

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗВО «УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

На правах рукопису,
остаточна версія

/Підпис студента/

БАБКОВА Дар'я Владиславівна

**ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ ВІЙНИ В УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра клінічної психології

Науковий керівник

Гринько Наталя Валер'янівна,

доцент кафедри клінічної психології УКУ,

кандидат психологічних наук

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2024

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра клінічної психології

Пояснювальна записка

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Індивідуально-психологічні особливості переживання травми війни в української молоді»

Виконала:

студентка 6 курсу групи ЗПК-22М

спеціальності 053 «Психологія»

Бабкова Д.В.

Керівник: доцент кафедри клінічної психології

УКУ, кандидат медичних наук

Гринько Н.В.

Рецензент:

Львів – 2024

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

“ _____ ” _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ) СТУДЕНТУ

Бабкова Дар'я Владиславівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) «Індивідуально-психологічні особливості переживання травми війни в української молоді»

керівник проекту (роботи) Гринько Наталя Валер'янівна, доцент кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук,

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені Вченою Радою факультету від “30” жовтня 2023р. № протоколу 5/23-кп

2. Строк подання студентом проекту (роботи): 31.05.2024

3. Вихідні дані до проекту (роботи): 3 розділи, висновки до кожного розділу, загальні висновки, список використаних джерел та додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

- 1) Уточнити на основі теоретичного аналізу вітчизняних і зарубіжних концепцій поняття «травма» в різних напрямках сучасної психології та його зміст.
- 2) Зібрати теоретичні дані щодо проблеми джерел і типів вираження травми.
- 3) Визначити змістовні характеристики впливу війни на психотравматизацію студентів вищих навчальних закладів.
- 4) Проаналізувати на основі кореляційного і факторного аналізу індивідуально-психологічні особливості переживання травми.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):
один рисунок, 17 діаграм, 8 таблиць
6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
	Вибір і походження теми		
	Підготовка, обґрунтування актуальності та аналізу літератури		
	Опрацювання теоретичної частини роботи		
	Представлення теоретичної частини дослідження та теоретичної моделі науковому керівнику		
	Опрацювання методології дослідження та розробка дизайну		
	Подання первинного протоколу дослідження до Інституційної етичної ради		

	Презентація теоретичної моделі та дизайну дослідження		
	Проведення емпіричної частини дослідження		
	Опрацювання розділу за результатами емпіричної роботи		
	Представлення розділу за результатами емпіричної частини дослідження науковому керівнику		
	Попередній захист магістерської роботи Підготовка фінальної версії кваліфікаційної магістерської роботи		

Студент

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи)

Анотація: в даній роботі з метою дослідження впливу травми війни на молодь з психологічної перспективи, за допомогою методик: «Методика PCL-5», «Модель стресодолатання BASIC Ph Мулі Лахада», «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)», тест «Самооцінка психічних станів», «Шкала тривоги Бека» було здійснене дослідження особливостей травми молоді в часи війни.

Дослідження проводилось в декілька етапів, а саме розроблення критеріїв, показників, добір методів діагностики, проведення діагностичних методик, аналіз, оцінка й узагальнення отриманих даних. Розкрито роль, яку відіграє наявність збройного конфлікту в державі на індивідуально-психологічний стан молоді. Емпіричну базу дослідження особливостей переживання наслідків травми війни склали 30 студентів вищих навчальних закладів віком від 18 до 23 років.

Наукова новизна даної роботи полягає в акцентуванні недостатнього дослідження індивідуально-особистісних особливостей переживання травми війни українською молоддю. Результати цього дослідження сприятимуть розвитку теоретичних підходів та практичному застосуванню в курсах «Загальна психологія», «Психологія травми», «Методи вивчення в психології травми», в консультативній роботі, в практиці психолого-педагогічного супроводу, в практичній роботі психологів і соціальних педагогів.

Ключові слова: «травма», «молодь», «емпіричне дослідження», «війна».

Abstrakt: In this work, with the aim of studying the impact of war trauma on youth from a psychological perspective, various methodologies were employed: "PCL-5 Method," "Mooli Lahad's BASIC Ph Model of Coping and Resiliency," "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)," "Self-Assessment of Mental States Test," and the "Beck Anxiety Inventory." The research focused on the features of trauma experienced by youth during wartime.

The study was conducted in several stages: development of criteria, indicators, selection of diagnostic methods, implementation of diagnostic techniques, analysis, evaluation, and synthesis of the obtained data. The role of armed conflict in the country on the individual psychological state of youth was revealed. The empirical basis for studying the peculiarities of experiencing the consequences of war trauma consisted of 30 university students aged 18 to 23.

The scientific novelty of this work lies in highlighting the insufficient research on the individual-personal characteristics of experiencing war trauma by Ukrainian youth. The results of this study will contribute to the development of theoretical approaches and practical applications in courses such as "General Psychology," "Trauma Psychology," "Methods of Studying Trauma Psychology," in counseling work, in the practice of psychological and pedagogical support, and in the practical work of psychologists and social educators.

Keywords: "trauma," "youth," "empirical research," "war."

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ ПОНЯТТЯ «ТРАВМА» ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ ВИРАЖЕННЯ В МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	6
РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ МОЛОДІ В ЧАСІ ВІЙНИ	
192.1. Особливості вибірки дослідження травми українців.....	19
2.2. Обґрунтування методик дослідження українців.....	23
2.3. Етапи та дизайн дослідження травми українців	30
РОЗДІЛ III. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМИ ВІЙНИ УКРАЇНЦІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	33
ВИСНОВКИ.....	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	60
ДОДАТКИ.....	64

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Тема вивчення поняття травми в контексті військового конфлікту в Україні є надзвичайно актуальною та суттєво для подальших досліджень. Україна стикається з великомасштабним воєнним конфліктом, і вивчення впливу цих подій на психічне здоров'я населення має велике значення. Розгляд аспектів, таких як психологічні та соціальні виміри травматичних подій, важливий для розуміння взаємозв'язків між воєнним конфліктом, психічним станом осіб та соціальними явищами. Ситуація, що склалася в Україні, вносить відповідні корективи в життя і функціонування людей, що переживають наслідки психологічної травми, і позначається на змісті їх особистісної спрямованості, зумовлюючи відповідні негативні прояви. Таким чином, подолання, профілактика та корекція наслідків психотравматизації особистості в період довготривалого перебування індивіда у стресовій ситуації привертає пильну увагу фахівців різних профілів. А саме проблематика виявлення індивідуальних особливостей людей, які переживають наслідки психологічної травми, є актуальною та важливою, оскільки вона дозволяє більш точно диференціювати наслідки травми та проводити ефективну профілактичну роботу.

Стан наукової розробки. Сучасна наукова література має значний обсяг робіт, які присвячені проблемі дослідження психотравматизації. (О. А. Блінов, П. П. Горностай, Н. Є. Гоцуляк, І. В. Музиченко, О. В. Романчук, Р. М. Цицей, Бессел ван дер Колк, Джудіт Герман).

Мета дослідження – вивчення індивідуально-психологічних особливостей переживання травми молоді в часі війни.

Об'єкт дослідження – суб'єктивні індивідуально-психологічні особливості переживання травми війни.

Предмет дослідження – особливості переживання впливу війни на 30 студентів віком від 18 до 23 років .

Гіпотеза дослідження: війна справляє вплив на психотравматизацію студентів віком від 18 до 23 років.

Завдання дослідження:

1. Уточнити на основі теоретичного аналізу вітчизняних і зарубіжних концепцій поняття «травма» в різних напрямках сучасної психології та його зміст.

2. Зібрати теоретичні дані щодо проблеми джерел і типів вираження травми.

3. Визначити змістовні характеристики впливу війни на психотравматизацію студентів вищих навчальних закладів.

4. Проаналізувати на основі кореляційного і факторного аналізу індивідуально-психологічні особливості переживання травми.

Методи дослідження. З метою реалізації сформованих завдань були застосовані наступні методи: теоретичні – систематизація після аналізу даних, узагальнення наукової літератури з психології та соціології, інформаційних джерел; емпіричні – анкетування.

З даної проблеми було проведено наукове дослідження, використовуючи наступні психодіагностичні методи:

- методика PCL-5;
- модель стресодолання BASIC Ph Мулі Лахада;
- госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS);
- тест «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка;
- шкала тривоги Бека.

Теоретичну основу дослідження склали праці вітчизняних та зарубіжних дослідників, присвячених проблемі психотравматизації особистості, зокрема, роботи О. А. Блінова [3], П. П. Горностая [5], Н. Є.

Гоцуляк [6], І. В. Музиченка [14], О. В. Романчука [21], Р. М. Цицей [24], Бессел ван дер Колк[27], Джудіт Герман[36].

Наукова новизна дослідження: розширення знань про індивідуально-психологічні особливості переживання травми молоді в часі війни. Дослідження зосереджується на вивченні особливостей переживання травми саме у молоді, що вносить новий підхід до розуміння психологічних наслідків війни та їхнього впливу на розвиток молодого покоління.

Практичне значення цього дослідження в тому, що його теоретичні принципи і практичні висновки можуть бути застосовані для курсів в галузі психології, в консультативній роботі, в практиці психолого-педагогічного супроводу, в практичній роботі психологів і соціальних педагогів.

Достовірність і надійність результатів дослідження обумовлені методологічною і теоретичною обґрунтованістю можливостей вивчення психологічної травми та шляхів її подолання. Дослідження здійснювалося на основі апробованих і науково обґрунтованих методів і методик, адекватних об'єкту, предмету, меті та завданням. З метою об'єктивного контролю результатів застосовувалися взаємодоповнюючі методики, що дозволяють отримати ряд незалежних психологічних показників; спеціально контролювалася репрезентативність вибірок випробуваних; постійно встановлювалася статистична значущість відмінностей порівнюваних параметрів за умови обґрунтованого застосування методів математичної статистики.

Структура дослідження визначена його метою та основними задачами. Вона включає вступ, три основні розділи, поділених на підрозділи, висновки, перелік літературних джерел, а також додатки. Загальний обсяг роботи – 73 сторінки. Список використаних джерел містить 40 найменувань.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ ПОНЯТТЯ «ТРАВМА» ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ ВИРАЖЕННЯ В МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Термін "психотравма" виник і розвивався у галузі психології та психіатрії внаслідок внеску багатьох науковців.

Слід відзначити, що розвиток терміну "психотравма" відбувався на протязі часу, і він став більш поширеним у літературі і практиці психічного здоров'я в другій половині 20-го століття. Однією з видатних постатей у розвитку концепції психотравми та її дослідженні є Бессел ван дер Колк. Він – американський психіатр і науковець, який присвятив велику частину своєї кар'єри дослідженням та розвитку поняття психотравми.

Бессел ван дер Колк вивчав вплив травматичних подій на психічне та фізичне здоров'я людини. Він активно досліджував посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші психічні реакції на стресові ситуації. Його роботи та дослідження важливі для розуміння, як травматичні події можуть впливати на мозок, психіку та фізичний стан. Він розглядає психотравму, як наслідок травматичних подій, які можуть включати фізичне чи емоційне насильство, сексуальні злочини, природні катастрофи чи військові конфлікти.

Основні аспекти концепції психотравми за ван дер Колком включають:

- ✓ Вплив на мозок: Ван дер Колк досліджує, як травматичні події впливають на мозкову структуру та функцію, зокрема на області, що регулюють стресовий відгук та емоційні реакції.
- ✓ Дисоціація: Поняття дисоціації важливе в його роботах. Дисоціація вказує на роз'єднання між емоційними та фізичними аспектами досвіду травми.

- ✓ Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): Ван дер Колк активно вивчає ПТСР та інші психічні розлади, що виникають внаслідок травматичних подій, та розробляє методи лікування.
- ✓ Інноваційні методи лікування: Ван дер Колк висловлює підтримку інноваційним методам лікування, таким як ті, які орієнтовані на тіло, такі як сенсомоторна терапія та інші методи, які враховують тілесні відчуття та рух, для подолання наслідків травми.[27]

Основні аспекти концепції психотравми за Джудіт Герман:

1. Вплив на індивіда: Герман визначає психотравму як події, що перетворюють особистість, залишаючи глибокий слід на індивідуальному рівні. Травматичні досвіди можуть викликати істотні зміни у способі сприйняття світу, взаємодії з іншими та розумінні самого себе.

2. Руйнування нормальності: вона описує травму як руйнування звичайного порядку речей і втрату віри в стабільність та безпеку. Травматичні події можуть порушити звичні схеми життя та призвести до важкостей у встановленні нормальних відносин і рутини.

3. Втрата контролю: психотравми можуть викликати відчуття втрати контролю над власним життям та власними емоціями. Особа може відчувати себе беззахисною та безпомічною перед впливом травматичних подій.

4. Повторення відчуттів: Однією з особливостей психотравми є повторне відчуття подій або емоцій, пов'язаних з травматичними досвідами. Це може виявлятися у спогадах, кошмарах або емоційних реакціях, що повторюються.

5. Шляхи відновлення: Герман також виділяє важливість процесу відновлення і відновлюючих стратегій. Це включає психотерапію, підтримку спільноти та створення нових стратегій адаптації до нових умов.

Герман визначає шість стадій відновлення після травматичного досвіду:

1. Стадія безпеки: спрямована на відновлення почуття безпеки та контролю, які виражаються під час травматичних подій.

2. Стадія засудження: включає в себе висловлення історій та дослідження того, що сталося, як джерело засудження та визнання відповідальності та вини інших за травму.

3. Стадія відновлення: зосереджена на поверненні до нормального життя, здійсненні певних змін у підході до життя та відновленні психічного благополуччя.

4. Травматичні спогади: Герман розглядає, як травматичні події впливають на спосіб, як люди відзначають свої спогади. Вона досліджує як способи пригнічення чи забуття, так і різні форми повторюваних спогадів, можуть бути механізмами впорядкування та переживання травми.

5. Гендерний аспект травми: Джудіт Герман враховує гендерні різниці у вивченні та розумінні психотравми. Вона вказує на те, що багато жінок стають жертвами насильства та травми в контексті гендерної дискримінації та соціальних нерівностей.

6. Інтеграція психічних і тілесних аспектів: Джудіт Герман визнає важливість інтеграції тілесних та психічних аспектів вивчення та лікування психотравми. Вона звертає увагу на те, як тілесні реакції можуть бути важливими компонентами відновлення.

Ці аспекти концепції психотравми Джудіт Герман взаємодіють та доповнюють один одного, надаючи комплексний погляд на процес відновлення після травматичних досвідів.

Наразі дуже важливо вивчити феномен психотравми, його психологічний зміст та структуру, значущі зміни, що відбуваються із психічним та фізичним здоров'ям людини. Цю необхідність постійно відзначають науковці, пов'язані з різноманітними галузями психології –

загальною психологією, медичною психологією, психофізіологією, інженерною психологією, практичною психологією, спортивною психологією тощо, а також вчені, що представляють граничні та споріднені галузі знань, зокрема медики, валеологи, педагоги, тощо.

Ця ситуація сприяє тому, що на сьогодні в науці наявна велика потреба обмінюватися знаннями та вести діалог у межах різних наук суспільного спрямування, аби розвинути результати психотравматичних досліджень, хоча це і призводить до ускладнень під час розробки такої моделі подолання психотравматизму, яка була б універсальною, теоретичною та емпіричною.

Представники вітчизняної психології досліджували психотравму достатньо рідко, робили це дещо розрізнено та фрагментарно. Переважно це відбувалося тому, що на це існували відомі соціальні причини, наприклад, несприятливі умови, що не є привабливими для того, аби аналізувати явища, пов'язані з відображенням того, що людина сприймає дійсність навколо себе як загрозу й нестабільність [22].

