

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ І ПСИХОТЕРАПІЇ

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: Психологічні особливості структури травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності

Студента (ки) 4 курсу групи ПС-42 першого (бакалаврського) рівня вищої освіти освітньо-професійної програми «Психологія» за спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ  
РАЗВОВА Є.О.

Керівник

к.психол.н, доцент кафедри психологічного консультування і психотерапії  
ХАРЧЕНКО А.О.

Чотирьохрівнева шкала оцінювання \_\_\_\_\_

Кількість балів: \_\_

Члени комісії \_\_\_\_\_

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ТА РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ .....	6
1.1 Поняття травматичного досвіду.....	6
1.1.1 Визначення психологічної травми та форми травматичного досвіду.....	6
1.1.2 Концепції структури травматичного досвіду.....	9
1.2 Взаємозв'язок між резильєнтністю та травматичним досвідом.....	10
1.2.1 Визначення резильєнтності та фактори, що впливають на резильєнтність.....	11
1.2.2 Роль резильєнтності в адаптації до стресу.....	13
Висновки до розділу 1 .....	14
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ У ЖІНОК З НИЗЬКИМ РІВНЕМ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ.....	16
2.1 Характеристика вибірки та методів дослідження.....	16
2.2 Дослідження особливостей структури ранніх дисфункційних схем у жінок з низьким рівнем резильєнтності .....	18
2.3 Дослідження особливостей структури інфантильного травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності.....	23
2.4 Дослідження особливостей структури актуального травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності .....	25
2.5 Дослідження особливостей ранніх спогадів у жінок з низьким рівнем резильєнтності.....	27
Висновки до розділу 2 .....	30
ВИСНОВОКИ .....	32
ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА .....	35
ДОДАТКИ .....	39

## ВСТУП

**Актуальність.** Україна, як країна з багатовіковою історією, завжди була свідком та учасником різноманітних соціокультурних змін. Попри те, що в психологічній науці вже давно приділяється увага вивченню психологічній травмі, структурі травматичного досвіду тощо, процеси адаптації та відновлення після стресових ситуацій, початком повномасштабного вторгнення динаміка дослідження даного феномену збільшилася.

Незважаючи на наявність обширного обсягу досліджень у цій області, проблема вивчення структури травматичного досвіду у жінок залишається актуальною. Адже на вивченні психологічних особливостей структури травматичного досвіду саме цієї вибірки не було акцентовано. На сьогоднішній день інформація щодо структури травматичного досвіду серед цивільного населення, зокрема жінок, є обмеженою у відкритих джерелах.

Через вище зазначені причини великий відсоток українців зазнали принаймні однієї травматичної події протягом свого життя. Багатьом жінкам довелося змінити місце проживання, адаптуватися до нових умов, втрачаючи відчуття стабільності та безпеки. Цей контекст викликає не лише практичний, а й науковий інтерес до вивчення психологічних особливостей структури травматичного досвіду у жінок, особливо тих, які мають низький рівень резильєнтності. Оскільки, саме резильєнтність є одним з ключових процесів в протистоянні життєвим випробуванням, подолання складних життєвих ситуацій, відновленні нормального життя в умовах, що характеризуються високим ризиком та напруженістю, а також збереженні цілісності особистості.

**Об'єкт:** травматичний досвід особистості

**Предмет:** психологічні особливості структури травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності

**Мета:** дослідити психологічні особливості структури травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності

**Завдання дослідження:**

1. Провести теоретичний огляд наукової літератури щодо структури травматичного досвіду та резильєнтності.
2. Дослідити особливості структури інфантильного травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності.
3. Виявити особливості ранніх дисфункційних схем у жінок з низьким рівнем резильєнтності.
4. Дослідити особливості структури актуального травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності.
5. Дослідити особливості ранніх спогадів у жінок з низьким рівнем резильєнтності.

#### **Методи дослідження:**

- 1) Емпіричні – Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10, Опитувальник ранніх дисфункційних схем Дж. Янга (YSQ-S3), тест «П'ять травм» (Бурбо Л.), Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу, Аналіз ранніх спогадів

#### **Методи аналізу результатів:**

- 1) Математично-статистичні: U-критерій Манна-Вітні та  $\phi$ -критерій кутового перетворення Фішера

**Характеристика вибірки:** вибірку склали дві групи жінок віком від 18 до 31 року. В одну групу увійшли жінки, у яких було виявлено низький рівень резильєнтності, в другу групу увійшли жінки, у яких було виявлено високий рівень резильєнтності

#### **Гіпотеза дослідження:**

1. У жінок з низьким рівнем резильєнтності більш виражені такі ранні дезадаптивні схеми як «неуспішність/приреченість на невдачу» та «вразливість».
2. Жінки з низьким рівнем резильєнтності мають більш інтенсивний вплив актуального травмування та більша вірогідність розвитку ПСТР.

**Практична значущість.** Результати дослідження можуть мати практичну значущість в можливості подальших розробок та впровадження програм психосоціальної підтримки, спрямованих на поліпшення психологічного стану жінок. Наприклад, на основі

отриманих даних в подальшому можна розробити корекційно-розвивальну програму, спрямовану на підвищення рівня резильєнтності у жінок з низьким рівнем, на поліпшення психологічного стану та загального благополуччя жінок, допомагаючи їм краще адаптуватися до стресових ситуацій та подолати емоційні труднощі, пов'язані з травматичними досвідами тощо.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ТА РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ

#### 1.1 Поняття травматичного досвіду

##### 1.1.1 Визначення психологічної травми та форми травматичного досвіду

Поняття психологічної травми, як і більшість визначень психологічних феноменів, є багатограним, має велике поле інтерпретацій та широкий діапазон використання. Поняття «травма» в ХІХ ст. еволюціонувало до використання в психології з медицини та пішло від грецького слова τραῦμα, що означає «рана, пошкодження». [2]

Активно використовувалися поняття психологічної травми почало в психоаналітичному напрямку і визначалося як: «психологічної рани, як нервового потрясіння, неврозу, пов'язаного з наслідками внутрішніх процесів різної етіології, коли порушується цілісність психологічної захисної мембрани людини» зазначає Копієвська О. Такі науковці як Й.Броєр, З. Фройд, Ж. Жане визначили, що психологічна травма є причиною стану істерії. Отож було висунуто теорію травми, завдяки якій пояснювався істеричний невроз. [3,4] Надалі дослідженнями займалися: Мартч, 1993, Дж. Боулбі, П.Левіна, А.Елерса і А. Кларка (2000), В. Юле (2002), В.Ромек (2004), Б. Фoa (2005) та ін.

Для визнання впливу психологічної травми на психічне здоров'я та для її розуміння в цілому значущим етапом стало прийняття у 1980 році посттравматичного стресового розладу до категорії психічних розладів до діагностичного керівництва Американської психіатричної асоції. Крім того, дане поняття все ще жалишається важливим елементом у останньому оновлення видання у 2013 році діагностичного та статистичного керівництва (DSM-5). [4]

А американською психологічною асоціацією (АРА) психологічна травма визначається так: «Будь-який тривожний досвід, що викликає значний страх, безпорадність, дисоціацію, плутаність чи інші порушення почуттів, достатньо

інтенсивний, щоб мати тривалий негативний вплив на уявлення людини про світ, її поведінку та інші аспекти функціонування.» [5]

Сучасні вітчизняні дослідники, такі як Харченко А.О. та ін., характеризують психологічну травму як подію, що виникає через міжособистісні взаємодії або вплив зовнішнього середовища. Вона викликає глибокі емоційні переживання, які заважають людині адекватно реагувати на ситуацію і можуть призвести до стійких патологічних змін у психіці. Дослідники підкреслюють, що така травма супроводжується важкими емоційними станами, включаючи сильне страждання, гіркоту, фізичний та емоційний біль, а також відчуття непотрібності та втрати, що ведуть до відчуття неповноцінності.

Деякі автори притримуються типологій розподілення травматичних обставин за віковими етапами, деякі, наприклад Рупперт Ф., розділяють травми за змістом: екзистенціна, втрати тощо. Отже, як видно, єдиної загальноприйнятої класифікації психічних травм наразі не існує. Проте найчастіше в науковій літературі зустрічаються такі види як: інфантильна, актуальна та вторинна.

