікуванна, непередбачувана життєва ситуація може викликати зміни у світогляді людини. Так, при вивченні, як впливає травма на духовні зміни особистості було виявлено, що більшості респондентів притаманні низькі та середні показники за даною шкалою – 23 та 24 особи відповідно. (Див. діаграму)

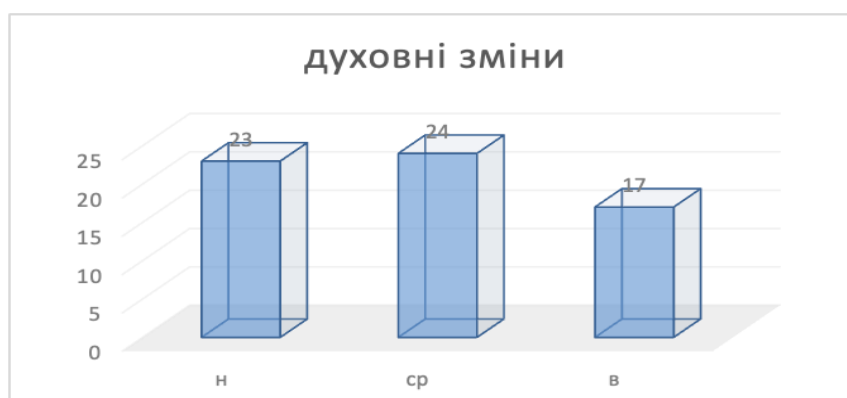


Рис. 3.8. Розподіл даних за шкалою «Духовні зміни»

Слід зазначити, що тільки 17 осіб відчують духовне зростання при доланні кризової, травматичної ситуації чи події. Проте, більшість осіб зовсім не відчують чи/або іноді бачать такі зміни в себе, що приводять до духовних змін та віри в себе. Такі дані можуть свідчити про малу обізнаність самої людини щодо себе, поганого розуміння того, як відбуваються внутрішні зміни, що призводять до зростання та покращення психоемоційного та фізичного стану.

Це також може вказувати на низький рівень самоусвідомлення або рефлексії, коли люди не сприймають свої внутрішні зміни як частину процесу зростання. Вони, можливо, не мають достатнього розуміння механізмів, через які відбуваються ці зміни, або не відчують підтримки, необхідної для розвитку цього розуміння.

Низька обізнаність щодо власних духовних та емоційних змін може також бути пов'язана з недостатньою увагою до психологічної підтримки, ресурсів або практик, які сприяють самоусвідомленню та духовному розвитку. Таким чином, результати вказують на необхідність створення умов для більш глибокої рефлексії та роботи над власним емоційним і духовним станом, що може допомогти людям краще розуміти себе та свої внутрішні ресурси для подолання криз.



Рис. 3.9. Розподіл даних на шкалою "Цінність життя"

Представники екзистенційно-гуманістичного підходу (Дж. Бюдженал, А.Маслоу, Р. Мей, В. Франкл та ін.) відмічають, що перед обличчям травми

людина відкриває свій Dasein – Вот-Буття, де життя стає однією з ключових цінностей.

Отже, при вивченні впливу травматичних подій на особистість було виявлено, що більшість респондентів мають середні та високі показники за шкалою «цінність життя» – 28 та 27 осіб відповідно, і тільки 9 осіб мають низький показник.

Отримані дані говорять про те, що для значної частини людей травматичні події, хоча й викликають стрес та труднощі, можуть підвищувати усвідомлення важливості життя та його сенсу. Ці люди, ймовірно, переосмислюють свої життєві пріоритети, що може призвести до зростання значущості життя після пережитих труднощів.

Тільки 9 осіб мають низький показник за цією шкалою, що може свідчити про їхню емоційну або психологічну складність у процесі інтеграції травматичного досвіду. Такі люди можуть відчувати кризу сенсу життя або труднощі у сприйнятті власної життєвої цінності після травматичних подій, що може потребувати особливої уваги та підтримки з боку фахівців.

Загалом, результати свідчать про те, що для більшості респондентів травматичний досвід, хоч і є болісним, може стати поштовхом для глибшого осмислення життя та підвищення його цінності, водночас існує група, яка потребує додаткової допомоги для роботи з пережитими травмами. травма розглядається, як така, що створює умови, при яких людина починає інакше бачити себе, свої можливості/ресурси та своє життя, як таке, що необхідно цінити, оскільки починають змінюватися власні пріоритети, цінності та орієнтири.

Наступним кроком було здійснення аналізу взаємозв'язку між шкалами двох методик: «Шкала психологічного стресу RSM-25» та «Опитувальник посттравматичного зростання». Було використано кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмена). Дані представлені у таблиці.

Таблиця 3.3

Кореляційний аналіз шкал методик «Шкала психологічного стресу RSM-25» та Опитувальник посттравматичного зростання

	ставлення до інших	нові можливості	сила особистості	духовні зміни	цінність життя	ПЗ
ППН	-0.111	-0.176	-0.374**	-0.075	-0.185	-0.23

Прим.: ** - $p < 0,01$

Отже, бачимо, що «інтегральний показник психічної напруженості» має слабку негативну кореляцію з показником «духовні зміни» (-0.374, $p < 0,01$), що може означати, що більш високі значення по шкалі «інтегральний показник психічної напруженості» можуть супроводжуватися меншими духовними змінами. Тобто, чим вище «інтегральний показник психічної напруженості» особистості, тим менше людина спирається на себе та відчуває власну силу впоратися з проблемними, напруженими ситуаціями у житті.

Також вищі значення «інтегрального показника психічної напруженості» асоціюються з меншою мірою духовних змін. Це може свідчити про те, що інтенсивні стресові переживання або психічне навантаження заважають людині відкриватися новим духовним досвідом або змінам у світогляді.

Іншими словами, коли людина переживає сильний стрес або психічну напруженість, вона може бути менш здатною до саморефлексії, інтроспекції та зростання на духовному рівні. Цей зв'язок може вказувати на те, що підтримка психічного благополуччя є важливою для сприяння особистісному та духовному розвитку.

«Інтегральний показник психічної напруженості» також слабка негативно корелює з показником «індекс посттравматичного зростання» (-0.23), що може вказувати на те, що вищий рівень «інтегрального показника психічної напруженості» асоціюється з нижчими значеннями «індексу посттравматичного зростання». Це може означати, що люди, які відчувають

значну психічну напруженість, можуть мати менше можливостей для розвитку та зростання після пережитих травм чи труднощів.

Загалом, така негативна кореляція може свідчити про те, що в умовах високої стресової напруги особистість може бути менш здатною до позитивних змін і адаптації, які часто виникають у результаті переживання травматичних ситуацій. Це підкреслює важливість роботи над зменшенням психічного навантаження, щоб сприяти посттравматичному зростанню та особистісному розвитку. Іншими словами, особи, які переживають вищий рівень напруженості, можуть мати менше позитивних змін після травматичних подій (посттравматичне зростання).

Інші зв'язки зі шкалами «нови можливості», «сила особистості» і «цінність життя» є слабкими за модулем (-0.111, -0.176, -0.075 відповідно), що вказує на менш виражену взаємозв'язаність цих показників з «інтегральним показником психічної напруженості».

Далі, з метою виявлення можливої різниці між шкалами методик «Шкала психологічного стресу RSM-25» та «Опитувальник посттравматичного зростання», було порівняно групи «чоловіки» та «жінки» між собою з використанням критерію Т-Ст'юдента. Данні представлено в таблиці.

