

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 емоційного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану»

Студентки 2 курсу магістратури групи ЗПС-61
Другого (магістерського) рівня вищої освіти
Освітньо-професійної програми «Психологія»
За спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ

Панаріної Діани Едуардівни

Керівник: к.псих.н., доц. закладу вищої освіти
кафедри психологічного консультування і психотерапії
Харченко Андрій Олександрович

Чотирьохрівнева шкала оцінювання: _____

Кількість балів _____

Члени комісії _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

м. Харків – 2024 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЇ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ	6
1.1.Генезис та розвиток поняття психологічної травми	6
1.2.Класифікація травматичних подій	10
1.3.Поняття травматичного емоційного досвіду, види та основні концепції	12
1.4.Результати емпіричних досліджень структури травматичного емоційного досвіду особистості	21
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	29
2.1. Характеристика вибірки дослідження	29
2.2. Опис методик дослідження	31
2.3. Організація дослідження	37
Висновки до розділу 2	38
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ З ПРИФРОНТОВИХ ОБЛАСТЕЙ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	39
3.1.Особливості прояву інфантильного травматичного емоційного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану	39
3.2.Особливості прояву актуального травматичного досвіду і структурних особливостей емоційної сфери у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану	44
3.3.Особливості прояву посттравматичних стресових реакцій у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану	45
3.4. Особливості факторного зв'язку актуального травматичного досвіду та	47

інфантильного травматичного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану	
Висновки до розділу 3	53
ВИСНОВКИ	57
Список використаних джерел	64
Анотація	66
ДОДАТКИ	68

ВСТУП

Актуальність роботи. За різними даними жінки середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану зіштовхуються з серйозними ризиками травмованості власного емоційного досвіду. Жінки змушені визначати для себе нові поведінкові моделі на випадок зіткнення з обставинами бомбардувань, смертей, охопленістю страхом [1]. Жінки, що пережили стресові події, пов'язані з війною, можуть мати попередні травми або психічні проблеми, що ускладнюють їх реакцію на нові стресові події. Воєнна травма може поглиблювати психологічні проблеми, спричиняючи більш серйозні розлади, такі як ПТСР, депресія, анксйозність та інші. Згідно результатам п'ятої хвилі дослідження досвіду переживання війни українським суспільством в 2023 році незалежного аналітичного центру Cedos, підтриманого в рамках проекту Documenting Ukraine від Інституту гуманітарних досліджень Відня, в котрому 69% респондентів були жінки (середнім віком 42 роки), відзначено, що найбільш поширеними станами були розгубленість, невизначеність, безпорадність, відчуття хронічного стресу і втоми, загострення хронічних хвороб і порушень сну, власного безсилля, втрати контролю, непередбачуваності подій і неможливості щось планувати на майбутнє[2]. Також Philip Nyland у своїй статті зазначає, що психологічний вплив війни на жінок є особливо помітним у аспекті зростання тривоги, депресії та самотності [3]. Тому дослідження психологічних особливостей структури травматичного емоційного досвіду у жінок середнього віку є актуальним для глибшого розуміння психологічних реакцій на травматичні події під час воєнного стану.

Об'єкт дослідження: травматичний емоційний досвід .

Предмет дослідження: психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану.

Мета роботи: виявити психологічні особливості травматичного емоційного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України.

Гіпотеза дослідження: жінки середнього віку з прифронтових областей України будуть демонструвати більш високий рівень психологічних симптомів травматичного емоційного досвіду під час воєнного стану ніж жінки з віддалених областей.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз наукової літератури щодо основних концептуалізацій інфантильної та актуальної травматизації, і травматичного емоційного досвіду.

2. Виявити особливості прояву превалюючих інфантильних травм та особливості структури системи ранніх спогадів щодо інфантильного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України.

3. Виявити особливості впливу травматичних подій та структурні особливості емоційної сфери у жінок середнього віку з прифронтових областей України.

4. Виявити особливості посттравматичних стресових реакцій у жінок середнього віку з прифронтових областей України.

5. Виявити особливості факторного зв'язку актуального травматичного досвіду та інфантильного травматичного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України.

Методи дослідження:

1. Теоретичні: огляд та аналіз психологічної літератури, систематизація даних та концептуальне узагальнення.

2. Емпіричні: тест Л. Бурбо «П'ять травм», шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R IES-R), методика аналізу ранніх спогадів Rule W.R., шкала диференціальних емоцій К.Ізарда, Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних стресових реакцій (цивільний варіант).

3. Математико-статистичні методи: U-критерій Манна-Уїтні, φ -критерій кутового перетворення Фішера, факторний аналіз (методом головних компонент, обертання Varimax).

Характеристика вибірки: вибірка складає 2 групи по 25 осіб жіночої статі, віком від 35 до 55 років, розподілені за географічним принципом – з прифронтових областей України та з віддалених.

Практична значущість. Результати дослідження можуть використовуватися для оптимізації програм психологічної підтримки, акцентуючи увагу на комплексність психологічної допомоги щодо актуального травматичного емоційного досвіду і вже існуючої психотравмованості, що поглиблює травматичні реакції на стресові події.

Також отримані результати можуть бути частково включені до досліджень з аналізу і порівняння поведінки жінок під час воєнного стану, стратегій життя/виживання, факторів стійкості та резильєнтності, особистісних рис, копінгових стратегій, екзистенційних питань.

Розділ 1.

ПСИХОЛОГІЧНІ КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЇ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ

1.1. Генезис та розвиток поняття психологічної травми

Поняття «травма» з'явилося в психології з медицини, і має значення тілесних ран у різноманітних їх проявах. Тому при розгляді переживання людиною фізичної травми зазвичай користуються формулюванням травми як насильницької травматичної події, яка завдає пошкодження організму та його фізичним підсистемам, а також структурі захисних систем організму з ціллю виживання та адаптації. Потім вже з кінця XIX століття поняття медичної травми співвідноситься з новими видами травм, що виникали внаслідок індустріалізації, прискорення темпу життя та нещасних випадків (аварії на заводах, транспорті, пожежі). Працюючи з жертвами тих подій, німецький психіатр Еміль Крепелін вводить поняття «невроз страху» як окремий стан, який вміщує в собі множинні неврологічні та фізичні феномени, які виникають внаслідок емоційних потрясінь, переростають у тривожність, і згодом стають хронічними, посилюючи розлади. Ці індустріальні травми відображали соціальну стурбованість стресами і емоційним напруженням, що підштовхнуло фахівців до переходу до поняття психологічної травми [5].

Перші систематичні дослідження психологічної травми в цей період пов'язані з роботами французького невролога Жана-Мартена Шарко, який є засновником вчення про психогенну природу істерії. Ж.-М. Шарко відмічав, що симптоми істерії, які були схожі на неврологічні порушення, мають психологічний генезис, у зв'язку з тим, що можуть бути нав'язні штучно та зняті за допомогою гіпнозу[5]. Далі під впливом робіт Ж.-М. Шарко Зігмунд Фрейд та Йозеф Брейер висувають ідею, що істерія є наслідком психологічної травми. У своїй книзі «Дослідження істерії» З.Фрейд визначає психологічну травму як емоційно болісний або стресовий досвід, який перевищує здатність індивіда до

адаптації і витісняється у підсвідомість, де продовжує викликати симптоми через розрив між афектом і спогадом [6]. А невроз є наслідком травматичного переживання. Було встановлено, що сильні емоційні реакції на травматичні події в житті жінки (істерія характеризувалась як жіноча хвороба) можуть призвести до зміненого стану свідомості, що, в свою чергу, викликає істеричну симптоматику. Також в цей період були розроблені психотерапевтичні методи, що спочатку були орієнтовані на роботу з психологічною травмою істеричних жінок, а згодом і на роботу з чоловічими травматичними подіями: психологічний аналіз П'єра Жане, відреагування З.Фрейда, катарсис Й. Брейєра.

Далі з ХХ століття поняття травми, яке співвідноситься з травматичними та насильницькими подіями і відповідними наслідками для людини, обумовлювалося, головним чином, війнами ХХ століття та післявоєнними дослідженнями, які мали за мету розв'язати клінічні та моральні виклики у солдатів, що повернулися з бойових дій. Проявлення психологічних симптомів почало деталізуватися та переходити від медичних метафор травми до більш спеціалізованих і точних симптоматичних моделей, що об'єднували психологічні і фізіологічні процеси. З. Фрейд у своїх напрацюваннях після Першої світової війни відзначав, що травматичний невроз найбільш точно характеризує усі психічні явища, які спостерігались у солдат. Також З. Фрейд зазначав, що формування цього воєнного травматичного неврозу може бути не тільки у зв'язку з отриманою фізичною травмою, а й внаслідок неочікуваності травматичної події та наявності необ'єктивного страху у солдата[5].

Далі у 1970-1980 роки науковий інтерес до психологічної травми значно збільшився через два ключових фактора. По-перше, через повернення ветеранів з В'єтнамської війни з множинними психологічними проблемами. Це знову актуалізувало потребу в дослідженнях та лікуванні симптомів бойового стресу у ветеранів. По-друге, в 1970-х роках рухи за права жінок набули значного розмаху. Значно збільшилась увага до проблем сексуального насильства, домашнього насильства та інших форм гендерного насильства, що посприяло

дослідженню психологічних наслідків після цих подій. Науковці розпочали фіксувати і документувати психологічні травми, які були заподіяні в результаті сексуального насильства і зловживання неприйнятною суспільною поведінкою. На додаток до цього, загальні противоєнні настрої у суспільстві призвели у 1980 році до офіційного оформлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як окремого діагнозу Американською психіатричною асоціацією (АРА) і до розробки діагностичних критеріїв цього розладу. Це мало вирішальне значення у сучасному розумінні психологічної травми. Визнання ПТСР стимулювало дослідників вивчати вплив різних видів травматичних подій у ветеранів, жертв насильства, свідків катастроф, учасників аварій та ін. Дослідження травматичних розладів стали більш упорядкованими та систематичними. З'явилось більше розуміння масштабів проблеми.

Далі після визнання ПТСР дослідження психологічної травми набули свого розповсюдження: були розширені діагностичні критерії ПТСР, введено багато уточнень, досліджувались механізми травми з нейробиологічної та епігенетичної точок зору, розвиток когнітивно-поведінкової терапії, введення методу EMDR у 1989 році Френсін Шапіро. Це все дозволило значно покращити розуміння психологічної травми та надання більш ефективної допомоги постраждалим.

Зараз у сучасних психологічних дослідженнях зустрічаються різні варіації понять «психологічна травма» та «психічна травма»[7]. В деяких дослідженнях ці поняття набувають синонімічного змісту, в інших – розглядаються по різному, тобто семантика терміну є різноспрямованою. Ю.С. Семенова виокремлює поняття «психотравма» на медичну і психологічну тенденції[8]. Саме з точки зору медичного напрямку визначається поняття «психічна травма» - травматична подія, яка сприймається людиною як загроза існуванню, вчиняє порушення життєдіяльності, характеризується як потрясіння та переживання надзвичайного роду. Тобто психічну травму визначають сверх сильні, руйнівні переживання (безпорадність, страх, жах, тривога), які виникають у людини в наслідок події, що є за межою її досвіду та можливостей.

З психологічної точки зору Н. Ю. Максимова визначає травму як наслідок ситуації, коли людина відчула себе беззахисною перед небезпекою[9]. Фіксація психологічних травм визначається великим психофізіологічним підґрунтям: емоційна пам'ять перешкоджає формуванню продуктивних поведінкових стратегій. У випадку відсутності психологічної підтримки та допомоги у такої людини будь-яка перешкоджаюча подія накладається на так званий «осередок болю». Тому людину, яка пережила травматичну подію і отримала психологічну травму можна назвати людиною з «оголеними нервами». Також Паливода Л. І. зазначає, що з психологічної точки зору травма порушує цілісність психіки, травматична подія суб'єктивно визначається як нездоланна та незвична ситуація, що пов'язана з недостатністю психічних захистів і потім викликає глибокі емоційні реакції. Тобто в даному випадку важливим маркером є не сама травматична подія, а суб'єктивна інтерпретація, яка притаманна поняттю «психологічна травма»[7].

Харченко А. О. зазначає, що психічна травма проявляється назовні через складні травматичні переживання: емоційний біль, почуття непотрібності, важкості, втрати. Ці переживання зберігаються в пам'яті і потім використовуються психікою для опрацювання пройденого досвіду, вони впливають на формування нових життєвих стратегій, що, в свою чергу, обумовлює подальшу поведінку людини. Також травма призводить до нейропсихологічних змін: змінюється робота кори головного мозку, мовних центрів, пам'яті. Як наслідок виникають проблеми з обробкою травматичного досвіду, відбувається розщеплення загального досвіду і травматичного, пам'ять починає працювати фрагментарно, травматична подія фіксується у пам'яті разом з неадаптивними когніціями та глибокими емоційними переживаннями у вигляді образів, почуттів, відчуттів, спогадів, мязової напруженості в тілі[10].

Кочарян О.С. та Лісеная А.М. відмічають, що у особистості не має прямого доступу до травми – людина просто так не може розповісти про свою травму та переживання, частіше за все, доступ до цих переживань закрит. А коли вдається увійти в дитячу травму, то вона починає проживатися

максимально бурхливо, наче травматизація відбувається в даний момент часу, немов оживає і стає актуальним переживанням. Цей процес являє собою динамічну взаємодію різних модусів свідомості, часто приймає форму внутрішнього конфлікту і протікає на 4-х рівнях: образному (фантазії та сновидіння), емоційному, соматичному та поведінковому[11].

1.2.Класифікація травматичних подій

Заграй Л. Д. відмічає, що в незалежності від типу психологічної травми або обставин її виникнення, вона в будь-якому випадку пов'язана з подіями переживання втрати чогось: втрата (смерть) близької людини; втрата стосунків (розставання, розлучення); втрата роботи (звільнення); несподівані зміни у житті символізують втрату перспектив або втрату надії [12]. Якщо додати теперішній контекст воєнного стану в Україні, тоді актуалізується втрата здоров'я фізичного та психічного внаслідок поранень та стресу; втрата житла внаслідок його руйнування або вимушеного переселення; втрата соціальної ролі через вимушене переселення; втрата фінансової стабільності; втрата культурної ідентичності через переміщення до інших країн, що, в свою чергу, взагалі може призвести до відчуття втрати себе; втрата безпеки через тривалу загрозу життю. Тобто ці ситуації можна визначити як класифікацію травматичних подій за типами втрат.