Н. Гоцуляк вважає, що така ситуація склалася багато в чому й через логіку, з якою розвивалася вітчизняна психологія. Слід зауважити, що в ній емоції, емоційні стани, домінантні емоційні індивідуальні переживання вивчалися переважно на рівні психофізіології, а стійкі утворення, пов'язані з емоційною сферою, по суті, не досліджувалися. Через те, що на сьогодні існує потреба в соціально-психологічному вивченні феноменів, пов'язаних із психологічною травмою, необхідно якимось чином під час емпіричного дослідження подолати неузгодженість, що наявна з теоретичною позицією, спільними концептуальними моделями та методичними розробками, що сприятиме достатньо повному та всесторонньому аналізу цих феноменів та порівнянню результатів їх вивчення [6].

Для кожного із дослідників, що вивчали психічну травму та психотравму, важливим було зрозуміти сутність та зміст, що вкладається в

ці феномени. Для цього важливо зрозуміти, яку саме галузь психології представляє конкретний дослідник.

У роботах П. Горностая, Л. Засекіної аналізується психічна травма як феномен. Більш пізні дослідження присвячені розгляду психотравми, як відносно самостійного психологічного феномена (роботи О. Блінова). Наближенню поняття психотравми до сучасних норм розуміння сприяло введення понять, пов'язаних з афектом жаху (визначення Н. Н. Баженова), набутою психічною інвалідністю (відкритою П. Б. Ганушкіним), нейропсихологічним травматизмом (відкритою Л. Я. Брусіловським, Н. П. Бруханським, Т. Є.Сгаловим), травматичною епідемією (визначення М.І. Пірогова)[5].

Слід зауважити, що з цим терміном пов'язане зазвичай виведення достатньо різноманітних явищ і що не лише різні школи, але й різні автори, що представляють один напрямок, розходяться, коли визначають феномен психотравматизму. Розглянемо різноманітні визначення авторів стосовно семантики зазначеного терміну.

Так, О. Блінов пропонує загальне визначення психологічної травми в якості особистісної реакції, що подана відповідно до стресових життєвих подій. Перелік цих подій представлений війнами, терористичними актами, стихійними лихами, нещасними випадками та аваріями, фізичним, емоційним та сексуальним насиллям, серйозними захворюваннями та медичними операціями, ситуаціями, пов'язаними зі втратами та горем, міжособистісними конфліктами тощо. Автором проводиться узагальнення всіх ситуацій, які зазвичай визначаються як складні життєві, зокрема екстремальні, й вона однією з перших в екзистенційній психології дає визначення саме психологічної травми, а не психічної травми, як це робить більшість дослідників [3].

П. Горностай займається вдосконаленням та наближенням до сучасного розуміння сутності й змісту поняття про психотравму, яке дав

засновник психоаналітичного напрямку в психології З. Фройд. Отже, психотравма є залишковим явищем, пов'язаним із афективними особистісними переживаннями, що їх спричиняють зовнішні подразники, котрі сприяють породженню психічного дискомфорту та патогенно впливають на особистість. Якщо висловлюватися метафорично, то психотравма є будь-яким психічним струсом, який потужно впливає на те, як у подальшому функціонує і розвивається особистість [5].

Слід відзначити узагальнення етіології терміну в слові психотравма, а також його змістовне закріплення навколо афективної дії та відповідного переживання, а також зовнішніх подразників, що справляють патогенний особистісний вплив.

Також варто звернути увагу на те визначення, що дане Н. Гоцуляк, згідно з яким психічна травма є будь-якою особистісно значущою ситуацією (явищем), що справляє патогенний емоційний вплив на людську психіку. Її дуже важко перенести, а якщо захисні механізми психології є недостатніми, можуть виникати психічні розлади [6]. Автор визначає психічну травму, а не психотравму. Цікаво, що складові, включені до змісту цього визначення, цілком співпадають з ідеями, що подає психологічний підхід, визначаючи сутність поняття «психотравма».

Необхідно також відзначити відмінність у поглядах дослідників не лише стосовно змісту зазначених феноменів, а й відносно їх класифікації. Автори різних досліджень пропонують власне бачення психічної травми/ психотравми як події, патогенного впливу, зовнішнього подразника, переживання безпорадності, переживання, пов'язаного з пригніченням, нестерпного руйнівного переживання, психологічного стресу, критичного стану, травми, пов'язаної з минулим. +Окрім того, в дослідженнях Л. Засекіної та Т. Гордовської зіставлення психічної травми та контролю призводить до констатації відмінностей, проте наявності взаємодії у цих процесах.

У різні періоди історії різні людські спільноти по-різному переживали психотравми, що мали певні стійкі характеристики. Відповідно, можна говорити про існування особливої культури, пов'язаної з переживанням психотравм. У різних культурах психотравми по-різному оцінюються, по-різному формуються та закріплюються [7].

Різні культури виявляються у різній важливості психотравм, критеріях їх виникнення і закріплення, основних компонентах (основах) ступеня їх вираженості, а також в правилах і традиціях, які регулюють відносини, спричинені психотравмами. В українському вимірі – це пережиті нашим народом революції, світові війни, геноциди, глобальні екологічні катастрофи спроби планомірного знищення української нації та її культури, заперечення української історії та державності.

Побічним наслідком пережитої народом психологічної травми постає виникнення етнічних та національних стереотипів.

Протягом історії вивчення неврозів було висунуто безліч концепцій, що пояснюють їхнє походження. В історичному контексті можна виділити біологічний, психоаналітичний та культурний підходи до вивчення неврозогенезу. Більшість цих моделей до сьогодні були тісно пов'язані з психологічними теоріями особистості, які різними способами пояснюють людську поведінку, як у нормі, так і в патології. Деякі концепції, зокрема когнітивна і соціально-когнітивна школи та теорія рис, були підтвержені експериментально, тоді як інші напрямки не змогли знайти наукових доказів існування висунутих моделей особистісного функціонування.

У 1776 році Вільям Каллен вперше введе термін "невроз" у повсякденну мову. Він визначив його як стан, коли особистість переживає болючі розриви, супроводжуються розладами у фізичному стані та соціальних взаємодіях, викликані психічними чинниками і обумовлені органічними змінами. Основні критерії неврозів включають психогенність як причину, вегетосоматичні прояви, особистісний характер та тенденцію

до переробки порушень з урахуванням соціальної значущості психічної травми. Згідно з МКХ-10, неврози – це функціональні психічні розлади, що виникають через психотравматичні фактори при недостатній ефективності механізмів психологічного захисту в умовах соціальної ситуації, що сприяє невротизації, що перешкоджає задоволенню основних потреб людини або створює суб'єктивну загрозу для її майбутнього. [4].

Сучасна реальність насичена стресовими чинниками, які негативно впливають на психіку людини. Це відчуває кожен із нас. Стресогенність поточної реальності породжує збільшення невротичної симптоматики. І не дивно, що одним із найчастотніших розладів психічного життя сучасної людини є невроз.

Проте, питання етимології, перебігу та терапії неврозів досі не мають єдиного розв'язання. Психоаналіз, однією з основ якого є терапія неврозів, має величезний теоретичний матеріал, який дозволяє ще глибше розглянути проблему неврозу. Це спонукає повертатися до глибшого осмислення теоретичних концепцій психоаналітиків, присвячених питанням вивчення цього явища людської психіки [24].

Визначення неврозу рясніють своєю різноманітністю. Але загальним для них є те, що зазначений стан психічного життя людини характеризується переходом від осмисленого, логічного, раціонального реагування до зовнішніх обставин і адекватного ситуації управління внутрішніми спонуканнями, до деяких ірраціональних феноменів, які видаються дивними як із точки зору оточення, так і в розумінні самої людини, довільний контроль над якими практично неможливий.

По-перше, в концепції психоаналітичної теорії причиною, що породжує психоневроз, є невротичний конфлікт. «Невроз – це несвідомий конфлікт між спонуканнями Ід, які прагнуть розрядки, і захистом Его, що відвертає безпосередню розрядку чи доступ до свідомості» [25]. Але із

плином часу всередині психоаналітичної школи погляди на невроз змінювалися.

З погляду психоаналізу сутність неврозу – конфлікт між несвідомим і свідомістю, між інстинктивними потягами, що становлять зміст компонента Ід, та інтеріоризованими соціальними нормами й вимогами, що є елементами компонента Супер-Его. Напруга, що виникає, регулюється компонентом Его та механізмами психологічного захисту.

Компонент Его у своїй основі має вищі розумові процеси, але система Его може бути слабка, в силу значного переважання психічної енергії Ід. Енергія Его витрачається на придушення імпульсу Ід, а не на пошуки адаптивного механізму реалізації бажання. Ослаблене Его не має доступу до пригніченого матеріалу, що сприяє формуванню невротичного симптому [25].

Отже, невроз – це наслідок нерозв'язного внутрішньоособистісного мотиваційного конфлікту за недостатньої ефективності перетворювального впливу Его та механізмів психологічного захисту.

Психоаналітичну теорію неврозів неможливо розглядати без розуміння цього явища батьком-засновником психоаналізу Зигмундом Фройдом. Безумовно, багато того, про що писав З. Фройд, наразі критично переосмислено і доповнено. Але саме З. Фройд ми зобов'язані відкриттям того, що в невротичному симптомі закладено особливий, несвідомий, але важливий для хворого сенс.

Фройд вважав, що формування невротизаційного механізму відбувається в ранньому дитинстві, коли у дитини з'являється низка сексуальних потягів, які вона розцінює як заборонені та недозволені (аутоеротизм, гомосексуальні та інцестуозні зацікавлення) [25]. У процесі дорослішання дитина дізнається про забороненість вищезгаданих потягів, вони нею пригнічуються і витісняються в несвідоме. Таким чином, у міру

дорослішання у дитини формуються комплекси, що створюють готовність до невротичних симптомів.

На думку З. Фрейда, сутність неврозу – це конфлікт між імпульсами несвідомого та свідомістю. «Від самого початку ми помічаємо, що людина занедужує через конфлікт, що виникає між вимогою інстинкту, та внутрішній опір, що виникає всередині неї проти цього інстинкту» [25]. Свідома складова цього конфлікту – це норми, правила, заборони та вимоги, що існують у суспільстві. Частина цих вимог засвоюється людиною, стаючи елементами її Супер-Его, тієї інстанції, яка «забезпечує» Его всілякими правилами та заборонами, що стикаються з імпульсами несвідомого.

Тут слід зазначити, що крім «постачання» заборон, Супер-Его «відповідальне» за формування неприємного відчуття провини, що важко переживається людиною. Несвідомий компонент конфлікту – інстинктивні потреби та потяги, що перебувають в Ід. Витіснені в несвідоме, вони не втрачають свою енергію, а навпаки, зберігають і навіть збільшують її, і надалі можуть бути виявлені або в соціально прийнятних формах (сублімованих), або в формі невротичних симптомів [23].

Зазначений фрейдівський концепт є наріжним каменем, як у розумінні неврозів, так в і їх лікуванні. Щойно в процесі психоаналізу знаходимо витoki цього конфлікту і виводимо несвідомі імпульси до свідомості, вони втрачають свою патологічну енергію, і невротичні симптоми зникають.

Відповідно до концепції К.Г. Юнга, особистість функціонує на трьох взаємопов'язаних рівнях – свідомість, особистісне несвідоме, колективне несвідоме [28]. У тому разі, коли матеріал особистісного і колективного несвідомого може бути усвідомлений, він приховано керує поведінкою індивіда, викликаючи внутрішнє напруження і тривогу [28]. Порушення циркуляції психічної енергії всіх трьох рівнів призводить до наростання

внутрішньої психічної напруги та розвитку неврозу як дисоціації шляхом відторгнення людиною частин своєї особистості.

Палітра психоаналітичних поглядів на невроз не буде повною без розгляду доробку Ж. Лакана – французького філософа (фрейдиста, структураліста, поструктураліста) та психіатра, який по праву вважається однією з найвпливовіших постатей в історії психоаналізу.

Лаканівська нозологія здається досить простою: невроз, психоз, перверсія. Але варто відзначити, що тут йдеться не про виявлення тих чи інших симптомів, а не про постановку діагнозу, а про клінічну структуру психіки. За Лаканом, немає такої речі, як "психічно здорова" чи "нормальна" структура. Для нього "нормальність" є вершиною психопатології, оскільки вона є несхопленною. Якщо для Фрейда невротика могла перетворитися на звичайно нещасливу людину, то для Лакана невроз – це структура, яка може змінюватися. Мета психоаналітичної роботи для Лакана полягає не в усуненні неврозу, а в зміні відношення суб'єкта до свого неврозу, до самого себе та своєї історії. [13].

В одній зі своїх доповідей Лакан каже: «Невроз – ні що інше, як питання, яке буття задає суб'єкту звідти, де воно було, перш ніж суб'єкт прийшов у світ» [13].

Таким чином, стан неврозу – це стан, коли буття ставить перед людиною питання екзистенційного плану.

Уявлення про неврози у межах психоаналітичної теорії не буде повним, якщо не розглянути погляди на досліджувану проблему Віктора Франкла, австрійського психіатра, психолога, філософа і невролога.

В. Франкл вважав, що до розвитку неврозу в людини може призвести екзистенційний вакуум. Специфічна клінічна картина таких неврозів названа В. Франклом ноогенними неврозами.

Основа ноогенного неврозу – духовна проблема чи моральний конфлікт. Велику роль у розвитку ноогенних неврозів грає екзистенційна

фрустрація як фрустрація осмисленого існування людей, фрустрація їхнього прагнення сенсу.

В. Франкл пов'язує зростання екзистенційного вакууму у суспільстві із явищем колективних неврозів. Він стверджує, що поряд із клінічними неврозами, наявними у сучасному світі, існує феномен, що має подібні симптоми, але має метаклінічний характер [33].

Цей феномен може бути описаний як колективний невроз, для якого характерні такі симптоми:

А) фокус на тимчасовості існування, інакше кажучи, пристрасть жити на моменті;

Б) фаталістична настанова стосовно життя;

В) колективістське мислення, що виявляється у відмові індивіда брати на себе відповідальність за реалізацію себе як особистості;

Г) фанатизм [33].

Теоретична модель поняття «травма» під час війни наведена на рисунку 1.1.



Рис. 1.1. Теоретична модель поняття «травма» під час війни

Отже, Таким чином, виникнення травми серед молоді під час війни головним чином зумовлене обставинами життя та подіями, що перевищують індивідуальний досвід.

У цьому розділі було розглянуто поняття «травма» з точки зору психології та визначено ключові аспекти її впливу на молодь під час війни. Травма в контексті війни характеризується гострими емоційними переживаннями, фізичними та психічними розладами, а також довготривалими наслідками для психічного здоров'я.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ МОЛОДІ В ЧАСІ ВІЙНИ

2.1. Особливості вибірки дослідження травми українців

Дослідження проводилося протягом квітня-травня 2023 року. Емпіричну базу дослідження особливостей переживання наслідків травми війни склали 30 студентів віком від 18 до 23 років. Така вибірка була сформована, аби дослідити наслідки переживання психологічної травми саме у представників молодого покоління українців.

Учасників дослідження запросили взяти участь через оголошення в онлайн месенджері. Перед опитуванням вони отримали письмову інструкцію щодо того, як правильно відповідати на запитання.

Для роботи з учасниками дослідження використовувалася анкета. Вона була розміщена в інтернет-просторі за допомогою сервісу Google-форми.

Першим показником, у відповідності до якого здійснювалося дослідження особливостей переживання наслідків травми серед представників української молоді, була гендерна ідентичність :

1. Чоловіки: 12 осіб ідентифікували себе як чоловіків, що складає 40% від загальної кількості учасників дослідження.
2. Жінки: 15 осіб визнали себе жінками, що становить 50% від загальної кількості учасників дослідження.
3. Гендер-квір: 3 особи визнали себе гендер-квір, що складає 10% .