Таблиця 3.4

Емпіричне значення критерію Т-Ст'юдента по групах

Назва шкал	Ср. значення в групі «чоловіки»	Ср. значення в групі «жінки»	Емпіричне значення критерію	Рівень значущості
ППН	102.896±28.568	95±19.605	1.128	0.271
ПЗ	65.979±20.866	51.167±23.304	2.010	0.062
ставлення до інших	19.958±7.602	21.333±8.239	-0.525	0.607
нові можливості	15.646±6.176	17±7.361	-0.588	0.565
сила особистості	13.25±4.427	14±5.878	-0.414	0.685
духовні зміни	4.542±2.721	2.5±2.067	2.858	0.009**
цінність життя	10.792±2.946	9.833±3.433	0.889	0.388

Прим.: * - $p < 0,05$

Отже, як можна побачити, виявлено суттєву різницю між групами по шкалі «духовні зміни» (0.009, $p < 0,05$). Отримані дані вказують на те, що чоловіки мають більш високий рівень духовних змін порівняно з жінками. Це може означати, що чоловіки, можливо, більш схильні до змін у цих аспектах або переживають їх інтенсивніше, ніж жінки.

Це може свідчити про те, що певні фактори, які стосуються досвіду, переконань або навіть стресових ситуацій, можуть сприяти або заважати розвитку духовності у різних групах.

Таким чином, виходячи з вищенаведеного можна відмітити, що виявлені різниці по шкалах демонструють індивідуальні стратегії особистості в розумінні та доланні травматичних подій по групах за статтю. Отримані дані корелюють з попередніми дослідженнями вчених (Aldwin, Levenson, Spiro; Tedeschi & Calhounякі), які розглядали травматичну подію через вимір посттравматичного зростання, який може привести особистість до позитивних психологічних змін та розквіту.

3.2. Вивчення диспозиційної вітальності особистості, яка зазнала психотравму

Диспозиційна вітальність розглядається науковцями через розуміння внутрішньої сили людини, її життєстійкості та здатності зберігати оптимізм і енергію в складних ситуаціях (Р. Райан і Ч. Фредерік). Диспозиційна вітальність як цілісний феномен, може включати в себе й здатність особистості відновлюватися після стресових, травматичних подій. В контексті психотравм, дослідження окресленого феномену може бути важливим для розуміння, як людина справляється зі стресом, адаптується до нових умов, та відновлює своє психологічне благополуччя.

З метою дослідження психологічної відновлюваності особистості, яка зазнала вплив травматичних подій, використовувався тест «Шкала

психологічної відновлюваності Бека» (Brief Resilient Coping Scale). Отримані дані наведено в діаграмі.

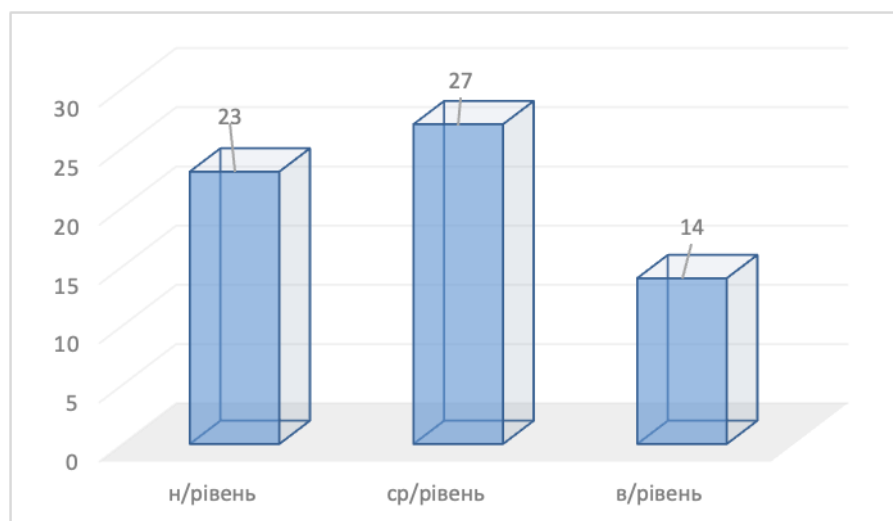


Рис. 3.10. Показники психологічної відновлюваності особистості

Отже, можна побачити, що у групі респондентів спостерігається невеличка різниця по шкалі «психологічна відновлюваність», зокрема на рівнях низькому та середньому – 23 та 27 особи відповідно. Високий рівень даного показника виявлено у 14 осіб.

Так, завдяки отриманим даним можна зробити висновок, що більшість респондентів демонструє певну залежність від стресової/травматичної ситуації чи події та власної психологічної гнучкості, яка допомагає адекватно оцінити життєву подію і можливість передбачити результат актуальній ситуації. Проте слід зазначити, що велика група респондентів також демонструє і низьку здатність справлятися зі складною ситуацією, ригідність та застрявання у певних патернах реагування.

Таким чином, можна відмітити, що більше половини респондентів потребують підтримки або інтервенцій для покращення їх психологічного стану.

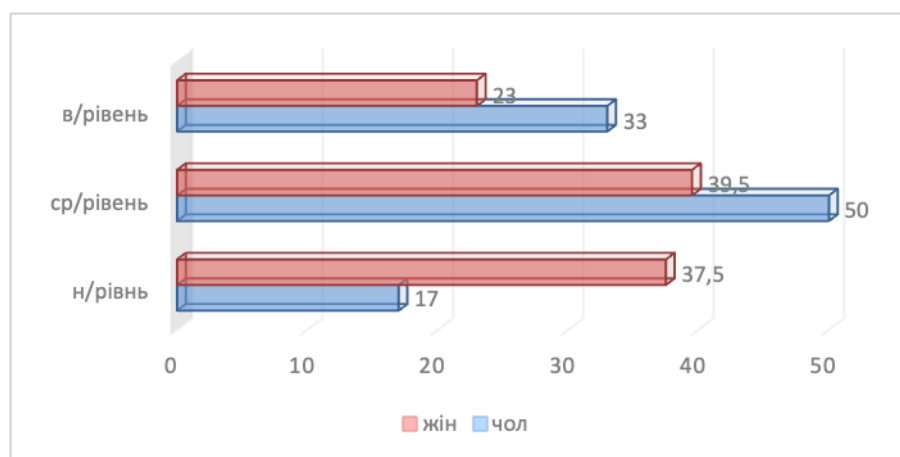


Рис. 3.11. Розподіл показника психологічної відновлюваності за статтю

При порівнянні показника «психологічна відновлюваність» між групами жінок та чоловіків виявлено наступну тенденцію: чоловіки демонструють середній та високій рівень даного показника (50% та 33% відповідно), тоді, як жінкам більш характерний низький рівень (37,5%), на відміну від чоловіків, у яких 17% осіб мають низький рівень відновлюваності. Отже, діаграма демонструє індивідуальні стратегії психологічної відновлюваності за статтю, зокрема: жінки виявляють більшу вразливість в плані психологічної відновлюваності, оскільки в їхній групі значна частка осіб має низький рівень.

Чоловіки, в цілому, демонструють кращі результати у психологічній відновлюваності, з більшою часткою осіб з середнім і високим рівнем. Це може свідчити про те, що чоловіки можуть мати більш розвинені стратегії подолання стресу або краще адаптуються до психологічних труднощів.

Як було відмічено вище, відновлюваність людини тісно пов'язана з її вітальністю. Тож, наступним завданням було вивчення вітальності завдяки методиці «Шкала суб'єктивної диспозиційної вітальності Р. Райана та С. Фредерік» (в адаптації Л.А. Олександрової). Дана методика допомагає вивчити дві складові диспозиційної вітальності: «вітальність як стан» та «вітальність як риса особистості». Дані представлено нижче на діаграмі.