Гоцуляк Н. Є. розглядає види травматичних подій і відповідні їм види травматизації. Прямую травматизацію викликає та критична подія, яка прямо стосується людини, ускладнює контроль над ситуацією, поняття безпеки, значення та уміння зазнають великого ризику. До опосередкованої же травматизації веде критична подія, яка має відношення до людини і призводить до травматичних наслідків, котрі залежать від характеру події або впливу передачі емоцій[13].

Дзюба Т.М. зазначає, що неможливо поділити травматичні події за ступенем тяжкості. Кожна така травматична подія – специфічна, має свої

особливості і наслідки для учасників і свідків події, тому що проживається кожною людиною індивідуально. Також головними характеристиками травматичної події є: значне психічне напруження; надскладні внутрішні переживання, пов'язані з подоланням екстремальної ситуації; зміна Я-концепції; зміна та актуалізація наявних особистісних ресурсів[14].

Діденко Г.О. наголошує, що події стресогенного характеру мають особливий вплив на життєконструювання людини. Надскладні життєві обставини зберігаються у структурі автобіографічної пам'яті людини як травматичний досвід. Травматична подія визначається як екстремальна ситуація, що загрожує фізичній або психічній цілісності особистості або осіб в найближчому оточенні, та має значний негативний вплив на психіку та вимагає від людини докласти надскладних зусиль у подоланні наслідків впливу цієї події. Також Діденко Г.О. підкреслює, що доцільним є розгляд травматичного досвіду людини у всій структурі її життєвого досвіду[15]. Євсюков О.П та Садковий В.П. також наголошують, що потрібно розмежовувати особливості характеру травматичної події та відношення людини до власного майбутнього. Не кожна подія викликатиме травматичний стрес, котрий, в свою чергу, є чинником виникнення психологічної травми. Стрес стає травматичним, коли переживання травматичної події перевантажує наявні адаптаційні психологічні і фізіологічні можливості людини та руйнує систему захистів. Щоб справити негативний вплив на особистість, травматична подія повинна бути неочікуваною та трагічною. Євсюков О.П. та Садковий В.П. виділяють такі типи травматичних подій:

- військові дії;
- природні катастрофи;
- надзвичайні ситуації;
- терористичні акти;
- насильство;
- тортури;
- тривалі і важкі хвороби;

– смерть близьких людей.

Також Євсюков О.П. та Садковий В.П. відмічають, що такі травматичні події супроводжуються тривалим і сталим відчуттям страху. У всіх випадках ці травматичні події є важкими та насиченими інтенсивними відчуттями безпорадності і жаху[16].

Сандал О.С. розмежовує поняття травматичної події та ситуації: у події превалюють насамперед зовнішні чинники, а в ситуації відбувається взаємовплив людини і середовища. Найбільше характеризує травматичну подію неочікуваність, раптовість, драматичність, руйнівність. Травматичні події виходять за межі звичайного людського досвіду: нещасний випадок, пожежа, аварія, насильство, втрата близької людини. Також Сандал О. С. називає травматичну подію «монотравмою», а вплив декількох травматичних подій одразу – «мультиравмою». Також Сандал О.С. систематизує травматичні події на тип А – поодинокі травматичні події, і на тип Б – повторювані травматичні події. Травматичні події типу А характеризуються несподіваністю, короткостроковістю, поодиноким впливом, ізоляваністю, мають характер рідкісного переживання (аварії, нещасні випадки, природні катаклізми), потенційно викликає симптоми ПТСР. Повторювані травматичні події типу Б характеризуються більшою приголомшливістю в психіці та пам'яті людини, множинністю, повторюваністю, передбаченістю, почуттям втрати контролю та безпорадністю, впливом дисоціативного процесу[17].

1.3. Поняття травматичного емоційного досвіду, види та основні концепції

Перші фундаментальні дослідження травми та проявів травматичного досвіду належать З.Фрейду. Він зазначає, що **травматичний досвід** проявляється у нав'язливих травматичних переживаннях, фрагментованості спогадів або витісненні з пам'яті травматичної події. Бессел ван дер Колк встановив, що травма та ПТСР впливають на зону Брока – мовний центр

головного мозку, завдяки якому людина раціоналізує та може висловити вербально словами свій досвід. Тобто при травмі людина не може вдало опрацювати травму та надати власному травматичному досвіду вербального виразу[18].

Сандал О.С. виділяє психотравмувальну подію як чинник травматичного досвіду особистості. В свою чергу, травматичний досвід визначається як наслідки пережитої психотравми, котрі мають вплив на стан і поведінку особистості. Травматичний досвід може трансформуватися в посттравматичне зростання – в форму індивідуального розвитку, якого можна набути через докладання зусиль по інтеграції травми і її наслідків в цілісний та безперервний особистісний досвід[17].

Кочарян О.С та Лісеная А.М. приділяють увагу дослідженню переживання – як елементу емоційного досвіду людини. Переживання характеризується як мішень психотерапевтичного процесу і уособлює собою особистісні смисли та внутрішні конфлікти. А внутрішній травматичний стан являє собою сукупність із травматичної події і відповідного йому переживання. Переживання, котрі відносяться до травматичного досвіду людини, можуть блокуватися екзистенцією в психіці і можуть виштовхуватися із свідомості, поміщаючи їх у сому, або сні, або знеструмлюватимуться, оточивши переживання системою психологічних захистів. Важливою характеристикою травматичного досвіду особистості є те, що до нього не існує прямого доступу – людина не може просто і легко розповісти про власні травми та переживання. Крім того, існує феномен «нашарування» виразу витіснених переживань – одне переживання (наприклад, туга) змінюється іншим (наприклад, гнівом), і потім ще третім (образою). Наступними характеристиками травматичного досвіду є неусвідомленість і внутрішнє неприйняття. Смысловое поле минулого травматичного досвіду виявляється в системі дорослої поведінки, соматичних проявах. Коли виходить увійти в дитячий травматичний досвід, то він починає проживатися настільки бурхливо, наче травматизація відбувається в теперішній час, минуле наче оживає і стає актуальним переживанням. Важливим є те, що

це не емоційне відношення до минулих травм, і не спогад о тих травмах та пов'язаних з ними переживаннях. Цей процес є актуальним переживанням «тут і зараз», при якому людина регресує до віку травми і знаходиться у ньому. Кочарян О.С. і Лісеная А.М. пояснюють цей процес біфокальністю свідомості, коли інфантильний і зрілий модуси свідомості існують одночасно, або цей процес являє собою стиль «поплавця», коли людина «занурюється» в інфантильний модус, де розпочинається раніше затиснутий процес, і потім «виринає» з нього. Травматичний досвід тоді визначається як актуалізований, коли виникають відповідні йому переживання, та ініціюється процес відновлення пригнічених, витіснених почуттів та бажань. Тобто цей процес є динамічною взаємодією різних модусів свідомості, часто приймає форму внутрішнього конфлікту і відображається на різних рівнях: образному (фантазії, сновидіння), емоційному, соматичному і поведінковому[11].

Розподіл психологічних травм за інфантильною і актуальною природою походження часто зустрічається в психоаналітичній літературі.

З.Фрейд був одним із перших, хто розподілив психотравми на інфантильні і актуальні. З.Фрейд вважав, що **інфантильні травми** – ранні дитячі переживання можуть мати серйозні наслідки для психіки людини. В свою чергу, актуальні травми – це ті, що переживаються людиною в зрілому віці, але їх виникнення і розвиток може бути обумовленим і посиленням раніше пережитими інфантильними травмами[19].

Анна Фрейд розширила ідеї З. Фрейда щодо інфантильних травм і психологічних захистів. Вона розглядала, як ранні дитячі травми впливатимуть на розвиток невротичних симптомів у подальшому житті. Вона аналізувала, як діти розвивають механізми психологічних захистів (проекція, регресія, витіснення), щоб адаптуватися і справитися з травматичними подіями. Вона встановила, що ці первинні психологічні захисти можуть стати фундаментом для психічних розладів у дорослому віці, якщо не будуть змінені на більш адаптивні захисні механізми[20]. Також Анна Фрейд досліджувала, як травматичні події дорослого життя взаємодіють з інфантильними травмами:

активують витіснені дитячі переживання, що веде до повторення або посилення симптомів[21].

Дж. Боулбі також займався питаннями інфантильних і актуальних травм. Він розробив теорію прив'язаності, згідно якої ранні стосунки між дитиною та її основним опікуном мають найважливіше значення для психологічного і емоційного розвитку дитини. Наявність травматичних переживань і відсутність, або нестабільність, безпечної привязаності призводитимуть до серйозних психологічних негативних наслідків у дорослому віці. Він розділяє прив'язаність на безпечну, небезпечну і дезорганізовану, а розрив прив'язаності взагалі призводить до тривожності і майбутніх проблем з формуванням близьких стосунків[22].

Л. Бурбо сформувала типологію п'яти ранніх травм, до яких на її погляд можна звести всі людські страждання. Вона перераховує ці п'ять травм в порядку їх появи в житті дитини:

1. Травма відкинутості і сформована захисна маска – втікач, тип захисту – шизоїдний. Ця травма проявляється першою із моменту народження з одним з батьків своєї статі. Травматичний досвід, що може викликати травму: негативні реакції батьків на поведінку дитини, травматичні події в сім'ї, фізична або емоційна відсутність батьків, відсутність прийняття і підтримки зі сторони батьків. Основні переживання травми: непевненість у собі, самотність, страх відкидання, провина, сором, смуток.

2. Травма покинутості, сформована захисна маска – залежний, тип захисту – оральний. Травма проявляється від нестачі спілкування з батьком протилежної статі. Травматичний досвід, що може викликати травму: інтенсивні зміни в житті сім'ї, емоційна недоступність або недостатня увага зі сторони батьків, фізична відсутність батьків. Основні переживання травми: тривога, безпорадність, самотність, страх покинутості, безнадійність, образа, гнів.

3. Травма приниженості, сформована захисна маска – мазохіст, тип захисту – мазохістський. Травма проявляється після року і до трьох років.

Травматичний досвід, що може викликати травму: фізичні принизливі покарання, порівняння з іншими, емоційне насильство, відсутність підтримки зі сторони батьків, критика, приниження, образи. Основні переживання: образа, сором, відчуття неповноцінності, страх перед оцінкою, вина, низька самооцінка, залежність від схвалення.

4. Травма зради, сформована захисна маска – контролюючий, тип захисту – психопатичний. Травма проявляється від двох до чотирьох років з батьком протилежної статі. Травматичний досвід, що може викликати травму: обман зі сторони батьків, порушення обіцянок, відсутність довіри та підтримки. Основні переживання: страх зради, страх обману, розчарування, ревності, гнів, недовіра.

5. Травма несправедливості, сформована захисна маска – ригідний, тип захисту – ригідний. Травма проявляється в віці від 4х до 6ти років від батьків своєї статі. Травматичний досвід, що викликає травму: надмірний контроль, критика, відсутність підтримки, нестабільна атмосфера вдома. Основні переживання: обурення, гнів, самокритика, прагнення до ідеалу, відчуття неповноцінності, несправедливості.

В контексті воєнного часу в Україні важливе значення набуває розгляд **актуальної травмованості**: шокової травми та бойової психологічної травми.

Шокова травма – це гостра реакція на раптову і надзвичайно стресову травматичну подію, яка загрожує цілісності людини, психологічному або фізичному здоров'ю. Найчастіше до таких травматичних подій належать надзвичайні ситуації, спричинені аваріями, природними катастрофами, бойовими діями, фізичним насильством, складними операціями і т.д. Суб'єктивно шокова подія проживається людиною «на межі життя і смерті», є короткочасною по тривалості, але надскладною і високо інтенсивною по величині впливу на людину[29]. Шокова травма є першою реакцією на травматичну ситуацію і триває від кількох годин до кількох днів. Якщо своєчасно не отримати допомогу, то шокова травма може призвести до ПТСР та тривалих психічних розладів.

Мерзлякова О. Л. зазначає, що загальний психологічний шок від активізації раптових обстрілів і бомбардувань цивільного населення прийшовся на період жовтень-грудень 2022 року. В цей час найчастішими були виклики до кризової лінії, пов'язаними із прямою загрозою життю і здоров'ю людей, і афективними станами внаслідок цих загроз[30].

Отримати глибше розуміння роботи шокової травми можна через полівагальну теорію Стівена Порджеса. У контексті шокової травми ця теорія описує ієрархічну модель реакцій на небезпеку і стрес, яка включає три гілки автономної нервової системи (АНС): вентральна гілка блукаючого нерва, симпатична нервова система і дорсальна гілка блукаючого нерва. Ці три гілки забезпечують різні реакції на небезпеку. Вентральна гілка відповідає за соціальні зв'язки і стан спокою, активується у безпечних умовах, що забезпечує ефективну взаємодію з оточуючими і регулює емоції. Під час шокової травми вентральна гілка пригнічується, що завдає складнощів в соціальній взаємодії і регулюванні емоцій. Далі якщо небезпека становить середній рівень стресу, то активується симпатична нервова система, готуючи організм до реакцій боротьби або втечі. Це може проявлятися у симптомах підвищеного серцебиття, потовиділення, паніки, тривоги, що готує тіло до негайної фізичної реакції. Якщо небезпека становить вище середнього рівня або загроза є екстремальною, тоді дорсальна гілка блукаючого нерва активує реакцію завмирання. Ця реакція спрямована на збереження життя, коли боротьба або втеча неможливі. Це може проявлятися у симптомах гіпотонії, втрати свідомості, дезорієнтації. Процес сканування оточення на наявність загроз, який визначає активацію відповідних гілок АНС, відбувається за допомогою нейроцепції. Під час шокової травми нейроцепція швидко змінюється, визначаючи необхідну реакцію для виживання. Небезпека шокової травми полягає в тому, якщо стався збій в її обробці, тоді інтеграції та адаптації травматичного досвіду не відбувається, він не переміщується до довготривалої пам'яті, а залишається у вигляді фрагментованих спогадів у різних структурах мозку і в тілесній пам'яті. І це, в свою чергу, призводить до довготривалих психологічних проблем: людина

ділить своє життя на «до» та «після» шокової травми, ПТСР, зниження якості життя[31].

