



УДК 159.972:159.964.2

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-7\(49\)-1245-1257](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-7(49)-1245-1257)

Малімон Людмила Яківна кандидат психологічних наук, професор, професор кафедри загальної та клінічної психології, Волинський національний університет імені Лесі Українки, пр. Волі, 13, м. Луцьк, 43025, тел.: (050) 860-58-52, <https://orcid.org/0000-0002-2964-6580>

Балабус Вікторія Андріївна магістр психології, Волинський національний університет імені Лесі Українки, пр. Волі, 13, м. Луцьк, 43025, тел.: (095) 930-15-86, <https://orcid.org/0009-0001-9976-6334>

Малімон Володимир Юрійович бакалавр факультету психології, Волинський національний університет імені Лесі Українки, пр. Волі, 13, м. Луцьк, 43025, тел.: (050)860-58-91, <https://orcid.org/0009-0003-7651-8068>

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИРАЖЕНОСТІ ОЗНАК ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ОСІБ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

Анотація. Статтю присвячено вивченню особливостей вираженості ознак психопатологічної симптоматики в осіб з травматичним досвідом, набутим внаслідок переживання різної гостроти та інтенсивності психотравмуючих ситуацій в умовах повномасштабної війни. Для досягнення поставленої мети та завдань застосовані теоретичні (аналіз та узагальнення існуючих досліджень з проблем травматичного стресу та травматичного досвіду особистості) та емпіричні (діагностика рівня впливу травматичних подій та вираженості патернів психопатологічної симптоматики у досліджуваних) методи. Проаналізовано поняття травми та фактори формування травматичного досвіду особистості, особливості поведінки особистості у травматичній ситуації.

Результати оцінки впливу травматичної події та проявів симптоматики набутого травматичного досвіду респондентів вибірки засвідчили переважання середнього рівня впливу травматичних подій, однак у третини досліджуваних зафіксовано високий рівень прояву вторгнення, уникнення та гіперзбудливості, що свідчить про найбільш показові або й дуже виражені симптоми ймовірного посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Водночас, в осіб із високим рівнем травматизації переважають вище норми симптоми obsesивно-компульсивного розладу, депресії, тривожності, ворожості, нав'яз-



ливих страхів (фобій), параноїдності. Найвищі показники психопатологічної симптоматики виявлено в осіб із домінуванням *збудливості* / або *гіперзбудження* як наслідку впливу травматичних подій, що найбільше проявляється через соматизацію, тривожність, депресивність, ворожість, obsесивно-компульсивний розлад. *Вторгнення* як домінуюча реакція на травму характеризується симптоматикою нічних жахів, виникненням нав'язливих образів чи думок, відчуттям повторюваності травмуючої події, що провокує підвищену тривожність, депресивність, схильність до ворожості і навіть, параноїдну поведінку як вид порушень мислення. Домінування *уникнення* як наслідку пережитої травматичної події характеризується прагненням не згадувати минуле, заблокувати травмівні спогади і супроводжується симптоматикою obsесивно-компульсивного розладу, підвищенням тривожності, переживанням параноїдальних настроїв тощо.

Ключові слова: стрес, травма, травматизація, травматичний досвід, психопатологічна симптоматика, особистість.

Malimon Liudmyla Yakivna PhD in Psychology, Professor, Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Lesya Ukrainka Volyn National University, 13 Voli Ave., Lutsk, 43025, tel.: (050) 860-58-52, <https://orcid.org/0000-0002-2964-6580>

Balabus Victoria Andriivna Master of Psychology, Lesya Ukrainka Volyn National University, 13 Voli Ave., Lutsk, 43025, tel.: (095) 930-15-86, <https://orcid.org/0009-0001-9976-6334>

Malimon Volodymyr Yuriyovych student of the Faculty of Psychology, Lesya Ukrainka Volyn National University, 13 Voli Ave., Lutsk, 43025, tel.: (050) 860-58-91, <https://orcid.org/0009-0003-7651-8068>

PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF THE EXPRESSION OF SIGNS OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN PERSONS WITH TRAUMATIC EXPERIENCES

Abstract. The article is devoted to the study of the peculiarities of the manifestation of psychopathological symptoms in persons with traumatic experience acquired as a result of experiencing psycho-traumatic situations of varying severity and intensity in the conditions of a full-scale war. To achieve the set goal and tasks, theoretical (analysis and generalization of existing research on the problems of traumatic stress and traumatic personal experience) and empirical (diagnosis of the level of impact of traumatic events and the severity of patterns of psychopathological



symptoms in the researched) methods were applied. The concept of trauma and the factors of formation of the traumatic experience of the individual, the peculiarities of the behavior of the individual in a traumatic situation are analyzed.