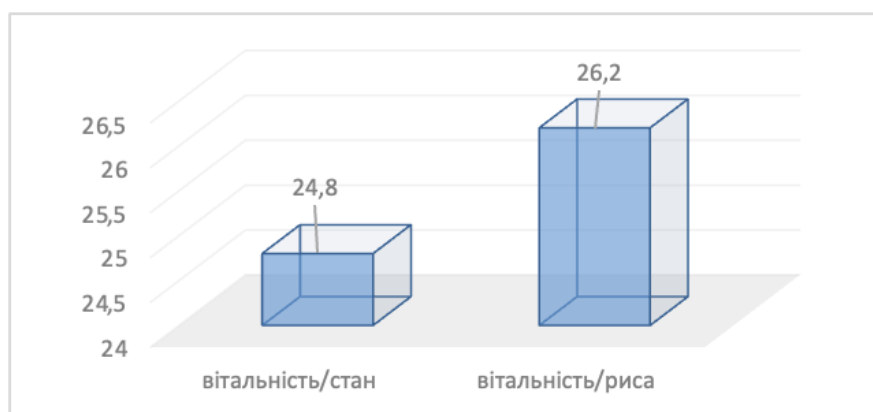


Рис. 3.12. Показники суб'єктивної диспозиційної вітальності

Отже, бачимо, що середні показники по шкалах мають невеличку розбіжність, зокрема низькі показники виявлено по шкалі «вітальність як стан» (ср.зн. – 24,8) і більш високі по шкалі «вітальність як риса» (ср.зн. – 26,2). Слід зазначити, що стан є тимчасовою характеристикою, який може змінюватися під впливом різних факторів, тоді, як риса є стабільна характеристика особистості, яка відображає її загальну життєву енергію і бадьорість. Це частина індивідуальних особливостей, яка може проявлятися постійно або часто протягом життя.

Диспозиційна вітальність особистості, яка зазнала психотравму, є важливим аспектом, оскільки вона стосується стійкості та здатності людини адаптуватися до стресових подій та включає внутрішні ресурси особистості, такі як оптимізм, почуття контролю над власним життям, здатність до саморегуляції та мотивація до подолання труднощів.

Тож, вивчаючи вітальність особистості можна побачити, як внутрішні ресурси впливають на процес адаптації та відновлення після травматичної події. Зокрема, це може включати оцінку рівня стресу, посттравматичного зростання, емоційного благополуччя та якості життя.

Таким чином, отримані дані можна проінтерпретувати через погляд до вітальності в контексті соціально-психологічної адаптації особистості та психофізичної єдності. І ми бачимо, що для респондентів досліджуваної групи, притаманна саме вітальність як риса особистості, що може свідчити

про схильність людини акумулювати та зберігати життєву енергію, яка допомагає долати стреси та труднощі життя.

При порівнянні груп між собою за показниками відновлюваності та вітальності було використано критерій U-Манна-Уїтні. Дані наведені в таблиці.

Таблиця 3.5

Порівняльні дані по групах «чоловіки» та «жінки»

Назва шкал	Ср. значення в групі «чоловіки»	Ср. значення в групі «жінки»	Емпіричне значення критерію	Рівень значущості
відновлюваність	14.042	15.833	175	0.035*
вітальність/стан	24.917	24.667	297	0.868
вітальність/риси	26.438	25.333	323	0.517

Для аналізу даних використовуються три змінні: «відновлюваність», «вітальність як стан» та «вітальність як риса». При цьому виявлена різниця між групами респондентів за статтю за шкалою «відновлюваність» (0,035, рівень значущості: 0,05). Це свідчить про те, що різниця між середніми значеннями для чоловіків і жінок є статистично значущою. Таким чином, можна зробити висновок, що жінки мають більшу вразливість у плані психологічної відновлюваності в порівнянні з чоловіками.

По шкалах «вітальність як стан» та «вітальність як риса» статистично значущої різниці між середніми значеннями для чоловіків і жінок не було виявлено. Іншими словами, чоловіки та жінки мають схожі рівні вітальності і як стану, і як риси.

З метою виявлення зв'язків між ключовими показниками, що було виокремлено в даному дослідженні по всіх респондентах, а саме «інтегральний показник психічної напруженості», «індекс посттравматичного зростання» та «суб'єктивна диспозиційна вітальність» було використано кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмена). Дані наведено в таблиці.

Таблиця 3.6

Матриця кореляційних зв'язків за показниками: «інтегральний показник психічної напруженості», «індекс посттравматичного зростання» та «суб'єктивна диспозиційна вітальність»

	ІПЗ	стан особистості	риса особистості
ІПН	-0.23	-0.39**	-0.529***
ІПЗ		0.422**	0.442***

Прим.: ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

Таким чином, виявлений суттєвий прямий зв'язок між шкалами «індекс посттравматичного зростання» та «вітальність як стан» (0,422, $p < 0,01$) та «вітальність як риса» (0,442, $p < 0,001$). Тож, «індекс посттравматичного зростання» має тісний зв'язок з вітальністю особистості, яка стає системною характеристикою особистості та допомагає перед обличчям травматичної ситуації.

Зв'язок між посттравматичним зростанням і вітальністю може свідчити про те, що люди, які пережили травматичні події, можуть виявляти вищу вітальність, що проявляється в їхньому життєвому стані та риси. Посттравматичне зростання може сприяти розвитку відчуття сенсу життя, покращення відносин з іншими та підвищення загального емоційного стану, що, в свою чергу, позитивно впливає на вітальність.

Також було виявлено зворотний зв'язок між шкалами «інтегральний показник психічної напруженості» та вітальністю особистості (-0,39, $p < 0,01$ та -0,529, $p < 0,001$). Тобто, чим вищим є відчуття психічної напруги у людини, тим менш вона відчуває власний ресурс, який допомагає впоратися зі труднощами та тривогами буття. Виявлений зворотний зв'язок може свідчити про те, що високий рівень психічної напруженості може знижувати загальне відчуття вітальності, життєвої енергії та мотивації. Люди з високою психічною напруженістю можуть відчувати емоційну втомленість, що перешкоджає їхньому відчуттю вітальності.

Наступним кроком було порівняння між собою респондентів групи «чоловіки» та «жінки» за вищезазначеними шкалами. Для порівняння використано критерій U-Манна-Уїтні. Дані наведені в таблиці.

Таблиця 3.7

Емпіричні значення критерію U-Манна-Уїтні

Назва шкал	Ср. значення в групі «чоловіки»	Ср. значення в групі «жінки»	Емпіричне значення критерію	Рівень значущості
відновлюваність	14.042	15.833	175	0.035*
вітальність/стан	24.917	24.667	297	0.868
вітальність/риси	26.438	25.333	323	0.517
ШПН	102.896	95.000	325	0.494
ШЗ	65.979	51.167	394	0.05*

Прим.: * - $p < 0,05$

Отже, при порівнянні груп респондентів між собою статистично значущі відмінності виявлено за шкалами «відновлюваність» (0,035, $p < 0,05$) - жінки мають вищий показник та «індекс посттравматичного зростання» (0,05, $p < 0,05$) - чоловіки мають вищий показник.

Таким чином, бачимо, що жінки мають вищий показник відновлюваності порівняно з чоловіками. Це може означати, що жінки демонструють кращі здібності до психологічної відновлюваності, наприклад, через більш розвинуті соціальні навички, емоційну підтримку з боку оточення або ефективні стратегії подолання стресу. При цьому, чоловіки мають вищий показник посттравматичного зростання порівняно з жінками. Це може свідчити про те, що чоловіки, які пережили травматичні події, можуть бути більш схильні до розвитку позитивних змін, таких як підвищення життєвого сенсу, зміцнення відносин та зростання стійкості до стресу.