Отже, за гендерною ідентичністю представників української молоді, які взяли участь у дослідженні особливостей переживання наслідків травми, домінували жінки (50% від всіх опитаних). Загальне співставлення показано на рисунку 2.1.

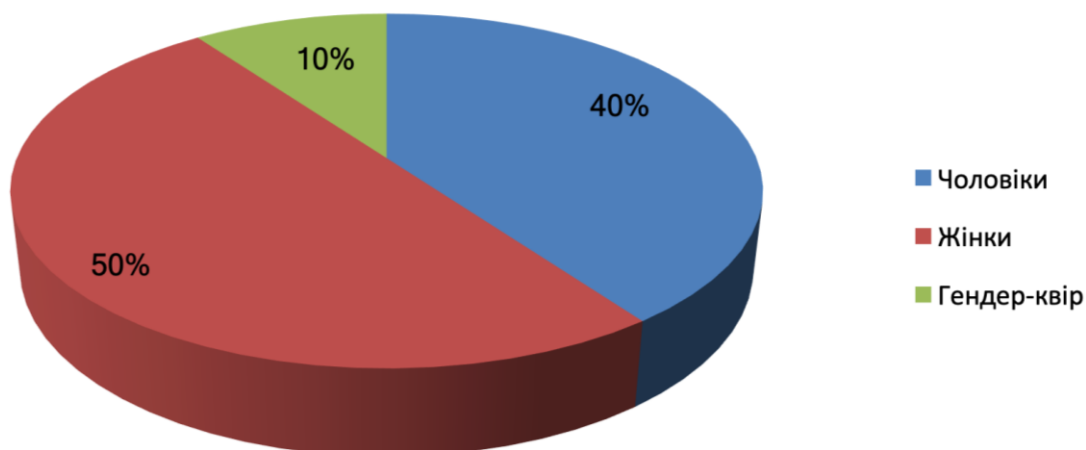


Рис. 2.1. Гендерне співставлення представників студентства

Далі було розглянуто структуру вибірки за показником поточного місцезнаходження. Для зіставлення нами було виділено дві такі характеристики: перебування в Україні / перебування за кордоном.

Згідно з результатами підрахунків серед студентської аудиторії, яка перебувала в Україні на момент участі в дослідженні, було зареєстровано 24 особи, що становить 80% від загальної кількості студентів, що взяли участь у дослідженні. Відповідно, 6 осіб на той час перебували за кордоном.

Отже, за показником поточного місцезнаходження учасників дослідження було відзначено абсолютну перевагу тих студентів, що на момент участі в дослідженні перебували на території України. Загальне співвідношення представлено на рисунку 2.2.

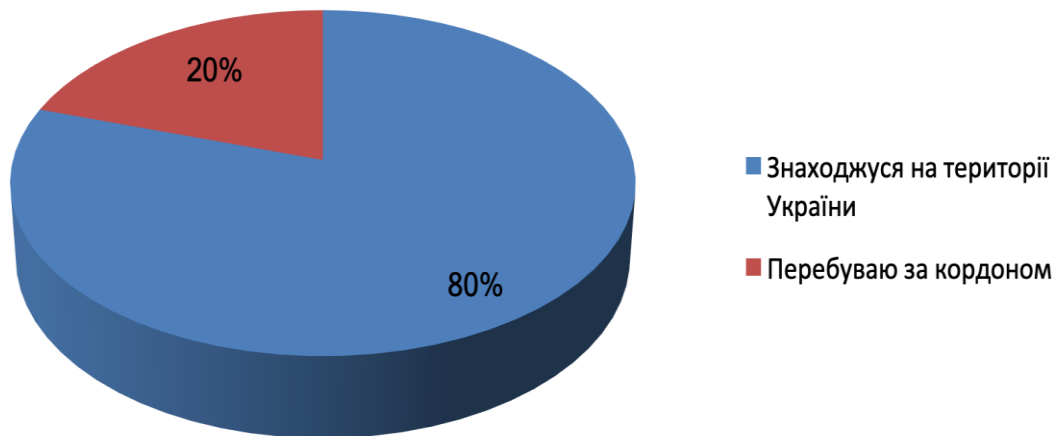


Рис. 2.2. Співвідношення учасників дослідження за показником поточного місцезнаходження

Наступним критерієм дослідження особливостей переживання наслідків травми у студентів був сімейний стан. Учасники були поділені на три категорії:

1. Одружені: 3 особи (10%).
2. У відносинах: 15 осіб (50%).
3. Не в стосунках: 12 осіб (40%).

Таким чином, більшість студентів, які взяли участь у дослідженні, мали партнера або не перебували у стосунках.

Загальне співвідношення представлено на рисунку 2.3.

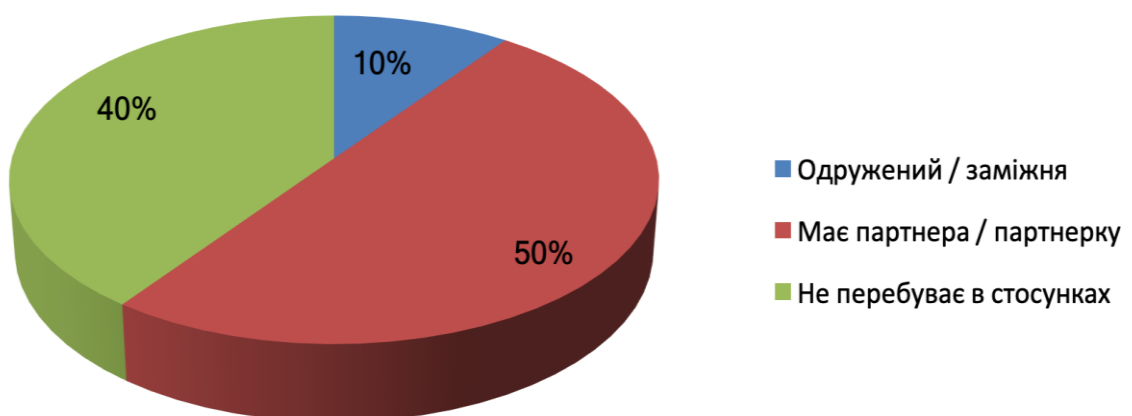


Рис. 2.3. Співвідношення представників студентства, відносно сімейного стану

Наступним критерієм дослідження особливостей переживання наслідків психологічної травми у студентів був їхній зайнятість. Учасники були поділені на дві категорії:

1. Лише навчаються: 6 осіб (20%).
2. Навчаються та працюють: 24 особи (80%).

Таким чином, більшість студентів, які взяли участь у дослідженні, поєднували навчання з роботою.

Загальне співвідношення представлено на рисунку 2.4.

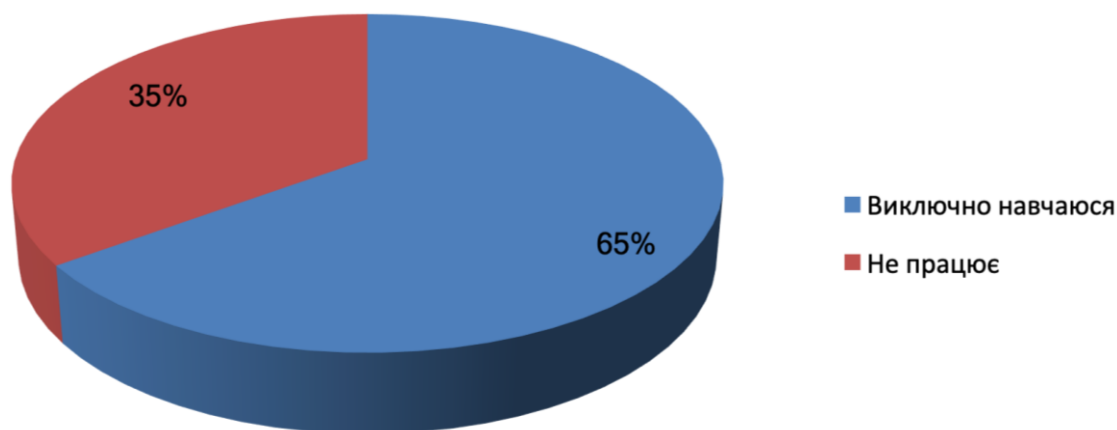


Рис. 2.4. Співвідношення представників студентства, стосовно відношення до праці

Останнім показником, у відповідності до якого здійснювалося дослідження особливостей переживання наслідків психологічної травми у представників студентства, було визначено розподіл за фахом навчання. З-поміж учасників дослідження було виділено такі провідні категорії:

1. Гуманітарні спеціальності: 18 осіб (60%).
2. Технічні спеціальності: 12 осіб (40%).

Таким чином, більшість учасників дослідження були студентами гуманітарних спеціальностей.

Загальне співвідношення представлено на рисунку 2.5.

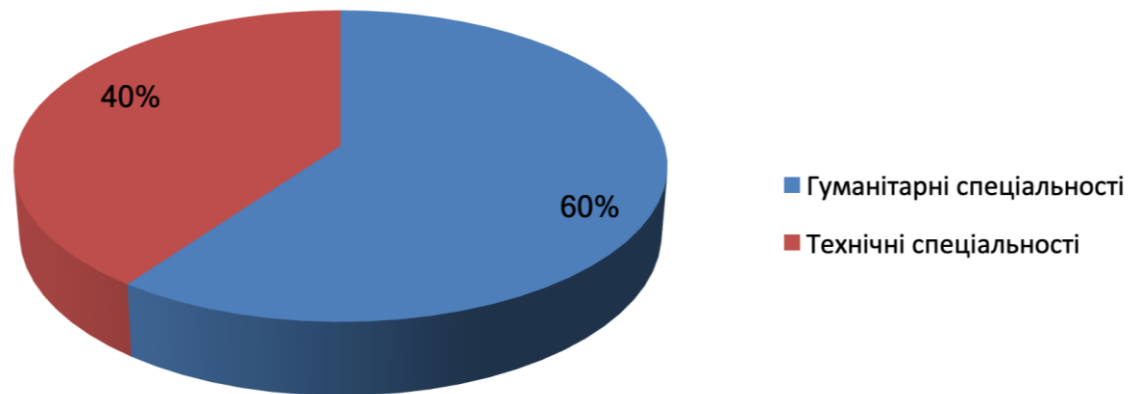


Рис. 2.5. Співвідношення представників студентства, стосовно фаху навчання

Отже, за підсумками аналізу структури представників української молоді, які взяли участь у дослідженні особливостей переживання наслідків психологічної травми, можна прослідкувати наступну закономірність. Серед тридцяти представників української молоді, які взяли участь у дослідженні превають жінки, що перебувають на території України, мають партнера або не перебувають у стосунках, поєднують навчання з працею, навчаються на гуманітарних спеціальностях.

2.2. Обґрунтування методик дослідження українців

На цьому етапі дослідження було використано такі методики:

1. Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

Опитувальник PCL-5 – є інструментом, за допомогою якого виконується самозвітність стосовно посттравматичного стресового розладу.

Основою зазначеного опитувальника є сукупність діагностичних критеріїв DSM-5.

Структура опитувальника PCL-5 складається зі шкали, утвореною двадцятьма пунктами. Зазначена шкала дозволяє самостійно оцінити, чи наявні в реципієнта симптоми, пов'язані з ПТСР, та наскільки тяжким постає їхній вияв. Перелік питань, представлених у опитувальнику PCL-5, перебуває у відповідності з критеріями, виявленими в DSM-5 стосовно ПТСР.

Кожен пункт оцінює симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за останній місяць. Учасники опитування оцінюють кожен пункт за шкалою від 0 (взагалі не турбує) до 4 (надзвичайно сильно турбує). Ці 20 пунктів охоплюють чотири кластери симптомів ПТСР згідно з DSM-5:

- Вторгнення (Intrusion) - 5 пунктів
- Уникання (Avoidance) - 2 пункти
- Негативні зміни в пізнанні та настрої (Negative alterations in cognition and mood) - 7 пунктів
- Зміни в збудженні та реактивності (Alterations in arousal and reactivity) - 6 пунктів

Сума балів за всіма пунктами використовується для оцінки рівня симптомів ПТСР у пацієнта.

Послугування опитувальником PCL-5 сприяє вирішенню різноаспектних клінічних питань, включно з:

- ✓ кількісною оцінкою й моніторингом симптомів протягом певного часового проміжку;
- ✓ виконанням скринінгу людей на предмет наявності в них симптомів, притомих для ПТСР;
- ✓ допомогою в формулюванні й узгодженні діагнозу стосовно ПТСР, що є попереднім.

Опитувальник PCL-5 постає інструментом самооцінного плану, заповнення якого триває не більше п'яти-десяти хвилин. Авторами-розробниками зазначеного опитувальника були фахівці Національного центру ПТСР США.

Небажаним є послугування опитувальником PCL-5 як самостійним інструментом для виконання діагностики. Розглядаючи певний діагноз, рекомендується використання навичок, пов'язаних із клінічним опитуванням, а також послугування структурованим інтерв'ю.

2. Мультиmodalьна модель BASIC Ph.

Створення моделі BASIC Ph відбулося внаслідок роботи її авторів із особами, життя яких постійно перебуває в небезпеці. Проведення спостережень та досліджень випадків людей, пов'язаних із переживанням ними стресового стану, дозволило ізраїльському психологові-травматерапевтові Мулі Лахаду встановити наділеність кожної людини власною унікальною комбінацією ресурсів, покликаних протистояти обставинам, що є несприятливими [1].

Структура моделі Мулі Лахада представлена шістьма провідними характеристиками або параметрами, що разом входять до складу компоненту, що визначає послугування індивідуальним стилем протистояння обставинам, що є несприятливими:

B – сукупність вірувань та моральних цінностей;

A – сукупність афектів та емоцій;

S – сукупність об'єктів соціальної сфери;

I – сукупність характеристик, пов'язаних із уявою та творчістю;

C – сукупність характеристик, пов'язаних із пізнанням і думкою;

Ph – сукупність характеристик, пов'язаних із фізіологічними ресурсами.

Будучи комбінованим, послугування всіма шістьма параметрами сприяє утворенню індивідуального стилю протистояння обставинам, що є несприятливими.

3. Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS.

Розробка госпітальної шкали тривоги й депресії HADS покликана забезпечити з'ясування й оцінку того, наскільки тяжким є вияв тривожності чи депресії, за умов загальномедичного практичного обстеження. Сукупність переваг розглянутої шкали представлена, зокрема, простотою використання та оброблення (для того, аби заповнити шкалу, не треба витрачати багато часу, і з цим може впоратися пацієнт без допомоги лікаря), що визначає її зручність для послугування в умовах загальносоматичної практики в процесі виявлення тривожних і депресивних симптомів, що є первинним (скринінг). Робота з опитувальником також характеризується високою дискримінантною валідністю стосовно двох конкретних розладів, представлених тривогою й депресією.

Робота над формуванням шкали з боку авторів супроводжувалася виключенням депресивних і тривожних симптомів, стосовно яких можлива інтерпретація їх як виявів захворювань соматичної природи (зокрема, як запаморочень, болю в голові тощо). Відбір пунктів депресивної субшкали здійснено, базуючись на скаргах і симптомах, що були найчастотнішими та наймісткішими стосовно ангедонійного компонента, який входить до складу депресивних розладів. Складання пунктів тривожної субшкали базується на відповідній секції, вміщеній у стандартизованому клінічному інтерв'ю, а також має своїм підґрунтям особистий клінічний досвід авторів, слугуючи відображенням переважно психологічних тривожних виявів.

Структура госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) складається з 14 пунктів, розділених на дві підшкали: одну для оцінки тривоги (HADS-A) і одну для оцінки депресії (HADS-D). Кожна підшкала містить по 7 пунктів.

Підшкала тривоги (HADS-A)

1. Я відчуваю напруженість або занепокоєння.
2. Я відчуваю страх, ніби щось погане може трапитися.
3. Я відчуваю нервозність або непосидючість.
4. Я відчуваю себе розслабленим (обернена шкала).
5. У мене виникає почуття страху, ніби метелики в животі.
6. Я відчуваю неконтрольовану паніку.
7. У мене виникає відчуття спокою (обернена шкала).