The results of the assessment of the impact of the traumatic event and the manifestations of the symptoms of the acquired traumatic experience of the respondents of the sample showed the predominance of the average level of the impact of the traumatic events, however, a third of the respondents recorded a high level of manifestation of intrusion, avoidance and hyperexcitability, which indicates the most indicative or very pronounced symptoms of probable post-traumatic stress disorder (PTSD). At the same time, in persons with a high level of trauma, symptoms of obsessive-compulsive disorder, depression, anxiety, hostility, obsessive fears (phobias), and paranoidism prevail above the norm. The highest rates of psychopathological symptoms were found in individuals with a predominance of excitability/or hyperarousal as a result of the impact of traumatic events, which is most manifested through somatization, anxiety, depression, hostility, and obsessive-compulsive disorder. Intrusion as a dominant reaction to trauma is characterized by symptoms of night terrors, the emergence of obsessive images or thoughts, a feeling of repetition of the traumatic event, which provokes increased anxiety, depression, a tendency to hostility and even paranoid behavior as a type of thought disorder. The dominance of avoidance as a consequence of the experienced traumatic event is characterized by the desire not to remember the past, to block traumatic memories and is accompanied by symptoms of obsessive-compulsive disorder, increased anxiety, experiencing paranoid moods, etc.

Keywords: stress, trauma, traumatization, traumatic experience, psychopathological symptoms, personality.

Постановка проблеми. В умовах повномасштабної війни, яка вже більше двох років триває у нашій країні, значна частина людей пережила і зараз переживає складні, часто надто травматичні події, адаптація до яких вимагає значно більше ресурсів життєстійкості порівняно зі звичними умовами життя. Травматичність події пов'язана з існуванням безпосередньої загрози життю, або суттєвою недостатністю психологічного ресурсу людини, щоб справитися з ситуаціями, які склалися. Людина при цьому переживає травматичний стрес, який руйнує відчуття безпеки, і може сформувати ірраціональні надзугальнені переконання, що весь світ небезпечний, і з цим не можна нічого вдіяти. Такі ірраціональні переконання можуть сприяти тому, що навіть більш-менш безпечні ситуації людина сприймає як травмуючі, накопичуючи травматичний досвід, крізь призму якого починає сприймати навколишню дійсність. Саме тому необхідним є дослідження травми, травматичного досвіду та симптоматики його прояву для запобігання подальшим руйнівним наслідкам для особистості.



Аналіз останніх досліджень та публікацій. Базовою в дослідженнях травматичного досвіду є теорія травматичного стресу [1], згідно якої травматичний досвід може спричинити психологічну травму, яка може мати негативний вплив на психічне здоров'я людини. В дослідженнях про особливості копінг-поведінки після пережитого травматичного досвіду, теорія травматичного стресу використовується для вивчення того, які впливи може мати травматичний досвід на психологічний стан людини та як вона може пристосуватися до цієї ситуації.

Проблема травми має тривалу історію вивчення, оскільки впродовж всього свого існування людство стикалось з складними, часто загрозливими та небезпечними умовами життя. Дослідження впливу травми чи кризової / стресової ситуації на людину відображено вже у концепції стресу та стадіях розвитку дистресу Г. Сельє, який розглядав дистрес як «поганий, шкідливий» стрес, що може порушувати нормальні фізіологічні функції організму людини та навіть призводити до патологічних станів [2]. Велика роль у дослідженні стресу належить Р. Лазарусу, який розмежував фізіологічний стрес, спричинений дією реального фізичного подразника, і психічний стрес, викликаний оцінкою людиною ситуації як загрозливої, складної [3]. За часом і силою стресорів виокремлюють критичні життєві події, травматичні стреси, повсякденні стреси, хронічні стреси (довготривалі стресові ситуації, такі як довготривалі конфлікти чи труднощі в роботі) [4].

Поняття травми, на відміну від стресу, визначається як подія високої інтенсивності, яка супроводжується неможливістю адекватного реагування і перевищує пристосувальний потенціал людини, внаслідок чого відбувається порушення адаптації та розлади, пов'язані зі стресом [5]. За DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Довідник діагностичних критеріїв DSM-5, підготовлений Американською психіатричною асоціацією) подія є травматичною, якщо вона пов'язана зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або якоюсь іншою загрозою фізичної цілісності; водночас наголошується на тому, що ця подія може переживати людина прямо або побічно – через значущих осіб. При чому, така подія стосується не лише тих, хто їх пережив, а й свідків (близьких людей чи осіб, які надають допомогу) [6].

