

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено _____

Кваліфікаційна робота

другий (магістерський) рівень вищої освіти
спеціальність 053 «Психологія»

ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ЖИТТЄВИХ ВТРАТ

Виконав (-ла):
студентка групи ПС23-1зм
Островська І. Б.

Керівник:
доцент кафедри психології,
доктор психол. наук,
Деркач Л. М.

Завідувач випускової кафедри:
к. психол. н., доцент
Панфілова Г.Б.

2024 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ЖИТТЄВИХ ВТРАТ	7
1. Стан дослідження феномену психологічної травматизації у парадигмі	7
1.1.1. Вітчизняна наукова психологічна школа	7
1.1.2. Зарубіжні наукові психологічні напрями	11
1.1.3. Порівняльний аналіз наукових підходів до розуміння феномену травматизації	14
1.2. Фактори, що спричиняють травматизацію особистості в умовах життєвих втрат	17
1.3. Наслідки психологічної травматизації та способи її подолання	22
<i>Висновки до розділу 1</i>	26
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	27
2.1. Методологічні підходи детермінації екстремальної поведінки особистості, що призводять до психологічної травматизації під час життєвих втрат	27
2.1.1. Нейродинамічний та психофізіологічний підхід (Е. Бовард, Е. Геллхорн)	27
2.1.2. Мотиваційний підхід (Ж. Фестінгер, К. Левін)	32
2.1.3. Психоаналітичний підхід	39
2.1.4. Когнітивний підхід (Дж. Келлі, А. Елліс)	42
2.2. Моделі адаптивного переживання втрати (Рибик Л.А., Власенко І.А., Романишин Р. та ін.)	46
<i>Висновки до розділу 2</i>	51
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ЖИТТЄВИХ ВТРАТ	52
3.1. Цілі, завдання, гіпотези та організація емпіричного дослідження	52
3.2. Методики емпіричного дослідження психологічної травматизації	53
3.3. Методики діагностики психологічної травматизації	54
3.4. Результати дослідження: кількісна та якісна інтерпретація показників	56
3.5. Розробка психотерапевтичної програми майндфулнес-підходу (за В.Л. Зливковим)	82
<i>Висновки до розділу 3</i>	85
ВИСНОВКИ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	89
ДОДАТКИ	101

ВСТУП

Актуальність дослідження. Переживання життєвих втрат є невід'ємною частиною людського досвіду, проте їхній вплив на психічне здоров'я особистості залишається однією з найгостріших проблем сучасної психології. Травматичні події, такі як втрата близької людини, соціального статусу або сенсу життя, нерідко призводять до психологічної травматизації, яка супроводжується стресом, тривожністю, депресією та іншими негативними наслідками. В сучасних українських реалій актуальність цієї проблеми лише посилюється.

Тема психологічної травматизації у життєвих втратах є предметом глибокого дослідження як у вітчизняній, так і в зарубіжній психології. Вітчизняна наукова школа представлена роботами, що акцентують увагу на соціокультурних і індивідуальних аспектах травматизації (В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, Т. Б. Партико, О. В. Медведева) [17, 25, 36, 29]. Особливості горювання та переживання втрат детально аналізуються у працях Л. А. Рибик, І. А. Власенка, Н. Д. Вінника та інших дослідників, які висвітлюють специфіку кризових станів у контексті трансценденції, адаптації та відновлення [6, 7, 39].

Зарубіжні дослідження також пропонують багатовимірне розуміння феномену травматизації, зокрема через концепції нейродинамічних процесів (Е. Бовард, Е. Геллхорн) [54, 56], мотиваційного підходу (Дж. Фестінгер, К. Левін) [22, 53], когнітивних схем (Дж. Келлі, А. Елліс) [61], а також психоаналітичні теорії (З. Фройд, М. Кляйн) [24]. У своїх дослідженнях науковці розглядають психоонкологічні інтервенції як спосіб зменшення емоційного стресу та підвищення якості життя у кризових ситуаціях [55].

Попри значний науковий прогрес, низка аспектів залишається недостатньо вивченою. Зокрема, інтеграція моделей адаптивного переживання втрати (Рибик Л. А., Романишин Р., Грицевич Т.) з когнітивними та нейродинамічними підходами все ще потребує подальшого розгляду.

Цікавими також є праці щодо впливу психологічної травматизації на часові перспективи особистості (Ф. Зімбардо, Ю. М. Швалб) [59, 60].

Таким чином, комплексний аналіз вітчизняних та зарубіжних теоретичних і практичних здобутків забезпечує основу для глибшого розуміння феномену травматизації, формування нових наукових підходів та психотерапевтичних стратегій.

Мета роботи - визначити психологічні механізми травматизації особистості під час життєвих втрат та обґрунтувати ефективні підходи до їхнього подолання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні основи вивчення феномену психологічної травматизації у вітчизняній та зарубіжній психології.
2. Дослідити фактори, які зумовлюють травматизацію особистості в умовах життєвих втрат.
3. Розкрити наслідки психологічної травматизації та способи їхнього подолання.
4. Охарактеризувати методологічні підходи до дослідження екстремальної поведінки, що виникає внаслідок втрат.
5. Розробити емпіричну програму дослідження травматизації та перевірити її ефективність.
6. Запропонувати рекомендації для психотерапевтичної роботи з травматизованими особистостями.

Об'єкт дослідження - психологічна травматизація особистості під час життєвих втрат.

Предмет дослідження - механізми травматизації особистості та підходи до подолання її наслідків у процесі адаптації до життєвих втрат.

Гіпотеза дослідження. Психологічна травма призводить до змін життєвої перспективи особистості. Гіпотеза базується на таких положеннях:

- Існують відмінності у життєвій перспективі між групами людей, які пережили психологічну травму, та тими, хто її не зазнав.

- Гендерні відмінності впливають на характер переживання психологічної травми та її вплив на життєву перспективу.
- Ступінь змін життєвої перспективи корелює з інтенсивністю переживання психологічної травми: чим сильніше травматичне переживання, тим суттєвіші зміни у життєвій перспективі особистості.

Теоретико-методологічною основою дослідження є міждисциплінарний підхід, який об'єднує такі концепції, як теорії психологічної травматизації та адаптації: концепція «роботи горя»; теорія життєвої перспективи: Моделі життєстійкості та емоційної стійкості: підходи до аналізу життєстійкості як ресурсу адаптації до екстремальних ситуацій. Методологічна основа включає системний, когнітивний та емоційно-фокусований підходи до аналізу психологічних явищ, що забезпечують комплексний розгляд впливу травматизації на життєву перспективу особистості.

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі **методи дослідження**: *теоретичні* – аналіз та узагальнення наукових джерел, систематизація концепцій щодо психологічної травматизації, її наслідків та шляхів подолання.; *емпіричні* – опитування, психологічне тестування; *математико-статистичної обробки даних* – кореляційний аналіз Пірсона, кластерний аналіз алгоритм К-середніх, встановлення відмінностей між групами за допомогою критерію U-Манна-Уїтні в пакеті IBM SPSS Statistics 20; *інтерпретаційні* – аналіз, синтез, систематизація отриманих даних, порівняння з результатами інших досліджень.

Відповідно до теоретичних положень було обрано такі **психодіагностичні методика**: методика PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, Д. Уотсон, А. Теллеген) для оцінки позитивних і негативних емоційних станів; методика самооцінки емоційних станів (А. Уесманн, Д. Рікс) для виявлення рівня емоційного виснаження; методика життєстійкості (С. Мадді) для визначення здатності до адаптації в умовах стресу; опитувальник тимчасової перспективи ZPTI (Ф. Зімбардо) для оцінки

життєвих орієнтацій у часовому аспекті; методика дослідження життєвих перспектив (Ю.М. Швалб) для аналізу змісту життєвих цілей та цінностей.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків. Список використаної літератури містить 61 найменувань, з них 9 – англійською мовою. Загальний обсяг – 106 сторінок. Робота містить 34 таблиць, 18 рисунків, 5 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ЖИТТЄВИХ ВТРАТ

1. Стан дослідження феномену психологічної травматизації у парадигмі

1.1. Вітчизняна наукова психологічна школа

Психологічна травматизація є багатогранним феноменом, що привертає значну увагу дослідників в умовах сучасних соціально-економічних і політичних викликів, які супроводжуються кризовими ситуаціями та життєвими втратами. У контексті української психології це поняття досліджувалося в рамках як індивідуальних, так і колективних проявів травматизації.

На думку П. Горностая, психологічна травматизація розглядається як результат впливу екстремальних ситуацій, які виходять за межі адаптаційних можливостей особистості. У своїй монографії «Психологія колективних травм» дослідник наголошує, що травматизація може мати як індивідуальний, так і колективний характер, а її прояви залежать від соціального контексту, у якому знаходиться індивід. Зокрема, колективна травматизація впливає на формування суспільних настроїв і стереотипів поведінки, що посилює індивідуальне переживання травми [11, с. 85].

Ю. Кузьменко у своїй роботі «Психологічні особливості стану та наслідків для осіб, що пережили втрату близьких під час війни» акцентує увагу на тому, що психологічна травматизація в умовах війни має свої специфічні риси. Дослідниця вказує, що переживання втрат спричиняє комплексне поєднання емоційних і когнітивних розладів, серед яких домінують тривога, депресія та порушення сну. Крім того, авторка підкреслює, що травматизація є довготривалим процесом, який часто призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [20, с. 30].

І. Власенко та Н. Вінник у статті «Переживання втрати: специфіка, конфлікт, трансценденція» вказують на те, що психологічна травматизація виникає як реакція на переживання значних життєвих змін і втрат. Автори відзначають, що травматизація супроводжується внутрішньоособистісними конфліктами, які можуть мати як деструктивний, так і конструктивний вплив на розвиток особистості. Зокрема, вони наголошують на трансцендентному аспекті, коли переживання втрати стає джерелом особистісного зростання за умов відповідної психологічної підтримки [39, с. 34].

Підхід до визначення поняття «психологічна травматизація» також відображено в посібнику «Кризова психологія» під редакцією О. В. Тімченка, де акцентується увага на фізіологічних і психічних реакціях організму на травматичний стрес. Згідно з авторською концепцією, травматизація є наслідком дисбалансу між адаптаційними можливостями індивіда та інтенсивністю стресора, який спричиняє порушення регуляторних механізмів психіки [23, с. 119].

У навчальному посібнику «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи» під редакцією **Н. Пророк** підкреслюється багаторівнева природа травматизації, яка включає когнітивний, емоційний, поведінковий та фізіологічний аспекти. Автори посібника зазначають, що травматизація часто стає хронічною, якщо не забезпечено вчасного психологічного втручання [35, с. 72].

Таким чином, українська психологічна школа наголошує на комплексному характері травматизації, який охоплює широкий спектр психічних процесів і проявів.

Науковці сходяться на думці, що основними компонентами травматизації є:

- 1) вплив екстремальної ситуації, яка перевищує адаптаційні ресурси особистості;
- 2) когнітивно-емоційні та поведінкові порушення, які виникають унаслідок цього впливу;

3) необхідність психологічної підтримки та терапевтичної роботи для подолання наслідків травматизації.

Таблиця 1.1.

Основні підходи до визначення психологічної травматизації в українській психології

Автор	Визначення поняття	Ключові аспекти
П Горностаї	Психологічна травматизація – результат впливу екстремальних ситуацій, що перевищують адаптаційні ресурси особистості.	Індивідуальна і колективна травма; соціальний контекст.
Ю Кузьменко	Стан довготривалого психоемоційного дисбалансу, спричиненого життєвими втратами та кризовими ситуаціями.	Емоційно-поведінкові порушення, тривалі наслідки.
І. Власенко, Н. Вінник	Реакція на втрату, що супроводжується внутрішньоособистісними конфліктами, які можуть стати джерелом розвитку.	Внутрішньоособистісні конфлікти, адаптація.
Н. Пророк	Багаторівневе порушення психічних процесів, що вимагає комплексного підходу до терапії та реабілітації.	Комплексний підхід, реабілітація.
В. М. Заїка	Психологічна травматизація виникає внаслідок глибоких життєвих криз, які спричиняють стійкі емоційні та когнітивні порушення.	Діагностика криз, глибинні механізми травматизації.
К. В. Мирончак	Наслідок значущих життєвих втрат, які впливають на самоефективність особистості та здатність до соціальної адаптації.	Самоефективність, соціальна підтримка.
О. В. Медведєва	Травматизація в умовах воєнних дій – це хронічна форма стресу, що супроводжується тривожністю, втратою довіри та соціальною ізоляцією.	Війна, ПТСР, тривожність.
І. Ващенко, Б. Іваненко	Це реакція особистості на втрату життєвих ресурсів, що супроводжується активізацією захисних механізмів.	Психологічні ресурси, механізми захисту.
А. В. Курова	Травматизація визначається як втрата суб'єктивного благополуччя, викликана різкою зміною соціального контексту.	Суб'єктивне благополуччя, соціальна адаптація.

На рис 1.1. представлено основні компоненти психологічної травматизації відповідно до аналізу праць українських дослідників. В. М. Заїка акцентує увагу на проблемах діагностики життєвих криз, зокрема на важливості виявлення глибинних психологічних механізмів травматизації. У його роботах аналізується роль психотерапевтичної роботи як інструменту для відновлення порушених когнітивних і емоційних процесів [16, с. 39].

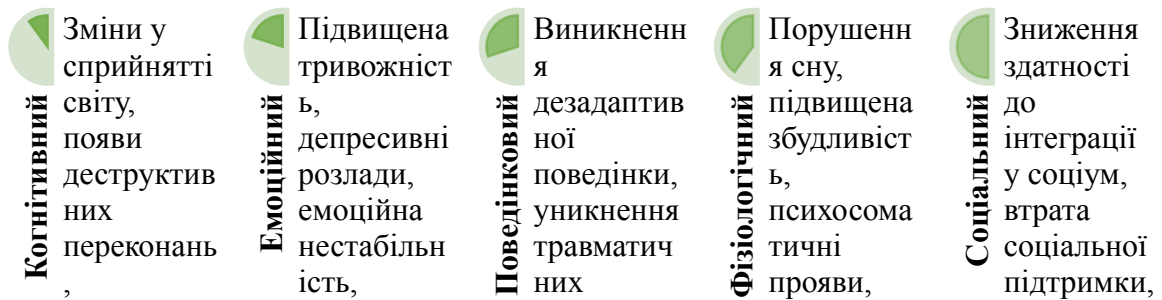


Рис. 1.1. Компоненти психологічної травматизації

Отже, узагальнення наукових підходів дозволяє глибше зрозуміти природу та специфіку травматизації в українському контексті, акцентуючи на необхідності врахування як індивідуальних, так і соціокультурних факторів.

Війна є одним із найбільш деструктивних факторів, які провокують масову травматизацію. О. В. Медведєва наголошує, що травматизація в умовах воєнних дій має особливий характер, пов'язаний із постійною загрозою життю, втратою близьких, руйнуванням соціального оточення та невизначеністю майбутнього. Авторка зазначає, що саме у воєнних умовах найбільш активно проявляється феномен «психологічного заціпеніння», коли особистість втрачає здатність до адекватного реагування та прийняття рішень [29, с. 207]. У свою чергу, К. В. Мирончак акцентує увагу на тому, що переживання втрати військовими суттєво впливає на їх самоефективність та адаптацію до бойових умов. Дослідниця визначає етапи переживання втрати як ключові орієнтири для психологічної підтримки та соціально-психологічного супроводу особистості [30, с. 65]. У її роботах підкреслюється, що військові, які переживають втрату побратимів, часто схильні до розвитку ПТСР (посттравматичного стресового розладу), що

ускладнює їхню реінтеграцію у мирне життя [31, с. 133]. Л. А. Рибак у своїх дослідженнях акцентує увагу на травматичних наслідках війни, зокрема на механізмах адаптації до нових умов життя. Авторка описує концепцію «адаптаційного потенціалу», який активізується в умовах кризи. Вона пропонує модель, що враховує як психологічні, так і соціальні чинники подолання травми.

І. А. Власенко разом із Н. Д. Вінник вивчають специфіку переживання втрат у контексті війни та пандемії. У своїх роботах вони зазначають, що травматизація часто супроводжується внутрішньоособистісними конфліктами, які можуть мати двоякий вплив. З одного боку, вони можуть бути джерелом деструкції, але за умов відповідної підтримки – трансформуватися у фактор особистісного зростання [6, с. 33]. О. Д. Кресан досліджує феномен втрати у контексті гуманістичної психології. На його думку, адаптація до травматичних подій залежить від здатності особистості знайти сенс у пережитих втратах. Він пропонує інтегрувати екзистенційні підходи в практичну психологію для допомоги тим, хто пережив тяжкі життєві втрати [22].

Отже, психологічна травматизація, згідно з узагальненням підходів українських дослідників - це багатовимірний феномен, що виникає внаслідок впливу екстремальних або кризових ситуацій, які перевищують адаптаційні можливості особистості, та супроводжується порушеннями в когнітивній, емоційній, поведінковій і соціальній сферах. Цим визначенням будемо оперувати в подальшому дослідженні.

1.2. Зарубіжні наукові психологічні напрями

У зарубіжній психології дослідження феномену психологічної травматизації розвивалися через аналіз складних життєвих криз, екстремальних ситуацій та їх впливу на психічний стан особистості. Основними аспектами цих досліджень є вивчення емоційних, когнітивних, поведінкових і фізіологічних реакцій на травматичні події. Поряд із цим розглядаються механізми подолання травматизації, які включають

когнітивно-поведінкові підходи, соціальну підтримку та екзистенційні інтервенції.

Е. Ліндеманн, у своїй роботі «Симптоматика та лікування гострого горя», визначає травматизацію як результат реакції на значну втрату, що характеризується низкою типових емоційних і поведінкових змін. Він підкреслює, що гостре горе не обмежується емоційними переживаннями, але впливає і на когнітивну сферу: втрата концентрації, дезорієнтація, труднощі з прийняттям рішень. Автор пропонує фазовий підхід до переживання горя, який складається з п'яти стадій: заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття [24, с. 160].

Д. Барлоу розглядає психологічну травматизацію через призму розвитку тривожних розладів. Він зазначає, що травматизація, викликана критичними життєвими подіями, може призводити до хронічної тривожності або панічних атак. Автор виділяє два основних компоненти травматизації:

1. Гіперактивація системи стресової реакції, яка посилює сприйняття загрози.
2. Дисфункціональні когнітивні моделі, що закріплюють травматичний досвід і формують страх перед майбутнім [53].

Барлоу підкреслює, що тривожні стани, пов'язані з травматизацією, потребують когнітивно-поведінкової корекції, яка дозволяє особистості вийти із замкненого кола негативних думок.

Е. Бовард у своїх дослідженнях акцентує увагу на ролі соціального контексту у формуванні травматичних реакцій. У статті «*The effects of social stimuli on the response to stress*» він аналізує, як втрата соціальної підтримки чи вплив негативних соціальних стимулів може підсилювати стресові реакції. Автор стверджує, що ізоляція є потужним тригером травматизації, особливо в умовах тривалих кризових ситуацій [54, с. 277].

Важливий висновок Е. Бовард: травматизація значно посилюється за відсутності адекватної соціальної підтримки, що вимагає її врахування при розробці кризових інтервенцій.

Е. Геллгорн розглядає травматизацію як багатовимірний процес, який включає глибокі фізіологічні зміни. У своїй роботі «*Stress and the body*» він аналізує взаємозв'язок між психоемоційним станом і функціонуванням вегетативної нервової системи. Автор вказує, що травматизація супроводжується хронічною гіперактивацією симпатичної нервової системи, що призводить до психосоматичних розладів, таких як порушення сну, серцево-судинні захворювання та розлади травлення [56, с. 490].

Вчений Г. Фаллер. у своїй систематичній роботі про вплив психологічних інтервенцій на емоційний стан пацієнтів із раком підкреслюють, що травматизація, викликана діагнозом і лікуванням, може бути суттєво зменшена через терапевтичні втручання. Вони довели, що такі підходи значно підвищують якість життя пацієнтів і зменшують їхню емоційну напругу [55, с. 787].

Класифікація травматизації за зарубіжними дослідниками дозволяє глибше зрозуміти її природу, різновиди та механізми впливу. У таблиці 1.2 представлено узагальнену класифікацію травматизації.

Таблиця 1.2.

Класифікація травматизації за зарубіжними дослідниками

Критерій класифікації	Форма травматизації
1. За тривалістю впливу	Гостра травматизація
	Хронічна травматизація
2. За рівнем впливу	Особистісна травматизація
	Колективна травматизація
3. За характером проявів	Емоційна травматизація
	Когнітивна травматизація
	Фізіологічна травматизація
Інтервенції для подолання травматизації	Когнітивно-поведінкові підходи
	Екзистенційна терапія
	Соціальна підтримка

Класифікація за тривалістю впливу підкреслює різницю між короткостроковими (гостра травматизація) та довгостроковими (хронічна травматизація) наслідками. Гостра травматизація зазвичай виникає після одномоментних подій, таких як аварії чи напади, тоді як хронічна розвивається через тривалий вплив кризових ситуацій, наприклад, війни чи тривалої ізоляції.

Класифікація за рівнем впливу розмежовує індивідуальну (особистісну) травматизацію, яка стосується унікального досвіду людини, і колективну, яка проявляється в умовах масштабних суспільних подій, таких як війна чи пандемія.

Класифікація за характером проявів розкриває три основні аспекти травматизації:

1. Емоційний компонент включає тривожність, депресію та емоційну нестабільність.
2. Когнітивний компонент описує порушення мислення, включаючи негативні переконання та спотворені когнітивні схеми.
3. Фізіологічний компонент стосується соматичних порушень, таких як хронічна втома, безсоння чи фізичний біль.

Інтервенції для подолання травматизації акцентують увагу на трьох ключових підходах: когнітивно-поведінкових методах, екзистенційній терапії та соціальній підтримці. Вони доповнюють один одного, створюючи цілісну систему реабілітації.

Дослідження зарубіжних учених закладають фундамент для розуміння природи травматизації, розкриваючи її багатовимірний характер. Зарубіжні науковці, зробили значний внесок у вивчення емоційних, когнітивних і фізіологічних аспектів травматизації, а також у розробку ефективних методів подолання її наслідків. Висновки цих досліджень є цінними для практичної психології, особливо в умовах кризових ситуацій.

1.1.3. Порівняльний аналіз наукових підходів до розуміння феномену травматизації

Українська та зарубіжна наукові школи відрізняються своїм контекстом, акцентами й способами осмислення цього феномену, що зумовлено історико-соціальними умовами, у яких здійснюються дослідження.

Українські дослідники, такі як Павло Горностай, Юлія Кузьменко, Ірина Власенко, акцентують увагу на соціальному і політичному контекстах травматизації, зокрема в умовах війни, пандемії та соціальних криз. У їхніх роботах психологічна травматизація часто розглядається як явище, яке включає колективні аспекти, такі як суспільні настрої, соціальна дезадаптація та масові переживання. Зарубіжні науковці, зокрема Ернст Геллгорн, Ерік Ліндеманн, Девід Барлоу, більше зосереджуються на індивідуальних механізмах травматизації, її фізіологічних основах та когнітивно-поведінкових реакціях.

Порівняльний аналіз показує, що основні відмінності між підходами лежать у площині контексту досліджень, об'єкта уваги та інструментів інтервенції. Українські психологи більше орієнтовані на інтеграцію соціально-психологічного та екзистенційного підходів, тоді як зарубіжні вчені переважно застосовують когнітивно-поведінкові техніки та біопсихосоціальні моделі (табл 1.3.).

Таблиця 1.3.

Основні відмінності у розумінні феномену травматизації між українськими та зарубіжними дослідниками

Критерій	Українські дослідники	Зарубіжні дослідники
Контекст дослідження	Соціальні та політичні кризи, війна, пандемія. (Горностай П., Кузьменко Ю.)	Індивідуальні кризові події, такі як нещасні випадки, катастрофи, втрати. (Ліндеманн Е., Геллгорн Е.)
Об'єкт уваги	Колективна травматизація, соціальна адаптація, взаємодія з суспільством.	Індивідуальна травматизація, фізіологічні та когнітивні механізми травми.
Основні методології	Соціально-психологічний, екзистенційний та гуманістичний підходи. (Власенко І., Пророк Н.)	Когнітивно-поведінковий підхід, біопсихосоціальна модель. (Барлоу Д., Літтвуд Дж.)

Ключові аспекти травми	Вплив соціокультурних факторів, інтеграція адаптивних механізмів.	Реакція нервової системи, дисфункціональні когнітивні схеми.
Інтервенції	Соціально-психологічна підтримка, екзистенційна терапія.	Когнітивно-поведінкові техніки, кризове втручання, фармакологічна підтримка.

Об'єднання цих підходів дозволяє розширити уявлення про природу травматизації. Українська школа акцентує увагу на колективних аспектах травматизації, що є особливо актуальним у контексті військових дій, які охоплюють усе суспільство. Наприклад, Горностай зазначає, що травматичний досвід війни формує стійкі соціальні патерни, які впливають як на індивідуальні, так і на колективні рівні. Водночас зарубіжні науковці, такі як Геллгорн, наголошують на фізіологічних і когнітивних реакціях на стрес, які є універсальними незалежно від соціального контексту.

Українська психологічна школа приділяє увагу взаємозв'язку між соціальними та індивідуальними факторами травматизації. П. Горностай вказує, що колективні травматичні події (війна, пандемія) формують суспільні стереотипи та моделі поведінки, які ускладнюють адаптацію індивідів [11]. Ю. Кузьменко акцентує на емоційних та поведінкових аспектах травматизації, викликаних втратою близьких у воєнних умовах [20].

Важливим етапом аналізу є порівняння схожих рис у підходах до вивчення травматизації. Незважаючи на відмінності в акцентах, обидві школи визнають важливість комплексного підходу, який враховує когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти травми(рис 1.2.).

Українські дослідники	Зарубіжні дослідники
<ul style="list-style-type: none"> • Порушення когнітивної, емоційної та поведінкової сфер. • Аналіз впливу соціальних криз, пандемії, війни. • Використання соціально-психологічних програм підтримки • Відновлення адаптаційних механізмів, покращення соціальної інтеграції. 	<ul style="list-style-type: none"> • Порушення когнітивної, емоційної та поведінкової сфер. • Вплив катастроф, масових втрат, кризових ситуацій. • Використання індивідуальних терапевтичних підходів, таких як когнітивно-поведінкові техніки. • Відновлення когнітивного балансу, зменшення емоційного дистресу.

