

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЛІНГВІСТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра психології і туризму

Кваліфікаційна робота бакалавра з психології
на тему: « Стратегії посттравматичного зростання в осіб ранньої
зрілості »

Допущено до захисту
« ____ » _____ року

Здобувачки вищої освіти
групи ПС 01-20
факультету туризму, бізнесу і психології
освітньої програми «Практична психологія»
за спеціальністю 053 Психологія
Гончаренко Анастасії Вадимівни

Завідувач кафедри психології і туризму,
доктор психологічних наук, професор

_____ Олександр БОНДАРЕНКО
(підпис)

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
Валентина КИРИЛЕНКО

Національна шкала _____
Кількість балів _____
Оцінка ЄКТС _____

ЗМІСТ

ВСТУП	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТРАТЕГІЙ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ В ОСІБ РАННЬОЇ ЗРІЛОСТІ	
1.1. Аналіз стресогенності та психологічної травми	6
1.2. Психологічні особливості розвитку осіб ранньої зрілості	18
1.3. Феномени посттравматичного стресового розладу та посттравматичного зростання	24
1.4. Стратегії сприяння посттравматичному зростанню.....	39
Висновки до першого розділу	42
РОЗДІЛ 2. ЕМПИРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ОСІБ РАННЬОЇ ЗРІЛОСТІ ТА РЕКОМЕНДЦІЇ ЩОДО ВИБОРУ СТРАТЕГІЇ	
2.1. Організація та методологія проведення дослідження	43
2.2. Аналіз зв'язку ПТЗ та ПТСР та результат дослідження	47
Висновки до другого розділу	55
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58
ДОДАТКИ	63
АНОТАЦІЯ/ RESUME	74

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тема даної дипломної роботи надзвичайно актуальна. Вона спрямована на поглиблення теоретичних і практичних знань щодо позитивного впливу стратегій феномену посттравматичного зростання (ПТЗ) на психічне здоров'я українців віку ранньої зрілості в кризовому періоді російсько-української війни. А також на подолання нервових потрясінь внаслідок інших психологічних травм. Зокрема стресу, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – внутрішньої катастрофи для людини, яка не знає як впоратися з усім пережитим і побаченим. Враховуючи те, що під час війни психічне здоров'я українців опинилося під загрозою, а війна продовжує спричиняти нові психічні потрясіння в поточному моменті, наразі актуальність теми зростає. Теоретичні та практичні знання викладені в даній роботі допоможуть людині, що перенесла психологічну травму, зайняти активну позицію, щодо успішного подолання травмуючої ситуації, спонукають до необхідності цінувати життя, контролювати свої дії заради збереження свого здоров'я і здоров'я близьких людей. Це також допоможе тим, хто до цього часу сприймає сучасну психотерапію на рівні радянських часів, усвідомити, що звертаючись до фахівця-психолога, вони утримують реальну практичну допомогу, так само як у тих, хто лікує зір, слух, шлунок, тощо.

Мета дослідження: Теоретично та емпірично дослідити особливості позитивного впливу стратегій посттравматичного зростання на відновлення або на посттравматичний розвиток осіб ранньої зрілості.

Об'єкт: Особи ранньої зрілості, що пережили травматичні події.

Предмет: Стратегії посттравматичного зростання, які спрямовані на підтримку і розвиток осіб ранньої зрілості після травматичних досвідів.

Гіпотеза: Особи ранньої зрілості, що знаходяться в стані ПТСР, не схильні до ПТЗ.

Завдання:

1. Аналіз психологічних аспектів травми: дослідження впливу травматичних подій на розвиток особистості та психічне здоров'я осіб ранньої зрілості.
2. Виокремлення стратегій посттравматичного зростання.
3. Діагностичне дослідження осіб ранньої зрілості, що перебувають у тривалій травматичній ситуації.
4. Обробка результатів емпіричного дослідження та складання висновку.

Теоретико-методологічною основою дослідження являються дослідження та праці багатьох вітчизняних вчених, таких як О.Р.Калітеєвської, С.Д.Максименко, Л.З.Сердюк, Д.О.Леонтєва, С.Г.Корчагіна, Ж.В. Пузанова, С.В. Духновський, Д. Перлман, Л. Е. Пепло, Д. Зілбург, К. Боумен, І.Ялом та ін. Проблеми адаптації в соціумі активно вивчалися зарубіжними авторами Ю.К. Роджерсом, Р. Даймондом, К. Левіним, З. Фрейдом, М. Seligman, R. Ryan & E. Decita ін.

У дипломній роботі для вирішення поставлених завдань була використана така сукупність методів:

теоретичні:

- 1) інтерпретаційно-аналітичний метод,
- 2) метод теоретичного узагальнення,
- 3) метод порівняння.

За допомогою цих методів проводилося вивчення та аналіз праць вітчизняних та зарубіжних дослідників з досліджуваної теми. Це дало змогу виявити сукупність концептуальних поглядів, що лягли в основу дослідження, а також теоретично обґрунтувати результати емпіричного дослідження.

емпіричні: первинне інтерв'ю. (Додаток А); шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale - Revised. скор. IES-R) <https://forms.gle/tED541mDawnVdGHZ9>; опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) <https://forms.gle/Z5ipRwrCtRpFQ7Cv6>; опитувальник

оцінки посттравматичного зростання (The Post- traumatic Growth Inventory (PTGI) <https://forms.gle/eaGMTv3cSQ1FpsbXA>

методи обробки емпіричних даних: кількісна та якісна обробка даних, частотний аналіз, критерій кореляції Пірсона, Excel.

Експериментальною базою емпіричного дослідження стали особи ранньої зрілості, що навчаються або працюють. Дослідження проводилось на вибірці з 32 осіб ранньої зрілості у віці від 21 до 25 років, в тому числі 25 осіб жіночої статі та 7 осіб чоловічої статі, серед яких 28 осіб – студенти 4 курсу рівня бакалавр вищих навчальних закладів різних галузей, які мають роботу у цивільній сфері на умовах неповної зайнятості та 4 осіб – особи, що мають вищу освіту рівня бакалавр та працюють у цивільній сфері. Всі особи проживають у місті Києві від початку воєнного стану разом з батьками і не мають власних сімей.

Результати кваліфікаційного дослідження доповідались на засіданні кафедри психології і туризму, міжнародній науково-практичній відеоконференції «Ad orbem per linguas. До світу через мови» та були представлені у вигляді тез у збірнику.

Структура та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел. Основний зміст роботи викладено на 76 сторінках друкованого тексту. Робота містить 9 таблиць. В роботі використано 36 джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТРАТЕГІЙ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ОСІБ РАННЬОЇ ЗРІЛОСТІ

1.1. Аналіз стресогенності та психологічної травми

Травма в перекладі з грецької мови означає рана, пронизувати, протикати наскрізь. Це негативна подія в житті, яка викликає біль, сильне емоційне переживання, потрясіння. В такому стані людина неспроможна на адекватні реакції, відчуває напругу, збудження такої сили, яка перевищує здатність її психіки впоратися з травматичною ситуацією загрози та дискомфорту, пов'язаного з отриманим стресом. Травма може бути як результатом, так і причиною стресу. Джерела травми це трагічні події або спогади про пережиті раніше катаклізми, катастрофи, сімейні кризи, отримання особисто значущої тривожної інформації тощо. При повторюваній травматизації у людини не вистачає зусиль і засобів для самостійного її подолання. Травми умовно визначаються як ситуації, що загрожують життю і здоров'ю людини. Однак вони бувають різні: легкі, важкі та несумісні з життям. Людина не може уникнути психологічної травми в своєму житті.

Вчені Сердюк Л.З. (2017) [12] та інші виділяють фізичні та психологічні травми. Так автор (2017), зазначає, що фізичне ушкодження тканин і органів людського організму з порушенням їх цілісності та функціональності, викликане зовнішньою механічною або термічною дією – це фізична травма. Вона проявляється падінням, ударами, пораненням, опіками, тощо.

Отже можна поняття травма сформулювати наступним чином: психологічна травма – це нервові потрясіння, порушення цілісності функціонування психіки, спричинене суб'єктивною ситуацією, яка пояснюється суб'єктивно, як непереборна, внаслідок недостатньої кількості ресурсів і засобів захисту. Психологічна травма викликає глибокі душевні емоціональні переживання і робить людину неспроможною проявляти

адекватні реакції, породжує потрясіння та стійкі патогенні зміни людської психіки.

Діти та підлітки найбільш вразливі до психологічних травм. Травма, викликана надзвичайною подією в дитинстві може істотно вплинути на подальший психологічний розвиток і поведінку дорослої людини. Часто дитячі психологічні травми людина отримує при ненормативному розвитку в дитинстві.

Туриніна О.Л. (2017) [15], зазначає, що травмована особа це та, яка має тривалі психологічні або фізичні наслідки стресу чи травми внаслідок кількох травмувань та знаходиться у стані емоційної напруги, шоку, безпорадності, важкої хронічної тривоги.

Вона розрізняє наступні типи травмуючих ситуацій:

1. Короткострокові (шокові) несподівані ситуації травмування дуже високої інтенсивності. Такі як дорожньо-транспортні пригоди, природні катаклізми, сексуальне насильство, грабіж, війна, розлука, смерть близької людини та ін.

2. Постійні або повторні (хронічні) травми. Така травма може бути малопомітною зі сторони, але такою, що запам'ятовується надовго і часто нагадує про себе. Це булінг, бойові дії, аб'юзерство та інші причини. У ході травми людина втрачає свої уявлення про те, хто вона, свою ідентичність, чутливість. Неконгруентність, зневага зі сторони значущого дорослого до дитини надовго залишається в її пам'яті як приниження та зневага.

Можна виділити такі звичайні реакції на тривогу:

1. Тривога з приводу повторення травматичної події.
2. Страх за життя і здоров'я близьких.
3. Безсилля від неможливості впливу на ситуацію.
4. Гнів, розпач, почуття несправедливості.
5. Скорбота та відчай у разі загибелі інших людей.
6. Жаль з приводу відсутності підтримки.
7. Моральні страждання, надія на краще.

Переживання тривоги і страху не завжди закінчується травмою. Травми бувають легкими, складними і несумісними з життям.

Травму породжує безпорадність, пасивність, хибне сприйняття події, відсутність адаптації.

Фізичний травматизм – це сукупність травм, які виникають у певній групі населення за певний період часу. Залежно від умов та характеру пошкоджень розрізняють: промисловий, сільськогосподарський, побутовий, вуличний, дитячий травматизм та інший.

Кожен з видів травматизму пов'язаний з характером виробництва, знаряддя праці, організацією техніки безпеки і охорони праці на тому чи іншому виробництві.

Москальова (2009) [6], визначає наступні види фізичних травм. Та проводить наступний поділ фізичної травми за родом занять:

В кожній окремій галузі промисловості, як правило, відбуваються однотипні види травм.

1. Гірники страждають від обвалів породи. Тому часто травмують хребет, кістки скелету, здавлюють м'які тканини.

2. Сільськогосподарський травматизм – це ушкодження відповідним реманентом, сільськогосподарською технікою – машинами, механізмами комбайнів, сіялок, тракторів в період роботи чи ремонту. В результаті забруднення ран землею виникають ускладнені рани, інфіковані бактеріально.

3. Побутові травми можливі у разі недотримання правил дорожнього руху, падіння з висоти, використання гострих інструментів – газонокосилки, електропили, побутових пристроїв, тощо.

4. Спортивні травми виникають внаслідок використання застарілого інвентарю та недостатньої спортивної підготовки.

5. Дитячий травматизм викликають наступні події: булінг, падіння із застарілих споруд на дитячих майданчиках, байдужість та недогляд батьків, конфлікти внаслідок ненормативного виховання і безліч інших

причин. Серед них умовне виховання при відсутності матері, в інтернаті, яке негативно впливає на психічний розвиток дитини. Це незадоволені потреби дитини. За Абрагамом Маслоу [12] ті, що посідають нижчі щаблі в їх ієрархії: «потреба в безпеці, потреба в любові та прихильності, потреба у визнанні та оцінці».

У вітчизняній науці дослідження проблем психотравми носить розрізнений, уривчастий характер. Це пов'язано з відомими соціальними причинами нестабільності та обумовлене логікою розвитку вітчизняної науки. Вивчення емоцій, емоційних станів, переживань досліджувалось лише на рівні психофізіології. Історично, більш ранні роботи були пов'язані з аналізом феномену психічної травми (А.А. Захаров, І.І. Мамайчук, О.М. Черепанова, інші.) [12]. В останні роки психотравма зацікавила дослідників як відносно самостійний психологічний феномен (І.П. Малкіна – Пих, Ю.П. Зінченко, Н.В. Тарабріна, А.А. Кузнецов, інші) [12]. Їхні дослідження, нові терміни наблизили дослідників до сучасного розуміння змісту феномену психотравми.

Вперше у 1952 році Американська психіатричне співтовариство включило психотравму в класифікатор DSM - II як «реакцію на сильний емоційний і фізичний стрес». Потім цей термін вилучили. У 1980 році знову ввели в DSM - III як «посттравматичний стресовий розлад». В останній міжнародній класифікації хвороб МКБ виокремлена рубрика F-43 – реакція на важкий стрес і порушення «адаптації». Уявлення про сутність і природу психотравми узагальнив у свій час Зигмунд Фрейд [12], проаналізувавши симптоми психотравми і виявивши у 1989 році, що майже всі посттравматичні симптоми, які утворилися це наслідки афективних переживань, що мають глибинний зміст. Тобто психотравма залишкове явище афективних переживань особистості, викликане зовнішніми подразниками, які в свою чергу викликають дискомфорт і патологічний вплив на організм особистості.

Психологічна травма (психотравма) – це наслідки травматичних подій, які психіка людини вважає стресовими. Це напруга, негативний емоційний стан людини, який виникає в ситуаціях, що порушують сталий порядок її життя. Це також неспецифічна захисна реакція організму на вимоги середовища. Досліджуючи дану реакцію Ганс Сельє [28] у 1936 році започаткував створення «теорії стресу». Суть якої полягає в тому, що якою б не була причина стресу, організм реагує на неї однотипно за допомогою біологічних змін, призначених для того, щоб запобігти зростаючому впливу на людський організм. За даними міжнародного інституту стресу на основі цієї теорії опубліковано близько ста тисяч відповідних наукових праць.

Психологічні травми формуються на основі особистого досвіду травмування або тоді, коли людина стає свідком травмуючих подій за участю інших людей. Люди по-різному реагують на стрес, в залежності від чутливості особистої нервової системи, яка індивідуальна для кожного і реагує на ситуацію з різною силою, слабше або сильніше.