Підшкала депресії (HADS-D)

1. Я відчуваю себе пригніченим і засмученим.
2. Я відчуваю себе радісним (обернена шкала).
3. Я втрачаю інтерес до зовнішнього середовища.
4. Я відчуваю себе веселим (обернена шкала).
5. Я можу насолоджуватися речами, якими завжди насолоджувався (обернена шкала).
6. Я відчуваю себе енергійним (обернена шкала).
7. Я відчуваю себе байдужим або апатичним.

Інтерпретація результатів

- Для кожної підшкали (тривога і депресія) підраховується загальна сума балів.
- 0-7 балів: відсутність клінічно значущих симптомів
- 8-10 балів: легкий рівень симптомів
- 11-14 балів: помірний рівень симптомів
- 15-21 балів: високий рівень симптомів

До кожного із тверджень наведено відповідник, представлені чотири варіантами відповідей, що слугують для відображення того, наскільки виразною є та чи інша ознака. Їхня кодифікація, отже, відповідає наростанню тяжкості, притаманної певному симптому, де 0 пов'язується з відсутністю, а 3 – із максимальною вираженістю.

Ця шкала використовується для скринінгу рівня тривоги і депресії у пацієнтів в клінічних умовах і може бути корисною для первинної оцінки та подальшого направлення до спеціалістів.

4. Тест самооцінки психічних станів (Айзенк).

Послугування цією методикою здійснюється для з'ясування особливостей усвідомлення учасниками дослідження власних психічних станів у ситуаціях, пов'язаних із невизначеністю. Зокрема, були проаналізовані особливості переживання ними ситуації, пов'язаної з повномасштабною війною в Україні.

Використання тесту самооцінки станів психіки сприяє здійсненню оцінки певних станів, що є неадаптивними (тривоги, фрустрації, агресії), а також особистісних властивостей (тривожності, фрустрації, агресивності й ригідності), що демонструють можливість до негативного впливу стосовно соціалізаційних та комунікативних процесів, і, як наслідок, формувати негативну самооцінку.

Зазначена методика пропонує тлумачення тривожності як індивідуальної психічної особливості, вияв якої реалізується шляхом перейнятості людиною частотними й інтенсивними переживаннями тривожних станів, а також наявністю низького порогу для їхнього постання. Авторами методики здійснюється розгляд тривожності крізь призму перейнятості дискомфортом на емоційному рівні, що інспірований боязким чеканням реалізації певного лиха, страху тощо.

Методика Г. Айзенка пропонує інтерпретацію фрустрації як стану психіки, причиною постання якого постає невдача із задоволенням власних потреб або бажань. Своєю чергою, агресивність є неспровокованою об'єктивно ворожістю, котру людина реалізує відносно решти людей і довкілля. Говорячи про ригідність, слід співвіднести її з ускладненістю зміни означеної діяльнійшої програми тоді, коли вона дійсно має потребу в перебудові.

Структурно методика представлена сорока твердженнями. Спочатку респондент має ознайомитися з описами різних станів психіки. В разі збігу й частотності вияву зазначеного стану із власним прикладом респондента він потребує двобальної оцінки. В разі рідкісного виникнення такого стану він оцінюється одним балом, а якщо подібний стан не виникав ніколи, реципієнт має відреагувати на це питання оцінкою в нуль балів. Додавання балів відбувається в кожній групі запитань відповідно до чотирьох шкал: тривожної, фрустраційної, агресивної, ригідної.

Результати методики інтерпретуються відповідно до відомостей, наявних у ключі, де проміжок від 0 до 7 балів співвідноситься з низьким рівнем, проміжок від 8 до 14 балів – із середнім рівнем, а проміжок від 15 до 20 балів – із високим рівнем.

5. Шкала тривоги Бека.

Послугування цим тестом сприяє у визначенні вираженості тривожних ознак у особистісній структурі. Поняття тривожності використовується для позначення мотиву або набутої поведінкової позиції, що інспірує сприйняття людиною широкого кола обставин, що є об'єктивно безпечними, як наділених загрозою, внаслідок чого й відбувається реагування стосовно них за допомогою тривожних станів, що не відповідають за своєю інтенсивністю реальному рівневі проблемності ситуації.

Результати тестування за шкалою тривоги Бека оцінюються таким чином:

- Показники до 21 балу включно свідчать про незначний рівень тривоги.
- Показники від 22 до 35 балів означають середню вираженість тривоги.
- Показники вище 36 балів (при максимумі в 63 бали) свідчать про дуже високий рівень вираженості тривоги.

Отже, для проведення емпіричного дослідження наслідків переживання психологічної травми у представників молодого покоління українців було здійснено добір та обґрунтування саме тих методик, що є найбільш доречними й точними для формулювання характеристик, притаманних зазначеному психологічному феноменові.

2.3. Етапи та дизайн дослідження травми українців

Дослідження травми українців є складним та багатогранним процесом, що включає в себе різні методи збору, аналізу та інтерпретації даних. Дослідження спрямоване на вивчення наслідків війни, соціальних потрясінь та інших стресових факторів на психічне здоров'я української молоді. У цьому контексті, важливо розглянути всі етапи дослідження та забезпечити надійний і валідний дизайн для отримання об'єктивних результатів.

Аналіз впливу військових травм на молодь України був здійснений через кілька послідовних етапів:

- Перший етап включав вибір учасників для дослідження;
- На другому етапі обиралися відповідні діагностичні методики;
- Третій етап полягав у застосуванні цих методів;
- Четвертий етап охоплював аналіз та синтез зібраної інформації

для формулювання висновків.

Перший етап: Вибір учасників для дослідження

Перший етап дослідження передбачає ретельний відбір учасників, що є ключовим для забезпечення репрезентативності та достовірності результатів.

1. Визначення критеріїв відбору:

- Вікова група: Молодь віком від 18 до 23 років.
- Соціальний статус: Студенти.

2. Методи відбору:

- Анкетування: Проведення попереднього опитування для виявлення потенційних учасників, що відповідають визначеним критеріям.
- Рекрутинг через соціальні мережі : Використання платформ для залучення молоді, що могла б бути зацікавлена у участі в дослідженні.

Другий етап: Вибір відповідних діагностичних методик

Другий етап включає підбір діагностичних інструментів, що дозволяють точно оцінити психологічний стан учасників та визначити вплив військових травм.

1. Обрання методик:

- Психометричні тести: Включення стандартизованих тестів для оцінки рівня тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психологічних станів.
- Опитувальники самозвіту: Використання анкет, де учасники самостійно оцінюють свій психоемоційний стан та досвід травматичних подій.

2. Адаптація методик:

- Культурна адаптація: Модифікація питань для врахування специфіки українського контексту.
- Пілотне тестування: Проведення попереднього тестування обраних методик на невеликій вибірці для перевірки їх надійності та валідності.

Третій етап: Застосування діагностичних методик

Третій етап передбачає безпосереднє використання обраних методик для збору даних.

1. Організація процесу збору даних:

- Проведення опитувань: Розповсюдження анкет та проведення онлайн та опитувань серед вибраної вибірки.

Четвертий етап: Аналіз та синтез зібраної інформації для формулювання висновків

Четвертий етап полягає в обробці, аналізі та інтерпретації отриманих даних з метою формулювання висновків та рекомендацій.

1. Обробка даних:

- Кодування відповідей: Перетворення якісних даних в кількісні показники для полегшення аналізу.
- Статистичний аналіз: Використання статистичних методів для виявлення закономірностей та кореляцій між різними змінними.

2. Інтерпретація результатів:

- Порівняння з гіпотезами: Зіставлення отриманих результатів з початковими гіпотезами дослідження.
- Визначення впливу травм: Оцінка ступеня впливу військових травм на психологічний стан молоді.
- Формулювання висновків та рекомендацій: Визначення основних висновків дослідження.

Аналіз впливу військових травм на молодь України, проведений через описані етапи, дозволяє отримати глибоке розуміння проблеми та розробити ефективні стратегії підтримки. Завдяки систематичному підходу та використанню сучасних методик дослідження, можна забезпечити високу якість даних та отримати достовірні результати, що матимуть важливе значення для науки та практики.

РОЗДІЛ III. ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАВМИ ВІЙНИ УКРАЇНЦІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження травми війни українців зосереджується на вивченні психологічних та емоційних наслідків, які виникають у людей через військові конфлікти. Це дослідження аналізує вплив бойових дій, втрат близьких, переселення та інших стресових факторів на психічне здоров'я української молоді. Особлива увага приділяється розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів та інших психічних станів.

Результати досліджень сприяють розробці ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації для постраждалих, допомагаючи їм справлятися з наслідками травми та покращувати якість життя.

Опитувальник PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) – це самозвітний інструмент для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до критеріїв DSM-5

Час виконання: Приблизно 5-10 хвилин.

Призначення: Використовується для скринінгу, діагностики, оцінки тяжкості симптомів ПТСР і моніторингу змін у симптомах під час лікування.

Опитувальник PCL-5 складається з 20 пунктів, які охоплюють чотири основні кластери симптомів ПТСР. Давайте розглянемо кожен кластер детальніше:

1. Вторгнення (Intrusion)

Симптоми несподіваного повернення травматичних спогадів:

- Небажані спогади та кошмари.
- Відчуття повторення події (флешбеки).
- Сильний стрес та фізіологічні реакції на спогади.

2. Уникання (Avoidance)

Симптоми уникнення всього, що нагадує про подію:

- Уникнення думок, почуттів і нагадувань про подію.

3. Негативні зміни в пізнанні та настрої (Negative alterations in cognition and mood)

Стійкі негативні зміни після події

- Забування важливих аспектів події.
- Негативні переконання щодо себе та світу.
- Постійний негативний емоційний стан і втрата інтересу до діяльності.
- Відчуття відчуженості та нездатність відчувати позитивні емоції.

4. Зміни в збудженні та реактивності (Alterations in arousal and reactivity)

Підвищена збудженість після події:

- Дратівливість, спалахи гніву.
- Ризикована поведінка, підвищена настороженість.
- Проблеми з концентрацією і сном.

Після використання методики PCL-5 у групі людей, які пережили травматичну подію, були отримані наступні результати. У відношенні до критерію «А» (опис травматичної події), спостерігалось, що 70% учасників, які пережили травму, демонстрували високий рівень здатності до опису зазначеної події.

Учасники дослідження мали різний рівень здатності до деталізації травматичних подій у своїх сім'ях. Більшість з них, а саме 70%, змогли надати детальний опис подій.

Однак, 20% учасників продемонстрували середній рівень деталізації, описуючи лише ключові аспекти і опускаючи деякі деталі.

Ще 10% учасників мали низький рівень здатності до опису, що могло бути спричинено глибокою психологічною травмою або особистим

небажанням ділитися деталями. Графічне зображення цих результатів, відповідно до критерію "А" (опис травматичної події), представлено на рисунку 3.1 в рамках дослідження.

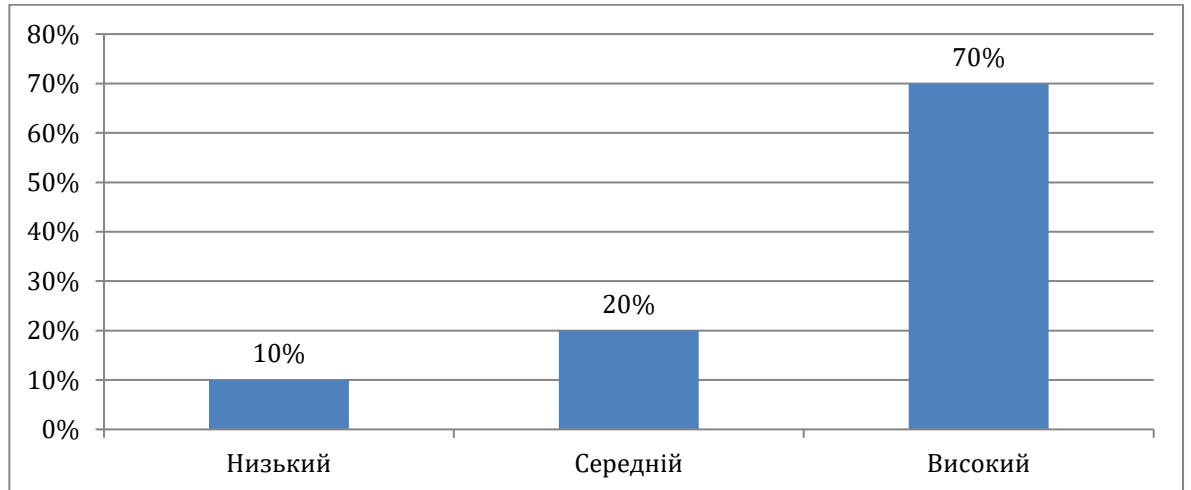


Рис.3.1. Результати відображення критерію «А» (опис травматичної події)

Щодо критерію В, метою якого була оцінка симптомів інтрузії групи людей, що пережили травму, було виявлено наступне:

- Високий рівень: 60% учасників.
- Середній рівень: 30% учасників. У них болісні спогади про події у сім'ї виникають лише тоді, коли їм про це нагадують спеціально.
- Низький рівень: 10% учасників.

Графічне зображення результатів цього дослідження наведено на рисунку 3.2.

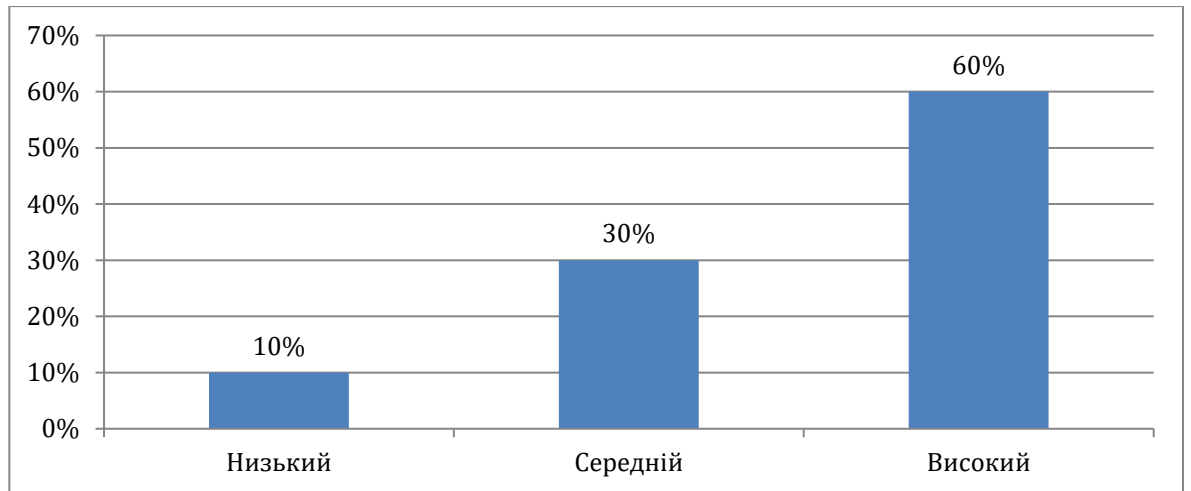


Рис. 3.2. Результати щодо критерію «В» (симптоми інтрузії)

За критерієм С, який вивчав симптоми уникнення серед людей, які пережили травму, були виявлені наступні результати:

- Високий рівень: 70% учасників. Ці особи виявляють велике бажання уникати будь-яких розмов або спогадів про своє колективне життя, зокрема, щодо травматичних подій, які вони там пережили, оскільки ці спогади є для них болісними.
- Середній рівень: 20% учасників. Вони загалом готові розмовляти та згадувати про травматичні події, проте ступінь їхньої відкритості залежить від здатності співрозмовника викликати довіру, а також вони можуть уникати певних аспектів пережитого.
- Низький рівень: 10% учасників. Вони готові відкрито спілкуватися про свій травматичний досвід, що свідчить про успіхи у подоланні психологічної травми.