В DSM-5 вказується, що психотравма підтверджується, коли подія: 1) несподівано і явно перебуває за межами повсякденного досвіду людини; 2) стійко переживається людиною; 3) здатна викликати стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, або заціпеніння загальної чутливості; 4) здатна стимулювати стійкі симптоми підвищеного збудження, якого не було до травми [6].

Отже, травматичний стрес – це особливі переживання, які зумовлюють певну реакцію, що є нормальною реакцією на складні, травмуючі ситуації [4].



В праці [7] наводяться слова американського дослідника Р. Пітмана, який говорить про так звану «чорну діру травми», яка безупинно притягує до себе усі думки емоції людини і проявляється двояко: це або постійні нав'язливі думки і переживання про травмуючу подію, або намагання їх уникнути. І в тому, і в іншому випадку відбувається тривала, розтягнута в часі травматизація особистості.

В цьому контексті можна виокремити низку досліджень щодо розвитку травматичного стресу та факторів ризику і стійкості в розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [8]. Зокрема, у дослідженні [9] вивчався взаємозв'язок типу травматичної події внаслідок війни та симптоматики її прояву, зокрема у підлітків. Травматичним досвідом під час війни були перегляд понівечених тіл по телевізору, звуки обстрілів території та реактивних винищувачів, фіксація слідів обстрілу на землі. Результати показали, що найбільш вираженою симптоматикою були тривожність, нав'язливі думки, соціальна фобія, страх розлуки та страх фізичної травми. Підлітки, у яких було діагностовано ПТСР, обирали в більшості такі стратегії подолання як справлялися з цим шляхом вивільнення почуттів, розвитку соціальної підтримки, уникнення проблем, а підлітки з меншим посттравматичним стресовим розладом більше шукали вирішення своїх сімейних проблем. Підлітки з яскраво вираженою тривожністю долали травмуючу подію через соціальну підтримку та участь у важкій діяльності. Підлітки з менш вираженою тривожністю шукали більше духовної підтримки.

В багатьох дослідженнях також вивчається взаємозв'язок між диспозиційною регуляцією емоцій і психопатологією. Зокрема, дослідження взаємозв'язку між шістьма стратегіями регуляції емоцій (прийняття, уникнення, вирішення проблем, переоцінка, роздуми та придушення) та симптомами чотирьох психопатологій (тривога, депресія, розлади харчування та психоактивні речовини) продемонструвало, що інтерналізовані розлади більш послідовно пов'язані зі стратегіями регулювання емоцій, ніж екстерналізовані розлади [10].

Мета статті: вивчення вираженості психопатологічної симптоматики в осіб з високим рівнем травматичного досвіду, набутого внаслідок переживання різної гостроти та інтенсивності психотравмуючих ситуацій в умовах повномасштабної війни. Завдання дослідження: 1) здійснити оцінку інтенсивності впливу травматичних подій та проявів симптоматики отриманого травматичного досвіду респондентів; 2) проаналізувати домінуючі патерни психопатологічної симптоматики досліджуваних з високим рівнем травматичного досвіду. Загальну вибірку дослідження склали 96 осіб, з яких виокремлено 53 особи з травматичним досвідом (за результатами методики IES-R) віком 18-40 років (10 чоловіків, 43 жінки). Вік та стать респондентів у дослідженні не враховувалися.



Виклад основного матеріалу. Діагностика особливостей набутого травматичного досвіду респондентів вибірки та симптоматики його прояву здійснювалася за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)» та клінічною скринінговою методикою «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised)». Отримані результати дали змогу виявити різні прояви симптоматики травматичного досвіду, які можуть свідчити про показові або й дуже виражені симптоми ймовірного посттравматичного стресового розладу (ПТСР) респондентів вибірки.

Результати діагностики за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)» відображені на рис.1.