Американська Психологічна Асоціація визначає травму як «емоційну відповідь на жахливу подію», таку як аварія, напад, природна катастрофа, смерть близької людини та інше.

Однак кожна окрема людина може сприймати будь яку подію травматичною, яку вона сама сприймає як небезпечну, страшну, неприємну, стресову. Психотравма може мати довготривалий вплив на людське життя.

В.Анохіна (2023), пропонує наступну класифікацію видів психічних травм за інтенсивністю та часом отримання:

Існує п'ять видів психологічних травм:

1. Гостра травма: виникає в результаті сильного стресу, спричиненого раптовою подією. Вона короткочасна і поступово проходить в міру того як відновлюється психічна рівновага. Симптоми гострої стресової реакції спостерігаються приблизно протягом місяця після її отримання.

2. Хронічна травма: виникає внаслідок постійного перебування в стресових умовах або часто повторюваних – прояви жорстокості, домашнє насилля.

3. Комплексна травма: переживання численних стресових подій, які трапляються одна за одною і на які вплинути неможливо. В результаті виникає почуття пастки та небезпеки, тривоги. Людина довгий час перебуває в стані тривожності, недовіряє своєму оточенню.

4. Вторинна травма: виникає коли людина є свідком страждань інших людей в результаті своєї професії чи випадково. Вторинна травма часто виникає від перевертоми, багатовимірнього співчуття та емпатійності.

5. Травма дитинства:

- страх самотності внаслідок недостатньої уваги батьків у дитинстві;
- знедоленість - почуття непотрібності, що виникає в результаті неприйняття дитини власними батьками, з якими згодом людина входить в доросле життя і страждає, відчуваючи себе негідною любові та уваги, боїться приймати власні рішення.
- несправедливість: страх, який викликаний авторитарними батьками, надмірними вимогами в дитячому віці, що виходять за межі дитячих можливостей. В дорослому віці це передбачає консервативність та скутість, недовіру до навколишнього світу.

Стрес являє собою неспецифічну реакцію людського організму на психічну або фізичну напругу, зовнішню загрозу або виклики. Він багаторазово зустрічається в нашому житті як підвищена активність симпатичної нервової системи в разі відчуття людиною стресової ситуації і розуміння того, що вона не може впоратись з цією ситуацією. При цьому у людині прискорюється робота серця, звужується просвіт судин, підвищується кров'яний тиск, стимулюється обмін речовин у клітинах та тканинах організму. Тобто стрес – це також самостійний психофізіологічний процес, який викликає певний рівень активності і не є емоцією. Це відповідь організму на реальний чи попередньо прогнозований виклик сильного

зовнішнього подразника , який порушує відносну сталість внутрішнього середовища організму людини, стан рівноваги - гомеостаз.

Такі стани як тривога, емоційність, конфліктність теж присутні під час стресу, вони мають вторинне значення.

Всі ефекти стресу можна розділити на наступні групи:

1. Емоціональні: почуття тривоги, пригніченість, висока фізична напруга.
2. Фізіологічні: викид у кров адреналіну і норадреналіну, порушення травлення, збільшення об'єму повітря, яке вдихає людина, збільшення частоти серцевих скорочень, звуження кровоносних судин.
3. Когнітивні: зниження концентрації уваги, розсіяність, погіршення короткочасної пам'яті
4. Поведінкові (біхевіоральні): зниження продуктивності праці, порушення якості сну.

Люди по-різному переносять стресогенні ситуації і по-різному відчують наслідки їх впливу. У когось стрес викликає негативні реакції і ознаки (тремтять руки, болить серце тощо). Інші не вважають аналогічні події стресогенними. Наприклад дехто отримує надзвичайне задоволення від «моржування», інші не переносять холоду і навіть не підходять до ополонки.

Коун О.М. (2006) [5], зазначає, що показником стресу служить вміст в крові людини (тварин) гормону кортизолу (кортикостероїду), який бере участь у регуляції обміну речовин, стимулює розпад білків і синтез вуглеводів, зокрема глюкози. Кортикостероїди виробляються корою надниркових залоз під контролем адренкортикотропного гормону (АКТГ), який виділяється гіпофізом у відповідь на стресову ситуацію. Вони приймають участь в роботі адаптаційного синдрому, яким і є стрес.

Пилипака (2016) [8]. Зазначає, що адаптаційний синдром – сукупність адаптаційних реакцій організму (людини чи тварини), який носить загальний захисний характер і виникає у відповідь на сильну, довготривалу негативну дію стресора. Функціональний стан, що розвивається під дією стресора теж

називають стресом. Поняття адаптаційного синдрому введено в 1936 році канадським фізіологом –ендокринологом Гансом Сальє, який досліджував процеси стресу та вважав стрес реакцією на подію, яка на якийсь час перевищувала можливості адаптації організму.

Кокун О. (2015) [4], зазначає, що в процесі розвитку адаптаційного синдрому виділено три стадії:

1. Стадія тривоги, яка продовжується від кількох годин до двох діб. Вона включає в себе дві фази. Фаза шоку і фаза противошоку. На останній відбувається мобілізація захисних реакцій організму.

2. Стадія супротиву, коли стійкість організму до різних взаємодій підвищена. На цій стадії відбувається стабілізація стану і одужання організму або вона змінюється наступною стадією, яка є останньою.

3. Стадія виснаження, коли захисні сили організму виснажені настільки сильно, що він припиняє боротися і може загинути.

Ганс Сальє (1960) зазначає, що стан стресу адаптивний лише на короткому відрізку часу. А якщо стресогенна подія, яка викликала реакцію стресу тривалий час продовжується, це наносить організму значну шкоду.

Сучасні психологи, психотерапевти, фізіологи розмежовують стрес на два види. Гострий стрес (еустрес), який позитивно впливає на організм, адаптуючи його. Людина (тварина) при цьому приймає існуючу ситуацію, адаптується до неї, активно мобілізує ресурси організму, щоб підвищити його стресостійкість. У разі еустресу допомогти може якраз швидка реакція на стресову ситуацію, а не заціпеніння та затягування часу. Швидкість такої реакції рятує здоров'я і навіть життя. Гостра стресова реакція (ГСР) спостерігається протягом місяця після отримання травми. Однак рівень стресу залежить від кількості взаємодій, співвідношення можливостей організму індивіда і потреб ситуації, якщо ж потреби ситуації перевищують суб'єктивні можливості індивіда, стан сильного стресу зберігається надовго, захисні реакції організму вичерпуються, виникає хронічна форма стресу (дистрес).

Дистрес дезорганізовує, негативно впливає на самоєфективність людини, її поведінку, викликає депресію, виснаження, страх, головні болі, розлади шлунково – кишкового тракту, порушення кровообігу та інше. Людина потребує серйозного стаціонарного лікування. Можливі смертельні випадки.

Стресові реакції бувають фізіологічні, біохімічні, психологічні неспецифічні стресові реакції, зокрема :

1. Фізіологічні реакції:
 - порушення серцевого ритму;
 - порушення опорно-рухової активності, тону м'язів;
 - порушення травлення.
2. Психологічні реакції: можливі стани афекту;
 - різка зміна емоцій;
 - збудження;
 - депресія;
 - небажання спілкуватися з іншими людьми.
3. Біохімічні реакції:
 - підвищення рівня глюкози в крові;
 - відсутність або порушення сну.
4. Поведінкові реакції: виникають у зв'язку з складними глибокими змінами в результаті стресу. Це реакції гальмування, відсутність мотивації, зміна соціальної поведінки - порушення міжособистісних відносин, в сім'ї, в робочій групі, уникнення спілкування з іншими людьми, агресивність, прокрастинація, тривога, почуття постійної втоми, тощо.

Поведінкові реакції індивіда в період стресу

Потерпілий має два важливі варіанти вибору:

1. Напад: коли індивід оцінює ситуацію, як таку, що він здатен її подолати, у нього відбувається прилив крові до серця, м'язів, червоніє шкіра, підвищується м'язова діяльність. Він здійснює напад.

2. Втеча: у разі занадто загрозової ситуації індивід намагається уникнути ситуації стресу. Пришвидшується серцебиття, дихання, зіниці звужуються, він тікає. Деякі люди нездатні ні напасти, ні втекти, вони завмирають на місці. Це реакція страху, жах (ступор). При цьому серцебиття і дихання уповільнюються, холодне шкіра, слабнуть м'язи, звужуються зіниці. Мислення уповільнюється, неможливими стають активні комунікації з іншими людьми.

Важливо, що прояви стресових реакцій у випадках криз, аномалій, катаклізмів, війн, терактів, інших стресогенних випадків та подій є нормальним. Але, враховуючи те, що стрес це не сама подія, а лише неспецифічна реакція на саму подію з ним боротися недоцільно і неможливо. Це все одно, що протидіяти собі самому. Неспецифічна реакція – це те, що допомагає організму вижити у стресогенних ситуаціях. Боротися потрібно зі стресогенними факторами шляхом прийняття ситуації, яка склалася, адаптації до нетипових умов, підвищення своєї самоефективності. За можливості, не допускати дистресу, правильно лікуватись. Не потрібно постійно реагувати та обговорювати ситуацію, краще знаходити позитивні моменти у складних обставинах, навчитися інтуїтивно передбачати можливості стресових подій, сприймати їх з терпінням, розуміти, що вони тимчасові. Безпорадність підсилює стрес.

Стресостійкість – це визначена сукупність особистісних якостей індивіда, що дозволяють переносити стресові ситуації без неприємних наслідків для людини, оточення та її діяльності.

Епігенетичні дослідження доводять, що стресостійкість особистості в окремих випадках залежить від генетичної схильності до стресових подій. Однак це не означає, що носії генетичної схильності неодмінно буде часто страждати від стресу. Умови проживання, наша поведінка, спосіб життя, інші зовнішні та внутрішні чинники, особливо вмiла адаптація дозволяють людині уникати уразливості, не потрапляти у стресові обставини часто, хоч вони і зумовлені генетично. Причини виникнення стресу завжди психологічні.

Джерела можуть бути різні – сімейні кризи, робочі конфлікти, конкуренція, зрада, хвороби, трагічні події, природні катаклізми, насилля, війни, теракти, тощо. У кожної людини своя історія життя, генетика, соціальні умови, однак на людину діє лише сила впливу стресора на її наслідки.

Тому зустрівшись із фізичним чи психологічним напруженням, дискомфортом, депресією, тощо, ми повинні вміти подолати стрес, підібравши відповідні психологічні механізми, діючи у конкретних стресових ситуаціях. І пам'ятати, що навіть висока природна стресостійкість не завжди може допомогти. Секрет особистісної ефективності полягає у розумінні того як вдало адаптуватися до неспецифічної реакції – стресу, як правильно планувати та реалізувати свою діяльність та як при цьому вберегти своє психічне і загальне здоров'я.

Тривога - це емоційна реакція на потенційну психологічну загрозу, яка виражається в емоційному дискомфорті та очікуванні негаразд. Стан тривоги виникає у зв'язку з непередбачуваними ситуаціями, можливими неприємностями, змінами у звичайній обстановці та виражається хвилюванням, страхом, неспокоєм, тощо. Джерело тривоги людині невідоме. У стані тривоги, спілкуючись, людина не прогнозує успіхів, її поведінка з іншими неадекватна. Тривожність, як властивість особистості, може з часом стати домінуючою рисою характеру та сприяє нервово-психічним захворюванням, таким, як проблеми зі щитовидною залозою, серцевою аритмією, а також може посилити симптоми тривоги. Висока тривожність знижує ефективність інтелектуальної діяльності, гальмує її в напружених ситуаціях. Наприклад, під час здачі екзаменів. Викликає невпевненість у своїх здібностях, знижує рівень працездатності особистості. Тривога являється причиною негативного соціального статусу в результаті роздратованості, неврівноваженості. Іноді це приводить до емоційного стресу. Більшість людей час від часу відчувають тривогу і якщо це почуття стає надзвичайно сильним, воно через кілька тижнів може викликати тривожний розлад.

На фізіологічному рівні реакції тривоги, проявляються наступні симптоми: посилене серцебиття, часте дихання, швидше циркулюється кров, підвищується артеріальний тиск, зростає збудливість, знижується поріг чутливості.

На психологічному рівні тривога відбувається як напруга, стурбованість, нервозність, почуття невизначеності і загроза невдачі, неможливість вирішення проблеми.

По мірі зростання стану тривоги, явища, які її виражають, закономірно змінюються і складають явища тривожного ряду. У 1967 році Ф.Б. Березін ввів поняття явища тривожного ряду – це емоціональні стани, закономірно змінюючі один одного, щоб ефективно пристосовуватися до дійсності – адаптивного рівня тривоги, необхідний оптимальний рівень тривоги. Оптимальний рівень тривоги необхідний для ефективної адаптації до реальності. Занадто високий рівень, також як і через міру низький - дезадаптивна реакція, яка проявляється загальною дезорганізацією поведінки та діяльності. Тривога може бути ослаблена довільно за допомогою активної діяльності по досягненню цілі або за допомогою спеціальних прийомів, як аутогенного тренування, методів психологічної саморегуляції, нервово-м'язової релаксації, а також в результаті дії несвідомих захисних механізмів. У 1925 році Зигмундом Фрейдом було введено поняття тривоги.

Тривожність - індивідуальна особливість психіки проявляти схильність людини до частих проявів станів інтенсивної тривоги, а також наявності низького порогу виникнення травматичних переживань. До теперішнього часу чіткого визначення причин виникнення тривожності невідомо.

Переважає точка зору про те, що маючи природну основу (властивості нервової системи) тривожність проявляється в результаті соціальних і особистісних факторів. В дитячому віці це неконгруентні батьківські відносини з дітьми. У більш дорослому віці тривога може виникати у разі внутрішніх конфліктів самооцінки, самоефективності, тощо. Тривога являється показником неблагополуччя особистісного розвитку та негативно

впливає на людину у деяких випадках. Тривога може бути симптомом появи неврозу. Є одним з компонентів посттравматичного стресового розладу - комплексу переживань психічної чи фізичної травми.

1.2. Психологічні особливості розвитку осіб ранньої зрілості

Епоха зрілості являється найтривалішим періодом онтогенезу. Її поділяють на три періоди розвитку – рання зрілість, середня зрілість і пізня зрілість. Хронологічні рамки епохи зрілості умовні.

Зрілість – це стан високого рівня розвитку фізичних, інтелектуальних, соціальних, вольових та моральних характеристик людини.

