

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Зігмунд Фройд Университет Україна

Кафедра психології

«Допущено до захисту»

Рішенням засідання кафедри психології

Протокол №5 від 26.01.2026 р.

Кваліфікаційна робота

Другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«Психологічні особливості ідентичності жінок, що пережили травматичну подію»

Виконала:

магістрантка 2-го курсу

групи М-9-24Пс

факультету психології

спеціальності 053 Психологія

Левін Катерина Віталіївна

Наукова керівниця:

Великодна Мар'яна Сергіївна

доцентка факультету психології

Рецензент: к. психол н. Єгор Кучеренко

КИЇВ — 2026

Анотація

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних особливостей ідентичності жінок, які пережили травматичну подію. Актуальність теми зумовлена зростанням кількості психотравматичних переживань унаслідок воєнних подій, вимушеного переміщення, втрат і соціальних змін, що істотно впливають на структуру особистості, її самосприйняття та життєві орієнтири.

Об'єкт дослідження — особистісна ідентичність жінок.

Предмет дослідження — психологічні особливості ідентичності жінок, що пережили травматичну подію.

Мета роботи полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні впливу травматичного досвіду на структуру ідентичності українських жінок.

У роботі проаналізовано сучасні теоретичні підходи до розуміння ідентичності, розглянуто феномен кризи та порушення ідентичності, досліджено психологічні наслідки психічної травми та механізми її впливу на самосприйняття. Теоретичний аналіз доповнено результатами емпіричного дослідження, виконаного із застосуванням кількісних і якісних методів. Окремий розділ присвячений клінічній ілюстрації змін ідентичності на матеріалі психотерапевтичної роботи.

Результати дослідження показали, що травматичний досвід істотно впливає на структуру ідентичності, спричиняючи фрагментацію Я-концепції, зміну системи цінностей, порушення відчуття безперервності особистості та труднощі інтеграції життєвого досвіду.

Практичне значення роботи полягає у поглибленні розуміння психологічних механізмів впливу травми на ідентичність та можливостей використання отриманих результатів у психологічному консультуванні, психотерапії та програмах психологічної реабілітації жінок, які пережили травматичні події.

Ключові слова: ідентичність, психічна травма, криза ідентичності, Я-концепція, посттравматичний стрес, жінки, посттравматичне зростання, психологічна адаптація.

Abstract

This thesis is devoted to the study of the psychological characteristics of identity among women who have survived a traumatic event. The relevance of the topic stems from the increasing number of psychotraumatic experiences resulting from war, forced displacement, loss, and social changes, which significantly affect personality structure, self-perception, and life orientations.

The object of the study is women's personal identity.

The subject of the study is the psychological characteristics of the identity of women who have survived a traumatic event.

The aim of this work is to provide a theoretical foundation and conduct an empirical study of the impact of traumatic experiences on the identity structure of Ukrainian women.

The study analyzes contemporary theoretical approaches to understanding identity, examines the phenomenon of identity crisis and disruption, and investigates the psychological consequences of psychological trauma and the mechanisms through which it affects self-perception. The theoretical analysis is supplemented by the results of an empirical study conducted using quantitative and qualitative methods. A separate section is devoted to clinical illustrations of identity changes based on psychotherapeutic work.

The results of the study showed that traumatic experiences significantly influence the structure of identity, causing fragmentation of the self-concept, a shift in the value system, disruption of the sense of personal continuity, and difficulties in integrating life experiences. The practical significance of this work lies in deepening the understanding of the psychological mechanisms through which trauma affects identity and the potential for applying these findings in psychological counseling, psychotherapy, and psychological rehabilitation programs for women who have survived traumatic events.

Keywords: identity, psychological trauma, identity crisis, self-concept, post-traumatic stress, women, post-traumatic growth, psychological adaptation.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІДЕНТИЧНОСТІ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНУ ПОДІЮ	
1.1. Особистісна ідентичність як психологічна категорія	8
1.1.1. Теоретичні концепції ідентичності	8
1.1.2. Поняття кризи та порушення ідентичності	13
1.2. Психічна травма та її психологічні наслідки	18
1.3. Вплив травматичного досвіду на переживання ідентичності	25
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІДЕНТИЧНОСТІ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНУ ПОДІЮ	
2.1. Організація дослідження	32
2.2. Аналіз результатів дослідження	34
2.2.1. Респонденти	34
2.2.2. Надійність шкал та нормальність розподілу	37
2.2.3. Психологічний стан жінок, що пережили травматичну подію	40
2.2.4. Розробка прогностичної моделі	49
2.3. Обговорення результатів	54
Висновки до розділу 2	58
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН В ІДЕНТИЧНОСТІ ЖІНКИ ВНАСЛІДОК ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ: КЛІНІЧНА ІЛЮСТРАЦІЯ З ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ	
3.1. Психотерапевтичний метод і сетинг	60
3.2. Клінічна ілюстрація	66
3.3. Обговорення випадку	76
Висновки до розділу 3	79
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	82
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	84
ДОДАТКИ	92

ВСТУП

Ескалація війни росії проти України, розпочата у 2014 році та розширена у масштабах у 2022-му, має значні наслідки для психічного здоров'я українців, зокрема – щодо досвіду психічної травми (Serdiuk et al., 2025). Дослідження показують, що особливу тяжкість симптомів стресу, депресії та пост-травматичної пошкодженості через досвід війни мають жінки (Chudzicka-Szurafa et al., 2023). Через воєнні дії в Україні багато жінок стали вимушеними переселенками, у тому числі закордоном: за даними ООН майже 2,8 млн. жінок є внутрішніми переселенками та понад 3 млн - біженками в країнах ЄС (UNHCR, 2025). Значна кількість із них переживає досвід одиночного материнства та розлуки з партнерами (Євграшина, 2024).

Крім того, за даними UNFPA, у 2023 році близько 3,6 млн осіб в Україні потребували послуг у сфері запобігання та протидії гендерно зумовленому насильству, причому найбільш уразливою групою залишаються жінки (UNFPA, 2023). Жінки, які пережили травматичні події, потребують особливої уваги, оскільки внаслідок психологічної травми відбувається глибоке переосмислення себе, своєї ролі у світі, цінностей та життєвих орієнтирів.

Поняття ідентичності є одним із ключових у психології особистості, соціальній та клінічній психології, оскільки воно відображає здатність людини усвідомлювати себе як цілісну, унікальну та безперервну у часі особистість. Ідентичність формується в процесі соціальної взаємодії, засвоєння культурних норм і цінностей, рефлексії власного життєвого досвіду та нарративного осмислення подій життя (Burke & Stets, 2022). Водночас цей процес не є лінійним або завершеним, а триває впродовж усього життєвого шляху, зазнаючи впливу кризових і травматичних подій. Ідентичність є вразливою до зовнішніх впливів, а отже — до ризику деформацій під дією травматичного досвіду. Воєнні дії істотно посилюють ризики психологічної травматизації, руйнують базові уявлення про безпеку, стабільність і соціальні ролі, що безпосередньо відбивається на процесах формування та переживання особистісної

ідентичності. Дослідження особливостей ідентичності в таких умовах дозволяє краще зрозуміти психічні механізми адаптації й сприяти ефективнішій психологічній допомозі постраждалим.

Об'єктом цього дослідження є особистісна ідентичність жінок.

Предметом дослідження виступають психологічні особливості ідентичності жінок, що пережили травматичну подію.

Мета роботи — теоретично вивчити та емпірично дослідити психологічні особливості ідентичності українських жінок, які зазнали впливу травматичного досвіду.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння особистісної ідентичності як психологічної категорії.
2. Розглянути поняття кризи ідентичності та можливі порушення ідентичності.
3. Дослідити природу психічної травми та її вплив на структуру ідентичності.
4. Узагальнити сучасні емпіричні дослідження з теми впливу травми на ідентичність жінок.
5. Розробити та провести емпіричне дослідження впливу травматичної події на ідентичність жінок.
6. Проілюструвати встановлені особливості змін у ідентичності жінки, яка пережила травматичну подію, на матеріалі психотерапевтичного випадку.

У процесі дослідження було використано такі методи: теоретичний аналіз і узагальнення наукової літератури, емпіричне дослідження із поєднанням кількісних та якісних методів (опитування із використанням стандартизованих шкал та аналіз психотерапевтичного випадку).

Структура кваліфікаційної роботи відповідає логіці дослідження і складається з трьох розділів, висновків та списку використаної літератури. У першому розділі розкриваються теоретичні основи вивчення ідентичності в контексті пережитого травматичного досвіду. Другий розділ присвячений

емпіричному дослідженню особливостей ідентичності жінок, які пережили травматичну подію. Третій розділ містить клінічну ілюстрацію з психотерапевтичної роботи із жінкою, що пережила травматичну подію.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІДЕНТИЧНОСТІ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНУ ПОДІЮ.

1.1. Особистісна ідентичність як психологічна категорія

1.1.1. Теоретичні концепції ідентичності

Поняття ідентичності є міждисциплінарним, оскільки безпосередньо пов'язане з проблемою самовизначення особистості, її цілісності, безперервності та здатності зберігати відчуття Я в умовах мінливого соціального світу. Так, соціологічні підходи акцентують увагу на ролі соціальних структур, інститутів і групової належності у формуванні ідентичності, підкреслюючи її соціально сконструйований характер (Burke & Stets, 2022).

У межах психологічної науки ідентичність визначається як складна, багаторівнева та динамічна система уявлень, переконань, цінностей і смислів, за допомогою яких особистість усвідомлює себе як цілісну та унікальну істоту (McAdams, 2013). Вона включає не лише когнітивний компонент (усвідомлення того, ким є людина), але й емоційний, як то, ставлення до себе, прийняття або неприйняття власного Я та поведінковий, тобто реалізація ідентичності через соціальні ролі й життєві вибори. Ідентичність формується поступово, у процесі взаємодії з іншими людьми, через інтеріоризацію соціального досвіду, рефлексію значущих життєвих подій і наративне осмислення власної біографії. Саме наративний вимір дозволяє людині інтегрувати минулий досвід, актуальні переживання та уявлення про майбутнє в узгоджену життєву історію, що забезпечує суб'єктивне відчуття безперервності Я (McAdams, 2013).

Ідентичність складається з кількох взаємопов'язаних вимірів, серед яких виокремлюють особистісну, соціальну, професійну, гендерну, культурну та національну ідентичності (Crocetti et al., 2023). Кожна з цих складових має власну логіку формування та розвитку, проте водночас вони перебувають у постійній взаємодії, утворюючи відносно цілісну та динамічну структуру Я (там само).

У межах соціально-психологічного підходу підкреслюється, що ідентичність формується й підтримується через належність до соціальних груп, міжгрупові взаємодії та соціальний контекст, що надає їй виразного реляційного та контекстуального характеру (Haslam et al., 2020). Автори наголошують, що ідентичність не обмежується індивідуальним уявленням людини про себе, а формується також через належність до соціальних груп і переживання спільності з іншими. Соціальна ідентичність визначається цими ж дослідниками як усвідомлення себе частиною певного «ми», що надає людині відчуття значущості, підтримки, контролю та сенсу. Згідно з підходом соціальної ідентичності, саме групова приналежність виступає важливим психологічним ресурсом, який сприяє збереженню психічного здоров'я, підвищенню стійкості до стресу та кращій адаптації до складних життєвих обставин. Наявність значущих соціальних ідентичностей пов'язана зі зниженням рівня депресії, тривожності, когнітивного виснаження та сприяє формуванню відчуття контролю над життям. Такий підхід дозволяє зрозуміти, чому зміни або втрати в одній сфері життя, наприклад у професійній чи соціальній, можуть мати глибокі наслідки для загального переживання особистісної цілісності. Втрата соціальної ідентичності або її стигматизація розглядається як потужний фактор психологічної вразливості. Порушення зв'язку з групою, соціальна ізоляція або нав'язування негативної ідентичності можуть призводити до зниження психологічного благополуччя, зростання рівня стресу та поглиблення травматичних переживань. Таким чином, соціальна ідентичність виступає не лише ресурсом адаптації, а й важливим чинником, що визначає спосіб переживання травматичних подій та подальшу інтеграцію досвіду в структуру особистості.

З позицій теорії соціальної ідентичності, ідентичність формується через процеси соціальної категоризації, ідентифікації та соціального порівняння (Tajfel, 1981). Згідно з нею, людина визначає себе й через належність до певних соціальних груп, засвоюючи їхні норми, цінності та символи. У цьому контексті ідентичність виступає важливим регулятором поведінки та міжгрупових

відносин. Подальший розвиток цього підходу у працях Burke і Stets (2022) дозволив інтегрувати соціальні ролі, очікування значущих інших і внутрішні стандарти Я в єдину теоретичну модель, де ідентичність постає як механізм узгодження між внутрішніми уявленнями про себе та реальною поведінкою.

Масові соціальні потрясіння, війни, вимушене переміщення, насильство або дискримінація можуть руйнувати звичні соціальні ролі та групову належність, що призводить до дестабілізації ідентичності та втрати відчуття життєвої визначеності (Crocetti et al., 2023). У таких умовах ідентичність перестає бути стабілізуючим чинником і, навпаки, стає зоною підвищеної психологічної вразливості.

Теоретичне осмислення феномена ідентичності в психології здійснюється в межах кількох концептуальних підходів. Сучасні дослідження ідентичності спираються на психодинамічні, соціально-психологічні, нарративні, феноменологічні та інтегративні підходи.

Однією з базових теоретичних моделей є психодинамічна концепція ідентичності, започаткована у працях Е. Еріксона. У межах цієї концепції ідентичність розглядається як центральне утворення Еґо, що забезпечує відчуття цілісності, безперервності та узгодженості Я впродовж життєвого шляху особистості (Erikson, 1968). Еріксон наголошував, що ідентичність формується в процесі розв'язання психосоціальних криз, кожна з яких пов'язана з необхідністю інтеграції нових ролей, соціальних очікувань і внутрішніх потреб. Порушення цього процесу призводить до кризи ідентичності, що може проявлятися у рольовій дифузії, відчутті втрати сенсу та внутрішній фрагментації Я.

Канадські науковиці запропонували карту соціальної ідентичності (Social Identity Map) як інструмент визначення більш широких аспектів соціальної ідентичності, впливу цих аспектів на життя суб'єкта та рефлексії щодо детального вивчення емоцій, які можуть бути пов'язані з особливостями їх соціальної ідентичності (Jacobson et al., 2019) Авторки наголошують, що соціальна ідентичність формується на перетині таких вимірів, як стать, вік, соціальний клас, етнічність, громадянство, сексуальність, тілесність та інші

соціально зумовлені характеристики, які визначають спосіб сприйняття світу та інтерпретації досвіду. Запропонована ними мапа соціальної ідентичності (Social Identity Map) є інструментом усвідомлення власної позиційності й дозволяє простежити, як соціальне розташування людини впливає на її бачення реальності, взаємодію з іншими та інтерпретацію подій. Автори підкреслюють, що ідентичність не є сталою або фіксованою категорією – вона є динамічною, контекстуально зумовленою та змінюється залежно від соціальних умов, життєвого етапу та владних відносин (Jacobson et al., 2019). Особливе значення ця концепція має для аналізу досвіду вразливих груп, оскільки дозволяє виявити, яким чином поєднання кількох ідентичностей (гендерної, соціальної, культурної, травматичної) формує специфіку переживання реальності.

Особистість постійно співвідносить свою поведінку з уявленнями про те, «ким вона має бути», і в разі невідповідності переживає внутрішню напругу. Рольова ідентичність постає як система внутрішніх стандартів і уявлень, зумовлених соціальними ролями особистості та очікуваннями з боку значущого соціального оточення (Burke & Stets, 2022).

У систематичному scoring-огляді (n=23) було проаналізовано, як сучасні дослідження в поведінковій психології концептуалізують і вимірюють зв'язок ідентичності з поведінкою (Alfrey et al., 2023). Автори виходять із позиції, що багато мотиваційних теорій традиційно враховують ідентичність опосередковано (через суб'єктивні норми, самоефективність, контроль поведінки, цінності), проте новіші емпіричні роботи дедалі частіше прагнуть оцінювати її вплив безпосередньо. Водночас цей огляд показує, що значна частина досліджень трактує ідентичність як розмитий і недостатньо визначений конструкт, найчастіше зводячи її до соціальної ідентичності та ігноруючи теоретично обґрунтовану множинність соціальних і самостійнісних (self-) ідентичностей. Узагальнені результати огляду вказують, що ідентичність у наявних роботах частіше пов'язана з поведінкою не як прямий «пост-інтенційний» механізм, а через силу наміру (intention strength): тобто вона посилює мотиваційну готовність діяти, але не завжди пояснює, як саме людина

переходить від наміру до реальної дії (там само). Автори також підкреслюють наявний розрив між тим, як ідентичність визначається в ідентичнісних теоріях (соціальна ідентичність, self-identity та їх взаємодія), і тим, як її часто використовують у поведінкових дослідженнях. Зріла, стабільна та сильна ідентичність пов'язувалася з позитивними поведінковими намірами. Фактори соціальної ідентичності розглядалися як предиктори залучення до соціально інтерпретованих поведінок (Alfrey, 2023).

Окреме місце займає феноменологічний підхід, у межах якого ідентичність розглядається як переживання суб'єктивного досвіду буття у світі. Представники цього напрямку акцентують увагу на тілесному, емоційному та екзистенційному вимірах Я, підкреслюючи, що ідентичність формується через безпосереднє проживання досвіду та його смислову інтерпретацію (Drummond, 2021).

Сучасні інтегративні моделі ідентичності намагаються поєднати різні теоретичні перспективи, розглядаючи ідентичність як багатовимірну систему, що включає індивідуальні, соціальні та культурні компоненти. У систематичному огляді (понад 100 теоретичних та емпіричних джерел, відібраних за критеріями наукової релевантності, міждисциплінарності та відповідності сучасним соціально-психологічним моделям розвитку) італійських науковців Crocetti et al. (2023), який узагальнив результати численних емпіричних досліджень, було показано, що ідентичність розвивається як результат взаємодії внутрішніх процесів саморефлексії та зовнішніх соціальних впливів, а кризові та травматичні події виступають потужними каталізаторами її трансформації.

В українській психологічній науці, зокрема, у працях В. Васютинського ідентичність розглядається як багаторівневе психологічне утворення, що формується в процесі інтеріоризації символічних образів минулого, спільних уявлень про травматичні події, ціннісних орієнтацій і моделей осмислення історичного досвіду, які передаються між поколіннями та визначають відчуття належності й цілісності Я (Васютинський, 2006; 2024). У такому підході колективна травма постає не лише як деструктивний чинник, а й як

психологічний ресурс смислотворення, що впливає на індивідуальні стратегії самоусвідомлення. У роботах Т. Титаренко, підкреслюється роль життєвого світу особистості та її включеність в ширший соціально-історичний простір (Титаренко, 2015). Ідентичність постає не лише як індивідуальне психологічне утворення, а як результат активної взаємодії особистості з історичним досвідом спільноти, що набуває особливої актуальності в умовах воєнних і суспільних травм.

1.1.2. Поняття кризи і порушення ідентичності

Згідно зі Словником із психології Американської психологічної асоціації (APA Dictionary of Psychology), криза визначається як ситуація або стан, що спричиняє значний когнітивний та емоційний стрес у людини, виступає поворотним моментом у розвитку подій та характеризується нестабільністю й можливістю радикальних змін – як у бік погіршення, так і потенційного оновлення (VandenBos, 2007). У клінічному та психологічному контексті криза також розглядається як переломний етап, за якого попередні способи адаптації виявляються неефективними, що змушує особистість шукати нові способи осмислення досвіду та відновлення внутрішньої рівноваги (VandenBos, 2007).

Криза ідентичності як поняття відображає порушення внутрішньої узгодженості, стабільності та безперервності Я внаслідок значущих внутрішніх або зовнішніх змін. У найзагальнішому розумінні вона проявляється як стан невизначеності щодо власної ідентичності, життєвих цілей, цінностей, соціальних ролей і смислів, що супроводжується відчуттям внутрішньої дезорієнтації, екзистенційної тривоги та зниженням суб'єктивного відчуття контролю над власним життям (Erikson, 1968). Криза ідентичності не зводиться лише до тимчасових труднощів самовизначення, а зачіпає глибинні рівні Я-концепції, порушуючи базове відчуття самототожності особистості.

У теорії Е. Еріксона криза ідентичності розглядається як нормативний етап розвитку, найбільш виражений у юнацькому віці. Саме в цей період індивід стикається з необхідністю інтегрувати різні аспекти власного досвіду - тілесного,

емоційного, соціального та ціннісного - у відносно цілісну структуру Я. Успішне розв'язання цієї кризи призводить до формування стабільної ідентичності, тоді як її нерозв'язання зумовлює стан рольової дифузії, що проявляється у нестабільності самооцінки, труднощах у прийнятті рішень і схильності до зовнішньої детермінації поведінки (Erikson, 1968).

Сучасні підходи суттєво розширюють еріксонівське розуміння кризи ідентичності, розглядаючи її не лише як вікову норму, а як реакцію на порушення усталених життєвих структур. Криза ідентичності в дорослому віці може виникати у відповідь на втрату значущих соціальних ролей, професійного статусу, близьких стосунків або звичного способу життя, як наслідок дезінтеграції між внутрішніми уявленнями про себе та новими соціальними реаліями, які більше не відповідають попередній Я-концепції (Crocetti et al., 2023).

У австралійському дослідженні *The anatomy of crisis* (2024) (n=31) показано, що під час кризового досвіду здатність людини вербалізувати власні переживання істотно обмежується: мова стає фрагментарною, повторюваною, а думки – нав'язливими й тісно пов'язаними з негативними емоціями та самооцінкою (Roennfeldt, 2024). Це свідчить про порушення когнітивно-нарративних механізмів, через які людина зазвичай осмислює власний досвід. Одним із центральних результатів дослідження є опис феномену «зруйнованого Я» (*shattered sense of self*). Учасники дослідження повідомляли про переживання самоненависті, самознецінення та втрати почуття власної цінності. Ідентичність сприймалася як «отруєна», небезпечна для інших, що супроводжувалося глибоким екзистенційним відчуттям неприйнятності власного існування. Такі переживання прямо вказують на руйнування базового образу себе та втрату внутрішньої цілісності. Криза також порушувала відчуття безперервності Я у часі. Учасники описували стан дезорієнтації, коли минуле, теперішнє й майбутнє змішувалися, а власна ідентичність переживалася як «помилкова» або «втрачена». Подібні зміни темпорального досвіду відповідають класичним описам кризових станів, у яких зникає стабільна часово-нарративна структура

особистості. Посилене відчуття терміновості, небезпеки та втрати безпеки ще більше поглиблювало суб'єктивне відчуття загрози існуванню (Roennfeldt, 2024).

Травматичні події, зокрема насильство, війна, вимушене переселення або тривала загроза життю, здатні руйнувати базові уявлення людини про себе, інших і світ (Kheirallah et al., 2022). У таких умовах ідентичність втрачає стабілізуючу функцію, а криза ідентичності перестає бути тимчасовим етапом розвитку, перетворюючись на глибокий дезадаптивний стан. Особистість може переживати втрату колишнього образу Я, відчуття «розриву» між минулим і теперішнім та неможливість інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію (там само).

У клінічній психології порушення ідентичності розглядаються як більш глибокі та стійкі зміни структури Я, що виходять за межі нормативних кризових переживань (Faggioli et al., 2024). Важливе місце посідає порушення ідентичності як фундаментальна детермінанта психопатологічних процесів. У межах альтернативної моделі діагностики розладів особистості DSM-5 (Alternative Model for Personality Disorders, AMPD) «ідентичність» розглядається як один з ключових компонентів самофункціонування, включаючи відчуття унікальності, стабільність самооцінки та здатність до емоційної регуляції. Відповідно до цього підходу, дефіцити в ідентичності є центральним аспектом тяжкості та характеру розладів особистості (там само). В емпіричному дослідженні Identity impairment as a central dimension in personality pathology, проведеному бельгійськими науковцями на клінічній вибірці понад 200 дорослих пацієнтів з різними формами особистісної патології, авторами було використано кількісний дизайн дослідження (Vogaerts et al., 2021). Учасники (чоловіки та жінки дорослого віку) проходили психодіагностичне обстеження, зокрема стандартизований опитувальник ідентичнісних порушень, що складався з 23 тверджень, спрямованих на оцінку цілісності Я, стабільності самосприйняття та відчуття внутрішньої узгодженості. Отримані результати засвідчили, що порушення ідентичності є центральним виміром особистісної патології та тісно пов'язані з емоційною дисрегуляцією, хронічним почуттям порожнечі й міжособистісною

нестабільністю. Автори дійшли висновку, що саме ідентичнісні порушення можуть виступати базовим психологічним механізмом, який підтримує широкий спектр психопатологічних проявів, у тому числі симптоми, асоційовані з травматичним стресом. Фрагментоване або недостатньо розвинуте самосприйняття є ключовим елементом, що визначає складність і серйозність патології особистості (там само).