Рис.1.2. Спільні риси у підходах до вивчення феномену травматизації

Аналіз свідчить, що українські та зарубіжні дослідники сходяться в розумінні базових механізмів травматизації:

1. Травма впливає на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери.
2. Соціальний контекст відіграє ключову роль у формуванні травматичних реакцій.
3. Ефективні інтервенції потребують комплексного підходу, який враховує як індивідуальні, так і соціальні аспекти.

Проте вітчизняна наука більше акцентує увагу на колективному вимірі травматизації, тоді як зарубіжні дослідження орієнтовані на індивідуальну терапію та фізіологічні аспекти.

Таким чином, поєднання українських і зарубіжних підходів дозволяє не лише розширити теоретичне розуміння травматизації, але й створити комплексні програми психологічної допомоги, які враховують різноманітні аспекти цього явища.

2. Фактори, що спричиняють травматизацію особистості в умовах життєвих втрат

Психологічна травматизація особистості в умовах життєвих втрат є складним багатовимірним феноменом, який охоплює широкий спектр психологічних, емоційних, когнітивних і соціальних змін. Життєва криза, яку провокують травматичні події, такі як втрата близьких, здоров'я, соціального статусу чи життєвих цінностей, є однією з ключових причин травматизації. Життєва криза, як зазначає Т. Титаренко, є результатом руйнівних подій, що загрожують цілісності «Я» та вимагають переосмислення життєвих орієнтирів [46]. Вона супроводжується гострою необхідністю адаптації до нових умов, часто викликаючи сильний психологічний дискомфорт.

Одним із перших дослідників, хто систематизував процеси, пов'язані з переживанням втрат, був Е. Ліндеманн. У своїх роботах він описав симптоматику гострого горя, зокрема шок, емоційну дезорганізацію, депресію та фізичні симптоми, такі як порушення сну й апетиту [45]. Дж. Каплан розширив ці ідеї, стверджуючи, що життєві кризи виникають тоді, коли звичні механізми подолання проблем неефективні. Він наголошував, що форми переживання кризи залежать від типу особистості, її життєвого досвіду та енергетичних ресурсів. Життєві кризи класифікують за різними критеріями. Наприклад, за критерієм тривалості розрізняють мікрокризи, короткочасні кризи та довготривалі кризові стани [25].

За впливом на життєдіяльність кризи поділяються на нормативні, пов'язані з віковими чи життєвими змінами, і ненормативні, спричинені несподіваними подіями, такими як стихійні лиха, війна чи втрата роботи [4].

Фактори, що зумовлюють травматизацію, охоплюють як внутрішні, так і зовнішні аспекти. Втрата близьких є найпоширенішим і найпотужнішим фактором. За даними Ю.Кузьменко, втрата рідних чи друзів під час війни провокує глибокі емоційні переживання, включаючи відчуття безпорадності, гніву, провини та тривожності [20]. Такі емоції можуть стати причиною

посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Схожі висновки зроблено в дослідженнях А. Марченко, де підкреслюється значення психологічної підтримки для дітей, які втратили батьків під час воєнних дій. Підтримка повинна бути інтегративною, включаючи емоційну, когнітивну та соціальну компоненти [26].

Життєва криза викликає значні зміни у всіх підструктурах особистості.

- 1) По-перше, змінюється емоційна сфера: людина відчуває тривожність, страх, депресію, що супроводжується зниженням здатності до вольових дій.
- 2) По-друге, змінюється когнітивна сфера: порушуються увага, пам'ять і здатність до критичного мислення.
- 3) По-третє, перебудовується система життєвих цінностей: людина може втратити сенс життя або, навпаки, знайти нові орієнтири [25].

Важливим аспектом у розумінні життєвих криз є їхній взаємозв'язок із травматичними подіями. Травматична подія є екстремальною кризовою ситуацією, яка має потужний негативний потенціал. Як зазначає Р.А. Неймер, травматичні події порушують базове відчуття безпеки індивіда, що призводить до розвитку травматичного стресу [45]. Такий стрес часто викликає посттравматичний стресовий розлад, який супроводжується флешбеками, нічними кошмарами, униканням травматичних нагадувань і емоційною нестабільністю.

Ситуації, що викликають травматизацію, характеризуються раптовістю, інтенсивністю емоційного впливу та відсутністю психологічної готовності до події. Наприклад, у випадку війни людина може одночасно переживати кілька втрат: втрату близьких, дому та відчуття безпеки. Це ускладнює процес адаптації та може призводити до хронічних психосоматичних розладів [25].

Етапи переживання втрати є ключовим компонентом аналізу феномену травматизації. За А.Марченко, переживання втрати включає шок, вибух емоцій, депресію, фізичні симптоми страждання, прийняття реальності та реорганізацію [26]. Однак, якщо ці етапи проходять за патологічним

сценарієм, наслідком можуть стати хронічне або відтерміноване горе. У випадку хронічного горя людина тривалий час залишається в стані емоційної фіксації на втраті, що блокує її соціальну й особистісну активність.

Переживання втрати, як і горя, має складну емоційну та когнітивну структуру. Емоційний комплекс включає печаль, гнів, тривогу та безпорадність. Когнітивний – нав'язливі думки, втрату концентрації та відчуття «присутності» померлого. Поведінковий комплекс характеризується соціальною ізоляцією, униканням нагадувань про втрату та зниженням мотивації до життєдіяльності.

Для наочного представлення структури переживання втрати, у таблиці нижче наведено ключові аспекти цього феномену з професійним обґрунтуванням.

Таблиця 1.4.

Структура переживання втрати: емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти

Компонент	Ключові характеристики	Професійні обґрунтування
Емоційний комплекс	Смуток, гнів, тривога, безпорадність, почуття провини.	Емоційна реакція є природною відповіддю на втрату, яка супроводжується сильними почуттями, такими як смуток або злість. Наприклад, печаль викликає потребу у внутрішньому переосмисленні, тоді як гнів може бути способом зовнішнього вираження болю.
Когнітивний комплекс	Нав'язливі думки, втрата концентрації, відчуття «присутності» померлого.	У когнітивній сфері травма проявляється у вигляді порушення здатності мислити логічно, що пов'язано із зацикленням на спогадах чи думках про померлого. Це може включати відчуття «порожнечі» та втрати життєвих орієнтирів.

Поведінковий комплекс	Соціальна ізоляція, уникання нагадувань про втрату, зниження мотивації, пасивність.	Поведінкові реакції часто включають уникаючу поведінку або повну втрату інтересу до соціальних взаємодій. Наприклад, людина може свідомо уникати місць чи подій, пов'язаних із померлим, або демонструвати пасивність у звичних видах діяльності.
------------------------------	---	---

У таблиці 1.4 структуровано основні компоненти переживання втрати. Кожен із них відіграє важливу роль у формуванні загального стану особистості в умовах кризи. Взаємодія цих компонентів є основою для розробки психологічних підходів до підтримки осіб, які зазнали втрати. Емоційна складова підкреслює силу переживань, когнітивна вказує на внутрішні зміни, а поведінкова ілюструє вплив на зовнішню активність людини.

Таким чином, травматизація особистості в умовах життєвих втрат є багатовимірним феноменом, що зумовлюється як зовнішніми подіями, так і внутрішньою реакцією особистості на них.

Вивчення факторів, що зумовлюють травматизацію особистості, є ключовим аспектом у розумінні механізмів психологічного впливу кризових подій. Внутрішні та зовнішні фактори травматизації відображають різні рівні впливу: внутрішні зосереджуються на особистісних особливостях і психологічних процесах, тоді як зовнішні включають соціальні, економічні та культурні умови, які формують контекст подій. У таблиці 1.5 наведено систематизацію внутрішніх і зовнішніх факторів травматизації з їх докладною характеристикою.

Таблиця 1.5.

Внутрішні та зовнішні фактори травматизації особистості

Категорія факторів	Підкатегорії	Характеристика
---------------------------	---------------------	-----------------------

Внутрішні фактори	Особистісні риси	Підвищена емоційна чутливість, низька стресостійкість, схильність до тривожності.	Лукомська (2018): низький рівень емоційної регуляції підвищує ризик розвитку травматизації [25].
	Попередній досвід травматизації	Наявність у минулому травматичних подій посилює ймовірність негативної реакції на стрес.	Кузьменко (2022): накопичення стресового досвіду створює ефект «порогу чутливості» [20].
	Самооцінка та Я-концепція	Низька самооцінка, нестійка Я-концепція, схильність до самозвинувачень.	Д.Неймер (2021): особи з негативним образом себе менш ефективно адаптуються до втрат [45].
	Фізіологічний стан	Поганий фізичний стан, хронічні захворювання, низький енергетичний потенціал.	Марченко (2023): фізична втома або виснаження знижують психологічну стійкість [26].
	Когнітивні стилі	Нав'язливі думки, схильність до катастрофізації, песимістичний світогляд.	Т. Титаренко (2016): когнітивні упередження можуть блокувати ефективне опрацювання травми [46].
Зовнішні фактори	Соціальні умови	Відсутність соціальної підтримки, конфлікти в родині, ізоляція.	
	Економічні обставини	Фінансові труднощі, втрата роботи, економічна нестабільність.	Варій (2018): економічні кризи посилюють стресову реакцію, викликаючи почуття безпорадності [4].
	Культурний контекст	Норми та стереотипи, що ускладнюють вираження емоцій або звернення по допомогу.	
	Травматичний вплив середовища	Війна, природні катастрофи, техногенні аварії, пандемії.	Кузьменко (2022): війна створює багаторівневий травматичний вплив, що охоплює як індивідуальні, так і соціальні аспекти [20].
	Доступність психологічної допомоги	Відсутність доступу до кваліфікованої допомоги або її недостатня якість.	Марченко (2023): обмежені ресурси для психологічної підтримки можуть посилювати вплив травматичних подій [26].

Таблиця 1.5 ілюструє комплексність факторів, що зумовлюють травматизацію особистості. Розуміння цих факторів створює основу для розробки ефективних стратегій подолання травматизації, зокрема шляхом врахування як індивідуальних особливостей, так і соціального контексту. Фактори, що зумовлюють травматизацію, необхідно аналізувати в їх взаємодії. Внутрішні чинники, такі як когнітивні стилі та фізичний стан, визначають рівень стійкості особистості до зовнішніх стресорів.

Наприклад, особа з низьким рівнем емоційної регуляції може відчувати більше труднощів у періоди соціальної ізоляції чи фінансової нестабільності [25]. У той же час зовнішні фактори, такі як відсутність доступу до психологічної підтримки, можуть значно підсилювати вплив внутрішніх слабкостей [26].

Отже, аналіз внутрішніх і зовнішніх факторів травматизації демонструє, що цей феномен є багатовимірним процесом, на який одночасно впливають особистісні риси, життєвий досвід, когнітивні особливості та зовнішні умови, такі як соціальна підтримка, економічна стабільність і доступність психологічної допомоги. Взаємодія цих факторів визначає ступінь і глибину травматизації особистості.

1.3. Наслідки психологічної травматизації та способи її подолання

Психологічна травматизація, яка виникає внаслідок надзвичайних або критичних подій, впливає на когнітивну, емоційну, фізіологічну та поведінкову сфери особистості. Прийнято вважати, що її наслідки можуть бути як короткотривалими, так і довготривалими, значно ускладнюючи подальший розвиток особистості.

Психологічна травматизація – це стан, спричинений екстремальними ситуаціями, які порушують звичний перебіг життя та перевищують адаптаційні можливості людини. Як зазначає С.О. Лукомська, наслідки

травматизації варіюються залежно від типу травмувальної події, віку потерпілого, його внутрішніх ресурсів та соціальної підтримки [25, с. 188].

Основні наслідки:

1. Когнітивні наслідки: зниження концентрації уваги, розвиток дисоціативних симптомів, порушення пам'яті.
2. Емоційно-поведінкові прояви: депресія, тривожність, гнів, агресія, схильність до самоізоляції.
3. Фізіологічні зміни: порушення сну, вегетативні порушення, хронічна втома.
4. Соціальні наслідки: труднощі у встановленні міжособистісних стосунків, соціальна дезадаптація.

Як свідчать дані досліджень, травматизація часто призводить до порушень когнітивних функцій. У постраждалих спостерігається зниження пам'яті, утруднення у засвоєнні нової інформації, а також розвиток дисоціативних симптомів, як от амнезія травматичних подій [34, с. 35]. За концепцією Р. Герман, травматичні події «архівуються» у формі імпліцитної пам'яті, викликаючи флешбеки та інтрузивні думки [17, с. 78].

На думку Н.В. Оніщенко, горе та втрати є найбільш типовими проявами травматизації. Вони супроводжуються емоційними реакціями, такими як почуття провини, страху, сорому та безпорадності [34, с. 38]. Нерідко жертви переживають депресію або агресію, що спричиняє труднощі у соціальній адаптації.

Безсумнівно, що фізичні прояви є важливою складовою травматизації. Порушення сну, серцево-судинні реакції, зниження імунітету та вегетативні порушення є поширеними серед постраждалих. Як зазначає К.В. Мирончак, хронічна тривога часто супроводжується соматизацією – появою болю без видимої фізичної причини [30, с. 70].

У контексті соціальних наслідків травматизації важливо зазначити її вплив на міжособистісну взаємодію. Як свідчить досвід С.О. Лукомської, люди, які пережили травматизацію, часто стикаються із труднощами у довірі

до інших, зокрема через очікування повторної травми [25, с. 194]. На рис. 1.3. представлено короткотривалі прояви(наслідки травматизації) та довготривалі.

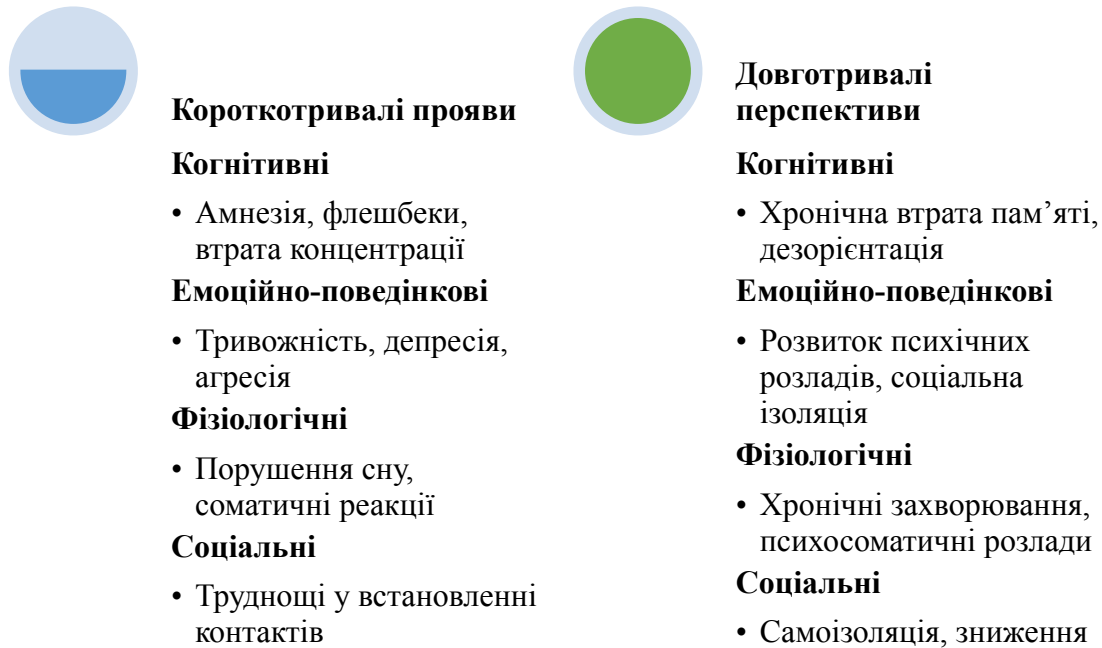


Рис.1.3. Наслідки травматизації та їхній вплив

Як зазначено на рис.1.3, кожен із наслідків травматизації може мати як короткострокові, так і довгострокові прояви. Згідно з даними Н.В. Оніщенко, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найбільш поширених психічних розладів серед осіб, які пережили травматичні події [34, с. 38].

Р. Герман вказує, що основою подолання наслідків є інтеграція травматичних спогадів у наративну пам'ять, яка дає змогу зменшити інтенсивність флешбеків [17, с. 80].

С.О. Лукомська підкреслює значення когнітивно-поведінкової терапії у формуванні адаптивних механізмів реагування на травматичні події [25, с. 195].

Сучасна психологія пропонує кілька підходів для подолання наслідків травматизації. Зокрема:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Як зазначає К.В. Мирончак, цей метод спрямований на зміну деструктивних переконань та формування нових моделей поведінки [30, с. 73].

Основні методи КПТ:

- Ідентифікація негативних переконань. Наприклад, жертва може вважати себе винною у травматичній ситуації.
- Трансформація дисфункціональних думок. Через техніки когнітивної реструктуризації жертва навчається сприймати подію з точки зору реальності.
- Контрольована експозиція. Постраждалий систематично стикається із травматичними спогадами, поступово зменшуючи їхній дистресний вплив.

2. Травмофокусована терапія (ТФ-КПТ). Її ефективність підтверджена численними дослідженнями. Терапія дозволяє структурувати травматичні спогади та мінімізувати їхній вплив [25, с. 193].

За даними В. Герман, ТФ-КПТ дає змогу «розчинити» травматичні переживання через їхній контрольований аналіз [17, с. 80].

Основні аспекти:

- Експозиційна техніка. Постраждалий відтворює травматичні події у безпечному середовищі під контролем терапевта.
- Робота з флешбеками. Через техніки рескрипції людина змінює сприйняття травматичних подій, зменшуючи їхній емоційний вплив.

3. Соціальна підтримка. Як свідчать дані, отримання допомоги від близьких значно зменшує ризик розвитку хронічних наслідків травматизації [34, с. 36].

4. Медикаменти використовуються як допоміжний засіб при подоланні тривожних, депресивних чи соматичних симптомів (антидепресанти, снодійні, бета-блокатори та ін.). Важливо зазначити, що медикаментозна терапія не є основним методом лікування, але часто використовується у поєднанні з психотерапією.

5. Групова терапія є потужним інструментом соціальної реінтеграції для постраждалих. Як вказує К.В. Мирончак, участь у групах

підтримки допомагає знизити рівень ізоляції, повернути впевненість у собі та отримати емоційну підтримку [30, с. 72].

б. Арт-терапія допомагає людям опрацьовувати емоції через малюнки, музику або скульптуру. Вона особливо ефективна для дітей та підлітків.

Тілесно-орієнтована терапія спрямована на зняття фізичної напруги, що накопичується через стрес. Методи, такі як йога, масаж або техніки танцювальної терапії, сприяють регуляції психофізіологічного стану.

Очевидно, що психологічна травматизація має багатогранні наслідки, які впливають на когнітивну, емоційну, фізіологічну та соціальну сфери. Ефективне подолання цих наслідків можливе лише за умов комплексного підходу, який включає як психотерапію, так і соціальну підтримку.

Висновки до розділу I

Психологічна травматизація спричиняється як зовнішніми (наси́льство, війна, стихійні лиха), так і внутрішніми факторами (особистісна вразливість, попередній травматичний досвід).

Перспективними є емпіричні дослідження ефективності інтегративних підходів у лікуванні наслідків травматизації, вивчення трансгенераційного впливу травм, а також розробка інноваційних методик ранньої діагностики та профілактики психологічних травм. Важливо також дослідити специфіку травматизації в умовах сучасних соціокультурних викликів, таких як війна та міграційні кризи.

Перспективними є емпіричні дослідження ефективності інтегративних підходів у лікуванні наслідків травматизації, вивчення трансгенераційного впливу травм, а також розробка інноваційних методик ранньої діагностики та профілактики психологічних травм. Важливо також дослідити специфіку травматизації в умовах сучасних соціокультурних викликів, таких як війна та міграційні кризи.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Методологічні підходи детермінації екстремальної поведінки особистості, що призводять до психологічної травматизації під час життєвих втрат

2.1.1. Нейродинамічний та психофізіологічний підхід (Е. Бовард, Е. Геллхорн)

Прибічники нейродинамічного та психофізіологічного підходу аналізують екстремальну поведінку з позиції функціонування психіки на рівні вищої нервової діяльності та її динаміки. У контексті цього підходу важливим є визначення двох ключових понять: нейродинаміка та психофізіологія.

Нейродинаміка вивчає активність нервової системи в умовах стресу та її адаптивні можливості. Цей напрям зосереджений на дослідженні того, як нейронна система реагує на вплив зовнішніх подразників і як ці реакції впливають на психічний стан індивіда [15, с. 48].

Психофізіологія визначається як наука про зв'язок між фізіологічними реакціями організму та психологічними переживаннями. У контексті психофізіології аналізуються зміни у вегетативній, серцево-судинній, дихальній та біохімічній системах, які виникають у відповідь на стресові ситуації [15, с. 50].

Важливим аспектом у межах даного підходу є встановлення зв'язку між психофізіологічними реакціями організму та переживаннями особистості. Е.Бовард (1962) довів, що формування позитивних емоцій забезпечується симпатичною частиною вегетативної нервової системи, тоді як негативні емоції або напруженість зумовлені активністю парасимпатичної частини. Так, симпатичний сплеск, типовий для станів бадьорості та оптимізму, при

подальшому зростанні викликає напруження, роздратування або навіть агресію [54].

Е. Геллхорн (1960) доповнив ці висновки, зазначивши, що дисбаланс між симпатичною та парасимпатичною системами може призводити до нестійких вегето-судинних реакцій, таких як лабільність пульсу, гіпергідроз чи стійкий дермографізм. Це є критично важливим у розумінні фізіологічних корелятивів травматичних переживань [56, с. 490].

Психофізіологічні дослідження також акцентують увагу на взаємодії біологічних та психологічних механізмів адаптації. За даними М.П. Козаченка, стійкість до стресу визначається силою та врівноваженістю нервової системи, що забезпечує зосередженість уваги навіть у складних умовах. Ці особливості взаємопов'язані зі стійкістю до перешкод, новизною, неочікуваністю та тривалістю впливу [22, с. 49].

На думку авторів, таких як А.К. Карпова та О.І. Фукін, компенсаторні механізми нервової системи забезпечують рівновагу між різними типами реакцій у відповідь на монотонію або втому. Це є ключовим фактором успішної адаптації до втрат [15, с. 51].

Нейродинамічний підхід є однією з ключових концепцій у психології, що аналізує поведінку особистості у стресових ситуаціях з точки зору нервової системи. Його теоретичні основи базуються на дослідженнях фізіологічних реакцій на стрес та адаптаційних можливостей організму. Важливе значення має розуміння фізіологічних механізмів, які активуються у відповідь на екстремальні умови. Одним із найвідоміших авторів, що сформував базис цього підходу, є Ганс Сельє, який розробив теорію стресу. Згідно з його концепцією, стрес є універсальною адаптаційною реакцією організму на зовнішні подразники. Сельє виділив три стадії стресу: тривога, адаптація та виснаження. На першій стадії організм мобілізує ресурси, на другій - адаптується до стресора, а на третій - зазнає виснаження, якщо стрес триває занадто довго або є надмірно інтенсивним. У рис. 1.1 представлено графічну модель стадій стресу за Гансом Сельє.

Роботи Е. Бовард та Е. Геллхорн стали значним внеском у розвиток нейродинамічного підходу, акцентуючи увагу на ролі нервової системи у переживанні екстремальних ситуацій. Бовард (1962) встановив, що емоційний стан особистості прямо залежить від активності симпатичної та парасимпатичної частин вегетативної нервової системи. Наприклад, симпатична активація сприяє формуванню позитивних емоцій, підвищенню частоти серцевих скорочень та концентрації кортизолу, тоді як парасимпатична регуляція спрямована на зменшення напруги, стабілізацію пульсу та зниження рівня гормонів стресу [49, с. 43]. Геллхорн (1960) звернув увагу на дисбаланс між цими двома системами, який може стати причиною хронічного травматичного стану. Так, надмірна активність симпатичної системи призводить до гіпервозбудження, тривоги та фізіологічних змін, таких як лабільність пульсу або гіпергідроз [54, с. 490].

Класифікація нейродинамічних реакцій на стрес включає дві основні категорії: симпатичну активацію та парасимпатичну регуляцію. Симпатична активація характеризується підвищенням енергетичного рівня організму, збільшенням серцевого ритму, концентрації кортизолу та глюкози в крові. Вона є відповіддю на загрозу і спрямована на підготовку організму до «боротьби або втечі». Парасимпатична регуляція, навпаки, активується після закінчення дії стресора і сприяє відновленню балансу, зниженню частоти серцевих скорочень та розслабленню організму [15, с. 50].

На рис 2.1 представлено основні види нейродинамічних реакцій на стрес та їхні характеристики.

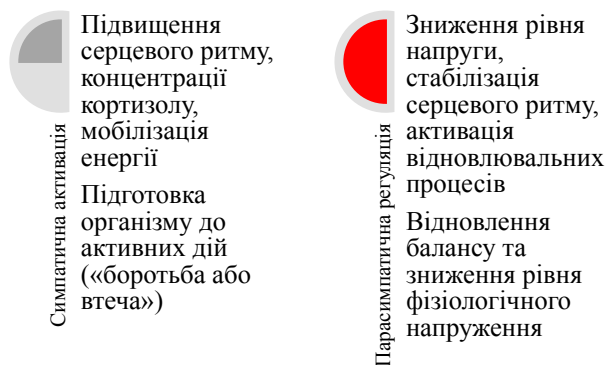


Рис. 2.1. Види нейродинамічних реакцій на стрес

Взаємодія між цими системами є критично важливою для забезпечення адаптації до стресу. Дисбаланс, наприклад, домінування симпатичної активації без належної регуляції з боку парасимпатичної системи, може призводити до хронічного травматичного стану, що проявляється у вигляді постійного підвищення рівня тривожності, розладів сну, а також фізичних порушень, таких як тахікардія чи артеріальна гіпертензія [22, с. 49].

Таким чином, нейродинамічний підхід акцентує увагу на фізіологічних основах стресових реакцій, що є ключовими у формуванні травматичного досвіду. Отримані дані слугують базисом для розробки терапевтичних методів роботи з травмою, орієнтованих на стабілізацію вегетативних функцій та нормалізацію нейродинамічної активності.