Перейдемо до більш детального розгляду цих видів травм. Щодо інфантильної травми, то початок її вивчення було покладено в психоаналітичному напрямку. Згідно якого вона визначається як травма, що виникла в дитинстві і згодом призвела до розвитку неврозу.[6, стр. 15]

А для категоризації ранніх травм канадська вчена Л. Бурбо висунула типологію з п'яти травм: відкидання, покинутості, приниження, зради та несправедливості. Кожна з висунутих травм має свою характеристику, а також свої особливості структури. [3, 6]

Наслідкам інфантильного травмування приділяв увагу американський психолог Джефрі Янг. Ним же були запропоновані ранні дезадаптивні схеми. Це стратегії поведінки, що частіше всього формують в наслідок травми в дитинстві. [3, 6]

Виходячи із зазначеного Кочаряном О.С. про накладання актуальної травми на інфантильну, А. О. Харченко вказує, що травма є сумою інфантильного та актуального травмування[3, стр. 30]. Тож послідовним буде перейти до огляду визначення актуального травмування.

Під розумінням актуальної травми у науковій літературі часто мають на увазі реакцію на травматичну ситуацію/ подію в поточний момент, що є схожим на гостру реакцію на стрес, й так само часто актуальним травмуванням характеризують бойову травму. [3,7]

Науковці стверджують, що актуальна травма представляє собою руйнування особистісної структури дій внаслідок впливу травматичних подій. У сучасних умовах України це найчастіше стосується бойових дій. Травматичні фактори можуть мати як короткостроковий, так і тривалий вплив, причому їх інтенсивність і тривалість значно впливають на розвиток психічної травми, що може призводити до різних психічних розладів.

Виділяються дві основні групи порушень, пов'язаних з актуальною травмою. Перша група охоплює порушення, які виникають швидко і можуть тривати від кількох годин до одного місяця. Ці порушення можуть викликати стан ступору, гострі психічні реакції, тимчасову втрату зв'язку з реальністю, дезорієнтацію і підвищену активність. У таких випадках людина може втратити здатність критично мислити та адекватно взаємодіяти з оточенням.

Друга група порушень розвивається поступово через тривалий або хронічний вплив травмуючих факторів. Незважаючи на те, що ці фактори можуть здаватися менш загрозливими, їх довготривалий вплив може мати значні наслідки для психічного здоров'я. З часом у постраждалих можуть з'являтися зміни у психічному стані, фізичні проблеми та зміни у відносинах з іншими людьми. Це може проявлятися як замкненість, недовіра, підвищена агресивність, гнівливість або тихе роздратування. [ 3, 6, 13].

Не менш релевантною для українців є так звана вторинна травма. Її визначають як травму через контакт з постраждалими, перегляд матеріалу травматичного вмісту або свідчення про жорстокі вчинки людей, а також через спостереження травматичних ситуацій [8]. Якщо узагальнити, то це травма, яка була спричинена непрямою дією травматичної ситуації.

О. Т. Плетка поділяє вторинну травму за ступенем інтенсивності на травму свідка-це травма, що виникла внаслідок спостереження травматичної ситуації, тобто коли особа не брала участі в події, але була її свідком; травму слухача, тобто людина також не бере участі, але контактує з учасниками, тобто може стосерігати емоційні реакції близьких та чути про цю подію; та травму глядача, яка полягає в тому, що людина стала свідком інтерпретованої іншими травматичної ситуації (наприклад епізод події в ЗМІ з уже наявними оціночними судженнями, інтерпретаціями тощо). Узагальнюючи, можна підкреслити, що автор зазначає можливість виникнення вторинної травми у осіб, які перебувають у близькому оточенні постраждалих від травматичних подій, а також у фахівців, що надають допомогу постраждалим, та у споживачів інформації з засобів масової інформації (ЗМІ).[9]

### 1.1.2 Концепції структури травматичного досвіду

Структуру травматичного досвіду можна розглянути через призму різних теорій і концепцій, які описують, як саме формується і виявляється травматичний досвід у психіці людини. Найбільш згадуваними у теоретичних дослідженнях/оглядах є психодинамічна концепція, теорія посттравматичного зростання та теорія комплексної травми.

Якщо розглядати структуру травматичного досвіду через психодинамічну концепцію, то можна побачити, що центральною складовою структури травматичного досвіду є сама травматична подія. Це може бути обширний діапазон подій, які включають військові конфлікти, насильство, терористичні атаки тощо. Травматична подія може стати причиною стану тривоги, постійного напруження, вплинути на емоційний стан, а також на функціонування психіки тощо, через порушення відчуття безпеки. Під впливом травматичної події особистість може проявляти різноманітні реакції на стрес, такі як флешбеки, кошмари, панічні атаки, депресія та інші. Варто зазначити, що у психодинамічній концепції важливу роль відіграють механізми захисту, які активізуються з метою зменшення психічної тривоги та захисту. Сюди можуть входити дисоціація, проекція, регресія та інші психічні механізми. Та структура

травматичного досвіду охоплює не лише травматичні події, але й процеси відновлення. Вони можуть включати в себе пошук підтримки від оточуючих, розуміння власного досвіду, переосмислення травматичних подій та інтеграцію цих досвідів у власну життєву історію. [14]

Структура травматичного досвіду, розглянута через призму теорії посттравматичного зростання, як описано в книзі "Posttraumatic Growth: Theory, Research, and Applications" авторів Річарда Г. Тедескі та Лоренса Г. Калгуна. Основна ідея теорії посттравматичного зростання полягає в тому, що після травматичного досвіду може настати період розвитку. Це може включати зміни в особистості, цінностях, життєвих пріоритетах та поглядах на світ. Авторами наведені різноманітні фактори, які можуть сприяти даному процесу такі, як наприклад соціальна підтримка, почуття самоефективності, внутрішня міцність, пошук сенсу в трагедії, нові можливості та внутрішні ресурси тощо. В результаті процесу посттравматичного зростання людина може розвивати нові перспективи, цінності та відносини, що може призвести до покращення якості її життя. [15]

Деякі автори розглядають структуру травматичного досвіду в рамках теорії комплексної травми. Дана теорія враховує вплив раннього травматичного досвіду на розвиток особистості. Це може включати дитячий стрес, фізичне насильство або емоційне знецінення, що може спричинити розвиток комплекс реакцій на стрес у подальшому житті. Теорія комплексної травми розглядає широкий спектр реакцій на травму, які можуть включати знижену самооцінку, нав'язливі думки та спогади, відчуття провини та сорому, відчуття покинутості, втрату довіри до інших тощо. [16]

## 1.2 Взаємозв'язок між резильєнтністю та травматичним досвідом

У житті кожної людини неодноразово виникають ситуації, що можуть бути сприйняті як травматичні або загрозові. Важливо зауважити, що сприйняття травматичних подій є індивідуальним і суб'єктивним. Що для одного може виявитися надзвичайно важким та травматичним, для іншого може не мати такого впливу. Дослідження показують, що більшість людей зазнають принаймні однієї травматичної

події протягом свого життя, проте реакція на такі події може суттєво відрізнятися. [1, 10]

Для деяких осіб вони стають причиною гострого дистресу та потребують додаткової підтримки, тоді як інші можуть краще впоратися з ними і навіть зміцнити свою резильєнтність.

### 1.2.1 Визначення резильєнтності та фактори, що впливають на резильєнтність

Резильєнтність (іноді вживається термін "психологічна пружність", "стресостійкість", "стійкість" тощо) - це здатність особистості подолати складні життєві обставини та відновитися після труднощів чи стресу. Резильєнтність виявляється в здатності протистояти життєвим випробуванням і зберігати цілісність особистості. Автори [11, С 26] вказують, що походження терміну "резильєнтність" ймовірно пішло з фізики, де він використовується для опису властивості матерії повертатися до початкової форми після деформації, спричиненої тиском.

Здатністю особистості відновлювати нормальне життя в умовах, що характеризуються високим ризиком та напруженістю, визначив резильєнтність Ф.Лозель. [11]

Американський дослідник George A. Bonanno розглядає резильєнтність як відображення здатності до підтримки стійкої рівноваги. Резильєнтність до втрат та травм стосується здатності дорослих, які стали свідком, бо учасником травматичних подій, зберігати відносно стабільні, здорові рівні психологічного та фізичного функціонування. [10, стр. 20]

Деякі дослідники [13] виділяють декілька напрямків у вивченні резильєнтності: психологічний, соціальний, нейробіологічний та когнітивний.