Тож, дана різниця в показниках між жінками та чоловіками може вказувати на гендерні відмінності в способах додання, сприйнятті стресу та

травматичних ситуацій, а також на відмінності в соціалізації та культурних очікуваннях.

За шкалами «вітальність як стан», «вітальність як риса» та «інтегральний показник психічної напруженості» значущих відмінностей між чоловіками та жінками не виявлено.

Таким чином, роблячи невеличкі висновки, можна сказати, що респонденти загалом мають середній рівень здатності відновлюватися після труднощів чи стресів. Жінки демонструють вищий рівень відновлюваності порівняно з чоловіками, що може означати, що жінки краще справляються зі стресами чи мають кращі механізми для відновлення.

«Індекс посттравматичного зростання» пов'язаний з вітальністю і може розглядатися, як важлива складова особистості.

У чоловіків спостерігається зв'язок між індексом посттравматичного зростання та вітальністю. Це може означати, що вітальність, яка розглядається як енергія та життєва сила особистості, у чоловіків може бути важливим фактором, що впливає на їхнє психологічне здоров'я. У жінок такого зв'язку не виявлено, що може вказувати на різницю у впливі цих факторів між статями.

3.3. Вивчення впливу психотравми на психологічну відновлюваність у респондентів двох груп

Відомо, що психотравма може суттєво впливати на психологічну відновлюваність людини, тобто її здатність адаптуватися до стресових ситуацій і відновлювати свій психоемоційний стан після пережитого стресу.

З метою дослідження нормальності розподілу за трьома методиками, а саме: «Шкала психологічного стресу RSM-25», «Шкала суб'єктивної диспозиційної вітальності» (Р. Райана та С. Фредерік) та «Опитувальник посттравматичних когніцій», був використаний критерій Колмогорова-Смирнова. Дані методики було обрано, оскільки виокремились шкали, за

якими спостерігались відмінності між респондентами двох груп. Дані наведені в таблиці.

Таблиця 3.8

Емпіричне значення критерію Колмогорова-Смирнова

Назва шкал	Емпіричне значення критерію	Рівень значущості
ППН	0.978	0.41
негат думки про себе	0.882	0***
негат думки про світ	0.970	0.202
самоїдство	0.931	0.004**
вітальність/стан	0.973	0.256
вітальність /рися	0.983	0.614

Прим.: ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

Таким чином, було виокремлено дві шкали, які мають статистично значущий результат на високому рівні (рівень значущості < 0.001): шкала «негативні думки стосовно себе» та шкала «самоїдство» (рівень значущості < 0.01). Тобто можна відмітити, що саме виникнення негативних думок стосовно себе та самоїдство/самозвинувачення стають актуальними при переживанні людиною травматичних подій, що призводять до емоційного вигорання, підвищеної тривожності та депресії, а також може вказувати на серйозні проблеми у сфері самоосмислення.

Відомо, що будь-які травматичні події можуть як негативно, так і позитивно впливати на особистість та її сприйняття себе та світу, на її систему цінностей та орієнтирів. Тому, задля порівняння між собою респондентів групи «чоловіки» та «жінки» між собою нами було використано критерій U-Манна-Уїтні. Дані наведені в таблиці нижче.

Таблиця 3.9

Емпіричне значення критерію U-Манна-Уїтні

Назва шкал	Ср. значення в групі «чоловіки»	Ср. значення в групі «жінки»	Емпіричне значення критерію	Рівень значущості
відновлюваність	14.042	15.833	175	0.035*
ППН	102.896	95.000	325	0.494
ПТЗ	65.979	51.167	394	0.05*
духовні зміни	4.542	2.500	409	0.024*

Прим.: * - $p < 0,05$

Отже, як можна побачити з таблиці, дві групи розрізняються між собою по шкалах «відновлюваність» (емпіричне значення критерію 175, рівень значущості 0.035, що означає, що різниця є статистично значущою на рівні 0.05); «індекс посттравматичного зростання» (емпіричне значення критерію 394, рівень значущості 0.05, що означає, що різниця є на межі статистичної значущості); «духовні зміни» (емпіричне значення критерію 409, рівень значущості 0.024, що свідчить про статистично значущу різницю). Отже, всі три шкали вказують на те, що між групами існують суттєві відмінності, що може свідчити про різні способи адаптації до стресових чи травматичних подій.

За шкалою «ІППН» статистично значущих відмінностей немає.

Таким чином, жінки відчують суб'єктивну відновлюваність під час та після проходження травматичної події, тоді як чоловіки перед обличчям травми відчують духовне зростання, більшу відкритість власному буттю, власним переживанням, підтримки з боку родичів та друзів тощо.

Отримані дані можуть вказувати на те, що різні способи справляння з травматичними подіями, зумовлені соціальними, психологічними і культурними аспектами, можуть пояснити відмінності в суб'єктивному відчутті відновлюваності та духовного зростання між жінками і чоловіками. Розуміння цих відмінностей може допомогти в розробці цілеспрямованих програм підтримки, що враховують специфіку потреб кожної статі під час відновлення після травматичних подій.

У даній роботі основним завданням було вивчення впливу психотравми на можливості відновлювання особистості. Було висунуто гіпотезу, що респонденти досліджуваних груп відрізняються між собою хоча б по одному з факторів: «стать» чи шкали, за якими спостерігається суттєва різниця в групах. З цією метою використовувався двофакторний дисперсійний аналіз. (Результати див. у таблиці).

Таблиця 3.10

Результати двофакторного дисперсійного аналізу

Джерело варіації	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i> - Значення	<i>F</i> критичне
Фактор А	13310,8306	59	225,607	0,936	0,611	1,367
Фактор Б	418554,447	5	83710,8	347,192	2,795	2,245
похибка	71127,0528	295	241,108			
Всього	502992,331	359				
R2 (стать)	3%					
R2 (шкали)	83%					
не зараховані фактори	14%					

На основі проведеного дисперсійного аналізу (ANOVA) можна зробити такі висновки:

Вплив статі на переживання: F-значення для статі становить 0,936, що менше критичного F-значення (1,367). Рівень значущості (P-значення) для статі становить 0,611, що значно перевищує загальноприйнятий поріг 0,05. Це свідчить про те, що різниця в переживаннях між різними статевими групами не є статистично значущою. Стать пояснює лише 3% загальної варіації переживань, що є дуже низьким показником.

Вплив шкал – «духовні зміни», «самоїдство», «відновлюваність», «негативні думки стосовно себе», «індекс посттравматичного зростання», «когніції», «цінність життя», «ставлення до інших» та «інтегральний показник психічної напруженості» – на переживання людиною травматичних подій: F-значення для шкал становить 347,192, що значно перевищує критичне F-значення (2,245). Рівень значущості (P-значення) для шкал становить 2,795, що є значно меншим за поріг 0,05. Це свідчить про те, що різниця в переживаннях між різними шкалами є статистично значущою. Шкали пояснюють 83% загальної варіації переживань, що є дуже високим показником.

Проте, слід зазначити, що похибка або залишкова варіація становить 14%, що свідчить про існування інших факторів, які впливають на

переживання, але не були враховані в цьому аналізі і, які можуть впливати на її переживання.

Для порівняння генеральних дисперсій двох незалежних вибірок, у даному випадку групи чоловіків та жінок, був використаний критерій Фішера. Після розрахунку Sзагального за формулою складено таблицю квадратів варіанту.