Феноменологічні підходи доповнюють це розуміння, підкреслюючи, що порушення ідентичності після травми пов'язані зі зміною базового способу буття у світі. Травматичний досвід руйнує фундаментальні екзистенційні припущення щодо безпеки, передбачуваності та справедливості світу, що змінює не лише уявлення про себе, а й сам спосіб переживання реальності (Drummond, 2021).

Криза ідентичності також тісно пов'язана з порушенням часової перспективи та життєвого наративу. У систематичному огляді (проаналізовано 19 емпіричних досліджень, відібраних за такими критеріями: участь дорослих респондентів віком понад 18 років; період публікацій з 2013 по 2023 роки; емпіричний характер досліджень; відкритий доступ; фокус на розладі особистості без коморбідних психічних розладів, який охопив низку клінічних і емпіричних досліджень, було показано, що травматичний досвід сприяє втраті відчуття послідовності Я в часі, фрагментації життєвої історії та нестабільності самооцінки (Faggioli et al., 2024). Такі порушення розглядаються як ключові маркери глибоких ідентичнісних змін, що виходять за межі нормативної кризи.

Українські дослідники, зокрема Л. Коробка, яка на основі узагальнення результатів психологічних досліджень спільнот, що функціонують в умовах воєнного конфлікту, показує, що колективна травма впливає на структуру ідентичності через трансформацію спільних наративів, уявлень про майбутнє та моделей соціальної взаємодії. Авторка підкреслює, що масові кризи ідентичності виникають як результат поєднання індивідуального травматичного досвіду з руйнуванням звичних соціальних опор і символічних систем (Коробка, 2019).

Отже, в цілому психологічній науці поняття кризи використовується для позначення станів різкої нестабільності, що супроводжуються глибокими

змінами у сприйнятті себе, світу та власного життєвого шляху. Кризові переживання часто виникають у відповідь на травматичні події, втрати або різкі соціальні трансформації й можуть призводити до порушення цілісності ідентичності, дезорганізації життєвих смислів та зниження психологічної адаптації. При цьому криза і порушення ідентичності охоплюють спектр станів – від нормативних вікових труднощів до глибоких клінічних порушень, зумовлених травматичним досвідом.

У різних наукових традиціях – від класичних концепцій розвитку до сучасних клінічних і соціально-психологічних моделей – простежується спільна ідея: криза актуалізує вразливі зони Я, підриває відчуття цілісності, безперервності та суб'єктивної стабільності особистості. Особливо виразно це проявляється в умовах травматичного досвіду, коли порушуються базові уявлення про себе, інших і світ, а ідентичність втрачає інтегруючу функцію.

Сучасні дослідження переконливо демонструють, що порушення ідентичності є не лише наслідком кризових переживань, а й одним із ключових механізмів їх поглиблення та хроніфікації. Руйнування смислових орієнтирів, втрата відчуття приналежності, фрагментація Я та ослаблення здатності до саморефлексії формують підґрунтя для тривалих психологічних труднощів, зокрема посттравматичних реакцій і дезадаптації. У цьому контексті криза постає не як ізольований епізод, а як процес, що трансформує ідентичність та визначає подальшу траєкторію особистісного розвитку.

Таким чином, ідентичність є вразливою до кризових впливів, що зумовлює необхідність аналізу феномену її порушення. Саме тому подальший аналіз зосереджується на розгляді кризи ідентичності в умовах травматичного досвіду як центрального психологічного феномену, що поєднує індивідуальні переживання, соціальні впливи та механізми адаптації. Це дозволяє перейти до осмислення того, яким чином травма змінює структуру Я, порушує процеси самовизначення та водночас може створювати умови для переосмислення і реконструкції ідентичності.

1.2. Психічна травма та її психологічні наслідки

Психічна травма є психологічним поняттям, яке відображає специфічний тип досвіду, що принципово відрізняється від звичайних стресових ситуацій за своїм впливом на психіку людини (Herman, 2001). На відміну від стресу, який передбачає мобілізацію адаптаційних ресурсів і можливість відновлення після завершення впливу стресора, психічна травма характеризується руйнуванням звичних механізмів психічної саморегуляції та суб'єктивним переживанням безпорадності перед загрозою життю, фізичній або психологічній цілісності (там само). У цьому сенсі травма виступає не лише як подія, а як досвід, що докорінно змінює спосіб функціонування психіки та сприйняття реальності.

У сучасних теоретичних моделях психічна травма розглядається як процес, що включає кілька етапів: безпосередній вплив травматичної події, гостру психоемоційну реакцію, стадію посттравматичної адаптації та можливі довготривалі наслідки (van der Hart & Steele, 2022). Такий процесуальний підхід дозволяє враховувати не лише об'єктивні характеристики події, а й суб'єктивне переживання травми, попередній життєвий досвід особистості, її психологічні ресурси, а також соціальний і культурний контекст, у якому відбувається травматизація (там само).

Модель Дж. Герман визначає травму як подію або серію подій, що підривають базові відчуття безпеки, довіри та контролю над власним життям (Herman, 2001). Особливо руйнівний вплив має міжособистісна травма, зокрема насильство, експлуатація, тортури або воєнні злочини, оскільки в таких випадках джерелом загрози стає інша людина або соціальна система (там само).

У науковій літературі виділяють одноразову (тип I) та хронічну або повторювану (тип II) психічну травму (Herman, 2001; van der Hart & Steele, 2022). Одноразова травма пов'язана з окремою подією, яка має чіткі часові межі (наприклад, аварія, стихійне лихо, раптовий напад). Хронічна травма виникає в умовах тривалого або повторюваного впливу травматичних чинників, таких як домашнє насильство, перебування в зоні бойових дій, полон або систематична

дискримінація. Саме хронічна травматизація, за даними численних досліджень, має найбільш руйнівний вплив на особистісну структуру, систему саморегуляції та ідентичність (там само).

Психологічні наслідки психічної травми є багатовимірними та охоплюють усі основні рівні психічного функціонування. На когнітивному рівні травма проявляється у формуванні стійких негативних переконань щодо себе («я слабкий», «зі мною щось не так»), інших людей («нікому не можна довіряти») та світу загалом («світ небезпечний і непередбачуваний») (Sampson et al., 2022). Такі когнітивні схеми підтримують постійну напругу та перешкоджають відновленню почуття безпеки, поширеними є нав'язливі спогади, флешбеки, порушення концентрації уваги та труднощі у прийнятті рішень (там само). На емоційному рівні психічна травма супроводжується інтенсивними та часто суперечливими переживаннями – страхом, тривогою, гнівом, соромом, провинною, а також емоційним онімінням і відчуттям внутрішньої порожнечі. (там само)

Поведінкові наслідки травми включають уникання нагадувань про травматичну подію, соціальну ізоляцію, гіперзбудження або, навпаки, пасивність і втрату ініціативи (DSM-5-TR, 2022).

У оглядовій статті (Greenman et al., 2024) розкрито питання, яким чином дитяча травма може «перетворюватися» на соматичні симптоми та фізичні захворювання в дорослому віці. Автори виходять із сучасного розуміння, що негативний вплив дитячої травматизації на здоров'я реалізується не лише безпосередньо через біологічні механізми стресу (ендокринна, імунна, серцево-судинна системи, нейробиологічні зміни), а й опосередковано – через поведінкові стратегії та стиль саморегуляції. Центральною інтегративною ланкою у цьому огляді виступає теорія прив'язаності: автори перевіряють гіпотезу, що небезпечна/незахищена (insecure) та дезорганізована прив'язаність може пояснювати, як ранній травматичний досвід підвищує ризик соматизації та тілесних розладів у дорослому віці. У межах scoring review було відібрано 11 досліджень, і загальна тенденція результатів підтримує ідею, що саме

незахищені та/або дезорганізовані патерни прив'язаності пов'язані з ширшим спектром соматичних наслідків у людей, які пережили дитячу травму. Зокрема, автори узагальнюють зв'язки таких патернів із метаболічними порушеннями (метаболічний синдром, ожиріння), фізичним болем, соматизацією, функціональними неврологічними симптомами, а також із біомаркерами вразливості (наприклад, ДНК-пошкодження/клітинне старіння та показники запалення). У цьому контексті прив'язаність розглядається не як «додаткова змінна», а як механізм довготривалої регуляції стресу, який інтегрує емоційний досвід, міжособистісні стосунки та фізіологічні реакції організму. Важливо, що автори інтерпретують ці зв'язки через Social Baseline Theory: людський мозок «розрахований» на оптимальне функціонування за наявності соціальних ресурсів співрегуляції (co-regulation), які знижують алоstaticне навантаження. Відповідно, дитяча травма, особливо пов'язана з фігурами догляду, підриває базове відчуття доступності підтримки та безпеки, посилює емоційний дистрес і сприяє хронічній дисрегуляції, що може мати як прямі фізіологічні наслідки, так і непрямі – через ризикові поведінки (переїдання, куріння, алкоголь тощо). Автори підкреслюють, що хоча більшість включених досліджень мають перехресний дизайн і не дозволяють встановити причинність, логічно припустити медіаторну роль прив'язаності між дитячою травмою і соматичними симптомами у дорослому віці (Greenman et al., 2024). Для цієї кваліфікаційної роботи це джерело цінне тим, що підводить до ідентичності: прив'язаність у дорослому віці пов'язана з базовими уявленнями про себе і про інших (моделі «Я–Інші»), характерними способами регуляції емоцій (гіперактивація або деактивація), а отже може бути психологічним каналом, через який травма змінює переживання Я та тілесного Я.

У систематичному огляді (Karimov-Zwienenberg et al., 2024) проаналізовано зв'язок між дитячою психотравматизацією, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР / CPTSD) та хронічним болем у дорослому віці. Автори наголошують, що пережиті в дитинстві форми насильства, занедбаності та емоційної депривації мають довготривалий вплив не лише на психічне

здоров'я, а й на соматичне функціонування особистості. Результати огляду засвідчують, що особи з досвідом дитячої травми значно частіше демонструють поєднання симптомів ПТСР або комплексного ПТСР із хронічним больовим синдромом. При цьому саме кумулятивна травматизація (повторні або тривалі травматичні впливи) асоціюється з вищим рівнем психоемоційного дистресу, порушенням регуляції афекту, соматизацією та стійкими больовими відчуттями у дорослому віці. Особливу увагу автори приділяють концепції CPTSD, яка включає не лише симптоми ПТСР, а й глибші порушення самосприйняття, емоційної регуляції та міжособистісних відносин. Саме ці компоненти, за результатами дослідження, пов'язані з формуванням хронічного болю, тілесної гіперчутливості та специфічних патернів переживання власного тіла як «носія травми» (Karimov-Zwienenberg et al., 2024). У роботі підкреслюється, що травматичний досвід дитинства впливає на формування особистісної цілісності, здатність до інтеграції тілесного та емоційного досвіду, а також на розвиток ідентичності. Це створює передумови для виникнення стійких психосоматичних розладів, які зберігаються протягом життя та ускладнюють психологічну адаптацію.

Емпіричні дослідження підтверджують довготривалий характер психологічних наслідків психічної травми. У масштабному когортному дослідженні (n=12270) Nurses' Health Study II (Sampson et al., 2022) жінок – медичних працівниць (переважно дипломованих медсестер) середнього та старшого віку, було використано проспективний дизайн із багаторазовими хвилями збору даних упродовж кількох десятиліть. Учасниці характеризувалися відносною соціальною стабільністю, високим рівнем освіти та професійною зайнятістю, що дозволило мінімізувати вплив соціально-економічних факторів. У межах дослідження оцінювалися типи травматичних подій, наявність і вираженість симптомів посттравматичного стресу, а також показники психічного і соматичного здоров'я. Було встановлено, що травматичний досвід і симптоми посттравматичного стресу асоціюються не лише з підвищеним ризиком депресії та тривожних розладів, а й із соматичними порушеннями,

хронічним болем і зниженням якості життя впродовж десятиліть. Автори підкреслюють, що психічна травма має кумулятивний ефект, а її наслідки можуть посилюватися з часом за відсутності належної психологічної допомоги та своєчасних інтервенцій.

Сучасні дослідження також свідчать, що травматичні події, пов'язані з пологами, можуть мати серйозні та довготривалі психологічні наслідки для жінок. Згідно з результатами систематичного огляду та метааналізу (Taylor Miller et al., 2021) від 3,1% до 15,7% жінок після пологів відповідають діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу, а близько 10% мають клінічно значущі посттравматичні симптоми вже у перші тижні після народження дитини. Автори підкреслюють, що пологи можуть виступати як фізично, так і психологічно травматичною подією, навіть за відсутності об'єктивних медичних ускладнень. Особливу роль відіграє суб'єктивне переживання загрози, втрати контролю, болю та страху, що відповідає критеріям травматичної події згідно з DSM-5 та ICD-11. Психологічна травма після пологів часто супроводжується симптомами повторного переживання, уникання, емоційного оніміння, підвищеної тривожності, порушення сну та негативних змін у самосприйнятті. Дослідники наголошують, що такі симптоми можуть не лише погіршувати психічне здоров'я жінки, але й впливати на її міжособистісні стосунки, материнську роль та формування емоційного зв'язку з дитиною (Taylor Miller et al., 2021). Особливої уваги заслуговує той факт, що жінки є вразливішими до розвитку ПТСР, ніж чоловіки, попри однакову або навіть меншу кількість травматичних подій. Це пояснюється як біологічними, так і психосоціальними чинниками, зокрема вищою поширеністю сексуалізованого насильства, тілесної вразливості та соціальних очікувань щодо ролі матері. Автори підкреслюють, що гендерно зумовлений характер травматичного досвіду істотно підвищує ризик розвитку посттравматичних реакцій. Крім того, у дослідженні наголошується, що неопрацьований травматичний досвід призводить до фрагментації пам'яті та ускладнює інтеграцію події в життєвий наратив, що створює передумови для порушення цілісності Я-образу. Саме в цьому контексті посттравматичний стрес

розглядається не лише як клінічний синдром, а як фактор, що порушує процес формування ідентичності жінки (Taylor Miller et al., 2021). Автори доходять висновку, що ранні психологічні втручання, спрямовані на інтеграцію травматичного досвіду, можуть суттєво знизити ризик хроніфікації симптомів ПТСР та запобігти глибшим порушенням психічного функціонування. Це має принципове значення для розуміння механізмів формування посттравматичної ідентичності у жінок.

Травматичний досвід часто призводить до порушення здатності до довіри, формування страху близькості та труднощів у підтриманні стабільних соціальних зв'язків (Kheirallah et al., 2022). Зокрема, у емпіричному дослідженні сирійських жінок-біженок (n=95), які постраждали внаслідок воєнного конфлікту та вимушеного переміщення, проведеному на вибірці дорослих жінок, що проживали у приймаючих громадах, було використано крос-секційний дизайн із застосуванням стандартизованих опитувальників для оцінки травматичного досвіду, симптомів посттравматичного стресу та рівня соціальної підтримки. Результати показали, що пережита травма тісно пов'язана з відчуттям соціальної ізоляції, зниженням довіри до оточення та втратою соціальних зв'язків, що істотно ускладнює процес адаптації та інтеграції в нове соціальне середовище (там само).

У систематичному огляді іспанських дослідників, присвяченому вивченню поширеності ПТСР серед жінок-біженок, якій було проведено відповідно до PRISMA, емпіричні дослідження були відібрані з баз PsycInfo, PubMed, ScienceDirect та Scopus, опубліковані в період з квітня 2005 по грудень 2020 року, з використанням пошукових термінів post-traumatic stress у поєднанні з female refugees або refugee women (Vallejo-Martin et al., 2021). Узагальнення результатів засвідчило, що травматичний досвід жінок-біженок асоціюється не лише з високою поширеністю ПТСР, а й із руйнуванням соціальної ідентичності, втратою почуття належності та стійкими труднощами у відновленні міжособистісних стосунків, що суттєво обмежує їхні адаптаційні ресурси (там само).

Психічна травма також розглядається як чинник, що порушує процеси інтеграції психічного досвіду. Згідно з теорією структурної дисоціації особистості, під впливом травми психіка може використовувати дисоціативні механізми як спосіб виживання, відокремлюючи травматичні спогади та емоції від повсякденного функціонування (van der Hart & Steele, 2022).

Емпіричні дані підтверджують, що травматичний досвід істотно впливає на структуру ідентичності. У литовському лонгітюдному дослідженні *Longitudinal investigation of posttraumatic growth in female survivors of intimate partner violence*, проведеному серед понад 200 жінок, які пережили інтимне партнерське насильство, автори використали багатохвильовий дизайн із повторними вимірюваннями ключових психологічних показників упродовж кількох часових інтервалів після травматичного досвіду (Bakaitytė et al, 2022). Дослідження включало оцінку центральності травматичної події для ідентичності, рівня посттравматичного зростання, особливостей саморефлексії та процесів ідентичнісного пошуку. Було показано, що травматична подія часто стає центральним елементом ідентичності, визначаючи спосіб інтерпретації минулого, теперішнього та майбутнього. Автори наголошують, що така «центральність травми» може ускладнювати адаптацію, зокрема через фіксацію на травматичному досвіді, звуження життєвих перспектив, підвищення рівня емоційного дистресу та труднощів у формуванні цілісного образу Я. Водночас за наявності психологічної підтримки, можливостей для нарративного осмислення досвіду, активної саморефлексії та ідентичнісного пошуку центральність травми може створювати умови для подальшої трансформації ідентичності та посттравматичного зростання (там само)

В українському науковому та соціальному контексті проблема психічної травми набуває особливої актуальності у зв'язку з тривалими воєнними подіями та масовою травматизацією населення. Воєнний стрес має не лише індивідуальні, а й колективні наслідки, впливаючи на систему цінностей, життєві наративи та ідентичність цілих соціальних груп. Зокрема, воєнна травма є чинником порушення цілісності життєвого світу особистості, що проявляється у

втрата відчуття безперервності Я, дезорганізації життєвого наративу та кризі ідентичності, зумовленій руйнуванням усталених смислових орієнтирів (Титаренко, 2015).

Психічна травма як наслідок бойового стресу, супроводжується змінами образу Я, порушенням соціальної та професійної ідентичності, втратою звичних життєвих ролей і труднощами інтеграції травматичного досвіду в цілісну систему самосприйняття (Назаров, 2019).

Отже, психічна травма є багатовимірним і тривалим процесом, що має комплексні психологічні наслідки для особистості. Вона порушує когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні механізми функціонування, створюючи умови для кризи ідентичності та її подальшої трансформації. Усвідомлення цих наслідків є необхідною теоретичною основою для аналізу впливу травматичного досвіду на переживання і перебудову ідентичності особистості, що становитиме предмет розгляду у наступному підрозділі.

1.3. Вплив травматичного досвіду на переживання ідентичності

У роботі “Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma” Дж. Герман показано, що в умовах психічної травматизації саме ідентичність стає однією з найбільш уразливих психічних структур: травма не лише порушує окремі аспекти Я-концепції, а й змінює сам спосіб переживання себе у світі, руйнуючи відчуття цілісності, автономії та безперервності особистісного досвіду (Herman, 2001). У такому контексті проблема порушень ідентичності набуває особливої теоретичної та клінічної значущості.

Одним із фундаментальних наслідків травматичного досвіду є руйнування відчуття безперервності Я у часі. Травматична подія переживається як радикальний екзистенційний злам, який поділяє життєвий шлях на «до» і «після» (McAdams, 2013). У результаті особистість може втрачати відчуття зв'язку між попереднім образом себе та теперішнім станом, що супроводжується переживанням відчуженості від власного минулого. Це проявляється у

фрагментації життєвої історії, труднощах інтеграції травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять і втраті цілісного життєвого наративу (там само).

Травматичний досвід також істотно впливає на зміст Я-концепції, формуючи нові, часто негативно забарвлені уявлення про себе. Емпіричні дослідження демонструють, що особи, які пережили травму, схильні інтеріоризувати переконання про власну вразливість, беспорядність, дефектність або провину, навіть у тих випадках, коли об'єктивна відповідальність за подію відсутня (Sampson et al., 2022). Такі переконання інтегруються в ідентичність і можуть підтримувати хронічний психологічний дистрес, знижувати самооцінку та обмежувати можливості особистісного розвитку (там само).

Складних форм травматичний досвід набуває в умовах вимушеної міграції та вигнання. У цьому випадку травма включає втрату дому, соціального статусу, мови, культурних кодів і символічних опор. У монографії *Trauma, flight and migration: Psychoanalytic perspectives* автори показують, що травма вигнання діє на кількох рівнях одночасно: індивідуальному, реляційному та трансгенераційному (Elton et al., 2022). Втрата символічного контексту має принципове значення для розуміння психічних наслідків міграції. Символічний порядок – мова, ритуали, соціальні ролі, культурні уявлення – забезпечує можливість осмислення досвіду та його вбудовування в життєву історію. Коли цей порядок руйнується, психіка позбавляється інструментів, за допомогою яких травматичний досвід міг би бути опрацьований. У результаті травма залишається «поза контекстом», що підсилює тенденцію до соматизації, дисоціації та повторення (там само).

Для багатьох біженців психічна травма посилюється не лише пережитим насильством або загрозою життю, а й досвідом неприйняття в країні перебування. Відсутність визнання, сумнів у правдивості розповідей, адміністративна невизначеність створюють ситуацію повторної травматизації, у якій суб'єкт знову опиняється в позиції безсилля (Rock & Sharp, 2025). За даними німецького дослідження, проведеного на основі 50 глибинних інтерв'ю із жінками-біженками з України, українські жінки у Німеччині стикаються із

емоційним, культурним та юридичним невизнанням збоку західноєвропейців (там само). Автори виявили, що жінки, вимушені виїхати з України через повномасштабне вторгнення, свідчили про невідповідність між їхнім високим рівнем професійної кваліфікації та загальною втомою від труднощів вивчення німецької мови, спілкування із структурною бюрократією та відчуттям несправедливості при відмовах від доступу до ринку праці через недостатньо високі бали на мовних іспитах. Таким чином, відчуття себе собою, базова ідентичність піддається атаці необхідності адаптації (там само).

Міграція належить до так званих, кумулятивних травм (Grinberg & Grinberg, 1984), реакцією на яку є відчуття безпорадності. Також можна згадати теорію прихильності (Bowlby, 1979), яка з етологічних позицій розглядає потребу мати надійний об'єкт для виживання, отже, міграція як травматична подія руйнує зв'язки, які підтримували прихильність суб'єкта.

У клінічному контексті зміни Я-концепції особливо чітко простежуються у структурі посттравматичного стресового розладу. Згідно з DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), одним із ключових діагностичних критеріїв ПТСР є стійкі негативні зміни у когніціях і настрої, які включають викривлені уявлення про себе та світ. МКХ-11 (World Health Organization, 2019) також підкреслює, що ПТСР супроводжується порушенням самосприйняття та зниженням здатності до відновлення почуття внутрішньої цілісності. Таким чином, ПТСР слід розглядати не лише як сукупність симптомів, а як розлад, що безпосередньо зачіпає структуру ідентичності.

Особливо глибокі зміни ідентичності спостерігаються у випадках хронічної та комплексної травми, коли травматичний вплив є повторюваним або тривалим. У таких ситуаціях формується комплексний ПТСР (C-PTSD), який, окрім класичних симптомів ПТСР, включає порушення афективної саморегуляції, стійке негативне самосприйняття та труднощі у міжособистісних стосунках (Herman, 2001). Дослідження в межах теорії структурної дисоціації свідчать, що хронічна травматизація може призводити до фрагментації

ідентичності, коли різні аспекти досвіду існують ізольовано один від одного, ускладнюючи формування цілісного образу Я (van der Hart & Steele, 2022).

У межах підходу соціальної ідентичності Social identity зазначається, що належність до соціальних груп виконує ключову психологічну функцію, забезпечуючи джерела самооцінки, соціальної підтримки та відчуття смислової впорядкованості Я (Haslam et al., 2020). Відповідно, втрата або девальвація групової приналежності внаслідок травматичних подій підриває ці ресурси, що призводить до посилення переживань ізоляції, зниження суб'єктивного благополуччя та поглиблення дезінтеграції Я (там само).

Наративні підходи підкреслюють, що вирішальним чинником впливу травми на ідентичність є спосіб інтеграції травматичного досвіду в життєвий наратив (McAdams, 2013). Якщо травма залишається «невбудованою» у життєву історію, вона функціонує як ізольований фрагмент досвіду, що постійно активує дистрес і підтримує фрагментацію Я. Натомість можливість символічного осмислення та наративної реконструкції досвіду сприяє відновленню безперервності ідентичності та формуванню нових смислів (там само).