Період ранньої зрілості настає після періоду суто юності. Він охоплює відрізок умовного хронологічного віку від 21 до 40 років і поділяється на дві фази. Перша фаза 21-30 років, друга 30-40 років. На початку віку ранньої зрілості перед людиною постають наступні завдання:

1. Знайти своє особисте місце в суспільному житті, тобто закінчити або продовжити навчання чи працювати у визначеній професії.
2. Брати на себе відповідальність за свої дії (обов'язкова складова віку ранньої зрілості).
3. Навчитися аналізувати і прогнозувати свою поведінку у різних життєвих ситуаціях.
4. Набувати нових поведінкових якостей, як індивідуальність (підсумок соціалізації), суб'єктивність – ініціювати та реалізовувати різні види діяльності, самоактивність, самоефективність, саморозвиток і самоповага.
5. Підтримувати міжособистісні смислові сосунки.
6. Бути привабливим та емпатичним.
7. Підтримувати гармонійний зв'язок між фізичною та соціальною зрілістю.
8. Одночасно створити сім'ю, забезпечувати її комфортне становище.

9. Засвоїти соціальні норми і правила, стати носієм групових соціальних цінностей, установок, очікувань. Одночасне виконання цих завдань забезпечить процес формування ідентичності, як кінцевого етапу соціалізації в соціальній і особистісній сфері.

На етапі ранньої зрілості, яку також називають «початком починань» (психолог Д. Левінсон), людина вже повністю позбулася домінування батьківської опіки, має сформовану в попередні періоди ідентичність після пошуку і вивчення себе самого. Вона має здібності до незалежного мислення, фізично розвинута, адаптується до соціального середовища, удосконалює свою професійну освіту, яку вже можна назвати різновидом трудової діяльності. Соціально-психологічні властивості на цьому етапі розвитку детермінуються вже не тільки віком, а й в більшому ступені, соціально-професійним становищем.

В період ранньої зрілості відбувається перебудова стосунків з однолітками і дорослими людьми, збільшується число контактів, з'являються нові значущі особистості, нові друзі, нові потреби і права самостійно вирішувати особисті проблеми. Загальна тенденція першої фази цього періоду-знайти свій шлях адаптації до самостійного життя. Характерне стремління, активність, щоб досягти компетентності у своїй професії, засвоїти відповідні навички у вибраному виді діяльності.

Соціальна ситуація розвитку - це особливе поєднання внутрішніх процесів і зовнішніх умов соціального розвитку людини, типове для даного періоду. Соціальна ситуація розвитку дорослої людини передбачає впровадження особистості в суспільне життя, трудову діяльність та усвідомлення себе дорослою людиною з відповідальністю за себе та інших, правилами та обов'язками, планами на майбутнє. Побудову сім'ї, створення позитивного сімейного клімату, конгруентність при вихованні дітей, тобто безконфліктності, із взаєморозумінням.

Провідна діяльність даного періоду – праця.

Чоловіки, як і багато жінок, прагнуть успіху, досягнень у різних сферах життєдіяльності, творчості. Одночасно жінки переживають за здоров'я новонароджених дітей, вони більш схильні до благоустрою домашнього житла. Іноді людина незадоволена своїм становищем, професією, її уявлення про реальне життя розходиться з дійсністю. Це наслідки невдалої ідентифікації в попередні періоди. Недостатнє вивчення себе самого до ідентифікації, неотримання ідентичності в підлітковому або на початку юнацького періоду. В результаті невдалий вибір професії, незадоволеність реальним життям. У першій фазі сімейного життя, близько 30 років віку ранньої зрілості, деякі вітчизняні та зарубіжні психологи прогнозують гостру кризу сімейних міжособистісних відносин, яка проявляється в час тих сімейних конфліктів. Це відбувається в результаті невміння партнерів по шлюбу будувати нову спільність, особливо, коли це відбувається на основі чужих чи батьківських стереотипах. В такому випадку (як вважає Г. С. Абрамова) «фантоми» соціальних очікувань, ідеалів та норм будуть втручатися безпосередньо у сімейні відносини. Потрібна велика сила «Я», щоб протистояти фантомним утворенням в собі і в іншій людині. «Психологічний спосіб рішення життєвих задач - творчість один одного, екзамен життєстійкості...», прояв ідеальної любові. А особистісна криза - позитивний досвід.

Друга фаза 31-40 років, середина життя та «золотий вік» людини – період найвищої працездатності та віддачі. В цей час особливості розвитку людини залежать від ступеня і продуктивності її соціальної активності, досягнутого соціального статусу, перебігу попередніх стабільних чи кризових періодів. Новий статус дорослого забезпечується його правами і обов'язками в різних сферах життєдіяльності, узгодженням соціальних і професійних ролей. В період ранньої зрілості змінюється співвідношення базових факторів психічного розвитку людини - послаблюється вплив і роль біологічного фактору і посилюється активність особистості в певних соціальних умовах. Згідно Г. Крайгу, хід розвитку дорослого визначене

культурою, соціальними орієнтирами, а також ролями, якістю кар'єри та сімейного життя. Зокрема культура, як поточний стандарт життя, передається від покоління в покоління. Щоб усвідомити силу культури потрібно задуматись, як на нас впливає мова, звичаї, обряди, традиції, яку маємо концепцію власності, тощо. Психологічну зрілість людини також визначають культурні цінності та типові ознаки. Її цікавлять у цьому періоді більше внутрішні почуття ніж зовнішні якості. Людина розвивається протягом всього життя. Швидше і наглядніше в дитинстві, якісно та досконало будучи дорослою. До 40 років фізичні властивості особистості знаходяться на високому рівні, розвиваються гармонійно разом із соціальною зрілістю. Фазу ранньої зрілості можна вважати сензитивним періодом для розвитку ключових компетентностей особистості. Це апогей розвитку. Якісні психологічні новоутворення віку, соціальна зрілість, суб'єктивність, самоефективність, потреба в материнстві та батьківстві, професійна діяльність.

Конкретні ознаки психіки особистісної зрілості:

1. Адаптивність та гнучкість психіки (поведінкові реакції, швидка і адекватна реакція на зміни ситуації, відмова від стереотипів).
2. Емоційна рівновага, емпатичність.
3. Сформовані цінності (ціннісні орієнтації).
4. Здатність до вибору, відповідальність за нього.
5. Позитивна «Я» концепція.
6. Адекватна самооцінка.

У другій фазі розвитку (31-40років), в перехідний період між стадіями ранньої і середньої зрілості або в результаті вирішення життєвих проблем чи в разі несприйняття власного Я, потребі в новій ідентичності, можливе виникнення кризи. Вона проявляється у зміні ставлення до того, що раніше здавалося важливим, цікавим, корисним чи навпаки відштовхуючим. Щонайменше одна з причин кризи переживається по іншому, ніж тоді, коли людина відчувала себе колишньою. За плечима життєвий досвід, вже не така

привабливість, мрії інші ніж в юності. Це вік підведення підсумків. Зміна соціальних очікувань, будівництво нових планів, перебудова стосунків в сім'ї, нові потреби. Можливе навіть порушення психологічної рівноваги, зміна поведінки, психічні розлади.

Однак необхідно зазначити, що терміни зрілість та дорослість не тотожні між собою. Американський учений, відомий фахівець у галузі освіти, Малкольм Ноулз [19] пов'язує поняття зрілість не з віком, а з навчанням. Його підхід базується не на віці, а на рівні зрілості особистості, яка в процесі навчання досягає вищого рівня розвитку.

Природа психофізіологічного розвитку дорослих (зрілих) людей різнорідна і суперечлива, являє собою складну структуру різних процесів: підвищення функціонального рівня механізмів діяльності, стабілізацію їх і зниження є, які поки що, неможливо ототожнити з інволюційними процесами. Крім нерівномірності і різночасовості при вивченні динаміки розвитку в період суто юності і ранньої зрілості (18-35 років) відбувається неперервне наростання функціональної працездатності і продуктивності. Якраз у цьому віковому діапазоні розташовані сензитивні періоди розвитку. Глобіна, Парферов довели, що з 18 до 23 років рівень деяких функцій підвищується. Наприклад об'єм поля зору, швидкість зору, короткочасна пам'ять, окомір, стабілізується або знижується. Об'єм уваги оптимальний у 33 роки (А.А. Фоменко), а у період 27-35 років підвищений. У 21 рік на межі віку суто юності та віком ранньої зрілості об'єм уваги найменший. Динаміка концентрації уваги до 22-24 років знижується. Швидкість реакції на звук та світло підвищується з 29 по 33 роки, це особливість гетерохронного розвитку - збудження і гальмування процесів. Динамічність збудження наростає у 19-21 рік та знижується у 22-24 роки, далі у 25-28 років знову підвищується, знижується і стабілізується. Динамічність процесів гальмування знижуються з віком.

Високий обсяг вербальної пам'яті, довготривалість запам'ятовування, пік розвитку уваги невербального інтелекту, чутливість, творче мислення у вирішенні життєвих ситуацій.

Мнемічні функції у ранньої дорослості - це забезпечення і запам'ятовування, збереження і забування та відтворення досвіду, фіксація сигналів різної модальності.

Період ранньої зрілості сприятливий для інтелектуальних досягнень. Збереження рівня психофізіологічних функцій сприяє трудовій і розумовій діяльності (полезору, гострота зазвичай нормальні). Людина здатна на оптимальне навантаження функцій завдяки мотивації, інакше вони поступово згасають після 40 років.

Особистісну зрілість визначають також як найвищий рівень розвитку людини «акме», пов'язаний із формуванням і стабілізацією певних якостей (найвищі показники у визначеній діяльності і творчості). Для зрілості характерна трансформація на основі самоактуалізації та «статусу досягнутої ідентичності» (Джордж Марсія, 1994) згідно якому, це людина високого психологічного рівня, здібна до незалежного мислення, моральна, має почуття самоповаги, цінить міжособистісні смислові стосунки та інше. Люди ранньої зрілості будують власну концепцію свого життя згідно своєї мети, моральних норм, самодисципліни креативності. Їм характерна спонтанність, самовираженість, ініціативність, вони заперечують стереотипи, схильні діяти самостійно, відповідально. Відносна незалежність від соціального оточення не заважає їм відчувати глибоке відчуття причетності до людства взагалі.

Вони бачать істину, якої не бачать інші, креативні критичні, люблять вчитися. Пишуть книги, музику, тощо. Людську природу вони сприймають беззаперечно. Такі люди виявляють себе в період криз і навіть на фронті. Самоактуалізація особистості (згідно Абрагаму Маслоу) являється ідеалом розвитку будь-якої людини. Вони прагнуть реалізації свого потенціалу у тій сфері, у якій вбачають своє покликання. «У психології вивчення зрілості представлене дослідженням динаміки інтелектуальних і творчих здібностей,

зміна поведінки мотивів та інтересів особистості, пошуком закономірностей її розвитку. » (Т.М. Яблонська) [32].

Когнітивний розвиток і мислення в період ранньої зрілості зростають до 25 років далі стабілізуються. Після 30-35 років поступово знижується оперативно-динамічна складова (базова здатність) осмислення змісту, обробка інформації.

Величезна сила інтелекту особистості, постійна самоосвіта дорослої людини - протиставлення інволюційним процесам. До недавнього часу були невідомі дані про вікові психофізіологічні особливості людини в різні періоди віку. В сучасній когнітивній психології це можливо. Підтверджена теорія гнучкого (флюїдного) і кристалізованого інтелекту британського і американського психолога Реймонда Кеттела (1963 рік).

Кристалізований (предметно-змістовний) інтелект - це знання, досвід, освіта, він залежить від ефективності навчання. Когнітивні психологи доводять, що накопичені людиною знання, рівень компетентності зберігаються до старості і можуть розвиватися в результаті тренувань.

Флюїдний (динамічний) інтелект - це базова здатність осмислення змісту та здійснення обробки інформації. Згідно думки Р. Кетелла, флюїдний інтелект не залежить від залучення його до соціально-культурного середовища.

Приблизно до 25 років рівень обох видів інтелекту зростає. Потім кристалізований інтелект стабілізується на певному рівні протягом всіх вікових періодів розвитку особистості. Гнучкий інтелект після досягнення 30-35 років поступово знижується. Накопичені знання протягом людського життя залишаються в довготривалій пам'яті.

1.3. Феномени посттравматичного стресового розладу та посттравматичного зростання

Однією з базових цінностей демократичної країни являється ментальне здоров'я, яке в свою чергу є невід'ємною складовою загального здоров'я

особистості. Це здібність планувати та реалізовувати свою життєдіяльність, усвідомлювати непереривність, постійність та ідентичність свого фізичного та психічного «Я», адекватність психічних реакцій, силі і частоті впливів зовнішнього середовища та соціальних обставин та ситуацій.

Наразі, після повномасштабного вторгнення сусідньої держави на українські території різко змінились життєві обставини українців. Проблема захисту ментального здоров'я надзвичайно загострилась. Бойові дії, безпілотники, артилерійські обстріли, бомбові удари, окупація частин територій збільшують вразливість громадян до психосоціального стресу – стану психологічного напруження. Це виникає в складних умовах повсякденного життя та в особливих екстремальних ситуаціях. Нестабільність, невпевненість у майбутньому, втрата домівок, роботи, евакуація, тривога за життя та здоров'я рідних виснажують, викликають депресії, стреси, панічні атаки, різного роду залежності. Згідно даних інституту стратегічних досліджень, за оцінками експертів 40-50% населення після більше ніж двох років війни потребують психологічної допомоги. У таких групах населення як військові та ветерани бойових дій прогнозується така ж необхідність для 1,8 млн громадян. Це позначається і на фізичному здоров'ї, спричинить труднощі соціальної адаптації та працездатності. Від розв'язання завдань, пов'язаних із психічним здоров'ям українців, залежить добробут суспільства та боєздатність Збройних сил України, а також майбутнє кожного з нас. Допоможе згуртованість дій відповідних органів державної влади, неурядових установ, науково-дослідних, освітньо-профільних закладів. А також залучення міжнародних організацій, які мають досвід подолання екстремальних ситуацій для використання його в Україні. Війна потребує консолідації всіх можливих зусиль для забезпечення сил безпеки і оборони.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (англ. posttraumatic stress disorder) – це порушення психіки в осіб, які отримали психічну травму. ПТСР часто виникає в людей, постраждалих від стихійних лих (землетруси, смерчі,

виверження вулкану, виникнення повені, тощо). Від техногенних катастроф і соціогенних екстремальних ситуацій як війни, тероризм, катування, насильство, пожежі, дорожньо-транспортні аварії, полон, утримання в концтаборах, згвалтування, викрадення, знущання над дітьми та інше.