«У психологічному підході цей феномен розглядається в основному у трьох аспектах: як процес, як механізм адаптації/захисту, як здатність/риси особистості» - зазначає Міщенко М.[12]

У межах цього підходу зазвичай розглядаються внутрішні фактори, які впливають на здатність до резилієнтності. Вони є ключовими для ефективного подолання стресових

ситуацій і життєвих труднощів. Позитивне мислення, наприклад, є основним елементом резилієнтності, оскільки дозволяє бачити позитивні аспекти навіть у складних обставинах.

Емоційний інтелект також відіграє важливу роль, оскільки він допомагає людині адаптуватися до різних ситуацій і керувати своїми реакціями на стрес. Активна копінг-поведінка, що передбачає використання конструктивних стратегій для подолання стресу, є ще одним важливим фактором.

Саморегуляція дозволяє контролювати свої емоції та реакції на стресові ситуації, сприяючи збереженню емоційної стабільності. Гнучкість та здатність адаптуватися допомагають швидко реагувати на зміни та знаходити альтернативні рішення.

А самосвідомість, яка включає усвідомлення власних сильних та слабких сторін, сприяє визначенню найбільш ефективних стратегій реагування на стрес. Переосмислення ситуацій або рефреймінг дозволяє зменшити стресовий вплив і знайти конструктивні рішення. Сукупність цих внутрішніх факторів підтримує розвиток резилієнтності, що є важливим для успішного подолання життєвих викликів та труднощів [13]

Соціальний підхід до розуміння резилієнтності акцентує увагу на взаємодії між індивідом та його оточенням, приділяючи більше уваги зовнішнім чинникам. У рамках цього підходу особливу роль відіграє підтримка з боку родини, яка сприяє формуванню резилієнтності. Емоційно комфортне та стабільне родинне середовище може допомогти індивіду краще адаптуватися до негативних подій. Дослідження підтверджують, що позитивні сімейні стосунки є значущим фактором у розвитку резилієнтності, особливо у дітей.

Також важливим є вплив спільноти та культурного контексту на формування резилієнтності. Відчуття приналежності до певної спільноти чи культурної групи може впливати на самоідентифікацію особистості і його здатність справлятися зі стресом. Культурні цінності, традиції та методи подолання труднощів визначають, як люди реагують на стресові ситуації.

Загалом, соціальний підхід до резилієнтності підкреслює важливість соціальної взаємодії у формуванні здатності протистояти стресу. Сприятливе соціальне середовище та підтримка з боку родини, друзів і суспільства загалом сприяють розвитку резилієнтності та здатності долати труднощі. [10,12, 13]

У парадигмі нейробиологічного підходу до аналізу резилієнтності акцентується увага на впливі генетичних та нейрологічних факторів на формування особистісної здатності подолати стрес. Особлива увага приділяється індивідуальним генетичним рисам, що сприяють природній схильності до позитивних реакцій на стресові ситуації. Ключовим аспектом в цьому контексті є нейропластичність, яка визначає здатність мозку до адаптації до нових умов та відновлення після стресу.

Когнітивний підхід висвітлює роль когнітивних процесів та структур у формуванні здатності індивіда подолати стресові ситуації. Наприклад, когнітивний рефреймінг, або переоцінка, дозволяє переглядати негативні когнітивні оцінки, що може призвести до зменшення емоційного дискомфорту та кращої адаптації. Когнітивна гнучкість, у свою чергу, дозволяє особистості адаптувати свої когнітивні структури та мислення до змінюючихся обставин, що є важливим для успішної адаптації до стресу. Саморефлексія також відіграє важливу роль, оскільки здатність аналізувати власні думки, емоції та реакції дозволяє краще розуміти себе та вдосконалювати стратегії подолання стресу.[13]

### 1.2.2 Роль резильєнтності в адаптації до стресу

Роль резилієнтності в адаптації до стресу є важливою темою в психологічних дослідженнях. Вивчення психосоціальних факторів стресостійкості та здатності адаптуватися до негативних життєвих обставин виявляє, що психологічні чинники грають ключову роль у визначенні рівня резилієнтності.

Оптимізм та позитивні емоції виявляються захисними факторами під час стресу, зменшуючи відповідь автономної нервової системи на стресові подразники та сприяючи швидшому відновленню після стресу. Впевненість у позитивних результативних

очікуваннях асоціюється зі здатністю активно вирішувати проблеми, задоволенням від життя, фізичним здоров'ям та більшими та більш задовільними соціальними зв'язками.

Когнітивна переоцінка, або здатність переоцінювати негативні думки та замінювати їх позитивними, є ще однією важливою складовою резиліентності. Ця стратегія емоційної регуляції допомагає змінювати сприйняття подій та ситуацій, що відбивається на рівні депресії та загального психічного благополуччя.

Активна стратегія протистояння стресу, включаючи як поведінкові, так і психологічні методи, є ще одним ключовим аспектом резиліентності. Використання конструктивних методів для зміни якостей стресору, самого стресору або способу сприйняття стресору дозволяє ефективніше реагувати на стрес і виходити з негативних ситуацій. [17]

Соціальна підтримка відіграє важливу роль у формуванні резиліентності, допомагаючи індивідуумам впоратися зі стресом та пристосуватися до негативних життєвих обставин. Взаємодія з підтримуючими соціальними мережами допомагає знижувати ризик розвитку психічних розладів під час стресових ситуацій.

Крім того, фізична активність, гумор, альтруїзм, моральний компас та усвідомленість є важливими компонентами резиліентності. Регулярна фізична активність, відчуття гумору, спрямованість на допомогу іншим, моральні цінності та уважність до моменту допомагають людині пристосуватися до стресу та зберігати психічне здоров'я. [18]

Узагальнюючи, резиліентність грає важливу роль у тому, як люди адаптуються до стресових ситуацій. Розуміння психологічних факторів, які сприяють резиліентності, може допомогти розвивати стратегії пристосування та підтримувати психічне здоров'я в умовах стресу.

Висновки до розділу 1:

1. У науковій літературі погляди на визначення поняття психологічна травма різняться.

Та сучасні дослідники характеризують психологічну травму як подію, що стосується міжособистісних взаємодій або впливу середовища, і спричиняє глибокі емоційні

переживання, які перешкоджають особистості адекватно реагувати та можуть викликати стійкі патологічні зміни в психічному житті. Крім того, загальноприйнятої класифікації психічних травм на даний момент немає, але найчастіше виділяють інфантильну, актуальну та вторинну травми. Структуру травматичного досвіду можна розглянути через призму різних теорій і концепцій, які описують, як саме формується і виявляється травматичний досвід у психіці людини. В літературі найбільш поширеними є психодинамічна концепція, теорія посттравматичного зростання та теорія комплексної травми.

2. Резильєнтність розглядають як це здатність особистості подолати складні життєві обставини, здатність особистості відновлювати нормальне життя в умовах, що характеризуються високим ризиком та напруженістю, здатність до підтримки стійкої рівноваги. Деякі дослідники виділяють такі напрямки у вивченні резильєнтності: психологічний, соціальний, нейробіологічний та когнітивний. У психологічному підході цей феномен розглядається в основному у трьох аспектах: як процес, як механізм адаптації/захисту, як здатність/риси особистості. У соціальному більше звертається уваги на зовнішні фактори, що впливають на резильєнтність, а нейробіологічний підхід до резильєнтності фокусується на важливості генетичних та нейрологічних аспектів у формуванні здатності долати стрес. Резильєнтність грає важливу роль у процесі адаптації до стресу. Вивчення психосоціальних факторів цього феномену показує, що чинники, такі як оптимізм, позитивні емоції, когнітивна переоцінка та активна стратегія протистояння стресу, допомагають ефективно пристосовуватися до негативних життєвих обставин та долати стрес.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ У ЖІНОК З НИЗЬКИМ РІВНЕМ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ

#### 2.1 Характеристика вибірки та методів дослідження

Вибірку дослідження склали 50 осіб жіночої статі віком від 18 до 31 року з різним рівнем резильєнтності. Далі вибірку було розподілено на дві групи:

- до першої групи увійшли досліджувані з високим рівнем резильєнтності – 25 осіб;
- до другої групи увійшли досліджувані з низьким рівнем резильєнтності – 25 осіб.