У цьому вимірі особливого значення набуває концепція посттравматичного зростання, яка розглядає травматичний досвід як потенційний каталізатор позитивних змін ідентичності, які можуть проявлятися у переоцінці життєвих пріоритетів, поглибленні саморозуміння, зміцненні міжособистісних стосунків і формуванні нових екзистенційних смислів (Tedeschi & Calhoun, 2004). Концепція посттравматичного зростання базується на численних емпіричних дослідженнях і підкреслює можливість позитивних змін особистості унаслідок переосмислення травматичного досвіду (Tedeschi & Calhoun, 2004). Важливо підкреслити, що такі зміни не заперечують страждання, а виникають у процесі його осмислення та інтеграції в ідентичність.

Розгляд травми як клінічного, психодинамічного та нейропсихологічного феномену потребує багаторівневого підходу, де симптом не зводиться до «ознаки розладу», а розуміється як спосіб психіки впоратися з тим, що не стало

символізованим і не було інтегрованим у часовий вимір досвіду (Galatzer-Levy, 1997; Varvin & Stiles, 1999).

В українському соціокультурному контексті вплив травматичного досвіду на ідентичність має як індивідуальний, так і колективний вимір. Масова травматизація, пов'язана з воєнними подіями, впливає на формування національної та громадянської ідентичності, трансформуючи уявлення про приналежність, цінності та життєві смисли. Зокрема, у межах концепції психології життєтворення Т. Титаренко (2015) на основі аналізу емпіричних досліджень життєвих наративів і стратегій осіб, які переживають тривалі соціальні та воєнні кризи, показує, що масова травматизація призводить до порушення цілісності життєвого світу, розриву часової перспективи та кризи ідентичності, яка набуває колективно зумовленого характеру. Авторка підкреслює, що в умовах війни індивідуальна ідентичність формується у тісному зв'язку з домінантними соціальними наративами втрат, загрози та відповідальності, що змінює способи самоусвідомлення та смислотворення.

Водночас В. Васютинський (2024), спираючись на соціально-психологічний аналіз сучасного українського суспільства та узагальнення результатів досліджень національної ідентичності, показує, що масова травматизація в умовах війни трансформує громадянську та національну ідентичність через актуалізацію історичної пам'яті, колективних символів і досвіду спільного спротиву. За результатами аналітичних і емпіричних спостережень автор доходить висновку, що травматичний досвід не лише підвищує вразливість ідентичності, а й може сприяти її консолідації, посиленню відчуття належності та формуванню нових ціннісних орієнтацій у межах спільноти. За таких умов ідентичність виступає не лише зоною ризику, а й ресурсом психологічної стійкості, що підтримується через колективні наративи, солідарність і спільне осмислення травматичного досвіду.

Отже, травматичний досвід глибоко й багатовимірно впливає на переживання ідентичності, порушуючи її цілісність, безперервність і стабільність. Водночас він може ставати джерелом трансформації та розвитку за

умови можливості інтеграції пережитого досвіду в життєвий наратив і наявності підтримуючого соціального середовища. Розуміння цих процесів є принципово важливим для теоретичного аналізу проблеми ідентичності та створює основу для подальших емпіричних досліджень і практичних інтервенцій у сфері психологічної допомоги особам, які пережили травматичні події.

Висновки до розділу 1

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз феномена ідентичності, психічної травми впливу травматичного досвіду на зміни в ідентичності. Ідентичність є багатовимірною, включаючи особистісну, соціальну, професійну, гендерну, культурну та національну складові, що взаємодіють між собою. Зміни або втрати в одній сфері (наприклад, професійній чи груповій належності) здатні викликати суттєві зрушення у загальному переживанні цілісності Я.

Травматичні та кризові події виступають потужними чинниками дестабілізації ідентичності, руйнуючи звичні соціальні ролі, групову належність і базові уявлення про себе та світ. У таких умовах ідентичність може втрачати стабілізуючу функцію й перетворюватися на зону підвищеної психологічної вразливості.

У клінічному вимірі порушення ідентичності виходять за межі нормативної кризи, набуваючи стійкого характеру та пов'язуючись із емоційною дисрегуляцією, відчуттям внутрішньої порожнечі й міжособистісною нестабільністю. Жінки, постраждалі від воєнних подій, демонструють глибокі зміни в особистості, симптоми ПТСР, страх близькості, труднощі у підтриманні соціальних зв'язків.

У контексті війни або вимушеного переміщення змінюється культурна й національна ідентичність: водночас можливі й дезінтеграція (втрата «дому», символічних опор, соціального статусу), і консолідація (посилення відчуття належності, відповідальності, солідарності). Для жінок ці зміни часто поєднані з переосмисленням власної ролі в сім'ї та спільноті.

1. Ідентичність у сучасній психології розглядається як динамічна, багаторівнева та соціально зумовлена структура, що формується у взаємодії особистісних, міжособистісних і культурних чинників. Класичні теорії (Е. Еріксон, Дж. Марсія, Д. МакАдамс) заклали основу розуміння ідентичності як процесу розвитку та самовизначення, однак у недостатній мірі враховували вплив травматичного досвіду та соціального контексту.

2. Криза виступає ключовим механізмом порушення та трансформації ідентичності, оскільки супроводжується руйнуванням звичних способів саморозуміння, втратою відчуття цілісності та дезорганізацією життєвих смислів. Сучасні підходи розглядають кризу не лише як стан дестабілізації, а і як потенційну точку розвитку, в якій можливе як поглиблення дезадаптації, так і формування нових форм ідентичності.

3. Травматичний досвід має системний вплив на ідентичність, охоплюючи емоційну, когнітивну, тілесну та соціальну сфери. Емпіричні дослідження підтверджують, що травма пов'язана з порушенням самоприйняття, фрагментацією наративної ідентичності, зниженням почуття контролю, змінами тілесного досвіду та підвищеним ризиком розвитку психічних і психосоматичних розладів.

4. Особливої вразливості зазнають жінки, для яких травматичні події часто поєднуються з гендерно зумовленими чинниками — насильством, соціальною уразливістю, втратою безпеки та ролей. Це зумовлює специфічні порушення ідентичності, пов'язані з тілесністю, материнством, самоцінністю та почуттям належності.

5. Сучасні дослідження свідчать, що відновлення ідентичності можливе за умови інтеграції травматичного досвіду, залучення соціальної підтримки, формування безпечних стосунків і відновлення наративної цілісності. Таким чином, ідентичність постає не як статична характеристика, а як процес, чутливий до травми, але водночас відкритий до реконструкції та зростання

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ІДЕНТИЧНОСТІ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНУ ПОДІЮ

2.1. Організація дослідження

Метою емпіричного дослідження було вивчення особливостей ідентичності жінок, які пережили травматичну подію, а також аналіз прогностичного зв'язку між показниками травматичного досвіду, тривалого стресу та здатністю до реалізації ідентичності у повсякденному житті.

Відповідно до поставленої мети та здійсненого огляду літератури, дослідження було спрямоване на пошук відповідей на такі дослідні питання:

1) якими є особливості та зміни в ідентичності жінок, що пережили травматичну подію, зокрема у вимірах життєвої залученості, ціннісної орієнтації та переживання сенсу життя;

2) які показники посттравматичного досвіду та тривалого травматичного стресу пов'язані зі зниженням або порушенням здатності жінки до реалізації власної ідентичності.

Теоретична модель дослідження зображена на рисунку 2.1.1.

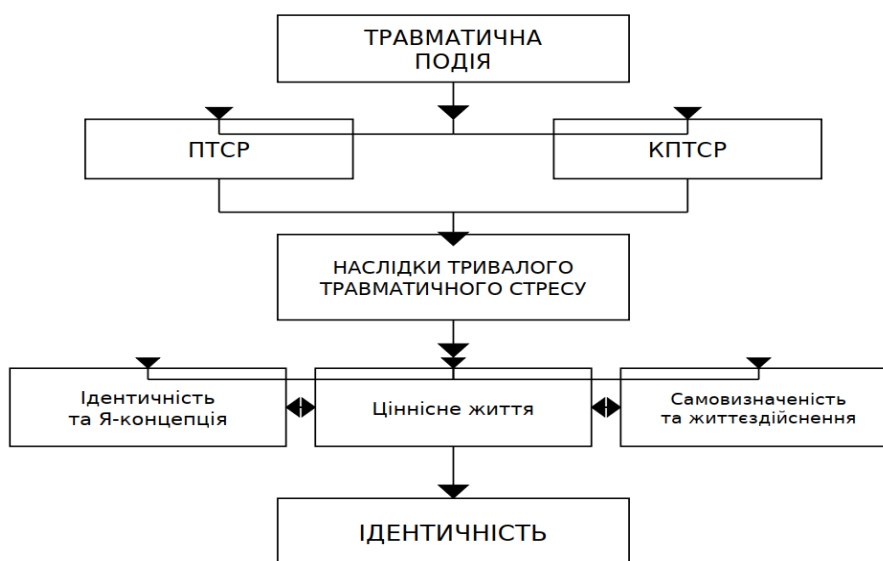


Рис. 2.1.1. Теоретична модель дослідження

Для проведення емпіричного дослідження було розроблено онлайн-опитування, спрямоване на комплексну оцінку травматичного досвіду, симптомів посттравматичного та тривалого стресу, а також показників, пов'язаних з реалізацією ідентичності жінок. Опитування включало такі блоки:

- інформаційно-етичний блок, що містив форму поінформованої згоди на участь у дослідженні та окрему згоду на збір і обробку персональних даних відповідно до етичних принципів психологічних досліджень;

- соціодемографічний блок, який охоплював питання щодо віку, статі, місця проживання, рівня освіти, сімейного статусу та наявності дітей;

- блок оцінки травматичного досвіду, що включав запитання про наявність у житті респонденток подій, які вони суб'єктивно визначають як психологічну травму, а також про час, що минув з моменту переживання цієї події;

- блок звернення по психологічну допомогу, спрямований на з'ясування досвіду отримання підтримки у сфері психічного здоров'я;

- Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ (Cloitre et al., 2018) в українській адаптації (Злишков et al., 2019), який використовувався для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу та пов'язаних із ним проявів, зокрема повторного переживання травми, уникання, гіперзбудження та порушень саморегуляції; для нашого дослідження особливу увагу було приділено субшкалі “Негативна Я-концепція” як показнику, що гіпотезовано вказує на порушення або кризи ідентичності;

- Шкала реакції на тривалий травматичний стрес (Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) (Goral et al. 2021), в українській адаптації (Frankova et al., 2025), що дозволяла оцінити такі аспекти, як емоційне та когнітивне виснаження, відчуття безпорадності, втрату контролю над майбутнім, порушення довіри та переживання сенсової порожнечі; наведені шкали застосовувалися нами як маркери порушення або кризи почуття ідентичності;

- Шкала залученого життя (Engaged Living Scale, ELS (Trompetter et al., 2013) в українській адаптації (Савченко, & Lavrynenko, 2024), яка використовувалася для оцінки рівня життєвої залученості, орієнтації на цінності, усвідомлення життєвих цілей, як показників суб'єктивної реалізації власної ідентичності жінками в нашому дослідженні.

Таким чином, опитувальник дозволив одночасно оцінити як негативні наслідки травматичного досвіду (через симптоми посттравматичного та тривалого стресу), так і ресурсні аспекти ідентичності, пов'язані з життєвими цінностями, мотивацією та залученістю у власне життя.

Збір емпіричних даних здійснювався у період з 22 вересня по 11 жовтня 2025 року за допомогою онлайн-опитування, розміщеного на платформі Google Forms. Опитування було доступне для заповнення у будь-який зручний для респонденток час, що забезпечило охоплення учасниць з різними життєвими ритмами та умовами проживання. До участі в дослідженні запрошувалися жінки, які повідомили про наявність у своєму життєвому досвіді принаймні однієї події, яку вони суб'єктивно визначають як психологічну травму.

Критеріями включення були:

- жіноча стать;
- вік від 18 років;
- наявність досвіду переживання травматичної події;
- добровільна згода на участь у дослідженні.

Заповнення анкет відбувалося протягом усього періоду збору даних у різний час доби (вранці, вдень та ввечері), що зменшувало ймовірність систематичних часових упереджень і сприяло підвищенню екологічної валідності отриманих результатів. Загалом анкету заповнили 130 осіб.

На пілотному етапі дослідження у опитуванні прийняли участь 24 респондентки, після чого питання були скориговані.

Таким чином, остаточну вибірку дослідження склали 106 жінок, дані яких були використані для аналізу показників травматичного досвіду, тривалого стресу та особливостей ідентичності.

Участь у дослідженні була добровільною та анонімною. Перед початком заповнення анкети всі респондентки надавали поінформовану згоду на участь у дослідженні та обробку персональних даних. Жодні ідентифікаційні дані не збиралися, а отримана інформація використовувалася виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Кількість учасниць, їхні соціодемографічні характеристики та розподіл за основними змінними будуть детально представлені у підрозділі 2.2.

2.2. Аналіз результатів дослідження

2.2.1 Респонденти

Для опису характеристики вибірки та забезпечення прозорості емпіричного дослідження було здійснено аналіз соціально-демографічних і дослідницьких параметрів респонденток, зокрема представлено узагальнені дані щодо місця проживання, рівня освіти, сімейного статусу, наявності дітей, досвіду психологічної травми, часу її переживання, а також звернення по психологічну допомогу (Таблиця 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

Соціально-демографічні та дослідницькі характеристики вибірки (n = 106)

Показник	Категорії	M	SD
Вік	Кількість повних років	42.8	7.75
Показник	Категорії	n	%
Місце проживання	Україна	67	63,2
	Поза межами України	39	36,8
Рівень освіти	Вища освіта	100	94,3
	Науковий ступінь	6	5,7

Наявність дітей	Немає дітей	27	25,5
	1 дитина	34	32,1
	2 дитини	40	37,7
	3 дитини	5	4,7
Сімейний статус	У шлюбі / партнерстві	73	68,9
	Не перебувають у шлюбі	33	31,1
Досвід психологічної травми	Мали принаймні одну травматичну подію	106	100,0
Час від травматичної події	Менше 1 року тому	11	10,4
	Від 1 до 3 років тому	36	34,0
	Від 3 до 5 років тому	25	23,6
	Понад 5 років тому	34	32,1
Звернення по психологічну допомогу	Так	90	84,9
	Ні	16	15,1

Джерело: сформовано автором

У нашому дослідженні взяли участь жінки віком 24-67 років ($M=42.8$, $SD=7.75$, $Me=42$, $Mo=40$). У вибірці переважали жінки, які на момент дослідження проживали в Україні (63,2%), тоді як 36,8% респонденток мешкали за її межами. Абсолютна більшість учасниць мали вищу освіту (94,3%), ще 5,7% – науковий ступінь, що свідчить про високий освітній рівень вибірки. У шлюбі або еквівалентному партнерстві перебували 68,9% жінок. Досвід материнства мали 74,5% респонденток: найбільш чисельною була група жінок із двома дітьми (37,7%).

Усі респондентки (100%) повідомили про наявність у житті принаймні однієї події, яку вони ідентифікували як психологічну травму. За часовою віддаленістю травматичного досвіду найбільшою була група жінок, у яких травма відбулася від 1 до 3 років тому (34,0%), а також понад 5 років тому (32,0%), що дозволяє аналізувати як середньо-, так і довготривалі наслідки травматизації. Переважна більшість учасниць зверталися по психологічну

допомогу (84,9%), тоді як 15,1% не мали такого досвіду. Всього до опитування долучилися 130 осіб. Із них 24 респондентки заповнили опитувальник під час пілотного запуску, тож були виключені з подальшого аналізу.

2.2.2 Надійність шкал та нормальність розподілу

Аналіз отриманих даних у ході емпіричного дослідження здійснювався у декілька етапів. На першому етапі було проведено оцінку внутрішньої узгодженості та надійності психодіагностичних методик за допомогою коефіцієнтів α Кронбаха та ω Макдональдса. Для Міжнародного опитувальника травми (ITQ) отримано такі показники: α Кронбаха = 0,854 та ω Макдональдса = 0,854. Для методики «Шкала залученого життя» (ELS) встановлено високі показники надійності: α Кронбаха = 0,905 та ω Макдональдса = 0,911. Для методики «Шкала реакції на тривалий травматичний стрес» (CTSR) коефіцієнти внутрішньої узгодженості становили: α Кронбаха = 0,856 та ω Макдональдса = 0,862 (табл. 2.2.2). Отримані результати свідчать про достатню та високу внутрішню узгодженість пунктів усіх використаних методик, що підтверджує надійність обраного психодіагностичного інструментарію та можливість його застосування для подальшого статистичного аналізу.

Таблиця 2.2.2

Перевірка надійності та внутрішньої узгодженості шкал методик

Методика	α Кронбаха	ω Макдональдса
Міжнародний опитувальник травми (ITQ)	0,854	0,854
Шкала залученого життя (ELS)	0,905	0,911
Шкала реакції на тривалий травматичний стрес (CTSR)	0,856	0,862

Джерело: складено автором

На наступному етапі дослідження з метою вибору адекватних статистичних методів було проведено перевірку нормальності розподілу змінних

за допомогою критерію Шапіро–Уїлка. При значеннях $p > 0,05$ нульова гіпотеза про відповідність емпіричного розподілу нормальному не відхиляється (табл. 2.2.3).

Таблиця 2.2.3

Результати перевірки нормальності розподілу у виборці

Змінна	W Шапіро–Уїлка	p
Інтрузії	0,911	< 0,001
Уникнення	0,933	< 0,001
Гіперпильність	0,952	< 0,001
Порушення емоційної саморегуляції	0,954	0,001
Негативна Я-концепція	0,951	< 0,001
Порушення стосунків	0,947	< 0,001
Ціннісне життя	0,906	< 0,001
Життєздійснення	0,980	0,108
Залучене життя	0,981	0,123
Виснаження	0,924	< 0,001
Відчуженість	0,921	< 0,001
Безпорадність	0,931	< 0,001
Загальний показник травматичного стресу	0,948	< 0,001

Джерело: складено автором

За результатами перевірки нормальності розподілу встановлено, що для більшості досліджуваних змінних значення $p < 0,05$, що свідчить про відхилення емпіричних розподілів від нормального. Це стосується таких показників, як інтрузії, уникнення, гіперпильність, порушення емоційної саморегуляції, негативна Я-концепція, порушення стосунків, ціннісне життя, виснаження, відчуженість, безпорадність та загальний показник травматичного стресу. Водночас для змінних «Життєздійснення» та «Залучене життя» отримано значення $p > 0,05$, що дозволяє вважати їх розподіл наближеним до нормального. З огляду на отримані результати, у подальшому аналізі доцільно застосовувати

непараметричні статистичні методи, а також регресійні моделі, стійкі до порушення припущення про нормальність розподілу.

2.2.3 Психологічний стан жінок, що пережили травматичну подію

Описова статистика за результатами опитування за Міжнародним Опитувальником Травми (ITQ), сформована за допомогою програмного комплексу Jamovi, представлена у Додатку А. Аналіз описової статистики показників ITQ засвідчив, що у вибірці жінок, які пережили травматичну подію, найбільш вираженими є симптоми гіперпильності, порушень стосунків та порушень емоційної саморегуляції (табл. 2.2.4). Загальні інтегральні показники посттравматичної симптоматики (ITQ P-scale та ITQ P+C scale) демонструють помірний рівень варіативності, що свідчить про неоднорідність переживання травматичного досвіду в межах вибірки. Значення асиметрії та ексцесу вказують на відхилення розподілів від нормального, що узгоджується з результатами перевірки нормальності та обґрунтовує застосування непараметричних методів статистичного аналізу.

Як видно з даних, наведених у таблиці 2.2.4, у вибірці жінок, які пережили травматичну подію ($n = 106$), наявні різною мірою виражені симптоми посттравматичного стресу, що охоплюють як базові симптоми ПТСР, так і прояви комплексного посттравматичного реагування.

Серед базових кластерів ПТСР найвищі середні значення зафіксовано за шкалою гіперпильності ($M = 3,80$; $SD = 2,26$). Це свідчить про підвищений рівень напруження, настороженості та готовності до загрози, що є типовим наслідком тривалого або повторюваного травматичного досвіду.

Таблиця 2.2.4

Описова статистика показників Міжнародного опитувальника травми
(ITQ), $n = 106$

Показник	Інтризії	Уникання	Гіперпильність	Порушення емоційної саморегуляції	Негативна Я-концепція	Порушення стосунків	ITQ P-scale	ITQ P+C scale
N	106	106	106	106	106	106	106	106
Середнє (M)	1,92	3,01	3,80	3,16	2,98	3,42	8,73	18,30
Стандартна помилка	0,15	0,22	0,22	0,16	0,19	0,19	0,46	0,81
Медіана (Me)	2,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	8,00	18,50
Мода (Mo)	2,00	4,00	3,00	2,00	4,00	3,00	8,00	17,00 ^a
Стандартне відхилення (SD)	1,53	2,25	2,26	1,60	1,94	1,93	4,72	8,34
Дисперсія	2,35	5,08	5,09	2,55	3,75	3,73	22,30	9,50
Мінімум	0	0	0	0	0	0	0	0
Максимум	7	8	8	7	8	8	21	40
25-й перцентиль (Q1)	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	5,00	12,00

50-й процентиль (Q2)	2 ,00	3 ,00	4 ,00	3 ,00	3 ,00	3 ,00	8 ,00	1 8,50
75-й процентиль (Q3)	3 ,00	4 ,00	6 ,00	4 ,00	4 ,00	4 ,75	1 2,00	2 4,00
Асим етрія	0 ,76	0 ,28	- 0,09	0 ,22	0 ,18	0 ,47	0 ,26	0, 10
Ексц ес	0 ,56	- 0,82	- 0,92	- 0,49	- 0,44	- 0,43	- 0,55	- 0,53

Джерело: розраховано автором у програмі jamovi.

Показники уникання ($M = 3,01$; $SD = 2,25$) також перебувають на помірно високому рівні, що вказує на схильність респонденток уникати думок, емоцій або ситуацій, пов'язаних із травматичною подією. Водночас середнє значення за шкалою інтрузій ($M = 1,92$; $SD = 1,53$) є відносно нижчим, що може свідчити про різний ступінь актуалізації нав'язливих спогадів або часткову адаптацію до пережитого досвіду.

Показники, що відображають симптоми комплексного посттравматичного стресового розладу, демонструють виразні труднощі у сфері саморегуляції та міжособистісних стосунків. Зокрема, середнє значення за шкалою порушення емоційної саморегуляції ($M = 3,16$; $SD = 1,60$) вказує на наявність труднощів у керуванні емоційними реакціями, зокрема тривалого відновлення після негативних емоційних станів. Показники негативної Я-концепції ($M = 2,98$; $SD = 1,94$) свідчать про знижене самоприйняття, відчуття меншовартості та негативні уявлення про себе, що є характерним наслідком травматизації. Водночас досить високі значення за шкалою порушення стосунків ($M = 3,42$; $SD = 1,93$) відображають труднощі у формуванні та підтриманні близьких соціальних контактів, відчуття дистанції й самотності.

Інтегральні показники ITQ P-scale ($M = 8,73$; $SD = 4,72$) та ITQ P+C scale ($M = 18,30$; $SD = 8,34$) свідчать про помірний загальний рівень посттравматичної

симптоматики у вибірці, водночас із суттєвою індивідуальною варіативністю, що підтверджується значеннями стандартних відхилень та широким діапазоном результатів. Це вказує на гетерогенність переживання травматичного досвіду серед досліджуваних жінок.

Аналіз розподілів показників демонструє незначну або помірну асиметрію та переважно негативний ексцес, що свідчить про більш плоскі розподіли порівняно з нормальним. Отримані характеристики узгоджуються з результатами тесту Шапіро–Уїлка та підтверджують доцільність застосування непараметричних методів аналізу або робастних статистичних підходів у подальшій обробці даних.

Загалом результати описової статистики за Міжнародним опитувальником травми свідчать, що у жінок, які пережили травматичну подію, посттравматичні прояви охоплюють не лише симптоми класичного ПТСР, але й глибші порушення, пов'язані з емоційною регуляцією, самоідентичністю та міжособистісними стосунками. Це створює підґрунтя для подальшого аналізу взаємозв'язків між травматичним досвідом, тривалим стресом та показниками реалізації ідентичності, що буде розглянуто в наступних підрозділах.

За побудованими графіками розподілів показників ІТQ у вибірці жінок ($n = 106$) видно, що прояви посттравматичних симптомів представлені нерівномірно та мають переважно ненормальний характер розподілу, що узгоджується з результатами тесту Шапіро-Уїлка. На гістограмах і кривих щільності більшість шкал демонструють скупчення відповідей у діапазоні низько-середніх значень із поступовим «хвостом» у бік високих балів, а Q-Q графіки підтверджують відхилення від нормальності (крайні значення виходять за лінію теоретичних квантилів). Це означає, що у частини респонденток симптоматика може бути помірною, тоді як у помітної підгрупи – підвищеною, що й формує асиметрію розподілів та поодинокі екстремальні значення. Загалом, візуальний аналіз графіків (Додаток А) підтверджує, що в досліджуваній групі найвиразніше представлені компоненти гіперпильності та уникання, тоді як інтрузії у середньому нижчі, але з наявністю окремих випадків високої

інтенсивності. Показники комплексної симптоматики (ПЕС, НЯ, ПС) демонструють помірний рівень і суттєву варіативність, що вказує на різну глибину впливу травматичного досвіду на емоційну регуляцію, самосприйняття й соціальні зв'язки.