Війна особливо актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу як серед осіб, що безпосередньо приймають участь у бойових дія, та і серед знервованої громадськості.

Термін «посттравматичний стресовий розлад» вперше запропонував М.Д. Горовіц (1980 рік). Він також розробив тогочасні діагностичні критерії ПТСР, які в 1980 році були використані в американському класифікаторі DSM III. У міжнародній психіатрії, зокрема в МКХ-10, ПТСР позначається кодом F43.1, а відповідна рубрика F40-F48 визначається як «невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади». Згідно з клінічною типологією і класифікацією ПТСР, у цю групу розладів віднесені і затяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, екс-військовополонених після тривалих і короткочасних екстремальних травматичних подій. Загалом їх визначають як «травматичні події, що виходять за рамки звичайного життєвого досвіду.

У новій редакції МКХ-11 уточнено специфічні симптоми для діагностування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і додано комплексний ПТСР.

ПТСР зачіпає усі рівні людського функціонування – фізіологічний, особистісний та соціальні взаємини. Призводить до особистісних змін у членів сімей – травмованих осіб, супроводжуючись різними видами психічних залежностей та психосоматичними порушеннями. Закономірності виникнення та перебігу ПТСР залежать від сили травматичного стресора, психічних та психосоматичних порушень внаслідок травми. Провідна роль належить екстремальності травматичної події, інтенсивності рівня людського страху за своє життя, часто від наявності почуття безпорадності, ступору. Важливим чинником є несподіваність та неконтрольованість стресової події,

стрімкий темп її розвитку, сила стресора, катастрофічність стресових подій впродовж життя. ПТСР це ситуація, коли людина особисто пережила загрозу для власного життя та здоров'я в екстремальній ситуації чи спостерігала надзвичайну ситуацію, поранення або смерть близької людини. Тобто участь людини в такій ситуації може бути безпосередньою або опосередкованою. Частота проявів ПТСР саме під час надзвичайної події відбувається рідко. Першою з'являється гостра стресова реакція, симптоми якої часто збігаються на початковій стадії з ознаками ПТСР. Важливо не плутати дані діагнози.

Звичайно ПТСР з'являється за шість місяців після травми. Але, якщо стресор має тривалу потужну дію, можливий стрімкий розвиток ПТСР. Це особливості даної хвороби. У випадку тяжкого ступеня ураження діагностують хронічну форму розладу, можлива шизофренія. Тривала прогресивна форма приводить до збоїв роботи головного мозку, впливає на ендокринну та нервову системи. Однак, не всі люди, лише 20% після травматичної події хворіють на ПТСР. Важливо також, що ПТСР виліковна хвороба. В наш час існує ряд способів її лікування. До лікаря потрібно звертатися вчасно, щоб хвороба не встигла перейти у хронічну форму, яка лікується важко та довго.

Більшість досліджень ПТСР (досліджено близько 30% ветеранів) було проведено в США після війни у В'єтнамі, коли результатом участі у бойових діях стала неадекватна поведінка багатьох ветеранів (деякі з них стали наркозалежними, алкоголіками, дехто закінчив самогубством, потрапив до в'язниці). Це стурбувало суспільство. Питання щодо ПТСР у країнах пострадянського простору вивчали Н.В. Тарабріна, А.А. Кузнецов, І.Г. Малкіна-Пих та інші [21], вони з'ясовували основні умови виникнення та симптоматику хвороби. Масштабні дослідження не проводились. Досліджуючи післявоєнну адаптацію воїнів В.В.В., учені відзначили, що психотравмуючі наслідки війни можуть зберігатися тривалий час.

Інші дослідження в США та Австралії показали, що у значній кількості людей з ПТСР (88% чоловіків та 78% жінок) у наслідок травми розвиваються

інші хвороби, у 49.9% - депресія, 51.9% - алкоголізм, 19% - спроби самогубства. Отже, значна частина впливів ПТСР призводить до соціальної дезадаптації людини. Лікування ПТСР відбувається від одного місяця до півтора року в залежності від наявності або відсутності ускладнень. Проте часто хворі на ПТСР уникають візиту до психолога чи психіатра і стресовий розлад залишається невиявленим. ПТСР згідно часових рамок може бути гострим, якщо розвивається протягом 30-90 днів, хронічним – більше 90 днів, з відстроченим початком – пізніше 6 місяців. Найуразливіші – віком до 22 років та старше 30 років, тобто частина людей віку ранньої зрілості більш інших адаптовані до цієї хвороби. Хворим на ПТСР властиві постійні думки про перенесену травматичну подію, тривожність, панічні атаки, втрата довіри до людей, проблеми в стосунках, зловживання алкоголем, наркотиками, суїцидальні думки. Зазвичай ПТСР співіснує з іншими формами психопатологій. 90% тих, хто його пережив, мають принаймні одну супутню хворобу протягом життя. Найпоширеніші – депресія, залежності, тривожні та психосоматичні розлади. Крім ПТСР наслідками впливу екстремальних, пов'язаних з війною ситуацій, є: дистрес – дезадаптація, депресія, серцево-судинні хвороби, онкологія, тощо.

Феномен колективної травми вивчали П.П. Горностай, О. Чабан, О. Хаустова [28]. Це психічна травма, яку отримала довільна група людей, можливо ціле суспільство, в результаті техногенних, гуманітарних, стихійних лих, економічних катастроф, соціальних революцій, депортацій, обмеження свободи великих груп людей, тощо.

Дослідження колективної травми свідчить про її велике значення для покоління, яке її пережило і для наступних поколінь. Психотерапевт і психолог М.Франко вважає колективну травму не клінічним діагнозом, а метафорою. З однієї сторони, кожна людина має свій індивідуальний досвід та причетність до існуючої події, аналогічно як і під час війни. З іншого боку, уявлення про колективну травму суспільства, нації, може привести до викривлення його сприйняття за кордоном і самосприйняття. Як вважає

вчений, «підхід до психотравми та її наслідків завжди повинен бути диференційованим і конкретно індивідуальний».

Клінічні типи хворих на ПТСР, :

1. Тривожний тип – часті напади перенапруження.
2. Астенічний тип – виснаження нервової системи, втрачена цікавість до активної життєвої діяльності, людина відчуває свою неповноцінність.
3. Дистрофічний тип – ізоляція, замкнутість, безпричинна агресивність.

Соматоформні розлади виявляються на тлі відстроченого ПТСР. Це група психічних розладів невротичного походження. Ознакою їх є наявність соматичних захворювань, для яких не вдається виявити об'єктивної органічної причини. Люди, які страждають такими розладами наполегливо вимагають медичних обстежень, самі вивчають хворобу. Часто, в результаті лікарських обстежень, не вдається виявити причини наявної симптоматики. Скарги – діарея, часте сечовиділення, метеоризм, болі в усьому тілі, поколювання в ділянці серця, жар, головні болі. Соматоформні розлади часто супроводжуються тривогою і депресивністю.

Фактори впливу на розвиток хвороби: спадковість, психоемоціональність.

Органічні прояви: інфекція, травма, інтоксикація, гіпоксія, виснаження організму.

Симптоми: низький больовий поріг, прискорення серцебиття, болі за грудиною, печія, здавлювання, утруднене дихання, озноб, жар, болі в м'язах, суглобах, тощо.

Основні принципи терапії: індивідуальний підхід, комплексне медикаментозне та психотерапевтичне лікування з урахуванням загального стану хворого, типу патології, наявності хронічних хвороб та розладів.

Важливо при виявленні ПТСР – правильна постановка діагнозу. Основна причина ПТСР - ситуація, що травмує (бойові зіткнення, конфлікти,

теракти, фізичне та психічне насильство, тортури, побиття, полон, викрадення, техногенні катастрофи, тощо). Здорова людина психологічно легше переносить хворобу. У всіх випадках ПТСР має хвилеподібний характер (перебіг), це часто приводить до стійких змін в організмі особистості, переоцінки ціннісних орієнтацій, оцінки себе самого. Серед інших клінічних симптомів хворі на ПТСР переносять: стани тривожності та фобійності, напругу, нав'язливі спогади, розлади сну, порушення пам'яті, виснаження центральної нервової системи, притуплення емоцій, соціальну відчуженість, тощо. Жінки та діти мають підвищену схильність до прогресування ПТСР. Необхідне вчасне діагностування та лікування. Ігнорувати ПТСР не слід, щоб оминати ускладнення. Корекції піддаються гострі стадії розладу. Однак лише 20% відсотків людей, які пережили травмуючі події страждають від ПТСР.

ПТСР супроводжують такі залежності як алкоголізм, наркотики, нарцисизм. Це занадто заважає процесу відновлення. Діагностика ПТСР відбувається на основі спеціальних опитувальників, на підставі скарг індивіда описуються особливості перебігу хвороби. Опитування може відбуватися в присутності рідних для уточнення симптомів хвороби.

Отже, посттравматичний стресовий розлад являє собою комплекс психофізичних реакцій потерпілого на зовнішнього стресора, який викликає фізичну або психологічну травму у вигляді потрясінь та переживань страху, жаху і безпорадності. Важливою характеристикою ПТСР є загострення інстинкту самозбереження шляхом підвищення внутрішнього психоемоційного збудження.

На жаль, крім об'єктивних причин, які негативно впливають на ментальне здоров'я українців, як недовіра до психотерапевтичних методів лікування. Вірніше, недостатність знань українців про можливості психологічної науки та допомоги, розвинуті в часи незалежної України. Маємо побороти стереотип тримати в собі свої емоції, залишаючись один на один з хворобою, яку потрібно лікувати фахово і негайно. Адже

посттравматичний стресовий розлад є найважливішою хворобою під час війни. В міністерстві охорони здоров'я нагадують, що ПТСР приносить страждання незалежно від статі і віку та, що не лише війна, а й будь яка стресова подія, несе з собою загрозу смерті або цілісності людини, може стати передумовою для розвитку ПТСР.

17 жовтня 2023 року інформаційним агентством «HUBZ» опублікувало результати дослідження «Ментальне здоров'я української молоді» (автор Ганна Шубіна - журналістка, експертка з моніторингу та аналітики). Проект ЮНІСЕФ, Report та організацією Teenenergizer. У дослідженні прийняли участь 3354 респонденти віком від 14 до 34 років. Досліджено, що 51% опитуваних час від часу відчувають непереборну тривожність, з них 21% - відчувають сильну тривогу і лише 18% - почувають себе добре. Рівень байдужості до речей, які раніше цікавили, оцінено в 3 бали з 5. Рівень стресу і втоми - 62% зазначили, що протягом останніх тижнів стикалися з психологічним тиском та емоційним пригніченням. Відповідь 50% опитаних на питання «З ким найкомфортніше було поговорити про свій стан?» зазначено, що з близькими друзями, ще 40% відповіли, що це психолог і тільки 13% назвали батьків, сестер/братів. 55% відповіли, що ніколи не зверталися по психологічну допомогу. 32% - зверталися рідко, 11% респондентів шукають допомоги часто або постійно.

Учасники відносно обізнані з темою того, які ресурси потрібно використовувати щодо ментального здоров'я.

Середній бал тих, що відповіли - визначають по своїх відчуттях, становить 3,3 з 5.

Однак, 50% респондентів шукає відповіді на питання самопочуття та ментального здоров'я в інтернеті, 15% використовують програми безкоштовної психологічної підтримки, 9% слухають блогерів. 38% - не використовують жодних ресурсів.

«Тобто, на жаль, культура піклування про ментальне здоров'я, особливо, що стосується звернень до фахівців, в Україні поки що тільки

формується. До недавнього часу більшість людей погано уявляли собі, чим займаються психологи.».

У 2023 році, на замовлення Третього саміту перших леді та джентельменів, британська компанія Alligator Digital провела глобальне соціологічне дослідження серед жителів 11 країн. Тисячі відповідей дозволили частково описати, яким є бачення і сприйняття ментального здоров'я в Україні та світі. Виявлено, що вплив війни відчують не тільки українці. Це стосується 40% громадян Німеччини, по 36% громадян Польщі та США. Серед українців через постійний стрес і втому кожен другий житель відчувається значно гірше ніж кілька років тому. Найвразливішими є підлітки (13-15 років). Розуміння, що таке стрес, навички самопомоги та усвідомлення звернень про допомогу це не соромно, а життєво необхідно. Дослідження впливу війни на психічне здоров'я молоді допомагає розробляти ефективні підходи підтримки, реабілітації постраждалих, сприяють вдосконаленню стратегій щодо збереження психологічного здоров'я, відновлення психосоціального становища в країні, підтримку фізичного та психічного здоров'я наступного покоління.

Психічні розлади, їх вплив на добробут та рівень бідності.

Науково доведено, що стан психічного здоров'я пов'язаний із соціальними умовами у яких існує особа. Тому важливим аспектом діяльності громад є попередження розладів або їх превенція. Підвищена увага до психічного здоров'я громадян зумовлена розумінням важливості його впливу на загальне здоров'я, економічний розвиток і соціальне забезпечення громадян. Соціальні детермінанти психічного здоров'я відіграють важливу роль у попередженні розладів та зменшенні негативних наслідків від перенесених захворювань. Таким чином держави сприяють відновленню та соціальній адаптації осіб з психічними розладами та їх сім'ям.

Психічні розлади взаємопов'язані з психічним здоров'ям. Цей негативний вплив позначається не тільки на продуктивності праці, добробуті

особистості, а й на життєдіяльності її близьких, громади, спільноти. Під час війн, криз, конфліктів, пандемій, потреби уваги до сфери охорони психічного здоров'я збільшуються. Змушують діяти активно щодо доступності відповідних послуг.

Повномасштабна війна Росії проти незалежної України ускладнила перехідний період молодих людей від віку суто юності до віку ранньої зрілості. Змінила їхні плани на майбутнє, внаслідок необхідності захищати державність та суверенітет своєї країни. Це змусило молодих чоловіків та жінок залишити свої домівки, дітей передати під нагляд старшого покоління та вступити до лав ЗСУ, тероборони, засвоїти воєнні професії та техніки ведення війни, волонтерства, самооборони, навички першої медичної допомоги. Під час жорстокої війни значно збільшилася кількість травмівних і стресових ситуацій. Активізувались психологічні наслідки ворожого впливу, тривожність, загрози життю та здоров'ю, як військових так і цивільних. В такій ситуації значно збільшився обсяг роботи у психологів та психотерапевтів - напруженість, тривожність, необхідність боротися з старими і новими хворобами.

Наприклад: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який розвивається у деяких людей, після того, як вони пережили стрес внаслідок травмівної події або стали свідками.