Графічне відображення результатів цього дослідження наведено на рисунку 3.3.

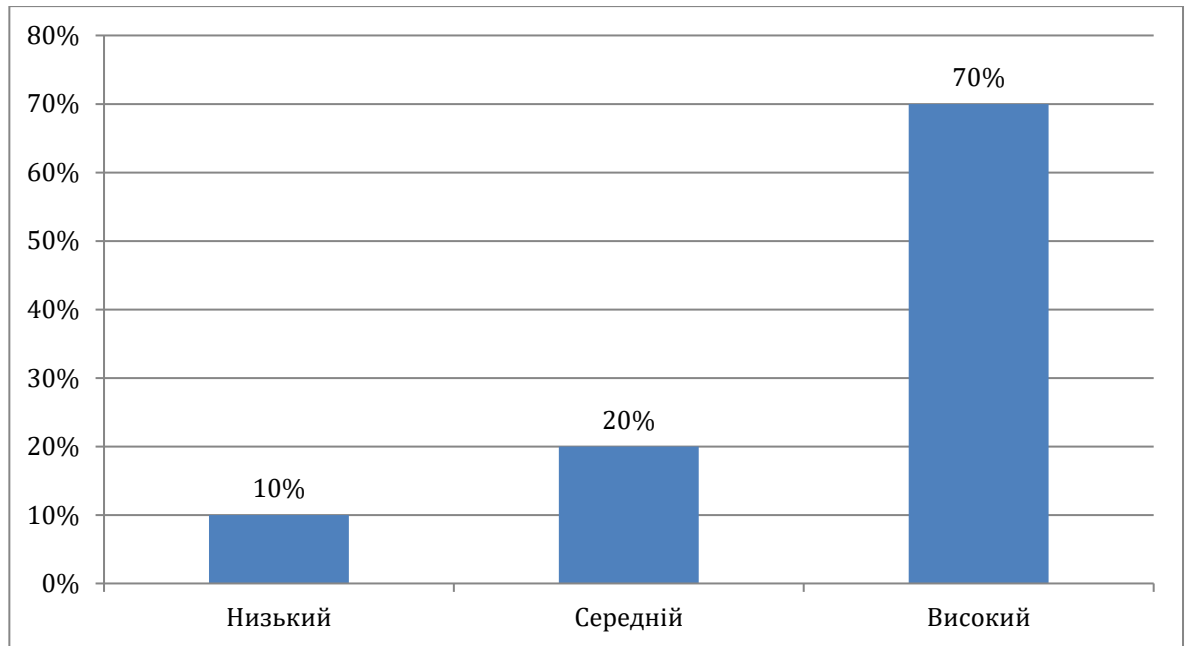


Рис. 3.3. Результати по критерію «С» (симптоми уникнення) у осіб, що пережили травму

За критерієм D, що досліджував негативні думки та емоції серед осіб, які пережили травму, були виявлені наступні результати:

- Середній рівень: 60% учасників. Ці особи виявляють середню схильність до переживання й висловлення негативних думок і емоцій, оскільки побоюються, що ці висловлення можуть бути використані проти них.
- Високий рівень: 20% учасників. Ці люди проявляють значну імпульсивність та готовність рефлексувати про пережиту травму, відкрито називаючи речі своїми іменами та розуміючи її негативність.
- Низький рівень: 20% учасників. Ці особи відмовляються від будь-якої рефлексії щодо свого травматичного досвіду.

Графічне зображення результатів цього дослідження представлено на рисунку 3.4.

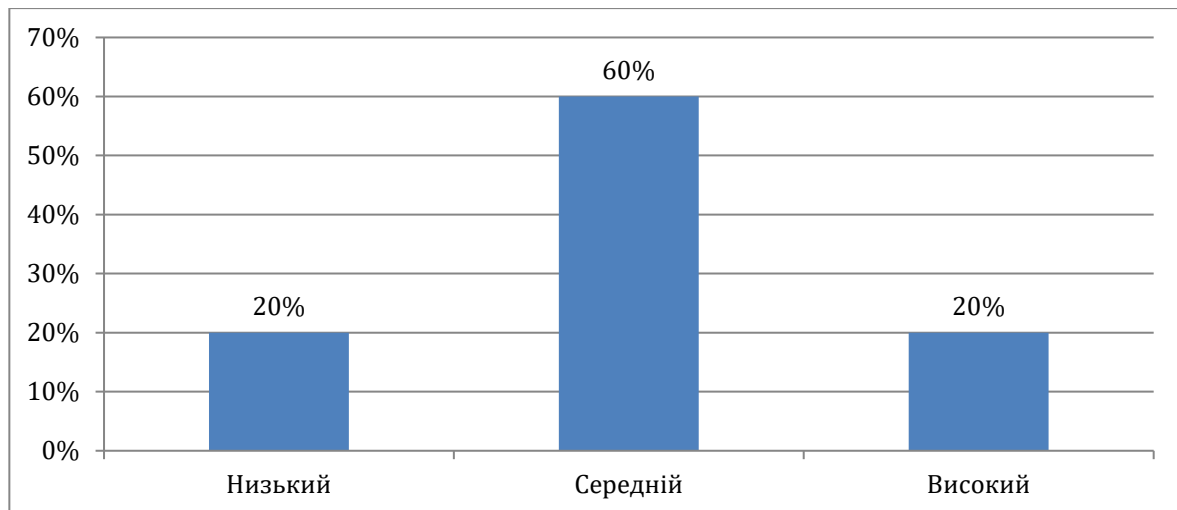


Рис. 3.4. Результати щодо критерію «D»

За критерієм E, що вивчав симптоми надмірної реактивності серед осіб, що пережили травму, отримано наступні результати:

- Високий рівень: 70% учасників. Ці люди мають дуже чутливу реакцію на будь-які психологічні подразники, які вони вважають важливими.
- Середній рівень: 20% учасників. Вони реагують на досвід колективного життя з більшою обережністю та розумінням, вважаючи його джерелом травматичних ситуацій.
- Низький рівень: 10% учасників. Ці особи сприймають свій досвід колективного життя як минуле, травматичне і вже непотрібне.

Графічне представлення результатів цього дослідження показане на рисунку 3.5.

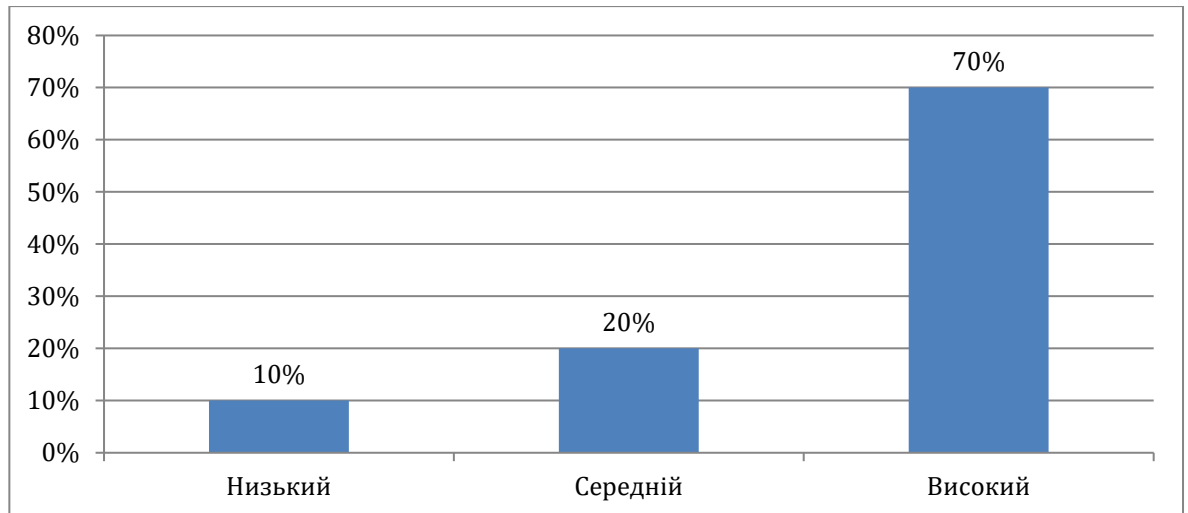


Рис. 3.5. Результати по критерію «Е»

Отже, використання методики PCL-5 у групі осіб, що пережили травму, виявило наступні особливості. Більшість з них можуть більш чи менш докладно описати свої травматичні досвіди. Вони часто стикаються з інтрузіями – нав'язливими спогадами та флешбеками, які знову переживають травматичні події. Особи, що пережили травму, уникають будь-яких розмов чи спогадів про цей період, оскільки вони для них болісні.

Щодо виявлення негативних думок і емоцій, вони проявляють середній рівень схильності, тому що стурбовані, що ці думки можуть бути використані проти них. Проте, вони демонструють високий рівень схильності до прояву симптомів надмірної реактивності, що свідчить про їх гостре сприйняття будь-яких психологічних реакцій, які вони вважають важливими.

Після використання методики "Модель стресодолання BASIC Ph" ми зіткнулися з такими висновками. Серед тих, хто пережив травму, стратегія впорядкування з проблемами, що виражена через шкалу В (Вірування та моральні цінності), стала найбільш поширеною, охопивши 40% учасників. Для цієї групи осіб основним засобом протистояння психологічним травмам була віра. Вони вірили у зміни в житті, що дозволили б вийти за межі травматичного досвіду, а також в релігійні аспекти, такі як сподівання на

допомогу від Бога. Крім цього, моральні цінності мали велике значення для цієї стратегії, зокрема, почуття відповідальності перед родиною та турбота про майбутнє своїх дітей.

За результатами нашого дослідження ми спостерегли наступне: 25% учасників визнали, що стратегія, яку вони використовували для протистояння негативним психотравматичним факторам, базувалася на афектах та емоціях (шкала А). Вони розповіли, що позитивні новини та стимулювання позитивних емоцій були ключовими для їхнього психологічного виживання у складних умовах колективного життя.

Ще 15% учасників назвали соціальну сферу (шкала S) ключовою стратегією під час перебування у ситуації травми. Вони підкреслили, що підтримка і допомога інших людей, що пережили схожі випробування, а також отримана від оточуючих підтримка, допомогла їм зберегти розум та зробити перебування у складних умовах менш травматичним з психологічної точки зору.

10% учасників відзначили, що для них найбільш ефективною була стратегія уяви та творчості (шкала I) у подоланні наслідків психотравматичних факторів. Вони зазначили, що такі методи, як ведення щоденників, написання творів, малювання чи вишивка, допомогли їм відволіктися від травматичної реальності та знайти вихід у творчості.

На основі наших досліджень ми виявили, що для 5% учасників вирішальним фактором у подоланні наслідків психотравматичних ситуацій стала активізація пізнання та думки (шкала C). Вони зауважили, що самостійне вивчення чи участь в онлайн-курсах були способами відволіктися від травматичних подій та розвинути себе інтелектуально, наприклад, вивчали іноземні мови або здобували нові знання.

Ще 5% учасників виділили використання власних фізіологічних ресурсів як головну стратегію подолання наслідків психотравматичних чинників. Вони продовжували займатися спортом, що допомагало їм

відволіктися від негативної атмосфери та підтримувати психологічне здоров'я.

Графічне відображення результатів дослідження за методикою "Модель стресодолання BASIC Ph" у групі осіб, що пережили травму, наведено на рисунку 3.6.

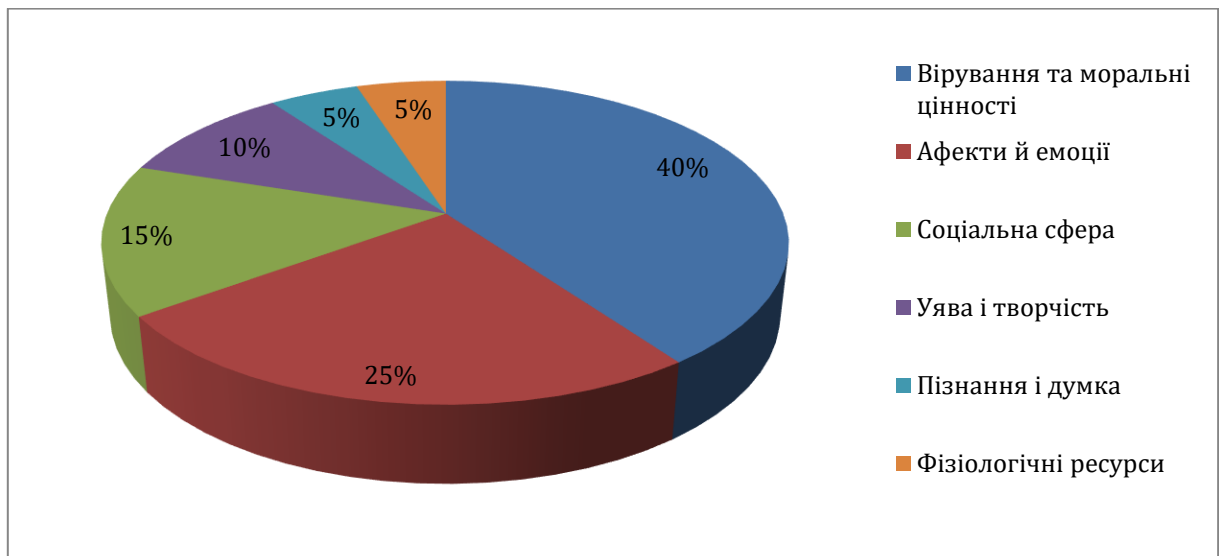


Рис. 3.6. Результати дослідження за методикою "Модель стресодолання BASIC Ph"

Отже, під час застосування методики "Модель стресодолання BASIC Ph" ми виявили переважання таких стратегій протистояння травматичним чинникам, як вірування та моральні цінності, а також вираженість афектів та емоцій. Значний вплив на подолання негативних психотравмівних чинників мали добрі новини, які сприяли підсиленню позитивних емоцій та зміцненню стійкості, зайнятість у роботі чи навчанні, а також заняття спортом.

Щодо результатів застосування госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, виявлено, що 60% учасників дослідження відзначилися високим рівнем тривожних і депресивних симптомів. Ці особи відчувають значну складність у подоланні психологічного дискомфорту, часто

переживають флешбеки і демонструють гостре реагування на будь-які натяки на травматичний досвід, що може викликати у них депресивний стан.

Серед 20% учасників дослідження спостерігався середній рівень тривожних і депресивних симптомів. Ці люди виявилися досить стійкими у відношенні до психологічного дискомфорту, здатними до рефлексії щодо переживаного. Однак окремі аспекти їхнього минулого, пов'язані з несприятливим періодом, ще залишаються чутливою темою для обговорення, що може викликати тривогу та призводити до виникнення депресивних станів.

У 20% учасників дослідження було виявлено низький рівень тривожних і депресивних симптомів. Вони успішно переробили свій травматичний досвід і не відчують підвищеної тривожності або депресивних станів у зв'язку з цим.

Графічне відображення результатів застосування госпітальної шкали тривоги і депресії HADS у групі осіб, які пережили травму, наведено на рисунку 3.7.