Описова статистика показників опитувальника ESL (Engaged, Meaningful, and Valued Life – (Додаток Б), отриманих на вибірці з 106 респонденток (табл. 2.25), свідчить про переважно середній рівень сформованості компонентів усвідомленого та залученого життя, із помірною міжіндивідуальною варіативністю та близькістю розподілів до нормального.

Таблиця 2.2.5

Описова статистика показників ціннісного, життєздійсного та залученого життя (ESL), n = 106

Показник	ЦЖ – Ціннісне життя	Ж – Життєздійснення	ESL – Залучене життя
1	2	3	4
Кількість спостережень (N)	106	106	106
Середнє (M)	9,45	40,40	49,80
Стандартна помилка	0,34	1,78	2,04
95% ДІ (нижня межа)	8,77	36,90	45,80
95% ДІ (верхня межа)	10,10	43,90	53,90
Медіана (Me)	9,00	40,50	48,50
Мода (Mo)	10,00	22,00 ^a	50,00
Стандартне відхилення (SD)	3,55	18,40	21,00

Продовження табл. 2.2.5

1	2	3	4
Дисперсія	12,60	337,00	440,00

Мінімум	3	0	3
Максимум	18	88	106
25-й центиль (Q1)	6,00	28,00	37,00
50-й центиль (Q2)	9,00	40,50	48,50
75-й центиль (Q3)	12,00	53,00	63,80
Асиметрія	0,29	0,09	0,14
Ексцес	-0,57	-0,53	-0,46

Джерело: розраховано автором у програмі jamovi.

За шкалою «Ціннісне життя» (ЦЖ) середнє значення становить $M = 9,45$ при медіані $Me = 9,00$, що вказує на узгодженість центральних тенденцій і відсутність суттєвого перекосу розподілу. Дійсно, коефіцієнт асиметрії є невисоким ($As = 0,29$), а ексцес має від'ємне значення ($Ex = -0,57$), що свідчить про дещо пласкіший розподіл порівняно з нормальним. Це означає, що у вибірці представлені респондентки як із низьким, так і з достатньо високим рівнем ціннісної наповненості життя, без різкої концентрації в одній точці. Міжквартильний розмах ($IQR = 6$) та діапазон значень (від 3 до 18 балів) підтверджують помірну варіативність переживання життєвих цінностей. Довірчий інтервал для середнього (95% ДІ: 8,77–10,10) є відносно вузьким, що свідчить про стабільність оцінки середнього рівня у вибірці.

Показник «Життєздійснення» (Ж) має середнє значення $M = 40,4$ при медіані $Me = 40,5$, що практично збігається і вказує на симетричність розподілу. Це підтверджується дуже низькою асиметрією ($As = 0,09$) та від'ємним ексцесом ($Ex = -0,53$), тобто розподіл є близьким до нормального з дещо згладженою вершиною. Разом з тим, стандартне відхилення є доволі значним ($SD = 18,4$), а діапазон – широким (від 0 до 88 балів), що свідчить про суттєві індивідуальні відмінності у відчутті реалізованості власного життя. Це може відображати різний життєвий контекст, наявність або відсутність ресурсів, а також вплив

травматичного досвіду на здатність діяти відповідно до власних цілей. Міжквартильний розмах ($IQR = 25$) підтверджує значну диференціацію показників у середині вибірки.

Інтегральна шкала «Залучене життя» (ESL) характеризується середнім значенням $M = 49,8$ та медіаною $Me = 48,5$, що вказує на помірно виражений рівень залученості до життя у більшості респонденток. Асиметрія розподілу є низькою ($As = 0,14$), ексцес від'ємний ($Ex = -0,46$), отже розподіл також є близьким до нормального, без різко виражених «хвостів». Водночас стандартне відхилення ($SD = 21,0$) та широкий діапазон значень (від 3 до 106 балів) свідчать про значну індивідуальну варіативність загального показника залученого життя. Це означає, що поряд із респондентками, які демонструють високий рівень включеності, смислової наповненості та активної життєвої позиції, у вибірці наявна й група з низьким рівнем цих характеристик.

Загалом, аналіз описової статистики показників ESL дозволяє зробити висновок, що всі три шкали демонструють достатню варіативність і розподіли, близькі до нормальних, що створює підстави для подальшого застосування параметричних методів аналізу за умови додаткової перевірки статистичних припущень. Водночас широта діапазонів і значні стандартні відхилення, особливо за шкалами життєздійснення та залученого життя, вказують на гетерогенність вибірки, що є важливим для подальшої інтерпретації зв'язків між показниками ESL та посттравматичної симптоматики

Аналіз описової статистики показників ціннісно-сміслової сфери та залученого життя (ESL) свідчить про відносно збалансований і помірно варіативний рівень життєвої активності респондентів (Додаток В, Табл. 2.2.6). Середні значення за шкалами «Ціннісне життя», «Життєздійснення» та «Залучене життя» перебувають у середньому діапазоні можливих балів, що вказує на наявність у більшості опитаних сформованих життєвих орієнтирів і прагнення реалізовувати значущі для себе цілі, попри наявний травматичний досвід. Показники асиметрії та ексцесу для всіх трьох шкал наближені до нульових значень, що дозволяє говорити про відсутність виражених перекосів у

розподілах та загальну однорідність вибірки. Водночас достатньо великі значення стандартного відхилення, особливо за шкалами «Життєздійснення» та «Залучене життя», відображають індивідуальні відмінності у ступені активної включеності респондентів у власне життя та реалізацію особистісно значущих смислів.

Таблиця 2.2.6

Описова статистика показників шкали реакції на тривалий травматичний стрес (CTSR), n = 106

Показник	Виснаження	Відчуження	Безпорадність	CTSR (загальний)
Кількість спостережень (N)	106	106	106	106
Середнє (M)	16,70	52,30	71,10	140,00
Стандарт на помилка	0,58	2,32	2,99	5,85
95% ДІ (нижня межа)	15,50	47,70	65,20	128,00
95% ДІ (верхня межа)	17,80	56,90	77,00	152,00
Медіана (Me)	16,50	51,50	70,50	139,00
Мода (Mo)	21,00	42,00	73,00 ^a	73,00 ^a
Стандартне відхилення (SD)	5,98	23,90	30,80	60,20
Дисперсія	35,80	569,00	946,00	3627,00
Мінімум	3	0	3	6

Максиму	31	115	154	300
м				
25-й процентиль (Q1)	12,00	36,50	50,00	102,0 0
50-й процентиль (Q2)	16,50	51,50	70,50	139,0 0
75-й процентиль (Q3)	21,00	69,80	91,00	180,0 0
Асиметрі	0,15	0,11	0,14	0,12
я				
Ексцес	-0,48	-0,50	-0,46	-0,48

Джерело: розраховано автором у програмі jamovi.

Аналіз описових статистик за шкалою реакції на тривалий травматичний стрес (CTSR) свідчить про помірно виражений рівень хронічного стресового навантаження у вибірці. Середні значення за субшкалами «Виснаження», «Відчуження» та «Безпорадність» вказують на наявність у респондентів стійких проявів емоційного та психофізіологічного виснаження, труднощів у соціальному та емоційному контакті з оточенням, а також переживання втрати контролю над життєвими обставинами. Загальний показник CTSR характеризується достатньо широким діапазоном значень, що свідчить про суттєву індивідуальну варіативність реакцій на тривалий травматичний вплив.

Показники асиметрії та ексцесу для всіх шкал перебувають у межах допустимих значень і є близькими до нуля, що дозволяє говорити про відносно симетричний розподіл даних без виражених крайніх відхилень. Значення стандартного відхилення, особливо за шкалами «Відчуження» та «Безпорадність», відображають неоднорідність переживання тривалого стресу серед респондентів, що є типовим для вибірок осіб із різною тривалістю та інтенсивністю травматичного досвіду. У цілому отримані результати підтверджують доцільність подальшого аналізу зв'язків CTSR із показниками травматичного стресу (ITQ) та життєздійснення (ESL).

2.2.4 Розробка прогностичної моделі

З метою виявлення внеску окремих компонентів травматичного досвіду у формування проявів тривалого стресу та життєвого функціонування було побудовано три моделі множинної лінійної регресії. Як залежні змінні розглядалися показники залученого життя в цілому та як його 2 шкали (ціннісне життя та життєздійснення), тоді як незалежними змінними виступали основні симптоматичні кластери травматичного стресу, виміряні за допомогою Міжнародного опитувальника травми (ITQ) та Шкала реакції на тривалий травматичний стрес (CTSR), а також звернення по психологічну допомогу.

Перша модель оцінювала прогностичні показники щодо залученого життя жінок, які пережили травматичну подію (Таблиці 2.2.9 та 2.2.10).

Таблиця 2.2.9

Результати регресійного аналізу для першої регресійної моделі

Коефіцієнти моделі — Залучене життя				
Предиктор	Вага	Стандартна похибка	Статистика t-тесту	Статистична значущість (p)
Константа	52.140	1.157	45.07	< .001
Негативна Я-концепція	-1.105	0.351	-3.14	0.002
Рівень тривалого травматичного стресу	-0.742	0.130	-5.71	< .001

Табл. 2.2.10

Коефіцієнт детермінації для першої регресійної моделі

Показники відповідності моделі		
Модель	R	R ²
1	0.693	0.481

Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.481$ визначає, що доля варіації рівня залученого життя пояснюється варіацією зазначених предикторів на 48.1 %. Інші 51.9 % пояснюються дією інших чинників. Таким чином, результати регресійного аналізу підтверджують, що негативна Я-концепція та травматичний стрес мають значний негативний сумісний вплив на рівень залученого життя респондентів. Посилення негативного самосприйняття, нестабільність Я-концепції на фоні зростання рівня травматичного стресу спричинює зниження залученості в життя, що проявляється розмитістю ціннісних орієнтирів, нездатністю керувати своїм життям та залежністю від ситуативних чинників.

Побудова другої регресійної моделі (таблиці 2.2.11 та 2.2.12) підтвердила спільний вплив предикторів “Негативна Я-концепція” ($p = 0.005$), “Виснаження” ($p < 0.001$) та фактору “психологічної допомоги” ($p = 0.002$) на рівень усвідомлення респондентами свого життя, що відповідає особистим цінностям.

Табл. 2.2.11

Результати регресійного аналізу для другої регресійної моделі

Коефіцієнти моделі — Ціннісне життя				
Предиктор	Вага	Стандартна похибка	Статистика t-тесту	Статистична значущість (p)
Константа ^a	26.053	0.862	30.24	< .001
Негативна Я-концепція	-0.549	0.190	-2.89	0.005
Виснаження	-0.774	0.191	-4.05	< .001
Звернення за психологічною допомогою після травматичної події:				
Так – Ні	2.645	0.842	3.14	0.002

Табл. 2.2.12

Коефіцієнт детермінації для другої регресійної моделі

Показники відповідності моделі

Модель	R	R ²
2	0.611	0.373

Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.373$ (таблиця 2.2.12) визначає, що доля варіації рівня усвідомленості особистих цінностей та проживання життя відповідно до них пояснюється варіацією зазначених предикторів на 37.3 %. Інші 62.7 % пояснюються дією інших чинників. Результати другої регресійної моделі свідчать, що негативне самосприйняття, емоційне та фізичне виснаження є значними перешкодами для ціннісно орієнтованого життя, що, своєю чергою, виявляється у розмитості життєвих пріоритетів. Водночас звернення за психологічною допомогою після травматичної події сприяє вищому рівню ціннісно орієнтованого життя, допомагаючи людині інтегрувати травматичний досвід та усвідомити свої ціннісні орієнтири. Такий результат підкреслює важливість своєчасної психологічної підтримки для подолання негативних наслідків травматичних подій.

Побудова третьої регресійної моделі (таблиці 2.2.13 та 2.2.14) дала змогу виявити спільний вплив на рівень життєздійснення предикторів: “Негативна Я-концепція” ($p = 0.043$), “Відчуженість” ($p = 0.005$), “Виснаження” ($p < 0.001$).

Табл. 2.2.13

Результати регресійного аналізу для третьої регресійної моделі

Коефіцієнти моделі — Життєздійснення				
Предиктор	Вага	Стандартна похибка	Статистика t-тесту	Статистична значущість(p)
Константа	23.473	0.718	32.69	< .001
Негативна Я-концепція	-0.487	0.237	-2.05	0.043
Відчуженість	-0.608	0.212	-2.87	0.005
Виснаження	-0.963	0.242	-3.98	< .001

Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0.467$ (таблиця 2.2.14) визначає, що доля варіації рівня життєздійснення пояснюється варіацією зазначених предикторів та факторів на 46.7 %. Інші 53.3 % пояснюються дією інших чинників.

Табл. 2.2.14

Коефіцієнт детермінації для третьої регресійної моделі

Показники відповідності моделі		
Модель	R	R ²
3	0.684	0.467

За результатами третьої регресійної моделі можна зробити висновок, що негативна Я-концепція, відчуженість (втрата контакту зі своїм справжнім “Я” та особистими цінностями, емоційне відсторонення, соціальна ізоляція), психоемоційна виснаженість (відчуття емоційного оніміння як захисна реакція на стрес, розумове виснаження, втрата мотивації та інтересу до подій, які раніше були важливими) і хронічна втома є вагомими чинниками, які перешкоджають відчувати повноту та реалізованість особистого життя відповідно до власних цінностей. Ці чинники призводять до того, що жінки менше відчують осмисленість свого життя, сприймаючи його як слабо контрольований процес.

Висновки щодо перевірки припущень регресійних моделей.

Для оцінки надійності висновків регресійного аналізу було проведено перевірку припущення про нормальний розподіл залишків. Залишки — це різниця між спостережуваними та прогнозованими значеннями. Результати тесту Шапіро-Уїлка для залишків моделей показали, що $p > 0,05$, що підтверджує нульову гіпотезу про відсутність відмінностей між розподілом залишків і нормальним розподілом. Усі три регресійні моделі відповідають статистичному припущенню про нормальність залишків, тобто висновки, зроблені на основі цих моделей є надійними. Таким чином, результати аналізу можна коректно узагальнювати на генеральну сукупність.

З огляду на це наступним етапом емпіричного аналізу стало проведення кореляційного аналізу, спрямованого на виявлення щільності, наряду та узгодженості взаємозв'язків між показниками травматичного досвіду (інтрузії, уникання, гіперпильність, порушення емоційної саморегуляції, негативна Я-концепція, порушення стосунків), характеристиками тривалого травматичного стресу, а також показниками залученого та ціннісного життя.

Кореляційний аналіз дозволяє уточнити внутрішню структуру досліджуваних феноменів, перевірити узгодженість емпіричних даних з теоретичними припущеннями та створити основу для подальшої інтерпретації психологічних механізмів впливу травматичного досвіду на реалізацію ідентичності жінок, які пережили травматичні події.

Результати кореляційного аналізу представлені у Додатку Г. Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити системну структуру взаємозв'язків між основними компонентами травматичного досвіду, порушеннями емоційної та міжособистісної сфери, а також показниками психологічного виснаження і суб'єктивної якості життя. У таблиці 2.7 представлено лише статистично значущі кореляції ($p < 0,05$), що забезпечує фокусування аналізу на найбільш вагомим і надійним зв'язках.

Важливим результатом є зв'язки симптомів ПТСР з порушеннями емоційної саморегуляції (ПЕС). Інтрузія, уникання та гіперпильність демонструють статистично значущі позитивні кореляції з ПЕС (r від 0,259 до 0,505), причому найсильніший зв'язок спостерігається між униканням і порушенням емоційної саморегуляції ($r = 0,505$). Це може свідчити про те, що унікальна поведінка, спрямована на зменшення емоційного болю, водночас позбавляє особистість можливості адаптивного опрацювання переживань, що призводить до хронічних труднощів у регуляції емоційних станів.

Аналіз також виявив дуже сильний зв'язок між негативною Я-концепцією та порушеннями стосунків ($r = 0,697$), який свідчить про те, що негативне самосприйняття є одним із ключових психологічних механізмів дезадаптації у міжособистісній сфері. Така конфігурація результатів підтверджує ідею про

центральну роль образу Я у формуванні як внутрішніх, так і зовнішніх наслідків травматичного досвіду.

Надзвичайно показовими є зв'язки між травматичним дистресом та показниками суб'єктивної якості життя. Виявлено сильні й дуже сильні позитивні кореляції між показниками травми та ціннісним життям ($r = 0,726$), життєздійсненням ($r = 0,996$) та залученим життям (ESL) ($r = 0,993$). Ці результати вказують на глибокий і системний вплив травматичного досвіду на здатність особистості переживати життя як змістовне, реалізоване та емоційно залучене. Високі значення коефіцієнтів кореляції дозволяють припустити, що травматичний дистрес пронизує всі рівні суб'єктивного благополуччя, а не обмежується окремими симптомами.

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу, можна стверджувати, що виявлені зв'язки формують цілісну психологічну модель травматичного впливу, у якій симптоми ПТСР, порушення емоційної саморегуляції, негативна Я-концепція, труднощі у стосунках та зниження якості життя перебувають у тісній взаємодії.

Отже, кореляційний аналіз засвідчив наявність статистично значущих позитивних зв'язків між компонентами травматичного стресу, порушеннями саморегуляції, негативною Я-концепцією та показниками міжособистісного функціонування. Показники залученого, ціннісного життя та життєздійснення тісно пов'язані з рівнем загального травматичного стресу, що підтверджує системний характер впливу травми на суб'єктивну якість життя та психологічне виснаження особистості.

2.3 Обговорення результатів

Отримані емпіричні результати підтверджують, що пережитий травматичний досвід у жінок пов'язаний не лише з вираженістю класичних симптомів ПТСР, але й із комплексними змінами у сфері саморегуляції, Я-концепції, міжособистісних стосунків та здатності до реалізації власної

ідентичності через цінності й життєздійснення. Це узгоджується з сучасними теоретичними підходами, які розглядають травму як фактор, що впливає на цілісність особистісної історії, суб'єктність і безперервність Я (Herman, 2001; McAdams, 2013; Drummond, 2021; Erikson, 1968; Faggioli et al., 2024).

Регресійний аналіз показав, що на здатність жити залученим життям суттєво впливають негативна Я-концепція та тривалий травматичний стрес. Респондентки, які зверталися за психологічною допомогою, продемонстрували більш високі показники по шкалі Ціннісне життя, що підтверджується дослідженнями ефективності психотерапевтичних втручачь (Varvin & Stiles, 1999). На показники Життєздійснення суттєво впливають Негативна Я-концепція, виснаження та відчуженість.

У дослідженні виявлено системну узгодженість між базовими симптомами ПТСР (інтрузії, уникання, гіперпильність) та компонентами комплексного травматичного реагування (порушення емоційної саморегуляції, негативна Я-концепція, порушення стосунків). Кореляційна структура свідчить, що симптоми не існують ізольовано, а формують єдиний «пучок» взаємопідсилюваних переживань, що типово для посттравматичних станів. Теоретично це відповідає концепції комплексної травми й CPTSD, у якій травматизація пов'язана не тільки з повторним переживанням та униканням, а й зі стійкими змінами самоусвідомлення та стосунків (Herman, 2001).

Особливо показовим є сильний зв'язок між негативною Я-концепцією та порушеннями стосунків ($r \approx 0,70$). Це можна інтерпретувати як емпіричне підтвердження того, що травма «входить» у структуру ідентичності через зміну самоствавлення (почуття провини/сорому, знецінення себе, втрату довіри до власних рішень), а потім проявляється в соціальній поведінці (дистанціювання, страх близькості, труднощі довіри). Подібні механізми описують праці, де порушення ідентичності розглядається як центральний вимір особистісної патології та психічної дезадаптації (Bogaerts et al., 2021), а також як прояв «розхитування» внутрішньої тотожності в умовах тривалого стресу.

Важливо, що ця логіка узгоджується і з даними про відновлення жінок після насильства: вихід із травматичних стосунків супроводжується не лише зниженням симптомів, а й реконструкцією суб'єктності та формуванням нового образу себе (Anderson et al., 2012). Тобто травматичний досвід може порушувати ідентичність, але водночас відкривати простір для її переосмислення (Anderson et al., 2012; Tedeschi & Calhoun, 2004; Bakaitytė et al., 2022).

Дані кореляційного аналізу підтверджують, що травматичні переживання асоційовані з порушенням цілісності Я та переживанням «розриву» у життєвій безперервності. У теоретичному плані це узгоджується з підходами, які описують ідентичність як динамічну структуру, що підтримується наративом (історією про себе) та інтеграцією досвіду в часову лінію (McAdams, 2013; Drummond, 2021). У контексті травми ця інтеграція часто ускладнюється: людина відчуває, що «те, що було», важко поєднати з образом «я тепер» і «я в майбутньому».

Окремо це співвідноситься з висновками систематичного огляду про зв'язок фрагментації ідентичності та «порушення переживання часу» (lived time): коли темпоральний каркас автобіографії стає нестійким, послаблюється відчуття безперервності себе (Faggioli et al., 2024). Хоча огляд стосується групи пацієнтів із BPD, описаний механізм важливий і ширше – як модель того, як травматичний досвід може вести до наративної сплутаності та труднощів інтеграції подій у життєву історію (Faggioli et al., 2024).

Особливої уваги заслуговують зв'язки між показниками залученого життя/життєздійснення (ELS) та шкалами тривалого травматичного стресу (CTSR). У нашій вибірці отримано дуже високі кореляції між ESL і CTSR. Змістовно це можна трактувати як прояв того, що хронічний травматичний стрес пов'язаний із системним зниженням здатності “жити повноцінно”: підтримувати мотивацію, відчуття сенсу, включеність у стосунки та контроль над життям. Подібні зв'язки відповідають логіці теорій життєтворення та життєздійснення, де якість життя визначається не лише відсутністю симптомів, а здатністю

реалізувати себе у значущих сферах, зберігати смисли й суб'єктність (Титаренко, 2012; 2015; Максименко, 2002; Гундертайло та ін., 2016).

Результати доцільно пов'язати й з сучасними дослідженнями посттравматичного зростання. У нашій роботі травма проявляється як фактор, що впливає на ідентичність через симптоми, самоствавлення та стосунки; однак теоретично важливо підкреслити: травма може або «захопити» центр ідентичності (стаючи головною подією, навколо якої вибудовується наратив), або бути інтегрованою як частина історії без редукції особистості до статусу «жертви» (Anderson et al., 2012; Tedeschi & Calhoun, 2004). Дослідження посттравматичного зростання у жінок, які пережили насильство, показують, що процеси смислотворення, реінтерпретації подій, підтримка та активна ідентичнісна робота (identity exploration) можуть сприяти зростанню, особливо коли травматична подія не стає єдиною визначальною ознакою Я (Bakaitytė et al., 2022).

Таким чином, дані емпіричного дослідження можна розглядати як підтвердження двох паралельних напрямів: з одного боку, травма пов'язана з дистресом, виснаженням і відчуженням; з іншого – теоретично (і за даними літератури) саме реконструкція ідентичності та повернення до цінностей/смислів може бути ключовою лінією психологічної допомоги (Anderson et al., 2012; Luzzatto et al., 2022; Tedeschi & Calhoun, 2004). У цьому контексті арттерапевтичні та інтегративні підходи, спрямовані на відновлення цілісності Я та безпечне опрацювання досвіду, виглядають особливо релевантними (Luzzatto et al., 2022).

Загалом результати підтверджують, що ідентичність жінок після травматичної події є чутливою до вираженості посттравматичних симптомів, передусім інтрузій, уникання та гіперпильності, а також до порушень у сфері стосунків. Найбільш критичним «вузлом» посттравматичного реагування виступає взаємозв'язок негативної Я-концепції та порушень стосунків, що може бути мішенню психологічної підтримки. При цьому результати підкреслюють роль соціальної включеності як ресурсу відновлення (Jetten et al., 2017; Haslam et

al., 2021) і актуалізують підходи, спрямовані на реконструкцію життєвого наративу та повернення до цінностей як способу інтеграції досвіду без «розчинення» ідентичності в травмі (McAdams, 2013; Anderson et al., 2012; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Висновки до розділу 2

У межах другого розділу цієї кваліфікаційної роботи було здійснено комплексний аналіз емпіричних даних, спрямований на вивчення психологічних наслідків травматичного досвіду та їх зв'язку з такими показниками ідентичності, як життєздійснення, залучене життя та ПТСР та КПТСР. Отримані результати підтверджують багатовимірний характер травматичного впливу на психічне функціонування особистості та узгоджуються з сучасними науковими уявленнями про складну структуру посттравматичних реакцій.

Аналіз соціально-демографічних характеристик вибірки засвідчив, що переважна більшість респондентів мали досвід психологічної травми, яка в значній частині з них відбулася понад один рік тому, що дало змогу досліджувати не лише гострі, а й хронічні прояви травматичного стресу. Встановлено також, що більшість учасників зверталися за психологічною допомогою, що свідчить про усвідомлення власного психологічного стану та актуальність теми психічного відновлення.