Бойова психологічна травма часто асоціюється з військовослужбовцями, але може також виникати і у цивільних осіб, котрі проживали напряду бойові дії або були їх свідками. Блінов О.А. визначає бойову психічну травму як деформацію механізмів психологічної регуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки людини, внаслідок чого відбувається перевищення адаптаційних можливостей психіки, зміна цінностей та поведінки. У кожної людини є власний межовий рівень психологічного навантаження, після якого починається руйнування здорової роботи психіки. Виділяється дві групи таких стрес-факторів:

1) Фактори, що прямо безпосередньо впливають на особистість: пряма небезпека, раптовість, незвичайність обстановки, невизначеність, негативний емоційний досвід та стрес, ізоляція, виснаженість, порушення режиму сну, дискомфорт.

2) Фактори, що впливають опосередковано на особистість: інтелектуальна складність рішень, підвищення темпу дій, дефіцит часу, багатозадачність

Також Блінов О.А. зазначає, що головною функцією травматичного стресу є пристосування до умов бойових обставин, що постійно змінюються. І бойова психічна травма є таким способом [32].

Сутність бойової психологічної травми можна розглянути на прикладі психоаналітичної теорії травми З.Фрейда, згідно якої травма розглядалась як глибоко закріплений у несвідомій частині афект, який деструктивно впливає на психіку особистості і стає фундаментом тривалих психологічних розладів. За З.Фрейдом джерело травми не обов'язково знаходиться в зовнішній події, або не тільки в ній, а може бути внутрішнім матеріалом, виникаючи через розщеплення Его. Люди, що стали свідками або жертвами руйнувань, обстрілів, постійних ситуацій небезпеки та інших обставин, пов'язаних з бойовими діями, переживають сильний страх і травматичний стрес. Щоб психіці якимось

чином впоратися та зберегти відносну стабільність, травматичні переживання витісняються у несвідому частину. Психологічна травма відрізняється від фізичної тим, що може мати інтрапсихічну природу: психіка може сама травматизувати себе, множуючи страхи, думки, спогади, негативні емоції та переживання, які постійно нагадуватимуть про травматичні події. Ці спогади можуть мати фрагментований характер і можуть виражатися в формі почуттів, образів, вони можуть завдавати емоційний біль, який інформує про психологічне неблагополуччя. Захисні механізми психіки – придушення та витіснення - допомагають людині в моменті впоратися з травматичними переживаннями і спогадами, але в довготривалій перспективі ці механізми перетворюють проявлення травматичного емоційного досвіду у фізичні симптоми, які, в свою чергу, допомагають знімати психічне напруження. Далі психіка формує ядро травми, яке пов'язане з усіма подіями та ознаками отриманої психологічної травми. І цей весь внутрішньо психічний матеріал активізується одразу, коли навколишні події нагадуватимуть про травматичні пройдені переживання, запускаючи механізми реагування. Цей процес З.Фрейд назвав «нав'язливим повторенням», при якому людина з травмою страждатиме від нав'язливих спогадів, флешбеків та патологічних патернів реагування. При цьому найважливішим аспектом є те, що наслідки травми визначає не сила самої травми, а психологічна підготовленість або непідготовленість людини, її наявні адаптаційні можливості. З.Фрейд зазначав, що симптоми травмованості можуть зникнути, якщо вдасться відтворити повну картину травматичної події, повторно пережити, відреагувати та проговорити травматичний досвід, тобто інтегрувати його в загальний життєвий досвід людини.

Блінов О.А. також зазначає, що зміст психічної травми не обов'язково включає компонент травматичної події, що відбулась. Визначальним є інтерпретаційний аспект травми людиною, який полягає в когнітивній негативній оцінці ситуації і в її емоційній обтяжливості[32].

Прояв симптомів бойової психологічної травми більше залежить від індивідуальних психологічних характеристик особистості, але Блінов О.А. в

таблиці 1.1 пропонує основні симптоми бойової психотравмованості, що викликана високою нервово-психічною напругою при бойових діях:

Таблиця 1.1

Основні симптоми бойової психічної травми

Поведінка	Психічний рівень	Тілесний рівень
Гіперактивна форма:		
Компульсивні пошуки укриття, істеричні епізоди сміху/плачу, агресивність, злість, гнів, дратівливість, крики і підвищена рухлива активність	Складнощі з концентрацією уваги, з запам'ятовуванням інформації, повна або часткова втрата пам'яті, чутливість до запаху, світла, шуму	Ослаблення слуху і зору, розлади шлунку, преривисте прискорене дихання, порушення циркуляції крові, що призводить до анемії кінцівок
Загальмована форма:		
Загальмованість рухів, ступор, апатія, непритомність	Порушення когнітивної сфери: порушення критичного сприйняття своїх дій і оточення, порушення логіки, швидкості мислення; ослаблення волі, слухові і зорові галюцинації	Неконтрольоване слиновиділення, напруженість м'язів, прискореність серцебиття, тиснучі болі в грудній клітці і у ділянці серця, болі хірургічних шрамів і старих ран
Загальні симптоми:		
Регресія до дитячого стану, незв'язне мовлення, сильний тремор і лякливість		

Також Блінов О.А. зазначає, що виникненню бойових психічних травм сприяють саме надскладні умови бойових дій і психологічне та фізіологічне перевантаження, що, в свою чергу, призводить до послаблення механізмів захисту людини. Окреслюються наступні реакції організму людини на вплив екстремальних умов бойових дій: преневротичні і невротичні реакції, дезадаптивні реакції, психологічні реакції, гострі афективні реакції, патохарактерологічні реакції, гострі реактивні психози[32].

На наш погляд змістовними та важливими є також напрацювання Грінберга Л. і Елліотта Р. в емоційно-фокусованій психотерапії щодо ідеї

концептуалізації травматичного емоційного досвіду через поняття «емоційної схеми». Їх концепція підкреслює важливість опрацювання емоцій в лікуванні психологічних травм, оскільки емоції сигналізують про потреби та переживання людини, і мотивують до змін. Емоції є центральною складовою схеми, котрі замикають на собі інші елементи схеми: мотивацію, систему ранніх спогадів, когнітивну сферу і тілесні маніфестації травматичного досвіду. Одним зі положень цієї концепції є розподіл емоцій на первинні і вторинні. Первинні емоції – це автоматичні і аутентичні реакції на події, що виникають першими, наприклад, страх на загрозову подію. Вторинні емоції, в свою чергу, виникають далі як реакція на первинні емоції і часто вони є захисними. Тобто, наприклад, щоб впоратися зі страхом на загрозову подію, людина може почати гніватись, і далі вже вчиняти дії – захищатись або атакувати. Після ідентифікування пропонується визнати і прожити первинні емоції, а потім трансформувати негативні і дезадаптивні емоційні реакції на більш адаптивні і здорові.

1.4. Результати емпіричних досліджень структури травматичного емоційного досвіду особистості

Харченко А.О. досліджував специфіку прояву травматичного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією (ППД). В результаті дослідження було встановлено, що демобілізовані з ППД переживають травми приниження, покинутості і несправедливості. І саме ці травми сприяють розвитку ППД. Також був виявлен феномен «злипання» цих травм, що сприяє значному збільшенню напруження і контамінації травм: вони не проживаються людиною окремо, а утворюють як конгломерат, в якому кожне травматичне утворення посилює один одне, що робить такий травматичний досвід надскладним для військовослужбовців. Щодо особливостей емоційної сфери демобілізованих учасників воєнних дій, то було виявлено домінування гостро-негативного і

тревожно-депресивного спектру емоцій; конотованість позитивних емоцій «здивування» і «радості» негативними емоціями «страху» і «горя»; існування превалюючих емоцій горя, сорому, гніву, страху, які стають домінуючими компонентами емоційної сфери. Також було виявлено переважання когнітивних репрезентацій інфантильного травматичного досвіду – травм приниження, покинутості і несправедливості; формування з них травматичного конгломерату. Також Харченко А.О. акцентує на необхідності подальших досліджень щодо зв'язку інфантильної та актуальної травматизації[10].

Семиволос С. В. проводив дослідження психологічних особливостей емоційної сфери у чоловіків середнього віку з ППД і встановив, що вони значно інтенсивніше переносять гнів, прояви горя, провини, сором, страх, тобто виявлено негативну орієнтацію базових емоцій у чоловіків з ППД. Також встановлено, що прояви емоцій «радість» та «інтерес» пригнічуються і підлягають самозабороні на користь проявам негативних емоцій і зростанню показників депресії. Також був встановлен феномен «злипання», утворений комплексом негативних емоцій, що теж досліджував Харченко А.О., що значно ускладнює пропрацювання травматичного досвіду чоловіків з ППД[23].

Писаненко Д.С. досліджував гендерні особливості емоційного стану громадян України під час воєнного стану, і він відокремлює виявлення підвищеного рівня тривожності: у чоловіків та жінок були виявлені значущі позитивні зв'язки між стресом і депресією, тривожністю і гнівом, але у жінок ще був виявлений підвищений рівень депресії. Також була виявлена різниця у рівні гніву: у чоловіків був виявлений менший рівень гніву порівняно з жінками під час воєнного стану, що свідчить про важливість соціокультурного чинника у формуванні психоемоційного стану[24].

Кабаргіна В.О. в дослідженні психологічних особливостей емоційної сфери внутрішньо переміщених осіб (ВПО) груп 2014 року та групи ВПО 2022 року виявила, що у групи ВПО 2014 року присутня більш негативна емоційна наповненість, вищий рівень агресії і вищий рівень тривожності. Також в обох

групах виявлено низький рівень ворожості та цинізму, низький рівень депресії, окрім деяких окремих осіб[25].

Зінченко Ю.О. провела дослідження особливостей автобіографічної пам'яті у осіб з порушеннями емоційної сфери під час воєнного стану і встановила, що у респондентів з високим рівнем ПТСР і депресії спостерігалась майже рівна кількість негативних та позитивних спогадів та емоцій при згадуванні. Також респонденти майже не відтворювали спогади з нейтральним змістом і нейтральним емоційним забарвленням, в їх спогадах домінували події початку війни, повітряних тривог, обстрілів, переїздів, втрати зв'язку з близькими, труднощі адаптації на новому місці життя. Але поряд з цим деякі респонденти відмічали і позитивні обставини, незважаючи на стрес війни, такі як перебування з родиною, зав'язування нових знайомств, або повернення додому. Також деякі респонденти актуалізували позитивні спогади подій, що були перед початком війни: подорожі, свята проведені з дітьми та друзями. Тобто наявний значно вищий рівень емоційної насиченості змісту спогадів, ніж у респондентів без емоційних порушень. Особистості в стані ПТСР зберігають міцні зв'язки з минулими травматичними подіями, але одночасно з цим вони намагаються відсторонитися від спогадів про складний травматичний досвід, щоб попередити руйнівний вплив на свідомість, емоційний стан та процеси пам'яті. Особистості в стані депресії мають схильність менше відтворювати позитивних спогадів, що може пояснюватися превалюючими станами байдужості і апатії. В обох групах респондентів надмірно узагальнені за типом спогади домінують над перцептивно-образною яскравістю і деталізованістю[26].

Мікіртичян А. та Боснюк В. в дослідженні психологічних особливостей переживання травматичного досвіду українськими переселенцями виявили, що практично у всіх респондентів спостерігається погіршення емоційного стану і здоров'я, погіршення матеріального становища, що опосередковано збільшує психологічну травматизацію під час воєнного стану. Також встановлено, що вимушений переїзд являє собою додатковий стрес фактор у респондентів з

досвідом переселення за кордон у порівнянні з групою респондентів, хто не покидав своєї домівки і зміг адаптуватися до обстановки невизначеності. Респонденти, котрі зараз перебувають за кордоном демонструють більш виражені симптоми ПТСР і низький рівень суб'єктивного благополуччя; респонденти, що повернулися до України після вимушеного переселення, демонструють поведінкову схильність уникнення стресових подій; і респонденти, котрі залишилися в місцях свого проживання, демонструють найбільші показники суб'єктивного благополуччя і задоволеністю своїм фізичним станом[27].

Педоренко В.М. на основі емпіричного дослідження особливостей психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни на прикладі Німеччини встановив, що відбувається негативний вплив у зв'язку з пережитими травматичними подіями, наявністю у переселенців або у їх близьких захворювань, стресом міграції, невизначеністю майбутнього, складною адаптацією в новій країні. Емпірично встановлено наявність високого рівня тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності, сорому, страху, провини, емоційної напруженості, роздратованості, складності у взаєминах з оточуючими, проблемами з самооцінкою, поведінкою уникнення складностей, страх невдачі, загальна негнучкість у поведінці. На майбутнє такий складний психоемоційний стан може перейти в синдром «біженця»[28].

Отже, дослідження Харченка А.О. та Семиволоса С.В. демонструють складність структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників воєнних дій і чоловіків середнього віку з ППД, виявлено феномен «злипання» травм до єдиного травматичного конгломерату, що значно ускладнює пропрацювання травматичного емоційного досвіду. У дослідженнях Писаненка Д.С., Кабаргіної В.О. та Зінченка Ю.О. спостерігається підвищений рівень тривожності та депресії серед всіх груп респондентів, що є типовим для умов воєнного стану. Також виявлено наявність негативних емоцій гніву та напруження. В усіх цих трьох дослідженнях відображено вплив травматичних подій на емоційний стан респондентів, враховуючи гендерні відмінності,

специфіку емоційної сфери ВПО та вплив автобіографічної пам'яті на переживання травматичних подій під час воєнного стану. У дослідженнях Мікіртичян А., Боснюк В. та Педоренка В.М. встановлено, що всі українські вимушені переселенці переживають погіршення емоційного стану і здоров'я. Переселення та адаптація на новому місці є великим стресовим фактором, що ще більше посилює негативний психоемоційний стан. Респонденти, що стикнулися з травматичними подіями та вимушеним переселенням в подальшому схильні демонструвати поведінку уникнення від стресових ситуацій. Проте, респонденти, що залишилися в місцях свого проживання, продемонстрували високий рівень суб'єктивного благополуччя.