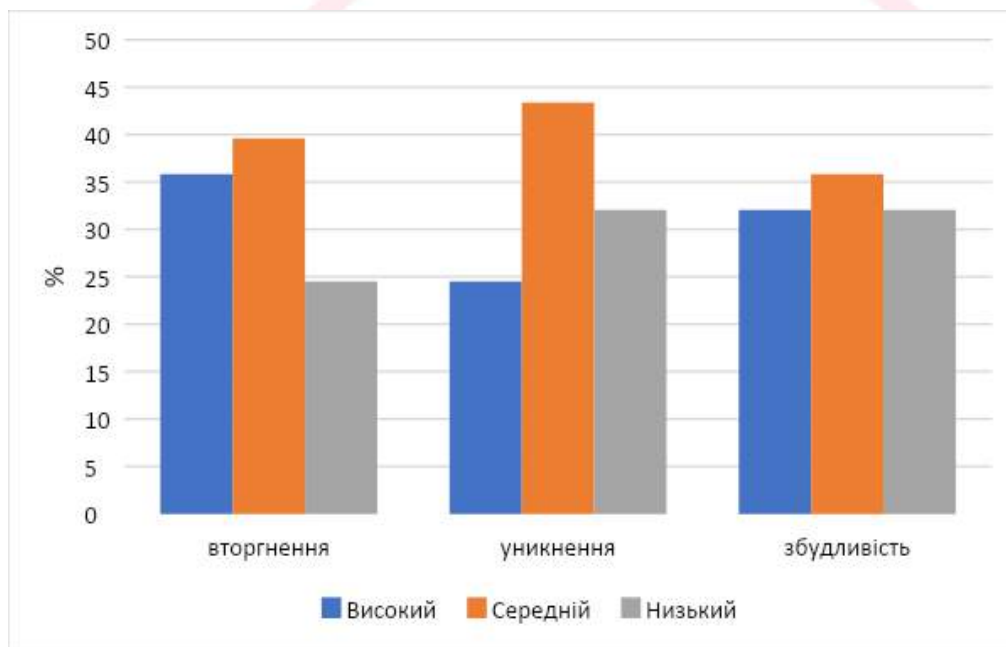


Рис. 1. Результати діагностики за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)»

Отже, за отриманими результатами у респондентів переважає *середній рівень вираженості травматичного досвіду* за всіма шкалами методики: вторгненням (39,62 %), уникненням (43,40 %) та збудливістю (35,84 %). За даними методики, це вже може свідчити про клінічну проблему, оскільки люди з такими показниками мають частковий ПТСР або, принаймні, деякі з його симптомів.

Низький рівень вторгнення зафіксовано у 24,53% респондентів, уникнення та збудження – у 32,08% досліджуваних, що засвідчує відсутність або незначний прояв такої симптоматики, з якою досліджувані або ефективно справляються, або не надають їй великого значення.



Важливими в контексті нашого дослідження є результати високого рівня вираженості проявів симптоматики травматичного досвіду, зокрема, симптоматику вторгнення діагностовано у 35,85% досліджуваних, уникнення – у 24,53%, збудження – у 32,08% респондентів, що свідчить про найбільш показові або й дуже виражені симптоми ймовірного ПТСР. Вторгнення характеризується різного роду інтрузіями, коли будь-що, що нагадує людині про травмівну подію, викликає почуття, пов'язані з нею, і з різних причин людина знову і знову неочікувано для себе починає про неї думати, важко засинати, погано спати, часто прокидатися вночі тощо. Причому ці хвилеподібні спогади, флешбеки, завжди емоційно насичені, можуть супроводжуватися образами, звуками, запахами, і не піддаються свідомому контролю. Збудливість (*гіперзбудження*) проявляється в тому, що людина безпричинно, безвідносно до реальної ситуації відчуває роздратування або злість, поводиться або відчувається так, ніби знову повернулася у той час (ситуацію). Людині важко зосереджуватися, спогади про травмівну ситуацію викликають у неї певні фізичні реакції, вона ніби перебуває очікуванні повторення травмівної ситуації. Уникнення як симптоматика ПТСР свідчить про те, що людина намагається не думати, не згадувати про те, що відбулося або не дозволяє собі засмучуватися, коли думає про травмівну подію. Іноді людині здається, що цього насправді не було, або це було не з нею, вона намагається викинути це зі своєї пам'яті, «притупити» відчуття, пов'язані з цією подією, і відповідно уникати всього (ситуацій, місць, людей), які про неї нагадують. Варто зазначити, що у досліджуваних нашої вибірки найбільше проявляється симптоматика вторгнення, менше – збудливість, і найменше – уникнення.