Інструментом для розподілення вибірки була «Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10», що складається з 10 тверджень, які оцінюються досліджуваними за 5-бальною Лайкрета (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» =4).

Дослідження проводилося онлайн за допомогою використання гугл-форми і займало приблизно 20-30 хвилин на проходження у досліджуваних. Досліджуваним пропонувалося пройти наступні психологічні методики: Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10, Опитувальник ранніх дисфункційних схем Дж. Янга (YSQ-S3), тест «П'ять травм» (Бурбо Л.) та Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу.

Об'єкт: травматичний досвід особистості

Предмет: психологічні особливості структури травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності

Мета: дослідити психологічні особливості структури травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності

Завдання дослідження:

1. Дослідити особливості структури інфантильного травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності.

2. Виявити особливості ранніх дисфункційних схем у жінок з низьким рівнем резильєнтності.

3. Дослідити особливості структури актуального травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності.

4. Дослідити особливості раних спогадів у жінок з низьким рівнем резильєнтності.

Нижче зазначено опис даних методик.

### **Опитувальник раних дисфункційних схем Дж. Янга (YSQ-S3)**

Він включає в себе 90 питань. Дана шкала використовується для виявлення присутності та ступеню вираженості однієї чи декількох з 18 раних дисфункційних схем, що були запропоновані Джефрі Янгом. Кожній з схем відповідає група з 5 питань анкети. Оцінка по кожній схемі розраховується як сума відповідей на відповідні питання, і може знаходитися у діапазоні від 0 до 30 балів. Варто зауважити, що YSQ-S3 є скороченою версією YSQ-L3, що складається з 332 питань. В даному дослідженні була використана україномовна версія YSQ-S3, що була перекладена та адаптована Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії у 2013 році. Важливо відзначити, що цей переклад не був підданий апробації на момент проведення дослідження. [20]

### **«П'ять травм» (за теорією Бурбо Л.)**

Дана методика була створена на основі теорії Ліз Бурбо, яка полягала в тому, що існують такі типи раних травм як несправедливість, відкинутість, приниження, покинутість, зрада. Тож методика відповідно складається з 5 шкал, що відповідають кожній травмі. У нашому дослідженні тест «П'ять травм» був використаний для виявлення особливостей інфантильного травмування.

### **Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу.**

У даному дослідженні використовувався цивільний варіант міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу, яка першочергово була розроблена для оцінки вираженості птср у ветеранів бойових дій і була вона створена на основі ММРІ). Наразі вона складається з 39 питань.

## Аналіз ранніх спогадів

Для виявлення особливостей ранніх спогадів була використана проєктивна методика «Аналіз ранніх спогадів». Ця методика сприяє вивченню глибинних переживань і «фундаментальної самооцінки особистості та її становища», включаючи зв'язок між інфантильним травмуванням та життєвим стилем. Для аналізу особливостей були обрані показники поділені на 3 категорії: 1 - люди, присутні в спогадах. До цієї категорії увійшли такі показники: мати, батько, сіблінги (брати/сестри), інші рудиці та люди, що не є сім'єю; 2 - тип події. До цієї категорії увійшли: небезпека, нещасний випадок, тілесні покарання тощо, хвороби і смерть, нові життєві ситуації та провини, крадіжки, сексуальні експерименти тощо; 3 – емоції. До цієї категорії увійшли: негативні емоції, позитивні емоції та нейтральні, або відсутні. Досліджуваним була надана наступна інструкція: «Будь ласка, запишіть 5-8 спогадів з дитинства (до 8 років)».[21]

Для обробки даних було використано програму SPSS та наступні математико-статистичні методи: U-критерій Манна-Вітні та  $\phi$ -критерій кутового перетворення Фішера

### 2.2 Дослідження особливостей структури інфантильного травматичного досвіду та ранніх дисфункційних схем у жінок з низьким рівнем резильєнтності

Травматичні досвіди, пережиті на ранніх етапах розвитку, можуть впливати на формування дезадаптивних схем у майбутньому. Особливо це стосується жінок з низьким рівнем резильєнтності, тобто з меншою здатністю адаптуватися до стресових ситуацій та негативних впливів.

Як зазначено Джефрі Янгом у його концепції схематерапії, ранні дезадаптивні схеми відображають боротьбу людини за виживання. Схеми впливають на сприйняття та осмислення життєвих подій та обставин, що стає особливо важливим у взаємодії з негативними досвідами дитинства. Люди часто розглядають свої дезадаптивні схеми як непорушні істини, і ці схеми безпосередньо впливають на їхнє мислення, відчуття, поведінку та стосунки з іншими людьми.

Тож за допомогою статистичного аналізу результатів, отриманих з проходження Опитувальника ранніх дисфункційних схем Дж. Янга (YSQ-S3), розглянемо, які саме дезадаптивні схеми є найбільш характерними для цієї групи досліджуваних.

Таблиця 2.1

## Результати аналізу за U-критерієм Манна-Вітні ранніх дисфункційних схем

Назва схеми	Середнє значення		U-критерій Манна-Вітні	Рівень значущості, р
	Низький рівень	Високий рівень		
Емоційна депривація	11,2	8,8	255.5	0.255
Покинутість/нестабільність	15,36	11,96	<b>207</b>	<b>0.04*</b>
Недовіра/насильство	13,92	11,32	247.5	0.206
Соціальна недовіра/відчуження	12,36	9,48	244	0.181
Дефективність/сором	11,36	6,88	<b>168.5</b>	<b>0.004*</b>
Неуспішність/пререченість на невдачу	15,56	10,36	<b>167</b>	<b>0.005*</b>
Залежність/некомпетентність	11,24	8,2	<b>183</b>	<b>0.011*</b>
Вразливість	14,16	11,64	225.5	0.09
Злиття з іншими/ нерозвинене я	12,6	9,4	<b>210</b>	<b>0.046*</b>
Покірність/ підкорення	13,68	10,04	<b>210</b>	<b>0.046*</b>
Самопожертва	14,96	17,2	235.5	0.134
Придушення емоцій	13,04	12,64	296.5	0.755
Жорсткі стандарти/Високі вимоги до себе	16,96	19,32	240	0.159
Привелейованість/грандіозність	13,32	12,8	283.5	0.571
Брак самоконтролю/Самодисципліни	15,52	13	240	0.158
Пошук схвалення	20,36	19,4	270	0.409
Негативізм/песимізм	17,64	15,8	270.5	0.414
Пунітивність/ каральність	14,4	12,6	254	0.255

Примітка: \* $p < 0.05$

За даними таблиці 2.1 можна побачити, що у досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності в середньому найбільше виражена схема «пошук схвалення». Люди зі

схемою "пошуку схвалення" воліють отримувати схвалення та признання від інших людей замість розвитку стійкого і адекватного почуття ідентичності.

Також доволі вираженими є брак самоконтролю/самодисципліни - 15,52, покинутість/нестабільність - 15,36, неуспішність/пререченість на невдачу - 15,56, негативізм/песимізм - 17,64 та жорсткі стандарти/високі вимоги до себе - 16,96

Схема "негативізму/песимізму" - це нав'язлива зосередженість на негативних аспектах життя, таких як біль, смерть, втрати, розчарування, конфлікти, почуття провини, обурення, невирішені проблеми, можливі помилки, зрада та інші. Люди з цією схемою часто очікують негативних наслідків у широкому спектрі ситуацій і можуть досить сильно перебільшувати ймовірність поганих результатів. Вони також можуть дуже боятися робити помилки, оскільки переконані, що це може призвести до фінансового краху, втрат чи приниження. Це часто супроводжується хронічним занепокоєнням, надмірною пильністю та постійними скаргами на життя.

Схема "жорстких стандартів/прискіпливості" полягає в переконанні, що необхідно дотримуватися дуже високих стандартів, щоб уникнути несхвалення або сорому. Це може призводити до постійного тиску та надмірної критики, яка орієнтується як на саму себе, так і на інших людей. Основні прояви цієї схеми - перфекціонізм, жорсткі правила та сильне занепокоєння щодо ефективності та виконання завдань.