Висновки до розділу 1

1. Поняття «травма» перейшло в галузь психології з медицини, де спочатку мало значення тілесних ран. З кінці XIX століття це поняття почало включати нові види травм, пов'язані з розвитком індустріалізації, аваріями та нещасними випадками. Еміль Крепелін сформував поняття «невроз страху» для опису станів емоційних потрясінь. Ж.-М. Шарко визначив, що симптоми істерії мають психологічне походження. Під його впливом З.Фрейд та Й.Брейер запропонували ідею, що істерія є наслідком психологічної травми. З.Фрейд дав визначення психологічній травмі, як травматичному досвіду, проживання якого перевищує здатність до адаптації у людини і витісняється у підсвідомість. З XX століття поняття травми пов'язувалось з війнами та післявоєнними дослідженнями. Далі науковий інтерес до психологічної травми зріс у 1970-1980 роках у зв'язку з проблемами ветеранів В'єтнамської війни і рухами за права жінок. Це призвело до офіційного визнання ПТСР як окремого діагнозу Американською психіатричною асоціацією у 1980 році.

2. В сучасних психологічних дослідженнях поняття «психологічна травма» і «психічна травма» виступають частіше як синоніми. Семенова Ю.С. відокремлює психологічну і медичну тенденції визначення психічної травми.

Максимова Н.Ю. дає визначення психологічної травми – як наслідок травматичної події, коли людина відчула себе беззахисною перед небезпекою. Кочарян О.С. та Лісеная А.М. зазначають, що доступ до травматичних переживань часто закритий, і їх актуалізація відбувається на чотирьох рівнях: емоційному, образному, поведінковому і соматичному.

3. Заграй Л.Д. визначає класифікацію травматичних подій за типами втрат. Гоцуляк Н. Є. розглядає види травматичних подій і відповідні їм види травматизації: пряму травматизацію в результаті прямих травматичних подій і опосередковану травматизацію в результаті опосередкованих травматичних подій. Дзюба Т.М. зазначає, що неможливо поділити травматичні події за ступенем тяжкості. Кожна травматична подія – специфічна і проживається кожною людиною індивідуально. Діденко Г.О. підкреслює, що доцільним є розгляд травматичного досвіду людини у всій структурі її життєвого досвіду. Євсюков О.П та Садковий В.П. також наголошують, що потрібно розмежовувати особливості характеру травматичної події та відношення людини до власного майбутнього. Євсюков О.П. та Садковий В.П. виділяють такі типи травматичних подій: військові дії; природні катастрофи; надзвичайні ситуації; терористичні акти; насильство; тортури; тривалі і важкі хвороби; смерть близьких людей. Сандал О.С. розмежовує поняття травматичної події та ситуації; називає травматичну подію «монотравмою», а вплив декількох травматичних подій одразу – «мультитравмою»; систематизує травматичні події на тип А – поодинокі травматичні події, і на тип Б – повторювані травматичні події.

4. З.Фрейд зазначає, що травматичний досвід проявляється у нав'язливих травматичних переживаннях, фрагментованості спогадів або витісненні з пам'яті травматичної події. Бессел ван дер Колк встановив, що травма та ПТСР впливають на зону Брока – мовний центр головного мозку. Сандал О.С. визначає травматичний досвід як наслідки пережитої психотравми, котрі мають вплив на стан і поведінку особистості. Кочарян О.С та Лісеная А.М. приділяють увагу дослідженню переживання – як елементу емоційного досвіду людини.

5. Розподіл психологічних травм за інфантильною і актуальною природою походження часто зустрічається в психоаналітичній літературі. З.Фрейд вважав, що інфантильні травми – ранні дитячі переживання можуть мати серйозні наслідки для психіки людини. В свою чергу, актуальні травми – це ті, що переживаються людиною в зрілому віці, але їх виникнення і розвиток може бути обумовленим і посилені раніше пережитими інфантильними травмами. Анна Фрейд розширила ідеї З. Фрейда щодо інфантильних травм і психологічних захистів. Вона встановила, що первинні психологічні захисти можуть стати фундаментом для психічних розладів у дорослому віці, якщо не будуть змінені на більш адаптивні захисні механізми. Дж. Боулбі також займався питаннями інфантильних і актуальних травм. Він розробив теорію прив'язаності, згідно якої ранні стосунки між дитиною та її основним опікуном мають найважливіше значення для психологічного і емоційного розвитку дитини. Л. Бурбо сформуvala типологію п'яти ранніх травм, до яких на її погляд можна звести всі людські страждання: травма відкинутості, покинутості, приниженості, зради і несправедливості.

6. В контексті воєнного часу в Україні важливе значення набуває розгляд актуальної травмованості: шоквої травми та бойової психологічної травми. Шокова травма – це гостра реакція на раптову і надзвичайно стресову травматичну подію, яка загрожує цілісності людини, психологічному або фізичному здоров'ю. Шокова травма є першою реакцією на травматичну ситуацію і триває від кількох годин до кількох днів. Бойова психологічна травма часто асоціюється з військовослужбовцями, але може також виникати і у цивільних осіб, котрі проживали напряду бойові дії або були їх свідками. Блінов О.А. зазначає, що виникненню бойових психічних травм сприяють саме надскладні умови бойових дій і психологічне та фізіологічне перевантаження, що, в свою чергу, призводить до послаблення механізмів захисту людини. Важливими є також напрацювання Грінберга Л. і Елліотта Р. в емоційно-фокусованій психотерапії щодо ідеї концептуалізації травматичного емоційного досвіду через поняття «емоційної схеми». Їх концепція підкреслює

важливість опрацювання емоцій в лікуванні психологічних травм, оскільки емоції сигналізують про потреби та переживання людини, і мотивують до змін.

7. Емпіричні дослідження структури травматичного емоційного досвіду особистості Харченка А.О. та Семиволоса С.В. демонструють складність структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників воєнних дій і чоловіків середнього віку з ППД, також виявлено феномен «злипання» травм. У дослідженнях Писаненка Д.С., Кабаргіної В.О. та Зінченка Ю.О. спостерігається підвищений рівень тривожності та депресії серед всіх груп респондентів. Також виявлено наявність негативних емоцій гніву та напруження. В усіх цих трьох дослідженнях відображено вплив травматичних подій на емоційний стан респондентів, враховуючи гендерні відмінності, специфіку емоційної сфери ВПО та вплив автобіографічної пам'яті на переживання травматичних подій під час воєнного стану. У дослідженнях Мікіртічян А., Боснюк В. та Педоренка В.М. встановлено, що всі українські вимушені переселенці переживають погіршення емоційного стану і здоров'я. Респонденти, що стикнулися з травматичними подіями та вимушеним переселенням в подальшому схильні демонструвати поведінку уникнення від стресових ситуацій. Проте, респонденти, що залишилися в місцях свого проживання, продемонстрували високий рівень суб'єктивного благополуччя.

Розділ 2.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Характеристика вибірки дослідження

Вибірку поділено на дві групи: перша група (Гр.1) включала 25 жінок середнього віку (35-55 років) з прифронтових територій України: Дніпро, Харків, смт. Ярова Донецька область, Київ, смт. Васильківка Дніпропетровська область, Краматорськ Донецька область, Миколаїв, Суми, Павлоград Дніпропетровська область; та друга група (Гр.2) включала 25 жінок середнього віку з віддалених від фронту територій України: Львів, Луцьк, Вінниця, смт. Козятин Вінницька область, Тернопіль, Івано-Франківськ, Ужгород, Чернівці, м. Стрий Львівська область, Рівне. Інші соціально-демографічні показники наведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічні характеристики респондентів

Показник	Гр.1		Гр.2	
	Кількість	%	Кількість	%
Вік				
35-45 років	20	80	22	88
46-55 років	5	20	3	12
Працевлаштованість				
Тимчасово безробітні	2	8	4	16
Працевлаштовані	23	92	21	84
Щомісячний розмір доходу				
0-15000 грн	9	36	11	44
15000-30000 грн	12	48	6	24
30000-60000 грн	4	16	7	28
Більше 60000 грн	0	0	1	4
Освіта				
Професійно-технічна освіта	4	16	3	12
Незакінчена вища освіта	1	4	1	4
Вища освіта	18	72	19	76
Дві або більше двох вищих освіт	2	8	2	8

Виходячи із таблиці 2.1 можна відзначити, що в обох групах більшість досліджуваних складають жінки віком 35-45 років: 80% в Гр.1 і 88% в Гр.2; також спостерігається високий процент працевлаштованості: 92% в Гр.1 і 84% в Гр.2; але є відмінності у розподілі доходів: в Гр.1 48% респондентів мають середні доходи 15000-30000 грн, а в Гр.2 - переважна частина низьких доходів 44% 0-15000 грн і 28% респондентів мають високі доходи 300000-600000 грн, також в Гр.2 4% респондентів мають доходи більше 600000 грн. В обох групах відзначається високий рівень освіти: повна вища освіта 72% в Гр.1 і 76% в Гр.2, по 8% респондентів в кожній групі мають дві або більше двох вищих освіт, і обидві групи мають схожий розподіл за іншими освітніми рівнями. Характеристику вибірки за сімейним станом і наявністю дітей далі наведено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Сімейний стан респондентів

Показник	Гр.1		Гр.2	
	Кількість	%	Кількість	%
Сімейний стан				
Неодружена	7	28	5	20
Одружена	9	36	18	72
Розлучена	8	32	1	4
В цивільному шлюбі	1	4	0	0
Вдова	0	0	1	4
Наявність дітей				
Немає	7	28	6	24
Є 1 дитина	13	52	11	44
Є 2 дітей	4	16	5	20
Є 3 дітей	1	4	3	12

Виходячи з таблиці 2.2 можна відзначити відмінності у сімейному стані досліджуваних: в Гр.1 більше неодружених жінок – 28%, а в Гр.2, в свою чергу, їх 20%; також в Гр.1 більше розлучених жінок – 32%, тоді як в Гр.2 їх 4%; і в Гр.2 значно більша частина одружених жінок – 72%, тоді як в Гр.1 їх 36%. Також спостерігаються відмінності у кількості дітей: в Гр.1 більше жінок мають одну дитину – 52%, тоді як в Гр.2 одну дитину мають 44% жінок; в Гр.2

спостерігається більше багатодітних жінок – 20% мають 2 дітей і 12% мають 3 дітей, тоді як в Гр.1 16% мають 2 дітей і 4% мають 3 дітей. Схожа частка досліджуваних в обох групах не має дітей.

Таким чином, можна підсумувати, що у жінок з прифронтових територій спостерігається вищий рівень нестабільності сімейних стосунків (більше розлучень), а у жінок з віддалених територій спостерігається більша сімейна стабільність і тенденція до створення більших сімей. Показники працевлаштування і рівня освіти є високими в обох групах, що може свідчити про високу соціальну адаптивність і резильєнтність незалежно від регіону проживання.

2.2. Опис методик дослідження

Для дослідження психологічних особливостей структури травматичного емоційного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану використовувались наступні методики: тест Ліз Бурбо «П'ять травм», методика аналізу ранніх спогадів Rule W.R., шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R), Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних стресових реакцій (цивільний варіант), шкала диференціальних емоцій К. Ізарда.

Далі наведемо більш детальний опис використаних методик.

Тест Ліз Бурбо «П'ять травм» - розроблений Лізою Бурбо на основі її теорії п'яти травм. Тест спрямований для визначення 5 інфантильних травм: покинутості, відкинутості, приниження, несправедливості і зради.

Тест складається з 40 питань відносно кожної інфантильної травми, на які потрібно відповісти в залежності від наявності згоди з даними твердженнями. Таким чином, загалом тест складається із 200 питань. Найбільша кількість балів визначає головний вид травми. Максимальний бал прояву травми складає 40 балів.

Якщо головною травмою буде травма відкинутості, то людина часто може проживати депресивні стани, тривогу, відчуття себе непотрібною,

нікчемною, недостатньо цінною або важливою. Людина з таким емоційним станом зазвичай буде схильна до уникнення соціальних контактів, у неї буде переважати прагнення до усамітнення, ізоляції, відмови від будь-яких ситуацій, де можлива критика або конкуренція. Така людина може мати проблеми з самооцінкою, відчувати незадоволеність собою, самотність і труднощі в побудові міжособистісних відносин.

Якщо головною травмою буде травма покинутості, то людина може мати сильні страхи самотності, втрати близької людини, відсутності почуття безпеки, захисту та підтримки. Далі це призводить до схильності формування співзалежних відносин з людьми або залежності від речовин.

Якщо головною травмою буде травма приниження, то людина може часто відчувати сором за себе або за будь-які особисті проявлення, думки, емоції, може бути надчутливою до критики чи образ. В дорослому віці людина починає сама себе сварити та принижувати. Людина може прагнути зовсім уникати уваги до себе або, навпаки, шукати її свержміри, щоб отримати схвалення.

Якщо головною травмою буде травма зради, то людина константно може відчувати недовіру до інших, прагнути чинити надмірний контроль, установлювати свої правила.

Якщо головною травмою буде травма несправедливості, то людина може мати постійне відчуття нестабільності з приводу порівнянь і критики у дитинстві. Це може спричинити надмірне прагнення до досконалості і патологічного перфекціонізму, вимогливості до себе і до інших людей, складностей з прийняттям помилок, гніву відносно себе або відносно інших, що в сукупності може призвести до незадоволеності своїм життям.

Ліз Бурбо відмічає, що захисні стратегії, які допомогли людині впоратися за складнощами в дитинстві, в дорослому віці вже не є ефективними, і навіть можуть бути шкідливими і дезадаптивними, обмежувати у прийнятті нових рішень. Також у людини можуть бути яскраво виражені дві або три травми одночасно.

Методика аналізу ранніх спогадів W. R. Rule – була розроблена А. Адлером і адаптована W. R. Rule. Ця методика є проєктивною і дозволяє дослідити зв'язок між інфантильними травмами і актуальним життєвим стилем індивіда. А. Адлер відмічає, що спогади є історією і перевіреною стратегією дій, яку людина повторює в якості психічного захисту себе, щоб підготуватися для подій майбутнього. Крім того, не має значення, наскільки цей спогад є «справжнім»: у зв'язку з тим, що він був первинним для людини, то й надалі людина буде схильна повторювати ту ж саму стратегію дій.

Також А. Адлер відзначає, що не буває випадкових спогадів, з усієї кількості вражень людина обирає для актуалізації в своїй пам'яті ті, які відчуються як спогади, котрі пов'язані з теперішнім становищем людини. Спогади можуть нести в собі індивідуальний вирок на кшталт того, що людина вже в дитинстві бачила світ так, як зараз його бачить, або була такою-то особистістю, як і зараз. Найперший спогад, на думку А. Адлера, уособлює собою фундаментальну оцінку людини самої себе і свого становища, це своєрідна стартова точка автобіографії.