Проаналізуємо результати дослідження, отримані за клінічною скринінговою методикою «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised)», призначеною для оцінки патернів психологічних ознак, які визначають поточний статус особистості, а саме – ступінь дискомфорту, завданого тими чи іншими симптомами, напр., головними болями, слабкістю чи запамороченням, спалахами гніву, відчуттям провини, пригніченим настроєм тощо. Питання опитувальника об'єднані в дев'ять шкал і дають змогу отримати узагальнені патерни ознак, які свідчать про вираження соматизації, нав'язливості, інтерперсональної чутливості, депресії, тривожності, ворожості, нав'язливих страхів (фобій), параноїдності та психотизму, а також загального індексу тяжкості симптомів (GST), який є найкращим індикатором поточного стану та глибини розладу, і свідчить про інтенсивність пережитого дистресу. Водночас, методика містить нормативні дані, відносно яких потрібно робити висновок про рівень вираженості симптоматики у досліджуваного (рис. 2).

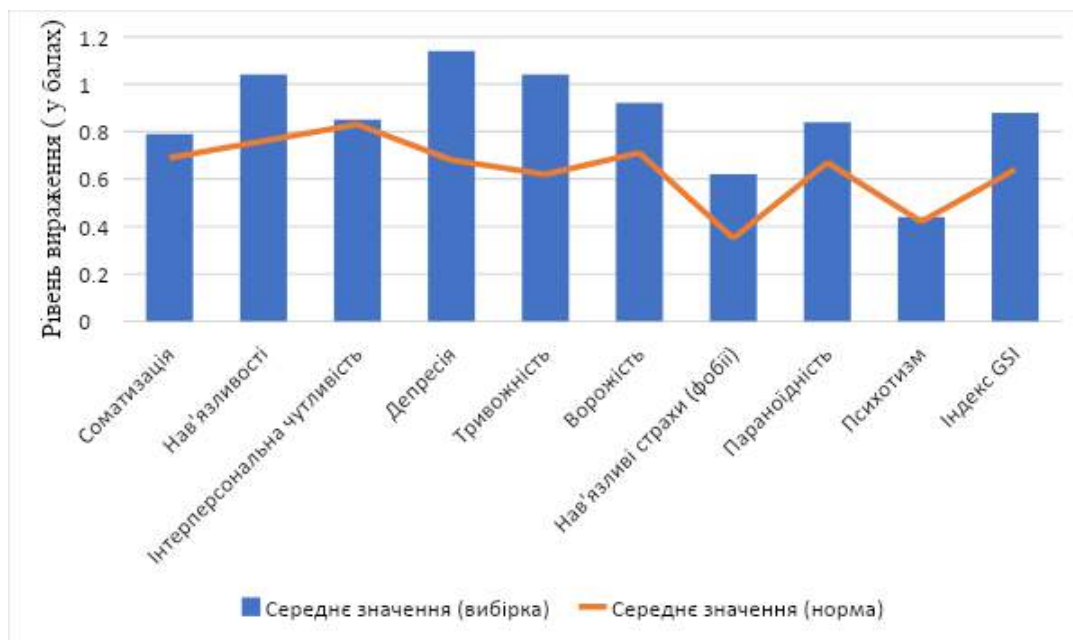


Рис. 2. Вираженість патернів ознак психопатологічної симптоматики за методикою «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R» (англ. *Symptom Check List-90-Revised*)

Отже, результати дослідження засвідчують різний рівень вираження психопатологічної симптоматики досліджуваних. Більшість показників у досліджуваних значно переважають норму, що підтверджується високим показником загального індексу тяжкості симптомів (GST) (хсер/вибірка=0,88; хсер/норма=0,76). Зокрема, високий рівень *нав'язливості* (хсер/вибірка=1,04; хсер/норма=0,76) відображає окремі симптоми obsесивно-компульсивного розладу. Патерн симптоматики *депресії* (хсер/вибірка=1,14; хсер/норма=0,68) характеризує симптоми дисфорії і афекту, зокрема ознаки відсутності інтересу до життя, часто почуття безнадії, думки про суїцид тощо. Високий рівень *тривожності* (хсер/вибірка=1,04; хсер/норма=0,62) засвідчує вираженість низки симптомів і ознак маніфестованої тривожності, а саме: нервозність, напругу, тремтіння, напади паніки і відчуття насильства, а також певні когнітивні ознаки, що включають почуття небезпеки, побоювання і страхи. Високі показники *ворожості* (хсер/вибірка=0,92; хсер/норма=0,71) свідчать про прояви агресії, дратівливості, гніву і обурення; показники *нав'язливих страхів (фобій)* (хсер/вибірка=0,62; хсер/норма=0,35) характеризують ірраціональну і неадекватну реакцію страху, що зумовлює унікаючу поведінку; ознаки *параноїдності* (хсер/вибірка=0,84; хсер/норма=0,67) визначають параноїдну поведінку як вид порушень мислення.