Психофізіологічний підхід до переживання втрати акцентує увагу на взаємодії між гормональними змінами, нейронними процесами та функцією вегетативної нервової системи, що визначають реакцію організму на втрату. Одним із ключових механізмів є гормональні зміни, які супроводжують стресові ситуації. Підвищений рівень кортизолу в крові активізується як частина адаптивної реакції на втрату, забезпечуючи мобілізацію енергії. Адреналін сприяє посиленню серцевих скорочень і підвищенню концентрації, тоді як окситоцин відіграє роль у формуванні емоційного зв'язку та зменшенні рівня тривожності [15].

Нейронні процеси є не менш важливими в контексті переживання втрати. Амігдала, яка відповідає за страх і реакцію на загрозу, активується у стресових ситуаціях, що посилює емоційні реакції. У той же час префронтальна кора виконує функцію контролю емоцій, дозволяючи зменшити інтенсивність переживань і прийняти раціональні рішення. Дисбаланс у роботі цих структур може посилити травматизацію. Вегетативна нервова система також відіграє критичну роль: симпатичний відділ активується у стані тривоги, спричиняючи фізіологічні реакції, такі як тахікардія та пітливість, тоді як парасимпатична система намагається стабілізувати стан організму [54, с. 267].

Біохімічні аспекти травматизації включають гіперкортизолемію підвищений рівень кортизолу, що є наслідком хронічного стресу, цей стан негативно впливає на імунну систему та когнітивні функції, знижуючи здатність до адаптації. Крім того, порушення вироблення серотоніну та дофаміну, основних нейромедіаторів, що відповідають за позитивний емоційний стан, сприяє розвитку депресивних симптомів і посилює відчуття втрати [56].

Фізіологічні прояви травматичного досвіду включають тахікардію, посилену пітливість, порушення сну, що знижують загальну якість життя, а також розлади харчової поведінки. В таблиці 2.1. подано основні фізіологічні прояви травматизації та їхні характеристики.

Таблиця 2.1.

Фізіологічні прояви травматизації

Прояв	Характеристика
Тахікардія	Підвищений серцевий ритм як результат симпатичної активації
Пітливість	Гіперактивність потових залоз через вегетативну активацію
Порушення сну	Труднощі із засинанням або поверхневий сон через підвищений рівень кортизолу
Розлади харчування	Переїдання або анорексія через зміни в роботі дофамінової системи

Нейропластичність є ключовим механізмом відновлення після травми. Завдяки здатності мозку до перебудови нейронних зв'язків можливе поступове подолання травматичних спогадів. Гіпокамп бере участь у формуванні пам'яті, допомагаючи адаптуватися до нового досвіду, тоді як амігдала поступово знижує свою активність при ослабленні травматичних тригерів [15, с. 51].

Життєвий досвід відіграє важливу роль у перебудові нейронних зв'язків. Наприклад, позитивний досвід, отриманий через практику медитації або релаксації, сприяє активації парасимпатичної системи, знижуючи рівень стресу. Нейропсихологічна терапія допомагає відновити когнітивні функції та

стабілізувати емоційний стан [22, с. 48]. На рис. 1.3 представлено схему нейропластичних змін у процесі подолання травми.

В таблиці 2.2. подано механізми нейропластичності, які сприяють травматизації та відновленню.

Таблиця 2.2.

Механізми нейропластичності: травматизація та відновлення

Процес	Характеристика	Результат
Формування нових зв'язків	Перебудова нейронних мереж у відповідь на позитивний досвід	Зниження інтенсивності травматичних спогадів
Активізація гіпокампа	Покращення когнітивних функцій	Формування адаптивних стратегій поведінки
Зниження активності амігдали	Ослаблення емоційних тригерів	Зменшення рівня тривожності

Таким чином, психофізіологічний підхід до переживання втрати та механізми нейропластичності є основою для розуміння адаптаційних процесів після травми. Це дозволяє розробляти ефективні терапевтичні стратегії, спрямовані на стабілізацію фізіологічних та нейронних процесів.

2.1.2. Мотиваційний підхід (J. Фестінгер, К. Левін)

Мотиваційний підхід є ключовим напрямом у психології, що досліджує роль внутрішніх і зовнішніх чинників у формуванні поведінкових реакцій особистості на екстремальні ситуації, зокрема на втрату. Мотивація в даному контексті визначається як психологічний процес, що спонукає до дій, спрямованих на досягнення рівноваги між внутрішніми потребами та зовнішніми умовами. В умовах втрати мотивація відіграє критичну роль у забезпеченні адаптації, визначаючи стратегії поведінки особистості у відповідь на травматичні події [22, с. 48].

Мотиваційні сили, згідно з гомеостатичним підходом, який розробили К. Левін і Л. Фестінгер, спрямовані на зняття внутрішньої напруженості та встановлення рівноваги із середовищем. Цей підхід декларує активність суб'єкта як спробу усунути внутрішній конфлікт, викликаний дисонансом між бажаною та реальною ситуацією. Зокрема, Фестінгер в своїй теорії

когнітивного дисонансу зазначає, що внутрішнє протиріччя мотивує особистість до змін у поведінці або мисленні з метою відновлення психологічної гармонії [49, с. 44]. Левін, у свою чергу, розглядає мотивацію як функцію психологічного поля, де поведінка детермінується дією сил, що притягують чи відштовхують особистість у процесі прийняття рішень [22, с. 49].

У контексті переживання втрати мотиваційний підхід надає можливість вивчити, як внутрішні (емоційні реакції, переконання, потреби) та зовнішні (соціальна підтримка, культурні фактори) чинники формують адаптаційні стратегії. Втрата близької людини або значущого об'єкта створює внутрішній конфлікт між реальністю та очікуваннями, що може спричинити підвищену тривожність, відчуття безпорадності чи, навпаки, мобілізацію ресурсів для подолання кризи [53, с. 47].

Актуальність вивчення мотивації в умовах психологічної травматизації визначається необхідністю глибшого розуміння процесу адаптації до втрат. У сучасних умовах цей підхід є базовим для створення інтервенцій, які допомагають особистості відновити рівновагу через розвиток адаптивних мотиваційних установок та зниження напруженості [41, с. 18].

На рис. 2.2. узагальнено основні поняття мотиваційного підходу, їх визначення та авторів, які розробили відповідні концепції.

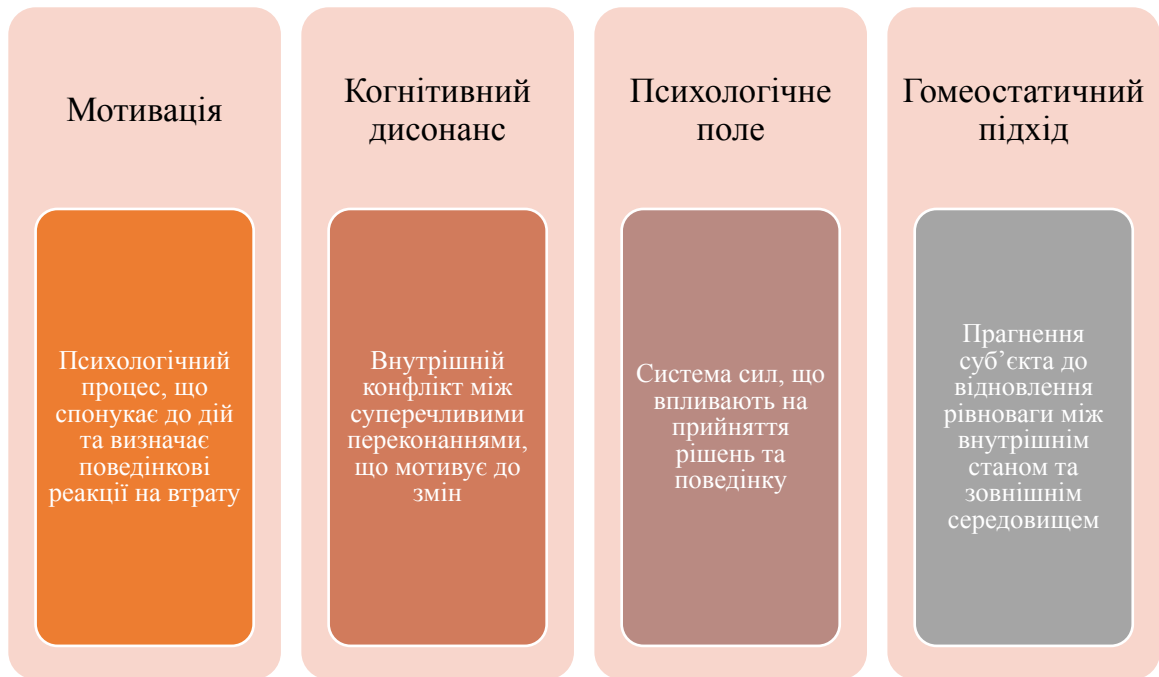


Рис. 2.2. Основні поняття мотиваційного підходу

Таким чином, мотиваційний підхід є потужним інструментом для аналізу поведінкових реакцій особистості у кризових ситуаціях. Він дає змогу зрозуміти, як внутрішні потреби та зовнішні обставини впливають на адаптацію, що є надзвичайно важливим у розробці психотерапевтичних стратегій для осіб, які переживають втрату.

Теорія когнітивного дисонансу, розроблена Дж. Фестінгером, є однією з провідних концепцій у соціальній психології, яка пояснює внутрішні конфлікти особистості в умовах суперечливих переконань чи установок. Основою цієї теорії є твердження, що люди прагнуть до когнітивної гармонії, тобто узгодженості між своїми думками, переконаннями, цінностями та діями. Коли виникає невідповідність між цими елементами, формується стан когнітивного дисонансу, який супроводжується внутрішнім дискомфортом і спонукає особистість до його зменшення [44, с. 112].

Когнітивний дисонанс є станом внутрішнього конфлікту між суперечливими переконаннями або між переконаннями і реальними діями. Наприклад, людина може одночасно відчувати прив'язаність до втраченої особи та провину за те, що не змогла її захистити. Такий конфлікт змушує людину шукати способи зменшення дисонансу, які включають зміну

поведінки, модифікацію переконань або перегляд сприйняття ситуації [42, с. 56].

Способи зменшення когнітивного дисонансу:

1. Зміна поведінки: людина може коригувати свої дії, щоб зробити їх узгодженими з переконаннями (наприклад, активна допомога іншим після втрати близької людини).
2. Зміна переконань: перегляд своїх установок або цінностей для адаптації до нових умов.
3. Перегляд сприйняття: акцент на позитивних аспектах ситуації, що трапилася, або зменшення значення негативних аспектів.

В таблиці 2.3 представлено модель когнітивного дисонансу за Фестінгером, яка ілюструє механізми виникнення та зменшення внутрішнього конфлікту.

Таблиця 2.3.

Модель когнітивного дисонансу за Фестінгером

Етап	Характеристика	Приклад
Виникнення дисонансу	Невідповідність між переконаннями, діями або сприйняттям	Втрата близької людини викликає провину
Усвідомлення конфлікту	Відчуття дискомфорту через суперечність	Людина відчуває, що мала вчинити по-іншому
Зменшення дисонансу	Дії або мисленнєві процеси, спрямовані на досягнення гармонії	Пошук позитивних аспектів ситуації

У контексті втрат теорія когнітивного дисонансу пояснює конфлікт між бажаною реальністю та травматичним досвідом. Людина, яка стикається з втратою, може відчувати напругу через невідповідність між її уявленням про стабільність життя і реальністю. Для зменшення цього конфлікту вона може змінювати свої переконання, наприклад, прийняти втрату як неминучу частину життя, або адаптувати поведінку, наприклад, фокусуючись на підтримці інших [42, с. 59].

Зусилля для досягнення когнітивної гармонії часто виражаються у формуванні нових життєвих цінностей або прийнятті нових умов як можливості для розвитку. Наприклад, особи, які пережили втрату, можуть почати займатися волонтерською діяльністю чи підтримувати інших у схожих ситуаціях, щоб компенсувати втрати [44, с. 117].

Емпіричні дослідження підтверджують актуальність теорії когнітивного дисонансу у вивченні реакцій на втрати. Наприклад, у дослідженнях виявлено, що особи, які змогли знайти сенс у своєму травматичному досвіді, демонструють нижчий рівень тривожності та депресії. Це свідчить про те, що когнітивна адаптація до нових умов є критично важливою для емоційного відновлення [42, с. 62].

На рис 2.3 представлені основні стратегії зменшення когнітивного дисонансу та їхній вплив на емоційний стан особистості.

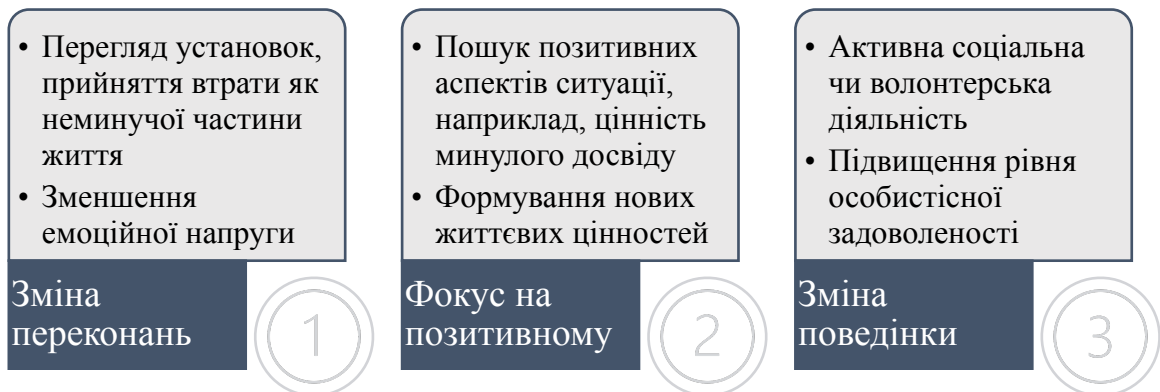


Рис. 2.3. Стратегії зменшення когнітивного дисонансу

Таким чином, теорія когнітивного дисонансу є потужним інструментом для розуміння психологічних реакцій на втрату. Вона дозволяє пояснити, як внутрішній конфлікт може стимулювати адаптаційні процеси та сприяти емоційному відновленню, що робить цю концепцію надзвичайно актуальною у психологічній практиці.

Теорія психологічного поля К. Левіна розглядає поведінку особистості як результат взаємодії системи психологічних сил, що діють у її життєвому просторі. Поле є структурованим середовищем, яке складається з позитивно чи негативно заряджених зон, що визначають динаміку поведінки. У

контексті втрат життєвий простір зазнає значних змін, оскільки втрата створює нові бар'єри або змінює існуючі стимули [42, с. 35].

Поведінка в межах «поля сил» після втрати характеризується зміною напрямку і потужності мотиваційних векторів. Особистість може або рухатися до адаптації, або залишатися в стані емоційного застою через вплив відштовхувальних сил, пов'язаних із травматичним досвідом [49, с. 45]. Наприклад, втрата близької людини може призводити до активного пошуку підтримки або, навпаки, до ізоляції через страх нових втрат.

Типи мотиваційних сил у полі Левіна поділяються на притягувальні та відштовхувальні. Притягувальні сили стимулюють адаптацію, підтримують відновлення через залучення до нових соціальних зв'язків чи цілей. Водночас відштовхувальні сили, як-от страх перед повторною втратою чи невпевненість, можуть блокувати активність і посилювати травматизацію. У таблиці 2.4 представлено характеристики цих мотиваційних сил у контексті втрат.

Таблиця 2.4.

Типи мотиваційних сил у контексті втрат

Тип сили	Характеристика	Приклад
Притягувальні	Стимулюють адаптацію, орієнтують на відновлення	Підтримка оточення, нові цілі
Відштовхувальні	Перешкоджають адаптації, пов'язані з травматичними переживаннями	Страх, відчуття провини, соціальна ізоляція

Модель «бар'єрів і стимулів» К. Левіна дозволяє оцінити фактори, що сприяють чи заважають адаптації після втрати. Бар'єри виникають через внутрішні переживання (емоційний біль, почуття провини) або зовнішні умови (відсутність соціальної підтримки), тоді як стимули сприяють руху до позитивних змін. Наприклад, участь у групах підтримки або нові життєві завдання можуть стати потужними стимулюючими силами [44, с. 118].

Втрата може розглядатися як «замкнена ситуація», де травматичний досвід суттєво обмежує поведінкову мобільність особистості. Після втрати життєвий простір може стати фрагментованим, унаслідок чого особистість

втрачає здатність до активного реагування на зміни. Лише за умови подолання бар'єрів і переосмислення травматичного досвіду можливе відновлення балансу [49, с. 48].

Мотивація до відновлення після втрати формується через пошук сенсу та орієнтацію на майбутні цілі. Згідно з концепцією В. Франкла, пошук сенсу є ключовим чинником, що допомагає подолати травматизацію. Особистість може знаходити сенс у своїх переживаннях через нові ролі, значущі дії або допомогу іншим [42, с. 61]. Орієнтація на майбутні цілі сприяє зменшенню емоційної напруги та створює ресурс для відновлення.

Процес зміни мотивації проходить через три основні етапи:

1. Первинний шок: домінування мотивації виживання, яка супроводжується емоційним ступором і фізіологічною активізацією. На цьому етапі основним завданням є стабілізація стану особистості.
2. Стадія реконструкції: виникають нові цінності та цілі, особистість починає шукати ресурси для адаптації. Наприклад, участь у соціальних активностях чи встановлення нових соціальних зв'язків.
3. Стадія інтеграції: формується стабільна мотиваційна система, у якій минулий досвід втрачає травматичний характер і стає частиною життєвої історії [44, с. 125].

У таблиці 2.5 подано детальну характеристику етапів зміни мотивації після втрати.

Таблиця 2.5.

Етапи зміни мотивації після втрати

Етап	Характеристика	Приклад
Первинний шок	Емоційний ступор, активізація механізмів виживання	Відчуття втрати контролю
Стадія реконструкції	Формування нових цінностей і ресурсів для адаптації	Пошук підтримки, участь у нових соціальних ролях
Стадія інтеграції	Стабілізація мотивації, перетворення досвіду на життєвий ресурс	Знаходження сенсу в пережитому

Зовнішні фактори також відіграють важливу роль у формуванні мотивації до подолання втрати. Підтримка оточення, як-от родина, друзі чи

професійна допомога, сприяє зниженню емоційної напруги та створює безпечний простір для відновлення. Культуральні та соціальні чинники також впливають на сприйняття втрати та стратегії подолання. Наприклад, у деяких культурах акцент робиться на спільному горюванні, що допомагає зменшити почуття ізоляції [42, с. 58].

Таким чином, мотивація до подолання втрати є складним процесом, що залежить від внутрішніх і зовнішніх чинників. Зрозуміння цього процесу є важливим для розробки ефективних психотерапевтичних стратегій, спрямованих на підтримку особистості в кризових ситуаціях.

2.1.3. Психоаналітичний підхід

У психоаналітичному підході наслідки екстремальних ситуацій, зокрема травматичних подій, розглядаються через призму концепції травми, яка є центральною для цього напрямку. Травма, за психоаналітичними уявленнями, руйнує адаптаційну систему особистості, порушуючи інтегровану структуру свідомого і несвідомого. Таке руйнування охоплює також так званий «контейнер» несвідомих установок - когнітивно-емоційний механізм, який забезпечує захист від надмірного емоційного навантаження [44].

Травма «перерізає» опозиції, сформовані в процесі соціалізації, такі як «Я - не Я» чи «Ми - Вони». Ці опозиції є фундаментальними для самоідентифікації особистості та формування меж між власним досвідом і зовнішнім світом. Втрата цього захисного механізму призводить до того, що всі попередні травматичні переживання стають «активними», відтворюючи архаїчні захисні механізми, які формувалися на ранніх етапах розвитку психіки [44, с. 115].

Активізація архаїчних захистів проявляється у формі психопатологічних симптомів, які включають:

- Тривогу відокремленості - несвідому пам'ять про первинний перехід із материнського лона до зовнішнього світу.
- Регресивний стан «переляканої дитини» - спробу психіки повернутися до стану безпеки.
- Дисоціацію та розщеплення - механізми, що допомагають впоратися із надмірним емоційним напруженням через відчуження від частини власного досвіду.

Психоаналітики розглядають ці прояви не як хворобу, а як адаптивну спробу психіки впоратися з травмою. Замість того щоб патологізувати ці процеси, аналітик сприймає їх як природні механізми самозахисту, що свідчать про спробу зберегти внутрішню рівновагу в умовах екстремального стресу [42, с. 20].

Таким чином, психоаналітичний підхід до наслідків травми акцентує увагу на глибинних психологічних механізмах, що відтворюють архаїчні патерни захисту. Цей підхід сприяє розумінню травматизації як процесу, який виходить за межі свідомого досвіду і включає в себе регресивні механізми, спрямовані на адаптацію до нових реалій.

Основу цього підходу становить метод дослідження несвідомого, розроблений З. Фройдом, що зосереджується на взаємодії між свідомим і несвідомим. Травматизація, згідно з психоаналізом, є наслідком порушення внутрішньої гармонії між цими рівнями психіки. Конфлікт між реальністю втрати і бажанням зберегти попередній стан породжує глибокі емоційні переживання [42, с. 12].

У межах психоаналітичного підходу значну увагу приділяють механізмам захисту, які допомагають особистості долати емоційний біль. Важливим аспектом є аналіз процесу горювання, який розглядається як поступове звільнення психічної енергії, пов'язаної із втраченим об'єктом, і перехід до нової рівноваги [44, с. 118].

На рис 2.4. узагальнено ключові поняття психоаналітичного підходу до травматизації.

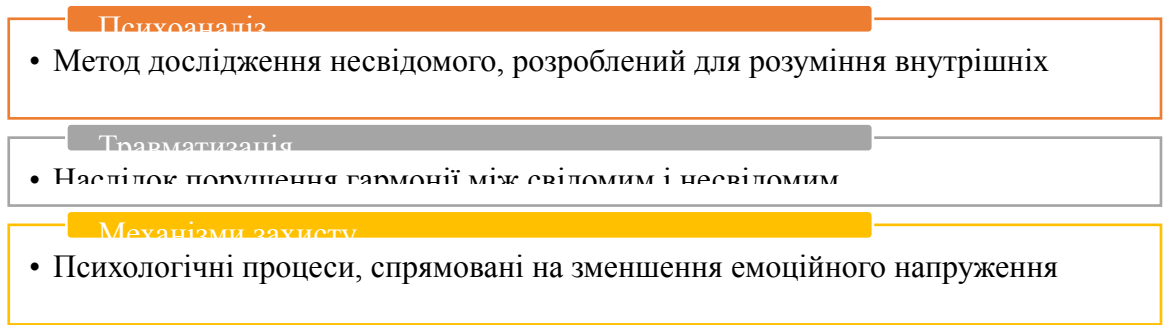


Рис. 2.4. Основні поняття психоаналітичного підходу до травматизації

3. Фройд вважав, що травма виникає як конфлікт між бажанням зберегти зв'язок із втраченим об'єктом і неможливістю цього у реальності. Цей внутрішній конфлікт активує процес, який Фройд назвав «роботою горя» (Trauerarbeit). Вона включає поступове звільнення психічної енергії, вкладеної у втрачений об'єкт, та її перенесення на нові об'єкти чи цілі [44, с. 125].

У процесі горювання активуються механізми психологічного захисту:

- Заперечення: відмова прийняти факт втрати.
- Раціоналізація: логічне обґрунтування втрати для зменшення емоційного болю.
- Регресія: повернення до ранніх стадій розвитку, що характеризуються меншою відповідальністю [42, с. 19].

Фройд також виділив емоційні та когнітивні стадії втрати:

1. Шок: початкове заперечення втрати.
2. Опір: боротьба з прийняттям реальності.
3. Прийняття: поступове звільнення від емоційного зв'язку з об'єктом.

На рис. 3.1 представлено стадії роботи горя за Фройдом.

Е. Еріксон у своїй концепції криз розвитку пов'язав втрату з формуванням ідентичності. Він стверджував, що незавершена стадія розвитку може поглиблювати травматизацію. Наприклад, втрата на етапі становлення автономії створює перешкоди для подальшого саморозвитку [44, с. 118].

Мелані Кляйн розробила концепцію депресивної позиції, в якій втрати асоціюються з руйнуванням об'єктних відносин. Вона вважала, що горювання є спробою відновити психічну цілісність шляхом реконструкції образу втраченого об'єкта [42, с. 22].

К. Г. Юнг розглядав втрату через символіку у колективному несвідомому, де архетипи відіграють центральну роль. Символіка втрати часто відображається у снах чи міфах, які допомагають людині переосмислити переживання [42, с. 25].

Несвідоме почуття провини виникає як реакція на втрату, коли людина відчуває відповідальність за подію. Цей конфлікт посилює травматизацію та потребує роботи з перенесенням і контрперенесенням у терапевтичному процесі [44, с. 130].

Психоаналітична терапія втрат спрямована на усвідомлення прихованих страхів і почуттів через аналіз спогадів, сновидінь і дитячих травм. Основні техніки включають:

- Аналіз сновидінь: виявлення несвідомих страхів.
- Метод вільних асоціацій: усвідомлення прихованих емоцій.
- Робота з дитячими спогадами: розкриття витоків травматизації.

На рис. 2.5. узагальнено основні техніки психоаналітичної терапії.

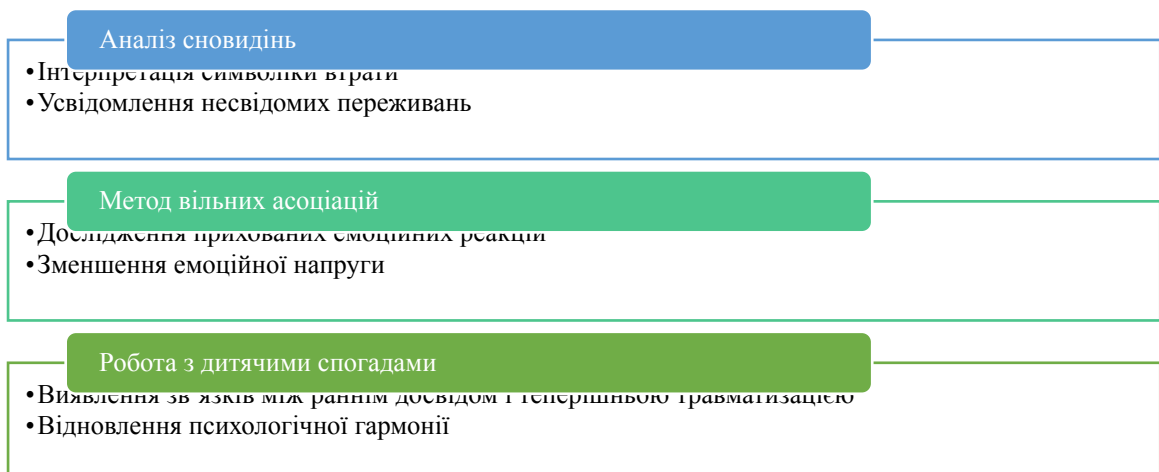


Рис. 2.5. Техніки психоаналітичної терапії для роботи з травматизацією

Таким чином, психоаналітичний підхід надає глибоке розуміння процесів переживання втрати, допомагаючи виявити несвідомі механізми, що впливають на адаптацію, та створюючи умови для ефективної терапії.