Перевірка внутрішньої узгодженості використаних психодіагностичних методик за допомогою коефіцієнтів α -Кронбаха та ω -Макдональда показала високі показники надійності всіх шкал, що підтверджує валідність і доцільність їх застосування у даному дослідженні. Аналіз нормальності розподілу змінних засвідчив, що більшість показників не відповідають нормальному розподілу, що обґрунтувало використання непараметричних статистичних критеріїв на подальших етапах аналізу.

Описова статистика за шкалами Міжнародного опитувальника травми (ITQ) показала наявність помірно виражених симптомів інтрузії, уникання та

гіперпильності, а також значущих труднощів у сфері емоційної саморегуляції, Я-концепції та міжособистісних стосунків. Водночас результати за шкалами життєздійснення та залученого життя свідчать про збереження в частини респондентів внутрішніх ресурсів, що може розглядатися як потенціал для відновлення та посттравматичного зростання.

Регресійний аналіз дозволив встановити, що негативна Я-концепція як симптом посттравматичного стресу, виснаження та відчуження є статистично значущими предикторами залученого життя як інтегрального показника, а також його підшкал – ціннісного життя та життєздійснення. Кореляційний аналіз виявив широку мережу статистично значущих зв'язків між симптомами травматичного стресу, показниками ідентичності, життєздійснення та залученого життя.

Таким чином, результати другого розділу дозволяють зробити висновок про те, що травматичний досвід суттєво впливає не лише на симптоматичний рівень психічного здоров'я, а й на глибинні особистісні структури — Я-концепцію, систему цінностей та суб'єктивне переживання власного життя.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН В ІДЕНТИЧНОСТІ ЖІНКИ ВНАСЛІДОК ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ: КЛІНІЧНА ІЛЮСТРАЦІЯ З ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ

3.1. Психотерапевтичний метод і сетинг

Наведений нижче випадок психотерапевтичної роботи було проведено методом психоаналітичної психотерапії. Психоаналітична психотерапія є одним із методів, рекомендованих для пост-травматичних розладів. Деяко адаптовані її різновиди, такі як Терапія базована на менталізації (Bateman & Fonagy, 2023), дозволяють застосовувати підходи, спрямовані саме на допомогу із симптомами порушенням ідентичності. Психоаналітичний підхід, крім того, спрямований на роботу із самооцінкою, самоповагою (Varvin, 2016).

Низка якісних та кількісних емпіричних досліджень показують, що психоаналітична психотерапія є ефективним інструментом втручання при роботі із дитячими та дорослими психічними травмами. У норвезькому дослідженні (1998) психоаналітична психотерапія травмованих біженців представлена як клінічний підхід до роботи з екстремальними, часто множинними травмами, які поєднують насильство, втрату, приниження та тривале перебування в умовах безпорадності (Varvin, 2016). Для більшості пацієнтів травматизація мала кумулятивний характер, а не обмежувалася однією подією. Симптоматика описувалася як поліморфна. Поряд із класичними проявами ПТСР, зокрема нав'язливими спогадами, нічними кошмарами та униканням, фіксувалася виражена дисоціацію, хронічні психосоматичні скарги, депресивні стани, порушення афективної регуляції та стійкі труднощі формування довірливих стосунків (Varvin, 1998, с. 66–68). Інтервенція полягала у довготривалій психоаналітичній психотерапії з акцентом на стабільний сетинг, високу увагу до перенесення й контрперенесення та поступове створення простору для символізації травматичного досвіду. Varvin підкреслює, що у випадку тяжко травмованих біженців терапія не може обмежуватися реконструкцією подій або когнітивною переробкою спогадів. Основне завдання полягало у відновленні

здатності психіки витримувати афект і переводити тілесні, сенсорні та візуальні сліди травми в символічні форми (Varvin, 1998, с.69). Результати клінічних спостережень автор формулює не як «редукцію симптомів» у вузькому сенсі, а як зміни у способі переживання та представленості травми. Успішна терапія описується через поступову інтеграцію фрагментованого досвіду, зменшення потреби у соматизації, розширення афективного діапазону та здатність до жалоби. Особливе значення надається перенесенню як простору, де травматичні сценарії повторюються у модифікованій формі, а також контрперенесенню, яке слугує індикатором несимволізованих елементів досвіду пацієнта. Varvin підкреслює, що саме здатність терапевта витримувати інтенсивні афекти, без поспіху «заспокоїти» або раціоналізувати їх, створює умови для поступового психічного зв'язування травми (Varvin, 1998, с. 70–71).

Стаття Varvin & Stiles (1999) являє собою дослідження, у якому психоаналітичний клінічний матеріал аналізується за допомогою асиміляційної моделі проблематичного досвіду (APES). Дослідження ґрунтується на детальному аналізі повного курсу психоаналітичної терапії однієї пацієнтки – політичної біженки, яка пережила тортури, втрату чоловіка та дитини, тривале перебування в умовах переслідування й вигнання. Проаналізовано понад 60 терапевтичних сесій, частина яких була транскрибована й піддана покроковому аналізу з використанням шкали APES (Stiles, 2005). Симптоматика пацієнтки включала хронічну депресію, посттравматичні симптоми, соматизацію, дисоціативні реакції та тривалу неможливість оплакати втрату дитини (Varvin & Stiles, 1999, с. 385–387). Асиміляційна модель дозволила авторам простежити, як травматичний досвід поступово переходить від стану «відгородженості» (warded off) до стадій невиразної усвідомленості, формулювання проблеми та часткової інтеграції. Вербалізовані спогади були відсутні, а афект проявлявся у вигляді соматичних криз (Varvin & Stiles, 1999, с. 392–394). Ключовим моментом терапії автори вважають сесію, у якій відбувається прорив травматичного матеріалу у формі іконічних, «кінематографічних» образів смерті дитини. Важливо, що цей прорив відбувається не як результат прямої інтерпретації, а в контексті

стабільного терапевтичного альянсу, де пацієнтка відчуває достатню безпеку для контакту з «нестерпним» досвідом (Varvin & Stiles, 1999, с. 395–397). Подальші сесії демонструють поступовий перехід від тілесної й образної репрезентації до вербалізованої жалоби. Пацієнтка починає розповідати історію втрати, пов'язувати смерть дитини з іншими втратами, зокрема смертю чоловіка та батька, а також із досвідом вигнання (Varvin & Stiles, 1999, с. 398–399). Результати дослідження показують, що терапевтичний альянс і перенесення виконують не допоміжну, а структуроутворюючу функцію. Саме в межах стосунків з терапевтом травматичний досвід знаходить адресата і поступово інтегрується в наративне Я. Автори підкреслюють, що процес асиміляції не призводить до «зникнення болю», а радше до зміни його психічного статусу: від соматичного й неусвідомленого до такого, що може бути оплакане й витримане (Varvin & Stiles, 1999, с. 401–402).

У пізнішій роботі Varvin (2016) фокус зміщується від опису окремих клінічних випадків до теоретико-клінічного узагальнення психоаналітичної роботи зі складною травмою та ускладненою втратою. Метод дослідження має характер клініко-теоретичного аналізу, заснованого на багаторічному досвіді роботи з пацієнтами, які пережили екстремальні події, зокрема війну, тортури та втрату близьких. Varvin розглядає симптоми не лише як наслідок події, а як прояв дефіциту символізації. Складна втрата описується як стан, у якому процес жалоби блокується через надмірний афект, провину або страх повторної травматизації. У таких випадках втрата не інтегрується у внутрішній світ, а зберігається у формі інсценувань у стосунках, проективної ідентифікації та тілесних реакцій (Varvin, 2016, с. 75–76). Усвідомлення й подальша рефлексія цих станів відкривають шлях до символізації «незнаного знаного» – того, що було пережите, але не мало психічного представництва (Varvin, 2016, с. 77–78). Психоаналітична терапія створює унікальний простір для роботи зі складною втратою, оскільки дозволяє витримувати тривалий період невизначеності, повторення та афективної нестабільності. Терапія не спрямована на прискорене

«завершення» жалоби, а на відновлення здатності психіки бути з втратою, не руйнуючись (Varvin, 2016, с. 79).

Клінічні та якісні дослідження психоаналітичної психотерапії травми демонструють послідовну логіку: від тілесних і несимволізованих проявів до вербалізованої жалоби й часткової інтеграції досвіду.

Дослідження Krakau, Ernst, Hautzinger, Beutel та Leuzinger-Bohleber (2024) поєднує довготривалий лонгітюдний дизайн, велику клінічну вибірку та чітку операціоналізацію дитячої травми як модератора терапевтичного ефекту. Робота виконана в межах великого німецького дослідження LAC (Langzeitbehandlungen chronisch depressiver Patienten) і має характер проспективного порівняльного дослідження з елементами рандомізації та преференційного розподілу. Особливістю вибірки стало те, що понад 80 % пацієнтів повідомляли про принаймні одну форму значущої ранньої травми, причому найпоширенішою була саме емоційна депривація та нехтування (Krakau et al., 2024, р. 448). Основним результатом дослідження стало виявлення статистично значущої кореляції між часом лікування, типом терапії та рівнем дитячої травми. У пацієнтів із низьким рівнем травматизації зменшення депресивної симптоматики було порівнюваним у РАТ і СВТ. Натомість у групі з високими показниками дитячої травми, зокрема емоційного нехтування та сексуального насильства, психоаналітична терапія асоціювалася зі значно вираженим і стабільнішим зниженням симптомів депресії протягом п'ятирічного періоду спостереження (Krakau et al., 2024, р. 450). Автори інтерпретують це через специфічний фокус РАТ на відновленні базової довіри, роботі з несвідомими схемами стосунків і поступовій символізації травматичного досвіду, який не зводиться до когнітивної реконструкції (Krakau et al., 2024, р. 451).

Таким чином, дослідження Krakau et al. емпірично підтверджує положення психоаналітичної теорії про те, що рання травма формує особливий тип депресивної організації, для якої симптом-орієнтовані втручання є недостатніми. Воно також демонструє, що порівняння терапій без урахування модераторів,

таких як дитяча травма, неминуче призводить до суперечливих висновків щодо «еквівалентності» методів.

Протокол MODE (Ambresin et al., 2023) був спрямований на з'ясування як саме відбуваються зміни на нейробіологічному рівні. MODE є міжнародним багатоцентровим рандомізованим контрольованим дослідженням, яке інтегрує клінічні, психодинамічні та нейровізуалізаційні показники. Результати включали нормалізацію товщини кори, зміну функціональної зв'язності та зменшення нейробіологічних маркерів хронічного стресу, причому ці зміни були більш вираженими у групі високочастотного психоаналізу. Клінічні показники, такі як зниження депресивної симптоматики (BDI-II), підвищення структурної інтеграції особистості (OPD-SQ) та зміни у змісті снів, розглядалися як вторинні результати, що опосередковуються нейронними змінами (Ambresin et al., 2023, p. 8). З теоретичної перспективи MODE є спробою подолати традиційний розрив між «гуманітарною» психоаналітичною клінікою та біомедичною парадигмою доказовості. Автори не зводять психоаналіз до нейробіології, але демонструють, що тривала робота з переносом, довірою та ранньою травмою має вимірювані кореляції у структурі й функціонуванні мозку. Це відкриває можливість більш точної диференціальної індикації та персоналізованого лікування пацієнтів із тяжкими формами депресії та травми (Ambresin et al., 2023, p. 9).

Сучасні порівняльні емпіричні дослідження дедалі переконливіше свідчать про нерівномірну ефективність психотерапевтичних підходів залежно від типу психопатології, рівня ранньої травматизації та глибинних механізмів розладу. Психоаналітична психотерапія демонструє особливу перевагу у випадках хронічної депресії з анамнезом дитячої травми, а нейробіологічні дані MODE створюють підґрунтя для подальшої інтеграції клінічного, психодинамічного та нейронаукового рівнів психотерапії.

Систематичний огляд Gkintoni et al. (2024) є одним із найбільш повних сучасних узагальнень емпіричних даних щодо психотерапії посттравматичного стресового розладу у дитячому та підлітковому віці. З позиції типів інтервенцій

найбільший масив доказів припадає на когнітивно-поведінкові підходи, зокрема Trauma-Focused CBT (TF-CBT). Психодинамічна та психоаналітична психотерапія представлені у значно меншій кількості досліджень. У систематичному огляді вони здебільшого фігурують як частина мультикомпонентних або системних програм, без чіткої ізоляції специфічного терапевтичного ефекту. Автори підкреслюють, що наявні дані не дозволяють зробити кількісні висновки щодо ефективності психодинамічної терапії у лікуванні PTSD у дітей і підлітків, не через відсутність клінічної значущості, а через дефіцит стандартизованих досліджень, труднощі операціоналізації змін та етичні обмеження RCT у цій популяції (Gkintoni et al., 2024, p. 15). Водночас огляд фіксує важливий теоретичний розрив між короткостроковим зменшенням симптомів і довготривалими змінами у структурі особистості, афективній регуляції та здатності до символізації травматичного досвіду. Саме цей розрив, зауважують автори, залишається поза фокусом більшості CBT-орієнтованих досліджень і становить потенційне поле для подальших психоаналітичних досліджень у дитячій психотравматології (Gkintoni et al., 2024, p. 18).

Систематичний огляд і метааналіз Taylor Miller et al. (2021) зосереджений на іншій клінічній популяції, але порушує концептуально споріднене питання – можливості раннього психологічного втручання у профілактиці та лікуванні PTSD. Симптоматика включала повторне переживання, уникання, гіперзбудження, афективну нестабільність та коморбідну депресію. Аналізовані інтервенції охоплювали широкий спектр методів: TF-CBT, EMDR, короткострокове консультування, психоедукацію, візуально-просторові когнітивні завдання та акушерське консультування. Метааналіз показав, що ранні психологічні втручання, проведені протягом перших 72 годин після травматичних пологів, є статистично значуще ефективнішими за стандартний догляд у зменшенні симптомів PTSD через 4–6 тижнів (Taylor Miller et al., 2021, p. 16).

Принципово важливим для даного дослідження є висновок щодо відсутності даних про психоаналітичну психотерапію як метод раннього

втручання. Це не трактується як свідчення неефективності, а радше як наслідок теоретичних і клінічних обмежень. Психоаналітична терапія, за своєю природою, не орієнтована на негайну симптоматичну стабілізацію, а потребує часу для формування переносу, розвитку довіри та поступової символізації досвіду. Автори прямо зазначають, що психоаналітичні підходи потенційно релевантні для пізніших фаз роботи з травмою, зокрема у випадках складної або кумулятивної травматизації, але не представлені в полі досліджень ранніх інтервенцій (Taylor Miller et al., 2021, p. 21).

Наведена клінічна ілюстрація описує випадок роботи із жінкою 41 року із таким сетингом: 2 роки роботи – 1 раз на тиждень, далі – на 2 рази на тиждень. Випадок є композитним.

3.2. Клінічна ілюстрація

Клієнтка В.

На першій зустрічі В. сказала, що дізналася про мене, подивившись мою лекцію і їй сподобалося, як я відповіла комусь із аудиторії, начебто дуже впевнено. До мене в неї були 3 терапевти, 2 з них – чоловіки. Останній терапевт – жінка. Від неї В. пішла тому, що та почала часто переносити сесії, а потім взагалі забула про чергову зустріч.

На моє питання, що її привело до мене, сказала, що боїться своєї агресії. Нещодавно вони сварилися з партнером та клієнтка відчула бажання його вдарити. Щоб стриматися, В. взяла склянку з водою і стала виливати воду на підлогу на очах партнера. Так, за її словами, вона намагалася впоратися із агресією.

На першій зустрічі прозвучала її історія.

В. народилася у Києві, у її 7 років батьки розлучилися. Шлюб був «по зальоту», батько був у мами першим мужчиною. Спочатку у мами були погані стосунки зі свекрухою, вони жили разом із батьками тата, потім мама дізналася про зраду батька. Батько пішов і В. жила деякий час із мамою на зйомній квартирі, пізніше із мамою та бабусею. Тепер у батька інша родина, він

одружився із жінкою, з якою зраджував мамі, у цьому шлюбі народився син, тобто молодший брат клієнтки.

З батьком стосунки складні, він доктор наук, у шкільні роки часто знецінював інтелектуальні здібності В., говорив зневажливо, що математика з неї не вийде, тому треба вступати на гуманітарні науки. В. вступила в університет на природничі науки, надалі захистила дисертацію. Розчарований тим, що В. не народила йому онуків. Нині батько ідеологічно на боці росії, стосунки складні. Іноді підтримує В. матеріально. Із братом, з яким різниця у віці 10 років, В. не спілкується, «він такий же як і батько, грубий, жорстко шуткує».

Мама теж науковиця, на початку 90-х зайнялася бізнесом, дочкою займалася мало, в основному, В. була з бабусею, яку пам'ятає, як теплу та чуйну. Іноді В. ревнувала маму до бабусі, коли спостерігала їхні довгі розмови, у яких не брала участі. Після розлучення мама впала в депресивний стан, занурилася у переживання. Через деякий час, це був підлітковий вік В., у мами з'явився чоловік, теж науковець, але їхні стосунки не склалися.

У 21 рік В. мама пізно ввечері поверталася додому, на неї напали хулігани, ймовірно, з метою пограбування та забили до смерті, били по голові. Тіло виявили тільки вранці, В. вийшла у двір і побачила тіло. В. собі докоряла за те, що не занепокоїлася і не вийшла перевірити, коли мама не поверталася довго додому, В. тієї ночі була вдома. Вбивць знайшли і засудили на тривалі терміни, до часу початку терапії вони повинні були вийти на волю. Мамі було 46 років. Коли В. розповідала про смерть мами, я, уточнюючи, назвала цю подію вбивством, В. здивувалась – до мене ніхто з терапевтів так прямо з нею не говорив про смерть мами. «Ви так сміливо пішли в цю тему». В. розплакалася.

Після закінчення аспірантури, В. декілька років працювала в науково-дослідній інституції, потім все занепало, 90-ті. В. пішла отримувати ще одну освіту, після якої стала працювати інструктором з йоги, ким і працює досі.

В. скаржилася на тривожні стани, емоційну нестабільність у стосунках, надмірну чутливість до зміни настрою у партнерки.

Ми домовилися про роботу 1 раз на тиждень.

В. на початку роботи викликала співчуття її історії. В здавалося, що я байдужа і т.д., що я пов'язувала з її стосунком із мамою. В. було важко асоціювати, вона була досить напружена, згодом стало виходити. Вона мене ідеалізувала, часто дякувала, наголошувала, що є результат терапії. В основному вона на сесіях говорила про свої стосунки, які тривали 6 років, жили разом 4 з них.

Розповіді В. були наповнені претензіями, що партнер приділяє їй мало уваги, що у них конфлікти на ґрунті побуту. Іноді її претензії до партнера спантеличували мене – наскільки параноїдно В. була вкрай сконцентрована на собі, будь-яку неувагу сприймала як щось зловмисне, миттєво ображалася.

В. систематично, кілька разів на тиждень, вживала алкоголь, пляшку вина за вечір. Це її бентежило, вона розуміла, що таким чином заспокоюється. Був досвід прийому антидепресантів за 2 роки до приходу у терапію.

За перші півтора року вдалося почати опрацьовувати стосунки з мамою, В. ясніше побачила, що були й теплі моменти у стосунках, усвідомила свою злість на матір за її відсутність. Пригадала епізод, коли у Чорнобильській рік вони усі 3 літніх місяці разом були на морі. Почала тепліше спілкуватися з татом. Але тема втрати мами викликала сильний біль, В. не могла довго підійти до цієї теми, говорила про марність спроб будь-що пропрацювати.

Часто В., приходячі на сесії після навчальних заходів, була дуже збуджена, обурена чимось, що відбувалося на тих навчаннях, я задавала мені питання, на які я починала відповідати, і це виглядало, як психоедукація: «Ви можете бути настільки занепокоєні тому, що у вашому навчанні немає чітких часових меж, це підвищує тривогу». Клієнтка заспокоювалася, і з часом почала цим користуватися навмисно, поки я не помітила, що легко «ведуся» на ці провокації і вступаю в інтелектуальні дискусії. Ми обговорювали це, В. казала, що дуже вдячна мені за те, що я пояснюю їй причини її станів. Можливо, ці відігрування для нас означали об'єднання проти «злого світу» і відчуття себе хорошими.

Ми почали говорити про збільшення частоти до 2 разів на тиждень, В. погоджувалася із тим, що зустрічі 1 раз на тиждень мають обмежений вплив.

Через 1 рік після початку терапії я запропонувала лягти на кушетку, це вплинуло заспокійливо, В. більше розслабилася, стало відчутно, наскільки вона була напружена, коли ми працювали лицем до лица, тривожилася про те, що і як вона говорить.

На цьому етапі стали проявлятися коливання настрою В. від сесії до сесії. І, В. дивувалася, наскільки стан радикально змінюється і вона на рівні відчуттів не пам'ятає на наступній сесії, як переживала неймовірний смуток на попередній. «Куди ті почуття зникають?» Вона стала помічати цю амплітуду.

На третьому році роботи ми перейшли на 2 рази на тиждень. Через нетривалий час у мене в контрпереносі стали відбуватися відігравання. Наприклад, я почала забувати про зустрічі, кілька разів згадувала в останній момент, потім переплутала день тижня, ми з В. працювали в зумі, і в її час я чекала дзвінка по Скайпу від іншої клієнтки. Ці забування обурили клієнтку: «Як взагалі можна забути?» Тим не менш, динаміка у В. стала інтенсивнішою, вона змогла бачити свої «дитячі» вимоги до партнера, неможливість витримувати триангуляцію.

Конфлікти з партнером загострилися, В. подумувала про розставання, але не наважувалася. Вони звернулися до парного терапевта, що допомогло В. повному подивитися на ці стосунки та зрозуміти, наскільки вони з самого початку були нездорові. «Він завжди був, як моя мама – холодний, але тоді мені це майже подобалося. Я відчувала себе гіршою».

Разом з тим, В. почала нападати на мене – наприклад, коли я сказала, що при серйозному погіршенні в Києві, можливо, поїду з України, В. мені дорікала, що я її обдурила, сказала, що повертаюся, а сама он як. Сказала, що робота онлайн її не влаштовує і, якщо я поїду, вона перерве терапію. Коливання настрою, які притаманні В., посилювалися, вона могла на одній сесії говорити про думки про самогубство, на наступній – знову мені дорікати, що я байдужа, далі робити репараційні жести та говорити, що вона мені дуже вдячна.

В. одного разу відмовилася від онлайн сесії, коли я захворіла. Пізніше ми обговорювали ситуацію і вирішили, що зустрічаємось лише офлайн. Ще кілька

сесій В. мене звинувачувала у нерозумінні. Пізніше пом'якшала. Робота із парним терапевтом продовжувалася, вона розширила розуміння їх обох щодо їхнього внеску у відносини. В. стало очевидним, як партнер ігнорує її потреби. Вони ще більше віддалилися, роз'їхалися різними кімнатами.

Далі у терапії інтенсифікувалася ідеалізація мене – все, що я кажу, В. приймала із захопленням. В. плакала, сподівалася на відновлення стосунків із партнером, не хотіла приймати реальність. В. була у розпачі, але на пряму розмову із партнером не йшла. Поступово вона прийшла до рішення, що повернеться до своєї квартири – і почала робити ремонт. Паралельно захопилася облаштуванням дачі. В. облаштовувала ділянку, саджала дерева і т.д. Ця робота приносила радість, В. стала ближче з батьком.

В той же час, В. ніби створювала перехідний об'єкт, таким чином: «Я посадила ялинку, назвала її вашим ім'ям. Подивимося, чи вона виживе». Пізніше сказала, що ялинка не вижила. В цьому я бачила спроби «закріпитися» у терапії і у нашому стосунку. І, в той же час, несвідоме програвання втрати, знов і знов.

На кушетці у мене лежали дві подушки, велика і маленька. В. почала виражати невдоволення маленькою подушкою, вона їй заважала, В. її відкладала. Пізніше почала періодично її тримати в руках під час сесії. Поки, в решті решт, одного разу не лягла на кушетку, потім зазначила, що навіть не звернула увагу на подушку.

У цей час С. практично перестала пити алкоголь.

В. болісно переживала розлучення і роз'їзд із партнером. В той же час, коли В. робила ремонт, розбирала мамині речі, які лежали запаковані всі роки після маминої смерті. Історія доповнилася переживанням щодо маминих прикрас – після вбивства, у морзі В. віддали пакетик, в якому лежали прикраси. І наступні 20 років, до 3 року терапії, цей пакет зберігався недоторканим вдома в клієнтки.

- «Я їх викину. Не буду відкривати той пакет.

- Чому?, - уточнила я.

- Я не зможу їх носити.»

На наступну сесію В. прийшла, вдягнувши мамину обручку із того пакету. «Я і забула, які в мами були тонкі пальці».