Респонденту пропонується згадати 4 найбільш ранні події з його життя до періоду 6 років і описати їх, дотримуючись правил:

- 1) Бути конкретним.
- 2) Описувати спогад, навіть, якщо немає впевненості в його достовірності.
- 3) Описувати все, що приходить в голову, не піддавати свідомій обробці.
- 4) Описувати всі почуття, що виникають, навіть, якщо вони суперечливі.
- 5) Називати імена людей, які присутні у спогадах.
- 6) Максимально описувати спогад, події до нього і після нього.
- 7) Спробувати сформулювати припущення з приводу своєї стратегії і мети поведінки.

Перший спогад вважається найважливішим, наступні спогади виступатимуть як допоміжні.

Аналіз раних спогадів відбуватиметься згідно критеріїв, що виділила Доценко О. Ю.:

1) Пов'язаність спогадів із батьками: тільки із батьком або тільки із матір'ю; більше із батьком або більше із матір'ю; однакова кількість спогадів із батьком і однакова кількість спогадів із матір'ю; у спогадах немає ні фігури батька, ні фігури матері.

2) Емоції, що пов'язані з фігурою батька: страх, провина, смуток, образа, сором, гнів, горе, радість.

3) Емоції, що пов'язані з фігурою матері: страх, провина, смуток, образа, сором, гнів, горе, радість.

4) Травми, що пов'язані з фігурою батька за типологією Л. Бурбо: покинутість, відкинутість, зрада, приниження, несправедливість.

5) Травми, що пов'язані з фігурою матері за типологією Л. Бурбо: покинутість, відкинутість, зрада, приниження, несправедливість.

6) Присутність у спогадах інших людей, окрім батьків [33].

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) – була розроблена в 1979 р. авторами М. Horowitz, N. Wilner. Далі в 1995 р. вона була допрацьована авторами D. Weiss, C. Marmar, T. Metzler з тієї точки зору, що дана шкала може бути більш корисною, якщо буде можливість діагностувати не тільки симптоми ПТСР – уникнення і вторгнення (нав'язливого відтворення), а ще й симптоми гіперзбудження. Ці три субшкали входять в діагностичні критерії ПТСР DSM-IV і є складовою частиною психологічних реакцій на травматичні події. Таким чином, шкала оцінки впливу травматичної події стала містити 22 пункти. Респонденти оцінюють, як часто вони відчували кожен симптом протягом останніх 7 днів.

Метою додавання нових пунктів у субшкалі «збудження» є виявлення таких ознак: труднощі з концентрацією, гіпертрофована реакція переляку, дратівливість і злість, безсоння, психофізіологічне збудження, обумовлене травматичними спогадами. Субшкала «вторгнення» виявляє психологічні стани, що повторюються і переживаються заново, є схожими з дисоціативними

станами. Субшкала «уникнення» виявляє рівень когнітивного та поведінкового уникання, яке доволі часто виникає у людей після травматичної події. Таким чином, дані три субшкали дозволяють оцінити рівень впливу травматичної події на людину і зрозуміти, які аспекти виражені найбільше.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних стресових реакцій (цивільний варіант) – спочатку була розроблена в 1987 р. автором Keane Т. М. для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. У 1995 р. було розроблено й опубліковано цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці цивільних осіб зі встановленим діагнозом ПТСР автором D.Vreven.

Опитувальник складається із 39 запитань у «цивільному» варіанті. Відповіді на запитання даються за шкалою Ліккерта від 1 до 5. Незважаючи на групування запитань у чотири субшкали, вираховується тільки один підсумковий коефіцієнт. Частина запитань має перевернуті значення, що дає змогу знизити настановчість випробовуваного або заповнення бланка в довільному порядку. В твердженнях, що наводяться в опитувальнику, узагальнено різноманітний досвід людей, які пережили важкі, екстремальні події і ситуації.

При створенні цивільної версії одинадцять запитань були дещо перефразовані таким чином, що посилання про військову службу було замінено на більш загальне посилання на минуле. Наприклад, в оригінальній версії пункт 1 був сформульований так: «До того, як я пішов служити в армію, у мене було більше близьких друзів, ніж до служби в армії», а в цивільній версії той самий пункт було змінено на: «У минулому в мене було більше близьких друзів, ніж зараз». Як у військовій, так і у цивільній версіях було додано чотири пункти, які були пізніше додані, щоб відобразити зміни в критеріях DSM-III-R (APA, 1987). Ці чотири додаткові пункти оцінюють симптоми повторного переживання, психогенну амнезію, підвищену пильність і підвищене збудження при зіткненні з нагадуваннями про травматичні події.

Для оцінки вираженості прояву посттравматичних стресових реакцій були використані діагностичні критерії, розроблені Волошиним П.В. зі співавторами: рівень норми – до 77 балів, наявність окремих симптомів ПТСР – 78-97 балів, наявність ознак прояву клінічного варіанту ПТСР – 98-145 балів [34].

Шкала диференціальних емоцій К. Ізарда – розроблена на основі теорії диференціальних емоцій К. Ізарда і містить 30 пунктів. К. Ізард виділяє основні 10 емоцій: подив, радість, інтерес, відраза, гнів, горе, страх, презирство, провина і сором. В свою чергу, кожній емоції відповідає по 3 окремі характеристики, що позначають вище зазначені емоційні риси. Ці характеристики представлені відповідними прикметниками.

К. Ізард зазначає, що кожна фундаментальна емоція має унікальні феноменологічні і мотиваційні властивості. Кожна емоція призводить до різних внутрішніх переживань, має різний перебіг у різних людей. Також емоції взаємодіють між собою, можуть актуалізувати, акцентувати, посилювати чи послаблювати одна одну. Емоційні процеси можуть взаємодіяти і впливати на когнітивні, моторні, перцептивні та гомеостатичні процеси. К. Ізард наводить приклад, що тривожність – це завжди складна емоція, що складається із декількох базових емоцій. І в цьому випадку, страх буде провідною і необхідною складовою тривожності. А комплексну соціальну тривожність складатимуть, в свою чергу, інші базові емоції.

Респондентам пропонується оцінити за 4-бальною шкалою наскільки кожне поняття характеризує їх самопочуття на даний момент.

Методи математико-статистичної обробки результатів дослідження застосовувались наступні: φ -критерій кутового перетворення Фішера, U-критерій Манна-Уїтні і факторний аналіз (метод головних компонент і обертання Varimax).

2.3. Організація дослідження

Емпіричне дослідження проходило в п'ять етапів з метою досягнення максимальної якості і надійності результатів.

Підготовчий етап передбачав розробку Google форм з підготовкою детальних інструкцій до кожної методики дослідження. Також в даних електронних формах надавалась електронна пошта для звернень з метою інформаційної підтримки респондентів.

Етап інформування передбачав ознайомлення учасників дослідження з метою та задачами дослідження, і також інформування про етичні аспекти дослідження і конфіденційність даних.

Етап збору даних передбачав проведення тестування респондентів з використанням описаних вище методик. Тривалість даного етапу становила 4 тижні. Респондентам був наданий достатній час для заповнення форм і також був забезпечений зворотний зв'язок через електронну пошту для вирішення можливих питань.

Етап психоедукації передбачав проведення роз'яснювальної роботи щодо отриманих результатів, допомога в опрацюванні особистісних інсайтів після проходження тестування (особливо, при інтерпретації висновків після методик дослідження інфантильного досвіду: тесту Л.Бурбо і методики аналізу ранніх спогадів W.R.Rule) з метою кращого розуміння власного досвіду і психологічних особливостей, надання рекомендацій щодо практичного застосування отриманої інформації.

Завершальним етапом було інформування учасників дослідження про можливість отримання результатів і надання результатів дослідження зацікавленим респондентам.

Таким чином, організація дослідження пройшла з урахуванням принципів добровільної участі, конфіденційності даних, психологічної безпеки респондентів і практичної корисності.

Висновки до розділу 2

1. Загальну вибірку досліджуваних 50 осіб було поділено на дві групи: перша група (Гр.1) включала 25 жінок середнього віку (35-55 років) з прифронтових територій України, і друга група (Гр.2) включала 25 жінок середнього віку з віддалених від воєнних дій територій України. Обидві групи респондентів демонстрували високий процент працевлаштованості, але присутні відмінності у розподілі доходів: в Гр.1 більшість респондентів мають середні доходи 15000-30000 грн, а в Гр.2 - переважає частка з низькими доходами 0-15000 грн і з високими доходами 300000-600000 грн. В обох групах спостерігається високий рівень освіти, і схожий розподіл за іншими освітніми рівнями. Також присутні відмінності у сімейному стані досліджуваних: в Гр.1 більше неодружених жінок і розлучених, тоді як в Гр.2 значно більша частина одружених жінок. Також спостерігаються відмінності у кількості дітей: в Гр.1 більше жінок мають одну дитину, а в Гр.2 спостерігається більше багатодітних жінок. Схожа частка досліджуваних в обох групах не має дітей.

2. Для реалізації мети і завдань дослідження були обрані наступні методики. Для дослідження інфантильного травматичного досвіду: тест Л. Бурбо і методика аналізу раних спогадів W.R. Rule. Для дослідження актуального травматичного досвіду: шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R), Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних стресових реакцій в цивільному варіанті і шкала диференціальних емоцій К. Ізарда. Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась із застосуванням ϕ -критерію кутового перетворення Фішера, U-критерію Манна-Уїтні і факторного аналізу (методом головних компонент і обертання Varimax).

3. Організація дослідження пройшла в 5 етапів і тривала 4 тижні. В процесі проведення дослідження були враховані принципи добровільної участі, конфіденційності даних, психологічної безпеки респондентів і практичної корисності.

Розділ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРУКТУРИ ТРАВМАТИЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО ДОСВІДУ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ З ПРИФРОНТОВИХ ОБЛАСТЕЙ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

3.1. Особливості прояву інфантильного травматичного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану

Першим кроком дослідження було завдання виявити особливості інфантильної травматизації. Для цього використовувалась методика Л. Бурбо з її типологією 5-ти травм: приниження, покинутості, відкинутості, несправедливості і зради. Л. Бурбо відзначає, що в психіці людини інфантильна травматизація зберігається з відповідним досвідом протягом всього життя. Далі спостерігається феномен притягування до себе відповідного соціального оточення і життєвих обставин, що повторюють минулий інфантильний досвід людини. Це відбувається з метою інтеграції не прийнятого травматичного досвіду в загальну структуру життєвого досвіду психікою людини. У зв'язку з тим, що інфантильні травми часто супроводжуються негативним емоційним забарвленням, як то провина, страх, приниження, то такий травматичний досвід не може бути конструктивно прийнятим. Кочарян О.С. також відзначає, що реакція на актуальні травматичні події посилюється і стає більш інтенсивною у зв'язку з активізацією раннього дитячого травматичного досвіду, тобто людина стає більш чутливою до актуальних травматичних подій.

Згідно тому, що максимальний бал прояву травми за методикою Л. Бурбо є 40 балів, в таблиці 3.1 відзначена різниця прояву типів травм між Гр.1 (жінки середнього віку з прифронтових територій) та Гр.2 (жінки середнього віку з віддалених територій) як середній показник ступеню прояву травм $X_{сер}$. Також відзначена % доля людей в кожній групі з наявністю кожної травми і показана достовірність відмінностей у прояві різних типів інфантильних травм.

Різниця прояву типів травм між Гр.1 і Гр.2

Тип травми	Хсер, %		% доля		Критерій кутового перетворення Фішера φ
	Гр. 1	Гр. 2	Гр.1	Гр.2	
Травма відкинутості	28,4	20,5	16	0	2,91 **
Травма покинутості	43,2	38,3	40	20	1,56
Травма приниження	32	31,5	8	8	0
Травма зради	45	46,3	40	40	0
Травма несправедливості	42,9	40,7	28	28	0

Примітка: ** - $p \leq 0,01$.

Враховуючи результати з таблиці 3.1 у жінок з прифронтових територій (Гр.1) спостерігається більш високий рівень травматизації за чотирма травмами (травмою відкинутості, травмою покинутості, травмою приниження, травмою несправедливості), ніж у жінок з віддалених територій (Гр.2), але статистично значущі результати були отримані за травмою відкинутості. Це може свідчити, що жінки з прифронтових територій можуть мати такі психологічні особливості: порушене базове відчуття безпеки, відчувати більше відторгнення через воєнні дії, більшу соціальну ізоляцію, відчуття самотності, безпорадності, відчуження, небажаності, непотрібності, зниження самооцінки, страх повторної відкинутості, складнощі з проявом власних потреб, в якості захисної стратегії може бути надмірне посилювання самодостатності і уникання близькості в стосунках. Під час воєнного стану базовий страх відкинутості може ставати більш інтенсивним і підсилювати тенденцію до ізоляції, загострювати потребу в підтримці і безпеці. Також можна припустити, що жінки з віддалених територій можуть мати більше ресурсу для емоційної підтримки, як наприклад, підтримка близьких або доступ та наявність ресурсів для терапії у психолога. Це може зменшувати вплив травм. У жінок з

прифронтових територій, в свою чергу, таких можливостей може бути менше, що може підсилювати травму відкинутості.

За травмою покинутості, травмою приниження, травмою зради і травмою несправедливості статистично значущих відмінностей не було виявлено, що свідчить про те, що обидві групи мають приблизно однаковий рівень прояву даних травм у зв'язку з, ймовірно, спільними соціально-історичними факторами формування даних травм.

Також для діагностики інфантильної психотравмованості ми користувалися методикою аналізу ранніх спогадів W. R. Rule. В роботах Кочаряна О.С., Грінберга Л., Елліотта Р. в рамках емоційно-фокусованої терапії зазначається, що травматичні переживання інфантильного періоду продовжують зберігатися в структурі спогадів і обумовлювати особливості травматизації психіки.

Аналіз ранніх спогадів відбувався згідно критеріїв, що виділила Доценко О. Ю.[33] Різниця в критеріальних показниках між Гр.1 (жінки середнього віку з прифронтових територій) і Гр.2 (жінки середнього віку з віддалених територій), і % доля людей в кожній групі з відповідністю спогадів заданим критеріям наведено в таблиці 3.2.