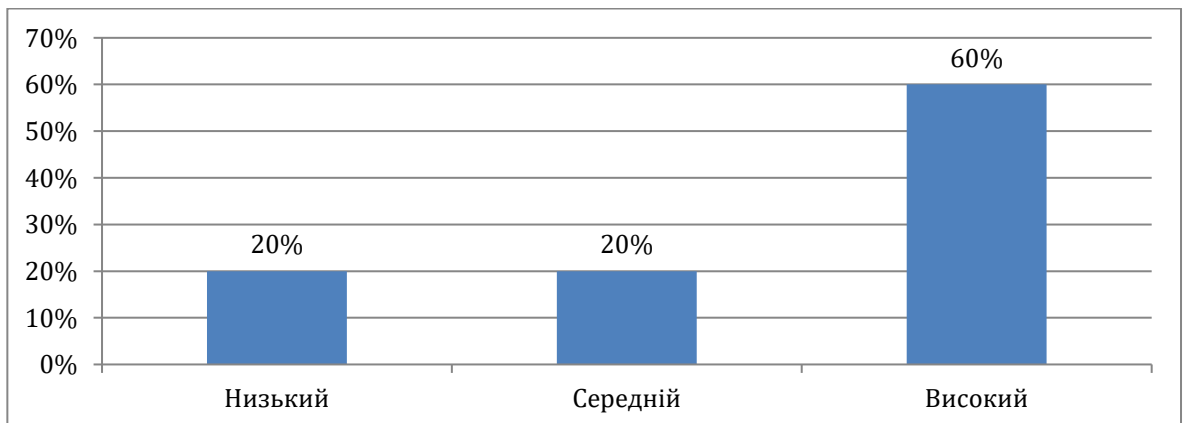


Рис. 3.7. Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS

Отже, аналіз госпітальної шкали тривоги і депресії HADS виявив, що більшість осіб, що пережили травму, мають високі показники тривожних і

депресивних симптомів. Це свідчить про те, що вони зазнали серйозних труднощів у вирішенні наслідків травми, що часто виражаються у зовнішній немотивованій тривозі та флешбеках. Навіть незначні натяки на травматичний досвід можуть викликати у них депресивний стан.

Застосування тесту «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка дозволило виявити також неадаптивні стани та властивості особистості, такі як тривога, фрустрація та агресія. Ці аспекти можуть негативно впливати на соціалізацію та спілкування, а також на формування самооцінки. Тому важливо вчасно діагностувати та коригувати їх для забезпечення психологічного благополуччя.

За результатами діагностики тривожності у групі осіб, що пережили травму, було отримано такі результати.

- 20% опитаних осіб продемонстрували низький рівень тривожності, характеризуючись адекватністю самооцінки та здатністю протистояти соціальним нормам і стереотипам, що сприяє зниженню негативних емоцій, таких як підозрілість, образи, почуття провини.
- 50% опитаних осіб мали середній рівень тривожності, проявляючи ситуативність у виявленні тривоги залежно від зовнішніх та внутрішніх факторів.
- 30% опитаних осіб показали високий рівень тривожності, виявляючи схильність до замкнутості, самообвинувачень і неадекватну оцінку інших.

Графічне відображення результатів дослідження за шкалою «тривожність» у групі осіб, що пережили травму, представлені на рис. 3.8.

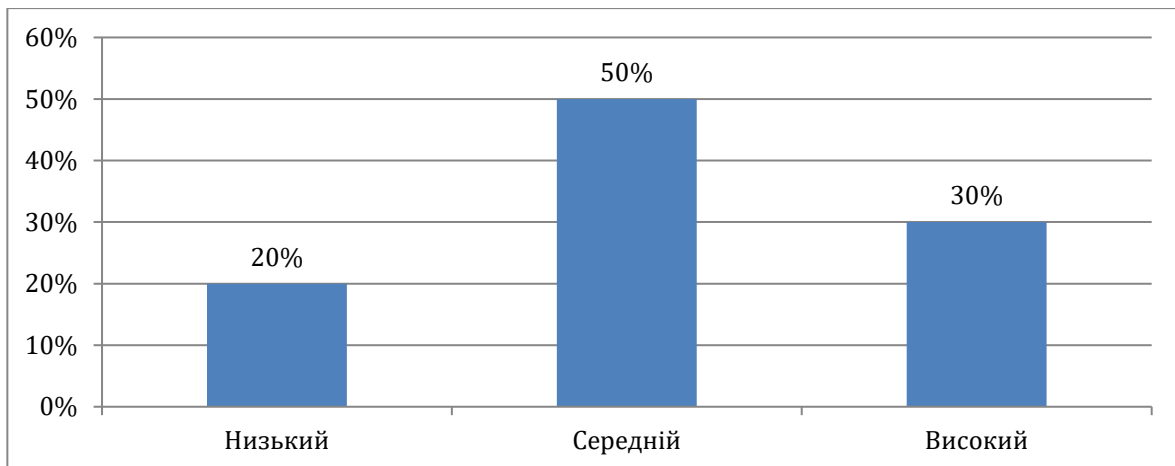


Рис. 3.8. Показники по шкалі «тривожності»

За результатами оцінки рівня фрустрації у групі осіб, які пережили травму, були отримані наступні результати:

- 40% учасників дослідження продемонстрували низький рівень фрустрації.
- 20% опитаних осіб, які пережили травму, показали середній рівень фрустрації.
- Ще 40% учасників продемонстрували високий рівень фрустрації.

Графічні результати дослідження за шкалою фрустрації у групі осіб, які пережили травму, наведені на рисунку 3.9.

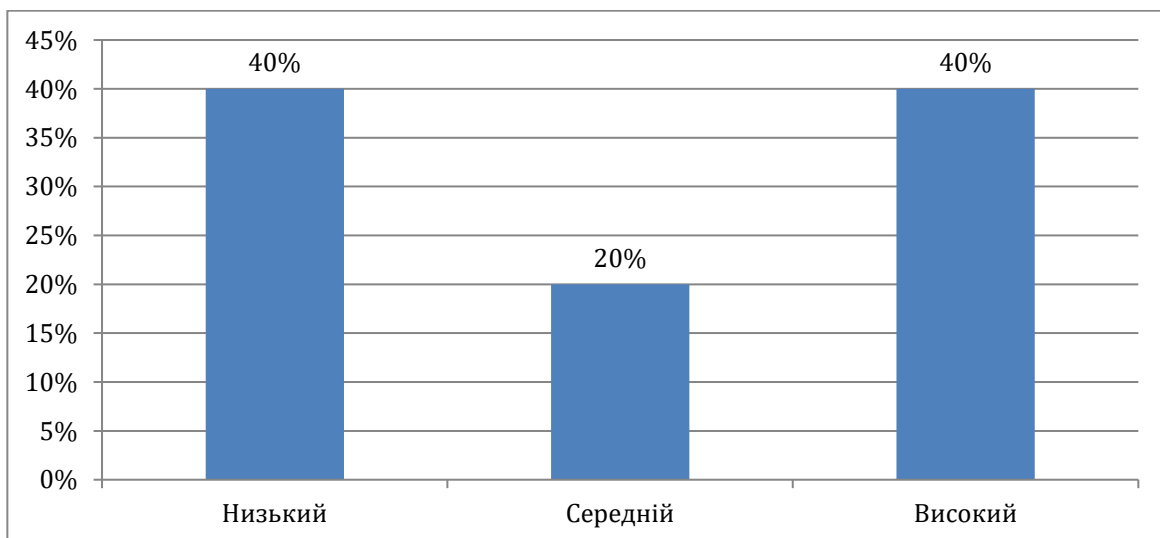


Рис. 3.9. Показники по шкалі «фрустрації»

За результатами аналізу рівня агресивності у групі осіб, що пережили травму, були отримані наступні висновки:

- 20% учасників дослідження продемонстрували низький рівень агресивності. Вони прагнуть уникнути всіх конфліктних ситуацій.
- 40% опитаних осіб, що пережили травму, показали середній рівень агресивності. Вони більше схильні виражати агресію словами, ніж діями, і частіше спрямовують свою агресію на неживі об'єкти, а не на людей.
- Ще 40% учасників продемонстрували високий рівень агресивності.

Графічні результати дослідження рівня агресивності у групі осіб, які пережили травму наведені на рисунку 3.10.

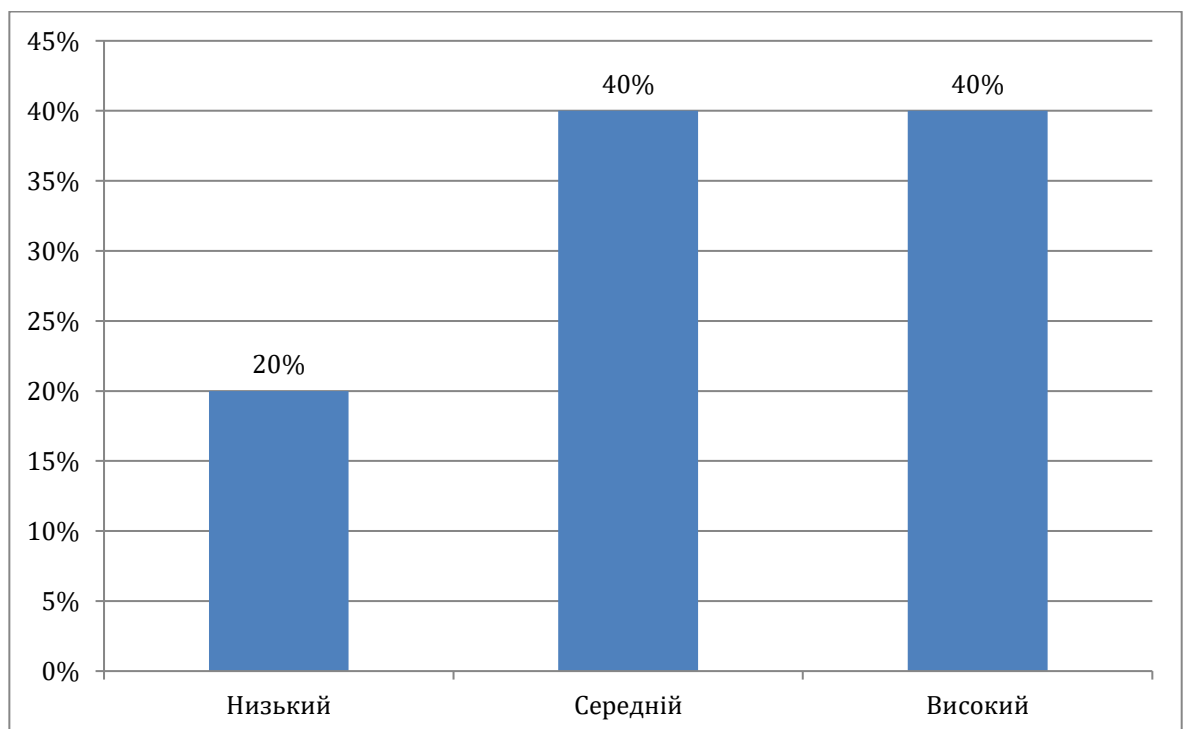


Рис. 3.10. Показники по шкалі «агресивності»

Діагностика ригідності в групі осіб, які пережили травму, виявила наступні висновки:

Для 30% учасників дослідження характерною є низький рівень ригідності. Вони відзначаються пластичністю, здатністю швидко адаптуватися та підлаштовуватися до змін у навколишньому середовищі.

40% опитаних осіб демонстрували середній рівень ригідності. Для них характерною є ситуативність виявлення ригідності, яка залежить від зовнішніх та внутрішніх впливів.

Також 30% учасників показали високий рівень ригідності. У їхній поведінці, переконаннях і поглядах виявляється стійкість навіть у випадках, коли ці погляди не відповідають реальності.

Графічне зображення результатів дослідження за шкалою "ригідність" у групі осіб, що пережили травму, представлено на рисунку 3.11.

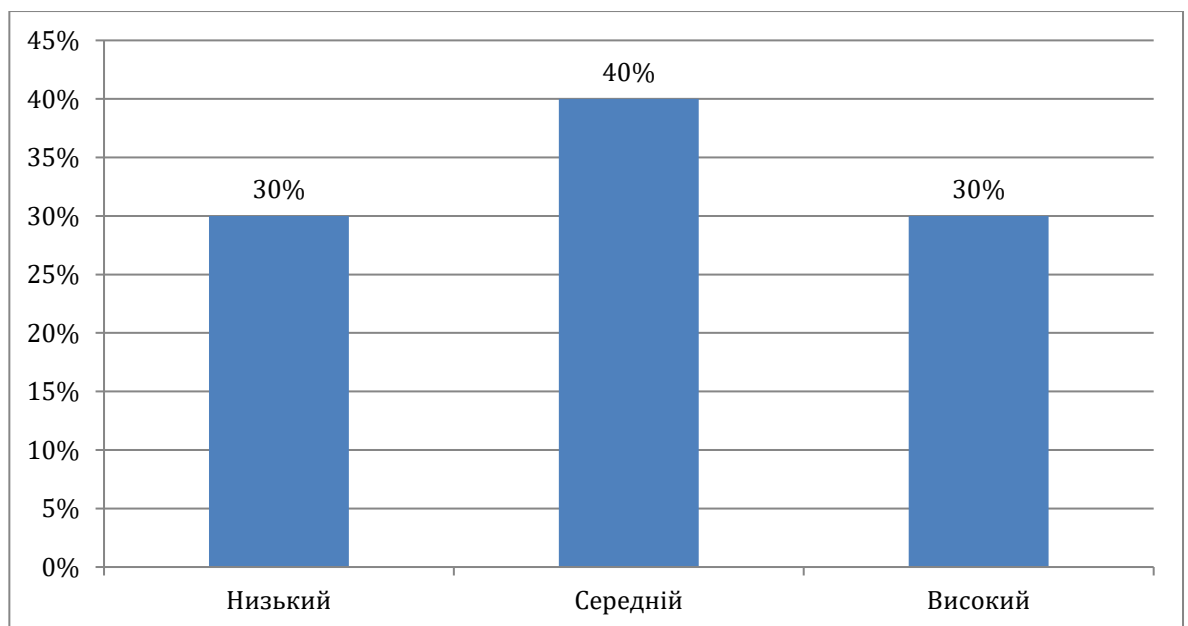


Рис. 3.11. Результати згідно шкалі «ригідності»

Отже, згідно з методикою "Самооцінка психічних станів", переважали середні показники. Це свідчить про схильність до ситуативного виявлення емоційно оцінюваних станів особистості, таких як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність.

По результатам використання шкали тривоги Бека було виявлено

такі дані:

20% учасників дослідження продемонстрували низький рівень тривожності. Вони, в основному, хвилюються лише у ситуаціях, коли втрачають здатність контролювати небезпечну ситуацію, але й у таких моментах можуть залишатися відносно спокійними.

40% учасників виявили середній рівень тривожності. Час від часу вони можуть відчувати безпричинне хвилювання, навіть якщо причин для цього немає, але загалом вони зазвичай залишаються спокійними.

У 40% учасників було виявлено високий рівень тривожності. Деякі з них можуть виявляти фізичні ознаки тривоги.

Результати показників схильності до вияву тривожності за даними шкали Бека показані на рисунку 3.12.