Схема неуспішності полягає в переконанні, що людина неминуче зазнає невдач у своєму житті і не досягне успіху порівняно з іншими. Це може супроводжуватися відчуттями дурості, невмілості або невдачливості.

Схема Покинутості/Нестабільності включає у себе відчуття нестабільності у відносинах зі значущими іншими. Люди з цією схемою можуть відчувати, що вони не будуть мати постійної підтримки від важливих для них людей, оскільки вони вважають їх емоційно непередбачуваними або можливо втратять через епізодичність з'яви в їхньому житті. Жінки, які мають схему "Недостатності самоконтролю", часто або не здатні, або не прагнуть проявляти самоконтроль і витривалість до фрустрацій задля досягнення своїх особистих цілей. Вони не вміють регулювати свої емоційні реакції та

імпульси. У випадках, коли ця схема проявляється у м'якшій формі, особа намагається уникати будь-якого дискомфорту, наприклад, конфліктів чи відповідальності.

Натомість, схеми «Емоційна депривація» та «Залежність/Некомпетентність» менш виражені серед осіб з низьким рівнем резильєнтності. Це означає, що ці люди можуть не почувати себе безнадійно позбавленими емоційного зв'язку або некомпетентними у виконанні повсякденних обов'язків.

Схема «Емоційна депривація» передбачає відсутність адекватного задоволення потреби в емоційному зв'язку. Особи з цією схемою можуть відчувати недостатність турботи, співчуття та захисту, але це не завжди відображається у їхніх особистих переживаннях.

У контексті схеми «залежність/некомпетентність», індивіди з низькою резилієнтністю не завжди відчують постійну потребу в допомозі для виконання щоденних завдань. Вони можуть демонструвати певний рівень самостійності та компетентності в окремих ситуаціях, що не обов'язково свідчить про їхню залежність чи некомпетентність. Таким чином, такі особи можуть бути менш схильними до пасивності та безпорадності, які часто супроводжують дані схеми. Їхня неспроможність виконувати повсякденні обов'язки може бути менш вираженою.

Для порівняння було взято групу досліджуваних з високим резильєнтності і за результатами наданими в діаграмі (Рис. 2.1) можна побачити, що у цієї групи також найбільше виражені схеми жорсткі стандарти/високі вимоги до себе - 19,32, пошук схвалення - 19,4, негативізм/песимізм - 15,8, покинутість/нестабільність - 11,96. Це може свідчити про те, що у цих групах спостерігаються схожі психологічні реакції на травматичний досвід, незважаючи на рівень резильєнтності. Тобто, в цьому контексті можна припустити, що ці схеми виражені більше через вплив соціокультурних факторів або інших чинників, а не лише через рівень резильєнтності. Таким чином, роль рівня резильєнтності у формуванні цих схем може бути менш визначальною.

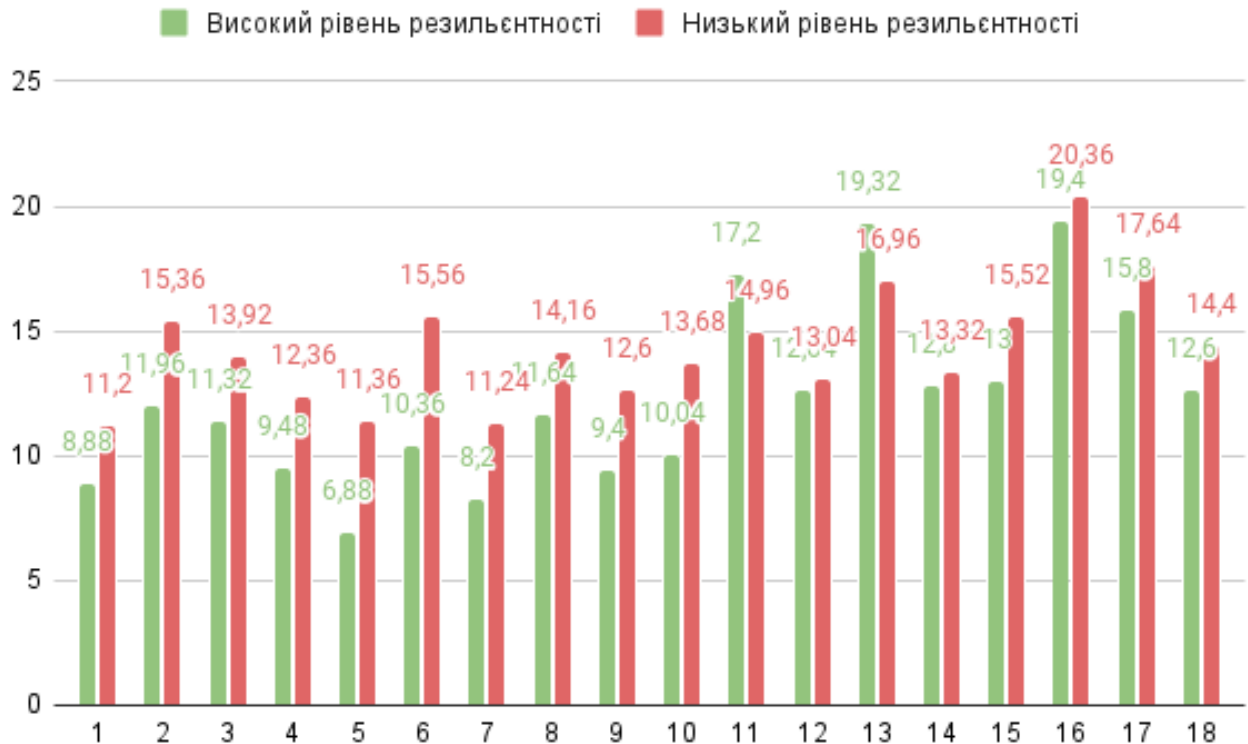


Рис. 2.1 - Порівняння результатів статистичного аналізу у досліджуваних обох груп

Але, що цікаво, у даної групи досліджуваних також виражена схема «Самопожертви», що говорить про те, що люди з високим рівнем резильєнтності добровільно задовольняють потреби інших людей на шкоду задоволенню власних потреб. Вони можуть робити це для того, щоб уникнути почуття провини, зменшити страждання інших або зберегти емоційний зв'язок із тими, хто потребує підтримки. Часто така поведінка обумовлена підвищеною чутливістю до болю та труднощів інших людей. При цьому вони можуть відчувати, що їхні власні потреби залишаються незадоволеними, що веде до виникнення внутрішнього конфлікту та образ. Концепція «Самопожертви» має багато спільного з явищем співзалежності, коли індивід відчуває відповідальність за проблеми інших і намагається їх вирішити навіть за рахунок власного благополуччя та здоров'я.

А найменше виражена схема «дефективність/сором». Тобто, люди з високим рівнем резильєнтності мають меншу схильність відчувати себе поганими,

неповноцінними, або гіршими за інших, і мають меншу потребу залишати свої дефекти прихованими. Вони можуть бути менш схильні до переживання сорому через сприйняті недоліки. Це може вказувати на те, що у цієї групи досліджуваних можливо більша самооцінка та більша готовність приймати себе такими, які вони є, незважаючи на можливі дефекти чи недоліки. Це може впливати на їхню загальну психологічну стійкість та здатність адаптуватися до стресових ситуацій.

Та, щоб визначити суттєвість у відмінностях результатів, було зроблено математико-статистичний аналіз за U-критерієм Манна-Вітні. Який показав значущість за шкалами 2,5,6,7,9 та 10, тобто за схемами Покинутість/нестабільність, Дефективність/сором, Неуспішність/пререченість на невдачу, Залежність/некомпетентність, Злиття з іншими/нерозвинене я та Покірність/підкорення. Що говорить про те, що у досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності значно більше проявляються/виражені дані схеми ніж у досліджуваних з високим рівнем резильєнтності. Це, в свою чергу, може свідчити про зв'язок рівня резильєнтності та інтенсивності прояву таких схем. Дані про значущість надані нижче у таблиці 2.2.