Дещо менше вираженою є *соматизація* (хсер/вибірка=0,79; хсер/норма=0,69), що відображає дистрес, який виникає із відчуття соматичної дисфункції, зокрема головні болі, м'язові болі тощо.



Майже в нормі знаходиться показник *інтерперсональної чутливості* ($x_{сер}/вибірка=0,85$; $x_{сер}/норма=0,83$), що свідчить про відсутність у досліджуваних особистісної неадекватності і неповноцінності, а також почуття неспокою і дискомфорту у процесі міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми. Також наближеними до норми є симптоми *психотизму* ($x_{сер}/вибірка=0,44$; $x_{сер}/норма=0,42$), що вказують на те, що досліджуваним не притаманний унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя.

Аналіз даних, отриманих у результаті констатувального експерименту, відбувався шляхом пошуку середніх значень за кожною діагностувальною шкалою у межах вибірки. Основну увагу ми акцентували на субвибірці з високими показниками впливу травматичних подій, оскільки такі показники є сигналами про сформований травматичний досвід респондентів і свідчать про наявність симптомів ПТСР в межах деяких окремих симптомів або дуже вираженої симптоматики.

Таким чином, подальший аналіз даних здійснювався з метою пошуку симптомокомплексів психологічних особливостей респондентів, які продемонстрували високі показники за шкалами «вторгнення», «уникнення», «збудливість». Результати диференціації ознак психопатологічної симптоматики (за методикою SCL-90-R) як наслідку травматичного досвіду особистості в осіб з високим рівнем впливу травматичної події (за методикою Impact of Event Scale, IES-R) подано на рис.3.

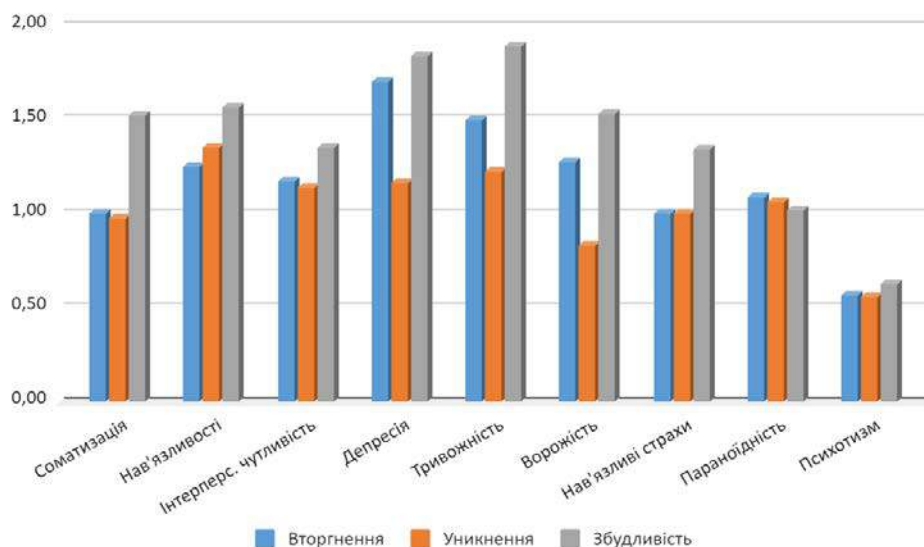


Рис. 3. Вираженість ознак психопатологічної симптоматики за SCL-90-R в осіб з високим рівнем впливу травматичних подій (за методикою Impact of Event Scale, IES-R)



Як видно з рис.3, найвищі показники психопатологічної симптоматики виявлено в осіб із домінуванням *збудливості* / або *гіперзбудження* як наслідку впливу травматичних подій. Гіперзбудження, яке проявляється інтенсивністю емоцій, злістю і дратівливістю, сильним страхом, який відчуває людина в порівняно безпечних умовах життєдіяльності, провокує труднощі з концентрацією уваги, а також психофізіологічні, соматичні дисфункції, зокрема головні болі, болі в різних частинах тіла, безсоння. Такі стани найбільше проявляються через соматизацію, тривожність, депресивність, ворожість, обсессивно-компульсивний розлад – ця симптоматика найбільш виразно діагностована у досліджуваних з домінуванням збудливості як наслідку впливу травматичного досвіду. Менше проявляється інтерперсональна чутливість, параноїдна поведінка і психотизм як прагнення до самоізоляції або й загалом до унікаючого, шизоїдного стилю життя. Мабуть, особи з гіперзбудженням, навпаки, потребують соціального оточення для отримання соціальної підтримки і певного заспокоєння, або для агресивної розрядки неконтрольованих емоцій.