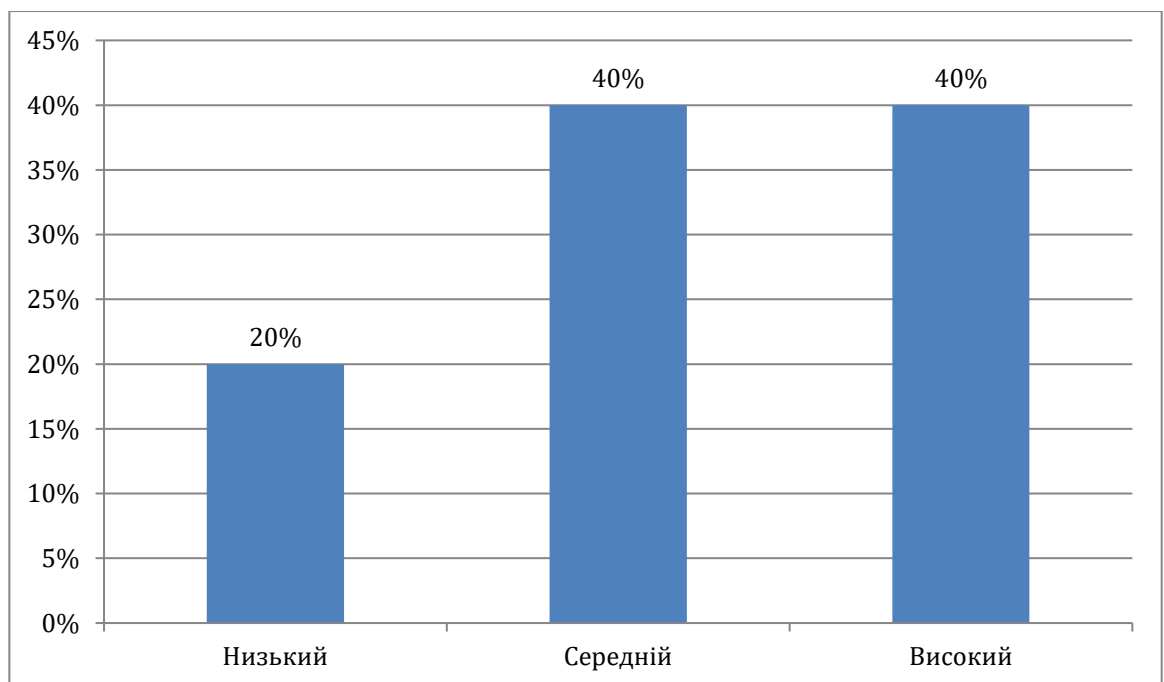


Рис. 3.12. Показники тривожності за шкалою тривоги Бека

Систематизація теоретичного та практичного матеріалу вказує на вплив тривожності на сприйняття себе у світі учасниками дослідження в різних аспектах, від деструктивного до конструктивного. Виявлено, що

оптимальний рівень тривожності сприяє ефективному сприйняттю себе у важливих ситуаціях, спонукаючи до вибору, трансформації, самоактуалізації та самосвідомості. Натомість, надмірна тривожність може призвести до порушень у особистісному розвитку та перешкоджати нормальному виконанню обов'язків.

Для встановлення достовірності отриманих даних ми використали методи математичної обробки, зокрема, розрахунок коефіцієнта кореляції Пірсона за допомогою програми SPSS Statistica. Результати кореляційного аналізу між показниками за методикою PCL-5 та моделлю стресодолання BASIC Ph показані в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Таблиця кореляційного аналізу між показниками за методикою PCL-5 та моделлю стресодолання BASIC Ph

	Опис травматичної події	Інтрюзія	Уникнення	Негативні думки та емоції	Надмірна емоційність
Вірування	0,421*	0,241	0,039	0,427*	0,278
Афекти й емоції	-0,393*	-0,0015	0,248	-0,078	0,14
Соціальна сфера	0,366*	0,104	-0,311	-0,085	0,124
Уява і творчість	0,451*	0,093	-0,114	-0,097	0,069
Пізнання і думка	0,121	0,182	-0,396*	0,261	0,042
Фізіологічні ресурси	0,091	-0,138	0,022	-0,386*	-0,108

$p \leq 0,05$

Згідно з підсумками кореляційного аналізу, було встановлено, що показник "інтрюзія" має прямий кореляційний зв'язок з показником "афекти та емоції" ($p < 0,643$, $t < 0,001$). Також виявлено, що показник "уникнення" позитивно корелює з показником "уява і творчість" ($p < -0,465$, $t < 0,005$).

Результати кореляційного аналізу між показниками за методикою PCL-5 та госпітальною шкалою тривоги і депресії HADS показані в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Аналіз кореляції між показниками з методики PCL-5 та госпітальної шкали тривоги і депресії HADS

	Опис травматичної події	Інтрузія	Уникнення	Негативні думки та емоції	Надмірна емоційність
Висока схильність до переживання тривожних і депресивних станів	0,39*	0,239	0,038	0,429*	0,263
Середня схильність до переживання тривожних і депресивних станів	-0,387*	-0,013	0,233	-0,081	0,177
Низька схильність до переживання тривожних і депресивних станів	0,365*	0,103	-0,311	-0,085	0,126

$p \leq 0,05$

В результаті кореляційного аналізу було виявлено, що показник "висока схильність до переживання тривожних і депресивних станів" має прямий кореляційний зв'язок із показником "надмірна емоційність" ($p < 0,637$, $t < 0,001$). Натомість, показник "низька схильність до переживання тривожних і депресивних станів" позитивно корелює із показником "уникнення" ($p < - 0,466$, $t < 0,005$).

Для встановлення достовірності результатів емпіричного дослідження нами було застосовано порівняльний аналіз, а саме використано t-критерій Стюдента. Ця методика призначена для співставлення двох зв'язаних груп і базується на співставленні середніх значень цих груп за конкретними показниками.

Результати порівняння показників за методикою PCL-5 у студентів із високим та низьким рівнем переживання психологічної травми наведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Значимі відмінності в показниках за методикою PCL-5 у студентів із високим та низьким рівнем переживання психологічної травми

Показник	Студенти з високим рівнем переживання психологічної травми	Студенти з низьким рівнем переживання психологічної травми	Значимість t-Стьюдента
Опис травматичної події	10,8	7,1	0,016
Інтрузія	12,3	8,1	0,016
Уникнення	11,5	6,8	0,016
Негативні думки та емоції	14,6	8,2	0,016
Надмірна емоційність	13,3	8,1	0,016

Статистична двостороння значимість за t-критерієм Стьюдента демонструє менше 0,05, що вказує на присутність значущих різностей між вибірками та дає змогу дійти висновку про значно вищий рівень схильності до вияву негативних думок та надмірної емоційності у студентів із високим рівнем переживання психологічної травми.

Результати порівняння показників за методикою стресодолаання BASIC Ph у студентів із високим та низьким рівнем переживання психологічної травми наведено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Значимі відмінності в показниках за методикою стресодолаання
BASIC Ph у студентів із високим та низьким рівнем переживання
психологічної травми

Показник	Студенти з високим рівнем переживання психологічної травми	Студенти з низьким рівнем переживання психологічної травми	Значимість t-Стьюдента
Вірування	8,4	5,1	0,016
Афекти й емоції	11,8	8,1	0,016
Соціальна сфера	10,9	9,4	0,016
Уява і творчість	9,4	11,1	0,016
Пізнання і думка	6,3	7,6	0,016
Фізіологічні ресурси	7,1	8,3	0,016

Статистична двостороння значимість за t-критерієм Стьюдента демонструє менше 0,05, що вказує на присутність значущих різностей між вибірками. Це дозволяє припустити, що студенти з високим рівнем переживання психологічної травми мають вищий рівень схильності до вияву негативних думок та надмірної емоційності.

На подальшому етапі нашого аналізу ми вдосконалимо методику, використовуючи множинний регресійний аналіз. Це дозволить нам дослідити вплив та взаємозв'язок між переживанням травматичної події та здатністю подолати її наслідки. Ми вибрали три додаткові показники як незалежні змінні для цього дослідження.

Таблиця 3.5 містить результати для змінної "Переживання травматичної події", які були отримані за допомогою покрокового аналізу. Цей метод передбачає послідовне включення змінних до моделі. У зв'язку з цим, до уваги варто взяти зразок 2, що включає дві змінні: рівень тривожності та ступінь депресивних станів.

Таблиця 3.5

Результати регресійного аналізу
(«Переживання травматичної події»)

Зразок	R	R-КМД
1	0,389	0,301
2	0,571	0,431

У таблиці показник коефіцієнту, пов'язаного із множинною кореляцією, складає 0.571. Він є доволі близьким із одиницею. КМД постає показником того, яка відсоткова частина дисперсії за залежною змінною (у цьому випадку такою є переживання події, котра визначається як драматична) має пояснення за регресійною моделлю. Показник КМД в зазначеному випадку: 0,431, відтак, можна стверджувати, що пояснення 42,4% дисперсії, пов'язаної зі змінною, що є залежною, здійснюється за допомогою даних змінних, що є незалежними, а решта 57,6% становить оцінну помилку.

Для показника, що визначає значущість за критерієм Фішера, в аналізованому випадку коефіцієнт складає 0,001. Для зазначеного результату є характерною значущість, оскільки він менший від 0,05. Отже, дістаємо підтвердження стосовно можливості інтерпретації отриманої регресійної моделі та врахування її передбачуваних результатів. Таблиця 3.6. містить сукупність відомостей стосовно регресійних коефіцієнтів

Таблиця 3.6

Коефіцієнти регресійної моделі

Зразок	Параметр	B	t(стандартні	Значення t-	Значимість(p-
--------	----------	---	--------------	-------------	---------------

			коефіцієнти)	статистики	значення)
3	Стала	2,031	-	1,334	0,180
	Схильність до переживання тривожності	1,301	0,584	6,899	0,001
	Схильність до депресивних станів	-0,400	-0,291	4,921	0,001

У наведеній вище таблиці t(стандартні коефіцієнти)-коефіцієнтам надається роль демонстрації внеску, здійсненого змінною до зразка, що є регресійною. Для показника, що визначає значущість за критерієм Стюдента, в аналізованому випадку коефіцієнт складає 0,001. Для зазначеного результату є характерною значущість, оскільки він менший від 0,05. Отже, маємо змогу вивести таку регресійну формулу: Показник, пов'язаний із переживанням події, що є травматичною = 2,031+0,584 (наявність схильності до переживання станів, що є тривожними) -0,291 (наявність схильності до переживання станів, що є депресивними)

Виконаємо повторення алгоритму регресійного аналізу стосовно змінної «Подолання наслідків переживання події, що є травматичною», якій притаманні ознаки залежності. В цьому аналізі послугувуватимемося третьою моделлю.

Таблиця 3.7

Результати множинного регресійного аналізу детермінації
(«Подолання наслідків травматичної події»)

Зразок	R	R-КМД
1	0,632	0,399
2	0,723	0,523
3	0,851	0,724

Спостерігаємо оперування в цій трикомпонентній моделі, утвореній трьома змінними, вищими показниками порівняно з попередньо проаналізованою моделлю. Для розглянутого випадку показник КМД є таким: 0,724, відтак, можна стверджувати, що пояснення 72,4% дисперсії, пов'язаної зі змінною, що є залежною, здійснюється за допомогою даних змінних, що є незалежними, а решта 27,6% становить оцінку помилку.

Для показника, що визначає значущість за критерієм Фішера, в аналізованому випадку коефіцієнт складає 0,001. Для зазначеного результату є характерною значущість, оскільки він менший від 0,05. Отже, дістаємо підтвердження стосовно можливості інтерпретації отриманої регресійної моделі та врахування її передбачуваних результатів. Таблиця 3.8. містить сукупність відомостей стосовно регресійних коефіцієнтів

Таблиця 3.8

Коефіцієнти регресійної моделі

Зразок	Параметр	B	t(стандартні коефіцієнти)	Значення t-статистики	Значимість(p-значення)
3	Стала	1,097		0,108	0,898
	Схильність до переживання тривожності	1,021	0,493	4,478	0,01
	Схильність до депресивних станів	-0,333	-0,494	-5,596	0,001
	Схильність до виявів агресивності	0,131	0,358	3,413	0,002

Отримуємо формулу: Подолання наслідків переживання події, що є травматичною = 1,021+0,493 (наявність схильності до переживання станів, що є тривожними) +0,358 (наявність схильності до виявів емоцій, що є

агресивними) $-0,4954$ (наявність схильності до виявів станів, що є депресивними)

Слід зауважити, що для подолання наслідків переживання події, що є травматичною, учасниками дослідження перш за все актуалізуються можливості зниження переживань станів, що є тривожними, далі провадиться робота із редукування таких реакцій стосовно навколишнього середовища та його учасників, що є агресивними. Так само важливою є боротьба зі станами, що є депресивними.

Отже, у цьому розділі було детально розглянуто методологічні аспекти дослідження індивідуально-психологічних особливостей переживання травми молоді в умовах війни.

По-перше, аналіз особливостей вибірки дослідження травми українців дозволив забезпечити репрезентативність та різноманітність учасників, що включають різні соціально-демографічні групи. Це сприяє більш глибокому розумінню різних аспектів переживання травми.

По-друге, було детально обґрунтовано вибір методик дослідження, що включали опитувальники та психологічні тести. Вибрані методики були адаптовані до українського контексту, що забезпечило їхню надійність та валідність.

Комплексний підхід до дослідження, що поєднував кількісні та якісні методи, дозволив отримати всебічну картину переживання травми молоддю в часі війни.

Загалом, розділ II забезпечує надійну методологічну основу для подальшого аналізу та інтерпретації отриманих результатів, що сприяє розумінню індивідуально-психологічних особливостей переживання війни українською молоддю.

ВИСНОВКИ

Військові конфлікти, катастрофи та терористичні атаки часто спричиняють глибокі психологічні травми, що впливають на цілі спільноти. Ці події залишають слід у формі втрати свободи чи життя, і зазвичай призводять до значних соціальних змін. В українському контексті такі явища можуть бути пов'язані з історичними подіями, такими як революції, світові війни, геноциди, а також з глобальними екологічними катастрофами.

Травматичний вплив таких подій не обмежується лише особистими переживаннями, але й розширюється до соціальних і групових наслідків. Наприклад, економічна депресія може призвести до масового розчарування, екологічна криза – до паніки, а політичний скандал – до широкомасштабного обурення.

Протягом квітня та травня 2023 року було проведено дослідження з метою вивчення впливу військових травм на українських студентів. Емпірична основа дослідження складалася з 30 студентів вищих навчальних закладів у віці 18-23 років, що дозволило зосередитися на переживаннях молодого покоління. Учасники дослідження були залучені через онлайн-оголошення у месенджері та проходили опитування за допомогою створеної анкети, яка була розміщена онлайн через сервіс Google-форми.

Подальший аналіз показав, що серед учасників переважали жінки, більшість з яких перебували на території України, не мали партнера або не були у стосунках, поєднували навчання з роботою та навчалися на гуманітарних спеціальностях.

В аналізі впливу військових травм на молоде покоління українців були застосовані різноманітні психологічні методики, серед яких вирізняються PCL-5, модель стресодолання BASIC Ph за Мулі Лахадом, госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), тест Г. Айзенка на самооцінку психічних станів та шкала тривоги Бека.

Застосування методики PCL-5 дозволило виявити, що більшість осіб, які пережили травму, здатні детально описати пережиті події. Вони часто зазнають інтрузій, які викликають повторне переживання травматичних моментів, відчуючи при цьому необхідність уникати будь-яких дискусій чи спогадів про ті події через біль, який це викликає. Ці особи також схильні до високого рівня вияву негативних думок і емоцій, що спонукає їх стерегтися від того, аби ці емоції не були використані проти них.

Застосування моделі стресодолання BASIC Ph показало, що серед осіб, що пережили травму, переважають такі механізми протидії як дотримання особистісних вірувань та моральних цінностей, а також вираження емоцій. Важливу роль відіграли позитивні новини, які сприяли емоційному піднесенню та допомагали зосередитися на роботі, навчанні чи спорті, що покращувало витривалість і моральний стан.

Використання HADS виявило, що більшість осіб, які пережили травму, мають високі показники тривоги та депресії. Ці особи часто відчують глибоку тривогу без зовнішніх причин, страждають від флешбеків та гостро реагують на будь-які символи чи ознаки, що нагадують про пережиті травми, що може спричинити в них виникнення депресивного стану.

За результатами використання тесту Г. Айзенка "Самооцінка психічних станів", середня значення учасників свідчила про їхню здатність реагувати на вплив зовнішніх та внутрішніх стимулів зі змінною інтенсивністю емоційних станів, таких як тривожність, фрустрація, агресивність, та ригідність.