Також вдома зберігалася картина, яку мамі подарував відомий український художник. В. після ремонту повісила її на стіну і дивувалася, яка вона гарна і чому вона стільки років тримала її десь подалі.

Наведу уривок з сесії того періоду роботи.

«-Я знову розбирала речі, і знайшла келихи, які все життя стояли в серванті, ними ніхто ніколи не користувався, навіть на свята. Я взяла келих, помила і налила в нього просеко. Сиділа і пила просеко. Він на такій довгій, довгій ніжці, дуже довгій і круглої форми. Я вирішила, що це келих для шампанського.

А. – Схоже, з'явилася річ, яка довгі роки була гарною, але марною, а тепер нею можна користуватися.

К. – (трохи подумавши) – Так, цей келих – це я. У мене можна щось налити. Але тепер я боюся, що це задоволення може зламатися. (Згадує поїздку до Криму). Це було ще до окупації, ми домовилися з подругами провести там відпустку. Ви були у Криму?

А. – Ви сьогодні цікавитеся, чи маємо схожий досвід? І чи можу я вас зрозуміти?

К. – Ну, так. Якщо ви знаєте, як там і що, то легше описати. Я приїхала раніше за всіх і пішла плавати. І, на радощах, так пірнала, що зламала шию. Вночі в мене почала боліти шия і я зібрала речі і поїхала додому. Нічого страшного, я ходила якийсь час у ошийнику.»

Згодом пригадалося, що В. досить часто їздила із мамою в поїздки, під час яких починала хворіти і мама була змушена її відправляти додому. Також, час від часу, і на сесії В. приходила після тренування із болем у спині або після падіння з велосипеда. Я почала помічати, що знов забуваю про сесії або плутаю час і думала про наші спільні спроби таким чином збільшити дистанцію - В. не витримувала задоволення або інтенсифікації стосунку і робила собі «травми» для сповільнення. Я, в свою чергу, ризикувала не прийти на сесію.

Також звучав жаль та роздуми із приводу того, що мама, можливо, не хотіла дитину, коли завагітніла у молодому віці.

У цей період ми перейшли з В. на українську мову. «Я більше ні з ким, крім вас, російською не говорю». Пізніше зауважила, що все ж таки говорить російською із батьком.

Час від часу В. покусувала мене з приводу того, що я не читала певну літературу, вона часто наводила аналогії з цих авторфі, і засмучувалася, що я їх не знаю. «Ну, якщо ви не читали, як з вами про це говорити?». Я питала, навіщо їй, щоб я читала ці книжки, вона «Я б хотіла, щоб якщо я говорю цитату, ви її продовжували». В цьому проявлялося її невизнання відмінностей, фантазія про нас, як схожих.

У цей час я переїхала у новий офіс, В. сприйняла це зі злістю, він був далі від метро, на відміну від попереднього, В. говорила, що їй це дуже незручно. Через якийсь час В. згадала, як у дитинстві їхала у трамваї одна і дуже гостро відчувала самотність. Маршрут того трамваю у часи дитинства В. проходив якраз повз мій новий офіс. Тема самотності, горювання після втрат стала і гучнішою, і водночас, більш виносимою на сесіях.

У В. з'явилися нові стосунки. В. багато говорила про них, який партнер незрілий, прилипає і т.д. Потім стосунки почали розвиватися, В. одного сказала, що відчуває у цих стосунках себе як свій колишній – недоступною, холодною та вимогливою, а партнера недостатньо дорослим. У цей період В. починає помічати в собі батьківську частину, обезцінюючу, зневажливу.

В цей час В. зближується із батьком, як я вже згадувала, батько прихильник росії, через це його син, брат клієнтки, припинив спілкування із батьком. Батько був засмучений, говорив В. про розчарування, що він так хотів бути дідом, а ні брат, ні вона не дали йому такої можливості. В той же час, у цих розмовах батько міг дорікнути В., що вона товста і зауважити: «Мені ніколи не подобалися товсті жінки».

Одного разу В. принесла сновидіння: «Я і батько в якійсь незнайомій квартирі, ми обмінюємося білизною. І тут приходять якісь молодики і починають

нас бити, ми відбиваємося, вони досить агресивні». Асоціації привели В. до згадки, як їхала у поїзді із батьком, років у 10 і він, сидячі і читаючи журнал, забувши про її присутність, здійснював певні дії зі своїм статевим органом. Свої відчуття при цій сцені В. описала, як збудження і відразу. Я запитала її, що можливо коли ми ведемо т.з. «теоретичні розмови» вона і зі мною так себе почуває, ніби в цей момент я забуваю про її присутність. В. погодилася. Згодом це переживання доповнилось ще відчуттям «Це як із мамою, коли в неї з'явився той мужчина. Він був дуже розумний, і я ревнувала маму, я повинна бути така ж розумна, як він, щоб мама мене полюбила. Але в мене нічого не вийшло. Я після цього я маму «вбила». Я перестала їй показувати свою любов.»

В цей період перенесення проявлялося як «Дивне відчуття, коли йдеш до кушетки. Підлегле положення якесь». Досліджуючи це відчуття, дійшли висновку, що В. важко дається переживання пасивної позиції. Довгий час В. було важко у сексуальному житті допускати пасивність, і у кабінеті вона відчула, що лежачі на кушетці відчуває себе незахищеною від мого «проникнення». Асоціації на проникнення завжди приводили її до сцени із батьком у потязі. В. згадала, що має сексуальні фантазії, пов'язані із потягами.

Я час від часу звертала увагу, як на сесіях В. говорить про відчуття, що їй страшно відкриватися, а що, якщо вона лишиться сама із своїми переживаннями. Я говорила їй про те, наскільки важко відчуті мою присутність. І, треба відмітити, що іноді, після моєї інтерпретації, В. вимовляла, ніби уточнююче, «П...», я питала, що це значить, вона відповідала, що мої слова звучать сухо, формально, ніби я роблю щось механістичне. А, іноді після моєї інтервенції, вона могла сказати «А це було добре». Я питала, чим відрізняється відчуття, вона казала, що в ці слова я ніби вклала почуття. Я, розмірковуючи, розумію це як відчуття і не-відчуття задоволення від контакту зі мною. Іноді, коли я ставила уточнюючі питання, вона могла роздратовано прокоментувати «Здається, вам треба перечитати мій випадок», маючи на увазі, що я забула щось або переплутала. В. говорила про те, що хоче, щоб у нас із нею був схожий досвід, тоді вона б точно знала, що я її зрозумію.

Наведу фрагмент сесії.

«К. – У вас тепло (лягає на кушетку). Думала... Про те, наскільки я граю тут перед вами розумничку. Читала цей дурацький текст вчора, який я не зрозуміла, навіщо читати, як він може бути мені корисний, я знайшла той текст, який ви згадали, але перш, ніж я знайшла, попала на статтю свого колишнього, ще 5 років назад він написав текст, який мені не видається складним, але я так не можу й досі, наче я знаю, ті речі, про які він писав. Я тоді подумала, що коли я була б іншої професії, і мені здавалося, що я посередність, зараз я докладаю зусиль, читаю, вчуся. Я подумала, може я собі придумала, може я посередність?»

А. – Минулого разу, коли я згадала статтю, відбулося те, що іноді між нами відбувається – я стала умна, а ви говорите тепер, що ви посередність

К. – Це не те, що ви стали умна, а це мені, щоб бути з вами, треба бути дуже умною.

А. – Як із батьком.

К. – Найсильніше – коли в мами з'явився чоловік, ця ревність, що мені потрібно стати, як він, щоб бути їй цікавою. Це складний букет, я, мабуть, це розумію. Але, потім ще клієнтка проспала тренування, прийшла просто поговорить. Спостерігала, як я борюся із бажанням бути для неї розумною. І, я із вами майже про це не говорю, що я відчуваю після обстрілів. З вами уникаю, з іншими не можу.

А. – Про почуття страху, безпомічності?

К. – Ні, під час обстрілів я прокидаюся, в мене викид адреналіну, я відчуваю ейфорію життя, як я можу комусь про це сказати, а потім, коли є прильоти, я відчуваю страшний біль, що коли його натягнути, наче прилетіло не по місту, а по мені. Біль то я і уникаю помічати. Я це фізично відчуваю, зливаюсь із простором, наче це розриває мене.

А. – І це може переживатися із безпорадністю. Ви говорите, що уникаєте

К. – Я не відчуваю безпорадності. Хоча, може дійсно, можливо я не хочу бути безпорадною тут, бо, можу не відчувати вас поруч, лишуся сама з цим, як завжди, краще показати, що я справляюся. Але я справляюся (посміхається),

А. – А якщо повернутися до цього відчуття ейфорії?

К. – Мабуть, десь так я уявляю дефібрилятор.

А. – Який оживляє?

К. – Угу (пауза) Відчуття, коли я його прослухаю курс, я відчую свої обмеження, і як далі жити? Тоді нашо, чи буде сенс? Ти мусиш визнати, що є речі, які для тебе неможливі

А. – Яка асоціація із неможливі?

К. – Одна психологиня, що вона прожила щасливе життя, і померла оточена родиною так десь як дружина Ірвіна Ялома, готовою померти (пауза). І що нам дає ця перша асоціація?

А. – Я думаю, ви знаєте, що ви зараз відчуваєте

К- Я відчуваю ненависть до вас, за те, що ви ніколи не станете тим, хто мені потрібен

А. – У цьому моє обмеження

К. – (пауза), здається, що у праві на ненависть мені завжди відмовляли. Як це можна практикувати, якщо раніше так ніколи не робив.

А. – Коли вам забороняли ненависть, це відчувалося, як те, що мама не виживе.

К. – Для мені залишиться загадкою, чому я ніколи не говорила, не протестувала. Наскільки рано це все зламалося. (пауза) Стримує сльози. Батьки в мене розумні, і скільки ви б мені не розказували про мої 3 освіти і науковий ступінь, я вважаю, що нічого не досягла.

А. – Те саме ви можете відчувати у стосунку зі мною. Якщо не стати такою, то іншого місця не знайти.

К. – Я розумію, чому ви так кажете, ви колись мені вже дозволили бути глупою, я повірила, роки 4 назад, ви сказали, що я в житті умна, а тут можна не намагатися. Я вже забула, що ви мені сказали тільки що, начисто, а, що мені не буде місця. У вас не змінюються стосунки із пам'яттю з віком? Я відчуваю, ніби відкриваю один стелаж, 2 стелаж, відкриваю книгу і читаю, здається, я можу

дістати будь-що з цієї полицки, згадує, яке було світло на тій сесії. (розповідає, що шукає новий ідеал, розуміє, що все не такі)

А. – Тато всередині

К. – О боже, як цього позбутися?

А. – Потрібен новий досвід, і ми цим займаємося, але є обмеження

К. – Я ненавиджу батьків за те, що мені доводиться це робити просто для того, щоб жити. Жахливо, що найкраще, що зі мною відбувалося, відбувається тут

А. – Зворушливо, як ви мені говорите про вдячність

К. – Вибачте за форму, але я знаю, що я говорю про цінність і вдячність. Не знаю, чи ви насправді зворушені.

А. – Про що ви не наважуєтесь мені сказати?

К. – Я не кажу те, що я відчуваю до вас. І не скажу.

А. – Можливо, це не говорити, щоб не лишитися із відчуттям моєї відсутності.

К. – Уже скільки років пройшло, а я все ще в це не вірю.»

3.3. Обговорення випадку

У наведеному випадку пацієнтка пережила декілька травматичних подій – розлучення батьків у 7 років, сексуальне зваблення збоку батька у 11 років, смерть матері у свої 21 рік. Її симптоматика при цьому включала негативну Я-концепцію: відчуття себе поганою, недостойною, гіршою, депресивні симптоми, емоційну нестабільність у близьких стосунках. Знадобилося близько 2 років для того, щоб створити безпечний простір, побудувати достатньо надійний робочий альянс, щоб процес горювання за втратою матері став можливим.

Ця клієнтка – з високим інтелектуальним рівнем, кількома освітами та науковим ступенем. Вона вернулася у психоаналітичну психотерапію зі скаргами на: страх власної агресії; емоційну нестабільність; тривожні стани;

інтенсивні та конфліктні близькі стосунки; надмірну чутливість до змін настрою партнера; труднощі витримування фрустрації, дистанції та розлуки.

Сетинг поступово інтенсифікувався (з 1 до 2 сесій на тиждень, перехід на кушетку), що дозволило виявити глибші рівні психічної організації та регресивні процеси.

Наведу ще кілька важливих аспектів. Мати клієнтки - емоційно недоступна, зайнята кар'єрою, депресивна після розлучення. Важливою стала значуща фігура бабусі як теплої, підтримуючого об'єкта, що, ймовірно, частково компенсувала материнську відсутність. Клієнтка отримала досвід ранньої амбівалентності: любов, ревності, злість, почуття виключеності. Катастрофічна втрата матері у 21 рік внаслідок вбивства – спричинила травматичний досвід горювання, яке залишалося непропрацьованим понад 20 років. Можна припустити також формування почуття провини («я не вийшла перевірити», «я її “вбила”, переставши любити») та заборону на агресію до значущого об'єкта через страх його остаточно втратити.

Батько клієнтки - знецінюючий, холодний, інтелектуально домінуючий. Інцестуозна сцена в поїзді - травма меж, збудження й відраза, що не були символізовані та інтегровані. Батьківський об'єкт інтеріоризується як критичний, знецінюючий внутрішній голос, який активується у стосунках, терапії та професійній ідентичності.

Клінічна картина відповідає межовому рівню організації особистості з такими характеристиками: афективна нестабільність; розщеплення об'єктів (ідеалізація та знецінення); труднощі інтеграції амбівалентних почуттів; страх покинутості; примітивні захисні механізми поряд із високим рівнем інтелектуалізації.

Захисні механізми, які використовувалися найчастіше - розщеплення (я/інший як «ідеальний» або «жорстокий»); проєктивна ідентифікація (відігравання забувань у терапевта); інтелектуалізація та раціоналізація; соматизація та тілесні «травми» як спосіб регуляції надмірного збудження; відреагування (алкоголь, агресивні імпульси).

У терапії поступово актуалізувалися різні фігури перенесення: терапевт як ідеалізований добрий об'єкт (ранній етап); терапевт як холодна, байдужа мати; терапевт як знецінюючий батьківський об'єкт; терапевт як об'єкт, що зраджує / зникає (онлайн-сесії, можливий від'їзд). Характерною була неможливість витримувати тріангуляцію та окремішність іншого.

У контрперенесенні відбувалися: забування сесій, плутанина в часі - як несвідоме відігрування раннього досвіду покинутості; втягування у психоедукаційні, інтелектуальні діалоги – співучасть у захисті від афекту; напруга, відчуття «під пильним поглядом» – відлуння інцестуозної динаміки та труднощів клієнтки з пасивною позицією.

Непрожите горювання за матір'ю та травматичний досвід призводять до фрагментації афекту; унеможлиблюють переживання безпорадності; трансформуються в ейфорію під час обстрілів (адреналін як «дефібрилятор»); реалізуються через тілесні симптоми та «нещасні випадки». Агресія при цьому тривалий час витіснялася; спрямовувалася на себе; маскувалася під інтелектуальні зусилля та «самовдосконалення». У терапії з'являється можливість усвідомлювати ненависть, не руйнуючи об'єкт.

Важливі маркери терапевтичного процесу: подушка на кушетці; посаджене дерево з ім'ям терапевта; мамині прикраси, картина; келих як символ «корисного Я»; ремонт квартири та робота з речами матері. Ці елементи свідчать про формування перехідного простору; можливість утримувати втрату без повного розпаду; поступову інтеграцію внутрішніх об'єктів.

До зміни в ідентичності та терапевтичних результатів тут можна віднести: зменшення алкоголізації; зростання здатності до рефлексії; диференціація власних і батьківських частин; вихід із деструктивних стосунків; наближення до реального горювання; поява здатності витримувати амбівалентність. Водночас ще зберігається: страх залежності; болісне переживання обмежень; напруга навколо сепарації та автономії.

Клінічний випадок В. демонструє складну взаємодію травматичного горювання, порушених об'єктних відносин, інцестуозної травми та пограничної

організації особистості. Психоаналітична психотерапія в інтенсивному сетингу створила можливість для: символізації досвіду; інтеграції агресії; формування більш цілісної ідентичності; поступового переходу від відігрування до переживання і осмислення.

Робота залишається актуальною та відкритою, оскільки центральними залишаються теми втрати, обмеження, ненависті та здатності бути у стосунку без злиття і знецінення.

Висновки до Розділу 3.

У третьому розділі кваліфікаційної роботи здійснено аналіз особливостей змін в ідентичності жінки внаслідок травматичного досвіду на матеріалі клінічної ілюстрації з психотерапевтичної практики. Використання клінічного випадку дозволило поглибити розуміння тих психологічних процесів, які були теоретично обґрунтовані у попередніх розділах, та продемонструвати їхню реалізацію на індивідуальному рівні.

Показано, що травматичний досвід відображається не лише у симптоматичних проявах, а й у глибинних змінах способу переживання себе, інших і світу. У клінічному матеріалі простежуються порушення цілісності ідентичності, які проявляються у фрагментації життєвого наративу, нестабільності самосприйняття, труднощах інтеграції травматичних переживань та суперечливості соціальних ролей. Ідентичність клієнтки зазнає трансформацій, що супроводжуються втратою відчуття безперервності Я та підвищеною вразливістю до міжособистісних впливів.

Аналіз психотерапевтичного процесу засвідчив, що травматичний досвід ускладнює здатність до символізації та вербалізації переживань, що підтримує дезінтеграцію Я та повторюваність травматичних реакцій. Водночас психотерапевтичний сетинг створює умови для поступового відновлення внутрішньої узгодженості, формування безпечного простору для рефлексії та наративного осмислення досвіду. У процесі терапії відбувається поетапне

відновлення зв'язку між афективними, когнітивними та наративними компонентами ідентичності.

Клінічний випадок, наочно підтвердив та поглибив результати емпіричного дослідження щодо впливу травматичного досвіду на ідентичність жінки. Аналіз психотерапевтичної роботи дозволив простежити, яким чином виявлені на кількісному рівні закономірності функціонують у живому психологічному досвіді конкретної особистості.

Клінічний матеріал переконливо засвідчив, що негативна Я-концепція, сформована внаслідок травматичного досвіду, безпосередньо впливає на зниження рівня залученого життя. У переживаннях клієнтки простежувалися стійкі негативні уявлення про себе, відчуття дефектності, сумнів у власній цінності та праві на активну життєву позицію. Такі самосприйняття супроводжувалися зниженням ініціативності, емоційним відстороненням від значущих сфер життя та обмеженням участі у діяльностях, що раніше мали суб'єктивну цінність. Це узгоджується з результатами емпіричного дослідження, які показали зв'язок негативної Я-концепції з низьким рівнем залученості, ослабленням інтересу до життя та зниженням переживання життєвої наповненості.

Водночас клінічний випадок підтвердив, що переживання відчуженості — як від власних емоцій, так і від інших людей — є ключовим чинником порушення процесів життєздійснення. У психотерапевтичній роботі було виявлено, що відчуженість проявлялася у труднощах формування довготривалих цілей, нестійкості життєвих планів, фрагментації життєвого наративу та втраті відчуття авторства власного життя. Клієнтка переживала власне життя радше як низку вимушених реакцій на зовнішні обставини, ніж як результат свідомого вибору та самореалізації. Це підтверджує емпіричні дані другого розділу, згідно з якими високий рівень відчуженості асоціюється зі зниженням здатності до життєздійснення та ослабленням суб'єктивного відчуття життєвої реалізованості.

Особливу цінність клінічного випадку становить можливість простежити динамічний зв'язок між негативною Я-концепцією, відчуженістю та порушенням ідентичності. Виявлено, що негативне самосприйняття та відчуженість не функціонують ізольовано, а взаємно підсилюють одне одного, створюючи замкнене коло, у межах якого знижується життєва активність, звужуються смислові горизонти та ускладнюється процес інтеграції травматичного досвіду. Саме ця взаємодія пояснює, чому травматичний досвід має довготривалий вплив не лише на психологічний стан, а й на траєкторію особистісного розвитку.

Клінічна ілюстрація підтвердила, що зміни в ідентичності жінки після травми мають динамічний характер і можуть включати як дезадаптивні, так і трансформаційні тенденції.

Отже, результати аналізу клінічного випадку підтверджують ключове положення роботи про те, що ідентичність є однією з найбільш уразливих психологічних структур у ситуації травматичного досвіду. Водночас вона виступає центральним ресурсом психологічного відновлення, оскільки саме через реконструкцію ідентичності можливе інтегрування травми в життєвий наратив і подальший особистісний розвиток. Це підкреслює значущість психотерапевтичної роботи, спрямованої не лише на редукцію симптомів, а й на відновлення цілісності Я та підтримку процесів трансформації ідентичності.

ВИСНОВКИ

У цій кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей ідентичності жінок, які пережили травматичну подію. Актуальність обраної теми зумовлена зростанням поширеності травматичного досвіду серед жінок в умовах воєнних і соціальних криз, а також необхідністю глибшого розуміння психологічних механізмів адаптації, дезадаптації та відновлення після травми.

У ході теоретичного аналізу встановлено, що особистісна ідентичність є багатовимірним, динамічним психологічним утворенням, яке формується у процесі соціальної взаємодії, нарративного осмислення досвіду та інтеграції життєвих подій у цілісну структуру Я. Ідентичність включає особистісні, соціальні, професійні, гендерні, культурні та національні компоненти, що перебувають у постійній взаємодії та забезпечують відчуття цілісності, безперервності й смислової впорядкованості життєвого шляху.

Показано, що кризові та травматичні події є потужними чинниками дестабілізації ідентичності. В умовах травматичного досвіду криза ідентичності виходить за межі нормативних вікових або ситуаційних труднощів і може набувати стійкого дезадаптивного характеру, проявляючись у фрагментації Я, порушенні часової перспективи, втраті життєвих смислів, зниженні здатності до саморегуляції та інтеграції досвіду. Теоретичний аналіз сучасних психодинамічних, соціально-психологічних, феноменологічних і нарративних підходів підтвердив, що порушення ідентичності є центральною психологічною ланкою, яка поєднує травматичний досвід із широким спектром психоемоційних і поведінкових труднощів.

У другому розділі роботи на основі результатів емпіричного дослідження виявлено, що травматична подія виступає потужним чинником трансформації ідентичності жінок, впливаючи на Я-концепцію, ціннісне життя, процеси самовизначення та життєздійснення. Отримані результати підкреслюють необхідність розгляду ідентичності як ключового фокусу психологічної

допомоги жінкам, які пережили травматичний досвід, та створюють емпіричне підґрунтя для подальшого клінічного аналізу, представленого у третьому розділі роботи.

У третьому розділі на матеріалі клінічної ілюстрації з психотерапевтичної роботи продемонстровано, що травматичний досвід відображається не лише у симптоматиці, а й у глибинних змінах способу переживання себе, інших і світу. Клінічний випадок підтвердив, що порушення ідентичності проявляються у фрагментації життєвого наративу, амбівалентності самосприйняття, труднощах інтеграції травматичних переживань та нестабільності соціальних ролей. Водночас психотерапевтичний процес створює умови для поступового відновлення безперервності Я, переосмислення травматичного досвіду та реконструкції ідентичності.

Узагальнення результатів теоретичного аналізу, емпіричного дослідження та клінічної ілюстрації дозволяє дійти висновку, що ідентичність жінок, які пережили травматичну подію, зазнає глибоких змін, які можуть мати як дезадаптивний, так і трансформаційний характер. Травма порушує усталені смислові орієнтири та структуру Я, проте за наявності психологічної підтримки й умов для рефлексії може стати чинником посттравматичного зростання та переосмислення життєвого досвіду.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів у психологічному консультуванні та психотерапевтичній роботі з жінками, які пережили травматичні події, а також у розробці програм психологічної підтримки, спрямованих на відновлення цілісності ідентичності та інтеграцію травматичного досвіду.

Список літератури

1. Alfrey, K. L., Waters, K. M., Condie, M., & Rebar, A. L. (2023). The role of identity in human behavior research: A systematic scoping review. *Identity, 23*(3), 208–223.
2. Ambresin, G., Leuzinger-Bohleber, M., Fischmann, T., Axmacher, N., Hattingen, E., Bansal, R., & Peterson, B. S. (2023). The multi-level outcome study of psychoanalysis for chronically depressed patients with early trauma (MODE): Rationale and design of an international multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 23*(1), 844.
3. Bakaitytė, A., Kaniušonytė, G., Truskauskaitė-Kunevičienė, I., & Žukauskienė, R. (2022). Longitudinal investigation of posttraumatic growth in female survivors of intimate partner violence: The role of event centrality and identity exploration. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(1–2), NP1058–NP1076.
4. Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., & Debbané, M. (2023). *Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT)*. Cambridge University Press.
5. Bogaerts, A., Luyckx, K., Bastiaens, T., Kaufman, E. A., & Claes, L. (2021). Identity impairment as a central dimension in personality pathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 43*, 33–42.
6. Bowlby, J. (1979). The Bowlby–Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences, 2*(4), 637–638.
7. Burke, P. J., & Stets, J. E. (2022). *Identity theory: Revised and expanded*. Oxford University Press.
8. Chiara, G., Romaioli, D., & Contarello, A. (2023). Self-positions and narratives facilitating or hindering posttraumatic growth: A qualitative analysis with migrant women of Nigerian descent survivors of trafficking. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 15*(6), 1041.