ПТСР психічна хвороба, що розвивається лише в 1-3% населення земної кулі. У 15% спостерігається окремі симптоми хвороби. У 25-30% осіб, які перенесли екстремальну травму. (Олег Чабан - український вчений у галузі психіатрії, медичної психології та психотерапії). Дані архівів МХП-11. Тривалість різновидів ПТСР становить від кількох тижнів до 30 років. Підступність хвороби ще й в тому, що вона тягне за собою супутні хвороби - алкоголізм, наркоманію, панічні атаки, суїцидні настрої, тощо. Частота виникнення ПТСР з часом зростає: 80-ті роки - 1,3%, 90-ті - 7-8%, 2000-ні - 10-12% (архіви МХП-11, Олег Гончар). Тому маємо навчитися як боротися з цією хворобою та іншими, щоб зберегти здоров'я наступних поколінь.

За даними МОЗ від 19.03.2024 року в Україні зросла кількість пацієнтів з ПТСР проти 2021 року. В МОЗ нагадують, що ПТСР хворіють незалежно від статі та віку.

Феномен посттравматичного зростання, сучасні підходи.

Під час війни вивчають як негативні, так і позитивні наслідки впливу травматичних стресових ситуацій, що загрожують здоров'ю і життю людини. Зокрема це реакція на стрес, яка починається із збудження вегетативної нервової системи, виникаючого коли ми відчуваємо емоцію. При цьому реагують внутрішні і зовнішні органи. З'являється прискорене серцебиття, підвищується артеріальний тиск, збивається дихання, напружуються м'язи та відбуваються інші вегетативні реакції. Короткі стресові реакції рідко приносять шкоду. Стресори довготривалої дії викликають негативні комплексні реакції. Цим приносять шкоду організму. Тобто стрес, особливо непередбачуваний, може як стимулювати людину, так і загрожувати їй. Загроза каліцтва або раптової смерті часто відчувається на фоні воєнних дій або під час сутичок з п'яними або агресивними людьми. Психологічний стрес частина загального (його складова). Пресинг виникає коли людина змушена виконати невідкладні завдання дуже швидко. Це добре відомо студентам і військовим.

Відомі наступні підходи до дослідження і вивчення психологічних проявів у результаті екстремальних травмуючих ситуацій:

1. Клінічний підхід, який вивчає проблему негативних психологічних наслідків - посттравматичний стрес, кризові явища, конфліктні ситуації, інші негаразди.

2. Позитивний підхід до проблеми з точки зору позитивного виходу із наслідків стресової травматичної ситуації. Це насамперед здатність самої людини прийняти ситуацію, адаптуватися до неї, розглядати травму як негативний досвід. Подолати її наслідки своєю життєстійкістю, можливістю відновлення, в окремих випадках посттравматичного зростання. Метод вивчає також стратегії подолання, в тому числі, копінг-стратегії,

психологічний захист, компенсаторні механізми відновлення, можливість спрямування людини на позитивні емоції, вселити віру у майбутні успіхи. Психологи, що вивчають складні життєві ситуації стверджують, що переживання сильною травми спонукають людину викликати позитивні зміни в організмі. Зміну минулих поглядів на світ, бажання позитивно сприймати себе самого та інших людей, бути емпатичним, вдячним, мати оптимістичний погляд на майбутнє життя, відчувати в собі силу перетворення та свою ефективність.

Поняття психологічних особливостей позитивного травмуючого досвіду.

Серед помічених позитивних змін у людини після перенесення посттравматичних подій, слід виділити основні напрямки подальшого шляху особистості (С. Джозеф. Їх три:

1. Зміна ставлення до себе, своїх можливостей і свого здоров'я.
2. Позитивне, емпатійне ставлення до інших людей (міжособистісні відносини), в тому числі тісніші відносини в сім'ї.
3. Удосконалення світогляду, нова філософія життя.

Феномен такої трансформації людського мислення після перенесених страждань, виживших в результаті наслідків екстремальної травми, включає не лише усвідомлення персональної опірності організму, але й краще розуміння уразливості та необхідності відповідних обмежень.

До 80 років ХХ століття позитивні наслідки травми системно не вивчалися. Перші значимі праці з цієї проблеми належать Віктору Франклу та Джорджу Каплану. Обидва вивчали психотравмуючі ситуації та одночасно страждали від них. Ситуація змінилася після публікації робіт С. Джозефа, Р. Тадескі та Л. Калхуна в середині 80-х. У 1990 році було проведено чергове обстеження потерпілих осіб під час катастрофи судна «Herald of Free Enterprise» (Бельгія, 6 березня 1987 рік). З'ясовано, що 46% досліджених осіб змінили свої погляди на життя в гіршу сторону, а решта - 43% змінили їх на краще. У 1993 році визначено і опубліковано перший інструмент для

вимірювання негативних і позитивних життєвих змін після травми, який використовується до цього часу в наукових дослідженнях і в психотерапевтичних практиках.

У 1995 році Річард Тадескі та Лоуренс Калхун [34] запропонували для феномену позитивного зростання після травми, термін - посттравматичний стресовий розлад (ПТЗ), який найповніше відображав існуючу ситуацію. Він став найпоширенішим у науковій літературі. Слід зазначити, що посттравматичне зростання відноситься до тих змін, які знаходяться поза межами людської стійкості та витривалості і виявляються у всіх стресових ситуаціях незалежно від інтенсивності їх впливу. Саме прийняття ситуації такою, якою вона є, й визнання її - значить відпустити реальну ситуацію і жити далі. Саме В. Франкл на основі відкритої ним проактивності, вказує на відповідальність кожної людини за своє життя. Він зазначив, що вона здатна проявити внутрішню свободу волі, усвідомити необхідність наповнення свого життя цілями цінностями, сформуванню власні нові та неповторні сенси. Вони є основою існування особистості і її близьких. Проактивність В. Франкла підтверджується іншими вченими - Р. Коллінз, Ф. Сільвер, С. Тейлор [26] та інші.

Логотерапія В. Франкла (1938 рік) - це психотерапія, орієнтована на смисл. Пацієнт в психотерапії стикається зі смислом свого життя і перенаправляє до нього, а усвідомлення цього смислу укріплює його здібності перебороти невроз. Логос (грец. смисл), мова йде про волю до смислу, на відміну від принципу задоволення Зигмунда Фрейда, а також від волі до влади.

Виміри ПТЗ:

1. Міжособистісні стосунки з іншими людьми, розвиток емпатії, турбота про рідних, цінування часу проведеного разом.
2. Самооцінка: відновлення, зростання впевненості в собі, самоефективність.
3. Самоактуалізація – потреба втілення своїх здібностей і талантів.

4. Самовдосконалення – постійний процес, цікавість до життя, безпека існування, розумове зростання.

5. Життєва філософія – новий смисл існування, світоглядність, перегляд пріоритетів, вдячність за життя, самоактивність, тощо.

Посттравматичне зростання - це не медичний діагноз. Річард Тадескі та Лоуренс Калхун визначають його як досвід позитивних змін, які виникають в результаті боротьби з важкими життєвими кризами. Описують як ситуацію, у якій розвиток особистості у деякій мірі перевищує попередній докризовий ступінь. Людина не тільки вижила чи відновилася, вона змінилася, трансформувалася, вдосконалилася і примножила різні аспекти своєї життєдіяльності. Інакше стала відноситись до розуміння світу та способу життя, відчула себе спроможною діяти активніше, ефективніше, досягати кращого у своєму житті. Тадескі та Калхун застерігають від того, щоб підштовхувати людину до посттравматичного зростання. Вони рекомендують уважно спостерігати за цим процесом, опосередковано, і коли проявляються перші признаки ПТЗ, зрозуміти, підтримати людину, сприяти поступовому зростанню. Якщо ж зростання не відбулося, не пришвидшувати процес. Кожна людина індивідуальна. Можливо їй потрібно більше часу чи досвіду, а можливо цього не відбудеться зовсім.

Погляди Тадескі та Калхуна наразі відображені в опитувальнику посттравматичного зростання - «The Post Traumatic Growth Inventory (PTGI)», який містить п'ять субшкал (ставлення до інших, нові можливості, особистісна сила, духовні зміни, цінування життя) (В. Климчук).

«Основна ознака ПТЗ те, що воно буває вищим ніж ступінь соціально-психологічного розвитку людини до травмівних подій». М. Селігман - один із засновників позитивної психології. Тобто, з позиції Селігмана, травму можна розглядати як джерело розвитку особистості. Посттравматичне зростання - це ефективний вихід із травми.

Посттравматичне зростання і ПТСР

П. Лайнлі та С. Джозеф на основі своїх дослідів зробили деякі висновки щодо ПТЗ:

1. Когнітивна оцінка загрози, шкоди, контроль розвитку ситуації, зосередженість на проблемі, прийняття її позитивно, травматичні спогади.

2. У взаємовідносинах між ПТЗ та ПТСР існують наступні впливи: посттравматичне зростання впливає на полегшення дистресу і навпаки, дистрес не завжди провокує зростання.

ПТЗ – це позитивний вихід з травми, тобто феномен ПТЗ, який відомий недавно, наразі зайняв центральне місце серед існуючих психологічних феноменів і спростував погляди на себе, як тимчасовий механізм копіngu із дистресом. Сучасний світ наразі переповнений джерелами надзвичайних ситуацій, травматичних подій, тривог і стресів (пандемія COVID-19, втрати близьких, політичні конфлікти, війни, тощо). Всі вони впливають на ментальне здоров'я, викликають переживання, стреси. Виникає велика кількість різних теорій, монографій, рефератів, психологічної літератури спеціально для військових. інтуїтивно людей притягує до психологічної літератури. Частково звідси цікавість до ПТЗ. Однак, потрібний комплексний підхід до проблеми, узгодженість наукового поетапного вивчення ПТЗ.

В Україні з'явилися адаптовані тести західних шкал, розроблені українські. Українські вчені прикладають значні зусилля, щоб встановити зв'язок між ПТЗ і його предикторами та наслідками. Створюють моделі та інструменти його вимірів, розроблених на основі інтегральних результатів емпіричних досліджень і цих моделей рекомендованих щодо сприяння зростанню. (В.Климчук, Д. Зубовський, Т. Титаренко, О. Щотка, Л. Андреева та інші.) Упродовж останніх років досліджуються наслідки травматичного досвіду різних категорій населення України, що переживають війну.

Події останніх років в Україні, пов'язані з гібридною війною є потужним травмуючим фактором, який може спричинити повний спектр ПТСР. За даними деяких сучасних досліджень травма не завжди приводить до дисфункції психіки. Сучасні наукові експерименти здебільшого

фокусовані на позитивних дослідженнях щодо виходу із трагічних подій. Ця робота розгортається в українській науці.

Віталій Климчук повідомляє про появу в Україні рандомізованих або довільно-контрольованих досліджень, які проводять у всьому світі, як основу доказової медицини. Це медичний експеримент визначеного типу, необхідний для лікування нових проявів людської психіки під час повномасштабної війни. У випадку нових проявів хвороби застосовують нові підходи та знання. Особливо при травматизації великої кількості людей.

Важливо, що ПТЗ піддається емпіричним дослідженням, з'являються нові предиктори, існує велика активність дослідників. Проводяться дослідження окремих аспектів теоретичних та емпіричних досліджень. Завдяки співпраці із західними партнерами відомо, що ПТЗ і ПТСР можуть співіснувати (Тадескі, Калхун). Чим вищий рівень стресу тим сильніший прояв феномену ПТЗ. В керівництві по фасилітації знову Тадескі та Калхун зазначають, що ПТЗ походить не від травми, а від сутності самої людини на фоні прояву її боротьби зі стресовою, травматичною подією, їх наслідками, осмисленням того, що з нею трапилось. ПТЗ бажане, позитивне явище, але не обов'язкове. Його відсутність після лікування, нормальна ситуація, яка не залежить від спроможності чи неспроможності індивіда.

1.4. Стратегії сприяння посттравматичному зростанню

За відомим визначенням доктора психологічних наук В. О. Моляко, психологічна стратегія - це домінуюча тенденція в інтелектуальній поведінці людини. Стратегії виникають в процесі індивідуальної адаптації людини до світового порядку. Маючи узагальнене мислення, стратегії людини завжди індивідуальні, властиві окремій людині, оскільки відображають притаманні лише їй цінності і взаємодії зі світом. Стратегії розвиваються в діяльності. Це важлива складова успішного життєвого досвіду людини. Вони являють індивідуальну цінність. Особистість може змінювати їх при подальшому розвитку у разі зміни ціннісних орієнтацій.

Вплив стратегій сприяння посттравматичному зростанню осіб ранньої зрілості.

В результаті досліджень позитивних і негативних наслідків воєнної травматизації виявлено особливий позитивний результат - посттравматичне зростання, що визначає прояви активізації, відповідальності особистості за подальший шлях життя та покращення його якості.

Відомо, що посттравматичне зростання прискорює процеси позитивних змін особистості унаслідок переоцінки цінностей, нового мислення через переживання травмивної події. Нове посттравматичне становище та нова реальність змушують людину вийти зі стану хворобливих переживань та прискорити появу в собі конструктивних дій, в тому числі зростання особистісної зрілості, життєстійкості, посилення віри в свої сили, зміцнення стосунків, активізацію внутрішніх думок, навіть потреби генеративності (запровадженої Е. Еріксоном [20] в 1950 році, на той час для людей середньої зрілості). Але стрімкий розвиток навколишніх подій прискорив дорослішання молодих людей і вже у віці ранньої зрілості, вони здатні думати не тільки про себе, а й про майбутнє наступного покоління українців та своєї країни і про долю своїх дітей.

Ресурси, що сприяють особистісному зростанню:

1. Відновлення втраченої цілісності і безперервності свого життя.
2. Нові життєві перспективи.
3. Пошук нових смислів, позитивні зміни ситуацій.
4. Стремління до самореалізації, підвищення самоефективності (теорія Альберта Бандури) [27] та самоактивності (Маслоу).
5. Здатність до комунікативності, уміння отримувати потрібну інформацію та користуватися нею, уміння надавати і отримувати допомогу.
6. Здатність переформатовувати свої симпатії та антипатії, проявляти емпатійність.
7. Важливо визначити нову особистісну ідентичність та ціннісні орієнтації.

8. Розуміти сенс свого життя.

При цьому пам'ятати, що травматизація не завжди несе негатив, потрібно бачити також її позитивний вплив на особистість та уміти ефективно використовувати його на свою користь. Пережиті зміни, випробовування загартовують людей, підвищують їх життєстійкість. Часто стають стимулом особистісного зростання. Сформовані в процесі психічного розвитку прогресивні зміни в людини залишаються в її пам'яті і використовуються у наступних вікових періодах розвитку (незворотність).