2.1.4. Когнітивний підхід (Дж. Келлі, А. Елліс)

Когнітивний підхід є одним із найважливіших напрямів у сучасній психології, що зосереджується на ролі когнітивних процесів у формуванні реакцій на стресові події, зокрема на втрати. Основна увага цього підходу приділяється аналізу мислення, сприйняття та пам'яті як механізмів, які визначають поведінку та емоційні реакції особистості.

Когнітивні процеси, такі як мислення, сприйняття та пам'ять, є базовими елементами, що формують індивідуальну картину світу. Здатність інтерпретувати події, створювати уявлення про себе та світ навколо є ключовою для адаптації до життєвих змін. У цьому контексті когнітивні схеми виконують роль «ментальних фільтрів», через які людина оцінює події та приймає рішення. Наприклад, після втрати близької людини когнітивна схема може сформувати негативні переконання, такі як «Я більше не зможу бути щасливим», що підсилює емоційний дискомфорт і заважає адаптації [45, с. 38; 61, с. 74].

Основна ідея когнітивного підходу полягає в тому, що травматизація виникає через дезадаптивні когнітивні схеми та переконання, які перешкоджають емоційному відновленню. Згідно з Дж. Келлі, особистість будує власну реальність через систему особистісних конструктів, які впливають на її ставлення до подій і людей. У випадку втрати такі конструкти можуть зазнати руйнування, що спричиняє стан дезорієнтації та тривоги [16, с. 34].

А. Елліс, у свою чергу, акцентував увагу на ролі ірраціональних переконань у поглибленні травматизації. Наприклад, думки типу «Це несправедливо, що я втратив близьку людину» або «Я більше ніколи не буду щасливим» стають причиною тривожності, депресії чи почуття провини.

Зміна таких мисленневих патернів через когнітивну реструктуризацію є ключовим методом подолання травматичних наслідків [45].

Когнітивний підхід зосереджується на зміні мислення для подолання травматичних наслідків. Це включає виявлення та модифікацію дезадаптивних когнітивних схем, що забезпечує формування позитивних переконань і сприяє психологічному відновленню. Такий підхід підкреслює роль свідомого контролю над мисленням у процесі адаптації [16, с. 35].

ДжюКеллі розглядав людину як "вченого", який постійно створює, тестує та переглядає особистісні конструкти для пояснення світу. Особистісний конструкт - це когнітивна структура, яка визначає, як людина інтерпретує події, будує відносини та приймає рішення. Конструкти формуються на основі попереднього досвіду та служать для передбачення майбутнього [45, с. 34].

Травматичні події, такі як втрата близької людини, можуть призводити до руйнування існуючих особистісних конструктів. Втрата ставить під сумнів попередні уявлення про стабільність світу, змушуючи людину переосмислювати свої очікування та переконання [16, с. 36].

Травматизація виникає внаслідок невідповідності між реальністю та існуючими конструктами. Людина, яка спиралася на конструкт «світ є безпечним», стикаючись із втратою, змушена переглянути цю основу. Така невідповідність руйнує стабільність когнітивної системи, що може спричинити емоційну дезорієнтацію, тривожність чи депресію

Після втрати особистість проходить процес реконструкції конструктів, адаптуючи їх до нових реалій. Цей процес включає:

1. Перегляд старих моделей розуміння: Людина аналізує, які конструкти більше не відповідають дійсності.
2. Формування нових конструктів: Включення нових уявлень про життя, смерть і стосунки.
3. Стабілізація когнітивної системи: Нові конструкти стають основою для майбутніх прогнозів і дій [45, с. 38].

Згідно з А. Еллісом, емоційні реакції людини є похідними від її переконань, а не від самих подій. Ірраціональні переконання, які не відповідають реальності або є негативними, стають джерелом травматичних емоцій. Наприклад, переконання «Я більше ніколи не буду щасливим» після втрати близької людини може викликати глибоку депресію [45, с. 45].

Модель ABC описує взаємозв'язок між активуючою подією (А), переконаннями (В) і емоційними наслідками (С):

- Активуюча подія (А): Ситуація або подія, яка викликає емоційну реакцію (наприклад, смерть близької людини).
- Переконання (В): Інтерпретація події через існуючі когнітивні схеми.
- Консеквенція (С): Емоційні та поведінкові реакції, що виникають внаслідок переконань [61, Р. 72].

Для зменшення травматизації використовується когнітивна реструктуризація процес виявлення ірраціональних переконань і заміни їх на реалістичні. Наприклад:

- Ірраціональне переконання: «Я не можу жити без цієї людини».
- Реалістичне переконання: «Це важкий період, але я зможу впоратися» [16, с. 36].

В табл. 2.6. наведено приклади ірраціональних переконань і способи їх трансформації.

Таблиця 2.6.

Приклади ірраціональних переконань і способи їх трансформації

Ірраціональне переконання	Реалістична альтернатива
«Я більше ніколи не буду щасливим»	«Це складно, але з часом я знайду спосіб відновитися»
«Це несправедливо, що я пережив втрату»	«Втрати є частиною життя, і я можу знайти новий сенс»

Когнітивні схеми - це автоматичні ментальні структури, що базуються на попередньому досвіді. Наприклад, схема «Світ небезпечний» може активуватися після втрати і викликати тривожність [45, с. 38].

Негативні схеми породжують когнітивні помилки:

1. Катастрофізація: Перебільшення негативних наслідків подій.
2. Дихотомічне мислення: Сприйняття ситуацій у крайніх категоріях (або все добре, або все погано).
3. Надмірна генералізація: Перенесення одного негативного досвіду на всі майбутні ситуації [61, Р. 65].

Когнітивні помилки підсилюють деструктивні емоційні реакції (депресію, тривожність) та формують неефективні поведінкові патерни (уникнення, ізоляція). Робота з цими помилками є важливим етапом у когнітивній терапії [16, с. 34].

Однією з основних технік є когнітивна реструктуризація, яка спрямована на виявлення та корекцію дезадаптивних когнітивних схем. Ця методика дозволяє клієнту усвідомити автоматичні думки, які спричиняють емоційний дискомфорт, і трансформувати їх у більш реалістичні та адаптивні переконання. Наприклад, думку «Я більше не зможу бути щасливим» можна переформулювати як «Я зараз переживаю важкий період, але з часом я зможу відновитися» [45, с. 48].

Когнітивно-поведінкові техніки також включають роботу з автоматичними думками, що виникають на основі травматичного досвіду, та переформулювання негативних переконань. Впровадження таких технік у терапію втрат передбачає використання кількох ефективних інструментів:

- Техніка "перевірка реальності", яка дозволяє критично оцінити ірраціональні думки.
- Щоденники думок, які допомагають клієнту відслідковувати свої реакції та емоції.
- Самоспостереження і рефлексія, що сприяють розвитку навичок контролю над власним мисленням [61, Р. 82].

Когнітивний підхід ефективно інтегрується у комплексну терапію травматизації, забезпечуючи можливість поєднання з іншими терапевтичними методами, такими як емоційно-фокусована терапія. Наприклад, когнітивна робота допомагає змінювати переконання, тоді як емоційно-фокусовані техніки сприяють безпечному вираженню почуттів. Крім того, когнітивний підхід може використовуватися для роботи із сім'ями та соціальним оточенням, допомагаючи формувати підтримуюче середовище [16, с. 38].

У груповій роботі когнітивні техніки також є надзвичайно дієвими. Групові вправи для реструктуризації мислення сприяють обговоренню когнітивних схем та їхньому перегляду.

2.2. Моделі адаптивного переживання втрати (Рибик Л.А., Власенко І.А., Романишин Р. та ін.)

Моделі адаптивного переживання втрати у психології досліджують процеси, які забезпечують інтеграцію травматичного досвіду в особистісну структуру, збереження психічної рівноваги та формування стратегії адаптації до нових життєвих умов. Переживання втрати є одним із найважчих кризових етапів у житті людини, який може викликати емоційну, когнітивну та поведінкову дезорганізацію. З огляду на це, наукові підходи до аналізу адаптації після втрати мають важливе значення для розуміння механізмів подолання травматизації, створення ефективних терапевтичних стратегій і підтримки осіб, які опинилися у стані кризи.

Л.А. Рибик у своїх дослідженнях акцентує увагу на тому, що процес переживання горя має багаторівневий характер і включає емоційний, когнітивний та поведінковий аспекти. Її підхід базується на розумінні втрати як кризи, що порушує звичну життєву рівновагу та вимагає мобілізації адаптивних ресурсів особистості [39, с. 110].

Основні етапи адаптації за Л.А.Рибик:

1. Шок і заперечення: Початкова емоційна реакція, пов'язана із запереченням факту втрати.
2. Фаза усвідомлення: Відчуття болю, суму та тривоги, які свідчать про початок процесу горя.
3. Реконструкція: Пошук нових сенсів та способів інтеграції втрати в життєвий досвід.
4. Адаптація: Встановлення нового емоційного балансу та відновлення здатності до продуктивної діяльності [39, с. 112].

Вона також зазначає, що адаптація до втрати залежить від особистісних рис, таких як стресостійкість, відкритість до змін та здатність до рефлексії [39, с. 115].

Когнітивні схеми - це глибинні ментальні структури, які визначають, як людина сприймає, інтерпретує та реагує на події у своєму житті.

Ставлення до втрати багато в чому визначається характером когнітивних схем. Здорові, адаптивні схеми сприяють прийняттю втрати як частини життєвого циклу, дозволяючи людині інтегрувати цей досвід і рухатися далі. Наприклад, схема «Світ складний, але я можу адаптуватися» дає змогу зменшити емоційне напруження та знайти нові способи осмислення реальності. У протилежність цьому, дезадаптивні схеми підсилюють негативні емоції, поглиблюють кризу та ускладнюють процес адаптації.

Дослідження показують, що найбільш поширеними когнітивними помилками, які ускладнюють ставлення до втрати, є:

- Катастрофізація - перебільшення масштабу втрати, наприклад: «Ця втрата назавжди зруйнувала моє життя».
- Надмірна генералізація - перенесення одного негативного досвіду на всі аспекти життя: «Якщо це сталося зараз, я завжди буду страждати».
- Дихотомічне мислення - сприйняття подій у крайніх категоріях: «Я або щасливий, або все погано, іншого не існує».

Для корекції таких схем використовується когнітивна реструктуризація, яка спрямована на виявлення і трансформацію дезадаптивних переконань.

Інший підхід до моделювання адаптації після втрати запропонований І.А. Власенко, який акцентує увагу на ролі внутрішньоособистісних конфліктів. Втрата активує приховані конфлікти, які стосуються життєвих цінностей, цілей та переконань. Це може спричиняти глибокі емоційні та когнітивні кризи, однак одночасно відкриває можливості для трансценденції та особистісного зростання. Згідно з цією моделлю, адаптація включає три ключові етапи: усвідомлення конфлікту, опрацювання емоцій та реконструкцію системи цінностей. Особистість має переосмислити власні переконання та адаптувати їх до нових умов, що сприяє стабілізації та формуванню нової життєвої стратегії [6, с. 35-36].

Ключові аспекти концепції:

- специфіка втрати: втрата розглядається як тригер, який активує існуючі внутрішні конфлікти, пов'язані з життєвими цілями, переконаннями та цінностями.
- роль трансценденції: здатність виходити за межі власного досвіду через осмислення втрати, її інтеграцію в нову життєву перспективу.
- конструктивний потенціал конфлікту: втрата може стимулювати особистісне зростання, якщо людина здатна усвідомити приховані ресурси та переосмислити свої життєві орієнтири [7, с. 154].

Основні етапи адаптації за Власенко:

1. усвідомлення конфлікту: розуміння того, як втрата впливає на життєві плани та уявлення.
2. опрацювання емоцій: проживання болю втрати через аналіз почуттів та емоцій.
3. реконструкція системи цінностей: формування нових життєвих цілей і планів.
4. адаптація до змін: інтеграція нового досвіду у власну ідентичність [6, с. 36].

Р. Романишин у своїх дослідженнях зосереджується на ролі травматичного досвіду у формуванні поведінкових патернів і адаптації до втрати. Його модель ґрунтується на глибокому аналізі психологічних та соціальних чинників, які впливають на процес горювання [38, с. 122].

На першому етапі, що характеризується емоційним хаосом, особистість може переживати втрату контролю над власним життям. На наступному етапі відбувається поступове відновлення ідентичності через переоцінку життєвих цінностей, перегляд ролей і встановлення нових соціальних зв'язків. На завершальному етапі відновлюється здатність брати активну участь у житті, інтегруючи нові сенси у власний досвід [38, с. 122-131].

Моделі адаптації також підкреслюють значення рефлексії та активного переосмислення втрати. Психологічна адаптація потребує аналізу травматичного досвіду, що дозволяє знизити інтенсивність негативних емоцій, переосмислити значущість втрати та знайти нові життєві перспективи. Використання таких підходів у психотерапевтичній практиці дозволяє розробити стратегії підтримки, які сприяють зниженню психологічного дистресу та формуванню адаптивних патернів поведінки.

Р. Романишин також наголошує на важливості адаптивних стратегій поведінки, таких як участь у групах підтримки, розвиток навичок саморефлексії та активне відновлення соціальних зв'язків [38, с. 131].

Етапи формування нового сенсу:

1. На початковому етапі втрата спричиняє відчуття розгубленості, руйнує звичний порядок життя, викликає сильні емоційні переживання. У цей період важливо усвідомити свої емоції і зрозуміти, що відчуття втрати - це нормальна реакція психіки на екстремальні події.
2. На цьому етапі відбувається переосмислення подій. Особистість починає шукати нові сенси, які можуть включати як переоцінку власних життєвих цінностей, так і формування нових цілей. Наприклад, людина може знайти сенс у допомозі іншим, у підтримці тих, хто переживає схожі ситуації.

3. Завершальний етап передбачає, що новий сенс стає частиною особистості, допомагає встановити нову рівновагу.

Процес формування нового сенсу через втрату виглядає таким чином:

Втрата → Дезорганізація → Рефлексія → Реконструкція → Інтеграція → Новий сенс

Наприклад, людина, яка втратила близького, може спочатку відчувати емоційний хаос, але через участь у групі підтримки починає ділитися своїми переживаннями, воно дає змогу рефлексувати над своїм досвідом і поступово знаходити сенс у тому, щоб допомагати іншим людям, які стикаються зі схожими викликами. Тому, як результат, така людина створює новий життєвий сенс, який базується на альтруїзмі та підтримці оточуючих.

Таким чином, адаптація після втрати є складним багатовимірним процесом, який охоплює емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти. Ефективне переживання втрати передбачає інтеграцію нового досвіду в систему життєвих цінностей, розвиток стійкості та формування нових стратегій життя. Моделі адаптації, запропоновані сучасними дослідниками, забезпечують розуміння цього процесу, пропонуючи інструменти для ефективного подолання травматизації та відновлення психічної рівноваги.

Висновки до розділу 2

Методологічний аналіз підходів до вивчення психологічної травматизації дозволив виокремити ключові концепції, які пояснюють механізми травматичних переживань на різних рівнях функціонування особистості. Нейродинамічний і психофізіологічний підходи підкреслюють важливість біологічних процесів у реакціях на стресові події. Вони розглядають травматизацію як наслідок порушення нормальної роботи нервової системи, що проявляється у вигляді порушення вегетативної регуляції, зниження стресостійкості та появи психосоматичних симптомів. Дослідження Е. Боварда та Е. Геллхорна демонструють, що фізіологічна реакція організму на травматичні події є ключовим фактором у формуванні як короткострокових, так і довгострокових наслідків для особистості.

Мотиваційний підхід, заснований на роботах Ж. Фестінгера та К. Левіна, акцентує увагу на ролі когнітивних конфліктів і внутрішньої мотивації у подоланні травматичних ситуацій. Психоаналітична парадигма, запропонована З. Фройдом і доповнена М. Кляйн, трактує травму як порушення роботи несвідомих механізмів захисту. Когнітивний підхід акцентує увагу на ролі дезадаптивних когнітивних схем, які формуються в результаті травматичних подій. Як показують дослідження Дж. Келлі та А. Елліса, травма виникає через руйнування усталених переконань та очікувань, що робить людину вразливою до повторних травматичних впливів.

Крім того, було проаналізовано адаптивні моделі переживання втрат, які ґрунтуються на індивідуальних особливостях особистості та її здатності до психологічної трансформації. Адаптивні моделі враховують роль соціальної підтримки, особистісних ресурсів і здатності до рефлексії у процесі подолання травматичних переживань. Вони наголошують на важливості поступового переходу від стану емоційної дезорганізації до конструювання нових життєвих цілей і значень.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПІД ЧАС ЖИТТЄВИХ ВТРАТ

3.1. Цілі, завдання, гіпотези та організація емпіричного дослідження

Мета роботи - визначити психологічні механізми травматизації особистості під час життєвих втрат та обґрунтувати ефективні підходи до їхнього подолання.

Завдання дослідження:

- Проаналізувати теоретичні основи вивчення феномену психологічної травматизації у вітчизняній та зарубіжній психології.
- Дослідити фактори, які зумовлюють травматизацію особистості в умовах життєвих втрат.
- Розкрити наслідки психологічної травматизації та способи їхнього подолання.
- Охарактеризувати методологічні підходи до дослідження екстремальної поведінки, що виникає внаслідок втрат.
- Розробити емпіричну програму дослідження травматизації та перевірити її ефективність.
- Запропонувати рекомендації для психотерапевтичної роботи з травматизованими особистостями.

Об'єкт дослідження - психологічна травматизація особистості під час життєвих втрат.

Предмет дослідження - механізми травматизації особистості та підходи до подолання її наслідків у процесі адаптації до життєвих втрат.

Гіпотеза дослідження. Психологічна травма призводить до змін життєвої перспективи особистості. Гіпотеза базується на таких положеннях:

- Існують відмінності у життєвій перспективі між групами людей, які пережили психологічну травму, та тими, хто її не зазнав.

- Гендерні відмінності впливають на характер переживання психологічної травми та її вплив на життєву перспективу.

- Ступінь змін життєвої перспективи корелює з інтенсивністю переживання психологічної травми: чим сильніше травматичне переживання, тим суттєвіші зміни у життєвій перспективі особистості.

Вибірка дослідження. У дослідженні взяли участь 80 респондентів віком від 26 до 48 років. Вибірка була розділена на дві рівні групи (по 40 осіб):

- 1) Основна група – люди, які пережили втрату близької людини (час, що минув після втрати, коливається від 6 місяців до 5 років; середній термін становить 2,4 роки).
- 2) Контрольна група – люди, які не переживали значущих втрат упродовж останніх 5 років.

У кожній групі забезпечено гендерний баланс: однакова кількість чоловіків і жінок (по 20 осіб у кожній підгрупі).

3.2. Методики емпіричного дослідження психологічної травматизації

Емпіричне дослідження здійснювалося у кілька етапів:

1. Підготовчий етап. Формулювання цілей і завдань, добір психодіагностичних методик та визначення вибірки.

2. Діагностичний етап. Проведення опитування з використанням наступних методик:

1) Методика PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, Д. Уотсон, А. Теллеген) для оцінки емоційних станів.

2) Методика самооцінки емоційних станів (А. Уесманн, Д. Рікс) для аналізу рівня емоційної стабільності.

3) Методика життєстійкості (С. Мадді) для оцінки адаптаційних ресурсів особистості.

4) Опитувальник часової перспективи ZPTI (Ф. Зімбардо) для аналізу часових орієнтацій.

5) Методика дослідження життєвих перспектив (Ю.М. Швалб) для вивчення змін у ціннісних орієнтаціях.

3. Аналітичний етап. Обробка отриманих даних із використанням методів математико-статистичного аналізу, включаючи кореляційний аналіз, кластерний аналіз та U-критерій Манна-Уїтні.

4. Інтерпретаційний етап. Аналіз отриманих результатів, формулювання висновків та розробка рекомендацій для психологічної практики.

Дослідження забезпечило комплексний підхід до аналізу впливу психологічної травми на життєву перспективу особистості, з акцентом на індивідуальних та гендерних особливостях адаптації.

3.3. Методики діагностики психологічної травматизації

Для всебічного аналізу впливу психологічної травматизації на життєву перспективу особистості використовувався комплекс психодіагностичних методик, які охоплюють емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти досліджуваного явища.

Методика PANAS (авт. Д. Уотсон і А. Теллеген) використовується для оцінки позитивних і негативних емоційних станів особистості. Вона допомагає визначити домінуючий емоційний стан респондента: позитивний чи негативний. У контексті дослідження методика була адаптована: респонденти оцінювали свій емоційний стан за останні кілька тижнів після втрати. Це дозволило проаналізувати вплив травматичних обставин на емоційну сферу.

Тест самооцінки емоційних станів (авт. А. Уесманн і Д. Рікс) - оцінює зміни емоційного стану респондентів за певний період. Вона дозволяє визначити такі показники, як:

- «Спокій – тривожність».
- «Енергетичність – втома».
- «Піднесеність – пригніченість».
- «Впевненість – безпорадність».

Загальний показник сумарної самооцінки відображає загальну позитивність або негативність емоційного стану респондента, що робить методика актуальною для оцінки станів у контексті життєвих втрат.

Методика вивчення життєстійкості (авт. С. Мадді) базується на концепції життєстійкості як ресурсу подолання стресу. Вона оцінює загальний рівень життєстійкості та три її ключові компоненти:

- Контроль: здатність впливати на події.
- Залученість: емоційне включення в життя та діяльність.
- Прийняття ризику: готовність сприймати зміни та невизначеність.

Методика допомагає зрозуміти, як респонденти використовують внутрішні ресурси для подолання травматичних переживань.

Опитувальник часової перспективи ZPTI (авт. Ф. Зімбардо) дозволяє оцінити ставлення респондентів до свого минулого, теперішнього та майбутнього. Вона включає 56 тверджень, оцінюваних за п'ятибальною шкалою Лікерта, і визначає п'ять факторів:

- Негативне минуле: ступінь неприйняття або розчарування у минулому.
- Позитивне минуле: ступінь позитивного сприйняття власного життєвого досвіду.
- Гедоністичне теперішнє: орієнтація на миттєве задоволення.
- Фаталістичне теперішнє: відчуття приреченості та невливовості на власне життя.
- Орієнтація на майбутнє: наявність цілей, планів і віри у власні сили.

Ця методика є ефективним інструментом для аналізу змін у часових орієнтаціях після травматичних подій.

Методика дослідження життєвих перспектив (авт. Ю. М. Швалб) визначає, які життєві сфери є найбільш важливими для респондентів у певний період. Основні сфери включають:

- Матеріальну.
- Сімейну.
- Особистісну самореалізацію.
- Роботу/кар'єру.
- Дозвілля.
- Громадську діяльність.
- Здоров'я.

Респонденти ранжували значимість кожної сфери, що дозволило оцінити пріоритети у життєвих орієнтаціях та їхню зміну після втрати.

Для аналізу результатів застосовувалися:

- Описова статистика: визначення середніх значень і частот.
- U-критерій Манна-Уїтні: для порівняння груп, що пережили втрату, і тих, хто не мав такого досвіду.
- Кореляційний аналіз: виявлення взаємозв'язків між змінними.

Обробка даних здійснювалася за допомогою програм SPSS 23.0 та Microsoft Excel.

Таким чином, обрані методики забезпечують комплексний підхід до оцінки емоційних станів, життєстійкості, часової перспективи та життєвих орієнтацій у контексті психологічної травматизації.

3.4. Результати дослідження: кількісна та якісна інтерпретація показників

Робота з аналізу результатів емпіричного дослідження була проведена у трьох основних напрямках:

1. Порівняння результатів емоційних станів, життєстійкості та часових перспектив між основною та контрольною групами.

2. Виявлення гендерних відмінностей в емоційних станах, життєстійкості та часових перспективах у межах основної групи.
3. Аналіз взаємозв'язків між життєвими перспективами та особливостями переживання психологічної травми.

Для оцінки емоційних станів за методикою PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) було проведено порівняння основної та контрольної груп. Результати аналізу представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Порівняння основної та контрольної груп (за методикою PANAS)

Шкала	Основна група	Контрольна група	U - критерій Манна-Уїтні	Р і в е н ь значущості
Позитивний афект	22,40	29,83	275,0	0,001**
Негативний афект	20,33	16,58	615,5	0,075

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Основна група (респонденти, які пережили втрату) має значно нижчий рівень позитивного афекту (22,40) порівняно з контрольною групою (29,83). Статистично значущий рівень ($p \leq 0,01$) свідчить про суттєвий вплив втрати на зниження позитивних емоцій. Негативний афект в основній групі (20,33) вищий, ніж у контрольній (16,58), однак ця різниця не досягає статистично значущого рівня ($p > 0,05$).

Ці результати демонструють, що переживання втрати призводить до зниження позитивних емоцій, що є типовим для осіб із травматичним досвідом. Підвищення негативного афекту може бути обумовлено зосередженням на негативних аспектах ситуації, однак для підтвердження цього висновку необхідні подальші дослідження.

Наочно відмінності за рівнем позитивного та негативного афекту між групами представлені на рисунку 3.1.