9. Chudzicka-Czupała, A., Hapon, N., Chiang, S. K., Żywiołek-Szeja, M., Karamushka, L., Lee, C. T., ... Chen, Y. L. (2023). Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war: A comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*, 13(1), 3602.
10. Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546.
11. Craig, N., Jetten, J., Cruwys, T., & Haslam, C. (2022). Social identity model of traumatic identity change: Observational study.
12. Crespo, M., Hernández-Lloreda, M. J., Hornillos, C., Miguel-Alvaro, A., Sánchez-Ferrer, S., & Antón, A. A. (2024). Evocation of positive memories as complement to trauma-focused cognitive-behavioural therapy for intimate partner violence against women. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2419699.
13. Crocetti, E., Albarello, F., Meeus, W., & Rubini, M. (2023). Identities: A developmental social-psychological perspective. *European Review of Social Psychology*, 34(1), 161–201.
14. Drummond, J. J. (2021). Self-identity and personal identity. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 20(2), 235–247.
15. Elton, V., Leuzinger-Bohleber, M., Schlesinger-Kipp, G., & Pender, V. (Eds.). (2022). *Trauma, flight and migration: Psychoanalytic perspectives*. Taylor & Francis.
16. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
17. Faggioli, I., Esposito, C. M., & Stanghellini, G. (2024). Identity and temporal fragmentation in borderline personality disorder: A systematic review. *Brain Sciences*, 14(12), 1221.
18. Frankova, I., Senyk, O., Avramchuk, O., Leshchuk, I., Rudys, A., Kurapov, A., & Goral, A. (2025). Psychometric properties of the revised Ukrainian version of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) in the context of the Russo-Ukrainian war. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2463186.

19. Galatzer-Levy, R. M. (1997). Psychoanalysis, memory, and trauma. In *Trauma and memory: Clinical and legal controversies* (pp. 138–157).
20. GKINTONI, E., et al. (2024). Clinical efficacy of psychotherapeutic interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and analysis. *Children*, 11(5), 579.
21. Goral, A., Feder-Bubis, P., Lahad, M., Galea, S., O'Rourke, N., & Aharonson-Daniel, L. (2021). Development and validation of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) among adults exposed to ongoing security threats. *PLOS ONE*, 16(5), e0251724.
22. Greenman, P. S., Renzi, A., Monaco, S., Luciani, F., & Di Trani, M. (2024). How does trauma make you sick? The role of attachment in explaining somatic symptoms of survivors of childhood trauma. *Healthcare*, 12(2), 203. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020203>
23. Grinberg, L., & Grinberg, R. (1984). A psychoanalytic study of migration: Its normal and pathological aspects. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32(1), 13–38.
24. Haslam, S. A., Haslam, C., Jetten, J., Cruwys, T., & Dingle, G. A. (2020). Social identity. In *The Wiley encyclopedia of health psychology* (pp. 679–688).
25. Herman, J. L. (2001). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 77–93.
26. Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 340.
27. Jacobson, D., & Mustafa, N. (2019). Social identity map: A reflexivity tool for practicing explicit positionality in critical qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1609406919870075.
28. Jetten, J., Haslam, S. A., Cruwys, T., Greenaway, K. H., Haslam, C., & Steffens, N. K. (2017). Advancing the social identity approach to health and well-being:

Progressing the social cure research agenda. *European Journal of Social Psychology*, 47(7), 789–802.

29. Karimov-Zwienenberg, M., Symphor, W., Peraud, W., & Décamps, G. (2024). Childhood trauma, PTSD/CPTSD and chronic pain: A systematic review. *PLOS ONE*, 19(8), e0309332.

30. Kelly, U., Haywood, T., Segell, E., & Higgins, M. (2021). Trauma-sensitive yoga for post-traumatic stress disorder in women veterans who experienced military sexual trauma. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 27(S1), S-45.

31. Kheirallah, K. A., Al-Zureikat, S. H., Al-Mistarehi, A. H., Alsulaiman, J. W., AlQudah, M., Khassawneh, A. H., & Serlin, I. A. (2022). The association of conflict-related trauma with markers of mental health among Syrian refugee women. *International Journal of Women's Health*, 1251–1266.

32. Koh, E. Y. H., Koh, K. K., Renganathan, Y., & Krishna, L. (2023). Role modelling in professional identity formation: A systematic scoping review. *BMC Medical Education*, 23(1), 194.

33. Kosakowska-Berezecka, N., Bosson, J. K., Jurek, P., et al. (2022). Gendered self-views across 62 countries: A test of competing models. *Social Psychological and Personality Science*.

34. Krakau, L., Ernst, M., Hautzinger, M., Beutel, M. E., & Leuzinger-Bohleber, M. (2024). Childhood trauma and differential response to long-term psychoanalytic versus cognitive-behavioural therapy for chronic depression in adults. *The British Journal of Psychiatry*, 225(4), 446–453.

35. Kroger, J., & Marcia, J. E. (2011). The identity statuses: Origins, meanings, and interpretations. In *Handbook of identity theory and research* (pp. 31–53). Springer.

36. Luzzatto, P., Ndagabwene, A., Fugusa, E., Kimathy, G., Lema, I., & Likindikoki, S. (2022). Trauma treatment through art therapy (TT-AT): A “women and trauma” group in Tanzania. *International Journal of Art Therapy*, 27(1), 36–43.

37. McAdams, D. P. (2013). The psychological self as a story. *American Psychologist*, 68(5), 335–344.

38. Olifer, O. (2022). Identity in analytic philosophy, sociology and psychology: Common and distinctive features. *Actual Problems of Mind*, (23), 266–286.
39. Rock, J., & Sharp, R. (2025). Manifestations of (mis)recognition amongst Germany-based refugee women from Ukraine. *Journal of International Migration and Integration*, 1–19.
40. Roennfeldt, H., Hill, N., Byrne, L., & Hamilton, B. (2024). The anatomy of crisis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), 2416580. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2416580>
41. Sampson, L., Jha, S. C., Roberts, A. L., et al. (2022). Trauma, post-traumatic stress disorder, and treatment among middle-aged and older women in the Nurses' Health Study II. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(5), 588–602.
42. Serdiuk, O., Burlaka, V., Markovska, A., Smith, C., Panok, V., Klochkov, V., & Javanbakht, A. (2025). Trauma exposure and risk of post-traumatic stress disorder among youth and young adults during the Russia–Ukraine war. *Journal of Affective Disorders*, 119944.
43. Snippe, M. H., Peters, G. J. Y., & Kok, G. (2021). The operationalization of self-identity in reasoned action models. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 9(1), 48–69.
44. Schwartz, S. J., Luyckx, K., & Vignoles, V. L. (Eds.). (2011). *Handbook of identity theory and research*. Springer.
45. Stets, J. E., & Burke, P. J. (2024). Advances in identity theory. In *Advances in Group Processes* (Vol. 41, pp. 1–27). Emerald Publishing.
46. Stiles, W. B. (2005). Extending the Assimilation of Problematic Experiences Scale: Commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 85–93.
47. Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*. Cambridge University Press.

48. Taylor, D. (2015). Treatment manuals and the advancement of psychoanalytic knowledge: The treatment manual of the Tavistock Adult Depression Study. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(3), 845–875.
49. Taylor Miller, P. G., Sinclair, M., Gillen, P., et al. (2021). Early psychological interventions for prevention and treatment of PTSD in post-partum women. *PLOS ONE*, 16(11), e0258170.
50. Tedeschi, J. T., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
51. Trompetter, H. R., Ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M., Fledderus, M., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical sample and a chronic pain sample. *Psychological Assessment*, 25(4), 1235.
52. Vallejo-Martin, M., Sanchez Sancha, A., & Canto, J. M. (2021). Refugee women with a history of trauma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4806.
53. van der Hart, O., & Steele, K. (2022). The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. In *Dissociation and the dissociative disorders* (pp. 263–280). Routledge.
54. VandenBos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.
55. Varvin, S. (1998). Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: Integration, symbolization, and mourning. *American Journal of Psychotherapy*, 52(1), 64–71.
56. Varvin, S. (2016). Psychoanalysis with the traumatized patient: Helping to survive extreme experiences and complicated loss. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(2), 73–80.
57. Varvin, S., & Stiles, W. (1999). Emergence of severe traumatic experiences: An assimilation analysis of psychoanalytic therapy with a political refugee. *Psychotherapy Research*, 9(3), 381–404.

58. Viana, B., Machado, R., Stiles, W. B., Salgado, J., Pinheiro, P., & Basto, I. (2021). The assimilation process of problematic experiences and long-term outcomes in psychotherapy for depression: Comparing a relapsed and a non-relapsed case. *Psychological Applications and Trends*, 32.
59. Williams, M., Osman, M., & Hyon, C. (2023). Understanding the psychological impact of oppression using the trauma symptoms of discrimination scale. *Chronic Stress*, 7, 24705470221149511.
60. Васютинський, В. (2024). Психологічні координати українського світу: Монографія. Київ: Талком.
61. Васютинський, В. О. (2006). Психологія національної ідентичності. К.: Главник.
62. Гірна, О. Я. (2010). Психологія ідентичності: концептуальні основи та прикладні аспекти. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка.
63. Глущенко, М. (2025). Психологічний аналіз аспектів Я-концепції в структурі особистості з травмою інцесту. *Psychological Prospects Journal*, (45), 10–23.
64. Гундертайло, Ю. Д., Климчук, В. О., Кляпець, О. Я., та ін.; за ред. Т. М. Титаренко. (2016). Психологія життєтворення особистості в сучасному світі: Монографія. К.: Міленіум.
65. Євграшина, М. (2024). Досвід переживання розлуки та втрати членами сімей, що були розділені через вимушену міграцію. *Український психоаналітичний журнал*, 2(1), 87–95. <https://doi.org/10.32782/upj/2024-1-10>
66. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., & Котух, О. В. (2022). Психологія особистісної та соціальної ідентичності: вітчизняний та зарубіжний досвід.
67. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., Котух, О. В., & Мельник, О. В. (2019). Міжнародний опитувальник травми (ITQ): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР. *Актуальні проблеми психології*, 2(14), 145–161.

68. Когут, О. В. (2018). Соціальна ідентичність особистості: соціально-психологічний аспект. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 5(2), 52–57.
69. Коробка, Л. М. (Ред.). (2019). Спільнота в умовах воєнного конфлікту: психологічні стратегії адаптації. Кропивницький: Імекс-ЛТД.
70. Корольова, Н. Д., & Грозіна, А. А. (2025). Психологічні особливості горювання внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та методи роботи з травматичною втратою. Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія: Психологічні науки, 113–128.
71. Кривоконь, С. М. (2017). Психологічні особливості формування професійної ідентичності студентів (Дис. канд. психол. наук). Одеса.
72. Кузікова, С. Б., Зливков, В. Л., & Лукомська, С. О. (2022). Вікові особливості переживання травм війни: інтегрований підхід. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки», (2), 64–70.
73. Максименко, С. Д. (2002). Генеза здійснення особистості. К.: ТОВ «КММ».
74. Назаров, О. О. (2019). Психологічна допомога ветеранам із посттравматичним стресовим розладом. К.: Академвидав.
75. Привиди минулого: Структурна дисоціація і терапія наслідків хронічної психічної травми. Онно ван дер Гарт, Еллер Р. С. Нейенхеюс, Кеті Стіл.
76. Савченко, О., & Lavrynenko, D. (2024). Шкала залученого життя (ELS): українськомовна адаптація методики та її психометричні властивості. Наукові перспективи, (7), 49.
77. Титаренко, Т. М. (2012). Якість життя у площині психології життєздійснення. К.: Міленіум.
78. Титаренко, Т. М. (2015). Життєвий світ особистості у межі та за межею. К.: Либідь.
79. Чепелева, Н. В. (2011). Психологічні механізми формуванн

ДОДАТКИ

Додаток А

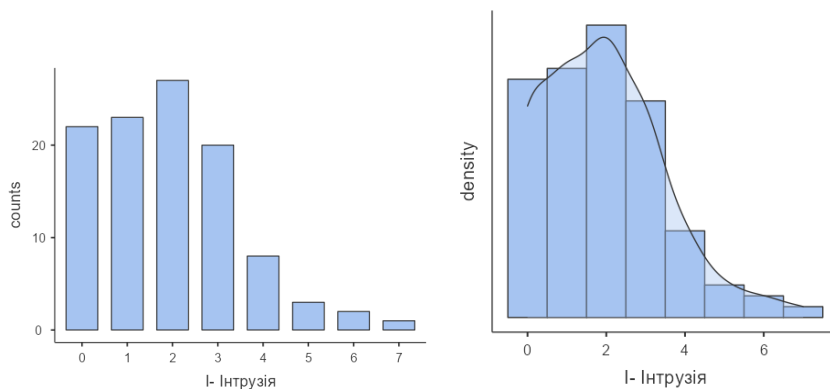
Описова статистика ІТQ

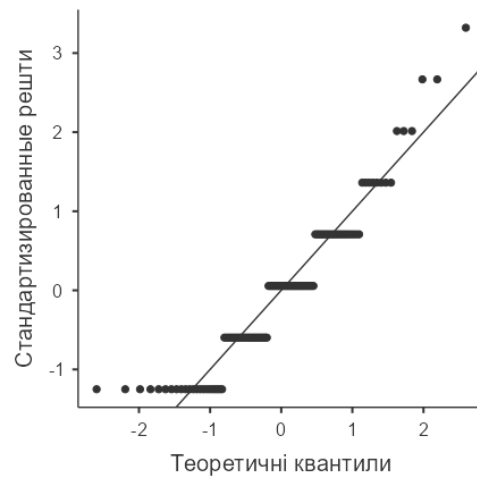
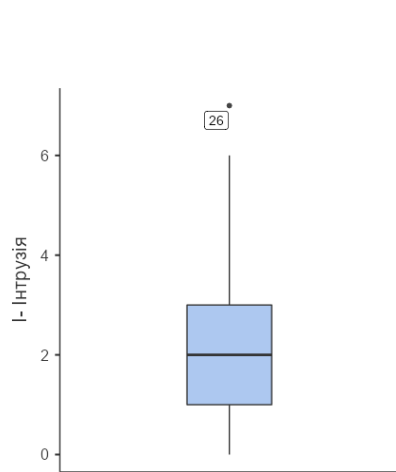
	І - Інтризі я	У - Уніка ння	Г - Гіперп ильніст ь	П - ЕС поруш ення емоцій ної саморе гулячії	Н - Я Негат ивна Я- конце пція	П - С Поруш ення стосун ків	І - TQ P- scale	ІТ - Q P+C scale
N	06	06	06	06	06	06	06	06
С ередні шій	.92	0,01	.80	.16	.98	.42	.73	8.3
С танд. помилк а середні шій	.149	.219	.219	.155	.188	.188	.458	.810
М едиана	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.5
М ода	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	70,0
С ума	03	19	03	35	16	63	25	939
С тандарт не відхиле ння	.53	.25	.26	.60	.94	.93	.72	.34
Д исперс ія	.35	0,08	0,09	.55	.75	.73	2.3	9.5
Д іапазон							1	0
М інімум								
М аксиму м							1	0

А симетрія	.762	.278	00,09 31	.217	.179	.468	.261	.104	
С танд. помилк а асимет рії	.235	.235	.235	.235	.235	.235	.235	.235	
Е кссес	.558	0.82 2	0.918	0.488	0.435	0.426	0.554	0.530	
С танд. помилк а екссесу	.465	.465	.465	.465	.465	.465	.465	.465	
2 5й процен тиль	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,0	
5 0й процен тиль	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.5	
7 5й процен тиль	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	.75	20,0	40,0	
а Існує понад одної моди, повідомляє тільки о першій									

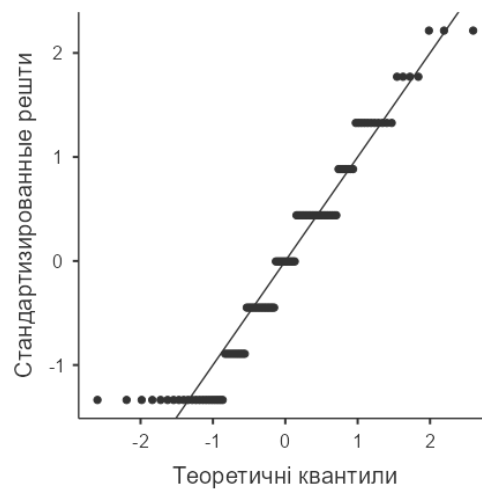
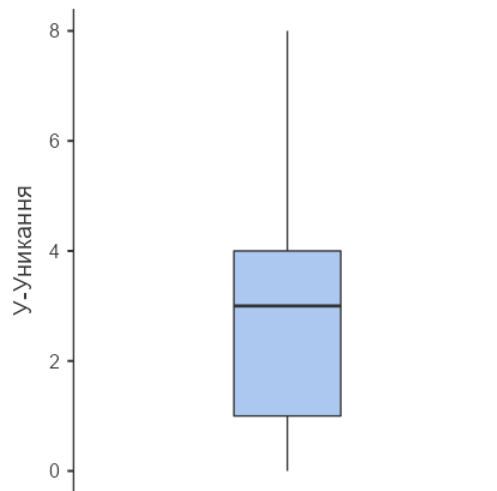
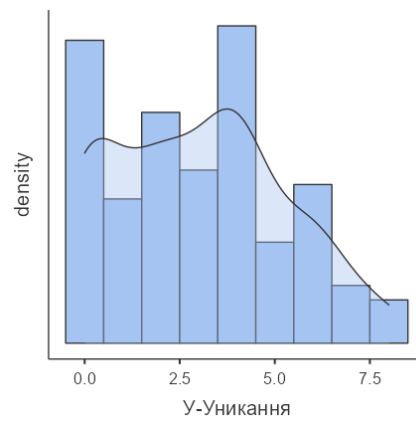
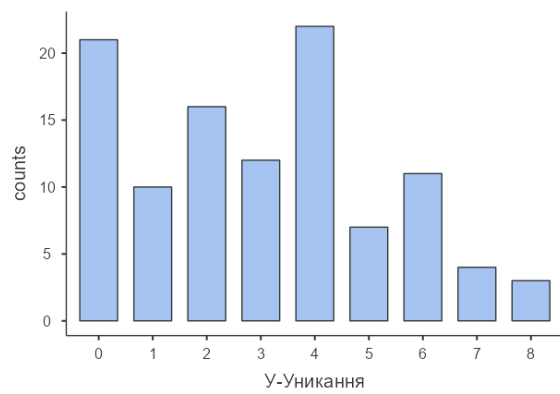
Графіки

I- Інтрюзія

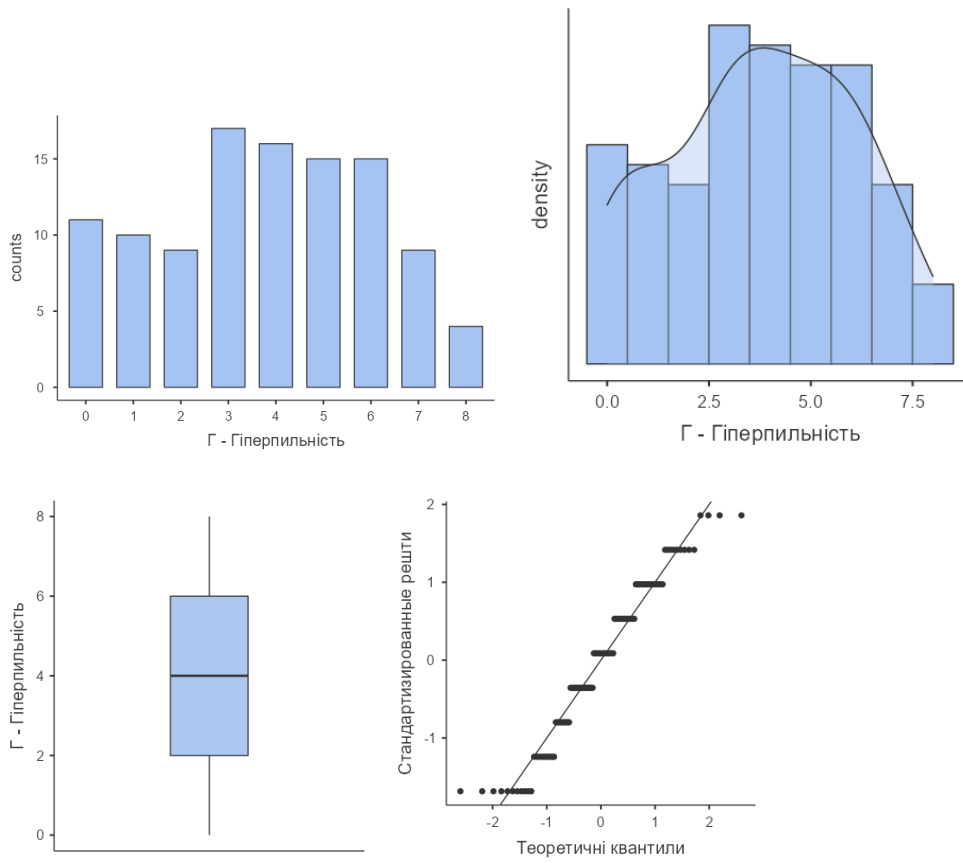




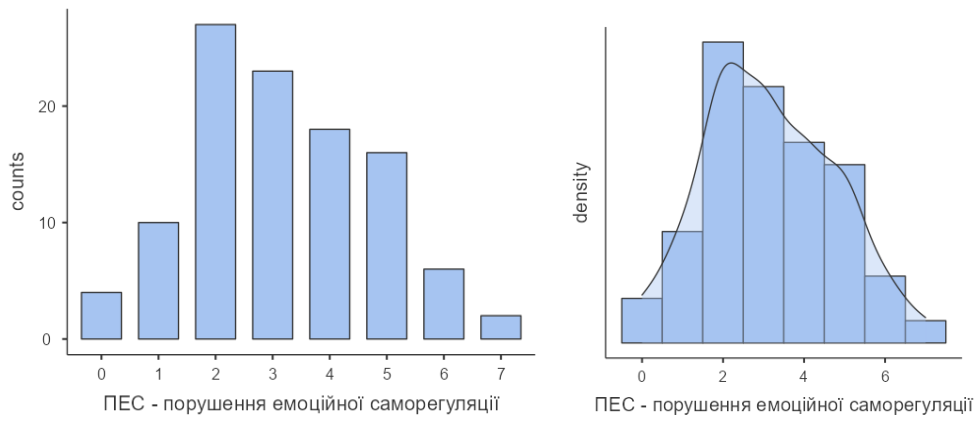
У-Уникання

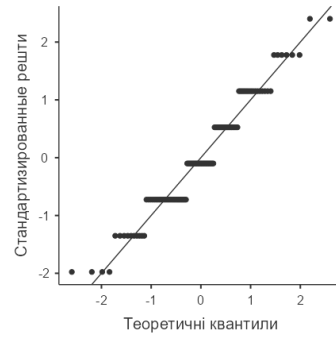
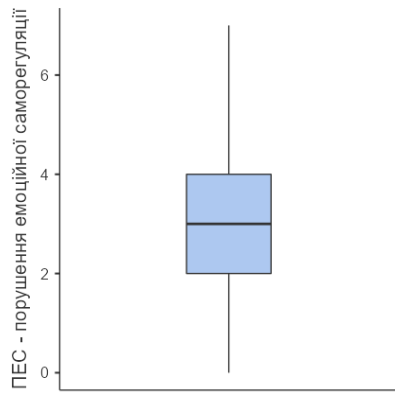


Г - Гіперпильність

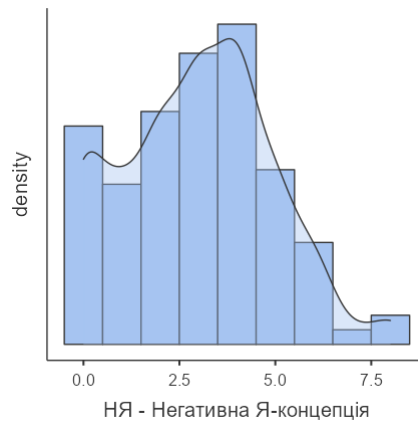
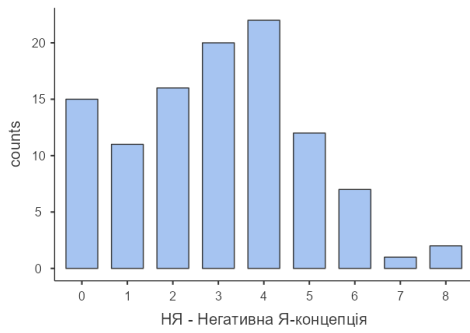