Використання шкали тривоги Бека виявило, що рівень тривожності має важливе значення у формуванні сприйняття особистості світу навколо. Зокрема, помірний рівень тривожності сприяє кращому адаптуванню до важливих життєвих обставин, тоді як високий рівень тривожності може

негативно вплинути на особистісне розвиток та виконання повсякденних обов'язків.

Для аналізу та підтвердження наукових результатів застосовувались статистичні методи, включаючи розрахунок коефіцієнта кореляції Пірсона за допомогою програми SPSS Statistica. Кореляційний аналіз вказав на наявність зв'язку між показниками "інтрузія" та "афекти та емоції", демонструючи значущість кореляції ($p < 0,643$, $t < 0,001$). Також виявлено позитивну кореляцію між "уникненням" та "творчістю" ($p < -0,465$, $t < 0,005$).

Кореляційний аналіз також показав, що висока схильність до переживання тривожних та депресивних станів корелює з високою емоційністю ($p < 0,637$, $t < 0,001$), тоді як низька схильність до цих станів позитивно корелює з уникненням ($p < -0,466$, $t < 0,005$).

У результаті дослідження були отримані важливі результати щодо переживання травми війни українцями, які були обґрунтовані та проаналізовані.

У магістерській роботі було досліджено індивідуально-психологічні особливості переживання травми молоддю під час війни, що є актуальною та важливою темою в умовах сучасних збройних конфліктів.

У першому розділі було теоретично обґрунтовано поняття «травма» та особливості її прояву у молоді під час війни. Розглянуто основні підходи до розуміння травматичного досвіду, його впливу на психічне здоров'я та специфічні характеристики, що визначають реакції молодих людей на травматичні події.

Другий розділ присвячено методологічним аспектам дослідження. Було детально описано вибірку учасників, обґрунтовано використані методики та представлено етапи дослідження. Завдяки ретельно спланованим методам вдалося забезпечити надійність та валідність отриманих даних.

У третьому розділі наведено результати емпіричного дослідження та їх обговорення. Виявлено ключові індивідуально-психологічні особливості переживання травми молоддю, зокрема рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР), фактори ризику та захисту, а також вплив соціально-психологічних умов на психічний стан молодих людей.

Загалом, дослідження підтвердило важливість індивідуальних та контекстуальних факторів у формуванні психологічних реакцій на травму у молоді. Отримані результати мають практичне значення для розробки програм психологічної підтримки та реабілітації, спрямованих на покращення психічного здоров'я молодих людей, які зазнали травматичного впливу війни.

Отримані дані сприятимуть кращому розумінню психологічних аспектів травматичних досвідів молоді в умовах війни та можуть бути використані для подальших досліджень у цій області.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Блашко Ю. І. Стресостійкість як професійна якість майбутніх пілотів цивільної авіації. Науковий вісник Льотної академії. Серія: Педагогічні науки. 2020. Вип. 8. С. 32-36.
2. Блашко Ю. І. Структурні компоненти формування стресостійкості майбутніх пілотів цивільної авіації у процесі професійної підготовки. Науковий вісник Льотної академії. Серія: Педагогічні науки : збірник наукових праць. Кропивницький : «Поліум», 2022. Вип. 11. С. 32-37.
3. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ : Талком, 2016.
4. Бодров В. А. Психологічний стрес: розвиток та подолання. М.: Пер Се, 2006.
5. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. Київ, 2012. С. 89–95.
6. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Збір. наук. праць Національної академії Державної прикордонної служби України. 2015. № 1. С. 378-390.
7. Засекіна Л.В., Гордовська Т.І. Голодомор як психічна та моральна травма у сімейних жіночих наративах. Міждисциплінарні підходи у дослідженні Голодомору-геноциду: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції, (Київ, 19 листопада 2020 р.). 2021. С. 49–52.
8. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стресового розладу. Київ : УНДІССПН МОЗ України, 2014. 32 с.

9. Козігора М.А. Концептуальні межі понять «стрес», «тривалий травматичний стрес», «посттравматичний стресовий розлад». *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2021. № 97. С. 56–58.
10. Коннертон П. Як суспільства пам'ятають. Київ: Ніка-Центр, 2004. 184 с.
11. Литвиненко С. А. Психологія травми: трансгенераційний та феноменологічний аспекти. *Психологія: реальність і перспективи*. 2015. Вип. 4. С. 14-17.
12. Луценко Ю. А. Особливості організації психологічного супроводу внутрішньо переміщених осіб. *Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту: навчально-методичний посібник*. К. : Агентство «Україна». 2015. С. 143-149.
13. Мартинюк І. А. Психологічна травма та посттравма: сутність і способи подолання. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України*. 2015. Вип. 230. С. 276-282.
14. Музиченко І. В. Психологічна травма: аналіз проблеми та шляхи подолання. Роль психологічної служби системи вищої освіти України у час суспільних трансформацій : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 19-20 травня 2017 р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2017. С.119-123.
15. Оверченко А. І. Психологія травмуючих ситуацій. К. : НАВС, 2013. 179 с.
16. Огієнко В. І. Культурна травма у сучасній зарубіжній історіографії: концепт та метод. *Національна та історична пам'ять*. 2011. Вип. 1. С. 148–160.
17. Папаш О. Колективна травма в ігровому кіно: випадок одиначної репрезентації («Голод-33»). *Наукові записки НаУКМА. Теорія та історія культури*. Київ: Національний університет «Києво-Могилянська академія». 2011. Т. 114. С. 73–

18. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій. К. : Міленіум, 2011. 271 с.
19. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Київ : Логос, 2015. 206 с.
20. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України. К. : Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.
21. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії. *НейроNEWS: психоневрологія і нейропсихіатрія*. 2012. № 1. С. 31-39.
22. Семенова Ю.С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології. *Український науково-медичний молодіжний журнал. Спеціальний випуск № 3, Актуальні проблеми сучасної медичної психології: Матеріали V науково-практичної конференції*. М.Київ, 11-12 травня 2011 р.: Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, 2011. С.50-54.
23. Суший О. Проблема колективної травми в українському соціумі та пошук стратегій її опанування. *Наукові записки Інституту політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса НАН України*. 2014. Вип. 6 (74). С. 18–32.
24. Цицей Р. М. Психічна травма як наслідок пережитої людиною надзвичайної ситуації // *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 13. С. 258-265.
25. Штомпка П. Соціальна зміна як травма. *Соціологічні дослідження*. 2001. № 1. С. 6–16.
26. Bell D. *Memory Trauma and World Politics. Reflections on the Relationship Between Past and Present*. Palgrave Macmillan, 2006. 296 p.
27. Bessel van der Kolk "The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma" (2014)

28. Caruth C. *Trauma: Exploration in memory*. Baltimore: John Hopkins UP, 1995. 288 p.
29. Caruth C. *Unclaimed Experience: Trauma, Narrative and History*. Baltimore: John Hopkins UP, 1996. 168 p.
30. Erikson K. *Everything in Its Path*. New York: Simon and Schuster, 1994. 288 p.
31. Eyerman, Ron, with Jeffrey C. Alexander, Bernhard Giesen, Neil J. Smelser, and Piotr Sztompka (2004). *Cultural Trauma and Collective Identity*. Berkeley, CA: University of California Press.
32. Eyerman R. *Cultural Trauma: Slavery and the Formation of African-American Identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. 302 p.
33. Greene T., Bloomfield M. A. P., Billings J. Psychological trauma and moral injury in religious leaders during COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020. Vol. 12 (S1). Pp. 143–145.
34. Griffin B.J., Purcell N., Burkman K., Litz B.T., Bryan C.J., Schmitz M., Maguen S. Moral Injury: An Integrative Review. *Journal of Traumatic Stress*. 2019. Vol. 32(3). Pp. 350–362.
35. Hirschberger G. Collective Trauma and the Social Construction of Meaning. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. Pp. 14-41.
36. Judith Herman *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--from Domestic Abuse to Political Terror"* (1992).
37. La Capra D. *History and Memory. After Auschwitz*. Ithaca, 1998. 232 p.
38. La Capra D. *Writing History, Writing Trauma*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2001. 248 p.
39. Meek A. *Trauma and Media. Theories, Histories and Images*. London: Routledge, 2009. 232 p.
40. Neal A. G. *National Trauma and Collective Memory: Major Events in the American Century*. Armonk, N.Y. M.E. Sharpe, 1998. 224 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Загальний дизайн дослідження в google-form, без запитань та варіантів відповідей методик

Дякуємо, що погодилися взяти участь у дослідженні. Ваші персональні дані є конфіденційними. Пам'ятайте, що не існує правильних чи неправильних відповідей, для нас важлива кожна думка. Відповідайте не пропускаючи питань.

Ім'я: _____

Вік: _____

Стать: чол. жін.

Методика 1

Зазначений тест є різновидом тесту, пов'язаного з досягненнями, себто, його будова відповідає типові завдань із наявною в них правильною відповіддю. Тест передбачає присутність певного еталонного поведінкового варіанту, який співвідносний із компетентним, упевненим, партнерським стилем. Те, наскільки людина є близькою до еталону, визначається за тим, скільки відповідей, що є правильними, вона дала. Розподіл неправильних відповідей здійснюється за показником «залежності» (знизу) та «агресивності» (згори).

Структура опитувальника представлена 27 комунікативними ситуаціями, що в ньому описані. Кожна із ситуацій доповнена 5 можливими поведінковими варіантами. Необхідно здійснити вибір на користь одного поведінкового способу, співвідносного з конкретною ситуацією. Вибір двох або більшої кількості варіантів, а також формування власного варіанта, який у опитувальнику відсутній, є неможливим.

Досліджувані перед проходженням тесту отримують таку інструкцію: «Будь ласка, уважно ознайомтеся із кожною з ситуацій, які описані. Вам потрібно вибрати один із запропонованих поведінкових

варіантів, який відображає найбільш характерну для вас модель поведінки, а не те, як би ви вчинили в ідеальній ситуації чи умовах».

Автори методики доповнили її ключем, що дає змогу співвіднесення відповіді з певним типом реагування: упевненим, залежним або агресивним. Як підсумок, постає необхідність у обчисленні кількості відповідей, що є правильними й неправильними, у відсотковому співвідношенні до загальної кількості відповідей, що були обрані учасником. Уся сукупність питань співвідносна з п'ятьма типами ситуацій комунікативного спрямування:

- ситуаціями, що потребують реакцій стосовно позитивних висловлювань, зроблених партнером;
- ситуаціями, що потребують реагування відносно негативних висловлювань;
- ситуаціями, під час яких здійснюється звернення до людини, що супроводжується проханням;
- ситуаціями, пов'язаними з бесідою;
- ситуаціями, що вимагають емпатійного реагування.

Кожен збіг у результатах учасника дослідження проходить порівняння з ключем та в разі успіху співвідноситься з одним балом.

Методика 2

Авторами цієї методики був розроблений опитувальник, який дозволив би оперувати важливими показниками й формами агресії.

- послуговування фізичною силою, спрямованою на іншу особу – йдеться про фізичну агресію;
- артикулювання почуттів негативної виснаженості, як у формальному (вираженому сваркою, вереском, криком), так і у змістовному аспекті (вираженому погрозами, лайкою, прокльонами) – йдеться про вербальну агресію;
- послуговування непрямими засобами образи (плітками, жартами, вибухами люті) – йдеться про непрямую агресію;

- оперування опозиційною поведінковою формою, що скерована на протистояння із авторитетом та керівництвом та може виявлятися як у пасивному, так і в активному вимірі – йдеться про явище негативізму;

- наявність схильності до того, аби бути роздратованим, за найменших подразників стати запальним, різким, грубим;

- наявність схильності до того, аби бути упередженим, недовірливим через наявність підозр про ймовірну шкоду з боку оточення – йдеться про явище підозрливості;

- оперування заздрістю й ненавистю до представників оточення, інспірованих гнівом, невдоволенням конкретними особами чи світом загалом, інспірованими справжніми чи уявними стражданнями – йдеться про явище образи;

- наявність схильності до немотивовано знецінювального ставлення до себе – йдеться про явище аутоагресії.

Методика 5

Розглянемо провідні характеристики, притаманні основним копінг-стратегіям:

- послуговуючись конфронтаційною копінг-стратегією, людина тяжіє до емоційно-потужного, поведінково-активного особистісного опору, здійснюваного відносно ситуації, що є стресогенною. Сукупність особистісних поведінкових проявів при оперуванні зазначеною копінг-стратегією представлена, зокрема, ворожістю, імпульсивністю, енергійністю, зухвалістю, ускладненістю планування своїх дій.

- послуговуючись дистанційовальною копінг-стратегією, людина тяжіє до того, аби знизити переживання негативної спрямованості, а також подолати емоційну особистісну залученість до того, аби сприймати й аналізувати деталі, що формують стресогенну ситуацію. Сукупність особистісних поведінкових проявів при оперуванні зазначеною копінг-стратегією представлена, зокрема, раціоналізацією, особистісною

відстороненістю й позитивністю налаштованості до сприйняття світу довкола себе.

- послуговуючись самоконтролем як копінг-стратегією, людина тяжіє до того, аби контролювати власну поведінку, повністю адекватно оцінювати власні дії, стримано емоційно реагувати стосовно стресогенних чинників та мінімізувати їхній вплив на оцінні механізми особистості. Сукупність особистісних поведінкових проявів при оперуванні зазначеною копінг-стратегією представлена, зокрема, прагненням особистості до приховування власних переживань від сторонніх, що є виявом виняткової вимогливості до власних поведінкових патернів.

- послуговуючись соціальною підтримкою як копінг-стратегією, людина тяжіє до того, аби виконувати особистісний пошук універсалій, пов'язаних із соціальними ресурсами та підтримкою на емоційному рівні, що інспірують унеможливлення болісного реагування стосовно стресових подразників. Сукупність особистісних поведінкових проявів при оперуванні зазначеною копінг-стратегією представлена, зокрема, орієнтованістю особистості відносно взаємодії зі сторонніми особами та наявністю очікувань від них різноманітних реакцій, представлених увагою, підтримкою, співчуттям тощо.

- послуговуючись прийняттям відповідальності як копінг-стратегією, людина тяжіє до того, аби визнавати власну значущість у процесі реагування відносно стресогенного подразника; при цьому вона прагне до готовності провадити аналіз власної поведінки в зазначених умовах. Сукупність особистісних поведінкових проявів при оперуванні зазначеною копінг-стратегією представлена, зокрема, орієнтованістю особистості відносно власної самокритичності та наявністю переживань, інспірованих почуттям, пов'язаним із провинною.

- послуговуючись уникненням як копінг-стратегією, людина тяжіє до того, аби ігнорувати сукупність стресогенних подразників, фантазуючи,

прагнучи до пасивності або висловлюючи роздратування. Сукупність особистісних поведінкових проявів при оперуванні зазначеною копінг-стратегією представлена, зокрема, зловживанням алкоголем чи переїданням, що інспіровано прагненням знизити напругу на емоційному рівні.

- послуговуючись плануванням проблемоподолання як копінг-стратегією, людина тяжіє до того, аби цілеспрямовано в особистісному вимірі аналізувати стресогенну ситуацію, плануючи можливі варіанти поведінкових реакцій із урахуванням тих умов, які були б можливими чинниками її розв'язання. Сукупність особистісних поведінкових проявів при оперуванні зазначеною копінг-стратегією представлена, зокрема, апеляціями до індивідуального досвіду подолання проблем, а також скануванням ймовірних ресурсів успішного протистояння проблемі.

- послуговуючись позитивною переоцінкою як копінг-стратегією, людина тяжіє до того, аби цілеспрямовано в особистісному вимірі долати наявні переживання, що є негативними змістовно. Сукупність особистісних поведінкових проявів при оперуванні зазначеною копінг-стратегією представлена, зокрема, опануванням стресогенним подразником з боку людини в філософському вимірі, аналізом зазначеної ситуації зі скеруванням у напрямку, пов'язаному з особистісним саморозвитком.