Виходячи з результатів таблиці 3.2, була виявлена статистично значуща різниця по критерію пов'язаності спогадів з батьком – їх було більше в Гр.1 респондентів з прифронтових територій; також показник емоції гніву, що пов'язан з матір'ю - більше в Гр.2 респондентів з віддалених територій; показник емоції страху, що пов'язан з матір'ю - більше у Гр.1; травма покинутості, що пов'язана з матір'ю, за Л. Бурбо – превалює в Гр.1; травма покинутості, що пов'язана з батьком, за Л. Бурбо – більше в Гр.2; також показник наявності у спогадах інших дійових осіб, крім батьків – більше в Гр.2 і тут він складає долю 100% респондентів.

Це може свідчити про наступні психологічні особливості.

Різниця в критеріальних показниках в Гр.1 та Гр.2

№	Категорія критеріїв	Назва критерію	% доля		Критерій кутового перетворення Фішера ϕ
			Гр.1	Гр.2	
1	Із ким із батьків пов'язані спогади	Тільки з матір'ю	24	16	0.71
2		Тільки з батьком	-	-	-
3		Більше з матір'ю	36	48	0.86
4		Більше з батьком	12	0	2.5**
5		Однакова кількість спогадів із матір'ю і з батьком	24	36	0.93
6		У спогадах не фігурують ні мати, ні батько	-	-	-
7	Емоції, пов'язані з матір'ю	Радість	96	84	1.48
8		Горе	12	8	0.47
9		Гнів	4	20	1.85*
10		Сором	8	4	0.6
11		Образа	8	24	1.59
12		Провина	8	12	0.47
13		Страх	36	8	2.52**
14		Смуток	36	40	0.29
15	Емоції, пов'язані з батьком	Радість	60	72	0.9
16		Горе	4	4	0
17		Гнів	8	8	0
18		Сором	4	0	1.42
19		Образа	0	4	1.42
20		Провина	0	4	1.42
21		Страх	12	8	0.47
22		Смуток	12	24	1.12
23	Травми, пов'язані з матір'ю за Л.Бурбо	Відторгнення	36	24	0.93
24		Покинутість	8	0	2.03*
25		Приниження	4	16	1.48
26		Зрада	24	24	0
27		Несправедливість	44	28	1.19
28	Травми, пов'язані з батьком за Л. Бурбо	Відторгнення	-	-	-
29		Покинутість	0	8	2.03*
30		Приниження	4	0	1.42
31		Зрада	8	4	0.6
32		Несправедливість	-	-	-
33	Наявність у спогадах інших дійових осіб		88	100	2.5**

Примітка: *- $p \leq 0,05$; **- $p \leq 0,01$.

Більша кількість спогадів, пов'язаних з батьком в Гр.1: в умовах воєнних дій жінки з прифронтових територій можуть більше звертатися до цих спогадів, шукаючи відчуття підтримки і безпеки, що може асоціюватися у них з фігурою батька. Також через взаємодію з внутрішньою фігурою батька жінки можуть орієнтуватися на цей образ, щоб мати змогу справлятися з обстановкою невизначеності і нестабільності. Вищий показник емоції гніву, пов'язаний з матір'ю у Гр.2: в кризових ситуаціях, коли небезпека не торкається безпосередньо, більшість людей мають схильність до перенесення відповідальності та пошуку винних у своєму емоційному стані серед інших людей. Можливо, в даному випадку, емоційна нестабільність та відсутність підтримки матері в дитячому віку зараз проявляється через гнів у спогадах. Вищий показник емоції страху, пов'язаний з матір'ю у Гр.1: материнська фігура може уособлювати собою емоційну вразливість, яка підсилюється в умовах воєнних дій. Це почуття може бути вкоріненим в дитячих спогадах, де мати виступала вразливою або безпорадною. Вищий показник травми покинутості, що пов'язана з матір'ю, за Л. Бурбо в Гр.1: в умовах воєнних дій жінки можуть відчувати, що мати не змогла забезпечити їм достатній рівень захисту або підтримки. Це почуття може бути перенесене на дитячі спогади, де вони відчували себе покинутими. Вищий показник травми покинутості, що пов'язана з батьком, за Л. Бурбо в Гр.2: в даному випадку також може бути, що жінки з віддалених територій переносять відповідальність і відчувають, що їх батько не зміг забезпечити їм необхідний захист, на відміну від жінок з прифронтових територій, де жінки звертаються до образу батька, як до підтримуючої фігури захисника. Вищий показник наявності у спогадах інших дійових осіб, крім батьків в Гр.2: це може свідчити про те, що у жінок з віддалених територій більше можливостей для взаємодії з іншими людьми, вони відчувають більш широку суспільну підтримку і включають у спогади більший круг знайомих, ніж тільки сім'я.

3.2 Особливості прояву актуального травматичного досвіду і структурних особливостей емоційної сфери у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R, Impact of Event Scale) дозволяє діагностувати симптоми вторгнення, уникнення і гіперзбудження. В свою чергу, дані 3 субшкали дозволяють оцінити рівень впливу травматичної події на людину і зрозуміти, які аспекти виражені найбільше. Результати дослідження наведені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Різниця оцінки впливу травматичної події між Гр.1 та Гр.2

Назва субшкали	Середнє значення М		Уемп. критерій Манна-Уїтні
	Гр. 1	Гр. 2	
Вторгнення	20,64	10,32	107**
Уникнення	17,04	7,96	120,5**
Гіперзбудження	18,16	9,64	125**
Загальний показник	55,84	27,92	109,5**

Примітка: *- $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$.

Виходячи з даних таблиці 3.3 можна відзначити, що в Гр.1 більш виражені симптоми за всіма трьома субшкалами, ніж в Гр.2. І ці відмінності є статистично значущими. Тобто жінки з прифронтових територій інтенсивніше і частіше відчувають симптоми вторгнення (повторні нав'язливі спогади про травматичну подію, повторне її переживання, кошмари, флешбеки), симптоми уникнення (спроби уникати місць, ситуацій, дій, речей, розмов, думок, емоцій, пов'язаних з травматичним досвідом), симптоми гіперзбудження (нездатність самотійно розслабитися, заспокоїтися, підвищена тривожність і «бойова готовність», дратівливість, гнівливість, безсоння, труднощі з концентрацією уваги або навпаки підвищена пильність, тахікардія) ніж жінки з віддалених територій. Це може вказувати на те, що безпосередня близькість до зони небезпеки і постійна загроза життя збільшують психологічну вразливість, викликають більш інтенсивну реакцію на травматичні події, нестабільність і

невизначеність підвищують рівень стресу і, таким чином, призводять до більш виражених посттравматичних стресових реакцій.

Для визначення особливостей емоційної сфери у жінок середнього віку з прифронтових територій України під час воєнного стану використовувалась шкала диференціальних емоцій Ізарда К. В таблиці 3.4 надані середні показники за окремими емоціями і достовірні відмінності прояву емоцій між Гр.1 і Гр.2 за допомогою U критерію Манна-Уїтні.

Таблиця 3.4

Достовірність відмінностей прояву емоцій між Гр.1 і Гр.2

№	Назва емоції	Середнє значення М		Uемп. критерій Манна-Уїтні
		Гр. 1	Гр. 2	
1	Інтерес	8,64	8,4	286
2	Радість	6,4	6,76	279,5
3	Подив	5,12	3,76	204,5*
4	Горе	5,2	4,28	215,5*
5	Гнів	4,52	3,84	240,5
6	Відраза	4,44	3,88	288,5
7	Презирство	3,88	4,12	249,5
8	Страх	3,72	3,2	200*
9	Сором	5,28	5,24	301
10	Провина	5,24	4,08	128,5**

Примітка: *- $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$.

Виходячи із результатів таблиці 3.4 можна відзначити, що статистично значущі відмінності були виявлені за емоцією подиву, що може вказувати на те, що жінки з прифронтових територій частіше або більш виражено відчують подив у зв'язку зі зміною обставин або несподіваним характером їх зміни, що проявляється на прифронтових територіях. Також статистично значущі відмінності були виявлені за емоцією горя, що свідчить про те, що жінки з прифронтових територій переживають горе частіше через травматичні події, складні життєві обставини або втрати. Також статистично значущі відмінності були виявлені за емоцією страху, що свідчить про те, що жінки з прифронтових територій більш інтенсивно відчують страх, перебуваючи в зоні небезпеки і зіштовхуючись з постійною загрозою життю і здоров'ю, ніж жінки з віддалених

територій. Також статистично значущі відмінності були виявлені за емоцією провини, що свідчить про те, що жінки з прифронтових територій більш виражено відчувають провину, ймовірно, через відчуття незахищеності своїх близьких або невиконання певних обов'язків через травматичні події і складні життєві обставини.

За іншими емоціями інтересу, радості, гніву, відрази, презирства, сорому статистично значущих відмінностей не було виявлено, що свідчить про схоже емоційне реагування у респондентів обох груп.

Також доречним може бути порівняння результатів складання сум окремих емоцій:

$$K = \frac{C1 + C2 + C3 + C9 + C10}{C4 + C5 + C6 + C7 + C8} ,$$

де К – загальне самопочуття; C1, C2, C3... - емоція під №1, №2, №3 відповідно.

В Гр.1 $K = 1,41 > 1$, що відповідає гіпертимному типу акцентуації характеру і визначає загальне почуття респондентів як позитивне.

В Гр.2 $K = 1,46 > 1$, що також свідчить про гіпертимний тип акцентуації характеру і позитивне самопочуття.

Дані показники свідчать про те, що в обох групах у респондентів присутня піднесеність емоційності, підвищений настрій, оптимізм, активність. Ймовірно, що в даних умовах воєнного стану жінки зберігають певну емоційну стійкість і ресурси для підтримки позитивного самопочуття. Спостерігається незначна перевага показнику в Гр.2, що може бути пов'язано з меншою безпосередньою загрозою життю і здоров'ю, меншою небезпекою і дією стресових факторів, з більшою кількістю ресурсів для підтримки позитивного стану. В Гр.1 позитивне самопочуття і емоційна стійкість може бути формою адаптації до складних життєвих умов.

3.3. Особливості прояву посттравматичних стресових реакцій у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану

Для загальної оцінки посттравматичних стресових реакцій використовувалась Міссісіпська шкала в цивільному варіанті. Були використані критерії вираженості ПТСР надані Волошиним П.В. зі співавторами [34]. Середні значення з % долею людей в кожній групі з наявністю кожного типу вираженості симптомів ПТСР і достовірність відмінностей показана в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Діагностичні результати за Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичних стресових реакцій

Вибірка	Чисельність N	Середнє значення M	Вираженість симптомів ПТСР, %			Uemp. критерій Манна- Уїтні
			Норма	Окремі симптоми ПТСР	Ознаки клінічного варіанту ПТСР	
			До 77 балів	78-97 балів	98-145 балів	
Гр. 1	25	87,4	36	32	32	230
Гр. 2	25	79,24	56	28	16	
Разом	50	83,32	46	30	24	-

Із таблиці 3.5 можна відзначити, що статистично значущих відмінностей у прояві посттравматичних стресових реакцій між групами немає, хоча є тенденція, що в Гр.1 вищі показники вираженості окремих симптомів ПТСР і ознак клінічного варіанту ПТСР вдвічі (32% в Гр.1 і 16% в Гр.2), а в Гр.2 вищі показники прояву симптомів ПТСР на рівні норми. Такий розподіл показників можна пояснити близькістю респондентів з Гр.1 до зони бойових дій і більшим впливом травматичних подій і стресових факторів.

3.4 Особливості факторного зв'язку актуального травматичного досвіду та інфантильного травматичного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану

Останнім етапом дослідження було визначення факторної структури актуального травматичного досвіду та інфантильного травматичного досвіду в обох групах респондентів: в Гр.1 – у жінок середнього віку з прифронтових територій України, і в Гр.2 – у жінок середнього віку з віддалених територій України. Дані, отримані за тестуванням Л.Бурбо «П'ять травм», шкалою оцінки впливу травматичної події, Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичних стресових реакцій (цивільний варіант), шкалою диференціальних емоцій К.Ізарда факторизувались із застосуванням експлораторного факторного аналізу методом головних компонент із обертанням Varimax за допомогою програмного забезпечення для статистичного аналізу даних IBM SPSS. Для перевірки доцільності застосування факторного аналізу використовувались критерій Бартлетта і критерій Кайзера-Мейера-Олкіна (КМО): для Гр.1 $\chi^2=468,265$, $df=171$, $p=0,001$, критерій адекватності вибірки КМО 0,514; для Гр.2 $\chi^2=530,856$, $df=171$, $p=0,001$, критерій адекватності вибірки КМО 0,526. Виходячи з даних значень, застосування факторного аналізу є прийнятним для аналізу отриманих даних.

В таблиці 3.6 приведена факторна структура інфантильного і актуального травматичного досвіду в Гр.1. Дана факторна структура утворена п'ятьма факторами.

Виходячи з результатів таблиці 3.6, можна відзначити, що до фактору 1 «контамінація травм» відносяться: травма приниження (0,420), травма несправедливості (0,459), подив (0,517), горе (0,698), гнів (0,811), відраза (0,954), презирство (0,770), страх (0,508), сором (0,721), провина (0,804). Дана комбінація може свідчити про те, що відбувається контамінація травм в часовому і емоційному аспекті: ранні травми приниження і несправедливості, що концептуально пов'язані зі самоспрямованими емоціями сорому і провини,

які, в свою чергу, мають найвищі показники, взаємопідсилюють актуальні травматичні переживання. Тобто в ситуаціях нових травматичних подій під час воєнного стану рання травматична емоційна матриця активізується і викликає більш гострі актуальні переживання. Також можна відзначити групування негативних емоцій високої інтенсивності і наявність страху та горя, що вказує на травматичний характер переживань.

Таблиця 3.6

Факторна структура інфантильного і актуального травматичного досвіду в Гр.1

Елементи фактору	Фактори				
	1	2	3	4	5
Травма видкинутості	-	-	0,608	0,469	-
Травма покинутості	-	-	0,800	-	-
Травма приниження	0,420	-	0,556	0,476	-
Травма зради	-	-	-	0,910	-
Травма несправедливості	0,459	-	-	0,748	-
Вторгнення	-	0,833	-	-	-
Уникнення	-	0,849	-	-	-
Гіперзбудження	-	0,821	-	-	-
ПТСР Міссісіп.шкала	-	0,469	-	-	0,478
Інтерес	-	-	-	-	- 0,929
Радість	-	-	- 0,718	-	- 0,473
Подив	0,517	-	- 0,749	-	-
Горе	0,698	-	-	-	0,435
Гнів	0,811	-	-	-	-
Відраза	0,954	-	-	-	-
Презирство	0,770	-	-	-	-
Страх	0,508	0,609	-	-	-
Сором	0,721	-	-	-	0,416
Провина	0,804	-	-	-	-

Примітка: 1 – контамінація травм, 2 – симптомокомплекс ПТСР, 3 – депривація позитивного афекту, 4 – соціальна травматизація, 5 - посттравматична афективно-мотиваційна депривація.