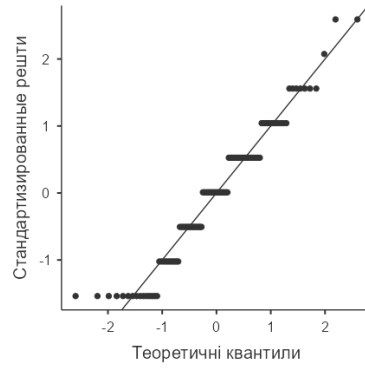
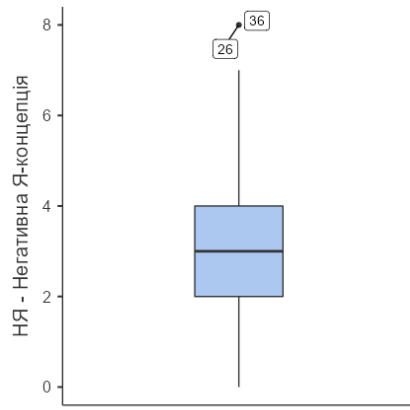
ПЕС - порушення емоційної саморегуляції



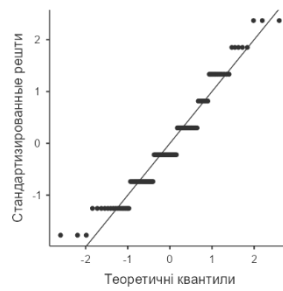
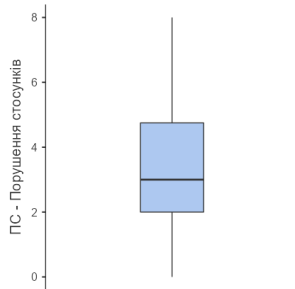
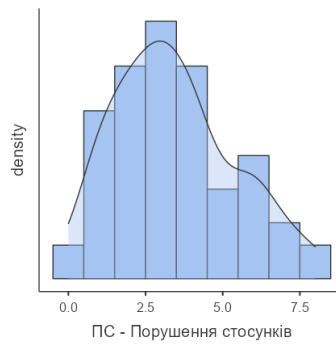
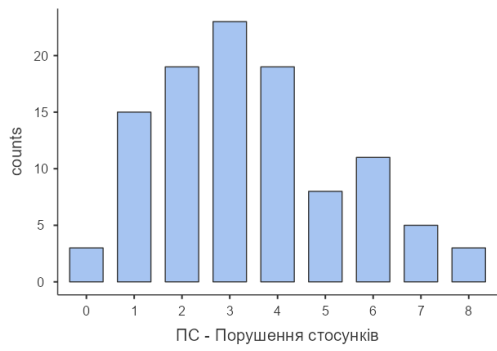


НЯ - Негативна Я-концепція

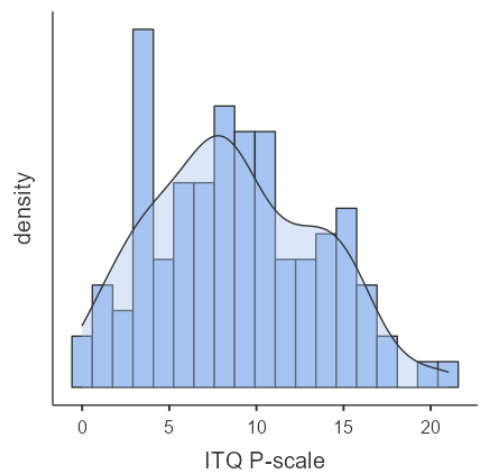
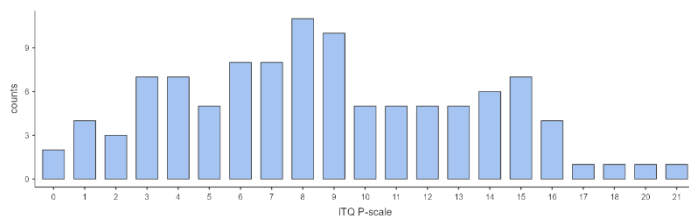


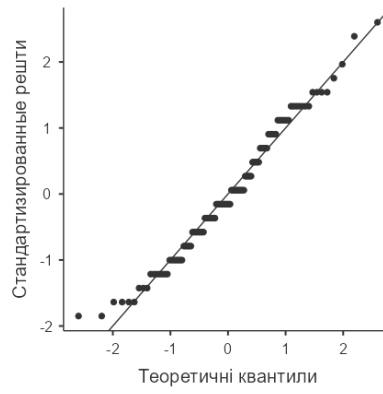
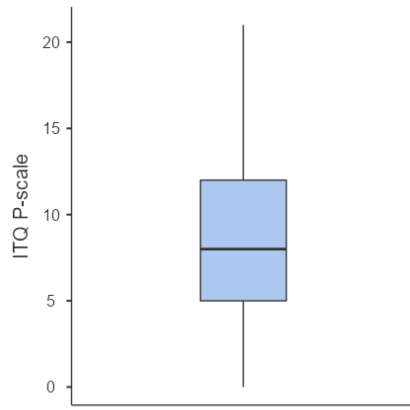


ПС - Порушення стосунків

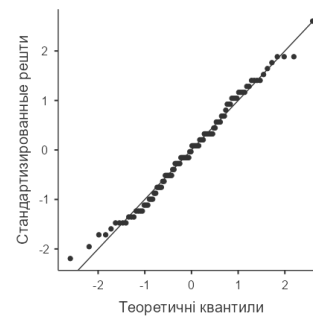
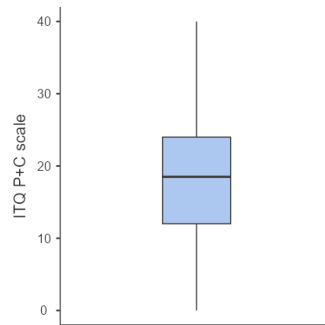
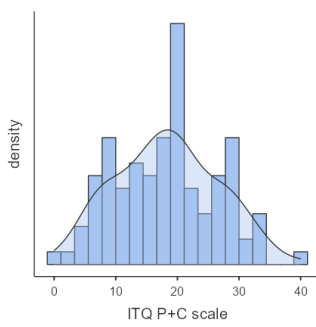
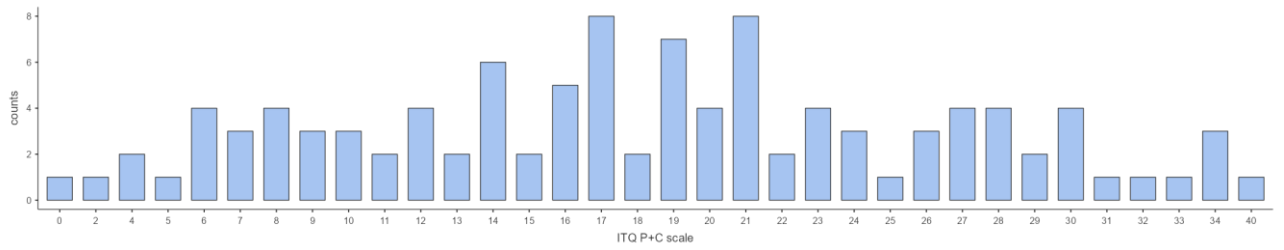


ITQ P-scale





ITQ P+C scale

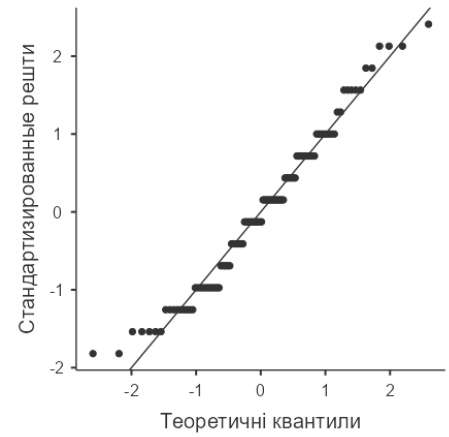
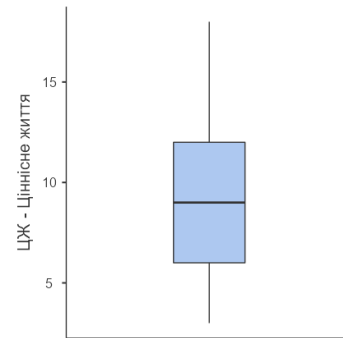
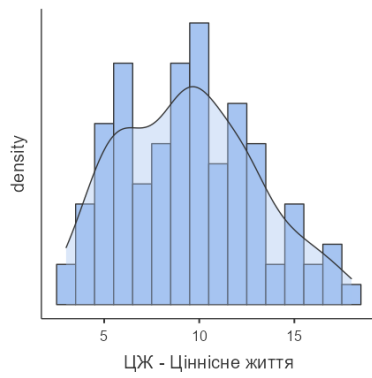
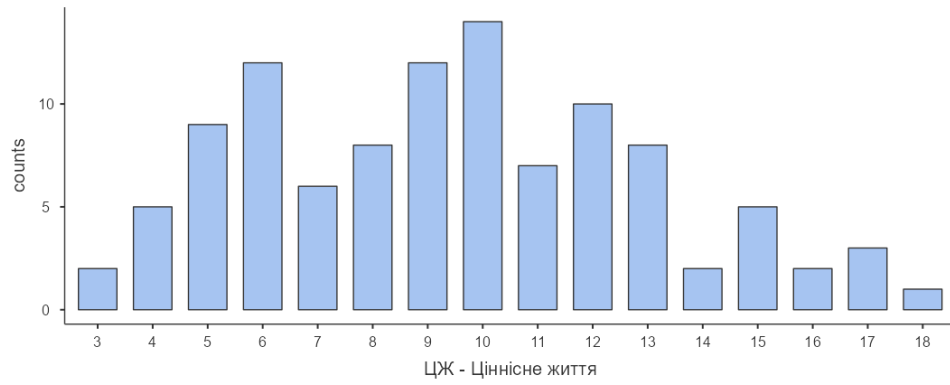


Описова статистика ESL

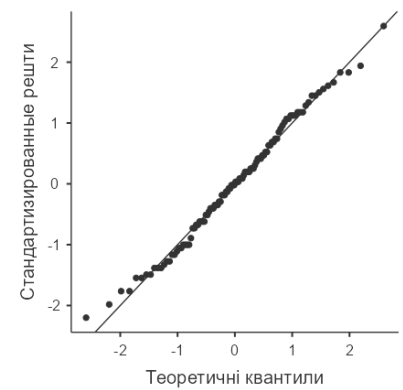
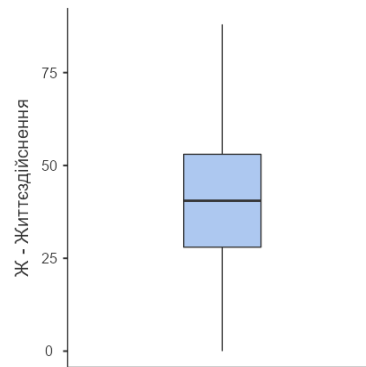
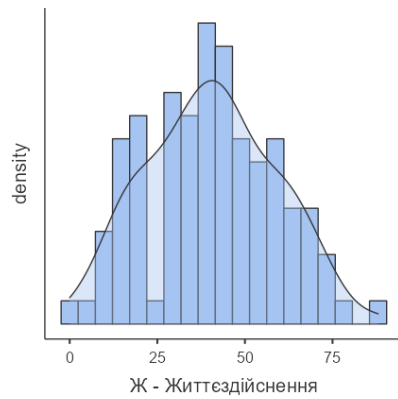
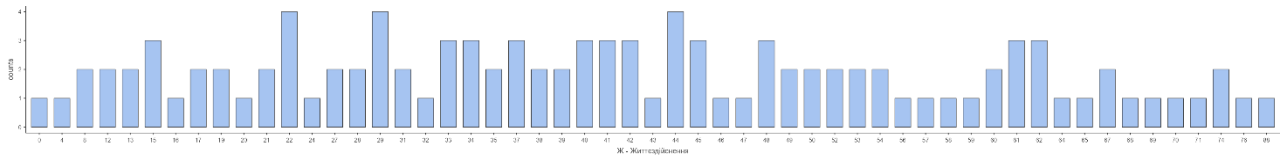
	ЦЖ - Ціннісне життя	Ж - Життєздійснення	ESL - залучене життя
N	106	106	106
Пропущений	0	0	0
Середній	9.45	40.4	49.8
Станд. помилка середній	0.344	1.78	20,04
95% ДИКИЙ середина нижня кордон	8.77	36.9	45.8
95% ДИКИЙ середина верхня кордон	10.1	43.9	53.9
Медиана	90,00	40.5	48.5
Мода	100,0	220,0	500,0 ^a
Сума	1002	4281	5283
Стандартне відхилення	3.55	18.4	210,0
Дисперсія	12.6	337	440
Межквартильне відстань	60,00	250,0	26.8
Діапазон	15	88	103
Мінімум	3	0	3
Максимум	18	88	106
Асиметрія	0.287	00,0854	0.138
Станд. помилка асиметрії	0.235	0.235	0.235
Ексцес	-0.572	-0.532	-0.464
Станд. помилка ексцесу	0.465	0.465	0.465
25й центиль	60,00	280,0	370,0
50й центиль	90,00	40.5	48.5
75й центиль	120,0	530,0	63.8
Примечание. Сі середнього припускає, що вибіркові засоби слідуєть t-розподілу з N - 1 ступенями свободи			
^a Існує понад одної моди, повідомляє тільки о першій			

Графіки

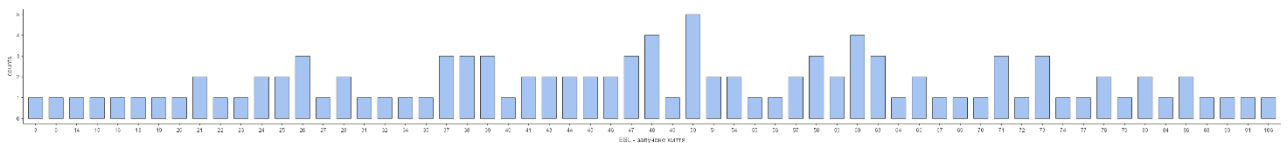
ЦЖ - Ціннісне життя

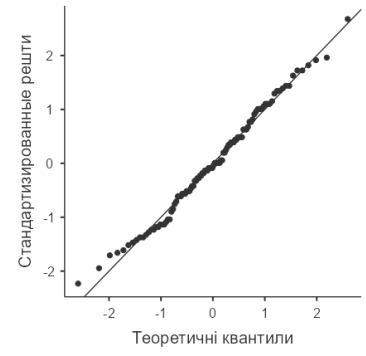
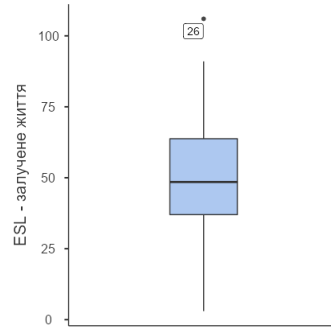
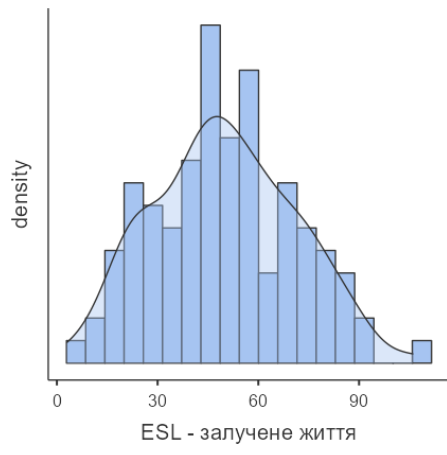


Ж - Життєздійснення



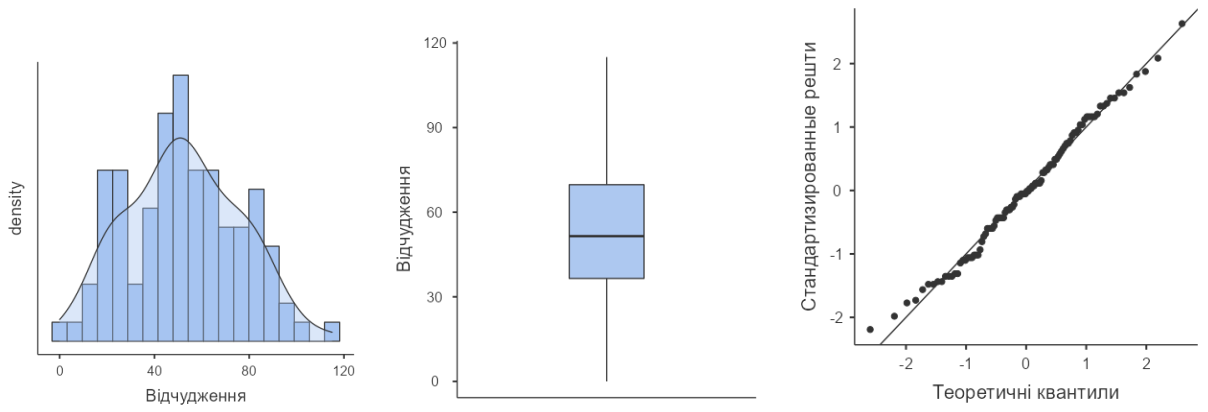
ESL - залучене життя



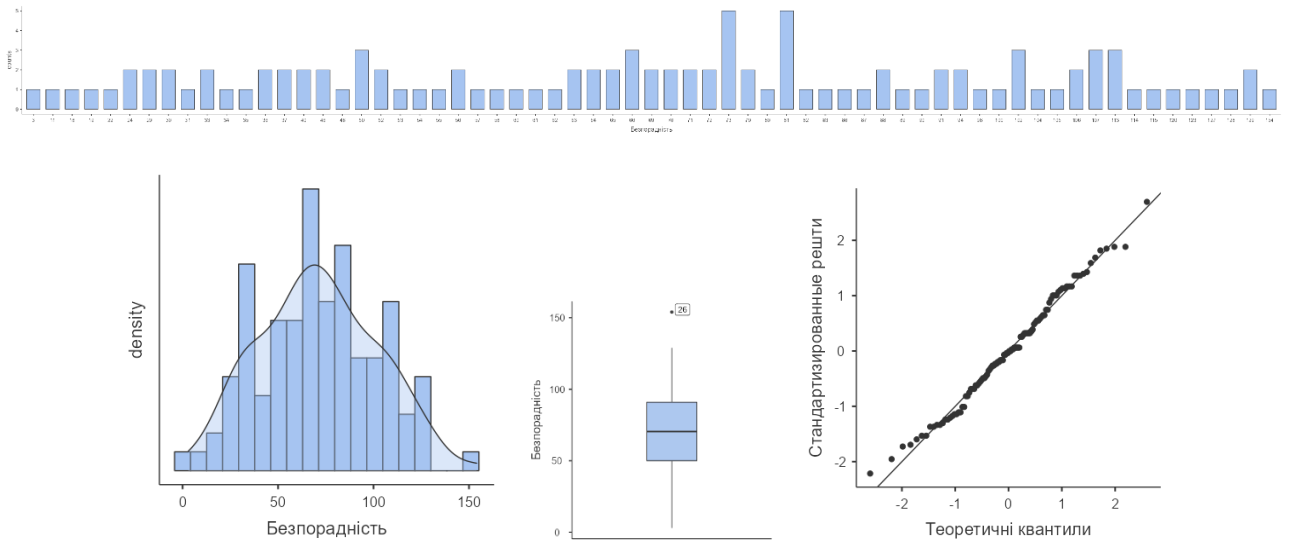


Описові статистики CTSR

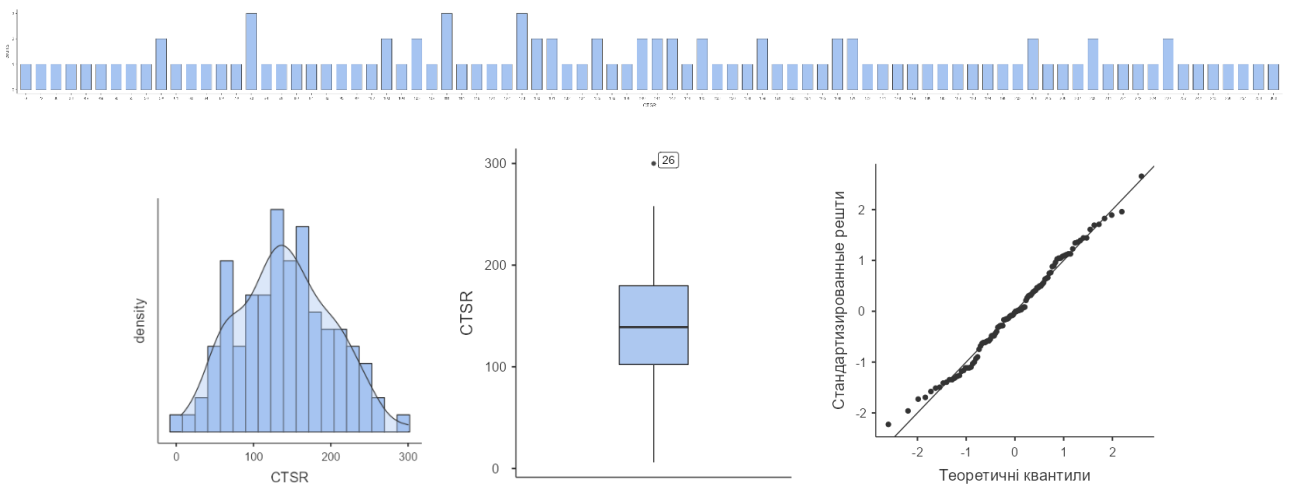
	Виснаження		Відчуження		Безпорадність		CTSR	
N	106		106		106		106	
Середній	16.7		52.3		71.1		140	
Станд. помилка середній	0.581		2.32		2.99		5.85	
95% ДИКИЙ середина нижня кордон	15.5		47.7		65.2		128	
95% ДИКИЙ середина верхня кордон	17.8		56.9		770,0		152	
Медиана	16.5		51.5		70.5		139	
Мода	210,0		420,0		730,0		730,0	
Сума	1768		5541		7538		14847	
Стандартне відхилення	5.98		23.9		30.8		60.2	
Дисперсія	35.8		569		946		3627	
Межквартильне відстань	90,00		33.3		410,0		77.5	
Діапазон	28		115		151		294	
Мінімум	3		0		3		6	
Максимум	31		115		154		300	
Асиметрія	0.151		0.107		0.135		0.122	
Станд. помилка асиметрії	0.235		0.235		0.235		0.235	
Екссес	-0.475		-0.495		-0.460		-0.480	
Станд. помилка екссесу	0.465		0.465		0.465		0.465	
25й процентиль	120,0		36.5		500,0		102	



Безпорадність



CTSR



Узагальнена таблиця статистично значущих кореляцій ($\rho / r, p < .05$)

Змінні	r	p
Інтрузія – Уникання	0,431	< 0,001
Інтрузія – Гіперпильність	0,414	< 0,001
Інтрузія – ПЕС	0,259	0,007
Інтрузія – Негативна Я-концепція	0,362	< 0,001
Інтрузія – Порушення стосунків	0,334	< 0,001
Уникання – Гіперпильність	0,384	< 0,001
Уникання – ПЕС	0,505	< 0,001
Уникання – Негативна Я-концепція	0,408	< 0,001
Уникання – Порушення стосунків	0,402	< 0,001
Гіперпильність – ПЕС	0,421	< 0,001
Гіперпильність – Негативна Я-концепція	0,398	< 0,001
Гіперпильність – Порушення стосунків	0,391	< 0,001
ПЕС – Негативна Я-концепція	0,533	< 0,001
ПЕС – Порушення стосунків	0,437	< 0,001

Негативна Я-концепція – Порушення стосунків	0,697	< 0,001
ITQ P-scale – Інтрюзія	0,728	< 0,001
ITQ P-scale – Уникання	0,801	< 0,001
ITQ P-scale – Гіперпильність	0,796	< 0,001
ITQ P+C scale – ITQ P-scale	0,896	< 0,001
Ціннісне життя – Інтрюзія	0,726	< 0,001
Життєздійснення – ITQ P+C scale	0,996	< 0,001
ESL – ITQ P+C scale	0,993	< 0,001
Виснаження – ITQ P+C scale	0,937	< 0,001
Відчуження – ESL	0,995	< 0,001
Безпорадність – ESL	0,998	< 0,001
CTSR – ESL	0,999	< 0,001
CTSR – Виснаження	0,960	< 0,001
CTSR – Відчуження	0,997	< 0,001
CTSR – Безпорадність	0,998	< 0,001

Примітка. У таблицю включено лише статистично значущі кореляції ($p < 0,05$). Значення коефіцієнтів $\geq 0,70$ інтерпретуються як сильні зв'язки.