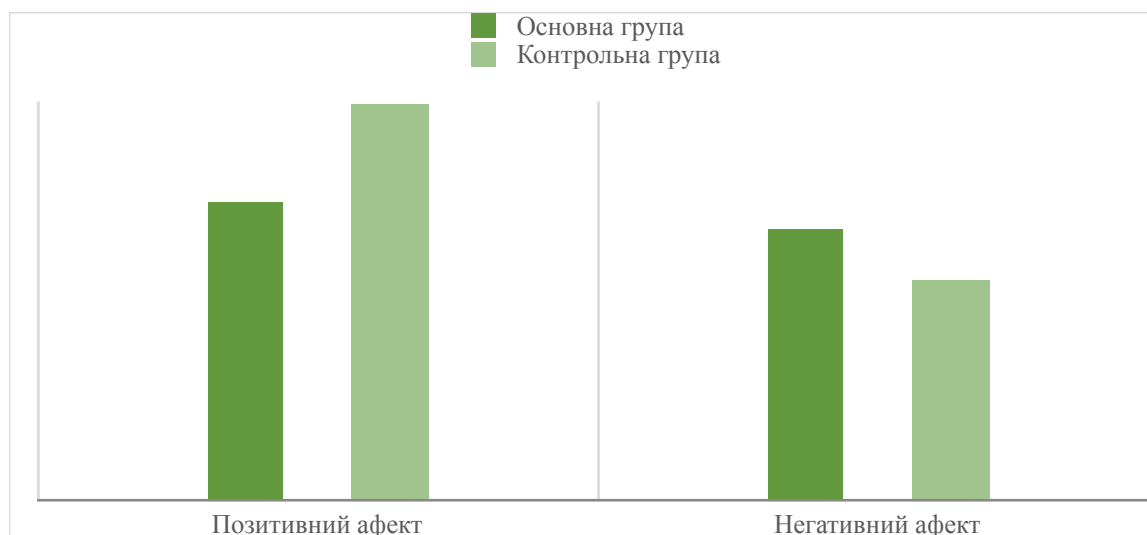


Рис. 3.1. Середні величини методичних шкал (за методикою PANAS)

Для дослідження емоційних станів респондентів було використано методику самооцінки емоційних станів Уесман-Рікса. У результаті аналізу отримані статистично значущі відмінності між основною (люди, які пережили втрату) та контрольною (люди без значущих втрат) групами, що представлені в табл 3.2.

Таблиця 3.2.

Порівняння середніх значень шкал методики самооцінки емоційних станів Уесман-Рікса

Шкала	Основна група	Контрольна група	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Спокійність-тривожність	5,43	6,88	442,0	0,001**
Енергійність-втома	4,78	6,25	397,0	0,001**
Піднесеність-пригніченість	4,73	6,90	260,0	0,001**
Впевненість у собі – почуття безпорадності	5,60	6,86	541,5	0,001**
Інтегральна оцінка стану	20,53	26,40	214,0	0,001**

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Основна група демонструє нижчі показники за шкалою спокійності (5,43), ніж контрольна група (6,88), вказує на те, що люди, які пережили втрату, частіше відчують тривожність і емоційну напруженість. Рівень значущості $p \leq 0,01$ підтверджує статистичну достовірність цього результату.

Респонденти основної групи мають нижчий рівень енергійності (4,78) порівняно з контрольною групою (6,25), показник свідчить про підвищену втому та зниження енергії у людей із травматичним досвідом. Результат є статистично значущим ($p \leq 0,01$). Результати методики самооцінки емоційних станів Уесман-Рікса підтверджують суттєві емоційні порушення у респондентів, які пережили втрату. Вони частіше відчують тривогу, втому, пригніченість і безпорадність, що вказує на необхідність розробки цілеспрямованих заходів підтримки для цієї групи.

Наочно відмінності представлені на рисунку 3.2.

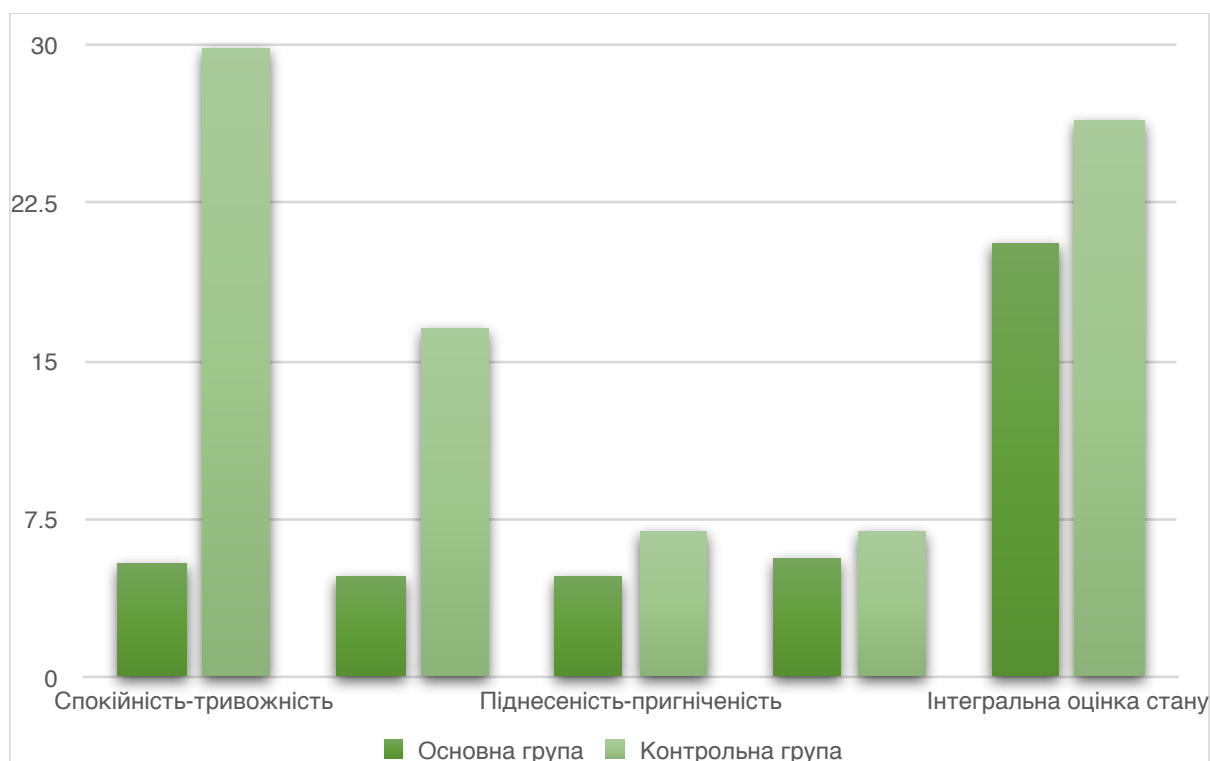


Рис. 3.2. Середні велечини методичних шкал (за методикою Уесман-Рікса)

Для оцінки життєстійкості респондентів було використано методику С. Мадді. Отримані результати, представлені у таблиці 3.3, дозволяють порівняти показники основної групи (люди, які пережили втрату) та контрольної групи (люди без значущих втрат).

Таблиця 3.3.

Порівняння середніх значень шкал методики методики С. Мадді

Шкала	Основна група	Контрольна група	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Залученість	25,15	38,1	463,0	0,001**
Контроль	13,15	33,95	385,7	0,001**
Прийняття ризику	6,18	18,85	601,0	0,001**
Загальна життєстійкість	27,48	88,2	374,5	0,001**

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Основна група має значно нижчий показник залученості (25,15) порівняно з контрольною групою (38,1). Це свідчить про суттєве зниження емоційної та поведінкової включеності у життєві події серед осіб, які зазнали втрати. Рівень значущості ($p \leq 0,01$) підтверджує статистичну достовірність цього результату. Сумарний показник життєстійкості в основній групі становить лише 27,48 порівняно з 88,2 у контрольній групі. Це свідчить про суттєве ослаблення адаптаційних ресурсів серед людей, які зазнали втрати. Статистична значущість ($p \leq 0,01$) підтверджує важливість цього висновку.

Результати за методикою життєстійкості С. Мадді показують, що травматичні переживання значно впливають на ключові компоненти життєстійкості, зокрема емоційну включеність, відчуття контролю та готовність приймати ризику. Люди, які пережили втрату, демонструють суттєве зниження життєстійкості, що вказує на необхідність спеціалізованої підтримки для відновлення їх адаптаційного потенціалу.

Описані відмінності добре видно на поданому нижче рисунку 3.3.

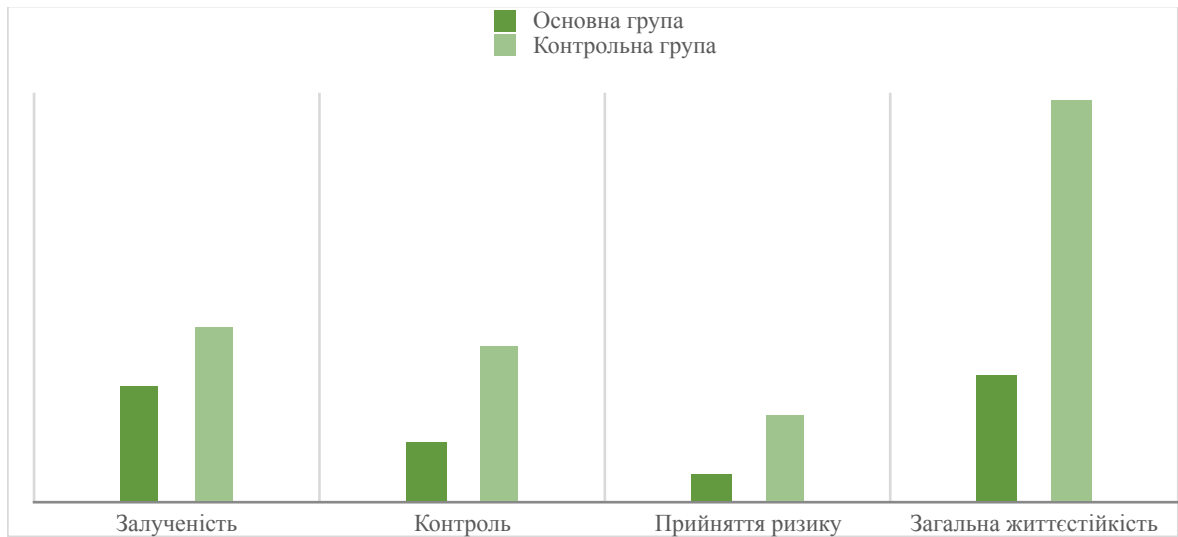


Рис. 3.3. Середні величини методичних шкал (за методикою С. Мадді)

Методика оцінки тимчасової перспективи ZTPІ Ф. Зімбардо дозволила визначити особливості сприйняття минулого, теперішнього та майбутнього серед респондентів основної (пережили втрату) та контрольної (без значних втрат) груп. Результати аналізу представлені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Порівняння середніх значень шкал ZTPІ

Шкала	Основна група	Контрольна група	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Минуле негативного сприйняття	3,35	2,97	623,0	0,048*
Теперішнє гедоністичної орієнтованості	2,39	2,65	678,0	0,240
Минуле позитивного сприйняття	2,80	3,26	709,5	0,056
Теперішнє фаталістичної орієнтованості	2,35	2,96	794,0	0,035*
Орієнтація на майбутнє	3,01	2,95	753,5	0,056

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Основна група демонструє вищий рівень негативного сприйняття минулого (3,35) порівняно з контрольною групою (2,97). Це свідчить про те, що переживання втрати залишає емоційно негативний слід у сприйнятті минулого. Статистична значущість ($p \leq 0,05$) підтверджує цей висновок.

Рівень гедоністичного сприйняття теперішнього часу в основній групі (2,39) нижчий, ніж у контрольній (2,65). Однак різниця не є статистично значущою ($p > 0,05$), що вказує на слабкий вплив травматизації на здатність насолоджуватися теперішнім.

Результати за методикою ZTPІ Ф. Зімбардо демонструють, що основна група (пережили втрату) більше сфокусована на негативному сприйнятті минулого та фаталістичному ставленні до теперішнього. Це може свідчити про необхідність роботи над когнітивними схемами та зміцненні позитивної орієнтації у майбутнє для зниження впливу травматизації.

Описані відмінності добре видно на поданому нижче рисунку 3.4.

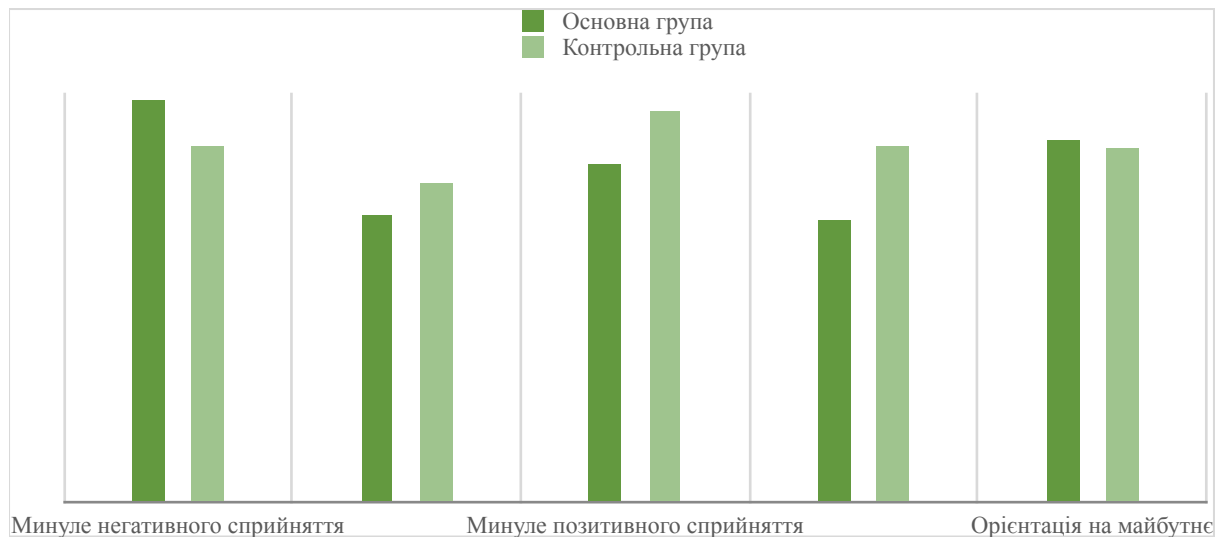


Рис. 3.4. Середні велечини методичних шкал (за методикою ZTPІ Ф)

Методика оцінки життєвих перспектив Ю.М. Швалба дозволила дослідити значущість різних сфер життя для респондентів основної групи

(пережили втрату) та контрольної групи (без значущих втрат). Отримані результати представлені у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Порівняння середніх значень шкал методики оцінки життєвих перспектив Ю.М. Швалба

Шкала	Основна група	Контрольна група	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Матеріальна	2,43	3,35	522,5	0,079
Сімейна	2,98	3,40	622,0	0,087
Особиста самореалізація	4,60	3,98	631,0	0,098
Робота, кар'єра	4,60	4,25	706,0	0,358
Дозвілля	4,60	4,25	706,0	0,358
Соціальна (участь у політичній та суспільній діяльності)	5,90	3,80	711,5	0,075
Здоров'я	3,45	5,25	567,5	0,022*

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Результати методики Ю.М. Швалба демонструють, що втрата впливає на пріоритетність життєвих сфер. Основна група показує зниження важливості матеріальної та сімейної сфер, водночас зростає значущість особистої самореалізації та соціальної активності. Статистично значущі результати свідчать про потребу в підвищеній увазі до здоров'я осіб, які зазнали втрати.

Описані відмінності добре видно на поданому нижче рисунку 3.5.

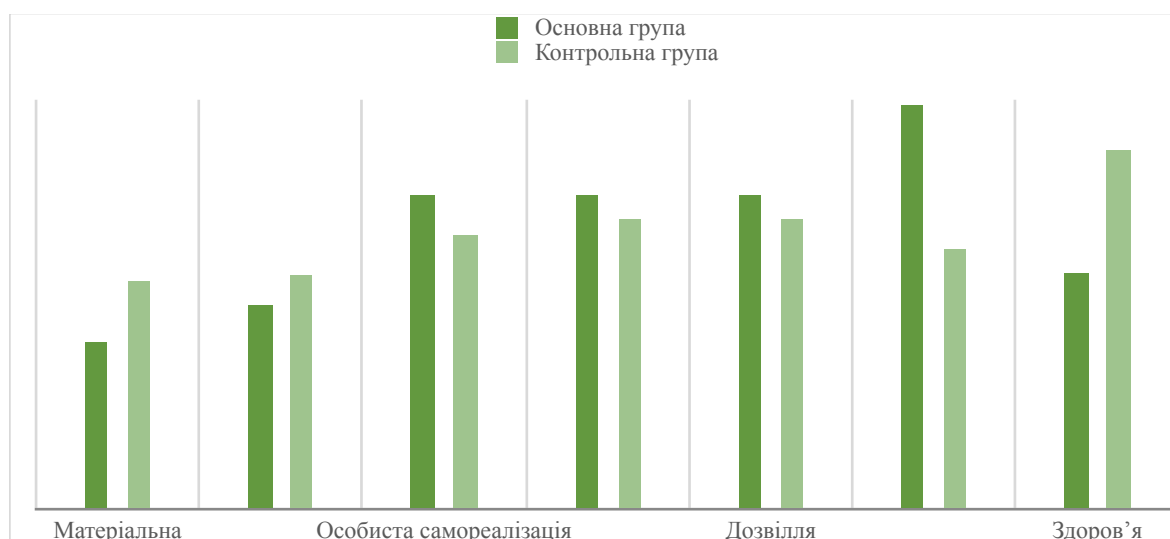


Рис. 3.5. Середні величини методичних шкал (за Ю.М. Швалба)

Методика оцінки життєвих перспектив Ю.М. Швалба дозволила оцінити довгострокові пріоритети життєвих сфер через п'ять років. Результати дослідження представлені у таблиці 3.6, яка порівнює основну групу (люди, які пережили втрату) з контрольною групою (без значущих втрат).

Таблиця 3.6.

Порівняння середніх значень шкал методики оцінки життєвих перспектив Ю.М. Швалба

Шкала	Основна група	Контрольна група	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Матеріальна	2,95	2,88	742,5	0,586
Сімейна	2,75	3,35	637,5	0,112
Особиста самореалізація	4,30	3,80	725,5	0,479
Робота, кар'єра	4,60	4,40	790,5	0,921
Дозвілля	4,43	4,43	745,5	0,590
Соціальна (участь у політичній та суспільній діяльності)	3,45	3,15	710,5	0,379
Здоров'я	5,45	5,35	777,5	0,753

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Обидві групи демонструють високі та майже однакові оцінки значущості здоров'я (5,45 у основній групі та 5,35 у контрольній). Це свідчить про загальне усвідомлення важливості фізичного стану у довгостроковій перспективі ($p > 0,05$). Результати за методикою Ю.М. Швалба вказують на те, що втрата значною мірою не впливає на довгострокові життєві перспективи в матеріальній, кар'єрній чи дозвіллевій сферах. Однак певні відмінності, зокрема у сімейній сфері та особистій самореалізації, вимагають подальшого аналізу для розуміння впливу травматичних переживань на пріоритети в житті через п'ять років.

Описані відмінності добре видно на поданому нижче рисунку 3.6.

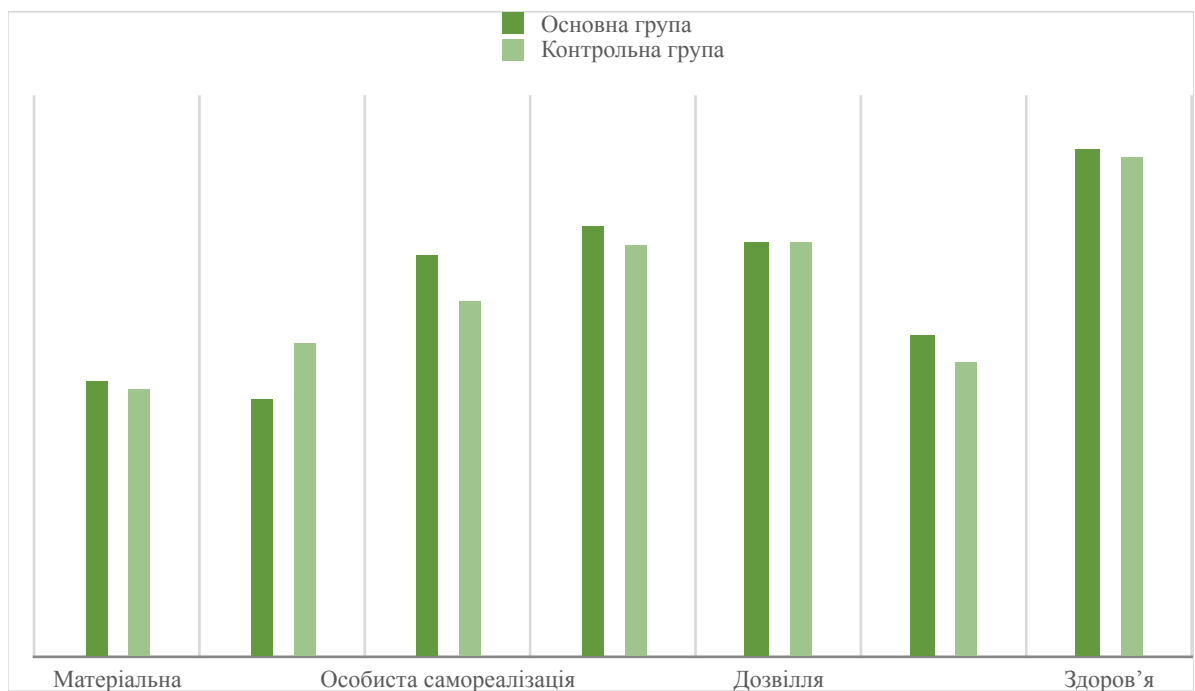


Рис. 3.6. Середні величини методичних шкал (за Ю.М. Швалба)

Методика PANAS дозволила оцінити гендерні відмінності у рівнях позитивного та негативного емоційного впливу серед респондентів. Результати аналізу представлені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

Порівняння середніх значень шкал методики PANAS

Шкала	Чоловіки	Жінки	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Позитивний афект	24,20	20,60	155,0	0,222
Негативний афект	12,70	27,95	18,5	0,001**

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Рівень позитивного емоційного стану у чоловіків (24,20) є вищим, ніж у жінок (20,60). Однак ця відмінність не є статистично значущою ($p > 0,05$), що свідчить про те, що гендер не впливає суттєво на здатність зберігати позитивний емоційний фон після переживання втрати.

Рівень негативного емоційного впливу у жінок (27,95) значно перевищує аналогічний показник у чоловіків (12,70). Ця різниця є статистично значущою ($p \leq 0,01$), що вказує на те, що жінки частіше переживають негативні емоційні стани після втрати.

Отримані дані свідчать про те, що жінки мають більш виражений рівень негативного афекту порівняно з чоловіками, що може бути пов'язано з більшою емоційною чутливістю або вираженістю переживань втрати. Чоловіки демонструють стабільніший позитивний афект, однак ці показники не мають статистично значущих відмінностей. Це вказує на необхідність гендерно орієнтованих підходів у психологічній підтримці осіб, які пережили втрату.

Описані відмінності добре видно на поданому нижче рисунку 3.7.

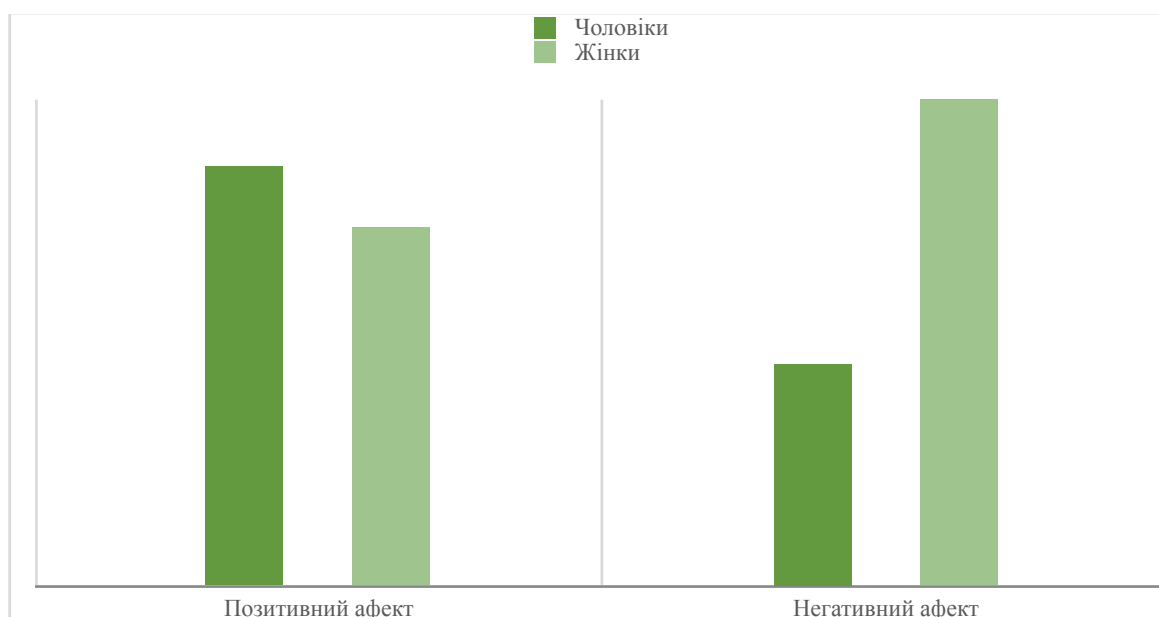


Рис. 3.7. Середні величини методичних шкал (за PANAS)

Методика самооцінки емоційних станів Уесман-Рікс дозволила порівняти емоційний стан чоловіків і жінок за кількома шкалами. Результати дослідження представлені в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8.

Порівняння середніх значень шкал методики методика Уесмана-Рікса

Шкала	Чоловіки	Жінки	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Спокійність-тривожність	5,45	5,40	200,0	0,996
Енергійність-втома	4,75	4,80	195,5	0,901
Припіднятність-подавленість	4,55	4,90	178,5	0,553
Упевненість у собі — безпорадність	5,65	5,55	183,0	0,644
Інтегральний показник	20,30	20,75	183,0	0,644

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Гендерний аналіз показав відсутність статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками за всіма шкалами. Це свідчить про те, що гендер не є визначальним фактором в емоційних станах для досліджуваної вибірки. Обидві групи демонструють подібні рівні тривожності, втоми, впевненості та інших показників, що може свідчити про спільний вплив травматичних життєвих обставин.

Описані відмінності добре видно на поданому нижче рисунку 3.8.