Вторгнення як домінуюча реакція на травму характеризується симптоматикою нічних жахів, виникненням нав'язливих образів чи думок, відчуттям повторюваності травмуючої події. Інтрузії можуть проявлятися як «флешбеки», тобто неконтрольоване повторне переживання травматичної події, що супроводжується зображеннями, звуками, запахами або іншими подразниками. Людина знову переживає дистрес, неадекватно реагує, і навіть може завдати шкоди собі чи оточуючим. Інтрузії провокують підвищену тривожність, депресивність, схильність до ворожості і навіть, параноїдну поведінку як вид порушень мислення.

Домінування *уникнення* як наслідку пережитої травматичної події характеризується прагненням не згадувати минуле, заблокувати травмивні спогади, напр., не попадати в місця, де вона сталася, уникати людей, які до неї причетні, або про неї нагадують і супроводжується симптоматикою обсессивно-компульсивного розладу, підвищенням тривожності, переживанням параноїдальних настроїв тощо.

За результатами кореляційного аналізу патернів ознак психопатологічної симптоматики з показниками оцінки впливу травматичної події виявлено значну кількість позитивних статистично значущих кореляційних зв'язків, що є логічним, оскільки набутий травматичний досвід особистості (за методикою – Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) проявляється через узагальнення симптоматики у трьох шкалах: вторгнення, уникнення та збудливість, а методика SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90- Revised) є клінічною тестовою і скринінговою методикою, призначеною для визначення поточного статусу – оцінки патернів



психологічних ознак і діагностує ширшу палітру проявів посттравматичного стресу, що доповнює і розширює отримані результати проявів травматичного досвіду.

Зокрема, вторгнення (шкала «Вторгнення»), що характеризується мимовільними рецидивними спогадами про травмуючу подію, може супроводжуватися соматизацією ($r=0,28$, $p \leq 0,05$), нав'язливостями (обсесивно-компульсивним розладом) ($r=0,40$, $p \leq 0,01$), інтерперсональною чутливістю ($r=0,40$, $p \leq 0,01$), депресією ($r=0,52$, $p \leq 0,001$), тривожністю ($r=0,42$, $p \leq 0,01$), ворожістю ($r=0,33$, $p \leq 0,05$), нав'язливими страхами, фобіями ($r=0,42$, $p \leq 0,01$), параноїдальністю ($r=0,27$, $p \leq 0,05$). Найсильніша кореляція виявлена з депресією, тобто за високого рівня вторгнення як домінуючої ознаки сформованого ПТСР можлива широка симптоматика прояву клінічної депресії, зокрема дисфорії і афекту та інших когнітивних і соматичних порушень.

Шкала «Уникнення» позитивно корелює з нав'язливостями (обсесивно-компульсивним розладом) ($r=0,31$, $p \leq 0,01$), інтерперсональною чутливістю ($r=0,37$, $p \leq 0,01$), тривожністю ($r=0,31$, $p \leq 0,01$) та параноїдальністю ($r=0,34$, $p \leq 0,05$). Таким чином, чим більше людина намагається уникати/боротися з травмивними впливами, тим більше прогресують нав'язливі думки/спогади, які переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі для «Я»; загострюється почуття особистісної неадекватності і неповноцінності внаслідок того, що уникнення «не працює», не допомагає справитися з болісними переживаннями, тривожністю і параноїдальністю.

Прояв гіперзбудження (шкала «Збудливість») як домінуючого симптому ПТСР супроводжується соматизацією ($r=0,60$, $p \leq 0,001$), нав'язливостями (обсесивно-компульсивним розладом) ($r=0,56$, $p \leq 0,001$), інтерперсональною чутливістю ($r=0,53$, $p \leq 0,001$), депресією ($r=0,63$, $p \leq 0,001$), тривожністю ($r=0,70$, $p \leq 0,001$), ворожістю ($r=0,62$, $p \leq 0,05$), нав'язливими страхами, фобіями ($r=0,61$, $p \leq 0,001$), параноїдальністю ($r=0,35$, $p \leq 0,05$) та психотизмом ($r=0,31$, $p \leq 0,05$). Найбільше вираженими є тривожність, ворожість та нав'язливі страхи (фобії) – симптоматика, яка засвідчує порушення емоційної сфери й нездатність людини справитися з емоціями, які «зашкалюють», зокрема агресією, дратівливістю, гнівом і обуренням.