Титаренко Т.М. зазначає такі стратегії суто сприяння.

1. Найголовніша стратегія сприяння:

- Зміна ставлення до воєнної травматизації, тобто прийняття її такою, якою вона є, прийняти її позитивні і негативні сторони.
- Не вважати себе жертвою життєвих випробувань.
- Розуміти, що не кожен стрес викликає посттравматичні розлади.
- Енергію стресу можна самостійно перетворити для ефективного використання.
- Стресову реакцію вважати позитивним ресурсом, який підсилює захист від травматизації і сприяє ПТЗ.

2. Стратегія переосмислення просторових характеристик життєвого світу через переформатування симпатій-антипатій, пошук нових способів взаємодії, більш ефективних контактів з оточенням. Ця стратегія значима для колишніх військових, які кажуть, що на фронті сильніше відчули та усвідомили свої почуття до рідних, дорогих їм людей, що наразі не поруч, яких вони люблять, до друзів, яким довіряють.

3. Стратегія перегляду часових аспектів нашого життя з метою відновлення здатності до усвідомленого відчуття сенсу. У воєнний час кожному потрібно ретельно, обґрунтовано і свідомо виконувати завдання, що мають визначений смисл, що в мирний час не завжди помітний. Під час консультацій із психотерапевтом бійці розповідають про те, як вони відчують несподівану зміну для себе та вагомість цінностей і сенсів, коли

їхні попередні пріоритети, бажання і мрії радикально перетворюються. Вони пригадують, як найнебезпечніші моменти зіткнення з ворогом раптом допомагають усвідомити, яка неймовірна природа, як хочеться просто жити, кохати, займатися улюбленою справою, не звертаючи уваги на статуси, матеріальні блага, престиж чи кар'єру.

4. Стратегія глибокої самоусвідомленості. Зміна сприйняття подій та обставин життя. Навіть ті, хто раніше не звертали увагу на свою роль у створенні власного життя, почали поступово більш реалістично сприймати, оцінювати, усвідомлювати, розглядати те, що відбувається навколо. З'явилося відчуття відповідальності за свої вчинки та рішення.

Один з позитивних результатів посттравматичного зростання полягає у тому, що людина стає активнішою та відчуває більшу відповідальність за власне життя. Посттравматичне зростання можна розглядати як прискорене виникнення позитивних змін особистості, що виникають під впливом переосмислення цінностей життя через травматичні досвіди та конструктивну адаптацію до нової реальності.

Висновки до першого розділу

Запорукою успішної розбудови України є подолання загальної кризи в суспільстві, духовне відродження народу.

В результаті багатьох теоретичних досліджень психотравмуючих ситуацій відомо, що не кожна психотравма приводить до дисфункції особистості, навпаки виникають продуктивні зміни в життєдіяльності особистості –посттравматичне зростання основна психологічна стратегія, заснована на посттравматичному досвіді, яка проявляється у трьох напрямках, як стверджують її автори, - уважне ставлення до себе самого, смислові міжособистісні відносини та філософське ставлення до світу.

РОЗДІЛ 2. ЕМПИРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ОСІБ РАННЬОЇ ЗРІЛОСТІ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИБОРУ СТРАТЕГІЇ

2.1. Організація та методологія проведення дослідження

Метою досліджень, проведених у цій роботі, є дослідити та виявити здатність до посттравматичного зростання осіб ранньої зрілості, що отримали ПТСР під час воєнних дій в Україні та сформувані рекомендації щодо вибору стратегій посттравматичного зростання. Для досягнення поставленої мети мною були використані наступні методи та методики:

1. Первинне інтерв'ю (бесіда) (Додаток А)
2. Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, скор. IES-R) (Додаток Б).
3. Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (Додаток Г) .
4. Опитувальник оцінки посттравматичного зростання (The Post- traumatic Growth Inventory (PTGI) (Додаток Д.)

Первинне інтерв'ю, або бесіда, є найпоширенішим емпіричним психодіагностичним методом, метою якого є отримання первинних даних про учасників дослідження та введення учасників експерименту у суть дослідження, його мету, хід виконання, а також для надання інструкцій щодо безпосереднього виконання тестів .

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, скор. IES-R), у світовій практиці вважається досить валідною та прогностичною. В Україні ця методика увійшла до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», який затверджено наказом МОЗ України від 23.02.2016 року №121. Дає можливість виявити

первинні симптоми ГСР (гострий стресовий розлад) та ПТСР та дати оцінку інтенсивності їх вираження.

Методика IES-R була розроблена в результаті проведення дослідження М. Горвіц, Н. Вілнер та В. Алварес та була опублікована вперше у 1979 року. Оригінальна шкала містила 15 тверджень, які виявляли реакції «вторгнення» та «уникнення». Пізніше у 1995 році вона була доповнена психіатром Д.С. Вейс та його колегами. Сучасна шкала IES-R містить 7 додаткових пунктів, пов'язаних із симптомами збудження, які не були включені до оригінальної методики, та складається з 22 пунктів. Схема балів, запропонована Горвіцем в оригінальній версії: 0, 1, 3 і 5 відповідно для відповідей «ні», «зовсім рідко», «іноді», «часто» була збережена і в переглянutoму варіанті.

До субшкали «вторгнення» (intrusion - англ., інколи перекладають як «нав'язування») відносять нічні кошмари, образи, нав'язливі думки та входять твердження під номерами 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення» включає симптоми пов'язані з уникнення зайвих спогадів про травматичну подію, неможливістю пригадати певні деталі події або запереченням того, що сталося, спостерігається тенденція усамітнення. До неї відносяться твердження - 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22

Субшкала «збудження» - це прояви таких реакцій як гнів та роздратування, проблеми зі сном, складності з концентрацією уваги – твердження 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21 .

Загальна оцінка реакції на стресову ситуацію визначається за сумою балів усіх субшкал та розподіляється за ступенем вираження наступним чином:

№ з/п	Реакція на стресову ситуацію (травму)	Бали
1	Низька	< 30
2	Помірна	30-50
3	Виражена	> 50

Згідно цієї методики під час проведення дослідження респондентів просять визначити стресову подію та оцінити свій стан протягом останніх сім днів.

Методика «Скрінінг наявності посттравматичного стресового розладу (PCL-5)» (Додаток В), що входить до Переліку валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги, затвердженого Наказом МОЗ №2118 від 13.12.2023 р. «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» та входить до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», який затверджено наказом МОЗ України від 23.02.2016 року №121.

Дана методика розрахована на осіб у віці 18+ й використовується для скрінінгу осіб на посттравматичний стресовий розлад, постановка попереднього діагнозу ПТСР та моніторингу змін симптомів під час і після лікування. Методика відповідає критеріям Довідника діагностичних критеріїв DSM-5. Методика PCL-5 - це анкета, яка складається з 20 пунктів, що відповідають критеріям симптомів ПТСР, викладеним у DSM-5. Інтерпретацію отриманих результатів опитування можна робити 2 способами:

- за загальним балом, тобто простим підсумовуванням отриманих балів за всіма критеріями. Отримані результати будуть знаходитися в межах від 0 до 80 балів. Якщо респондент набрав 34 і більше балів, то можна говорити про наявність ПТСР, граничні значення в межах 31-33 бали можуть говорити про можливу наявність ПТСР та існує необхідність додаткових обстежень;
- попередній діагноз ПТСР також можна поставити, розглядаючи кожний пункт анкети, оцінений як 2 бали або вище, як виявлений симптом.

Потім дотримуючись діагностичного правила DSM-5 провести аналіз за кожним розділом, наступним чином:

- розділ В (твердження 1-5) – 1 пункт опитувальника оцінений у ≥ 2 бали;
- розділ С (питання 6-7) – 1 пункт опитувальника оцінений у ≥ 2 бали;
- розділ D (питання 8-14) – 2 пункти опитувальника оцінені у ≥ 2 бали;
- розділ Е (питання 15-20) – 2 пункти опитувальника оцінені у ≥ 2 бали.

Наступна методика - методика посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI). Це одна з перших психометричних методик кількісної оцінки посттравматичного зростання. Дана методика розроблена на основі досліджень Р. Тедескі та Л. Калхун у 1996 році. Опитувальник (PTGI), складається з 21 питання, що розподілені до 5 субшкал (Додаток Г):

- ставлення до інших або покращення стосунків. Особа виявляє більшу довіру та близькість до інших людей, не соромиться більш відкрито виявляти свої емоції, проявляє більшу емпатію та працює над стосунками
- нові можливості. Ця шкала описує прагнення людини змінити своє життя на краще в змозі обрати нові шляхи розвитку, змінити те, що раніше уникала зачіпати;
- особистісна сила. У розрізі цієї шкали описується усвідомлення людини, що вона сильніша, ніж думала раніше, здатна долати виклики долі та складні життєві ситуації, адекватно приймати те, що відбувається ;
- духовні зміни. Описує ті зміни в людині, що пов'язані з релігією та духовністю ;

- цінування життя. Дана субшкала вимірює відношення людини до цінності власного життя та кожного моменту в ньому.

В опитувальнику містить шість варіантів відповідей, кожна з яких оцінюється за шкалою від 0 до 5.

Результати оцінюються за кожною шкалою окремо, та обчислюється загальний індекс посттравматичного зростання.

Даний опитувальник валідизовано у багатьох країнах, але ще не адаптовані в Україні. Але за умови, що в Україні взагалі немає валідизованих опитувальників з посттравматичного зростання, а даний опитувальник був визнаний в світі, то обрано було саме його.

2.2. Аналіз зв'язку ПТЗ та ПТСР та результат дослідження

Під час первинного інтерв'ю серед 67 опитуваних було відібрано 32 особи, які відповідали наступним критеріям:

- вік ранньої зрілості;
- постійне проживання в Києві під час воєнного стану (тобто не виїздили за межі міста більше ніж на 14 днів більше двох разів на рік;
- рівень освіти.

До вибірки увійшли особи ранньої зрілості у віці від 21 до 25 років, в тому числі 25 осіб жіночої статі та 7 осіб чоловічої статі, серед яких 28 осіб – студенти 4 курсу рівня бакалавр вищих навчальних закладів різних галузей, які мають роботу у цивільній сфері на умовах неповної зайнятості та 4 осіб – особи, що мають вищу освіту рівня бакалавр та працюють у цивільній сфері. Всі особи проживають у місті Києві від початку воєнного стану разом з батьками і не мають власних сімей.

Для проведення порівняльного аналізу оцінки посттравматичного зростання з обраного числа піддослідних потрібно було обрати осіб, які зазнали впливу посттравматичного стресового розладу. З цією метою попереднього скрінінгу було застосовано Шкалу оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, скор. IES-R).

В ході виконання дослідження було виявлено наступне:

Таблиця 2.1

Загальна оцінка реакції на стресову ситуацію

№ з/п	Реакція на стресову ситуацію (травму)	Шкала розподілу балів	Розподіл	
			Осіб	%
1	Низька	< 30	7	22 %
2	Помірна	30-50	8	25%
3	Виражена	> 50	17	53%

Оскільки твердження IES-R не були приведені до відповідності з критеріями Довідника діагностичних критеріїв DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), який визначає повний перелік ознак ПТСР, то результати первинного дослідження дають нам право говорити про те, що ймовірно 17 осіб, тобто більше половини (53%) з числа респондентів знаходяться у стані гострого стресового стану або мають посттравматичний стресовий синдром. Ще 8 осіб відчувають помірний рівень стресу.

Таблиця 2.2

Реакція на стресову ситуацію у розрізі субшкал

№ з/п	Субшкала	Рівень	Бали	К-ть	
				Осіб	%
1	2	3	4	5	6
1	Вторгнення	Низький	0-4	2	6%
2		Середній	5-8	3	9%
3		Підвищений	9-12	6	19%
4		Високий	13 і більше	21	66%
1	Уникнення	Низький	0-4	3	9%
2		Середній	5-8	8	25%
3		Підвищений	9-12	5	16%
4		Високий	13 і більше	16	50 %
1	Збудливість	Низький	0-4	6	19%
2		Середній	5-8	2	6%
3		Підвищений	9-12	4	13%
4		Високий	13 і більше	20	62%

Аналізуючи наведену вище таблицю можна констатувати, що більше половини осіб виявляють високий рівень стресової реакції за всіма

субшкалами. Найменше порівняно з іншими виявляються емоції та прояви поведінки, що описуються твердженнями субшкали «уникнення».

Для більш обґрунтованого висновку щодо наявності ПТСР у досліджуваних використовувалася методика «Скрінінг наявності посттравматичного стресового розладу (PCL-5)».

За результатами проведеного аналізу виявилось, що 50% респондентів набрали від 34 до 60 балів, тобто можна говорити про наявність ПТСР у 50% опитуваних. Ще троє (9,4%) респондентів набрали 32 бали, що говорить про можливість наявності у них ПТСР, у двох з них за шкалою IES-R загальна оцінка впливу травматичної події склала більше 50 балів, тобто їх також можна віднести до числа осіб що знаходяться у стані ПТСР. Отже 18 осіб (56,3%) з числа опитуваних визначено наявність посттравматичного стресового розладу.

Виходячи з вищезазначеного можна зробити попередній висновок, що значна кількість осіб ранньої зрілості не виявляють стійкості до травмуючих подій, що пов'язані, ймовірно, з думками про страждання та смерть, втрати майна та звичного середовища, неможливості планування майбутнього.

Наступним кроком нашого дослідження було дослідження наявності посттравматичного зростання (ПТЗ) та зв'язку ПТЗ з ПТСР.

З цією метою було використано методику посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI). Дані опитування респондентів за окремими субшкалами та для двох груп респондентів: особи ранньої зрілості, що зазнали впливу посттравматичного стресового розладу та особи, які зазнали травматичних подій, але не виявили посттравматичного стресового розладу були систематизовані у таблицях № 2.3-2.7 та за загальним індексом посттравматичного зростання у таблиці № 2.8:

З отриманої таблиці бачимо, що рівень посттравматичного зростання у осіб, яким не визначено ПТСР перевищує загальний рівень ПТЗ за сумарним середнім та високим показниками. Тобто вони більше довіряють іншим, здатні до співчуття та більш відкрито виявляють свої почуття.