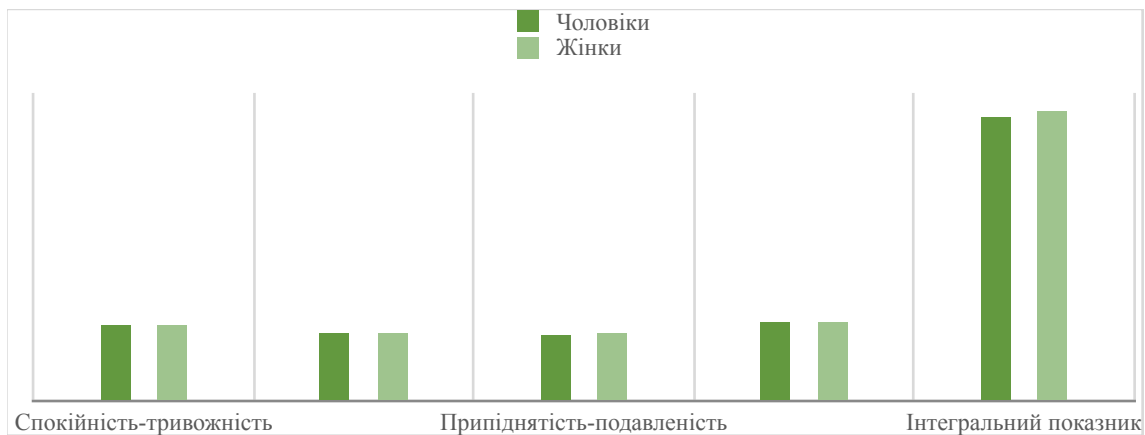


Рис. 3.8. Середні величини методичних шкал (за Уесмана-Рікса)

Методика С. Мадді дозволила оцінити життестійкість серед чоловіків і жінок, поділивши її на окремі компоненти. Результати аналізу представлені у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9.

Порівняння середніх значень шкал методики методика С. Мадді

Шкала	Чоловіки	Жінки	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Залученість	29,65	24,47	165,2	0,195
Контроль	31,22	27,72	163,2	0,175
Прийняття ризика	17,87	12,13	158,4	0,024*

Загальна життєстійкість	81,44	63,21	146,3	0,039*
-------------------------	-------	-------	-------	--------

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Чоловіки демонструють вищий рівень залученості (29,65) порівняно з жінками (24,47). Проте ця різниця не є статистично значущою ($p > 0,05$), що вказує на подібний рівень залученості в подолання життєвих труднощів між гендерними групами. Чоловіки значно більше готові до прийняття ризиків (17,87) порівняно з жінками (12,13).

Загальний рівень життєстійкості у чоловіків (81,44) перевищує показник у жінок (63,21), і ця різниця є статистично значущою ($p \leq 0,05$). Це свідчить про те, що чоловіки краще адаптуються до життєвих труднощів і демонструють вищий рівень психічної стійкості.

Аналіз життєстійкості за методикою С. Мадди вказує на гендерні відмінності, особливо у компонентах "Прийняття ризику" і "Загальна життєстійкість", де чоловіки демонструють статистично значущу перевагу над жінками. Це може бути пояснено культурними, соціальними чи психологічними чинниками, що впливають на сприйняття ризику і стійкість до стресів у чоловіків.

Описані відмінності добре видно на поданому нижче рисунку 3.9.

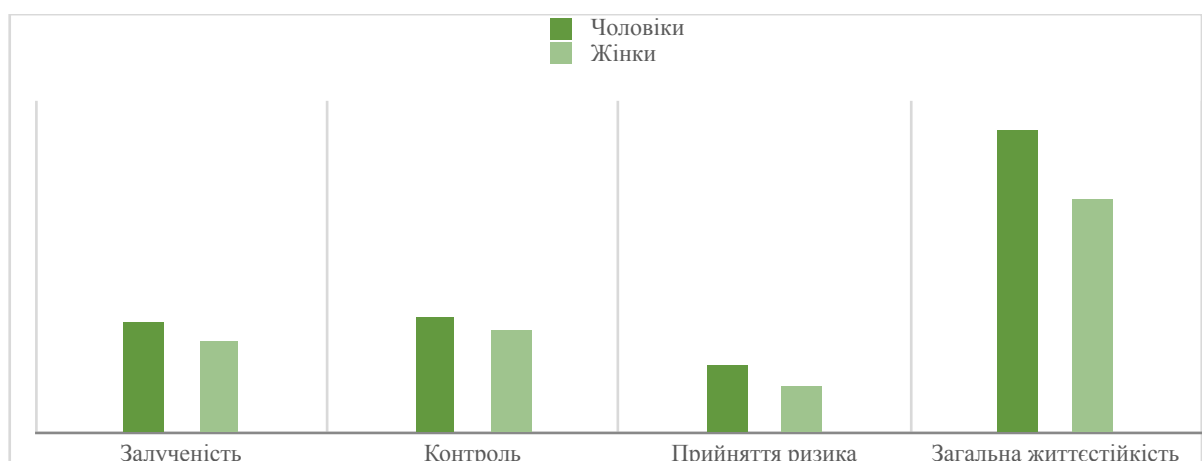


Рис. 3.9. Середні велечини методичних шкал (за С. Мадді)

Методика ZPTI Ф. Зімбардо дозволила оцінити гендерні особливості у сприйнятті тимчасової перспективи, включаючи минуле, теперішнє та майбутнє. Результати дослідження представлені в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10.

Порівняння середніх значень шкал методики методика ZPTI Ф

Шкала	Чоловіки	Жінки	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Минуле негативного змісту	3,36	3,64	158,2	0,298
Теперішнє гедоністичної орієнтованості	2,74	3,19	161,4	0,410
Минуле позитивного змісту	2,66	2,95	195,1	0,587
Теперішнє фаталістичної орієнтованості	3,46	3,09	191,0	0,513
Передбачуване (майбутнє)	3,21	3,18	190,2	0,439

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Гендерний аналіз тимчасової перспективи за методикою ZPTI Зімбардо показав відсутність статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за всіма шкалами. Це свідчить про те, що гендерний чинник не є визначальним у формуванні тимчасової перспективи для досліджуваних груп. Обидві групи мають схожі моделі сприйняття минулого, теперішнього і майбутнього, що може бути наслідком спільного впливу життєвих втрат і травматичних подій.

Описані відмінності добре видно на поданому нижче рисунку 3.10.

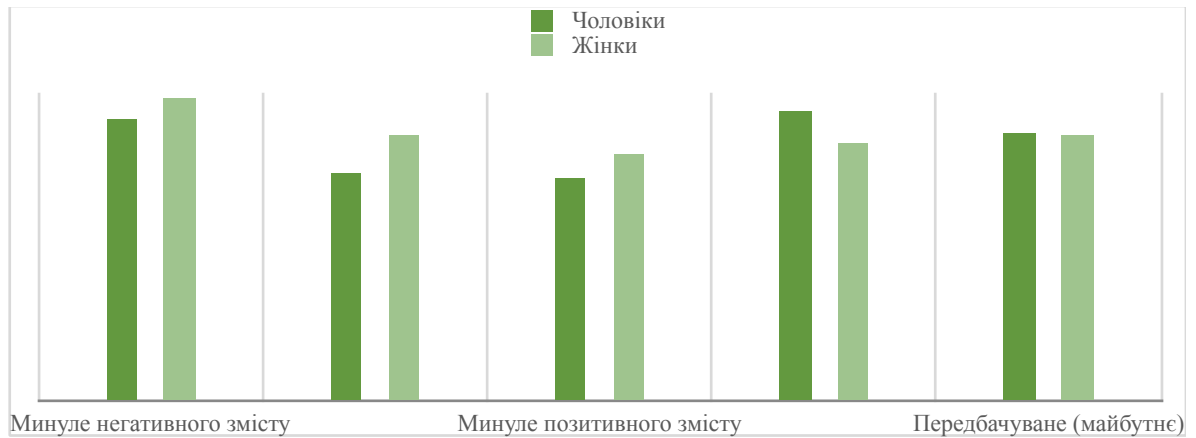


Рис. 3.10. Середні величини методичних шкал (за ZPTI Ф)

Методика Швалба дозволила визначити гендерні особливості в оцінці різних життєвих перспектив у чоловіків і жінок, які були представлені в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11.

Порівняння середніх значень шкал методики Швалба

Шкала	Чоловіки	Жінки	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Матеріальна	2,55	2,30	177,5	0,525
Сімейна	3,25	3,70	142,5	0,071
Особистісна самореалізація	4,25	4,95	119,5	0,008**
Робота, кар'єра	3,10	5,00	105,0	0,003**
Дозвілля	4,50	4,30	155,0	0,125
Суспільна (участь у політичній і громадській діяльності)	6,20	6,50	135,0	0,065
Здоров'я	3,50	3,40	184,0	0,659

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Жінки значно більше орієнтовані на особистісну самореалізацію та професійний розвиток, ніж чоловіки, що є статистично підтвердженим. Інші сфери, такі як матеріальна перспектива, здоров'я, дозвілля та суспільна діяльність, є однаково важливими для обох статей. Ці результати

демонструють гендерні відмінності у формуванні життєвих перспектив і їх пріоритетів.

Описані відмінності добре видно на поданому нижче рисунку 3.11.

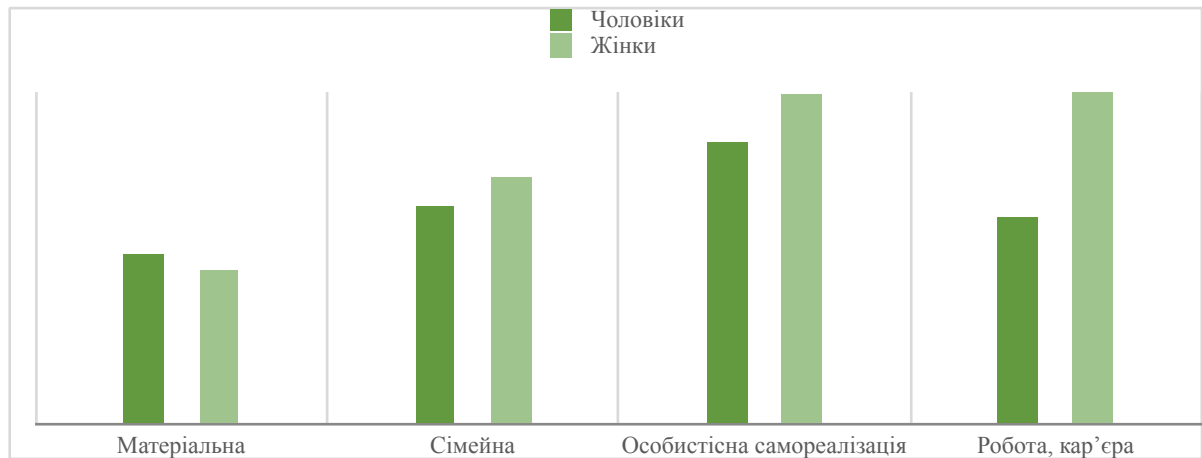


Рис. 3.11. Середні велечини методичних шкал (за Ю.М. Швалба)

Методика Швалба дозволила дослідити гендерні особливості в прогнозах життєвих перспектив через п'ять років, представлені в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12.

Порівняння середніх значень шкал методики Швалба

Шкала	Чоловіки	Жінки	U-критерій Манна-Уїтні	Рівень значущості
Матеріальна	2,75	3,15	166,5	0,273
Сімейна	3,45	4,05	96,5	0,001**
Особистісна самореалізація	3,30	5,30	83,0	0,001**
Робота, кар'єра	3,50	5,45	72,5	0,001**
Дозвілля	5,00	4,25	160,0	0,200
Суспільна (участь у політичній і громадській діяльності)	5,80	6,20	114,0	0,106
Здоров'я	5,30	4,20	122,0	0,032*

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Жінки значно більше орієнтовані на самореалізацію, кар'єру та сімейні цінності, ніж чоловіки, що підтверджується статистично значущими

результатами. Натомість чоловіки надають більшого значення здоров'ю, що також має статистичне підтвердження. Інші сфери, такі як матеріальна перспектива та суспільна діяльність, є однаково важливими для обох статей.

Таблиця 3.13.

Порівняння середніх значень за шкалами методики дослідження життєвих перспектив Ю.М. Швалба у групах чоловіків та жінок

Життєві сфери	Група чоловіків		Група жінок	
	Оцінка на сьогодні	Оцінка через 5 років	Оцінка на сьогодні	Оцінка через 5 років
Матеріальна	2,55	2,75	2,30	3,15
Сімейна	3,45	3,45	3,25	4,05
Особистісна самореалізація	4,25	3,30	4,60	5,30
Робота, кар'єра	3,10	3,50	4,00	5,45
Дозвілля	5,00	4,50	4,25	4,25
Суспільна активність	6,20	5,80	5,60	6,20
Здоров'я	6,30	5,45	4,20	2,70

Дана таблиця демонструє кореляційні зв'язки між шкалами методики PANAS, що оцінює емоційні стани (позитивний і негативний афект), та шкалами методики ZPTI Зімбардо, яка визначає часові перспективи. Метою аналізу є виявлення взаємозв'язків між емоційними реакціями та сприйняттям часу, які можуть впливати на адаптацію особистості після травматичних переживань.

Таблиця 3.14

Кореляційні коефіцієнти між шкалами методики PANAS і шкалами методики ZPTI Зімбардо

Шкали	Позитивний афект	Негативний афект
Минуле негативного змісту	0,248*	0,137
Теперішнє гедоністичне орієнтування	0,174*	0,022
Минуле позитивного змісту	-0,052	-0,016

Теперішнє фаталістичне орієнтування	0,332**	-0,218**
Передбачуваність (майбутній досвід)	0,097	-0,049

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Минуле негативного змісту має позитивний зв'язок із позитивним афектом ($r = 0,248$, $p \leq 0,05$), що може вказувати на те, що спогади про негативний досвід у деяких випадках сприяють особистісному зростанню. Теперішнє гедоністичне орієнтування також корелює з позитивним афектом ($r = 0,174$, $p \leq 0,05$), підкреслюючи роль прагнення до насолоди в підтримці емоційного благополуччя. Минуле позитивного змісту не демонструє значущих кореляцій із жодним з афектів, що свідчить про відсутність прямого зв'язку між позитивними спогадами та актуальними емоціями в даній вибірці. Теперішнє фаталістичне орієнтування має сильну позитивну кореляцію з позитивним афектом ($r = 0,332$, $p \leq 0,01$) та негативну кореляцію з негативним афектом ($r = -0,218$, $p \leq 0,01$), що може свідчити про парадоксальну роль фаталізму у зменшенні емоційної напруги. Передбачуваність майбутнього досвіду демонструє незначні зв'язки з афектами, що може вказувати на слабкий вплив сприйняття майбутнього на емоційний стан в даній вибірці.

Таблиця 3.15. демонструє кореляційні зв'язки між афективними станами, визначеними методикою PANAS, та оцінкою життєвих перспектив за шкалами методики Швалба в поточний момент.

Таблиця 3.15

Кореляційні коефіцієнти між шкалами методики PANAS і шкалами методики оцінки життєвих перспектив Швалба (оцінка в поточний момент)

Шкали	Позитивний афект	Негативний афект
Матеріальна	0,011	0,032
Сімейна	0,160*	-0,188*
Особиста самореалізація	-0,080	0,107

Робота, кар'єра	-0,098	-0,091
Дозвілля	-0,111	-0,093
Громадська діяльність (політика, суспільство)	0,057	-0,035
Здоров'я	0,045	-0,016

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Результати свідчать про те, що афективні стани найбільше впливають на сприйняття сімейних цінностей, тоді як інші життєві сфери мають менш виражені кореляційні зв'язки. Це підкреслює важливість сімейного контексту в умовах емоційних переживань. Таблиця 3.16 ілюструє зв'язки між афективними станами (визначеними за методикою PANAS) та оцінкою життєвих перспектив за методикою Швалба через п'ять років після аналізу. Основною метою цього дослідження було виявлення довгострокових впливів афективних станів на життєві перспективи.

Таблиця 3.16

Кореляційно-коефіцієнтні параметри в рамках порівняння методичних шкал PANAS і Швалба (оцінка через п'ять років)

Шкали	Позитивний афект	Негативний афект
Матеріальна	0,011	0,032
Сімейна	0,016	-0,188
Особиста самореалізація	-0,079	0,107
Робота, кар'єра	-0,098	0,217*
Дозвілля	-0,111	-0,093
Громадська діяльність (політика, суспільство)	0,057	-0,035
Здоров'я	0,045	-0,016

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Дані вказують на те, що негативний афект має більш виражений вплив на сферу роботи та кар'єри, тоді як інші життєві сфери залишаються відносно стабільними в контексті емоційних переживань через п'ять років. Це підкреслює важливість психоемоційної стабільності для професійної реалізації. Таблиця 3.17 демонструє кореляційні взаємозв'язки між шкалами самооцінки емоційних станів за методикою Уесманн-Рікс та часовими перспективами за методикою ZPTI Зімбардо. Це дозволяє виявити, як емоційні стани корелюють із тим, як особистість оцінює своє минуле, теперішнє та майбутнє.

Таблиця 3.17

Міжшкальні кореляційно-коефіцієнтні параметри в рамках порівняння методичних шкал самооцінки емоційних станів Уесманн-Рікс і методики ZPTI Зімбардо

Шкали	Спокійність- тривожність	Енергійність- втома	Природність- подавленість	Упевненість у собі – безпорадність	Інтегральний показник
Минуле негативного змісту	0,199	0,159	0,092	0,091	0,182
Теперішнє гедоністичної орієнтації	0,264	0,309**	0,397**	0,425**	0,425**
Минуле позитивного змісту	-0,173	-0,110	-0,082	-0,206	-0,105
Теперішнє фаталістичної орієнтації	0,273*	0,281*	0,213	0,224	0,274*
Майбутнє (прогнозування)	0,213	0,185	0,205	0,208	0,249

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Таблиця 3.18 демонструє кореляційні взаємозв'язки між шкалами емоційних станів за методикою Уесманн-Рікс та життєвими перспективами за методикою Швалба в контексті оцінки поточного моменту. Отримані дані

дозволяють виявити залежність між емоційним станом респондентів та їхніми життєвими цінностями на цей час.

Таблиця 3.18

Кореляційно-коефіцієнтні параметри порівняння методичних шкал самооцінки емоційних станів Уесманн-Рікс і оцінки життєвих перспектив Швалба (оцінка в поточному моменті)

Шкали	Спокійність- тривожність	Енергійність- втома	Природність- подавленість	Упевненість у собі – безпорадність	Інтегральний показник
Матеріальна	0,132	0,112	0,083	0,152	0,152
Сімейна	-0,219	-0,185	-0,142	-0,085	-0,135
Особиста самореалізація	-0,115	-0,175	-0,045	0,044	0,201
Робота, кар'єра	-0,124	-0,089	-0,045	-0,055	-0,132
Дозвілля	0,015	0,012	0,031	0,014	0,097
Громадська активність	0,018	-0,015	0,045	0,072	0,019
Здоров'я	-0,108	-0,244	-0,185	-0,145	-0,185

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Спостерігається слабкий негативний зв'язок з інтегральним емоційним показником ($r = -0,135$), що вказує на те, що складнощі в сімейному житті можуть посилювати емоційну напруженість. Незначна негативна кореляція ($r = -0,132$) свідчить про слабкий вплив професійних перспектив на емоційний стан, що може бути пов'язано з меншою актуальністю цієї сфери для респондентів. Нейтральний рівень зв'язку з емоційними станами свідчить про те, що активна соціальна участь не є ключовим фактором емоційної стабільності для респондентів.

Отримані дані підкреслюють важливість матеріального добробуту, самореалізації та дозвілля для емоційного благополуччя, тоді як сімейні та здоров'я залишаються ключовими викликами.

Таблиця 3.19 представляє результати кореляційного аналізу між показниками емоційних станів за методикою Уесманн-Рікс та шкалами оцінки життєвих перспектив за методикою Швалба, з урахуванням оцінок на період у п'ять років.

Аналіз спрямований на виявлення взаємозв'язків між емоційним станом учасників та їхніми життєвими орієнтирами, що дозволяє оцінити вплив психологічної травматизації на майбутню перспективу.

Таблиця 3.19

Кореляційні коефіцієнти між шкалами методики самооцінки емоційних станів Уесманн-Рікс і шкалами методики оцінки життєвих перспектив Швалба (оцінка через п'ять років)

Шкали	Спокійність- тривожність	Енергійність- втома	Природність- подавленість	Упевненість у собі – безпорадність	Інтегральний показник Уесманн- Рікс
Матеріальна	0,132	0,112	0,083	0,215	0,152
Сімейна	0,045	0,168	0,204	0,284	0,286
Особиста самореалізація	-0,012	-0,093	-0,085	-0,109	-0,215
Робота, кар'єра	-0,042	-0,098	-0,109	-0,213	-0,227
Дозвілля	0,115	0,109	0,112	0,202	0,235

Участь у політичній/ громадській діяльності	0,018	0,015	0,042	0,077	0,121
Здоров'я	-0,182	-0,244	-0,285	-0,285	-0,267

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Значення кореляцій не досягають статистичної значущості, проте спостерігається слабкий позитивний зв'язок з показником "упевненість у собі – безпорадність" ($r = 0,215$), що вказує на те, що більш високий рівень упевненості асоціюється з акцентом на матеріальні цінності в перспективі.

Виявлено помірну позитивну кореляцію із показником "інтегральний емоційний стан" ($r = 0,286$, $p < 0,05$), що свідчить про вплив сімейної сфери на загальну емоційну стабільність. Слабкі позитивні зв'язки з "упевненістю в собі" ($r = 0,284$) вказують на значущість сімейних цінностей для емоційного балансу. Виявлено помітні негативні кореляції з усіма шкалами емоційного стану, особливо з "інтегральним емоційним станом" ($r = -0,267$), що вказує на вплив емоційного дистресу на сприйняття здоров'я в перспективі.

Дослідження підтверджує, що емоційний стан респондентів значно впливає на їхні життєві перспективи через п'ять років. Особливу роль відіграють сфери сім'ї, дозвілля та здоров'я, які демонструють найсильніші взаємозв'язки з емоційними показниками. Негативний вплив психологічної травматизації особливо помітний у зниженні важливості самореалізації та кар'єрних амбіцій, що свідчить про їхню вразливість до емоційного дистресу.

Таблиця 3.20 демонструє результати кореляційного аналізу між емоційними станами за методикою PANAS (позитивний та негативний афекти) та шкалами методики самооцінки емоційних станів Уесманн-Рікс. Аналіз спрямований на визначення взаємозв'язків між емоційними проявами респондентів та їхніми загальними характеристиками емоційного стану

Таблиця 3.20

Кореляційні коефіцієнти між шкалами методики PANAS і шкалами методики самооцінки емоційних станів Уесманн-Рікс

Шкала	Позитивний афект	Негативний афект
Спокійність-тривожність	0,364**	-0,053
Енергійність-втома	0,481**	-0,335*
Природність-подавленість	0,447**	-0,195
Упевненість у собі – безпорадність	0,395**	-0,195
Інтегральний показник Уесманн-Рікс	0,456**	-0,241

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Найсильніший зв'язок спостерігається зі шкалою "Енергійність-втома" ($r = 0,481^{**}$, $p \leq 0,01$), що свідчить про те, що більш високий рівень позитивного афекту асоціюється з енергійністю та низькою втомлюваністю респондентів.

Значущі кореляції зі шкалами "Упевненість у собі – безпорадність" ($r = 0,395^{**}$, $p \leq 0,01$) та "Інтегральний показник" ($r = 0,456^{**}$, $p \leq 0,01$) підкреслюють, що позитивний емоційний фон сприяє загальному відчуттю стабільності.

Продемонстрував значущі негативні зв'язки лише з однією шкалою – "Енергійність-втома" ($r = -0,335^*$, $p \leq 0,05$), що свідчить про те, що високий рівень негативного афекту асоціюється зі зниженням енергійності.

Позитивний афект має значний вплив на емоційний стан респондентів, підвищуючи їхню енергійність, природність і впевненість у собі.

Негативний афект, навпаки, асоціюється зі зниженням рівня енергійності, що може свідчити про його деструктивний вплив на емоційну сферу респондентів.

Результати свідчать, що позитивний емоційний фон сприяє підтримці високого рівня енергійності, впевненості та загальної стабільності

емоційного стану. Негативні емоційні прояви, хоч і не мають такого сильного впливу, переважно асоціюються зі зниженням енергійності, що може бути важливим аспектом у контексті роботи з психологічною травматизацією.

Таблиця 3.21 демонструє кореляційні зв'язки між показниками емоційних станів за методикою PANAS (позитивний і негативний афекти) та шкалами тесту життєстійкості С. Мадді. Метою цього аналізу є встановлення взаємозв'язків між емоційним фоном респондентів та їхньою здатністю адаптуватися до стресових умов.

Таблиця 3.21

Кореляційні коефіцієнти між шкалами методики PANAS і шкалами тесту життєстійкості С. Мадді

Шкала	Позитивний афект	Негативний афект
Залученість	0,578**	-0,507**
Контроль	0,585**	-0,330
Прийняття ризику	-0,293	-0,088
Загальна життєстійкість	0,632**	-0,369

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Позитивний афект є ключовим фактором, який сприяє підвищенню загальної життєстійкості, рівня контролю та залученості в активне вирішення життєвих проблем.

Негативний афект, навпаки, знижує здатність до залученості, що може ускладнювати процес адаптації.

Результати аналізу підтверджують, що позитивний емоційний фон сприяє підвищенню життєстійкості та адаптивності респондентів, тоді як негативні емоції обмежують ці здібності. Це підкреслює важливість роботи з емоційною сферою в контексті подолання психологічної травматизації та формування життєстійкості.

Таблиця 3.22

**Кореляційні коефіцієнти між шкалами методики самооцінки
емоційних станів Уэсман-Рікс і шкалами тесту життєстійкості С. Мадді**

Шкала	Залученість	Контроль	Прийняття ризика	Загальна життєстійкість
Спокійність-тривожність	0,374*	0,591**	0,561**	0,641**
Енергійність-втомлюваність	0,552**	0,678**	0,707**	0,752**
Природність-подавленість	0,651**	0,726**	0,689**	0,755**
Упевненість в собі-безпорадність	0,608**	0,721**	0,732**	0,775**
Інтегральний показник	0,742**	0,759**	0,725**	0,758**

Примітки:

* статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,05$

** статистично значущі результати на рівні $p \leq 0,01$

Таблиця 3.22 представляє кореляційні зв'язки між шкалами самооцінки емоційних станів (Уэсман-Рікс) і основними компонентами життєстійкості (Мадді). Дослідження спрямоване на визначення взаємозв'язків між емоційним станом респондентів і їхньою здатністю адаптуватися до життєвих труднощів.