До фактору 2 «симптомокомплекс ПТСР» відносяться: вторгнення (0,833), уникнення (0,849), гіперзбудження (0,821), загальні посттравматичні стресові реакції (0,469), страх (0,609). Дана комбінація свідчить про класичну симптоматику ПТСР, де страх доповнює картину: формує поведінку уникнення, є природною логічною реакцією на травматичні спогади (вторгнення) і підтримує стан гіперзбудження. Такий фактор однозначно свідчить про сформованість ПТСР у даної групи респондентів.

До фактору 3 «депривація позитивного афекту» відносяться: травма відкинутості (0,608), травма покинутості (0,800), травма приниження (0,556), і найбільші негативні значення радість (-0,718), подив (-0,749). Дана комбінація свідчить про порушення базового почуття безпеки, комплексну травматизацію в сфері прив'язаності, що супроводжується зниженням здатності переживати позитивні емоції (радість) і здатність дивуватися (і відкритості новому досвіду). Це може вказувати на емоційне притуплення і формування захисної емоційної маски, де позитивні емоції блокуються.

До фактору 4 «соціальна травматизація» відносяться: травма відкинутості (0,469), травма приниження (0,476), травма зради (0,910), травма несправедливості (0,748). Дана комбінація свідчить про наявність порушення почуття довіри, уявлень про безпеку і справедливість світу та соціуму.

До фактору 5 «посттравматична афективно-мотиваційна депривація» відносяться: загальні посттравматичні стресові реакції (0,478), негативні найбільші значення інтересу (-0,929) і радості (-0,473), горе (0,435), сором (0,416). Дана комбінація свідчить про формування депресивного типу реагування, про домінування негативного афекту, про втрату цікавості до життя і емоційне притуплення.

Далі розглянемо факторну структуру інфантильного і актуального травматичного досвіду в Гр.2, яка приведена в таблиці 3.7. Дана факторна структура також утворена п'ятьма факторами.

Факторна структура інфантильного і актуального травматичного досвіду в Гр.2

Елементи фактору	Фактори				
	1	2	3	4	5
Травма відкинутості	0,647	-	0,409	-	0,506
Травма покинутості	-	-	0,808	-	-
Травма приниження	-	0,414	0,771	-	-
Травма зради	-	-	-	0,864	-
Травма несправедливості	-	-	-	0,869	-
Вторгнення	0,939	-	-	-	-
Уникнення	0,940	-	-	-	-
Гіперзбудження	0,944	-	-	-	-
ПТСР Міссісіп.шкала	0,733	-	-	-	-
Інтерес	-	-	- 0,695	0,405	-
Радість	-	0,668	-	-	- 0,563
Подив	-	0,840	-	-	-
Горе	0,695	0,513	-	-	-
Гнів	-	0,658	-	-	-
Відраза	-	-	-	-	0,805
Презирство	-	0,802	-	-	-
Страх	-	0,775	-	-	-
Сором	-	-	0,582	-	0,457
Провина	0,476	0,734	-	-	-

Примітка: 1 – контамінація травм, 2 – емоційна амбівалентність, 3 – мотиваційна депривація, 4 – соціальна травматизація, 5 – внутрішній конфлікт.

Виходячи з результатів таблиці 3.7, можна відзначити, що до фактору 1 «контамінація травм» відносяться: травма відкинутості (0,647), вторгнення (0,939), уникнення (0,940), гіперзбудження (0,944), загальні посттравматичні стресові реакції (0,733), горе (0,695), провина (0,476). Дана комбінація може свідчити про те, що, як і в Гр.1, рання травма відкинутості формує травматичну емоційну матрицю, на підґрунті якої симптоми ПТСР стають найбільше виражені. Дана рання травма відкинутості може підсилювати реакції

гіперзбудження та уникнення, як захисні стратегії від повторення досвіду відкинутості. Також дана травма може бути тригером для більш вираженого розвитку симптомів вторгнення. Наявність компонентів горя (0,695) і провини (0,476) може бути реакціями на повторне переживання досвіду відкинутості в контексті актуальних травматичних подій. Також у респондентів даної Гр.2 може бути схильність визначати географічну віддаленість від основних подій як форму відкинутості (посилення відчуття безпорідності і втрати контролю).

До фактору 2 «емоційна амбівалентність» відносяться: травма приниження (0,414), радість (0,668), подив (0,840), горе (0,513), гнів (0,658), презирство (0,802), страх (0,775), провини (0,734). Особливістю даного фактора є поєднання протилежних емоцій, тобто емоційний стан, його зміна і реагування є нестабільними. Також рання травма приниження може бути підґрунтям для цієї емоційної нестабільності і суперечливого реагування на травматичні події.

До фактору 3 «мотиваційна депривація» відносяться: травма відкинутості (0,409), травма покинутості (0,808), травма приниження (0,771), інтерес (-0,695), сором (0,582). Структура даного фактору схожа зі структурою фактору Гр.1: в обох групах ядро фактору становлять травми прив'язаності, тільки в Гр.1 йде блокування радості і подиву, а в Гр.2 блокується інтерес – мотиваційний компонент, і присутній сором, як додатковий травматичний компонент. В обох групах закриття від нового досвіду може бути захисною реакцією або способом впоратися з тривогою, або реакцією на інформаційне перенавантаження від травматичних новин.

До фактору 4 «соціальна травматизація» відносяться: травма зради (0,864), травма несправедливості (0,869), інтерес (0,405). Структура даного фактору схожа зі структурою фактору 4 в Гр.1, тільки в Гр.1 вона посилена травмою відкинутості і травмою приниження. В даному випадку в Гр.2 показник інтересу, можливо, вказує на спробу опрацювання, осмислення, раціоналізації травматичних подій і переживань. Відчуття зради і несправедливості можуть акцентуватись з приводу географічної віддаленості

від подій на фронті або міркувань щодо розподілу безпечних і небезпечних зон в країні, або несправедливості самої війни як явища.

До фактору 5 «внутрішній конфлікт» відносяться: травма відкинутості (0,506), радість (-0,563), відраза (0,805), сором (0,457). Це може свідчити про наявність внутрішнього протесту проти існуючих складних обставин, про що вказує високе значення відрази. Також відраза, сором, травма відкинутості в поєднанні з заборонаю на радість може свідчити про формування такої захисної реакції на почуття віддаленості від подій і перебування у відносній безпеці. Також інтеграція радісних емоцій може бути складним явищем в контексті воєнного стану.

Таким чином, після факторизації в обох групах можна відзначити, що кожна група має свою унікальну факторну структуру, яка відображає специфіку кожної групи. В обох групах було виділено 5 факторів, деякі з котрих відрізняються за змістом і їх назви відображають ці відмінності. Фактор 1 «контамінація травм» є схожим в обох групах, тільки в Гр.1 базовими ранніми травмами є травма приниження і травма несправедливості, які підсилюють актуальні травматичні переживання, а в Гр.2 базовою травмою є травма відкинутості, що підсилює симптоми ПТСР. Фактор 2 в Гр.1 «симптомокомплекс ПТСР» свідчить про сформованість ПТСР в даній групі, а в Гр.2 фактор 2 «емоційна амбівалентність» свідчить про нестабільність емоційного стану і патерну реагування респондентів цієї групи. Фактор 3 «депривація позитивного афекту» в Гр.1 схожий з фактором 3 «мотиваційна депривація» в Гр.2 тим, що ядро фактору формують травми прив'язаності, тільки в Гр.1 акцент зміщується на блокування позитивних емоцій радості і подиву, а в Гр.2 блокується інтерес. Фактор 4 «соціальна травматизація» також схожий в обох групах, тільки в Гр.1 до фактору 4 відносяться: травма відкинутості, травма приниження, травма зради, травма несправедливості і це свідчить про сильне порушення почуття довіри, уявлень про безпеку і справедливість світу та соціуму. А в Гр.2 до фактору 4 відносяться тільки травма зради і травма несправедливості, в поєднанні з інтересом, що свідчить

про спробу опрацювання травматичних подій і переживань. Фактор 5 в обох групах має схожі компоненти блокування радості і наявності сорому, але в Гр.1 блокування радості і інтересу присутнє разом з наявністю посттравматичних стресових реакцій і горя, що є прямою реакцією на травматичний досвід під час воєнного стану, а в Гр.2 блокування радості поєднується з відразою, соромом і травмою відкинутості, що більше формує картину внутрішнього конфлікту. В результаті описового порівняння, можна зробити висновок, що хоча обидві групи переживають травматичний досвід воєнних дій, механізми травматизації, їх прояв і реагування має відмінності залежно від географічної віддаленості воєнних дій.

Висновки до розділу 3

1. Дослідження інфантильного травматичного емоційного досвіду жінок середнього віку з прифронтових територій під час воєнного стану базувалось на типології 5-ти травм Л. Бурбо. У жінок з прифронтових територій було виявлено тенденційно вищий рівень травматизації за чотирма з п'яти травм, але статистично значущі результати були отримані тільки за травмою відкинутості. Це може свідчити про порушення базового відчуття безпеки, актуалізацію відчуття відторгнення під час воєнного стану, зниження самооцінки, підсилення тенденція до ізоляції. Також на посилення травми відкинутості може впливати різний рівень доступності психологічної, соціальної та емоційної підтримки в залежності від географічної віддаленості від воєнних дій. Відсутність статистично значущих відмінностей за іншими чотирма травмами може вказувати на схожість травматичного досвіду обох груп.

2. Також для виявлення інфантильної психотравмованості використовувалась методика аналізу ранніх спогадів W.R. Rule і критерії для аналізу автора О. Ю. Доценко. Були виявлені наступні особливості стосунків з батьківськими фігурами (статистично значущі відмінності): в Гр.1 було більше спогадів, пов'язаних з фігурою батька, ніж в Гр.2, що може вказувати на пошук захисту і відчуття безпеки в умовах воєнних дій; вищий рівень травми

покинутості, пов'язаної з матір'ю в Гр.1; більше прояв страху в спогадах, пов'язаних з матір'ю в Гр.1; в свою чергу, в Гр.2 був вищий рівень гніву у спогадах, пов'язаних з матір'ю; більше прояв травми покинутості, пов'язаної з батьком і ширше коло інших дійових осіб у спогадах (100% в Гр.2 згадують інших людей крім батьків). Тобто при умовах близькості до небезпеки в Гр.1 підсилюється значущість батьківських фігур, активізуються інфантильні травми, пов'язані з матір'ю і зростає рівень страху у спогадах. В умовах відносної безпеки і віддаленості від воєнних дій в Гр.2 спостерігається здатність до широкої соціальної взаємодії, вище прояв агресивних емоцій і більше травма покинутості, пов'язана з батьком.

3. На основі результатів дослідження актуальної травматизації за допомогою шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) були виявлені наступні психологічні особливості актуального травматичного досвіду: в Гр.1 спостерігається вищий рівень показників за всіма трьома субшкалами (статистично значущі відмінності): гіперзбудження, уникнення і вторгнення. Це свідчить про те, що безпосередня близькість до воєнних дій, постійна загроза життю і здоров'ю, умови нестабільності і невизначеності, хронічний стрес підвищують інтенсивність стресових реакцій та збільшують психологічну вразливість.

4. При дослідженні актуального травматичного досвіду за допомогою Міссісіпської шкали оцінки посттравматичних стресових реакцій (в цивільному варіанті) і використанні критеріїв вираженості ПТСР, наданих Волошиним П.В. зі співавторами, статистично значущих відмінностей не було виявлено. Однак, спостерігається тенденція до більш вираженого прояву симптомів ПТСР в Гр.1: в цій групі виявлені вищі показники вираженості окремих симптомів ПТСР і ознак клінічного варіанту ПТСР вдвічі (32% в Гр.1 і 16% в Гр.2), а в Гр.2 вищі показники прояву симптомів ПТСР на рівні норми. Дані тенденційні відмінності можуть бути пов'язані з географічною близькістю респондентів з Гр.1 до зони бойових дій, більшим впливом травматичних подій і стресових факторів.

5. При дослідженні психологічних особливостей емоційної сфери за допомогою шкали диференціальних емоцій К. Ізарда у респондентів обох груп були виявлені статистично значущі відмінності за наступними емоціями: подив, горе, страх і провина були більш вираженими в Гр.1, що свідчить про більш інтенсивний вплив стресових обставин на жінок з прифронтових територій. Відмінності показників інших емоцій радості, інтересу, презирства, гніву, відрази, сорому не були статистично значущими, що може вказувати на схожість емоційного фону в обох групах. Також було обчислено рівень загального самопочуття, і в обох групах він виявився позитивним. В Гр.2 даний показник є тенденційно трохи вищим, ніж в Гр.1, що може свідчити про менший вплив травматичних подій на респондентів Гр.2, і про формування психологічної адаптації для респондентів Гр.1.

6. В результаті факторизації було виявлено, що в обох групах респондентів спостерігається феномен контамінації травм (фактор 1), де базові ранні травми є підґрунтям для більш інтенсивних реакцій на актуальні травматичні події; в обох групах спостерігаються інфантильні травми прив'язаності; в обох групах присутнє блокування позитивних емоцій (фактор 3); в обох групах виявлена соціальна травматизація (фактор 4). Відмінностями, в свою чергу, є те, що Гр.1 демонструє класичний прояв симптомів ПТСР і блокування позитивних емоцій відбувається більш інтенсивно; Гр.2 демонструє прояв внутрішнього конфлікту, спостерігається емоційна амбівалентність і домінування травми відкинутості, і разом з тим спостерігається спроба опрацювання травматичного досвіду через інтерес. Тобто у респондентів Гр.1 характер травматизації є прямим через безпосередню близькість до воєнних дій, а в Гр.2 травматизація є більш вторинною через географічну віддаленість від травматичних подій. В Гр.1 відбувається емоційне притуплення, а в Гр.2 емоційні реакції є більш амбівалентними. Також можна відзначити, що емоційне притуплення може виступати захисною стратегією у респондентів Гр.1, а, в свою чергу, у респондентів Гр.1 спостерігаються внутрішні конфлікти і спроби їх опрацювання через інтерес.