### 2.3 Дослідження особливостей структури інфантильного травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності

Таблиця 2.2

Результати аналізу за U-критерієм Манна-Вітні інфантильного травматичного досвіду за методикою «5 травм»

	Низький рівень резильєнтності	Високий рівень резильєнтності	U-критерій Манна-Вітні	Рівень значущості, р
	Середнє значення			
Травма відкинутого	4,84	4,6	288,5	0,636
Травма покинутого	4,4	3,6	238,5	0,147

Травма приниженого	4,8	4,76	308,5	0,937
Травма зради	3,6	3,68	299,5	0,798
Травма несправедливості	3,4	3,24	303,5	0,858

Примітка: \* $p < 0.05$

Опираючись на дані, показані в таблиці 2.2 можна побачити, що за всіма шкалами отримані середні бали, тобто дані травми не є сильно виражені в обох груп. Але в обох груп з цих середніх значень найбільш вираженими є травма відкинутого та травма приниженого.

Відчуття відкидання є глибокою травмою, коли індивід сприймає себе як неприйнятого, що фактично ставить під сумнів його право на існування. Це відчуття може виникати на ранніх етапах життя, навіть до народження, як у випадку з небажаною дитиною. Якщо така дитина не здатна впоратися з цим почуттям і зберегти себе у стабільному стані, вона може відчувати себе відкинутою. Навіть якщо батьки не мали наміру відкидати дитину, вона все одно може відчувати відкидання через дрібні ситуації, наприклад, критику або вираження гніву, що може ще більше посилити її відчуття відкинутості, хоча це не завжди відповідає реальності. При відчутті неприйняття, людина може формувати "маску втікача" – спробу стати непомітним, зникнути. Це може проявлятися фізично, коли людина намагається зайняти мінімум простору.

Людина з відчуттям відкидання часто має низьку самооцінку, почуття невпевненості і прагнення до досконалості. Вона схильна до самокритики, боїться висловлювати свою думку і побоюється відкидання. У моменти стресу це може призвести до втрати пам'яті. Особистість, яка відчуває себе втікачем, намагається зберегти дистанцію з іншими людьми через страх бути відкинутою.

Травма приниження є специфічним видом психологічного страждання, тісно пов'язаним з фізичними аспектами та близькими стосунками. Вона зазвичай виникає у

період від одного до трьох років, коли дитина вчиться самостійно здійснювати функції самообслуговування, такі як харчування, використання туалету, дотримання гігієни, спілкування з дорослими. Травма приниження може виникнути, коли дитина відчуває себе винною або неприйнятною на фізичному рівні через власні дії, наприклад, забруднення або неприємний запах, особливо якщо це помічають батьки або інші дорослі. Ця травма посилюється, коли дитина відчуває сором або відразу з боку батьків.

Травма приниження найчастіше асоціюється з матір'ю, але може також виникати, коли батько виконує її функції, контролюючи чистоту та гігієну дитини. У дітей, що пережили травму приниження, може розвинутися "маска мазохізму", коли вони шукають страждань та принижень, часто несвідомо. Вони можуть створювати ситуації, що завдають їм неприємностей або карають себе ще до того, як це зроблять інші. А найменше у досліджуваних обох груп виражена травма несправедливості.

Для підтвердження не суттєвості результатів було проведено математико-статистичний аналіз за U-критерієм Манна-Вітні. Який не показав значущості відмінностей результатів за жодною шкалою. Дані про значущість надані у таблиці 2.2.

#### 2.4 Дослідження особливості структури актуального травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності

Травматичні події є невід'ємною частиною життя більшості людей, особливо українців, через воєнний стан в країні, і можуть мати значний вплив на їхнє психічне здоров'я та благополуччя. Однак не всі індивіди реагують на стресори однаково. Рівень резильєнтності, тобто здатність справлятися зі стресом та адаптуватися до негативних життєвих обставин, може визначати, як людина переживе травматичний досвід.

Середні значення Місісіпської шкали (громадянський варіант) вказані в статті *Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity* [19]:

- 1) Пожежники -  $73,79 \pm 13,05$ ;
- 2) Рятувальники -  $70,85 \pm 11,74$ ;
- 3) Біженці («норма») -  $79,70 \pm 18,19$ ;

- 4) Біженці ПТСР - 105,14±14,90;  
 5) Ліквідатори, «норма» - 90,15±19,18;  
 6) Ліквідатори ПТСР - 99,44±17,06

Таблиця 2.3

Результати аналізу за U-критерієм Манна-Вітні за методикою «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу»

	Високий рівень резильєнтності	Низький рівень резильєнтності
Середнє значення	82,76	97,32
U-критерій Манна-Вітні	178	Mann-Whitney U
Рівень значущості, p	0,009*	Asymp. Sig. (2-tailed)

Примітка: \*p < 0.05

Тож виходячи з цих даних і результатів наданих в таблиці 2.3 можна сказати, що показники обох груп ближче відповідають нормі тож є не висока вірогідність ПТСР та впливу актуальної травми на досліджуваних.

Але, незважаючи на це, за результатами математико-статистичного аналізу за U-критерієм Манна-Вітні було визначено наявність значущих відмінностей (Дані про значущість надані вище у таблиці 2.3). Що може свідчити про те, що хоча є не висока вірогідність ПТСР і не сильний вплив актуальної травми, проте у досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності все ж більша вірогідність ПТСР та більш інтенсивний вплив актуальної травми.

Такі результати можуть бути пояснені складною взаємодією рівня резильєнтності із здатністю впоратися зі стресом та травматичними подіями. Жінки з низьким рівнем резильєнтності можуть виявляти більшу схильність до негативних реакцій на стрес, навіть якщо в них розвивається ПТСР. Це може відображати їхню меншу здатність до

ефективного вирішення проблем і стресу, що в свою чергу може призводити до більшого впливу актуальної травми.

Отже, хоча висока інтенсивність ПТСР не спостерігалася у досліджуваних, виявлені відмінності свідчать про те, що низький рівень резильєнтності може бути пов'язаний з більшою вразливістю до травматичних подій та негативними наслідками для психічного стану.

## 2.5 Аналіз ранніх спогадів

Ранні спогади можуть слугувати джерелом інформації про фундаментальні емоційні переживання, які впливають на подальший розвиток особистості. Особливо це стосується жінок з низьким рівнем резильєнтності, у яких травматичні події дитинства можуть залишати більш виразний слід у психіці. Тож використовуючи метод «Аналіз ранніх спогадів» були виявлені особливості ранніх спогадів досліджуваних. Було порівняно частоти зустрічальності даних особливостей між групами за допомогою  $\chi^2$ -критерію кутового перетворення Фішера. Результати представлено в таблиці 2.4

За даними наведеними в таблиці 2.4 можна побачити, що у досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності частіше присутня у спогадах фігура батька, хоча різниця у показниках частоти згадувань батька і матері не є дуже великою (Батько – 48%, мати – 44%). Не зважаючи на те, що в деяких досліджуваних, у спогадах де був присутній батько були описані не дуже гарні відносини, в цілому у більшості це теплі, приємні, підтримуючі взаємодії. Аналогічна ситуація і з взаємодією з матір'ю. Що може свідчити про сильний вплив батьків на емоційний та психологічний стан, навіть якщо відносини були не завжди позитивними. Ці взаємодії, незалежно від їхнього характеру, могли формувати їхні стратегії подолання стресу.

Приклад спогаду досліджуваній з групи з низьким рівнем резильєнтності:

«Мама мене забрала раніше з дитсадка (тоді був тихий час, і я дуже зрадила, що мама прийшла неочікувано, і ми пішли додому. Тато мене підтримував (був поруч), коли мені зашивали рану від укусу собаки. Випадок, коли мене вкусила собака...»

Таблиця 2.4

Результати аналізу за допомогою критерію кутового перетворення Фішера за методикою «Аналіз ранніх спогадів»

Показники	Група 1 (високий рівень резильєнтності)	Група 2 (низький рівень резильєнтності)	Відмінності груп (критерій Фішера), $\phi$	Рівень значущості, $p$
Люди, присутні у спогадах				
Мати	52	44	0.567	0.2854
Батько	32	48	1.161	0.1229
Сіблінги (брати,сестри)	24	24	0.0	0.5
Інші родичі	36	28	0.607	0.2718
Люди, що не є сім'єю	16	36	1.64	0.0505
Емоції				
Позитивні	56	44	0.851	0.1975
Негативні	36	44	0.578	0.2816
Нейтральні	20	32	0.973	0.1653
Тип події				
небезпека , нещасний випадок , тілесні покарання і т.п.	28	28	0.0	0.5
хвороби і смерть	16	16	0.0	0.5
нові життєві ситуації	32	16	1.342	0.0898
<b>Провини, крадіжки, сексуальні експерименти і т. П.</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>2.91</b>	<b>0.0018*</b>

Примітка: \* $p < 0.05$

На відміну від досліджуваних з високим рівнем резильєнтності, де частіше у спогадах була присутня фігура матері (52%).