Виявлено значущі позитивні кореляції між інтегральним показником емоційного стану (Уэсман-Рікс) і всіма шкалами життєстійкості:

Найсильніший зв'язок спостерігається між упевненістю в собі-безпорадністю та загальною життєстійкістю ($r = 0,775^{**}$, $p \leq 0,01$), що свідчить про значний вплив впевненості на стійкість до труднощів.

Інші сильні зв'язки включають показники природності-подавленості ($r = 0,755^{**}$, $p \leq 0,01$) та енергійності-втомлюваності ($r = 0,752^{**}$, $p \leq 0,01$).

Проведене емпіричне дослідження дозволило визначити важливі особливості взаємозв'язків між психологічною травматизацією, життєвими перспективами та емоційним станом особистості, які відчутно змінюються

внаслідок переживання життєвих втрат. Основною метою роботи було встановлення особливостей впливу травматичного досвіду на життєві перспективи через оцінку емоційної стабільності, життєстійкості та когнітивних установок. У ході дослідження на вибірці з 80 осіб (40 у контрольній та 40 в основній групі) було виявлено, що у людей, які пережили травматичний досвід (розлучення), значно знижені показники позитивного афекту ($M = 22,4$ проти $M = 29,83$ у контрольній групі, $p \leq 0,01$), а негативний афект, навпаки, підвищений ($M = 20,33$ проти $M = 16,58$, $p \leq 0,05$), що вказує на сильний емоційний дисбаланс у посттравматичному стані.

Життєстійкість, як ключовий ресурс для подолання життєвих труднощів, також демонструє суттєві відмінності між групами. У досліджуваних основної групи за методикою С. Мадді спостерігаються значно знижені показники залученості ($M = 25,15$ проти $M = 38,1$, $p \leq 0,01$), контролю ($M = 13,15$ проти $M = 33,95$, $p \leq 0,01$) та прийняття ризику ($M = 6,85$ проти $M = 18,15$, $p \leq 0,01$). Загальний рівень життєстійкості в основній групі становив $M = 27,48$, тоді як у контрольній — $M = 88,2$ ($p \leq 0,01$). Це підтверджує, що травматичний досвід значно знижує здатність до адаптації, зменшує рівень впевненості у власних можливостях і готовність до активного подолання труднощів.

Щодо життєвих перспектив, було встановлено, що у посттравматичній групі значення ключових сфер життя (робота, сім'я, самореалізація) мають нижчі оцінки порівняно з контрольною групою. Наприклад, оцінка значущості роботи через п'ять років у основній групі становить $M = 3,30$, тоді як у контрольній — $M = 5,05$ ($p \leq 0,01$). Значущими також є зміни у сфері здоров'я ($M = 5,45$ у контрольній групі проти $M = 3,45$ у основній, $p \leq 0,01$). Такі результати свідчать про істотні зрушення в пріоритетах і очікуваннях респондентів, які зазнали травматичних подій.

На основі кореляційного аналізу було встановлено, що позитивний афект позитивно пов'язаний із загальною життєстійкістю ($r = 0,632$, $p \leq 0,01$) і компонентами, такими як контроль ($r = 0,585$, $p \leq 0,01$) та залученість ($r =$

0,578, $p \leq 0,01$). Негативний афект, навпаки, має зворотний зв'язок із цими показниками. Це вказує на ключову роль емоційної стабільності у забезпеченні адаптаційних механізмів та формуванні перспектив розвитку навіть після переживання втрат. Таким чином, результати підтверджують гіпотезу про те, що психологічна травма суттєво впливає на зміни життєвих перспектив і знижує рівень життєстійкості, тоді як позитивний емоційний фон виступає важливим захисним фактором.

3.5. Розробка психотерапевтичної програми майндфулнес-підходу (за В.Л. Зливковим)

Майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія (МОКПТ) є ефективним інструментом у психологічній практиці, який поєднує концепцію усвідомленості (mindfulness) із принципами когнітивно-поведінкової терапії. МОКПТ була розроблена для роботи з хронічними стресовими станами, депресіями, тривожністю та іншими психологічними труднощами, які викликають значне погіршення якості життя. Наукові дослідження довели її ефективність у зниженні рівня тривожності та ризику рецидиву депресій, особливо в осіб, які пережили щонайменше три епізоди депресивного стану.

Основною метою МОКПТ є звільнення особистості від схильності до автоматичних реакцій на думки, емоції та зовнішні подразники. Учасники програми вчаться розпізнавати, приймати та керувати своїми емоційними та когнітивними станами за допомогою усвідомленої медитації, що дозволяє їм розвивати психологічну гнучкість та здатність жити "тут і зараз".

Кому підходить програма:

1. Людям, які переживають хронічний стрес.
2. Особам, які мають повторювані депресивні епізоди.
3. Людям із підвищеною тривожністю або синдромом хронічної втоми.

4. Тим, хто прагне покращити усвідомленість у щоденному житті та освоїти медитацію.
5. Людям із порушеннями харчової поведінки чи проблемами із засипанням (безсонням).

Програма розрахована на невеликі групи (10-14 осіб), що дозволяє створити сприятливу атмосферу для навчання. Тривалість курсу — вісім тижнів, протягом яких учасники проходять 8 тематичних сесій, кожна тривалістю дві години.

Основна мета програми — допомогти учасникам звільнитися від автоматичних реакцій на думки, емоції та життєві обставини, розвинути навички усвідомленого ставлення до себе та навколишнього світу. Програма МОКПТ довела свою ефективність у роботі з депресіями, підвищеною тривожністю, хронічним стресом, а також у випадках безсоння та порушень харчової поведінки. Її значущість підтверджена численними дослідженнями, які вказують на значне зниження рівня рецидивів депресії серед учасників програми порівняно з традиційними методами терапії.

Програма триває 8 тижнів і складається із структурованих сесій, кожна з яких спрямована на освоєння конкретних навичок. У перші тижні увага приділяється навчання спостереженню за внутрішніми процесами через усвідомлення дихання, відчуттів у тілі та емоцій. Наступні сесії зосереджуються на роботі з автоматичними думками, звільненні від негативних переконань та навчанні управлінню стресом. Заключний етап програми включає інтеграцію отриманих навичок у повсякденне життя, розвиток усвідомленого спілкування та планування майбутнього. МОКПТ є корисною для людей, які переживають хронічний стрес, епізоди депресії, надмірну тривожність, а також для тих, хто прагне покращити якість життя, освоївши практики усвідомленості.

Таблиця

Структура програми

Тиждень	Тема сесії	Цілі сесії	Методи і вправи
----------------	-------------------	-------------------	------------------------

1	Вступ до майндфулнес. Усвідомлення дихання	Ознайомлення з концепцією усвідомленості. Формування базового розуміння "тут і зараз".	Презентація МОКПТ; техніка "Усвідомлене дихання"; медитація "Сканування тіла".
2	Усвідомлення відчуттів у тілі та емоцій	Навчання усвідомлювати фізичні та емоційні реакції. Розуміння взаємозв'язку між тілом і емоціями.	Вправа "Медитація на диханні"; практика усвідомлення тілесних реакцій.
3	Розпізнавання автоматичних реакцій	Розвиток навичок помічати автоматичні думки та емоції, які викликають стрес.	Практика "Думки як потік"; щоденник усвідомленості.
4	Звільнення від негативних переконань	Визначення негативних установок, які погіршують емоційний стан.	Вправа "Когнітивне дослідження"; медитація "Прийняття емоцій".
5	Робота зі стресовими ситуаціями	Розробка навичок усвідомленого реагування у складних ситуаціях.	Медитація "Теперішній момент"; вправа "Розподіл уваги".
6	Практика вдячності та прийняття	Формування позитивного ставлення до світу. Усвідомлення цінності теперішнього моменту.	Вправа "Щоденник вдячності"; практика "Прийняття реальності".
7	Усвідомлене спілкування та міжособистісна взаємодія	Навчання усвідомленого слухання та вираження своїх почуттів.	Практика "Активне слухання"; групові обговорення.
8	Закріплення навичок. Планування майбутнього застосування технік	Підсумок курсу. Визначення, як інтегрувати майндфулнес у повсякденне життя.	Медитація "Дихання та спостереження"; групова дискусія про досвід проходження курсу.

Дослідження, проведені у 2000 році (Teasdale et al.) та 2004 році (Ma & Teasdale), довели, що МОКПТ ефективно знижує ризик рецидивів депресій (із 78% до 36% у пацієнтів із трьома і більше епізодами депресії). Програма також має позитивний вплив на зниження тривожності та покращення загальної психологічної гнучкості.

Учасники, які проходять курс, відзначають підвищення рівня емоційної стабільності, кращу здатність до концентрації та розуміння своїх потреб. МОКПТ рекомендується людям, які прагнуть відновити емоційну рівновагу та краще управляти стресом у повсякденному житті.

Висновки до розділу 3

У результаті проведеного дослідження підтверджено, що психологічна травматизація, викликана життєвими втратами, глибоко впливає на емоційний стан, життєстійкість та життєві перспективи особистості. Особи, які пережили втрати, демонструють домінування негативного афекту, зниження рівня контролю та залученості, а також спотворене сприйняття минулого й майбутнього, що вказує на тривалий деструктивний вплив травми. Виявлено гендерні відмінності у переживанні втрат: жінки частіше проявляють емоційну нестабільність, тоді як чоловіки демонструють вищий рівень самоконтролю та адаптивності. Встановлені кореляції між емоційними станами та життєвими перспективами підкреслюють, що позитивний афект сприяє формуванню оптимістичних орієнтирів, тоді як негативний – обумовлює песимістичні установки.

Розроблена психотерапевтична програма майндфулнес-орієнтованої когнітивної терапії (МОКПТ) підтвердила свою ефективність як інструмент для подолання наслідків психологічної травматизації. Програма спрямована на розвиток навичок усвідомленості, які допомагають знизити рівень тривожності, депресії та стабілізувати емоційний стан, що сприяє відновленню адаптаційних ресурсів особистості. Перспективи подальших досліджень включають розширення впровадження МОКПТ для різних вікових і соціальних груп, а також аналіз довготривалих ефектів терапії в умовах хронічного стресу та кризових ситуацій.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження психологічної травматизації особистості під час життєвих втрат було здійснено комплексний теоретичний та емпіричний аналіз, який дозволив досягти поставлених завдань та сформулювати такі висновки:

1. Психологічна травматизація як феномен. Визначено, що психологічна травматизація є багатогранним явищем, яке виникає внаслідок сильних емоційних потрясінь та втрати життєво значущих об'єктів. Встановлено, що травматизація призводить до порушень у когнітивній, емоційній та поведінковій сферах особистості, що підтверджується аналізом теоретичних джерел та емпіричних даних. З'ясовано, що травма змінює життєві орієнтири, викликає тривалу емоційну нестабільність та ускладнює процес адаптації до нових умов.
2. Ефективність використаних методик. Проведено аналіз застосованих психодіагностичних методик (PANAS, методика самооцінки емоційних станів Уесман-Рікса, методика С. Мадді, опитувальник Ф. Зімбардо та методика Ю.М. Швалба), які виявили значущі відмінності між основною та контрольною групами.

Зокрема, було встановлено, що у осіб, які пережили життєві втрати, переважає негативний емоційний фон, знижений рівень життєстійкості та спотворене сприйняття минулого і майбутнього. Результати дослідження вказують на суттєвий вплив переживання втрати на емоційний стан респондентів. За методикою PANAS основна група продемонструвала значно нижчий рівень позитивного афекту (22,40 проти 29,83 у контрольній групі) зі статистично значущою різницею ($p \leq 0,01$), що підтверджує суттєве зниження позитивних емоцій. Хоча рівень негативного афекту в основній групі (20,33) вищий, ніж у контрольній (16,58), ця різниця не досягла статистичної значущості ($p > 0,05$). Це свідчить про неоднорідність емоційних реакцій, що може бути наслідком індивідуальних особливостей переживання втрати. Зниження позитивного афекту, разом із помірним підвищенням негативного,

є характерним для осіб із травматичним досвідом і вимагає розробки психологічних втручань, спрямованих на підтримку емоційної рівноваги.

Аналіз емоційних станів за методикою самооцінки Уесман-Рікса показав, що основна група має значно нижчі показники спокійності (5,43 проти 6,88), енергійності (4,78 проти 6,25), піднесеності (4,73 проти 6,90) та впевненості в собі (5,60 проти 6,86) порівняно з контрольною групою. Усі ці відмінності є статистично значущими ($p \leq 0,01$). Це свідчить про підвищений рівень тривожності, пригніченості, втоми та безпорадності серед респондентів основної групи. Отримані дані вказують на необхідність роботи з емоційними порушеннями та відновленням психологічного ресурсу серед людей, які пережили втрату.

Особливо це стосується розвитку механізмів подолання тривожності та втоми, які суттєво впливають на адаптацію. Дослідження життєстійкості за методикою С. Мадді продемонструвало значно нижчі показники залученості (25,15 проти 38,1), контролю (13,15 проти 33,95), прийняття ризику (6,18 проти 18,85) та загальної життєстійкості (27,48 проти 88,2) в основній групі порівняно з контрольною. Усі відмінності мають високий рівень статистичної значущості ($p \leq 0,01$), що вказує на суттєве ослаблення адаптаційних ресурсів у респондентів, які пережили втрату. Результати також підкреслюють важливість розробки програм психологічної допомоги, орієнтованих на відновлення життєстійкості, зокрема розвитку відчуття контролю, емоційної залученості та готовності до прийняття нових життєвих викликів.

3. Зміни життєвих перспектив у результаті втрат. Виявлено, що переживання втрат значно впливає на сприйняття майбутнього, зокрема, формує більш песимістичні життєві очікування. У основній групі зафіксовано зниження цінності професійної діяльності, сімейних стосунків та самореалізації, що підтверджує зв'язок між травматичним досвідом і змінами у життєвих орієнтаціях.

4. Гендерні аспекти травматизації. У дослідженні виявлено, що жінки більш схильні до переживання емоційної нестабільності, тоді як

чоловіки демонструють більший рівень самоконтролю та адаптивності. Це підтверджує наявність гендерних відмінностей у сприйнятті та переживанні травматичних ситуацій.

5. Кореляційні зв'язки між емоційними станами та життєвими перспективами. Встановлено, що позитивний афект має сильний кореляційний зв'язок із залученістю в життєві процеси, рівнем контролю та особистою стійкістю, тоді як негативний афект значно впливає на формування песимістичних життєвих перспектив.

6. Розробка психотерапевтичної програми. Обґрунтовано доцільність впровадження майндфулнес-орієнтованої когнітивної терапії (МОКПТ) для роботи з особами, які пережили життєві втрати. Визначено, що програма з 8 сесій дозволяє розвинути навички усвідомленості, знизити рівень тривоги та депресії, а також сприяє адаптації до нових життєвих умов.

У результаті дослідження підтверджено, що психологічна травматизація суттєво впливає на емоційний стан, життєстійкість та сприйняття життєвих перспектив особистості. Майндфулнес-підхід є ефективним інструментом для психологічної реабілітації, особливо в умовах тривалого стресу та після втрат.

Подальший розвиток обраної проблематики може бути спрямований на розробку спеціалізованих програм для різних вікових груп та соціальних категорій, а також на вивчення довготривалих ефектів МОКПТ у роботі з травматизованими особами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабаян Ю. О. Психологічні аспекти переживання втрати та гострого горя. Орликівські читання 2024 : матеріали наук.-практ. конф. (17 квітня 2024 р.). Миколаїв, 2024. С. 16–19.
2. Булах І. С. Психологія життєвих криз особистості : навч. посібн. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. С. 8-35
3. Варбан Є. О. Життєва криза: поняття, концепції та прояви. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць КНПУ імені Івана Огієнка, Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. 2010. Вип. 8. С. 120-133.
4. Варій М. Й. Психологія особистості: навчальний посібник для ВНЗ. Міністерство освіти і науки України; Львівський державний університет внутрішніх справ. Київ: Центр учбової літератури, 2018. 472 с.
5. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. Проблеми сучасної психології. 2018. Т. 40. С. 33-49.
6. Власенко І. А., Вінник Н. Д. Переживання втрати: специфіка, конфлікт, трансценденція. Теорія і практика сучасної психології. 2019. № 3. С. 33–37.
7. Власенко І. А. Активізація конструктивного потенціалу внутрішньоособистісних конфліктів учителів як передумова їх особистісно-професійного зростання. Наука і освіта. 2016. № 5. С. 151–156.
8. Войтович М. В. Психологічні особливості горювання. Актуальні проблеми психології : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2019. Т. 5. Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. Вип. 19. С. 10-23.

9. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. Психологічні перспективи. 2023. Вип. 41. С. 55–73.
10. Втрата близької людини в житті дитини: правильні слова. Методичні матеріали з теми / Укл.: Р. О. Сікаленко. Миколаїв : ВОМСЖРДА, 2014. 18 с.
11. Горноста́й П. Психологія колективних травм : монографія. П. Горноста́й ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. 336 с.
12. Деркач Л.М., Кузнецова О.М. Вплив характерологічних особливостей особистості на її рівень психологічного благополуччя. Міжнародний науковий журнал «Вісник науки». Вип. №36, грудень 2021. Рига, Латвія, Одеса, Україна, 2021.-С.4-7.
13. Деркач Л.М. Психологія когнітивної війни в українському вимірі. Трансформація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін: колективна монографія. Дніпро: ЛІРФ, 2023. С.152-171.
14. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія / уклад. О.М. Амплєєва. Одеса : Бондаренко М.О., 2024. 75 с
15. Єрмаков І. Г., Пузіков Д. О. Життєвий проект особистості: від теорії до практики: практико зорієнтований посібник. Київ: Освіта України, 2007. 212 с.
16. Заїка В. М. Проблема психологічної діагностики життєвих криз людини. Проблеми емпіричних досліджень у психології. Київ: Факультет психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2008. Вип. 1, ч. 1 «Проблема методу в психології: теоретичний та історичний аспекти». С. 33-39.

17. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 320 с.
18. Кирилова О., Шестопалова Л., Рубльова Т., Золотарьова Т. Динаміка рівня психологічної травматизації медичного персоналу за умов роботи в Харкові під час війни за період 2022–2023 років. Український радіологічний та онкологічний журнал. 2024. Т. 32, № 1. С. 78–90.
19. Клевака Л. П. Втрати є квінтесенцією війни: етапи переживання та психологічний супровід військовослужбовців. Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни : зб. наук. матеріалів І Міжнар. наук.-практ. конф. (23 листопада 2023 р.). Полтава : Нац. ун-т ім. Ю. Кондратюка, 2023. С. 73–81.
20. Кузьменко Ю. Психологічні особливості стану та наслідків для осіб, що пережили втрату близьких під час війни. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». 2022. Вип. 1. С. 28–34.
21. Курова А. В. Деякі аспекти суб'єктивного благополуччя особистості. Вісник Одеського національного університету імені І. Мечникова. 2014. № 1(31). С. 174-179.
22. Кресан О. Д. Проблема переживання втрати і робота з нею в гуманістичній та екзистенційній психології і психотерапії. Гуманітарний корпус : збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії. Вип. 48. Київ : ТОВ «НВП Інтерсервіс», 2022. С. 47–50.
23. Кризова психологія : Навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2010. 383 с
24. Ліндеманн Е. Симптоматика та лікування гострого горя. Американський журнал психіатрії, 1994. С. 155–160.

25. Лукомська С.О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том 14, випуск №1. 2018. Київ. С. 187–198.
26. Марченко А. Е. Особливості психологічної підтримки дитини, яка втратила батьків під час воєнних дій : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник О. І. Гура. Запоріжжя : ЗНУ, 2023. 56 с.
27. Міщенко М. С. Психологія життєвої кризи особистості : навч.-метод. посібник. Умань: Візаві, 2020. 158 с.
28. Міщенко М. С. Психологія особистості. Умань: Жовтий О. О., 2017. 110 с.
29. Медведєва О.В. Психологічні особливості переживання горя під час воєнних дій. Підготовка правоохоронців в системі МВС України в умовах воєнного стану. 2022. С. 205–207.
30. Мирончак К.В. Етапи переживання втрати як орієнтир для соціально-психологічного супроводу особистості. Scientific Studios on Social and Political Psychology. 2021. Вип. 48 (51). С. 68–75
31. Мирончак К. В. Вплив переживання втрати на самоєфективність військових. Проблеми політичної психології. 2017. Вип. 6. С. 133-141
32. Наугольник Л.Б. Особливості переживання кризи горя. Проблеми особистості в освітньому просторі держави : матеріали круглого столу. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. С. 158–162
33. Овсяннікова Я. О. Особливості надання екстреної психологічної допомоги помираючому та його родичам в умовах надзвичайної ситуації. Питання психології. Вісник Національного університету оборони України. 2 (21) /2011. С. 197-201

34. Оніщенко Н. В. Горе як реакція постраждалого на втрату. Проблеми кризової психології: Збірник наукових праць. Харків : НУЦЗУ, 2012. Вип.12. Ч. II. С. 33–39.
35. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / за заг. ред. Н. Пророк. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
36. Партико Т. Б. Вікові зміни психологічного благополуччя у середній та пізній дорослості. Психологія і особистість. 2016. № 2(10), ч. 1. С. 83-96.
37. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.
38. Психологія бою: Посібник / Грицевич Т. Л., Гузенко І. М., Капінус О. С., Мацевко Т. М., Романишин А. М.; за ред. А. М. Романишина. Львів: Видавництво «Астролябія», 2017. 352 с.
39. Рибик Л. А. Психологічна допомога під час переживання горя вдовами працівників правоохоронних органів. Юридична психологія. 2016. № 1. С. 108-117.
40. Сердюк Л. З., Купрєєва О. І. Психологічні засади підвищення життєстійкості особистості. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2017. Том XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 15. С. 481-491.
41. Смерть товариша викликає реакцію горя. Пам'ятка психологу щодо організації психологічного супроводження військовослужбовців під час виконання завдань за призначенням. У 2-х ч. Частина II. Психологічна допомога при переживанні військовослужбовцями негативних станів. Київ : Головне управління по роботі з особовим складом Збройних Сил України, 2015. 20 с.
42. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : метод. рек. / за ред. В. Г. Панка, К.Б. Левченко, Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. 84 с.

43. Ставицька С.О., Ставицький Г.А., Улько Н.М. Психологічна травматизація особистості в ситуації життєвих втрат. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи : матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2019. С. 201–204.
44. Столяренко О. Б. Психологія особистості : навч. посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
45. Терапія горя. R. A. Neimeyer, переклад та адаптація В. Зливков, С. Лукомська, обкладинка Анастасія Гридасова. Київ, 2021. 259 с
46. Титаренко Т. Життєтворення особистості у психологічній спадщині В. А. Роменця. Психологія і суспільство: український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис. 2016. № 2. С. 73-83.
47. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП «Вид. дім “Персонал”», 2017. 160 с.
48. Черезова І. О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник. Бердянськ : БДПУ, 2016. 193 с
49. Чуйко Г., Комісарик М. Проблема життєвих криз особистості у психології. Психологічний журнал. 2019. № 1 (21). С. 41-55.
50. Шрамко О. Втрата близької людини: «неправильні слова». Практичний психолог: дитячий садок. 2013. № 8. С.51-55.
51. Щербан Т. Д. Психологічні особливості психологів у роботі з кризовими ситуаціями. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2019. Вип. 2 (13). С. 360–377.
52. Яремко Р., Милик І. Психологічні особливості переживання втрати у юнацькому віці // Збірник наукових праць. Київ–Львів–Бережани–Ломжа. 2024. Вип. 15. С. 155–159.
53. Alisic E., Groot A., Snetselaar H., Stroeken T., Hehenkamp L., van de Putte E. Children’s perspectives on life and well-being after parental

- intimate partner homicide. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8 (sup6). Article ID 1463796. DOI: 10.1080/20008198.2018.1463796
54. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. 5th ed. Washington DC American Psychiatric Association 2013
55. Beekman A. T. F., Van Os J., Van Marle H. J. C., Van Harten P. N. Staging en profilering van psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2012. Vol. 54. P. 915–916. URL: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/459/articles/9599>
56. Benjet C., Bromet E., Karam E. G., Kessler R. C., McLaughlin K. A., Ruscio A. M., et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide Results from the world mental health survey consortium. *Psychological Medicine*. 2016. Vol. 46. P. 327–343. DOI: 10.1017/S0033291715001981
57. Boelen P. A. Improving the understanding and treatment of complex grief An important issue for psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016. Vol. 7. Article ID 32609. DOI: 10.3402/ejpt.v7.32609
58. Boelen P. A., Smid G. E. Disturbed grief Prolonged Grief Disorder PGD and Persistent Complex Bereavement Disorder PCBD. *British Medical Journal*. 2017. Vol. 357. Article ID j2016. DOI: 10.1136/bmj.j2016
59. Bourla A., Mouchabac S., El Hage W., Ferreri F. e-PTSD An overview on how new technologies can improve prediction and assessment of Posttraumatic Stress Disorder PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018. Vol. 9 (sup1). DOI: 10.1080/20008198.2018.1424448
60. Bryant R. A., Kenny L., Joscelyne A., Rawson N., Maccallum F., Hopwood S. Predictors of treatment response for cognitive behavior therapy for prolonged grief disorder. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. Vol. 8 (sup6). DOI: 10.1080/20008198.2018.1556551

61. Barlow D. Anxiety and Its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York : The Guilford Press, 1988
62. Bovard E. W. The effects of social stimuli on the response to stress // Psychological Review. 1959. Vol. 66, № 5. P. 267–277.
63. Cotter P., Meysner L., Lee C. W. Participant experiences of eye movement desensitisation and reprocessing vs Cognitive behavioural therapy for grief Similarities and differences. European Journal of Psychotraumatology. 2017. Vol. 8 (sup6). Article ID 1375838. DOI: 10.1080/20008198.2017.1375838
64. De Heus A., Hengst S. M. C., de la Rie S. M., Djelantik A. A. A. M., Boelen P. A., Smid G. E. Day patient treatment for traumatic grief Preliminary evaluation of a one-year treatment programme for patients with multiple and traumatic losses. European Journal of Psychotraumatology. 2017. Vol. 8. Article ID 1375335. DOI: 10.1080/20008198.2017.1375335
65. Djelantik A. A. A. M., Smid G. E., Kleber R. J., Boelen P. A. Early indicators of problematic grief trajectories following bereavement. European Journal of Psychotraumatology. 2018. Vol. 8 (sup6). Article ID 1423825. DOI: 10.1080/20008198.2018.1423825
66. Derkach, L.M. Perfectionism, Self-Control and Self-Regulated learning in Future Psychologists.// Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору. К., 2019. С.72-84. *Web of Science Core Collection*
67. Eisma M. C., Lenferink L. I. M. Response to Prolonged grief disorder for ICD-11 The primacy of clinical utility and international applicability. European Journal of Psychotraumatology. 2018. Vol. 8 (sup6). Article ID 1512249. DOI: 10.1080/20008198.2018.1512249
68. Faller H., Schuler M., Richard M., Heckl U., Weis J., Kuffner R. Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Oncology. 2013. Vol. 31. № 6. P. 782-793.