Таблиця 3.11

Матриця квадратів відхилення по групах

N	П ₁	П ₂	П ₃	П ₄	П ₅	П ₆	П ₇	П ₈	П ₉	П ₁₀	П ₁₁	П ₁₂	П ₁₃	П ₁₄	П ₁₅	П ₁₆
1	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	0	0	-	0	-
2	-	25	169	289	225	722 5	921 6	441	576	400	225	484	676	384 4	961	225
3	-	25	100	225	225	577 6	372 1	484	400	289	144	625	676	260 1	529	225
4	-	16	49	144	121	102 4	360 0	100	49	16	16	576	136 9	152 1	361	121
5	-	49	36	121	676	547 6	705 6	441	484	256	144	729	108 9	118 81	336 4	676
6	-	9	324	64	289	577 6	608 4	484	441	121	196	529	529	688 9	280 9	289
7	-	64	100	169	676	396 9	187 69	361	121	121	144	225	196	187 69	640 0	676
8	-	100	529	225	529	476 1	169 00	441	324	144	144	729	676	672 4	152 1	529
9	-	1	49	400	144	902 5	146 41	900	576	361	225	102 4	136 9	176 4	441	144
10	-	36	196	169	129 6	280 9	202 5	169	169	324	64	625	576	144 00	348 1	129 6
Σ	0	325	155 2	180 6	418 1	458 41	820 12	382 1	314 0	203 2	130 2	554 6	715 6	683 93	198 67	418 1

Наведена таблиця демонструє різницю між груповими середніми. Для більшої наочності переведемо таблицю в гістограму.



Рис. 3.13. Графік візуалізації даних

Отже, на графіку стовпці з великим середнім значенням та високим стандартним відхиленням, а саме П6 «індекс посттравматичного зростання», П7 «інтегральний показник психічної напруженості», П14 «когніції» вказують на значну варіативність і наявність високих значень.

Значна варіативність свідчить про те, що респонденти мають різні рівні посттравматичного зростання, психічної напруженості та когнітивних характеристик. Це може вказувати на індивідуальні відмінності у способах подолання травматичних подій та адаптації до них.

Високі значення «індексу посттравматичного зростання» можуть свідчити про те, що певна частина респондентів змогла знайти сенс у своїх переживаннях і зазнала позитивних змін після травматичних подій, таких як зміцнення соціальних зв'язків, підвищення життєвого сенсу та покращення самоусвідомлення.

Високі значення «інтегрального показника психічної напруженості» можуть вказувати на те, що деякі респонденти переживають сильний стрес або емоційний дискомфорт, що може бути наслідком травматичних подій або інших чинників, таких як особисті обставини або життєві стресори.

Високі значення «когніцій» можуть свідчити про різні аспекти мислення, включаючи негативні або позитивні когнітивні патерни, які впливають на сприйняття себе і світу.

Стовпці з низьким середнім значенням та низьким стандартним відхиленням, а саме П2 «духовні зміни», П3 «самоїдство», П8 «ставлення до інших» та П11 «цінність життя» вказують на меншу варіативність і більш рівномірний розподіл значень. Це може свідчити про те, що респонденти в основному мають схожі оцінки за цими параметрами, і, можливо, вони мають спільні переконання або відчуття стосовно цих аспектів.

Таким чином, шкали «індекс посттравматичного зростання», «інтегральний показник психічної напруженості» та «когніції» виділяються значними сумами і демонструють ключові тенденції в групах респондентів.

При порівнянні груп було зроблено припущення, що вік впливає на стратегію подолання травматичних подій, на вітальність, її складові та на посттравматичне зростання. Тому, був зроблений регресійний аналіз, який показав, що емпіричні коефіцієнти регресії: $b = 0.06627$, $a = 2.3546$. Рівняння регресії (емпіричне рівняння регресії): $y = 0.06627x + 2.3546$. Таким чином, рівняння регресії вказує на слабку, але позитивну лінійну залежність між віком та складовими травми.

Висновки до 3 розділу

Таким чином, у ході проведеного дослідження вивчення сучасної структури психотравми та її впливу на «диспозиційну вітальність», «психологічну відновлюваність», «когніції» ми дійшли наступних висновків.

При вивченні зв'язку між психічною напругою та когніціями особистості за допомогою тесту «Шкала психологічного стресу PSM-25» (Lemur-Tessier-Fillion) було вивчено «інтегральний показник психічної напруженості». У більшості респондентів спостерігається низький - 47% та середній - 50% респондентів рівні показника психічної напруженості, високий рівень інтегрального показника виявлено у 3% досліджуваних. Середній дані інтегрального показника психічної напруженості у всіх респондентів виявлено на рівні 102,0, тобто низькому рівні.

При вивченні когніцій за допомогою тесту «Опитувальник посттравматичних когніцій», було виявлено, що більшість респондентів відчують себе травмованими – 76,5% респондентів, відсутність травми виявлено у 11% досліджуваних, 12,5% осіб переживають травматизацію з симптомами ПТСР.

При вивченні трьох видів негативних когніцій отримано наступні результати: «негативні думки стосовно себе» виявлено у 68% осіб, тобто найбільша кількість досліджуваних переживають відчуття травмованості; найменшу групу – 14% осіб - склали респонденти, які знаходяться в стані травми з елементами ПТСР, і 18% респондентів не відчують себе під впливом травматичних подій; «самоїдство» виявлено у 63% респондентів, тобто у більшості респондентів спостерігається тенденція до самоїдства/самозвинувачення, 30% осіб потрапили в групу «травма з ПТСР» і 7% досліджуваних не відчують себе травмованими.

При аналізі взаємозв'язку між шкалами методик «Шкала психологічного стресу PSM-25» та «Опитувальник посттравматичних когніцій» (коефіцієнт кореляції Спірмена) виявлено, що «інтегральний показник психічної напруженості» має суттєвий прямий кореляційний зв'язок зі шкалами «негативні думки стосовно себе» ($p < 0,001$), «негативні думки стосовно світу» ($p < 0,01$) та «самоїдство» ($p < 0,001$).

При порівнянні групи респондентів за статтю спостережена статистично значуща різниця між групами по шкалі «самоїдство» ($p < 0,05$), тобто чоловіки мають вищий рівень самоїдства ніж жінки.

Завдяки тесту «Опитувальник посттравматичного зростання» досліджено показник «психодуховне зростання»: у 55% респондентів більшості спостерігається високій рівень індексу посттравматичного зростання, тобто знаходиться в проміжку між 64-105 балів; середній рівень (33-63 бала) виявлено у 36% осіб, та низький рівень індексу (від 0 до 32 балів) виявлено лише у 9% респондентів.

При вивченні складових посттравматичного зростання виявлено наступне: за шкалою «ставлення до інших» у більшості респондентів (44%) виявлено середні показники, низьки та середні показники мають 28% респондентів; по шкалі «нові можливості» більшість респондентів (52%) мають високі показники, низьки значення за даною шкалою мають 23%, середні показники виявлено у 25% осіб; за показником «сила особистості» більшість респондентів мають середні та високі показники за даною шкалою – 41% та 42% особи відповідно, 17% осіб мають низькі показники; за показником «духовні зміни» для більшості респондентів притаманні низькі та середні показники – 36% та 37,5% осіб відповідно, 26,5% осіб мають високі показники за даною шкалою; за показником «цінність життя» більшість респондентів мають середні та високі показники – 44% та 42% відповідно, 14% осіб мають низький показник.