Найменше у групи 2 зустрічалися спогади з іншими родичами (бабусями, дідусями, тітками тощо), на відміну від групи 1 де показних «інші родичі» був другим по величині після «Матері». Досліджувані частіше описували спогади де присутні інші родичі, зокрема, важливу роль в їх спогадах відігравала бабуся, спілкування з якою у

маєже у всіх випадках характеризувалося як приємне. Це може свідчити про більш ширшу мережу підтримки у досліджуваних з високим рівнем резильєнтності. Тобто, це могло забезпечити додаткові джерела емоційної підтримки.

Цікаво зауважити, що аналогічна відмінність є і за показником «люди, що не є сім'єю». У досліджуваних з високим рівнем резильєнтності це найрідший/найменший показник, в той час як у досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності даний показник третій по величині. Для цієї групи у спогадах характерні згадування друзів, або дітей з дитячого садочку. Висока частота згадок про друзів або інших людей поза родиною у цієї групи резильєнтності може вказувати на пошук підтримки поза сімейним колом.

Щодо емоційного забарвлення спогадів, то у досліджуваних з високим рівнем резильєнтності більше переважають позитивні емоції/відчуття, в той час як у досліджуваних з низьким рівнем з однаковою частотою виражались як негативні так і позитивні емоції в спогадах. Але варто зауважити, що у другій групі частіше зустрічались «нейтральні» спогади/спогади в яких відсутній емоційний фон.

Також у досліджуваних з високим рівнем з усіх типів подій частіше зустрічались нові життєві ситуації. Зокрема народження сестри, або брата, перший дзвоник, перші спроби оволодіти навиком катання на велосипеді тощо. А також дана група часто згадувала подарунки. В той час, як у досліджуваних з низьким рівнем частіше присутні події пов'язані з небезпекою, нещасними випадками, травмами тощо.

Для підтвердження значущості результатів було проведено математико-статистичний аналіз за методом кутового перетворення Фішера (Дані надані в таблиці 2.4). Але не зважаючи на наявність відмінностей у результатах, значущість було виявлено лише у показнику за типом події «провини, крадіжки, сексуальні експерименти тощо».

Висновки до розділу 2:

1. Удослідженні взяло участь 50 осіб віком від 18 до 31 року, які були розподілені на дві групи, відповідно до їх рівня резильєнтності, який було визначено за методикою «Шкала резильєнтності Коннора- Девідсона-10». Для досягнення поставлених задач були обрані такі методики: для виявлення особливостей прояву ранніх дисфункційних схем –

«Опитувальник ранніх дисфункційних схем Дж. Янга (YSQ-S3)», для дослідження інфантильного травматичного досвіду - тест «П'ять травм» (Бурбо Л.), дослідження актуального травмування – «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу(цивільний варіант)», для дослідження осоловостей ранніх спогадів – «Аналіз ранніх спогадів»

2. За методикою «Опитувальник ранніх дисфункційних схем Дж. Янга (YSQ-S3)» було виявлено значущі відмінності за шкалами: 2,5,6,7,9 та 10, тобто за схемами: покинутість/нестабільність, дефективність/сором, неуспішність/пререченість на невдачу, залежність/некомпетентність, злиття з іншими/нерозвинене я та покірність/підкорення. Що говорить про те, що у досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності значно більше проявляються/виражені дані схеми ніж у досліджуваних з високим рівнем резильєнтності. Це, в свою чергу, може свідчити про зв'язок рівня резильєнтності та інтенсивності прояву таких схем.

Але в обох груп найбільше виражені схеми жорсткі стандарти/високі вимоги до себе, пошук схвалення, негативізм/песимізм, покинутість/нестабільність. Це може свідчити про те, що у цих групах спостерігаються схожі психологічні реакції на травматичний досвід, незважаючи на рівень резильєнтності.

3. За результатами дослідження жінок з низьким та високим рівнями резильєнтності за методикою «5 травм» не було виявлені значущі відмінності за жодною шкалою. Але в обох груп з середніх значень найбільш вираженими є травма відкинутого та травма приниженого.

4. За результатами дослідження жінок з низьким та високим рівнями резильєнтності за методикою «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу» незважаючи на те, що результати досліджуваних обох груп близькі до норми, було визначено наявність значущих відмінностей. Що може свідчити про те, що хоча є не висока вірогідність ПТСР і не сильний вплив актуальної травми, проте у досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності все ж більша вірогідність розвитку ПТСР та більш інтенсивний вплив на них актуальної травми.

5. Визначено, що для досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності частіше характерна присутність батька та людей, що не сім'єю у ранніх спогадах. У цієї групи досліджуваних не преважають позитивні чи негативні емоції, але найбільш часто згадується такий тип подій, як небезпека , нещасний випадок , тілесні покарання тощо. А для досліджуваних з високим рівнем резильєнтності частіше характерна присутність матері та інших родичів, зокрема бабусі. Переважають позитивні емоції та найчастіше переважає тип події «нові життєві ситуації». Не зважаючи на наявні відмінності, значущість було виявлено лише за показником «провини, крадіжки, сексуальні експерименти і т. п.», який відсутній у спогадах досліджуваних з високим рівнем резильєнтності, а присутній у спогадах досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності і його частота відповідає частоті прояву таких показників як «хвороби і смерть» та «нові життєві ситуації»

## ВИСНОВКИ

1. В науковій літературі існують різні погляди на визначення поняття психологічної травми. Сучасні дослідники розглядають психологічну травму як подію, яка стосується міжособистісних взаємодій або впливу середовища і спричиняє глибокі емоційні переживання, що перешкоджають особистості адекватно реагувати та можуть призводити до стійких патологічних змін у психічному житті. Наразі не існує загальноприйнятої класифікації психічних травм, але часто виділяють інфантильну, актуальну та вторинну травми. Структуру травматичного досвіду можна розглянути через різні теорії і концепції, такі як психодинамічна, теорія посттравматичного зростання та теорія комплексної травми. А резильєнтність здебільшого розглядається як здатність особистості подолати складні життєві обставини, відновлювати нормальне життя в умовах високого ризику та напруженості, здатність до підтримки стійкої рівноваги. Деякі дослідники виділяють такі напрямки у вивченні резильєнтності: психологічний, соціальний, нейробіологічний та когнітивний. Резильєнтність відіграє важливу роль у процесі адаптації до стресу. Вивчення психосоціальних факторів показує, що такі чинники, як оптимізм, позитивні емоції, когнітивна переоцінка та активна стратегія протистояння стресу, допомагають ефективно пристосовуватися до негативних життєвих обставин та подолати стрес.
2. Виявлено, що у досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності більш інтенсивно виражені такі ранні дезадаптивні схеми як покинутість, дефективність/сором, неуспішність/пререченість на невдачу, залежність, злиття з іншими/нерозвинене я та покірність ніж у досліджуваних з високим рівнем. Хоча в обох груп найбільше виражені схеми жорсткі стандарти/високі вимоги до себе, пошук схвалення, негативізм/песимізм, покинутість. Це може свідчити про те, що у цих групах спостерігаються схожі психологічні реакції на травматичний досвід, незважаючи на рівень резильєнтності. Тобто, в цьому контексті можна припустити, що ці схеми виражені більше через вплив соціокультурних факторів або інших чинників,

а не лише через рівень резильєнтності. Таким чином, роль рівня резильєнтності у формуванні цих саме цих схем може бути менш визначальною.