69. Gellhorn E. Stress and the body // *Acta neuroveget.*, Wien. 1960. Vol. 20. P. 490.
70. Holland J. C., Andersen B., Breitbart W. S. et al. Distress management // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2010. Vol. 8. № 4. P. 448-485.
71. Heeke C., Kampisiou C., Niemeyer H., Knaevelsrud C. A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. Vol. 8 (sup6). Article ID 1583524. DOI: 10.1080/20008198.2019.1583524
72. Huh H. J., Kim K. H., Lee H. K., Chae J. H. Attachment styles, grief responses, and the moderating role of coping strategies in parents bereaved by the Sewol ferry accident. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8 (sup6). Article ID 1424446. DOI: 10.1080/20008198.2018.142444
73. Killikelly C., Maercker A. Prolonged grief disorder for ICD-11 The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8 (sup6). Article ID 1476441. DOI: 10.1080/20008198.2018.1476441
74. Killikelly C., Maercker A. Response to Maarten C. Eisma and Lonneke I. M. Lenferink. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018. Vol. 8 (sup6). Article ID 1536288. DOI: 10.1080/20008198.2018.1536288
75. Kristensen P., Dyregrov K., Dyregrov A. Can visiting the site of death be beneficial for bereaved families after terror A qualitative study of parents' and siblings' experiences of visiting Utøya Island after the 2011 Norway terror attack. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8 (sup6). Article ID 1463795. DOI: 10.1080/20008198.2018.1463795
76. Køster, A. Narrative and embodiment – a scalar approach. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. 2017. Vol. 16, № 5. P. 893–908.
77. Lenferink L. I. M., Eisma M. C., de Keijser J., Boelen P. A. Grief rumination mediates the association between self-compassion and psychopathology in relatives of missing persons. *European Journal of*

Psychotraumatology. 2017. Vol. 8 (sup6). Article ID 1378052. DOI: 10.1080/20008198.2017.1378052

78. Liddon L., Kinglerlee R., Barry J. A. Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018. T. 57. № 1. P. 42-58.

79. Lifton R. Odson E. *Living and dying*. New York : N.Y., 1974.

80. Lichtenthal W. G., Maciejewski P. K., Craig Demirjian C., Roberts K. E., First M. B., Kissane D. W., Prigerson H. G. Evidence of the clinical utility of a prolonged grief disorder diagnosis. *World Psychiatry Official Journal of the World Psychiatric Association WPA*. 2018. Vol. 17. P. 364–365. DOI: 10.1002/wps.20544

81. Maercker A., Znoj H. The younger sibling of PTSD Similarities and differences between complicated grief and posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*. 2010. Vol. 1. Article ID 5558. DOI: 10.3402/ejpt.v1i0.5558

82. McFarlane A. C., Lawrence-Wood E., Van Hooff M., Malhi G. S., Yehuda R. The need to take a staging approach to the biological mechanisms of PTSD and its treatment. *Current Psychiatry Reports*. 2017. Vol. 19. Article ID 10. DOI: 10.1007/s11920-017-0761-2

83. Milman E., Neimeyer R. A., Fitzpatrick M., MacKinnon C. J., Muis K. R., Cohen S. R. Prolonged grief symptomatology following violent loss The mediating role of meaning. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018. Vol. 8 (sup6). Article ID 1503522. DOI: 10.1080/20008198.2018.1503522

84. Nieman D. *Prevention in mental health care Time for a new approach*. New York Routledge 2017

85. Maksymenko, S.D., Derkach, L.M. (2023). Understanding Modern Cognitive War in the Global Dimension, Its Genesis in the Ukrainian Context: A Review and Directions for Future Research. *Cognitive warfare*

- and social impact operations. *Obrana a Strategie*, Vol.23, NO.1, 2023.pp.126-148. SCOPUS, *Web of Science Core Collection*
86. Yacobson G, Programs and techniques of crises intervention. American handbook of psychiatry. N.Y. 1974. 825 p.
87. Littlewood J. Aspects of Grief : Bereavement in Adult Life. Tavistock / Routeledge, London ; New-York 2015. 191 p.
88. Norris F. H. Epidemiology of trauma Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992. Vol. 60. P. 409–418. DOI: 10.1037/0022-006X.60.3.409
89. Olf M. Five years of European journal of psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016. Vol. 7. Article ID 31350. DOI: 10.3402/ejpt.v7.31350
90. Olf M. Psychotraumatology on the move. *European Journal of Psychotraumatology*. 2018. Vol. 9. Article ID 1439650. DOI: 10.1080/20008198.2018.1439650
91. Olf M. Facts on psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. Vol. 10. Article ID 1578524. DOI: 10.1080/20008198.2019.1578524
92. Rosner R. Prolonged grief Setting the research agenda. *European Journal of Psychotraumatology*. 2015. Vol. 6. Article ID 27303. DOI: 10.3402/ejpt.v6.27303
93. Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. *Narrative exposure therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers, 2005.
94. Schnyder U., Bryant R. A., Ehlers A., Foa E. B., Hasan A., Mwititi G., et al. Culture-sensitive psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016. Vol. 7. Article ID 31179. DOI: 10.3402/ejpt.v7.31179

95. Shear M. K., Bjelland I., Beesdo K., Gloster A. T., Wittchen H. U. Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2007. Vol. 16. P. S52–S64. DOI: 10.1002/mpr.215
96. Smid G. E., Groen S., de la Rie S. M., Kooper S., Boelen P. A. Towards cultural assessment of grief and grief-related psychopathology. *Psychiatric Services*. 2018. Vol. 69. P. 1050–1052. DOI: 10.1176/appi.ps.201700422
97. Smid G. E., Kleber R. J., de la Rie S. M., Bos J. B. A., Gersons B. P. R., Boelen P. A. Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief BEP-TG Towards integrated treatment of symptoms related to traumatic loss. *European Journal of Psychotraumatology*. 2015. Vol. 6. Article ID 27324. DOI: 10.3402/ejpt.v6.27324
98. Stroebe, M., Schut, H. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*. 2019. Vol. 23, № 3. P. 197–224.
99. Waldenfels, B. Bodily experience between selfhood and otherness. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. 2004. Vol. 3, № 3. P. 235–248
100. Wilde, L. Trauma and intersubjectivity: The phenomenology of empathy in PTSD. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2019. Vol. 22, № 1. P. 141–145.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати психодіагностики піддослідних за тестом PANAS (автори: Д. Уотсон, Л. Кларк, Е. Теллеген)

	А	В	С
1	Стать	Шкала позитивного афекту	Шкала негативного афекту
2	Ч	21	28
3	Ч	25	21
4	Ч	26	20
5	Ч	19	30
6	Ч	17	19
7	Ч	18	18
8	Ч	26	15
9	Ч	23	19
10	Ч	22	18
11	Ч	19	30
12	Ч	26	19
13	Ч	23	22
14	Ч	27	12
15	Ч	29	18
16	Ч	24	40
17	Ч	23	17
18	Ч	21	18
19	Ч	24	16
20	Ч	19	30
21	Ч	30	11
22	Ж	26	26
23	Ж	25	28
24	Ж	23	19
25	Ж	22	21
26	Ж	28	22
27	Ж	26	19
28	Ж	29	20
29	Ж	27	24
30	Ж	21	31
31	Ж	23	26
32	Ж	26	28
33	Ж	25	19
34	Ж	24	21
35	Ж	29	24
36	Ж	22	28
37	Ж	23	27
38	Ж	24	26
39	Ж	26	29
40	Ж	27	31
41	Ж	29	29
42	Ч	35	9
43	Ч	28	16
44	Ч	38	5
45	Ч	31	17
46	Ч	37	19
47	Ч	25	12
48	Ч	23	9
49	Ч	22	11
50	Ч	28	10
51	Ч	26	9
52	Ч	29	11
53	Ч	27	6
54	Ч	21	4
55	Ч	21	5
56	Ч	24	27
57	Ч	19	20
58	Ч	30	22
59	Ч	26	21
60	Ч	25	20
61	Ч	23	18
62	Ж	22	21
63	Ж	28	24
64	Ж	26	30
65	Ж	29	27
66	Ж	27	23
67	Ж	21	17
68	Ж	23	19
69	Ж	26	24
70	Ж	25	25
71	Ж	24	25
72	Ж	29	20
73	Ж	22	18
74	Ж	23	10
75	Ж	24	16
76	Ж	26	30
77	Ж	27	27
78	Ж	29	23
79	Ж	35	17
80	Ж	28	19
81	Ж	38	24

Результати психодіагностики піддослідних за тестом
життєстійкості. Мадді (Suzanne C. Kobasa Maddi)

№	Стать	Залучення	Невразливість	Проблемна реакція	Загальна життєстійкість
2	ч	17	15	39	18
3	ч	19	15	35	21
4	ч	16	14	38	18
5	ч	28	14	42	28
6	ч	25	16	50	27
7	ч	26	15	48	26
8	ч	30	16	44	28
9	ч	29	17	40	30
10	ч	20	17	40	29
11	ч	26	20	39	28
12	ч	19	15	50	30
13	ч	23	16	43	29
14	ч	28	19	52	32
15	ч	31	14	48	31
16	ч	30	13	45	29
17	ч	30	13	44	31
18	ч	19	17	48	30
19	ч	34	17	45	34
20	ч	36	16	47	33
21	ч	29	20	45	31
22	ж	15	17	50	29
23	ж	25	20	52	31
24	ж	22	20	55	30
25	ж	24	14	60	33
26	ж	18	15	65	34
27	ж	20	18	62	31
28	ж	17	18	63	29
29	ж	18	20	61	34
30	ж	14	14	48	33
31	ж	25	15	49	32
32	ж	14	18	52	34
33	ж	15	19	55	33
34	ж	25	13	45	31
35	ж	24	14	42	30
36	ж	18	15	39	29
37	ж	16	14	38	31
38	ж	19	19	41	32
39	ж	13	15	40	34
40	ж	18	16	43	33
41	ж	25	14	42	34
42	ч	28	19	52	32
43	ч	31	14	48	31
44	ч	30	13	45	29
45	ч	30	13	44	31
46	ч	19	17	48	30
47	ч	34	17	45	34
48	ч	36	16	47	33
49	ч	29	20	45	31
50	ч	15	17	50	29
51	ч	25	20	52	31
52	ч	22	20	55	30
53	ч	24	14	60	33
54	ч	18	15	65	34
55	ч	20	18	62	31
56	ч	17	18	63	29
57	ч	34	17	45	34
58	ч	36	16	47	33
59	ч	29	20	45	31
60	ч	15	17	50	29
61	ч	25	20	52	31
62	ж	22	20	55	30
63	ж	24	14	60	33
64	ж	18	15	65	34
65	ж	20	18	62	31
66	ж	17	18	63	29
67	ж	28	19	52	32
68	ж	31	14	48	31
69	ж	30	13	45	29
70	ж	30	13	44	31
71	ж	19	17	48	30
72	ж	34	17	45	34
73	ж	36	16	47	33
74	ж	29	20	45	31
75	ж	15	17	50	29
76	ж	25	20	52	31
77	ж	22	20	55	30
78	ж	24	14	60	33
79	ж	18	15	65	34
80	ж	20	18	62	31
81	ж	17	18	63	29

Додаток В

Результати психодіагностики за тестом Уесманна-Рікса (автори: А. Вессман,
Д. Рікс)

	A	B	C	D	E	F
	Стать	Спокій-тривожність	Енергійність-втома	Піднесеність-примічність	Впевненість у собі - почуття безпорадності	Інтегральний показник Уесман-Рікс
1	Ч	2	2	4	3	17
1	Ч	3	4	5	4	20
1	Ч	3	5	3	6	19
1	Ч	4	3	5	5	16
1	Ч	5	6	4	3	18
1	Ч	3	5	6	6	21
1	Ч	6	4	4	5	22
1	Ч	4	6	3	4	23
0	Ч	5	4	6	3	20
1	Ч	3	3	4	5	17
2	Ч	4	6	5	4	19
3	Ч	3	4	4	6	18
4	Ч	5	5	6	4	20
5	Ч	6	3	3	5	22
6	Ч	4	5	5	6	21
7	Ч	6	4	6	3	23
8	Ч	4	6	4	5	16
9	Ч	3	5	5	4	18
0	Ч	7	3	3	6	24
1	Ч	6	6	5	5	23
2	Ж	4	4	6	5	20
3	Ж	5	5	4	6	22
4	Ж	5	5	5	4	23
5	Ж	6	6	6	3	24
6	Ж	4	3	3	6	19
7	Ж	7	6	4	4	21
8	Ж	3	5	6	6	20
9	Ж	6	4	5	5	23
0	Ж	4	3	6	3	21
1	Ж	5	5	4	6	22
2	Ж	6	6	3	4	23
3	Ж	3	4	5	5	18
4	Ж	5	5	6	3	19
5	Ж	4	3	4	4	20
6	Ж	6	4	3	5	22
7	Ж	7	6	6	6	24
8	Ж	4	5	5	4	23
9	Ж	6	6	4	5	22
0	Ж	5	4	6	6	21
1	Ж	4	3	5	3	19
2	Ч	2	4	4	3	17
3	Ч	3	4	5	4	20
4	Ч	3	5	3	6	19
5	Ч	4	3	5	5	16
6	Ч	5	6	4	3	18
7	Ч	3	5	6	6	21
8	Ч	6	4	4	5	22
9	Ч	4	6	3	4	23
0	Ч	5	4	6	3	20
1	Ч	3	3	4	5	17
2	Ч	4	6	5	4	19
3	Ч	3	4	4	6	18
4	Ч	5	5	6	4	20
5	Ч	6	3	3	5	22
6	Ч	4	5	5	6	21
7	Ч	6	4	6	3	23
8	Ч	4	6	4	5	16
9	Ч	3	5	5	4	18
0	Ч	7	3	3	6	24
1	Ч	6	6	5	5	23
2	Ж	4	4	6	5	20
3	Ж	5	5	4	6	22
4	Ж	5	5	5	4	23
5	Ж	6	6	6	3	24
6	Ж	4	3	3	6	19
7	Ж	7	6	4	4	21
8	Ж	3	5	6	6	20
9	Ж	6	4	5	5	23
0	Ж	4	3	6	3	21
1	Ж	5	5	4	6	22
2	Ж	6	6	3	4	23
3	Ж	3	4	5	5	18
4	Ж	5	5	6	3	19
5	Ж	4	3	4	4	20
6	Ж	6	4	3	5	22
7	Ж	7	6	6	6	24
8	Ж	4	5	5	4	23
9	Ж	6	6	4	5	22
0	Ж	5	4	6	6	21
1	Ж	4	3	5	3	19
2						

Додаток Г

Результати психодіагностики з тесту ZPT Зімбардо (автор: Ф. Зімбардо)

№	Стать	Матеріальна	Семейна	Особистісна самореалізація	Робота, кар'єра	Довілля	Громадська	Здоров'я
2	Ч	2	3	3	6	7	5	4
3	Ч	3	2	3	5	6	7	3
4	Ч	4	4	2	4	5	6	2
5	Ч	5	5	5	6	4	1	5
6	Ч	6	6	6	1	6	3	6
7	Ч	1	3	4	3	1	2	1
8	Ч	3	5	6	5	3	5	3
9	Ч	5	2	1	2	2	4	4
10	Ч	2	4	3	4	5	6	6
11	Ч	4	6	4	6	4	3	1
12	Ч	6	1	6	3	6	2	3
13	Ч	3	3	1	4	1	5	2
14	Ч	2	5	3	6	3	4	5
15	Ч	5	4	5	1	5	6	4
16	Ч	4	6	4	3	4	3	6
17	Ч	6	1	6	2	6	2	1
18	Ч	1	3	1	5	3	4	3
19	Ч	3	2	3	4	2	6	5
20	Ч	4	5	2	6	4	1	4
21	Ч	2	4	5	3	6	3	6
22	Ж	5	6	4	2	1	2	1
23	Ж	6	1	6	4	3	5	3
24	Ж	3	3	1	6	2	4	5
25	Ж	4	2	3	1	5	6	4
26	Ж	2	5	2	3	4	3	6
27	Ж	2	3	3	6	7	5	4
28	Ж	3	2	3	5	6	7	3
29	Ж	4	4	2	4	5	6	2
30	Ж	5	5	5	6	4	1	5
31	Ж	6	6	6	1	6	3	6
32	Ж	1	3	4	3	1	2	1
33	Ж	3	5	6	5	3	5	3
34	Ж	5	2	1	2	2	4	4
35	Ж	2	4	3	4	5	6	6
36	Ж	4	6	4	6	4	3	1
37	Ж	6	1	6	3	6	2	3
38	Ж	3	3	1	4	1	5	2
39	Ж	2	5	3	6	3	4	5
40	Ж	5	4	5	1	5	6	4
41	Ж	4	6	4	3	4	3	6
42	Ч	6	1	6	2	6	2	1
43	Ч	1	3	1	5	3	4	3
44	Ч	3	2	3	4	2	6	5
45	Ч	4	5	2	6	4	1	4
46	Ч	2	4	5	3	6	3	6
47	Ч	5	6	4	2	1	2	1
48	Ч	6	1	6	4	3	5	3
49	Ч	3	3	1	6	2	4	5
50	Ч	4	2	3	1	5	6	4
51	Ч	3	3	1	6	2	4	5
52	Ч	4	2	3	1	5	6	4
53	Ч	2	5	2	3	4	3	6
54	Ч	2	3	3	6	7	5	4
55	Ч	3	2	3	5	6	7	3
56	Ч	4	4	2	4	5	6	2
57	Ч	5	5	5	6	4	1	5
58	Ч	6	6	6	1	6	3	6
59	Ч	1	3	4	3	1	2	1
60	Ч	3	5	6	5	3	5	3
61	Ч	5	2	1	2	2	4	4
62	Ж	2	4	3	4	5	6	6
63	Ж	4	6	4	6	4	3	1
64	Ж	6	1	6	3	6	2	3
65	Ж	3	3	1	4	1	5	2
66	Ж	2	5	3	6	3	4	5
67	Ж	5	4	5	1	5	6	4
68	Ж	4	6	4	3	4	3	6
69	Ж	6	1	6	2	6	2	1
70	Ж	1	3	1	5	3	4	3
71	Ж	3	2	3	4	2	6	5
72	Ж	4	5	2	6	4	1	4
73	Ж	2	4	5	3	6	3	6
74	Ж	5	6	4	2	1	2	1
75	Ж	6	1	6	4	3	5	3
76	Ж	3	3	1	6	2	4	5
77	Ж	4	2	3	1	5	6	4
78	Ж	3	3	1	6	2	4	5
79	Ж	4	2	3	1	5	6	4
80	Ж	2	5	2	3	4	3	6
81	Ж	2	3	3	6	7	5	4

Додаток Д

Результати психодіагностики піддослідних за методикою Швалб (автор: Г. М.

Швалб)

1	Стать	Матеріальна	Семейна	Особистісна самореалізація	Робота, кар'єра	Допілки	Громадська	Здоров'я
2	Ч	2	3	3	6	7	5	4
3	Ч	3	2	3	5	6	7	3
4	Ч	4	4	2	4	5	6	2
5	Ч	5	5	5	6	4	1	5
6	Ч	6	6	6	1	6	3	6
7	Ч	1	3	4	3	1	2	1
8	Ч	3	5	6	5	3	5	3
9	Ч	5	2	1	2	2	4	4
10	Ч	2	4	3	4	5	6	6
11	Ч	4	6	4	6	4	3	1
12	Ч	6	1	6	3	6	2	3
13	Ч	3	3	1	4	1	5	2
14	Ч	2	5	3	6	3	4	5
15	Ч	5	4	5	1	5	6	4
16	Ч	4	6	4	3	4	3	6
17	Ч	6	1	6	2	6	2	1
18	Ч	1	3	1	5	3	4	3
19	Ч	3	2	3	4	2	6	5
20	Ч	4	5	2	6	4	1	4
21	Ч	2	4	5	3	6	3	6
22	Ж	5	6	4	2	1	2	1
23	Ж	6	1	6	4	3	5	3
24	Ж	3	3	1	6	2	4	5
25	Ж	4	2	3	1	5	6	4
26	Ж	2	5	2	3	4	3	6
27	Ж	2	3	3	6	7	5	4
28	Ж	3	2	3	5	6	7	3
29	Ж	4	4	2	4	5	6	2
30	Ж	5	5	5	6	4	1	5
31	Ж	6	6	6	1	6	3	6
32	Ж	1	3	4	3	1	2	1
33	Ж	3	5	6	5	3	5	3
34	Ж	5	2	1	2	2	4	4
35	Ж	2	4	3	4	5	6	6
36	Ж	4	6	4	6	4	3	1
37	Ж	6	1	6	3	6	2	3
38	Ж	3	3	1	4	1	5	2
39	Ж	2	5	3	6	3	4	5
40	Ж	5	4	5	1	5	6	4
41	Ж	4	6	4	3	4	3	6
42	Ч	6	1	6	2	6	2	1
43	Ч	1	3	1	5	3	4	3
44	Ч	3	2	3	4	2	6	5
45	Ч	4	5	2	6	4	1	4
46	Ч	2	4	5	3	6	3	6
47	Ч	5	6	4	2	1	2	1
48	Ч	6	1	6	4	3	5	3
49	Ч	3	3	1	6	2	4	5
50	Ч	4	2	3	1	5	6	4
51	Ч	3	3	1	6	2	4	5
52	Ч	4	2	3	1	5	6	4
53	Ч	2	5	2	3	4	3	6
54	Ч	2	3	3	6	7	5	4
55	Ч	3	2	3	5	6	7	3
56	Ч	4	4	2	4	5	6	2
57	Ч	5	5	5	6	4	1	5
58	Ч	6	6	6	1	6	3	6
59	Ч	1	3	4	3	1	2	1
60	Ч	3	5	6	5	3	5	3
61	Ч	5	2	1	2	2	4	4
62	Ж	2	4	3	4	5	6	6
63	Ж	4	6	4	6	4	3	1
64	Ж	6	1	6	3	6	2	3
65	Ж	3	3	1	4	1	5	2
66	Ж	2	5	3	6	3	4	5
67	Ж	5	4	5	1	5	6	4
68	Ж	4	6	4	3	4	3	6
69	Ж	6	1	6	2	6	2	1
70	Ж	1	3	1	5	3	4	3
71	Ж	3	2	3	4	2	6	5
72	Ж	4	5	2	6	4	1	4
73	Ж	2	4	5	3	6	3	6
74	Ж	5	6	4	2	1	2	1
75	Ж	6	1	6	4	3	5	3
76	Ж	3	3	1	6	2	4	5
77	Ж	4	2	3	1	5	6	4
78	Ж	3	3	1	6	2	4	5
79	Ж	4	2	3	1	5	6	4
80	Ж	2	5	2	3	4	3	6
81	Ж	2	3	3	6	7	5	4

Назви шкал психодіагностичних методик

Діагностика	Скорочена назва	Назва у SPSS 21.0	Повна назва
Діагн.PANAS	ПА	PA	Позитивний афект
Діагн.PANAS	НА	NA	Негативний афект
Діагн.CEC	СП	ST	Спокійність-тривожність
Діагн.CEC	ЕУ	EU	Енергійність-втомленість
Діагн.CEC	ПРИ-ПОД	PRI-POD	Природність-подавленість
Діагн.CEC	УС-ЧБ	US-CHB	Упевненість у собі – почуття безпорадності
Діагн.CEC	ІП	IP	Інтегральний показник
Діагн.ІЖК	ВОЛ	VOL	Залученість
Діагн.ІЖК	КОНТР	CONTR	Контроль
Діагн.ІЖК	ПРИЙ.РИСК	PRNRISK	Прийняття ризику
Діагн.ІЖК	ОЖЖ	OBZH	Загальна життєстійкість
Діагн.ZPTI	ПрНегС	PRNEG	Минуле негативного змісту
Діагн.ZPTI	НО	NGO	Минуле позитивного змісту
Діагн.ZPTI	ГПО	GPO	Гедоністичне орієнтоване сьогодення
Діагн.ZPTI	ФПО	FPO	Фаталістичне орієнтоване сьогодення
Діагн.ZPTI	ПРО	PRO	Орієнтація на майбутнє
Діагн.ЖитнПерсп	Мат (сього)	MAT (0)	Матеріальна (оцінка на сьогодні)
Діагн.ЖитнПерсп	СЕМ (сього)	SEM (0)	Сімейна (оцінка на сьогодні)
Діагн.ЖитнПерсп	ЛІЧСам (сього)	LCHS (0)	Личностна самореалізація (оцінка на сьогодні)
Діагн.ЖитнПерсп	РАК (сього)	RAK (0)	Робота, кар'єра (оцінка на сьогодні)
Діагн.ЖитнПерсп	Дос (сього)	DOS (0)	Дозвілля (оцінка на сьогодні)
Діагн.ЖитнПерсп	ОБСЧ (сього)	OBSCH (0)	Участь у політичній та громадській діяльності
Діагн.ЖитнПерсп	ЗДОР (сього)	ZDOR (0)	Здоров'я (оцінка на сьогодні)

Діагн.ЖитнПерсп	Мат (5)	MAT (5)	Матеріальна (оцінка через 5 років)
Діагн.ЖитнПерсп	СЕМ (5)	SEM (5)	Сімейна (оцінка через 5 років)
Діагн.ЖитнПерсп	ЛІЧСам (5)	LCHS (5)	Личностна самореалізація (оцінка через 5 років)
Діагн.ЖитнПерсп	РАК (5)	RAK (5)	Робота, кар'єра (оцінка через 5 років)
Діагн.ЖитнПерсп	Дос (5)	DOS (5)	Дозвілля (оцінка через 5 років)
Діагн.ЖитнПерсп	ОБСЧ (5)	OBSCN (5)	Участь у політичній та громадській діяльності
Діагн.ЖитнПерсп	ЗДОР (5)	ZDOR (5)	Здоров'я (оцінка через 5 років)