Висновки. Результати оцінки впливу травматичної події та проявів симптоматики набутого травматичного досвіду респондентів вибірки засвідчили переважання середнього рівня впливу травматичної події, однак у третини досліджуваних зафіксовано високий рівень за симптоматикою вторгнення, уникнення та збудження, що свідчить про показові або й дуже виражені симптоми ймовірного ПТСР. За вираженістю психопатологічної симптоматики переважають вище норми симптоми обсесивно-компульсивного розладу, депресії, тривожності, ворожості, нав'язливих страхів (фобій),



параноїдності, дещо меншою мірою – соматизація і майже відповідають нормі показники інтерперсональної чутливості та психотизму. Найбільшу вираженість ознак психопатологічної симптоматики в осіб з високим рівнем сформованого травматичного досвіду виявлено в респондентів з домінуванням збудливості, що проявляється через соматизацію, тривожність, депресивність, ворожість, obsesивно-компульсивний розлад.

Література

1. Herman, J. *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. NY: Harper Collins. 1992. 387 p.
2. Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*.138 (3479):32–32. 1936.
3. Lazarus, R. S., & Folkman, S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company. 1984.
4. Бабелюк О.В., Гоцуляк Н.Є. Психологія травмуючих ситуацій: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ТОВ "Друкарня "Рута". 2021.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Пер. з англ. О.А. Наконечна, О.В. Шлапак. Львів: Видавництво Старого Лева. 2019.
6. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О.Лизак, М. Прокопович; наук.ред. В. Горбунової, Л. Засекіної, О.Плевачук. Львів. Галицька видавнича спілка. 2023. 536 с.
7. Felman S., Laub, D. *Testimony: Crises of witnessing in literature, psychoanalysis, and history*. 1992. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1992-97715-000>
8. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД. 2020.
9. Thabet, A., El-Buhaisi, O., & Vostanis, P. Trauma, PTSD, anxiety and coping strategies among Palestinians adolescents exposed to war in Gaza. *The Arab Journal of Psychiatry*, 2014. 44 (1152), 1-24.
10. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2010. 30(2), 217-237

References

1. Herman, J.(1992). *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. NY: Harper Collins.
2. Selye H. *A syndrome produced by diverse nocuous agents*. *Nature*.138 (3479):32–32. 1936.
3. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. *Springer Publishing Company*.
4. Babeliuk O.V., & Hotsuliak N.Ye. (2021). *Psykhologhiia travmuiuchykh sytuatsii: navchalno-metodychnyi posibnyk [Psychology of traumatic situations: educational and methodological manual]*. Kam'ianets-Podilskyi: TOV "Drukarnia "Ruta" [in Ukrainian].
5. Herman, Dzh. (2019). *Psykhologichna travma ta shliakh do vyduzhannia: naslidky nasylstva – vid znushchan u simi do politychnoho teroru [Psychological trauma and the path to recovery: the consequences of violence - from domestic abuse to political terror]*. (O.A. Nakonechna, O.V. Shlapak, Trans.). Lviv : Vydavnytstvo Staroho Leva [in Ukrainian].



6. Dovidnyk diahnostychnykh kryteriiv DSM-5 vid Amerykanskoi psykhiatrychnoi asotsiatsii [sh. Handbook of diagnostic criteria DSM-5 from the American Psychiatric Association] (2023) / per. z anh. O.Lyzak, M. Prokopovych; nauk.red. V. Horbunovoi, L. Zasiokinoi, O.Plevachuk. Lviv. Halytska vydavnycha spilka. 536 s. [in Ukrainian].

7. Felman S., & Laub, D. Testimony: Crises of witnessing in literature, psychoanalysis, and history (1992). URL: <https://psycnet.apa.org/record/1992-97715-000>

8. Klymchuk, V.O. (2020). Psykholohiia posttravmatychnoho zrostantia [Psychology of post-traumatic growth]. *Natsionalna akademiia pedahohichnykh nauk Ukrainy, Instytut sotsialnoi ta politychnoi psykholohii – National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Institute of Social and Political Psychology*. Kropyvnytskyi : Imeks-LTD [in Ukrainian].

9. Thabet, A., El-Buhaisi, O., & Vostanis, P. (2014). *Trauma, PTSD, anxiety and coping strategies among Palestinians adolescents exposed to war in Gaza*. *The Arab Journal of Psychiatry*, 44 (1152), 1-24.

10. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.