3. Особливості прояву інфантильного травматичного досвіду не були виявлені, адже за жодною травмою з методики «5 травм» не було виражено відмінностей в результатах досліджуваних з низьким та високим рівнем резильєнтності. Але було виявлено, що в обох груп більш виражені травми відкинутого та приниженого.
4. Виявлено, що, незважаючи на те, що результати досліджуваних жінок обох груп відповідають нормі, було визначено наявність значущих відмінностей. Що може свідчити про те, що хоча є не висока вірогідність ПТСР і немає сильного впливу актуальної травми, але у досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності все ж більша вірогідність розвитку ПТСР та більш інтенсивний вплив на них актуальної травми. Ці результати можна пояснити взаємодією між рівнем резильєнтності та здатністю впоратися зі стресом та травматичними подіями. Жінки зі слабким рівнем резильєнтності можуть проявляти більшу схильність до негативних реакцій на стрес. Це може відображати їхню меншу здатність ефективно вирішувати проблеми та справлятися зі стресом, що, в свою чергу, може призводити до більш вираженого впливу актуальної травми. Отже, хоча висока інтенсивність ПТСР не була виявлена у досліджуваних, виявлені відмінності свідчать про те, що низький рівень резильєнтності може бути пов'язаний з більшою вразливістю до травматичних подій та негативними наслідками для психічного стану.
5. Було визначено, що у жінок з низьким рівнем резильєнтності у спогадах частіше є присутність батька (48%) та людей, що не є пов'язаними з сім'єю, а у жінок з високим рівнем резильєнтності у спогадах більш характерна присутність матері (52%). У жінок з низьким рівнем з однаковою частотою наявні позитивні та негативні емоції у спогадах та найбільш часто згадується такий тип подій, як «небезпека, нещасний випадок, тілесні покарання тощо», на відміну від жінок з високим рівнем, у яких частіше наявні позитивні емоції та найчастіше згадується

тип події «нові життєві ситуації». Але значущість відмінностей у результатах було виявлено лише за показником «провини, крадіжки, сексуальні експерименти тощо», який відсутній у спогадах досліджуваних з високим рівнем резильєнтності, а присутній у спогадах досліджуваних з низьким рівнем.

Перспективами подальших досліджень можуть бути зосередження на вивченні процесів відновлення після травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності. Що, ймовірно дозволить краще зрозуміти, які фактори сприяють або перешкоджають успішній адаптації після стресових ситуацій. Також подальші дослідження можуть спрямовуватися на розробку ефективних стратегій підтримки для жінок з низьким рівнем резильєнтності, які допомагатимуть їм ефективно впоратися з травматичним досвідом та покращити їхнє психологічне благополуччя.

## ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Gershuny B. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress A review and integration. *Clinical Psychology Review*. 1999. Vol. 19, no. 5. P. 631–657. URL: [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00103-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00103-2)
2. Копієвська О. Р. Проблематизація травми у європейському науковому дискурсі кінця XIX – початку XX ст.: культурно-історичний контекст. Вісник Національної академії керівних кадрів культури і мистецтв : наук. журнал. 2023. № 1. С. 3–8. URL: <https://journals.uran.ua/visnyknakkkim/article/view/277619>
3. Харченко А. О. Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією : thesis. 2019. URL: <http://dspace.univer.kharkov.ua/handle/123456789/15345>
4. Христюк О. Л. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ: ВІД ІСТОРИЇ ДО СУЧАСНОСТІ. НАУКОВИЙ ВІСНИК 2017 Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна). 2023. 4 квіт. С. 183–191. URL: <http://journals.lvduvs.lviv.ua/index.php/psychology/article/view/131>
5. APA Dictionary of Psychology. *APA Dictionary of Psychology*. URL: <https://dictionary.apa.org/trauma>
6. Войтова Ю.В Психологічні особливості партнерських стосунків у жінок молодого віку з різним типом інфантильних травм. 2022. С 14 -30
7. American Psychological Association. (2015). Guidelines on Trauma Competencies for Education and Training. URL: <http://www.apa.org/ed/resources/trauma-competencies-training.pdf>
8. Secondary trauma self-efficacy: Concept and its measurement. R. Cieslak et al. *Psychological Assessment*. 2013. Vol. 25, no. 3. P. 917–928. URL: <https://doi.org/10.1037/a0032687>

9. Плетка О.Т. ВТОРИННА ТРАВМАТИЗАЦІЯ: КЛАСИФІКАЦІЯ МЕДІАТРАВМ. Медіаторчість в сучасних реаліях: протистояння медіатравмі. Materials All-Ukrainian scientific-practical conf., June 20-21, 2017. URL: <http://mediaosvita.org.ua/book/pletka-o-t-vtorynna-travmatyzatsiya-klasyfikatsiya-mediatravm/>
10. Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, no. 1. P. 20–28. URL: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>
11. Council of Europe. Посібник «Молодіжна робота, інформована про травму» тепер доступний англійською мовою - Офіс Ради Європи в Україні - [www.coe.int](http://www.coe.int). *Офіс Ради Європи в Україні*. URL: <https://www.coe.int/uk/web/kyiv/-/Посібник-«Молодіжна-робота-інформована-про-тра>
12. Міщенко, М. (2023). PSYCHOLOGICAL STABILITY (RESILIENCE) IN THE CONDITIONS OF WAR. *Modern Engineering and Innovative Technologies*, 2(28-02), 7–10. <https://doi.org/10.30890/2567-5273.2023-28-02-002>
13. Шмицька А. О. Психологічні особливості розвитку резильєнтності дітей, які пережили війну. 2023. С 7 – 15
14. Walker A. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror. *American Journal of Psychotherapy*. 2015. Vol. 69, no. 4. P. 455–456. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.4.455>
15. Posttraumatic Growth: Theory, Research, and Applications. L. G. Calhoun et al. Taylor & Francis Group, 2018. 264 p.
16. Walker P. Complex PTSD: From surviving to thriving : a guide and map for recovering from childhood trauma. 2013. 340 p.
17. Understanding resilience / G. Wu et al. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2013. Vol.7. URL: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013>.
18. Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Trauma-informed care in behavioral health services. 57th ed. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services,

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, 2014. 319 p. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/>
19. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56, no. 1. P. 85–90. URL: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.56.1.85>
20. Бордун Н. З. Особливості дисфункційних схем серед управлінців з різним рівнем нетолерантності до невизначеності : Магістерська робота : 053. Львів, 2020. 83 с. URL: [https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/2751/Bordun\\_mag.pdf?sequence=1&amp;p:isAllowed=y](https://er.ucu.edu.ua/bitstream/handle/1/2751/Bordun_mag.pdf?sequence=1&amp;p:isAllowed=y).
21. Доценко О. Ю. Особливості сімейної соціалізації жінок із симптомокомплексом «емоційного холоду» : дис. ... канд. психол. наук : 053. Харків, 2016. 192 с. URL: [https://psychology.karazin.ua/16\\_17\\_doki/Dotsenko/Dotsenko\\_diss.pdf](https://psychology.karazin.ua/16_17_doki/Dotsenko/Dotsenko_diss.pdf).

## АНОТАЦІЯ

Разводова Є. Кваліфікаційна робота. - Психологічні особливості структури травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних особливостей структури травматичного досвіду у жінок з низьким рівнем резильєнтності. Було виявлено, що у жінок з низьким рівнем резильєнтності більше виражені ранні дезадаптивні схеми покинутість, дефективність/сором, неуспішність/пререченість на невдачу, залежність, злиття з іншими/нерозвинене я та покірність ніж у жінок з високим рівнем резильєнтності. У досліджуваних з низьким рівнем резильєнтності є більша вірогідність розвитку ПТСР та більш інтенсивний вплив на них актуальної травми. Було виявлено відсутність різниці в особливостях виявлення інфантильних травм у жінок з низьким та високим рівнями резильєнтності.

Ключові слова: травматичний досвід, рівень резильєнтності, інфантильна травма, акутальна травма.

## ABSTRACT

Razvodova Y. Qualification work. - Psychological features of the structure of traumatic experience in women with a low level of resilience.

Qualification work devoted to the study of psychological features of the structure of traumatic experience in women with a low level of resilience. Low-resilient women were found to have higher early maladaptive schemas of abandonment, inferiority/shame, failure/failure, dependence, fusion with other/undeveloped self, and submissiveness than high-resilient women. Subjects with a low level of resistance are more likely to develop PTSD and have a more intense impact on them from the current trauma. Differences in the detection of infantile trauma in women with a low and high level of resilience were shown.

Key words: traumatic experience, level of resilience, infantile trauma, acute trauma.