При аналізі взаємозв'язку між шкалами методик «Шкала психологічного стресу RSM-25» та «Опитувальник посттравматичного зростання» (коефіцієнт кореляції Спірмена) було виявлено, що ІППН має слабку негативну кореляцію зі шкалою «духовні зміни» ($p < 0,01$), ІППН також слабку негативно корелює з ІПЗ.

При порівнянні груп респондентів між собою з метою виявлення можливої різниці між шкалами методик «Шкала психологічного стресу RSM-25» та «Опитувальник посттравматичного зростання» з використанням критерію Т-Ст'юдента, виявлено суттєву різницю між групами по шкалі «духовні зміни» ($p < 0,05$), тобто чоловіки мають більш високий рівень духовних змін, ніж жінки.

При вивченні диспозиційної вітальності особистості було використано тест «Шкала психологічної відновлюваності Бека» (Brief Resilient Coping Scale) та виявлено низький рівень у 34%, середній рівень у 39% осіб, високий рівень даного показника виявлено у 27% осіб.

При порівнянні показника «психологічна відновлюваність» між групами жінок та чоловіків виявлено таку тенденцію: у чоловіків середній та

високий рівень даного показника (50% та 33% відповідно), у жінок - низький рівень (37,5%).

При дослідженні показника «вітальність» завдяки методиці «Шкала суб'єктивної диспозиційної вітальності Р. Райана та С. Фредерік» спостережена наступна тенденція: низькі показники виявлено по шкалі «вітальність як стан» (ср.зн. – 24,8), більш високі по шкалі «вітальність як риса» (ср.зн. – 26,2).

При порівнянні груп між собою за показниками трьох змінних: «відновлюваність», «вітальність/стан» та «вітальність/риса» (критерій U-Манна-Уїтні) виявлена різниця за шкалою «відновлюваність» ($p < 0,05$). По шкалах «вітальність як стан» та «вітальність як риса» статистично значущої різниці між чоловіками та жінками не виявлено.

При вивченні зв'язків між показниками «інтегральний показник психічної напруженості», «індекс посттравматичного зростання» та «суб'єктивна диспозиційна вітальність» завдяки кореляційному аналізу (коефіцієнт кореляції Спірмена) виявлено суттєвий прямий зв'язок між шкалами «індекс посттравматичного зростання» та «вітальність як стан» ($p < 0,01$) та «вітальність як риса» ($0p < 0,001$); зворотний зв'язок між шкалами «інтегральний показник психічної напруженості» та вітальністю особистості ($p < 0,01$ та $p < 0,001$).

При порівнянні груп респондентів між собою (критерій U-Манна-Уїтні) статистично значущі відмінності виявлено за шкалами «відновлюваність» ($p < 0,05$) - жінки мають вищий показник та «індекс посттравматичного зростання» ($p < 0,05$) - чоловіки мають вищий показник.

За шкалами «вітальність як стан», «вітальність як риса» та «інтегральний показник психічної напруженості» значущих відмінностей між чоловіками та жінками не виявлено.

Для дослідження нормальності розподілу за трьома методиками: «Шкала психологічного стресу RSM-25», «Шкала суб'єктивної диспозиційної вітальності» (Р. Райана та С. Фредерік) та «Опитувальник посттравматичних

когніцій», використовувався критерій Колмогорова-Смирнова та виокремлено дві шкали, які мають статистично значущий результат на високому рівні ($p < 0.001$): шкала «негативні думки стосовно себе» та шкала «самоїдство» ($p < 0.01$).

Виявлено, що дві групи розрізняються між собою по шкалах «відновлюваність» ($p < 0.05$); «індекс посттравматичного зростання» ($p < 0.05$); «духовні зміни» ($p < 0.05$). За шкалою «ІППН» статистично значущих відмінностей немає.

На основі проведеного дисперсійного аналізу (ANOVA) виявлено, що стать не впливає на відчуття відновлюваності та вітальності. Стать пояснює лише 3% загальної варіації переживань, що є дуже низьким показником.

Виявлено статистичну різницю між шкалами: «духовні зміни», «самоїдство», «відновлюваність», «негативні думки про себе», «індекс посттравматичного зростання», «інтегральний показник психічної напруженості», «ставлення до інших», «нові можливості», «сила особистості», «цінність життя», «вітальність/стан», «вітальність/риса», «когніції», «негативні думки стосовно себе», «негативні думки стосовно світу» та переживанням людиною травматичних подій: $p < 0,01$. Шкали пояснюють 83% загальної варіації переживань.

Для порівняння генеральних дисперсій (критерій Фішера) двох незалежних вибірок - групи чоловіків та жінок – виокремлено такі шкали: «індекс посттравматичного зростання», «інтегральний показник психічної напруженості» та «когніції», які вказують на значну варіативність і наявність високих значень.

З низьким середнім значенням та низьким стандартним відхиленням виокремлено шкали: «духовні зміни», «самоїдство», «ставлення до інших» та «цінність життя», які вказують на меншу варіативність і більш рівномірний розподіл значень.

При вивченні впливу показника «вік» на складові травми завдяки регресійному аналізу виявлена слабка позитивна лінійна залежність.

ВИСНОВКИ

Таким чином, у ході вивчення особливості сучасної структури психотравми, а також дослідження її складових: диспозиційної вітальності, психологічної відновлюваності, ми дійшли наступних висновків:

1. Проаналізовано погляди науковців щодо проблеми дослідження основних складових психотравми особистості та виявлено, що сучасна структура психотравми розглядається науковцями як складне і багатогранне явище, яке інтерпретується через різні міждисциплінарні підходи: біопсихосоціальний підхід, нейробиологічний підхід, когнітивно-поведінкові моделі, психодинамічні теорії, екзистенційно-гуманістичний підхід, які описують різні рівні впливу на психіку людини.

Так, вивчення біологічних механізмів допомагає розуміти, як стресові події впливають на мозок, зокрема на роботу гіпокампу, амігдали та інших структур, що відповідають за емоційний та когнітивний контроль. Психотравми можуть спричиняти зміни на рівні нейротрансмітерів та гормонів, зокрема кортизолу, що відповідає за стресові реакції.

Психологічні аспекти дозволяють вивчити психологічні наслідки травматичних подій, такі як розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів, а також інші порушення, пов'язані зі стресом.

Соціальні фактори окреслюють вплив колективних травм, зокрема, військових конфліктів, природних катастроф, пандемій на суспільство.

Культурні та контекстуальні аспекти досліджують, як культурні відмінності та контекстуальні фактори впливають на сприйняття та обробку травматичних подій.

Розвиткові та вікові аспекти також враховуються при розумінні, як психотравма впливає на людей різного віку, оскільки травматичні події можуть мати довгострокові наслідки.

2. Емпірично досліджено структуру психотравми особистості, зокрема базові установки, психічну напруженість особистості та виявлено, що, незважаючи на те, що травма викликає у людини занепокоєння та тривогу, респонденти мають низький інтегральний показник психічної напруженості. Проте більшість досліджуваних демонструють деякі відчуття травмованості, зокрема через когнітивні установки, що стають більш актуальними у особистості, яка зазнала вплив травматичних подій: «негативні думки стосовно себе», «самоїдство» та «негативні думки стосовно світу» мають тісний зв'язок з «інтегральним показником психічної напруженості». Також виявлено, що чоловіка притаманно самоїдство більше, ніж жінкам.

3. Емпірично досліджено диспозиційну вітальність особистості, яка зазнала психотравму та виявлена різниця між чоловіками та жінками за показником «психологічна відновлюваність»: чоловіки демонструють середній та високій рівень даного показника, жінки мають низький рівень.