Таблиця 2.3

Результати оцінювання посттравматичного зростання для шкали
«ставлення до інших»

Показники	Нормативні значення для фактора, бали	Отримані результати			
		з ПТСР		без ПТСР	
		Осіб	%	Осіб	%
Низькі	0-14	7	38,9%	3	21,4%
Середні	15-24	6	33,3%	7	50,0%
Високі	25-35	5	27,8%	4	28,6%

Близько 40% респондентів, що мають ПТСР, не готові довіряти іншим людям, співчувати та виявляти власні емоції, тобто закриті від зовнішнього світу. В той же час подібні психічні реакції на травму виявляє вдвічі менше число респондентів, які з меншою інтенсивністю сприйняли травмуючі події. Більше 50% респондентів, з числа тих, у кого не виявлено ПТСР, виявляють помірний посттравматичний ріст у сфері стосунків та взаємодії з іншими.

Таблиця 2.4

Результати оцінювання посттравматичного зростання для шкали
«нові можливості»

Показники	Нормативні значення для фактора, бали	Отримані результати			
		з ПТСР		без ПТСР	
		Осіб	%	Осіб	%
Низькі	0-9	5	27,8%	2	14,3%
Середні	9-15	5	27,8%	3	21,4%
Високі	16-25	8	44,4%	9	64,3%

Високі показники за шкалою «нові можливості» (64,3%) виявили особи, що не знаходяться в стані ПТСР, в той же час менше половини осіб в стані ПТСР (44,4%) здатні до прогресу в майбутньому, спроможні змінюватися та приймати зміни оточуючого світу. Більше чверті опитуваних з числа респондентів з виявленим ПТСР не бачать можливості поліпшити своє життя та неспроможні щось змінювати.

Таблиця 2.5

Результати оцінювання посттравматичного зростання для шкали
«сила особистості»

Показники	Нормативні значення для фактора, бали	Отримані результати			
		з ПТСР		без ПТСР	
		Осіб	%	Осіб	%
Низькі	0-7	4	22,2%	2	14,3%
Середні	8-15	12	66,7%	5	35,7%
Високі	16-22	2	11,1%	7	50%

Виходячи з результаті проведеного дослідження бачимо, що 50%, тобто половина, опитуваних респондентів, що відчували помірний вплив травмуючи подій, виявили високий рівень посттравматичного росту в сфері «сила особистості», тобто вірять, що в змозі самостійно долати перешкоди, зрозуміли, що вони сильніше ніж вони думали про себе раніше, почуваються впевненим в свої силах. І тільки 11,1% опитуваних з числа осіб з ПТСР абсолютно впевнені в тому, що мають достатньо внутрішньої сили для подолання перешкод. В той же час переважна більшість (66,7%) з них з обережністю говорять про свої сили, тобто мають певні сумніви, і тільки половина з них готові звертатися за допомогою до інших.

Таблиця 2.6

Результати оцінювання посттравматичного зростання для шкали
«духовні цінності»

Показники	Нормативні значення для фактора, бали	Отримані результати			
		з ПТСР		без ПТСР	
		Осіб	%	Осіб	%
Низькі	0-3	12	66,7%	8	57,1%
Середні	4-6	5	27,8%	6	42,9%
Високі	7-10	1	5,5%	0	0%

До переоцінки духовних цінностей та посилення віри у Бога (вищої сили) виявилися індивідуальними більша половина опитуваних у двох

групах. Зростання релігійного почуття значною мірою виявилось лише в одного опитуваного з групи ПТСР. Особи, що не відчували значного травмуючого впливу говорять про помірне зростання духовності та релігійності (42,9 %).

Таблиця 2.7

Результати оцінювання посттравматичного зростання для шкали
«цінування життя»

Показники	Нормативні значення для фактора, бали	Отримані результати			
		з ПТСР		без ПТСР	
		Осіб	%	осіб	%
Низькі	0-6	4	22,2%	3	21,4;%
Середні	7-11	10	55,6%	8	57,2%
Високі	12-15	4	22,2%	3	21,4%

Результати опитування за шкалою «цінування життя» для обох груп виявилися майже на одному рівні. Більше двох третіх осіб, які опинилися під впливом військових дій визнають, що цінність їхнього життя стала вищою та навчилися цінувати кожний його момент. Трохи більше п'ятої частини осіб з обох груп не впевнені у цінності життя, переоцінки цінностей не відбулося.

Таблиця 2.8

Загальний індекс ПТЗ

Показники	Нормативні значення для фактора, бали	Отримані результати			
		з ПТСР		Без ПТСР	
		Осіб	%	Осіб	%
Низькі	0-32	2	11,2%	2	14,3%
Середні	33-63	8	44,4%	5	35,7
Високі	64-104	8	44,4%	7	50,0%

Аналізуючи загальний індекс ПТЗ можна говорити, про наступне: 44,4% осіб, що показали при попередніх дослідженнях наявність ПТСР, і 50 % осіб, які не увійшли до групи осіб з ПТСР, мають високий рівень посттравматичного зростання. Низькі показники ПТЗ виявлять лише 11,2%

та 14,3% відповідно група осіб з ПТСР та група без прояві ПТСР відповідно. Зважаючи на вищесказане можна говорити, що в цілому особи ранньої зрілості виявляють гарні тенденції до посттравматичного росту, а наявність ПТСР незначною мірою гальмує цей процес.

З метою перевірки зв'язку сили травматичного стресу та посттравматичного зростання скористаємося коефіцієнтом кореляції Пірсона. Розрахунки були здійснені за допомогою Excel. Нижче у таблиці наведено вихідні та розрахункові дані.

Таблиця 2.9

Обчислення коефіцієнту кореляції Пірсона.

Номер учасника	Загальний індекс ПТСР	Загальний показник ПТЗ	Відхилення від середнього значення загального індексу ПТСР	Відхилення від середнього значення загального індексу ПТЗ	Добуток факторів
	x	y	x'	y'	
1	80	34	22,25	3,06	68,14
2	23	23	-34,75	-7,94	275,83
3	67	6	9,25	-24,94	-230,67
4	43	44	-14,75	13,06	-192,67
5	58	56	0,25	25,06	6,27
6	38	37	-19,75	6,06	-119,73
7	33	55	-24,75	24,06	-595,55
8	84	28	26,25	-2,94	-77,11
9	68	40	10,25	9,06	92,89
10	60	32	2,25	1,06	2,39
11	72	60	14,25	29,06	414,14
12	74	16	16,25	-14,94	-242,73
13	68	32	10,25	1,06	10,89
14	45	40	-12,75	9,06	-115,55
15	69	46	11,25	15,06	169,45
16	17	41	-40,75	10,06	-410,05
17	73	38	15,25	7,06	107,70
18	32	54	-25,75	23,06	-593,86
19	89	23	31,25	-7,94	-248,05
20	70	3	12,25	-27,94	-342,23
21	46	19	-11,75	-11,94	140,27
22	69	2	11,25	-28,94	-325,55
23	44	45	-13,75	14,06	-193,36
24	61	18	3,25	-12,94	-42,05
25	77	8	19,25	-22,94	-441,55
26	63	27	5,25	-3,94	-20,67
27	69	34	11,25	3,06	34,45
28	65	44	7,25	13,06	94,70
29	51	45	-6,75	14,06	-94,92

30	62	8	4,25	-22,94	-97,48
31	27	0	-30,75	-30,94	951,33
32	51	32	-6,75	1,06	-7,17
С/з	57,75	30,9375			-2022,5
Ст.в	18,36	16,90			

Розраховуємо коефіцієнт кореляції Пірсона:

$$r = \frac{\sum (xy)}{n (\sigma_{\text{ПСТР}} * \sigma_{\text{ПТЗ}})} = -2022,50 / 32 * 18,36 * 16,90 = -0,20,$$

де r - коефіцієнт кореляції Пірсона, n – кількість випадків, σ – стандартне відхилення

Інтерпретація коефіцієнта кореляції проводиться виходячи з рівня сили зв'язку:

$r > 0,01 \leq 0,29$ - слабкий позитивний зв'язок,

$r > 0,30 \leq 0,69$ - помірний позитивний зв'язок,

$r > 0,70 \leq 1,00$ - сильний позитивний зв'язок,

$r > -0,01 \leq -0,29$ - слабкий негативний зв'язок,

$r > -0,30 \leq -0,69$ - помірний негативний зв'язок,

$r > -0,70 \leq -1,00$ - сильний негативний зв'язок.

Отже наш результат має слабкий негативний зв'язок між силою травматичного стресу та посттравматичним зростанням, при рівні значущості 0,01. Тобто присутній слабкий зв'язок: чим вище рівень стресу, тим менше посттравматичне зростання. В той же час вибірка, на якій проводилися дослідження, мала. Більш ретельно зв'язок потрібно з'ясувати на більших вибірках.

Висновки до другого розділу.

В ході виконання роботи було проведено емпіричне дослідження щодо можливості посттравматичного зростання у осіб ранньої зрілості, а також вплив ПТСР на ПТЗ. Дослідження проводилося в три етапи: на першому підготовчому етапі було проведено первинне інтерв'ю, щодо їх відповідності до обраних критеріїв. Для подальшого дослідження було обрано 32 особи, що відповідають критеріям відбору, з 63 опитаних. На другому етапі було визначено групу осіб ранньої зрілості, що мають ознаки ПТСР за допомогою проведення тестування за Шкалою оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, скор. IES-R) та Опитувальником посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Під час дослідження виявлено, що 18 осіб, що відповідають показникам ПТСР, і 14 осіб – які зазнали помірного травматичного впливу, який не викликав ПТСР. Далі проводилося порівняльний аналіз посттравматичного зростання в осіб, що зазнали ПТСР та ні. Опитування проводилося за допомогою методики посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI). Порівнюючи результати опитування за всіма п'ятьма субшкалами Опитувальника посттравматичного зростання дійшли висновку, що в обох групах переважна більшість осіб ранньої зрілості майже однаково виявляє посттравматичний ріст через підвищення цінності свого життя, не виявляє схильності до значного росту релігійності та росту у духовній сфері. Особи що не зазнали впливу ПТСР мають більш високий рівень віри у свої власні сили та готові звертатися за допомогою до інших і мають впевненість, щодо можливості змінювати своє життя на краще. Особи, що зазнали ПТСР виявляють посттравматичне зростання, але дещо повільніше і не схильні відкриватися іншим, налагоджувати нові стосунки та сподіватися на допомогу оточуючих. Також вони виявляють більш стриману віру у власні внутрішні ресурси.

В цілому за загальним індексом ПТЗ можна говорити, що особи ранньої зрілості мають гарні перспективи посттравматичного зростання

незалежно від сили травмуючої події, за застереження, що у осіб процес посттравматичного зростання відбувається повільніше, ніж у тих, хто його не зазнав.

ВИСНОВКИ

Тема даної кваліфікаційної роботи покликана пояснити можливості досягнення феномену посттравматичного зростання людьми ранньої зрілості. Шляхи подолання наслідків екстремальних травматичних ситуацій за допомогою стратегії посттравматичного зростання. Щоб покращити ментальне здоров'я в українців, загрозою для якого є сучасна соціальна криза, викликана воєнним станом в Україні. Для цього проведено ряд теоретичних досліджень сучасних і ретроспективних наукових теорій та іншої наукової літератури з визначеної теми. Крім того, визначено стан розвитку досліджень ПТЗ в Україні, які наразі продовжуються. Було здійснено емпіричне дослідження щодо можливості посттравматичного зростання у осіб ранньої зрілості, а також вплив ПТСР на ПТЗ. Опановано роботу з методиками дослідження посттравматичного стресового розладу та посттравматичного зростання. В ході дослідження дійшли висновку, що особи ранньої зрілості мають гарні перспективи посттравматичного зростання незалежно від сили травмуючої події, за застереження, що у осіб процес посттравматичного зростання відбувається повільніше, ніж у тих, хто його не зазнав.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко А.Ф. Основы психологии.: Учебник для студентов гуманитарных вузов. - К.: Освіта України, 2019.- 247 с.
2. Дзюба Т.М., Коваленко О. Г. Психологія дорослості з основами геронтопсихології. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів/ Т.М.Дзюба, О.Г. Коваленко; за ред. проф. В.Ф. Моргуна. – П., 2013. –172 с.
3. Занюк С.С. Психологія мотивації: Навч. посібник. - К.: Либідь, 2002. - 304с.
4. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
5. Кокур О.М. Психофізіологія: Навчальний посібник / О.М. Кокур. - К.: Центр навчальної літератури, 2006. - 184 с.
6. Москальова В.М. Охорона праці. Інтерактивний комплекс навчально-методичного забезпечення. Рівне.НУВГП , 2009.- с.399
7. М'ясоїд П. А. Загальна психологія: Навч. посіб. — 2-ге вид., допов. — К.: Вища шк., 2001. — 487 с.: іл.
8. Пилипака Ю. І., Романюк В. Л. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров'я особистості // Психологія: реальність і перспективи. 2016. Вип. 6. С. 177—182.
9. Причепій, Є. М. Філософія : підручник / Є. М. Причепій, А. М. Черній, Л.А. Чекаль. - 2-ге вид., випр., доп. - К. : Академвидав, 2007. - 592 с. - (Альма - матер). - Короткий словник філос. термінів : с. 574-591
10. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК / Авт.-уклад. В.В.Синявський, О.П.Сергеєнкова/ За ред.. Н.А.Побірченко Сергеєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасека О. В. Вікова психологія. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 376 с.
11. Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології / Ю. С. Семенова // Актуальні проблеми сучасної

- медичної психології: матеріали V науково-практичної конференції (м. Київ, 11–12 травня 2011 р.). – К., 2011. – С. 50–54
12. Сердюк Л. З., Шамич О. М. Самодетермінація особистості як психологічна основа її самореалізації //Актуальні проблеми психології. – 2017. – Т. 13. – №. 6. – С. 164-173
13. Токарева Н. М. Основи вікової психології : навчально-методичний посібник / Н. М. Токарева, А. В. Шамне. – Кривий Ріг : Тов ВВП, 2013. – 283 с.
14. Трофімов Ю. Л. Психологія : Підруч. для студ. вищ. закл. освіти / Ю.Л. Трофімов, В. В. Рибалка, П. А. Гончарук, Т. С. Кириленко, Т. С. Кудріна, П. С. Перепелиця, М. Л. Смульсон, О. Б. Федоришин. - К. :Либідь, 1999. - 558 с. - укр.
15. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. – 160 с. – Бібліогр.: с. 149–159.
16. Уварова С.Г., Бойченко Н.Г., Гришкан С.О., Улько Н. М. Психологічна допомога в кризових ситуаціях / С. Г. Уварова, Н. Г. Бойченко, С.О. Гришкан, Н.М. Улько. - К.: ПВНЗ МІГ, 2016. - 248 с.; 3 іл.
17. Біла І.М.(2016) Творчість: стратегії та тенденції мисленнєвої діяльності. *The pedagogical process: theory and practice (series: psychology) № 3 (54).*
URL:<https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/122581.pdf>
18. Вовчик-Блакитна О.О. (2019) Генеративність особистості як детермінанта її суб’єктивного благополуччя. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Том. VII, Екологічна психологія, Вип. 48.* URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v7/i48/8.pdf>
19. Волошок, О. (2019). Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (10). URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2010-10.%p>

- 20.Зубовський Д.С. (2016) Посттравматичного зростання як перспективни напрямок досліджень у вітчизняній психології. Проблеми екстремальної та кризової психології. Вип. 20. URL: <https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol20/Zubovskui.PDF>
21. Корольчук О.Л.(2016) Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. С. 104–111. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/17_2016/19.pdf
- 22.Котигорошко Владислав. (2023). Логотерапія Віктора Франкла: Теорія Смислу Життя від В'язня Концтаборів URL: <https://www.gasformind.com/logoterapiya-viktora-frankla/#:~:text=%D0%9B%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F%20%E2%80%94%D1%86%D0%B5%20%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%97%2C%20%D1%80%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B0,%D0%B4%D1%83%D1%88%D1%96%20%D1%87%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B7%20%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%85%D0%BE%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D1%81%D0%B5%D0%BD%D1%81%D1%83%20%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F>
- 23.Михальський А.В., Царьов Ю.О. (2011). Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Випуск 12. URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/161234/160413>
24. П'янківська Л. В. (2020). Психологічні напрями постратравматичного зростання хворого та його близьких родичів. *Public communication in science: philosophical, cultural, political, economic and IT context : Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ» with Proceedings of the International Scientific*

and Practical Conference (B. 3), May 15, 2020. Houston, USA: European Scientific Platform. P. 70–74.