ВИСНОВКИ

1. В результаті аналізу літератури було виявлено, що розподіл психологічних травм за інфантильною і актуальною природою походження часто зустрічається в роботах авторів З. Фрейда, А. Фрейд, Дж. Боулбі і Л. Бурбо. Блінов О.А досліджував вплив бойових психічних травм, Грінберг Л. і Елліотт Р. розглядали ідеї концептуалізації травматичного емоційного досвіду через поняття «емоційної схеми». Емпіричні дослідження Харченка А.О. та Семиволоса С.В. демонструють складність структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих військових з ППД і феномен «злипання» травм. У дослідженнях Писаненка Д.С., Кабаргіної В.О. та Зінченка Ю.О. відзначено підвищений рівень тривожності та депресії серед всіх груп респондентів під час воєнного стану. У дослідженнях Мікіртічяна А., Боснюка В. та Педоренка В.М. встановлено, що всі українські вимушені переселенці демонструють погіршення емоційного стану та поведінку уникнення від стресових ситуацій.

2. При дослідженні інфантильного травматичного емоційного досвіду було виявлено тенденційно вищий рівень травматизації за чотирма з п'яти травм, але статистично значущі результати були отримані тільки за травмою відкинутості. При дослідженні інфантильної психотравмованості за методикою аналізу ранніх спогадів W.R. Rule і критеріїв для аналізу автора О. Ю. Доценко були виявлені наступні особливості стосунків з батьківськими фігурами (статистично значущі відмінності): для жінок з прифронтових територій є характерним наявність більшості спогадів, пов'язаних з фігурою батька; вищий рівень травми покинутості, пов'язаної з матір'ю; більше прояв страху в спогадах, пов'язаних з матір'ю; в свою чергу, у жінок з віддалених територій був вищий рівень гніву у спогадах, пов'язаних з матір'ю; більше прояв травми покинутості, пов'язаної з батьком і ширше коло інших дійових осіб у спогадах (100% жінок з віддалених областей згадують інших людей крім батьків).

3. При дослідженні особливостей впливу травматичних подій на основі шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) було виявлено у жінок з прифронтових територій вищий рівень показників за всіма трьома субшкалами (статистично значущі відмінності): гіперзбудження, уникнення і вторгнення. При дослідженні емоційної сфери за допомогою шкали диференціальних емоцій К. Ізарда були виявлені статистично значущі відмінності за наступними емоціями: подив, горе, страх і провина були більш вираженими у жінок з прифронтових областей, що узгоджується з дослідженнями Писаненка Д.С., Кабаргіної В.О. та Зінченка Ю.О., де було виявлено підвищений рівень депресії, тривожності і скупчення негативних емоцій. Відмінності показників інших емоцій радості, інтересу, презирства, гніву, відрази, сорому не були статистично значущими. Також було обчислено рівень загального самопочуття, і в обох групах він виявився позитивним, що узгоджується з дослідженнями Мікіртічяна А., Боснюка В., які зазначають, що люди, котрі не стали переселенцями і залишилися в місцях свого проживання, демонструють найбільші показники суб'єктивного благополуччя.

4. При дослідженні посттравматичних стресових реакцій за допомогою Міссісіпської шкали (в цивільному варіанті) і використанні критеріїв вираженості ПТСР, наданих Волошиним П.В. зі співавторами, статистично значущих відмінностей не було виявлено. Однак, спостерігається тенденція до більш вираженого прояву симптомів ПТСР в групі жінок з прифронтових територій: в цій групі виявлені вищі показники вираженості окремих симптомів ПТСР і ознак клінічного варіанту ПТСР вдвічі, а в групі жінок з віддалених областей вищі показники прояву симптомів ПТСР на рівні норми.

5. В результаті факторизації були виявлені наступні особливості зв'язку інфантильних травм і актуальних: в обох групах респондентів спостерігається феномен контамінації травм (фактор 1), що демонструє схожість із результатами досліджень Харченка А.О. та Семиволоса С.В. з приводу «злипання» травм у демобілізованих військових; в обох групах спостерігаються інфантильні травми прив'язаності; в обох групах присутнє блокування

позитивних емоцій (фактор 3); в обох групах виявлена соціальна травматизація (фактор 4). Відмінностями, в свою чергу, є те, що група жінок з прифронтових областей демонструє класичний прояв симптомів ПТСР і блокування позитивних емоцій відбувається більш інтенсивно; жінки з віддалених областей демонструють прояв внутрішнього конфлікту, спостерігається емоційна амбівалентність і домінування травми відкинутості, і разом з тим спостерігається спроба опрацювання травматичного досвіду через інтерес. Тобто у жінок з прифронтових територій характер травматизації є прямим, а у жінок з віддалених територій – вторинним.

В якості загального висновку нашого дослідження можна відзначити, що гіпотеза дослідження підтвердилась частково: були виявлені статистично значущі відмінності за певними психологічними особливостями травматичного емоційного досвіду у жінок з прифронтових територій, але деякі результати дослідження залишились на рівні тенденцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Байдак М. С. Жінка в умовах війни у світлі повсякденних практик (на матеріалах Галичини 1914–1921 років) : дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01. Львів, 2017. 308 с.
2. Хелашвілі А., Боброва А., Хассай Є., Сирбу О., Ломоносова Н., Назаренко Ю. Рік повномасштабної війни в Україні: думки, переживання, дії. Результати п'ятої хвилі дослідження. Звіт підготовлено в межах Ініціативи з розвитку аналітичних центрів в Україні, яку впроваджує Міжнародний фонд «Відродження» за фінансової підтримки Посольства Швеції в Україні. Cedos. 2023. 86 с.
3. Psychological consequences of war in Ukraine: assessing changes in mental health among Ukrainian parents / P. Hyland et al. *Psychological Medicine*. 2023. P. 1–3. URL: <https://doi.org/10.1017/s0033291723000818>
4. Стяжкіна О.В. Жінки України в повсякденні окупації: відмінності сценаріїв, інтенції й ресурси виживання. *Український історичний журнал*. 2015. № 2 (521), берез. – квіт. С. 42-66.
5. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. *Psychological Prospects Journal*. 2023. № 41. С.55-73. URL: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-vol>
6. Freud S. *Studies in hysteria*. London : Penguin Books, 2004. 315 p.
7. Паливода Л.І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проекціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського, серія «Психологія»*. 2021. № 6. С. 68-72. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/6_2021/11.pdf
8. 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 наук.-практ. конф., м.Київ, 11- 12 трав. 2011 р. / Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця, 2011. С.50-54.

9. Максимова Н. Ю. Психологічна травма як чинник адиктивної поведінки. *Актуальні проблеми психології*. 2017. Т. 11, вип. 15. С. 292–298.

10. Харченко А.О. Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.01. Харків, 2018. 204 с.

11. Кочарян А.С., Лісеная А.М. Психотерапевтичний контекст переживання. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2010. №913. Вип.44. С.71-74.

12. Заграй Л.Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2015. Вип. 128. С.108-111.

URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2015_128_26

13. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія «Педагогічні та психологічні науки»*. 2015. №1. С. 378-390. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnapv_ppn_2015_1_31

14. Дзюба Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: особливості і наслідки. *Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання* : зб. тез доп. міжн. наук.-практ. конф. Харків. нац. ун-т внутр. справ; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка Нац. акад. пед. наук України; Консулт. місія Європейського Союзу в Україні. Харків: ХНУВС, 2017. С. 27-29.

URL: http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/7666/1/Dzuba_Travm_situasio.pdf

15. Діденко Г. О. Психологічні особливості життєвого стилю осіб з травматичним досвідом : автореф. дис....канд. псих. наук : 19.00.01 / Луцьк, 2020. 20 с.

URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/824303.pdf>

16. Євсюков О. П., Садковий В.П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць Національного університету цивільного захисту України*. 2010. Вип. 7. С. 121–128. URL: <https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol7/015.pdf>

17. Сандал О.С. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2021. №2. С. 49-62. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-6>

18. Козловський І. Травма як досвід. *(Життє)стійкість після перемоги: безпекові виміри суспільного життя українців. Тема І. Травми минулого і безпека майбутнього* : розшир. тези виступу на віз. конф. УКУ – НаУКМА, м. Львів, 10 верес. 2022 р.

19. Фройд З. Вступ до психоаналізу: пер. з нім. П. Таращука. Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2015. 480 с.

20. Freud A. Ego and the Mechanisms of Defence. Karnac Books, 1992. 204 p.

21. Freud A. Normality and Pathology in Childhood. International Universities Press, 1998. 273 p.

22. Bowlby J. Attachment and loss. London : The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1980. 472 p.

23. Семиволос С.В. Психологічні особливості емоційної сфери у чоловіків з постстресовою психологічною дезадаптацією : кваліфікаційна магістерська робота студенту 2 курсу, спеціальності 053 - Психологія. Науковий керівник А.О. Харченко. Харків : Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, 2023. 53с. URL: <https://ekhnuir.karazin.ua/handle/123456789/18309>

24. Писаненко Д.С. Гендерні особливості емоційного стану громадян України під час військових дій : кваліфікаційна магістерська робота студенту 2 курсу, спеціальності 053 – Психологія. Науковий керівник В.А. Федосєєв. Харків : Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, 2023. 53с. URL: <https://ekhnuir.karazin.ua/handle/123456789/18291>

25. Кабаргіна В.О. Психологічні особливості емоційної сфери внутрішньо переміщених осіб : кваліфікаційна магістерська робота студентки 2 курсу, спеціальності 053 – Психологія. Науковий керівник В.А. Федосєєв. Харків : Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, 2023. 61с.

URL: <https://ekhnuir.karazin.ua/handle/123456789/18275>

26. Зінченко Ю.О. Особливості автобіографічної пам'яті у осіб з порушеннями емоційної сфери під час війни : кваліфікаційна магістерська робота студентки 2 курсу, спеціальності 053 – Психологія. Науковий керівник О.А. Невоєнна. Харків : Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, 2023. 64с. URL: <https://ekhnuir.karazin.ua/handle/123456789/18272>

27. Мікіртичьян А., Боснюк В. Психологічні особливості переживання травматичного досвіду українськими переселенцями. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2024. № 1(7). С. 28-39.

URL: http://dcpn.nuczu.edu.ua/images/2024-1/17_28-39.pdf

28. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. 2022. №5. С. 5-10. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/157/248>

29. Борщевська М.І. Проблеми розуміння психологічної травми для досліджень судово-психологічної експертизи. *Реферативно-науковий журнал. Судово-психологічна експертиза. Застосування поліграфа та спеціальних знань в юридичній практиці*. 2021. №4 (21). URL: <https://cutt.ly/PUiGMBU>

30. Merzliakova O. The trauma of war: diversity of challenges and their overcoming (summary of crisis counseling experience). *Image of the modern pedagogue*. 2023. Т. 1, № 5. С. 5–11. URL: [https://doi.org/10.33272/2522-9729-2023-5\(212\)-5-11](https://doi.org/10.33272/2522-9729-2023-5(212)-5-11)

31. Порджес С. Полівагальна теорія. Нейрофізіологічні основи емоцій, прихильності, спілкування та саморегуляції : пер. з англ. С. Бабанін. Київ : Мультиметод, 2020. 464 с.

32. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.
33. Доценко О. Ю. Особливості сімейної соціалізації жінок із симптомокомплексом «емоційного холоду» : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.01. Харків, 2016. 192 с.
URL: https://psychology.karazin.ua/16_17_doki/Dotsenko/Dotsenko_diss.pdf
34. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., Підкоритов В.С., Ліпатов І.І., Бучок Ю.С., Заворотний В.І. Діагностика, терапія та профілактика медикопсихологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Київ, 2014. 67 с.
URL: <https://static.inpn.org.ua/uploads/files/231120181009%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC.pdf>
35. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін. *Медична психологія*. 2015. №1 (37). С. 8-13.
36. Титаренко Т. М. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : збірник статей. Київ, 2015. 150 с.
37. Підчасов Є. В., Ломакін Г. І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. №10. С. 86-98.
38. Турецька Ж.В. Психотерапія ПТСР в учасників бойових дій із застосуванням імагінальних технік. *Психологія і особистість*. 2016. №1(9). 342с.
39. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. №17. С. 104-111.
40. Кононенко О.І та ін. Соціальна акомодация та життєстійкість як ресурси виживання в умовах війни. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. №11(25). С.677-688.

АНОТАЦІЯ

Панаріна Д. Е. Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану.

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеню магістра за спеціальністю 053 – психологія. – Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м.Харків, 2024.

Магістерська робота присвячена дослідженню психологічних особливостей структури травматичного емоційного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України під час воєнного стану, що є актуальною дослідницькою задачею для глибшого розуміння психологічних реакцій на травматичні події під час воєнного стану.

Метою роботи є виявлення психологічних особливостей травматичного емоційного досвіду у жінок середнього віку з прифронтових областей України.

У дослідженні взяли участь 50 жінок середнього віку від 35 до 55 років, розподілені на дві групи за географічним принципом – з прифронтових областей України та з віддалених. Робота включає в себе вступ, три розділи та висновки.

Ключові слова: психологічна травма, емоційний досвід, інфантильна травма, стрес, травматичні події.

ABSTRACT

Panarina D. E. Psychological features of traumatic and emotional experience structure among middle-aged women from the frontline regions in Ukraine during martial law.

Qualification work for a Master's Degree in Psychology, specialty 053 – psychology. – V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, 2024.

The master's thesis is devoted to the study of psychological features of traumatic and emotional experience structure among middle-aged women from the frontline regions in Ukraine during martial law, which is an actual research task for a

deeper understanding of psychological reactions to traumatic events during martial law.

The purpose of study is to identify the psychological features of traumatic and emotional experience structure among middle-aged women from the frontline regions in Ukraine.

The study involved 50 middle-aged women aged 35 to 55, divided into two groups based on geography – from the frontline regions of Ukraine and from the remote regions. The master's thesis includes an introduction, three chapters and conclusions.

Key words: psychological trauma, emotional experience, infantile trauma, stress, traumatic events.