Також виявлена різниця між вітальністю як станом, середні показники якого є нижчими, порівняно з показниками вітальності як риси особистості. Що може вказувати на те, що респонденти відчувають більшу стабільність та загальний життєвий тонус як постійну характеристику (рису), ніж як змінний стан.

Виявлено статистично значущу різницю між групами респондентів за статтю тільки по шкалі «відновлюваність».

По шкалах «вітальність як стан» та «вітальність як риса» статистично значущої різниці між середніми значеннями для чоловіків і жінок не виявлено. Це вказує на те, що вітальність як стан і як риса є подібними для обох статей, незважаючи на можливі різниці в інших аспектах, таких як відновлюваність.

Відсутність статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками у вимірі вітальності свідчить про те, що загальна енергійність або життєва сила не сильно варіюються за статевою ознакою.

4. На основі отриманих даних вивчено вплив психотравми на зростання особистості та виявлено, що більшості респондентів характерний високий рівень індексу посттравматичного зростання, що свідчить про здатність значної частини людей знаходити в собі сили для розвитку після травматичних подій.

Такі складові посттравматичного зростання, як «ставлення до інших», «нові можливості», «сила особистості», «духовні зміни» та «цінність життя» мають, здебільшого, середні значення, що вказує на те, що переживання травми по-різному впливає на здатність людей підтримувати стосунки з іншими, на їхню можливість знаходити внутрішні ресурси для подолання труднощів, переосмисленню та збільшенню цінності життя для багатьох людей, також велика частина респондентів розглядає кризові ситуації як можливість для позитивних змін у житті, що є позитивним знаком з точки зору їхнього розвитку та адаптації. Проте, така складова, як «духовні зміни» має низькі та середні показники, що може свідчити про те, що не всі респонденти відчувають значний духовний ріст після травматичних подій.

Також виявлено, що чоловіки відчувають більші духовні зміни після переживання травматичних подій, ніж жінки; проте для жінок характерним є високий показник за «індексом посттравматичного зростання».

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що сучасна психотравма, її переживання, створює умови посттравматичного зростання, який є складним і багатогранним процесом, включаючим різні аспекти особистісного розвитку, такі як переосмислення цінностей, зміцнення внутрішніх сил, зміни в стосунках з іншими та можливе духовне зростання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абаніна Г., Корецький В. Психологічні особливості життєвої перспективи комбатантів. Вчені записки Університету «КРОК», 2022. №2(66). С. 157–164. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-66-157-164>
2. Абаніна Г. В. Використання наративних практик для подолання наслідків психотравмуючих ситуацій. Особистість в умовах кризових викликів сучасності. Матеріали методологічного семінару НАПН України / За ред. академіка НАПН України С.Д. Максименка. Київ, 2016. С. 427–433.
3. Ассонов Д., Хаустова О. Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. Психосоматична медицина та загальна практика, 2019. Т.4. №4. DOI:[10.26766/pmgp.v4i3-4.219](https://doi.org/10.26766/pmgp.v4i3-4.219)
4. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії / наук. ред.: В. Горбунова, В. Климчук. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
5. Володарська Н.Д. Технології активізації процесу самодетермінації розвитку особистості: діалогово-феноменологічний підхід // Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том VI: Психологія обдарованості. Випуск 13. Київ-Житомир: Видавництво ЖДУ ім. І. Франка, 20017. С.32-38.
6. Варбан Є. О. Психодіагностика стратегій подолання критичних життєвих ситуацій : деякі підходи та методи // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 12, Психологічні науки. К., 2007. № 17 (41), ч. 2. С. 177-182.
7. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. [Пер. з англ. О.А. Наконечна, О.В. Шлапак]. Львів : Видавництво Старого Лева, 2019. 424 с.
8. Гершанов О. Основи роботи з травмою. за підтримки Ради Європи у межах проекту «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень», 2014. 26 с.

9. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання / Збірник наукових праць. Національна Академія Державної Прикордонної Служби України, 2015. No1 (74). 390 с.
10. Діденко Г. О. Етапи дослідження травматичних подій в психологічній науці. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. 2017. V (51), Issue 112. 65–68.
11. Діденко Г. О. Теоретичний аналіз сучасних моделей посттравматичного зростання. Науковий вісник Херсонського державного університету : серія Психологічні науки / гол. ред. О. Є. Блинова. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2018. Вип. 2. 35–39.
12. Дзюба Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: зміст, особливості, наслідки: Актуальні проблеми психології: зб. наук. Праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К.: Видавництво «Фенікс», 2012. Т. XII. Психологія творчості. Вип. 15. Част. II. С. 113-120.
13. Дубчак Г.М. Психологічні особливості прояву стресостійкості студентів. Режим доступу: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v9/i9/27.pdf>
14. Іваненко Б. Б. Психологічна травма як чинник самодеструктивної поведінки особистості / Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія : Педагогіка, психологія, філософія. К., 2016. Випуск 239. 95 с.
15. Кіреєва З.О., Турлаков І. Взаємозв'язок резильєнтності та копінг-стратегій осіб під час війни / Наукові перспективи. 2024. Вип.2 (44). С.1321-1332.
16. Кіреєва З.О., Мазурік В.М. Проектування життя, як самоздійснення / «Пізнавальний та перетворювальний потенціал історичної психології як науки». Одеса: матеріали IV Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції/ за заг. редакцією Родіни Н.В., Альошина О.М., Кононенко О.І. О.: Видав-во ОНУ імені І.І.Мечникова. 2017. С.171-173.
17. Кириченко Т.В. Психологічний зміст саморегуляції особистості // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2017. Вип. 3(1). С. 82– 87.

18. Когут О.О. Психологія стресостійкості особистості: Монографія. Кривий Ріг : Видавець Р. А. Козлов, 2021. 320 с.
19. Козігора М.А. Поняття тривалого травматичного стресу та контексти його застосування. Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки. No 4. 2021. С. 17-25.
20. Козігора М. А. Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. Науковий вісник Херсонського державного університету: наук. збірник. Серія «Психологічні науки». Херсон. 2022. Вип. 2. С. 20–27.
21. Козігора М. А. Вразливість чоловіків і жінок у моральнотравмуючих ситуаціях під час повномасштабного вторгнення в Україну. «Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології». Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології: матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. (27 - 28 квітня 2023 року). Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2023.
22. Кокун О. М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : Методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
23. Колесніченко О. Структура та зміст методики «Стійкість до бойової психологічної травматизації» фахівця екстремального виду діяльності // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки / [гол. ред. О. Ф. Волобуєва]. Хмельницький : Видавництво НАДПСУ, 2018. № 1(9). С. 110-126.
24. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
25. Лозінська Н.С. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. Питання психології / Вісник Національного університету оборони України, 2018. Вип. 2 (50). С. 65-73.
26. Львов О. О., Жабко Н. В. Важливість профілактики та корекції посттравматичних стресових розладів. Арт – терапевтичний підхід.

- Психологічні та психотерапевтичні аспекти // Прості арт – терапії : [Зб. наук. праць] / УМО, 2018, ВГО «Арт – терапевтична асоціація», 2018; [Редкол. : Лушин П. В., Чуприков А. П. та ін.]. К. : Золоті ворота, 2018. Спец. вип. 159 с.
27. Мартинюк І., Кухта М. Специфіка побудови життєвих стратегій та перспектив представниками різних вікових груп // Соціологія, політологія. 2014. № 1. С. 34–40.
28. Оверченко А. І. Психологія травмуючих ситуацій [Текст]: навч. посібн. / Нац. акад. внутр. справ К.: НАВС, 2013, 179 с.
29. Особистісні ресурси людини на різних етапах життя : колективна монографія / заг. ред. З. О. Кіреєва. Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. 256 с.
30. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
31. Павленко О. В. Життєві перспективи особистості, що знаходиться в умовах АТО. Психологічний часопис. 2019. №2. Вип. 22. С. 184–196.
32. Підручна І. Б. Психологічний аналіз категорії життєвої перспективи особистості. Психологічні перспективи, 2011. Випуск 18. С. 204-212.
33. Сандал О.С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості // Науковий вісник ХДУ. Серія : Психологічні науки, 2021. Вип. 2. С.49-62.
34. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій: методичні рекомендації // Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2017. 80 с.
35. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім “Персонал”», 2017. 160 с.

- 36.Христук О.Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності / Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ, 2017. №2. С. 183-191.
- 37.Хохліна О.П. До проблеми суті саморегуляції особистості // Перспективи втілення демократичних цінностей та реалізації прав людини в Україні: матеріали підсумкової наук.-теор. конф. Студентів. К.: Алерта. 2013. С. 290-292.
- 38.Цицей Р. М. Психічна травма як наслідок пережитої людиною надзвичайної ситуації [Електронний ресурс] // Проблеми екстремальної та кризової психології. Вип. 13. С. 258-265.
- 39.Чачко С.Л. Посттравматичне зростання як реалізація особистісного потенціалу // Потенціал особистості та тенденції його реалізації в умовах трансформаційних змін у суспільстві: колективна монографія. Одеса: Фенікс, 2011. С. 345-371.
- 40.Чачко С.Л. Психічна травма і посттравматичне зростання особистості як чинники соціальних змін / Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2011. С. 268-276.
- 41.Чачко С.Л., Ярославський Д. Гендерні особливості переживання тривалого травматичного стресу в умовах воєнних загроз в Україні / Перспективи та інновації науки. 2023. №15 (33). С.916-927.
- 42.Шебанова В. І., Діденко Г. О. Вплив травматичних подій на особистість: історичний аспект : Соціальні трансформації у кризовий період : матеріали II міжнародної науково-практичної конференції. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2017. 52–55.
43. Штепа О. С. Особливості зв'язку психологічної та персональної ресурсності особистості // Проблеми сучасної психології: Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН. Вип. 21. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2013. С. 782-791.

44. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
45. Andrew J. Smith, David Pincus, Bernard P. Ricca Targeting social behavioral actions in the context of Trauma: Functional outcomes and mechanisms of change. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023. Vol. 28(3) DOI:10.1016/j.jcbs.2023.04.008
46. Bondaruk. Yu.S. Psychological features of post-traumatic stress disorder as a complex of human reactions to a traumatic situation. *Virtus*, 2018. № 26, 43-47. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/713132/>
47. Borja S. E., Callahan J. L., Long P. J. Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors // *Journal of Traumatic Stress*. 2006. 19 (6). P. 905–914.
48. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., and Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford Publications.
49. De Jong J., Komproe I.H., Spinazzola J., van der Kolk B.A., Van Ommeren M.H. DESNOS in three postconflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress*. 2005. Vol.18, Pp.13–21.
50. Helzer, J.E., Robins, L.N., & McEvoy, L. Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 1987. Vol. 317(26). Pp. 1630-1634. doi: 10.1056/NEJM198712243172604
51. Hines S. E., Chin K. H., Levine A. R., & Wickwire E. M. Initiation of a survey of healthcare worker distress and moral injury at the onset of the COVID-19 surge. *American journal of industrial medicine*, 2020. Vol. 63(9). P. 830.
52. Hobfoll S. E., Tracy M., Galea S. The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks // *Journal of Traumatic Stress*. 2006. 19 (6). P. 867–878.

53. Ford JD, Grasso DJ, Elhai JD, Courtois CA. Social, cultural, and other diversity issues in the traumatic stress field. *Posttraumatic Stress Disorder*. 2015. Vol. Pp.503–46. doi: 10.1016/B978-0-12-801288-8.00011-X.
54. Ford J.D. Trauma, posttraumatic stress disorder, and ethnoracial minorities: Toward diversity and cultural competence in principles and practices. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008. Vol.15. Pp. 62–67.
55. Calhoun L. G., Tedeschi R. G. The foundations of posttraumatic growth: New considerations. // *Psychological Inquiry*. 2004. Vol.115. P. 93–102.
56. Kubiak S. Trauma and cumulative adversity in women of a disadvantaged Social location. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005. Vol.75. Pp. 451–465.
57. Linley P. A., Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review// *Journal of Traumatic Stress*. 2004. 117 (1). P. 11–21.
58. Miguel-Alvaro, A., Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. Quality of memories in battered women: Analysis of positive narratives. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2022. doi: 10.1037/tra0001355.
59. Mueser K., Hiday V., Goodman L., Valentini-Hein D. Persons with physical and mental disabilities. In: Green B.L., editor. *Trauma interventions in war and peace: Prevention, practice, and policy*. Kluwer Academic/Plenum Publishers; New York: 2003. Pp. 129–154.
60. Morrell-Bellai T., Goering P.N., Boydell K.M. Becoming and remaining homeless: A qualitative investigation. *Issues in Mental Health Nursing*. 2000. Vol.21. Pp. 581–604.
61. Nosek M., Howland C., Young M. Abuse of women with disabilities: Policy implications. *Journal of Disability Policy Studies*. 1997. Vol. 8. Pp. 157–175.
62. Vitzthum K, Mache S, Joachim R, Quarcoo D, Groneberg DA. Psychotrauma and effective treatment of post-traumatic stress disorder in soldiers and peacekeepers. *J Occup Med Toxicol*. 2009. Vol.4. Pp. 21. doi: 10.1186/1745-6673-4-21.

63. Krupnik, V. (2018). Differential effects of an evolutionary-based EMDR therapy on depression and anxiety symptoms: a case series study. *J. EMDR Pract. Res.* 12, 46–57. doi: 10.1891/1933-3196.12.2.46
64. Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology* 25. Pp. 256–261. doi: 10.1037/trm0000169
65. Krupnik, V. (2020). “On a path to integration of the theory and practice of depression: evolution, stress, and predictive processing,” in *Depression and Anxiety: Prevalence, Risk Factors and Treatment*, ed. S. L. Becker (New York, NY: Nova Science Publishers, Inc), 1–55.
66. Spytyska, L. Psychological trauma and its impact on a person’s life prospects. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series “Pedagogy and Psychology”*, 9(3), 82-90. doi: 10.52534/msu-pp3.2023.82.
67. Shay J. Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 2014. Vol.31.Pp. 182–191.
68. Wagner, A. C., Monson, C. M., & Hart, T. L. (2016). Understanding Social Factors in the Context of Trauma: Implications for Measurement and Intervention. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(8), 831–853. <https://doi.org/10.1080/10926771.2016.1152341>
69. Williamson V., Murphy D., Phelps A., Forbes D., & Greenberg N. Moral injury: the effect on mental health and implications for treatment. *The Lancet Psychiatry*. 2021. Vol. 8(6). Pp. 453–455.
70. Walker D.F., Courtois C.A., Aten J., editors. *Spiritually oriented psychotherapy for trauma*. American Psychological Association; Washington, DC: 2014.
71. Zasiékina L., Pastryk T., Kozihora M., Fedotova T. & Zasiékin S. Cognition, Emotions, and Language in Front-Line Healthcare Workers: Clinical and Ethical Implications for Assessment Measures. *Psycholinguistics*. Hryhorii Skovoroda University in Pereiaslav. 2021. Volume 30, Issue 1. Pp. 8–25.