[URL:https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/logos/issue/view/15.05.2020/300](https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/logos/issue/view/15.05.2020/300)

[DOI https://doi.org/10.36074/15.05.2020.v3.25.](https://doi.org/10.36074/15.05.2020.v3.25)

25. Перелік валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0128-24#n4>
26. Підтримка ментального здоров'я в часи війни (2023). *Національний інститут стратегічних досліджень. Коментарі експертів.* URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>
27. Пророк Н.В. (2010) Самоефективність та успішність професійної діяльності. *Актуальні проблеми психології* 7, 176-180 URL: http://ecopsy.com.ua/data/zbirki/2010_22/sb22_35.pdf
28. Радченко О.М. (2022). Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»* № 15-16 (532-533). URL: <https://health-ua.com/multimedia/7/1/3/2/3/1672759007.pdf>
29. Титаренко Т.М. (2017). Стратегії сприяння посттравматичному зростанню особистості. [Психологічні науки: проблеми і здобутки.](#) - 2017. - Вип. 1. – с. 217-232. - URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pnpz_2017_10_16
30. Толкачева О. Н. (2018). Посттравматический рост: теоретические модели и способы осмысления. URL: <https://tolkoksana.wordpress.com/2018/06/23/%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82-%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81/>

31. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад.
URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf
32. Яблонська Т.М. (2011) Зрілість. // Енциклопедія Сучасної України [Електронний ресурс] / Редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк [та ін.] ; НАН України, НТШ. – К.: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2011. – Режим доступу: <https://esu.com.ua/article-13889>
33. Cherry K. Fluid vs. (2022). Crystallized Intelligence
<https://www.verywellmind.com/fluid-intelligence-vs-crystallized-intelligence-2795004>
34. Calhoun, Lawrence G.; Tedeschi, Richard G. Facilitating Posttraumatic Growth : A Clinician's Guide LEA Series in Personality and Clinical Psychology. - Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1999 – p. 178
35. Levinson D.J., Charlotte N. Darrow, Edward B. Klein, Maria H. Levinson, Braxton McKee The Seasons of a Man's Life: The Groundbreaking 10-Year Study That Was the Basis for Passages.- New York: Ballantine Books, 1979. – p.388
36. Marcia J. E. Identity in Adolescence // Handbook of Adolescent Psychology (Ed. by J. Adelson) / J. E. Marcia – New York: John Wiley & Sons, 1980. – p. 159–187.

Анкета первинного інтерв'ю

1. Ім'я: _____

2. Вік: _____

3. Стать: _____

4. Місце проживання: _____

5. Чи виїжджали ви з місця проживання? _____

- Так
- Ні

Якщо так, то як часто (разів на рік) _____

Якщо так, як на довго _____

- До 2 тижнів
- Менше двох тижнів

6. Чим ви займаєтесь?

- Навчаюсь
 - Якщо так, то на якому курсі? _____
 - Яка галузь? _____

Працюю

- Так
- Ні

Сфера діяльності _____

Поєдную роботу та навчання

7. Сімейний статус _____

Маю власну сім'ю

- Так
- Ні

Якщо ні вказати, чи проживаєте ви з батьками

- Так
- Ні

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ (IES-R)

№ з/п	Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1	Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушує мене знову пережити все, що трапилося				
2	Я не міг(могла) спокійно спати ночами				
3	Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося				
4	Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів				
5	Я не дозволяв(ла) собі засмучуватися, коли думав(ла) про цю подію або щось нагадувало мені про неї				
6	Я думав(ла) про те, що трапилося проти своєї волі				
7	Мені здавалося, що всього того, що сталося зі мною, ніби й не було насправді, або все, що тоді відбувалося, було нереальним				
8	Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилося				
9	Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості				
10	Я був(ла) весь час напруженим(ною) і сильно здригався(лась), якщо щось раптово лякало мене				
11	Я намагався(лася) не думати про те, що трапилося				
12	Я розумів(ла), що мене і досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив(ла), щоб їх уникнути				

13	Я відчував (ла) щось на зразок заціпеніння і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче «паралізовані»				
14	Я раптом помітив(ла), що дію або почуваюся так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації				
15	Мені було важко заснути				
16	Мене буквально переповнювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією				
17	Я намагався(лася) витіснити з пам'яті те, що трапилося				
18	Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь				
19	Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) неприємні фізичні ознаки: пітнів(ла), дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс Тощо				
20	Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося				
21	Я постійно остерігався(лась) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане				
22	Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапилося				

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ:

- шкала «вторгнення»: сума балів за пунктами 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20;
- шкала «уникнення»: сума балів за пунктами 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22;
- шкала «збудження»: сума балів за пунктами 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Діагностичні критерії ПТСР у Діагностичному та статистичному довіднику з психічних розладів, 5-е видання (DSM -5)

Критерій А

Переживання досвіду смертельної небезпеки або загрози смерті, отримання або загроза серйозного поранення, сексуальне насильство або його загроза, що може статися в один із таких способів:

- Безпосереднє переживання травматичної події.
- Перебування у ролі свідка травматичної події, до якої були залучені інші особи.
- Повідомлення про подію, яка сталася з близькими членами родини або близькими друзями. У випадках безпосередньої або можливої загрози смерті члена сім'ї або друга подія повинна бути раптовою або несподіваною.
- Повторюване чи надмірна сила переживань деяких аспектів травматичної події, що викликають сильну негативну емоційну реакцію (наприклад, ті, хто через обставини першими опинилися на місці загибелі людей і зайняті збиранням тіл і останків тіл загиблих; поліцейські, котрі багаторазово ставали свідками безпосередніх наслідків насильницьких дій).

Примітка: пункт 4 виключає опосередкований вплив через засоби масмедіа, телебачення, кінофільми, статичні зображення в тих випадках, коли це не пов'язано з виконанням професійних обов'язків.

Критерій В

Присутність одного або більше симптомів інтрузії (повторного переживання травматичного досвіду), пов'язаних із травматичною подією, що з'явилися після травматичної події:

- Повторювані, мимовільні та нав'язливі спогади. Діти старші шести років можуть виявляти цей симптом, часто граючи в ігри, в яких виражаються аспекти травми.
- Травматичні кошмари або неприємні сни зі змістом, що пов'язаний з подією, що повторюється. Дітям можуть снитися страшні сни без змісту, пов'язаного з травмою.
- Дисоціативні реакції (такі як флешбеки – повторне переживання травматичної події), за яких виникають повторювані відчуття. Це може відбуватися за континуумом інтенсивності: від коротких епізодів до втрати усвідомлення реальності. Діти можуть знову відтворювати події у грі.
- Сильний або тривалий психологічний дистрес при впливі зовнішніх або внутрішніх подразників, що символізують або мають схожість з будь-яким аспектом травматичної події.
- Помітна фізіологічна реактивність, наприклад, збільшення частоти серцевих скорочень після впливу травмуючих нагадувань.

Критерій С

Постійне старання уникнення нагадувань про травму після закінчення травматичної події, про що свідчить одна чи обидві ознаки:

- Уникнення думок чи почуттів, пов'язаних із травмою.
- Уникнення зовнішніх нагадувань про травми, такі як люди, місця, розмови, дії, предмети чи ситуації.

Критерій D

Погіршення когнітивного функціонування і настрою, що пов'язано з травматичною подією, яке почалось або ж посилилось після завершення травматичної події (принаймні два з перелічених нижче):

- Неможливість згадати важливі аспекти травматичної події (головним чином через дисоціативну амнезію та не пов'язану з такими факторами, як черепно-мозкова травма, вживання алкоголю або наркотиків).
- Стійкі та перебільшено спотворені переконання чи очікування негативного характеру про себе самого або навколишній світ (Наприклад, “Я поганий”, “Нікому не можна довіряти”, “Світ небезпечний”, “Я втратив свою душуназавжди”, “Моя нервова система повністю зруйнована”).
- Стійкі та спотворені переконання про причини або наслідки травматичної події, на яких ґрунтується самозвинувачення чи звинувачення інших.
- Стійкі негативні емоційні стани (наприклад, страх, гнів, вина або сором).
- Помітне значне зниження інтересу чи залучення у види діяльності, які колись були значущими.
- Почуття відстороненості та відчуженості від інших людей.
- Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення чи почуття любові та прихильності)

Критерій Е

Помітна і значуща зміна фізіологічної збудливості і реактивності, що почалася або посилилася після завершення травматичної події (принаймні дві з наведених нижче) :

- Дратівливість або спалахи гніву (які виникають без будь-якої причини або з незначних приводів), зазвичай виражені у вербальній або фізичній агресії щодо людей або об'єктів.
 - Саморуйнівна поведінка, безрозсудна ризикована поведінка.
 - Підвищена настороженість/гіперпильність.
 - Перебільшена стартова реакція.
 - Проблеми із засинанням чи підтриманням сну.

- Проблеми із концентрацією уваги.

Критерій F

Тривалість розладу (симптомів, описаних в критеріях В, С, D і E) більше одного місяця.

Критерій G

Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення у соціальній, професійній чи іншій сфері функціонування індивіда.

Критерій H

Розлад не обумовлений прийомом ліків, вживанням психоактивних речовин або іншими розладами та захворюваннями.

Постановка діагнозу ПТСР згідно з DSM-5

Щоб поставити діагноз посттравматичного стресового розладу згідно з DSM-5, необхідна відповідність таким критеріям:

- критерій A;
- один або більше симптомів з критерію B;
- один або більше симптомів з критерію C;
- два або більше симптомів з критерію D;
- два або більше симптомів з критерію E;
- критерій F;
- критерій G;
- критерій H.

Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

№з/ п	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?					
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?					
3	Раптове відчуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?					
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?					
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, пітливість)?					
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?					
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?					
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?					
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (приміром, «я поганий», «зі мною щось не так», «нікому не можна довіряти», «світ — небезпечне місце»)?					
10	Самозвинувачення або звинувачення інших щодо стресового досвіду, або того, що сталося після нього?					
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?					
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?					
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?					
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)?					
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?					

16	Те, що ви дуже ризикуєте, або робите речі, які можуть зашкодити?					
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?					
18	Відчуття постійної напруги?					
19	Труднощі із зосередженістю?					
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?					

Примітка: Перекладено та адаптовано Хаустовою О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г

Опитувальник посттравматичного зростання

№ з/п	Твердження	Жодних змін	Дуже незначні зміни	Невеликі зміни	Помірні Зміни	Великі зміни	Дуже суттєві Зміни
		0	1	2	3	4	5
1	Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті						
2	Я набагато краще розумію цінність власного життя						
3	У мене з'явилися нові інтереси						
4	Я став більш впевненим у собі						
5	Я став краще розуміти духовні питання						
6	Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях						
7	Я скерував своє життя на новий шлях						
8	Я відчуваю більшу близькість з оточуючими						
9	Я охоче виражаю свої емоції						
10	Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами						
11	Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті						
12	Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є						
13	Я можу більше цінувати кожен день свого життя						
14	У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше						
15	Я став більше співчувати іншим						
16	Я докладую більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми						
17	Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін						

18	Я став більш віруючим (релігійнішим)						
19	Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав						
20	Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди						
21	Я краще розумію потреби інших людей						

АНОТАЦІЯ

Стратегії посттравматичного зростання в осіб ранньої зрілості

Гончаренко А.В.

Київський національний лінгвістичний університет

Ключові слова: психічне здоров'я, психічні стани, посттравматичний стресовий розділ, посттравматичне зростання, соціальна підтримка, афект, стрес, стресор, тривога, рання зрілість, психічний розвиток, психічний стан, психологічний захист.

У ході написання роботи, було вивчено феномен посттравматичного зростання та його стратегії, а також був проведений порівняльний аналіз посттравматичного зростання у осіб ранньої зрілості, що отримали ПТСР і осіб, що отримали помірний ступінь психічної травми. У ході дослідження було виявлено, що особи ранньої зрілості схильні до посттравматичного зростання, незалежно від ступеня важкості психічної травми з однією тільки відмінністю, що особи з ПТСР схильні повільніше проходити процес посттравматичного зростання.

Для дослідження було використано три методики: Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, скор. IES-R), Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник оцінки посттравматичного зростання (The Post- traumatic Growth Inventory (PTGI)).

SUMMARY

Strategies of post-traumatic growth in early adulthood

Honcharenko A.V.

Kyiv National Linguistic University

Key words: mental health, mental states, posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, social support, affect, stress, stressor, anxiety, early adulthood, mental development, mental state, psychological protection.

In the course of writing this work, the phenomenon of posttraumatic growth and its strategies were studied, and a comparative analysis of posttraumatic growth in early adulthood with PTSD and those with a moderate degree of mental trauma was conducted. The study found that early adulthood individuals are prone to post-traumatic growth, regardless of the severity of the mental trauma, with the only difference being that individuals with PTSD tend to go through the process of post-traumatic growth more slowly.

Three methods were used for the study: The Impact of Event Scale - Revised (IES-R), the Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PCL-5), and the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI).