

Міністерство освіти і науки України
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
Факультет психології
Кафедра психології розвитку

На правах рукопису

ДИПЛОМНА РОБОТА

на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

на тему:

ВПЛИВ ПСИХОТРАВМИ НА ЖИТТЄВУ ПЕРСПЕКТИВУ ОСОБИСТОСТІ

Виконала:

студентка (та) 4 курсу, групи ПС-42
спеціальності 053 Психологія

Сметана Х.З.

Керівник: доктор психологічних наук,
професор кафедри психології
розвитку

Климишин О.І.

Рецензент: кандидат психологічних
наук, доцент кафедри клінічної та
реабілітаційної психології

Кулеша-Любінець М.М.

Івано-Франківськ – 2025 р.

АНОТАЦІЯ

Сметана Х. З. Вплив психотравми на життєву перспективу особистості.

Кваліфікаційна робота на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти зі спеціальності 053 «Психологія», Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, м. Івано-Франківськ, 2025.

У кваліфікаційній роботі на основі аналізу наукової літератури та результатів емпіричного дослідження розглянуто вплив психотравматичного досвіду на формування життєвої перспективи особистості. Визначено основні механізми, через які психотравма змінює психологічне благополуччя, часову орієнтацію, мотиваційну структуру та самоідентичність особистості. Проведене дослідження дозволяє краще зрозуміти взаємозв'язок між травматичним досвідом та особливостями бачення майбутнього.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості їх використання у практиці психологічного консультування, психотерапії та соціальної роботи. Результати дослідження можуть стати основою для розробки програм психологічної допомоги людям, які пережили психотравмуючі події, з метою відновлення життєвої перспективи, цілепокладання та внутрішньої цілісності.

Кваліфікаційна робота складається із вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, додатків.

Ключові слова: *психотравма, життєва перспектива, психологічне благополуччя, посттравматичний досвід, психологічна допомога.*

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМИ НА ЖИТТЄВУ ПЕРСПЕКТИВУ ОСОБИСТОСТІ	7
1.1 Психотравма: поняття, види та особливості прояву	7
1.2 Життєва перспектива особистості: визначення та фактори, що її формують	17
1.3 Механізми впливу психотравми на психологічне благополуччя та життєву перспективу	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМИ НА ЖИТТЄВУ ПЕРСПЕКТИВУ ОСОБИСТОСТІ	27
2.1 Опис процедури організації проведення емпіричного дослідження	27
2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження: аналіз впливу психотравми на життєві перспективи	32
2.3 Психологічна допомога та стратегії подолання наслідків психотравми та формування життєвої перспективи особистості	46
ВИСНОВКИ	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	52
ДОДАТКИ	59

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема впливу психотравматичних подій на формування життєвої перспективи особистості набуває особливої гостроти в умовах зростання кількості стресогенних чинників у сучасному суспільстві. Травматичні переживання, зумовлені війною, насильством, втратами або іншими кризовими ситуаціями, суттєво впливають на здатність людини формувати життєві цілі, планувати майбутнє та зберігати емоційну стабільність. У контексті психічного здоров'я особистості дослідження зв'язку між психотравмою та життєвою перспективою є важливим як для теоретичного обґрунтування феномену, так і для розробки практичних рекомендацій у сфері психологічної допомоги.

Вивчення змін у сприйнятті майбутнього в осіб, що зазнали психотравматичного досвіду, дозволяє виявити механізми порушення суб'єктивного відчуття цілеспрямованості, смислу життя, мотивації до діяльності. Саме травма часто блокує здатність до особистісного зростання, знижує рівень адаптації та ускладнює процес побудови життєвої траєкторії. Життєва перспектива, як інтегральна складова особистісного розвитку, формується на основі суб'єктивного бачення майбутнього, що є вразливим до деструктивного впливу психотравмуючих подій.

В умовах післякризових і посттравматичних станів зростає запит на психологічну підтримку, спрямовану на відновлення цілісного сприйняття себе та майбутнього. Тому питання психологічної допомоги, що враховує особливості впливу травматичного досвіду, стає актуальним не лише в клінічній практиці, а й у соціальній, освітній та реабілітаційній сферах. Актуальність теми визначається потребою у глибшому розумінні структури взаємозв'язку між психотравмою та життєвою перспективою, а також у розробці ефективних механізмів психологічної підтримки.

Об'єктом дослідження є процес формування життєвої перспективи особистості.

Предметом дослідження є вплив психотравматичних чинників на особливості формування життєвої перспективи.

Мета дослідження – здійснити теоретичне та емпіричне дослідження впливу психотравми на формування життєвої перспективи особистості.

З огляду на означену мету постають наступні **завдання**:

1. Розкрити психологічний зміст понять психотравма та життєва перспектива особистості.
2. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння впливу психотравми на життєву перспективу особистості.
3. Реалізувати емпіричне дослідження впливу психотравми на життєву перспективу особистості.
4. Окреслити напрями психологічної допомоги та сформулювати стратегії подолання наслідків психотравми з метою корекції життєвої перспективи особистості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У науковому полі питання психотравми висвітлювали О. Л. Музика, О. І. Доній, Л. В. Суслов, які наголошують на довготривалих наслідках травмуючого досвіду для особистісного розвитку. Серед сучасних підходів до вивчення життєвої перспективи важливими є дослідження К. В. Стрільчука, А. Ю. Грицай та М. М. Савченко, де розкривається взаємозв'язок між суб'єктивною картиною майбутнього та психологічним благополуччям. Праці І. П. Волощук та Ю. В. Жигало акцентують на методах психологічної допомоги у подоланні наслідків психотравм, що також формує підґрунтя для подальшого дослідження.

Методи дослідження:

- *теоретичні методи* - аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукової літератури;

- *емпіричні методи* - *Шкала впливу події (Impact of Event Scale – IES-R)* для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу, *опитувальник негативного дитячого досвіду (ACE Questionnaire)* для оцінки рівня ранньої травматизації, *методика "Життєвий шлях"* для аналізу структури життєвої перспективи та *шкала суб'єктивного благополуччя (SWLS)* для вимірювання рівня задоволеності життям у контексті пережитої травми;
- *статистичні методи* – процентний аналіз, коефіцієнт кореляції Пірсона для обробки результатів емпіричного дослідження та виявлення закономірностей між змінними.

Практична значимість дослідження полягає в можливості застосування його результатів для розробки та вдосконалення психологічних програм підтримки осіб, що пережили психотравму. Отримані дані можуть бути використані у роботі практичних психологів, психотерапевтів, консультантів кризових центрів та соціальних служб. Вони сприятимуть не лише глибшому розумінню впливу травматичного досвіду на майбутнє людини, а й ефективнішій реабілітації та ресоціалізації травмованих осіб.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження були представлені на звітній студентській науково-практичній конференції (квітень 2025).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів із підрозділами, загальних висновків, списку використаних джерел у кількості 50 найменувань та додатків на 8 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМИ НА ЖИТТЄВУ ПЕРСПЕКТИВУ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Психотравма: поняття, види та особливості прояву

Психотравма є однією з ключових проблем у сфері психічного здоров'я, яка все частіше постає в сучасному суспільстві. Вона виникає як наслідок надмірно стресової або шокуючої події, що перевищує адаптаційні можливості особистості. Актуальність вивчення психотравматичних реакцій зростає в умовах військових конфліктів, катастроф, насильства та інших екстремальних ситуацій. Психотравма може впливати як на емоційно-вольову сферу, так і на фізіологічний стан людини. Важливо своєчасно ідентифікувати вид психотравми, оскільки різні її форми вимагають різного підходу до психотерапії та підтримки. Розгляд понять, класифікації та проявів психотравми дозволяє ефективніше організувати процес психокорекції та профілактики вторинних психічних розладів.

Психотравма розглядається як внутрішній психологічний розлад, що виникає у відповідь на подію, котра перевищує адаптаційні можливості людини. У науковому дискурсі вона трактується як комплексна реакція особистості на вплив стресового або катастрофічного чинника. Найчастіше психотравма пов'язана з досвідом втрати, насильства, війни чи тяжкої хвороби, що зумовлює глибокі зміни у свідомості та поведінці. Особливої ваги надається тому, як індивід інтерпретує подію, а не лише об'єктивному ступеню її загрози. Атаманчук підкреслює, що реакція залежить від життєвого досвіду, внутрішніх ресурсів і наявних стратегій подолання [3, с. 41]. Таким чином, поняття психотравми включає не лише зовнішній подразник, а й глибинні механізми психічної переробки травматичного досвіду.

У клінічній психології психотравма розглядається як потенційна причина розвитку розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР),

тривожних станів та депресії. Дослідження свідчать, що психотравматичний досвід здатен викликати стійкі зміни у когнітивній сфері, порушення емоційної регуляції та поведінкові девіації. При цьому, згідно з Болебером, травма може впливати на структуру особистості, її захисні механізми та систему уявлень про світ [4, с. 127]. Клінічні прояви психотравми залежать від інтенсивності пережитого, тривалості дії травмуючого чинника і наявності підтримки з боку оточення. У дитячому віці наслідки травми проявляються в інших формах, зокрема у вигляді порушення прихильності чи затримки розвитку. Таким чином, психотравма є фундаментальним елементом у діагностиці багатьох психологічних розладів.

Психоаналітична традиція акцентує на несвідомому характері психотравми та її здатності фіксуватися у структурі психіки. Згідно з Фройдом, травматичний досвід, витіснений у підсвідомість, може проявлятися у вигляді сновидінь, симптомів чи компульсивної поведінки. Сучасні психоаналітичні теорії, зокрема розглянуті в праці Болебера, доповнюють уявлення про травму як про процес структурної регресії особистості [4, с. 130]. Травма не зникає з психіки, а змінює її функціонування, викликаючи конфлікти між Я-структурами. Саме тому психоаналітична терапія зосереджується на усвідомленні витісненого змісту і поступовій інтеграції травматичного досвіду. Такий підхід спрямований не лише на зменшення симптомів, а й на відновлення психічної цілісності.

Із погляду гуманістичної психології, психотравма трактується як життєвий виклик, що може стати джерелом особистісного зростання. Климчук у своїй монографії аналізує феномен посттравматичного зростання як позитивну трансформацію, яка виникає у відповідь на глибоку кризу [15, с. 58]. Подолання психотравми пов'язане із переосмисленням життєвих цінностей, поглибленням саморефлексії та набуттям нового сенсу буття. Такий підхід не заперечує негативних наслідків травми, однак акцентує на можливості її трансформації у психічний ресурс. Реалізація внутрішнього потенціалу особистості відбувається

через переживання втрати, болю і відновлення ідентичності. У цьому контексті психотравма виступає як важлива точка біографічної еволюції.

У сучасних дослідженнях наголошується на міждисциплінарному характері вивчення психотравматичних явищ. Психологія, нейронаука, соціологія та культурологія поєднуються у спробах пояснити механізми формування й подолання психотравми. Особлива увага приділяється впливу дитячого досвіду на формування уразливості до травм у дорослому віці [7, с. 64]. Модифікації роботи мозку, зокрема амігдали і префронтальної кори, пов'язані з формуванням гіперчутливості до небезпеки та порушеннями регуляції емоцій. Така біо-психо-соціальна модель дозволяє глибше зрозуміти природу травматичних реакцій і підбирати індивідуалізовані терапевтичні підходи. Таким чином, поняття психотравми виходить за межі психології і вимагає системного осмислення.

Колективна психотравма є особливим різновидом, що охоплює великі соціальні групи і впливає на культурну пам'ять спільноти. Війни, геноциди, катастрофи, депортації — всі ці явища залишають слід не лише в індивідуальній, а й у колективній психіці. Горностай аналізує, як колективна травма може трансформуватись у політичну ідентичність або відтворюватися у вигляді соціальної напруги [10, с. 58]. Символічні маркери, наративи втрати та досвід страждання стають частиною ідеологічних конструкцій. Колективна травма також передається між поколіннями через мовні патерни, виховні стратегії та несвідомі емоційні установки. Таким чином, вона перетворюється на чинник довготривалого соціально-психологічного впливу.

Психотравма в дитинстві суттєво впливає на розвиток Я-образу, прив'язаність і здатність до емпатії. Дослідження свідчать, що пережитий досвід знецінення, покарання чи нехтування формує негативні установки до себе і світу [18, с. 221]. Травмовані діти можуть демонструвати унікальну поведінку, замкненість або агресію, що ускладнює соціалізацію. У дорослому віці наслідки

таких психотравм проявляються у вигляді тривожних розладів, порушень прив'язаності або проблем у побудові стосунків. Робота з дитячою травмою потребує обережного, поступового підходу з урахуванням рівня довіри та безпеки. Застосування метафоричних технік, арт-терапії або тілесно-орієнтованої терапії сприяє відновленню інтегрованої особистісної структури.

Ефективна допомога особам із травматичним досвідом передбачає комплексне втручання на рівні психотерапії, соціальної підтримки та профілактики. Ордатій наголошує на значенні відновлення внутрішніх ресурсів та самоусвідомлення як ключових чинників подолання травми [29, с. 3]. Психотерапевтичні моделі, такі як когнітивно-поведінкова терапія, EMDR та позитивна психотерапія, демонструють ефективність у роботі з ПТСР. У кризовій психології важливе місце займає техніка «тут-і-зараз», яка допомагає людині вийти зі стану ретравматизації. Створення безпечного простору та валідація емоцій клієнта сприяють побудові нової наративної структури досвіду. Успішне опрацювання психотравми сприяє відновленню життєвого балансу та активізації потенціалу розвитку.

Підсумовуючи, слід визнати психотравму багатовимірним феноменом, що впливає на всі рівні психічного функціонування — від нейробіологічного до соціального. Її аналіз вимагає врахування індивідуальних, культурних та історичних контекстів. Системна психотерапевтична робота дозволяє не лише зменшити деструктивні прояви травми, а й трансформувати її у ресурс. Дослідження у цій сфері мають сприяти створенню ефективних моделей підтримки, особливо в умовах суспільної нестабільності. Зміна парадигми — від патологізації до прийняття травматичного досвіду — відкриває нові горизонти для гуманістичної психології. Наукове осмислення психотравми залишається ключовим напрямом сучасної психотерапевтичної практики.

Психологічна травма як феномен має багатогранну природу, що визначається різними чинниками її виникнення. Класифікація психотравм охоплює джерело впливу, тривалість, характер дії та тип залучених осіб. За джерелом виокремлюють травми, спричинені природними катастрофами, війною, насильством, аваріями та іншими деструктивними подіями.

У табл. 1.1 представлено класифікацію психотравм за основними критеріями, яка дозволяє краще систематизувати підходи до діагностики та втручання.

Таблиця 1.1

Класифікація психотравм за основними критеріями

Критерій класифікації	Види психотравм	Характеристика	Приклади
За джерелом впливу	Природні катастрофи, війна, насильство, аварії, соціальні катаклізми	Визначається джерелом загрози, що викликає психотравматичну реакцію	Землетрус, військові дії, зґвалтування
За тривалістю	Гостра, хронічна, повторювана	Залежить від тривалості дії травмуючого чинника	Раптова втрата (гостра), тривалий булінг (хронічна)
За характером впливу	Особистісна, колективна	Орієнтується на глибину залучення особистості або соціуму	Приниження (особистісна), епідемія (колективна)
За віком постраждалого	Дитяча, підліткова, доросла, похилого віку	Враховує психофізіологічні особливості на різних етапах життя	Дитина-свідок насильства, самотня літня людина
За масштабом охоплення	Індивідуальна, масова, трансгенераційна	Охоплює ступінь поширення травматичного впливу	Жертва ДТП (індивідуальна), війна (масова)

Поділ психотравм на категорії сприяє формуванню індивідуалізованих стратегій психологічної підтримки. Науковий інтерес до типології травм зростає в умовах суспільних криз і збройних конфліктів [1, с. 23].

Гострі психотравми виникають раптово та мають шоківий ефект, змінюючи звичну структуру сприйняття світу. Такі травми часто пов'язані з

ДТП, раптовою втратою близьких, нападом чи свідченням насильства. Психологічна реакція зазвичай включає дезорієнтацію, паніку та посттравматичні симптоми. Негайна психологічна допомога знижує ризик переходу гострої фази у хронічну. Важливою умовою подолання таких травм є безпечне середовище та підтримка з боку близьких. Ефективність психотерапевтичних втручань залежить від вчасного виявлення психотравматичних симптомів.

Хронічні психотравми формуються поступово та часто залишаються непоміченими до моменту загострення психічного стану. Їх джерелом можуть бути постійні знущання, емоційне чи фізичне насильство, соціальна ізоляція або довготривала бідність. На відміну від гострих, хронічні травми пов'язані зі стійкими змінами особистісних структур. У багатьох випадках вони призводять до формування тривожних, депресивних або адиктивних розладів. Робота з такими пацієнтами потребує тривалого і комплексного підходу. Психотерапевтична допомога має ґрунтуватися на виявленні первинного джерела травматизації.

Повторювані психотравми виникають внаслідок циклічного характеру травматичних подій, що зумовлює їх кумулятивний ефект. Прикладами можуть бути домашнє насильство, насильство в дитячих установах або бойові дії. Такий тип психотравми сприяє розвитку комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР). Людина втрачає здатність довіряти оточенню, розвиває симптоми дисоціації, уникнення або гіперзбудливості. Психотерапевтичні підходи повинні включати як стабілізацію, так і реконструкцію самоідентичності. Повторюваність травми ускладнює прогноз, але не виключає відновлення.

Особистісні психотравми мають суб'єктивний характер переживання і можуть мати глибокий вплив навіть при об'єктивно незначних подіях. У таких випадках травматичний вплив пов'язаний із порушенням базових психологічних

структур – довіри, самооцінки, контролю. Індивідуальні особливості реагування визначають глибину психотравматизації. Ситуації приниження, втрати соціального статусу або емоційної безпеки можуть спричинити глибокі зміни у сприйнятті себе. Корекційна робота має включати техніки ресоціалізації та відновлення образу «Я». Формування адаптивних механізмів дозволяє знизити деструктивний ефект таких травм.

Коллективні психотравми охоплюють групи осіб, які спільно пережили травматичну подію, як-от війна, пандемія чи техногенна катастрофа. Психічні наслідки колективних травм виявляються в зміні суспільних норм, формуванні культур травми та поширенні тривожних наративів. Такі травми мають не лише індивідуальний, а й соціально-психологічний вимір. Механізми подолання включають як індивідуальне консультування, так і групову терапію, культурні практики зцілення. Дослідження колективної травми відкриває можливості для аналізу трансгенераційних наслідків. Проблема колективної пам'яті є ключовою в розумінні впливу травми на ідентичність спільнот.

Вікові психотравми охоплюють специфіку переживання травми у певні періоди розвитку особистості – дитинство, підлітковий вік, старість. У дітей травма особливо небезпечна через незрілість когнітивних та емоційних структур. Порушення у ранньому віці можуть призводити до затримки розвитку, формування недовіри або поведінкових розладів. У підлітковому віці психотравма ускладнює становлення ідентичності та провокує ризик девіантної поведінки. Для літніх осіб травматизація часто пов'язана з втратою соціальних зв'язків, втратою сенсу або функціональних можливостей. Робота з віковими травмами вимагає міждисциплінарного підходу та урахування контексту життєвого циклу.

Дитячі психотравми становлять окремий напрям у психологічному консультуванні через довготривалий вплив на психосоціальний розвиток. Наявність ранніх травматичних подій корелює з ризиком виникнення

психосоматичних захворювань, залежностей та порушення міжособистісних зв'язків. Особливу увагу приділяють інструментам скринінгу, таким як анкета ACE, яка дозволяє оцінити інтенсивність негативного досвіду [7, с. 65]. Діти мають обмежені ресурси для осмислення травми, тому ефективною є терапія через гру, арт-техніки та емоційне дзеркалення. Психологічна підтримка в освітньому середовищі має значення для профілактики вторинної травматизації. Залучення родини підвищує ефективність терапевтичних втручань.

Травми, пов'язані з бойовими діями, включають складний комплекс реакцій на загрозу життю, смерть побратимів, фізичне ушкодження та втрату сенсу. Військовослужбовці часто переживають посттравматичні стани навіть після тривалого повернення до мирного життя. Симптоматика охоплює флешбеки, нічні кошмари, дратівливість, соціальну ізоляцію. Особливої уваги потребує група ветеранів, які залишаються без належного психологічного супроводу. Робота з такими пацієнтами вимагає поєднання когнітивно-поведінкових технік і ресурсно-орієнтованого підходу. Наявність соціальної підтримки знижує ризик хронізації симптомів.

Психотравматичні стани мають широкий спектр проявів, які залежать від індивідуальних особливостей людини (табл. 1.2). Вік, психологічний тип, попередній досвід подолання криз, соціальне оточення — усі ці чинники впливають на форму реакції на травмуючу подію. Навіть при однакових обставинах дві особи можуть переживати ситуацію по-різному: одна — з гострою тривогою, інша — з емоційним онімінням. Особливо яскраво це проявляється у випадках колективних травм, де спостерігається різниця між індивідуальною та соціальною динамікою переживань.

У деяких людей симптоматика з'являється негайно, а в інших — відтерміновано, через кілька тижнів або місяців. Подібна відстрочка ускладнює діагностику та часто призводить до помилкових висновків щодо стану постраждалого.

Прояви психотравми за віковими групами

Вікова група	Основні симптоми	Особливості прояву
Діти (до 12 років)	Регресивна поведінка, порушення сну, соматичні скарги, тривожність	Часто через гру, малюнки, зміну емоційної поведінки; залежність від дорослого
Підлітки (13–17 років)	Агресивність, імпульсивність, апатія, проблеми з навчанням	Поєднання емоційної нестабільності з протестною поведінкою; чутливість до соціального відторгнення
Молодь і дорослі (18–59 років)	Тривога, уникнення, депресія, проблеми зі сном і концентрацією	Прояви можуть бути замасковані під тілесні скарги або проблеми з працездатністю
Особи похилого віку (60+ років)	Почуття самотності, страх, психосоматичні розлади, втрата сенсу	Травма активізує страх смерті, залежність від соціальної підтримки; погіршує когнітивні функції

Серед найпоширеніших проявів психотравм виділяють підвищену тривожність, панічні атаки, емоційну лабільність, розлади сну та соматичні болі без виявленої органічної причини. Психосоматичні симптоми є маркером глибокого внутрішнього конфлікту, неусвідомленої реакції на психічну напругу. Люди з такими станами часто звертаються до лікарів, але стандартні обстеження не виявляють патологій. Це призводить до фрустрації, підвищення рівня дистресу і подальшої соціальної дезадаптації. Своєчасне залучення психолога або психотерапевта дає змогу віднайти зв'язок між тілесними симптомами та психотравмою. Лікування має бути комплексним — із залученням спеціалістів як соматичної, так і психічної сфери.

Прояви психотравми в дітей значно відрізняються від дорослих і часто маскуються під поведінкові чи навчальні проблеми. Найтипівішими є регресивна поведінка (наприклад, нічне нетримання сечі, смоктання пальця), підвищена агресивність або, навпаки, повна апатія та зниження активності. Часто діти втрачають інтерес до гри, уникають соціальних контактів, або проявляють тривожність без видимої причини. Важливим показником є зміна стилю малювання, ігрових сюжетів, реакцій на окремі слова чи образи. Робота з

дитячими травмами потребує участі батьків або опікунів, а також спеціалістів з дитячої психології. Відновлення дитини після травми часто триває довше, ніж у дорослого, через незавершеність психоемоційного розвитку.

У дорослих психотравма часто проявляється у вигляді порушення уваги, пам'яті, уникнення місць або людей, пов'язаних із травматичним досвідом. Часто формується симптоматика уникнення або замикання в собі, яка призводить до соціальної ізоляції. Людина може уникати розмов про подію, навіть забути її деталі, що є ознакою дисоціативної реакції. Деякі постраждали стикаються з порушенням довіри до оточення, формуванням песимістичної картини світу, почуттям безнадії. Тривалий перебіг таких станів без корекції призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Застосування когнітивно-поведінкової терапії, методів стабілізації та відновлення базового відчуття безпеки є ефективним у подоланні цих проявів.

Затримані прояви психотравми становлять окрему категорію психологічних розладів і потребують пильного нагляду. Вони можуть проявитися через тривалий час після травмуючої події — наприклад, коли зникає необхідність утримувати емоції задля виживання. У таких випадках симптоми розгортаються повільно, але набувають хронічного характеру. Людина починає усвідомлювати наслідки події вже тоді, коли психіка вичерпує ресурси компенсації. Відсутність своєчасної допомоги призводить до наростання внутрішньої напруги, депресивних станів, формування адикцій або навіть суїцидальних тенденцій. Тривалий і системний психотерапевтичний супровід залишається ключовим інструментом у подоланні наслідків таких психотравм.

Узагальнення понять, видів та проявів психотравми є ключовим етапом у створенні ефективної системи психологічної допомоги, профілактики та соціальної реабілітації осіб, які пережили травматичні події.

1.2 Життєва перспектива особистості: визначення та фактори, що її формують

Життєва перспектива є важливим елементом самосвідомості особистості, який визначає її здатність прогнозувати, планувати та мотивовано будувати власне майбутнє. Вона виступає як внутрішня система орієнтирів, що допомагає індивіду формувати життєві цілі, оцінювати можливості їх досягнення та приймати відповідальні рішення. Життєва перспектива є психологічним конструктом, що відображає суб'єктивне бачення майбутнього та визначає мотиваційну динаміку особистості. Вона формується на основі уявлень про значущі цілі, очікування, можливості та ціннісні орієнтири. Структура життєвої перспективи охоплює різні часові плани — від найближчих намірів до глобальних життєвих проєктів. Осмислення майбутнього має тісний зв'язок із самосприйняттям, внутрішньою послідовністю й когерентністю життєвого шляху. Дослідники зазначають, що життєва перспектива тісно пов'язана з установками на розвиток і відповідальністю за вибір [3, с. 74].

В табл. 1.3 узагальнено ключові структурні компоненти життєвої перспективи особистості.

Таблиця 1.3

Структура життєвої перспективи особистості

Компонент життєвої перспективи	Змістова характеристика	Психологічна функція
Цілеспрямованість	Наявність чітких життєвих цілей і прагнення їх досягти	Організація поведінки й мобілізація ресурсів
Віра у власні сили	Упевненість у здатності впливати на власне майбутнє	Підтримка мотивації та адаптації
Емоційна забарвленість	Переважно позитивне чи негативне ставлення до уявного майбутнього	Зміцнення емоційної стабільності
Внутрішня послідовність	Логічна узгодженість уявлень про майбутнє з цінностями та діями	Підвищення внутрішньої цілісності
Уявлення про час	Уміння структурувати коротко- та довгострокові часові горизонти	Формування часової перспективи розвитку

Цілеспрямованість як один із головних елементів життєвої перспективи вказує на наявність конкретних намірів і смислової наповненості дій. Особистість, що має сформовану життєву мету, виявляє стійкість у складних умовах, демонструє послідовність у досягненні результатів. Мотиваційна сфера тісно переплетена з когнітивною — людина не лише прагне, а й аналізує ресурси для реалізації цілей. Зниження цілеспрямованості часто супроводжується фрустрацією, тривожністю й почуттям безглуздості. Терапевтична практика свідчить про те, що відновлення мети є ефективною стратегією стабілізації емоційного стану. Активізація смислів допомагає переорієнтувати особистість на конструктивні життєві сценарії.

Компонент віри у власні сили визначає, наскільки особистість упевнена у можливості впливати на події майбутнього. Високий рівень суб'єктивного контролю сприяє формуванню оптимістичної життєвої перспективи. За умов невизначеності та стресу саме віра в себе дозволяє підтримувати внутрішню стійкість. Втрата такого компонента може призвести до пасивності, уникнення відповідальності та депресивних станів. Осмислення життєвих бар'єрів і переоцінка власних здібностей є частиною процесу формування реалізму в уявленнях про майбутнє. Розвиток самоефективності є ключовим чинником життєвого проектування.

Емоційна забарвленість життєвої перспективи визначає загальне ставлення до майбутнього — як позитивне, нейтральне чи негативне. Переважання позитивної афективної складової підсилює мотивацію до дії, сприяє довгостроковому плануванню. Особи з депресивними тенденціями мають схильність до негативного прогнозування, що обмежує здатність бачити можливості. Нейтральна або амбівалентна установка свідчить про фрагментарність або невизначеність життєвої перспективи. Зміна емоційної насиченості може бути реакцією на зовнішні події або внутрішні конфлікти.

Ресурсно-орієнтована психотерапія здатна трансформувати негативне бачення майбутнього на конструктивне.

Життєвий досвід, соціальні обставини та доступ до ресурсів суттєво впливають на якість життєвої перспективи. Успішні досягнення зміцнюють мотиваційну структуру, тоді як повторювані невдачі можуть формувати дезорганізацію майбутнього. Наявність соціальної підтримки, зокрема з боку сім'ї та значущих осіб, слугує буфером проти деструктивних впливів. Самооцінка виконує роль внутрішнього регулятора в розбудові перспективних моделей поведінки. Позитивна ідентичність сприяє активному плануванню, тоді як фрагментованість образу «Я» зумовлює труднощі в побудові послідовного бачення майбутнього. Психокорекційні втручання мають охоплювати як когнітивний, так і афективний рівень уявлень про життєвий шлях.

Зміни життєвої перспективи можуть відбуватися як поступово, так і раптово — під впливом криз, втрат, нових можливостей або значущих подій. Особистісна криза змінює ставлення до цілей, сенсу й часових орієнтирів. Інколи втрата старих смислів стимулює появу нових життєвих стратегій, що базуються на переосмисленні минулого досвіду. Періоди нестабільності, зокрема в юнацькому чи пенсійному віці, є найбільш чутливими до трансформацій перспектив. У таких випадках підтримка оточення та робота над відновленням життєвої цілісності є необхідною умовою адаптації. Динамічний характер життєвої перспективи потребує її періодичної переоцінки впродовж життя.

Життєва перспектива тісно пов'язана з психологічним здоров'ям та загальним відчуттям благополуччя. Люди з виразно структурованим баченням майбутнього демонструють вищу якість життя, стійкість до стресу, кращу адаптацію в соціальному середовищі. Втрата перспективи асоціюється з тривогою, суїцидальними думками, депресивними станами та соціальною дезадаптацією. У клінічній практиці життєва перспектива часто

використовується як діагностичний маркер внутрішньої мотиваційної архітектури. Психологічна допомога має включати виявлення цінностей і довгострокових цілей як основу стабілізації стану. Таким чином, життєва перспектива є не лише концептом, а й терапевтичним ресурсом.

Формування життєвої перспективи зумовлюється взаємодією соціального контексту, індивідуального досвіду та психологічних характеристик особистості. Значну роль відіграють умови сімейного виховання, зокрема стилі батьківської взаємодії, рівень підтримки й очікувань. У сім'ї закладаються перші уявлення про майбутнє, які надалі модифікуються під впливом середовища. Досвід спостереження за дорослими моделями життєвого проектування формує у дитини базові орієнтири. Особливості сімейної атмосфери можуть як посилювати впевненість у майбутньому, так і знижувати життєвий оптимізм.

В табл. 1.4 відображено ключові групи факторів, що впливають на життєву перспективу.

Таблиця 1.4

Фактори, що впливають на формування життєвої перспективи

Група факторів	Зміст впливу	Можливий ефект
Сімейні умови	Формування базових уявлень про майбутнє, моделі поведінки	Оптимістична або тривожна картина майбутнього
Освітнє середовище	Розвиток цілей, планування, самосприйняття	Посилення впевненості або її зниження
Соціальне оточення	Соціальні зразки, підтримка, приналежність	Сприйняття себе як здатного до дії або безпорадного
Психологічні чинники	Рефлексія, самосвідомість, автономія	Гнучкість або ригідність перспективи
Індивідуальні особливості	Темперамент, характер, рівень тривожності	Розширення або звуження життєвого горизонту
Життєвий досвід	Участь у подіях, досвід подолання труднощів	Формування ресурсності або безнадії
Доступ до ресурсів	Доступ до освіти, інформації, матеріальних благ	Системність чи фрагментарність планування

Освітній простір виступає як друге за значенням середовище формування уявлень про майбутнє. Школа та університет сприяють розвитку

цілеспрямованості, планування й прогнозування. Важливим є вплив педагогів, які можуть стати позитивними зразками для наслідування. Успішність навчання також корелює з рівнем життєвих очікувань і впевненості у власних силах. Наявність підтримуючого освітнього середовища сприяє зміцненню віри у свої можливості. Натомість досвід приниження, порівнянь або покарання формує занижену самооцінку й тривожний погляд на майбутнє.

Соціальне оточення виконує роль фільтра, через який проходять життєві орієнтири, цінності та моделі поведінки. Друзі, куратори, лідери думок — усі вони впливають на уявлення про перспективи. Групова приналежність дає відчуття сенсу та напрямку, а її втрата — викликає фрустрацію. Наявність позитивного соціального капіталу підтримує реалізацію планів і цілей. Досвід соціальної ізоляції, зради або мобінгу може суттєво порушити здатність до життєвого проектування. Відтак важливим є формування навичок побудови підтримуючих соціальних зв'язків.

Серед психологічних чинників вагоме місце посідає розвиток самосвідомості, здатність до рефлексії та усвідомлення цілей. Людина, яка усвідомлює власні бажання та ресурси, має чіткіше сформовану перспективу. Ступінь автономії та здатність приймати рішення також впливають на рівень орієнтації в майбутньому. Психологічна зрілість дозволяє адаптувати цілі до змін середовища без втрати їхньої значущості. Дефіцит рефлексії або залежність від зовнішньої оцінки знижують стійкість життєвих планів. У психотерапії увага до рефлексивних здібностей слугує індикатором готовності до формування нової перспективи.

Індивідуальні особливості, зокрема темперамент, риси характеру, рівень тривожності й оптимізму, формують стиль прогнозування майбутнього. Особистості з високим рівнем тривожності схильні перебільшувати труднощі та недооцінювати власні ресурси. Наполегливість, відкритість до нового й емоційна стабільність сприяють позитивному сприйняттю майбутнього. Тип

темпераменту визначає швидкість і глибину реакції на життєві зміни. Комбінація біологічних і соціалізованих рис впливає на формування внутрішнього образу майбутнього. Адаптивний стиль реагування забезпечує гнучкість життєвої перспективи в умовах невизначеності.

Досвід подолання життєвих труднощів і криз зміцнює віру в себе та підвищує суб'єктивне відчуття контролю. Ситуації, що вимагали прийняття складних рішень, залишають слід у структурі життєвої перспективи. Успішне подолання викликів сприяє побудові нових сенсів і зміцнює впевненість у власній ефективності. Часто саме труднощі формують більш реалістичний, але водночас оптимістичний погляд на майбутнє. Такий досвід стає джерелом ресурсів у періоди нових викликів. Натомість хронічні невдачі можуть викликати відмову від довгострокових цілей.

Особливу роль у формуванні життєвої перспективи відіграє досвід участі в значущих подіях. Такі події розширюють горизонти особистості, дозволяють побачити альтернативні шляхи розвитку. Участь у проєктах, волонтерських ініціативах, творчих або професійних спільнотах формує почуття залученості. Відчуття впливу на хід подій сприяє формуванню активної позиції щодо власного життя. Залучення до суспільно значущих процесів підвищує цінність особистих цілей. Життєва перспектива набуває системності завдяки наявності емоційно значущих переживань.

Рівень доступу до ресурсів — матеріальних, освітніх, інформаційних — суттєво впливає на реалізм і масштаб життєвих цілей. Соціальна нерівність створює бар'єри для формування адекватної перспективи в осіб із вразливих груп. Доступ до якісної освіти, підтримка менторів, фінансова стабільність — чинники, що розширюють можливості планування. Брак ресурсів формує короткостроковий горизонт планування, орієнтований на виживання. Тому під час консультування важливо враховувати реальний доступ до зовнішніх

ресурсів. Життєва перспектива тісно пов'язана з відчуттям особистої та соціальної спроможності [1, с. 19].

На завершення варто підкреслити, що життєва перспектива — це складний феномен, який виконує регулятивну функцію в життєдіяльності особистості. Вона формує загальний напрямок розвитку, дозволяє структурувати часовий простір і забезпечує внутрішню мотивацію. Формування перспективи є важливим завданням психічного дозрівання, що починається в юності та трансформується з досвідом. В

Отже, життєва перспектива особистості — це не лише уявлення про майбутнє, а й динамічний конструкт, що формується під впливом багатьох чинників і визначає здатність особистості реалізовувати себе у різних життєвих сферах.

1.3 Механізми впливу психотравми на психологічне благополуччя та життєву перспективу

Психотравма є складним психічним феноменом, який здатен спричинити суттєві зміни у когнітивно-афективній структурі особистості. Травматичний досвід порушує базові уявлення про безпеку, стабільність і контроль, що є фундаментальними для відчуття благополуччя. Після дії психотравмивного чинника можуть виникати стійкі емоційні дисфункції, зокрема тривожність, гіперзбудливість або депресивні стани. Механізм дії травми часто пов'язаний із порушенням роботи лімбічної системи, особливо мигдалини й гіпокампу, що зумовлює спотворене сприйняття поточних подій. Схильність до ретравматизації зумовлює повторне «переживання» болісного досвіду навіть у безпечних обставинах. Результатом стає звуження життєвих перспектив і зниження адаптивного потенціалу [5, с. 61].

Наявність психотравми істотно впливає на формування самооцінки та уявлень про власне майбутнє. Дослідження свідчать, що пережитий стрес у дитинстві часто корелює з песимістичним світоглядом у зрілому віці. Емоційна нестабільність і когнітивні викривлення формують відчуття приреченості, що унеможлиблює планування майбутнього. Часто особа схильна до уникання або заперечення перспектив, оскільки вони асоціюються з загрозою або втратою контролю. Травматичний досвід формує внутрішні заборони на мрії, розвиток і досягнення, що знижує мотивацію до самореалізації. У таких умовах життєва перспектива втрачає чіткість, гнучкість та спрямованість.

Значну роль у механізмі впливу відіграють копінг-стратегії, сформовані в результаті адаптації до травматичних обставин. У деяких випадках домінують деструктивні стратегії, як-от ізоляція, уникнення, гіперконтроль або залежності. Такі реакції не лише не сприяють розв'язанню внутрішніх конфліктів, а й поглиблюють дезадаптацію. Продуктивні копінг-стратегії, наприклад пошук підтримки чи рефлексивне осмислення досвіду, зустрічаються рідше і потребують спеціальної допомоги. Структурна регресія як один із наслідків травматизації призводить до порушення інтеграції особистісних ресурсів [14, с. 22]. Стабілізація психічного стану можлива лише за умови психотерапевтичної роботи з базовими емоційними структурами.

Психотравма часто впливає на часову структуру сприйняття, змінюючи відчуття минулого, теперішнього і майбутнього. Особи, які зазнали глибокої травматизації, схильні до фіксації на минулому, що виявляється у формі нав'язливих спогадів, флешбеків або ретроспективних інтерпретацій. Майбутнє втрачає привабливість і сенс, що негативно відбивається на життєвій перспективі. Виникає так звана «психологічна зупинка часу», яка блокує здатність до розвитку та проектування особистих планів. Дисфункція часової орієнтації може бути як первинною реакцією на травму, так і вторинним

проявом тривалого ПТСР. Відновлення цілісної часової лінії є ключовим завданням психокорекції.

Функціонування «Я-образу» також зазнає змін під дією травматичних подій. У свідомості формується негативне уявлення про себе як про вразливого, недостойного або зруйнованого суб'єкта. Така ідентичність стає обмежувальним чинником для особистісного розвитку, формуючи механізм самознищення або самосаботажу. Зниження самооцінки та втрата впевненості у власних силах перешкоджають формуванню стабільної життєвої перспективи. Нерідко з'являється феномен «застиглої ідентичності», коли розвиток «Я» припиняється на рівні травматичної події [45, с. 64]. Повноцінна терапія має на меті не лише інтеграцію цього досвіду, а й реконструкцію позитивної ідентичності.

Коллективна травма створює специфічне соціальне середовище, у якому поширюються дезадаптивні моделі поведінки. У таких умовах особа може втратити відчуття контролю над життям і соціальну підтримку, що унеможлиблює створення надійних планів. Масовий досвід страждання формує атмосферу тривоги та недовіри, яка підриває віру в майбутнє. Ідентифікація з травмованою групою посилює залежність від зовнішніх обставин і знижує суб'єктивне відчуття впливу на життєвий шлях. Табл. 1.5 демонструє взаємозв'язок між рівнем колективної травматизації та ступенем порушення життєвої перспективи. Формування нових смислів і моделей спільнотної взаємодії є критично важливим для посттравматичного відновлення.

Посттравматичне зростання може виступати як компенсаторний механізм, здатний частково нейтралізувати негативний вплив травми. За певних умов особа здатна переосмислити травматичний досвід і інтегрувати його як частину власної історії. Цей процес включає зміцнення духовних, моральних або екзистенційних орієнтирів. При цьому підвищується рівень емпатії, відповідальності та гнучкості у вирішенні життєвих завдань. Не кожен індивід проходить шлях зростання, проте його можливість зберігається навіть за умов

глибокої деструкції. Психотерапевтична підтримка має сприяти актуалізації особистісних ресурсів для запуску позитивної трансформації [15, с. 37].

Таблиця 1.5

Взаємозв'язок колективної психотравми, копінг-стратегій та життєвої перспективи

Рівень колективної травматизації	Переважаючі емоційні реакції	Типові копінг-стратегії	Рівень емоційної стабільності	Спрямованість життєвої перспективи	Потреба в психологічній підтримці
Низький	Тимчасове занепокоєння	Активний пошук вирішення	Високий	Чітка, конструктивна	Помірна
Середній	Тривожність, нестабільність	Уникнення, звернення по допомогу	Змінна	Обмежена, ситуативна	Висока
Високий	Хронічний страх, безнадія	Ізоляція, залежна поведінка	Низький	Розмита, фрагментована	Критично висока

Рівень психологічного благополуччя залежить від здатності суб'єкта підтримувати баланс між емоційною стабільністю та наявністю життєвих смислів. Травма порушує цей баланс, змінюючи ієрархію цінностей, джерела радості та цілеспрямованості. Унаслідок цього виникають дезорганізація поведінки, порушення сну, харчування, комунікативної активності. Втрата інтересу до майбутнього призводить до екзистенційної порожнечі та апатії. Відновлення благополуччя потребує часу, безпечного середовища та підтримки з боку фахівців і близьких.

Отже, оцінка механізмів впливу психотравми на психологічне благополуччя та життєву перспективу дає змогу краще зрозуміти закономірності психічної дезадаптації та окреслити ефективні напрями психокорекційної і реабілітаційної роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТРАВМИ НА ЖИТТЄВУ ПЕРСПЕКТИВУ ОСОБИСТОСТІ

2.1 Опис процедури організації проведення емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження стало виявлення особливостей впливу психотравматичного досвіду на уявлення людини про своє майбутнє, її здатність до цілепокладання та життєвого планування.

Для досягнення поставленої мети було обрано комплекс кількісних і якісних методик, спрямованих на діагностику симптомів травматизації та параметрів життєвої перспективи.

Дослідження проводилося на базі психолого-консультативного центру за участі осіб віком від 20 до 45 років, які надали інформовану згоду на участь. Вибірка складалася з двох груп: Г1 (осіб із задокументованим психотравматичним досвідом) та Г2(осіб без наявного травматичного анамнезу). Кількісний склад вибірки становив 60 осіб (по 30 у кожній групі), сформованих за принципом вікової та статевої рівноваги.

На першому етапі учасники проходили анкетування з використанням опитувальника негативного дитячого досвіду (ACE Questionnaire) та шкали впливу події (Impact of Event Scale – IES-R), що дозволяло встановити наявність і ступінь вираженості симптомів психотравматизації. Дані інструменти дали змогу охарактеризувати травматичний фон респондентів та виокремити клінічно значущі прояви ПТСР.

Наступним кроком стало дослідження життєвої перспективи за допомогою методики «Життєвий шлях» (візуалізація минулого, теперішнього та майбутнього у графічному та текстовому форматі) і Шкали задоволеності життям (SWLS). Ці інструменти дозволили виявити ступінь осмисленості особистістю власного життєвого шляху та її ставлення до перспектив.

Розглянемо зміст діагностичного інструментарію більш детально.

1. *Опитувальник негативного дитячого досвіду (ACE)* є валідованим інструментом, розробленим для виявлення рівня дитячої травматизації та її потенційного впливу на психічне і фізичне здоров'я у дорослому віці (Додаток А). Методика охоплює десять базових категорій травмувального досвіду, які поділяються на три групи: жорстоке поводження (фізичне, емоційне, сексуальне), нехтування (фізичне, емоційне) та дисфункція в сім'ї (наявність психічного захворювання, зловживання алкоголем або наркотиками, насильство в родині, розлучення батьків, ув'язнення члена сім'ї). Респондентам пропонується відповісти на серію запитань, що стосуються подій, які могли мати місце у віці до 18 років. Кожна відповідь типу "так" оцінюється в 1 бал, після чого підраховується загальна кількість балів – від 0 до 10. Вищий сумарний бал свідчить про більшу кількість негативних впливів у дитинстві, які можуть бути чинниками ризику розвитку психологічних труднощів у майбутньому.

Методика ACE широко застосовується в клінічній психології, психотерапії, соціальній роботі та дослідженнях, пов'язаних із психічним здоров'ям. У контексті даного дослідження опитувальник дозволяє визначити рівень ранньої травматизації як одного з ключових предикторів порушеної життєвої перспективи в дорослому віці. Він виявляє приховані або витіснені спогади про травмувальні події, які можуть впливати на формування образу "Я", довіру до світу, цілепокладання та суб'єктивне бачення майбутнього. Важливою перевагою методики є її простота у застосуванні, висока чутливість до широкого спектру травм і можливість використовувати її у поєднанні з іншими діагностичними інструментами. В результаті інтерпретації отриманих балів дослідник може не лише кількісно оцінити рівень травматизації, а й виявити специфічні патерни впливу негативного дитячого досвіду на життєву перспективу особистості.

2. *Шкала впливу події (IES-R)* є одним із найбільш поширених інструментів для оцінки посттравматичних симптомів у дорослих, які пережили психотравмуючу подію (Додаток Б). Вона розроблена на основі діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР) згідно з DSM-IV і охоплює три основні групи симптомів: інтрузивність (нав'язливі спогади, сни, флешбеки), уникнення (уникання думок, емоцій чи ситуацій, пов'язаних з травмою) та гіперзбудження (дратівливість, підвищена пильність, труднощі зі сном). Методика складається з 22 тверджень, кожне з яких оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (зовсім не турбує) до 4 (надзвичайно сильно турбує). Респондент оцінює, наскільки часто протягом останнього тижня він відчував певні емоційні чи фізіологічні реакції на подію, що його травмувала.

IES-R дає змогу кількісно виміряти рівень психологічного дистресу, пов'язаного з конкретною травмою, і виявити ризик розвитку ПТСР. У дослідженні впливу психотравми на життєву перспективу ця методика є важливою для фіксації суб'єктивної інтенсивності переживань, які блокують майбутнє планування та знижують ресурсність особистості. Підвищені бали за окремими шкалами свідчать про наявність емоційного залипання на травматичному досвіді, уникання будь-яких згадок про нього та високий рівень напруги, що прямо впливає на цілепокладання, здатність бачити перспективу та підтримувати смислову структуру життя. Методика має високу надійність і чутливість, а також підходить як для первинного скринінгу, так і для динамічного моніторингу змін у процесі психологічної підтримки чи терапії.

3. *Методика «Життєвий шлях»* є проєктивно-аналітичним інструментом, спрямованим на вивчення уявлень людини про своє минуле, теперішнє та майбутнє, а також осмислення нею ключових подій, змін і цілей у житті (Додаток В). У класичному варіанті респонденту пропонують на аркуші паперу зобразити пряму або криву лінію, яка символізує його життєвий шлях, і позначити на ній важливі події, переломні моменти та очікувані перспективи.

Додатково він коментує зображене в усній чи письмовій формі, розкриваючи значення окремих подій, рівень емоційного залучення та очікування від майбутнього. Особливу увагу в методиці приділяють співвідношенню трьох часових площин (минулого, теперішнього і майбутнього), наявності або відсутності життєвих цілей, суб'єктивному відчуттю розвитку, стабільності або перерв. Методика дає змогу виявити фрагменти життєвої траєкторії, пов'язані з травматичними подіями, і простежити, як вони впливають на побудову майбутнього.

У контексті дослідження впливу психотравми методика «Життєвий шлях» дозволяє візуалізувати, наскільки подія порушила безперервність життєвого сценарію та структуру особистісної перспективи. Відсутність позначень у зоні майбутнього, спотворені або розірвані лінії, невизначеність у формулюванні цілей — типові проєктивні маркери посттравматичного стану. Водночас наявність символів зростання, продовження або надії свідчить про здатність особистості до інтеграції травматичного досвіду та відновлення смислотворення. Методика є гнучкою до модифікацій: її можна адаптувати під групову чи індивідуальну роботу, а також доповнювати запитаннями інтерв'ю або психогеографічним аналізом просторового зображення. Інтерпретація результатів відбувається як кількісно (кількість подій, пропорція часових зон), так і якісно (змістовий аналіз тем, символів, оцінок).

4. *Шкала задоволеності життям (SWLS)*, розроблена Дінером, Еммонсом, Ларсеном і Гріффіном, є стандартизованим психометричним інструментом для оцінки загального рівня суб'єктивного благополуччя особистості (Додаток Г). Методика складається з 5 тверджень, які відображають когнітивне сприйняття респондентом свого життя загалом (наприклад: «Я задоволений своїм життям»). Респонденти оцінюють кожне твердження за 7-бальною шкалою Лайкерта від 1 (категорично не згоден) до 7 (повністю згоден), що дозволяє кількісно виміряти ступінь їх задоволеності життям. SWLS

не оцінює емоційні стани, а фокусується саме на свідомій, оціночній складовій суб'єктивного благополуччя. Універсальність методики дозволяє використовувати її як у клінічних, так і в немедичних умовах, серед осіб різного віку й соціального статусу.

У контексті вивчення впливу психотравми шкала SWLS дає змогу виявити, наскільки травматичний досвід знижує рівень життєвого задоволення або, навпаки, провокує переосмислення й зростання. Зниження загального балу може сигналізувати про втрату сенсу, демотивацію, фрустрацію потреб або стійке незадоволення результатами власного життя. У поєднанні з проєктивними методиками шкала дозволяє поглибити розуміння того, як особистість оцінює своє минуле і перспективи після травматичного досвіду. Перевагами SWLS є її компактність, валідність і простота інтерпретації, що робить її зручною для емпіричних досліджень впливу психотравмуючих факторів на суб'єктивну якість життя.

Процедура дослідження передбачала індивідуальну роботу з кожним учасником, з дотриманням принципів конфіденційності, добровільності та психологічної безпеки. На кожному етапі забезпечувалася емоційна підтримка з боку консультантів та можливість припинити участь у дослідженні без пояснення причин. Зібрані дані були закодовані, проаналізовані за допомогою програмного забезпечення Statistica та SPSS, а також оброблені із застосуванням методів описової статистики та порівняльного аналізу (зокрема, t-критерій Стьюдента, U-критерій Манна–Уїтні, коефіцієнт кореляції Пірсона).

Результати кожного учасника фіксувалися в індивідуальній дослідницькій картці, яка включала соціально-демографічні відомості, результати психодіагностичних методик, а також експертну оцінку психологічного стану. Особлива увага приділялася якісному аналізу текстових матеріалів із методики «Життєвий шлях», у яких простежувалося ставлення до майбутнього, рівень емоційного залучення та наявність життєвих цілей. У межах етичного контролю

дослідження пройшло попереднє схвалення локального етичного комітету та відповідало вимогам Етичного кодексу психолога.

Таким чином, емпіричне дослідження було організоване з урахуванням наукових вимог до валідності, надійності та репрезентативності, що дозволяє розглядати його результати як достовірну основу для подальших висновків щодо впливу психотравми на життєву перспективу особистості.

2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження: аналіз впливу психотравми на життєві перспективи

У межах емпіричного дослідження було проаналізовано зв'язок між кількістю негативних дитячих досвідів (психотравматичних чинників) і характеристиками життєвої перспективи в дорослому віці. Для цього було застосовано *опитувальник негативного дитячого досвіду (ACE Questionnaire)*, який дозволив кількісно виміряти інтенсивність ранньої травматизації.

Метою аналізу результатів методики ACE було визначення кількісної представленості психотравмуючих чинників у досвіді учасників та якісне порівняння особливостей життєвих перспектив у респондентів із різним рівнем негативного дитячого досвіду. Дослідження охоплювало 60 осіб віком від 20 до 45 років, які були умовно поділені на дві групи: Г1 склали респонденти з 4 і більше балами за методикою ACE, другу (Г2) – особи з 0–1 балом.

Методика дозволила виявити, що високі показники психотравматизації у дитинстві супроводжуються зниженням чіткості та цілісності життєвої перспективи, нестачею довіри до майбутнього, зниженим рівнем суб'єктивного контролю та браком осмислених життєвих цілей.

У результатах першої групи (n=30) виявлено переважання таких форм травматизації, як емоційне нехтування (23 особи), конфлікти або насильство в

родині (16 осіб), досвід психічного захворювання або залежності в найближчому оточенні (14 осіб), розлучення або відсутність одного з батьків (19 осіб) (табл. 2.1 та рис. 2.1).

Таблиця 2.1

Процентний розподіл відповідей респондентів за методикою ACE

Категорія ACE	Кількість респондентів (n=30)	Відсоток (%)
Емоційне нехтування	23	76
Насильство в родині	16	53
Розлучення батьків	19	63
Залежність у родині	14	47
Емоційне/фізичне насильство	12	40

У багатьох випадках фіксувалося накладання кількох категорій травм. Учасники часто описували свій досвід дитинства як небезпечний, нестабільний або емоційно позбавлений підтримки. Такі відповіді супроводжувалися загальним фоном недовіри до людей, униканням довгострокового планування та побоюванням майбутніх змін. Більшість респондентів з високими ACE-рівнями на етапі якісного опису вказували на невизначеність щодо професійної, особистісної чи сімейної реалізації в майбутньому.

Навпаки, респонденти з другої групи (n=30), які мали 0 або 1 бал, демонстрували значно більш структуроване уявлення про своє майбутнє, охоче говорили про життєві цілі, плани та внутрішні мотиваційні джерела. Серед цих осіб частіше фіксувалися позитивні згадки про дитинство, підтримку з боку батьків, досвід безпечного та стабільного середовища.

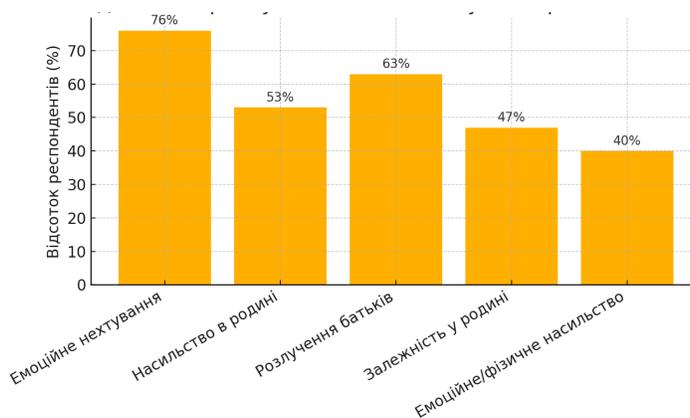


Рис. 2.1 Графічне представлення розподілу показників психотравмувальних чинників

У відповідях на відкриті запитання вони демонстрували чітке уявлення про себе через 5–10 років, бачення своїх ролей у соціумі, готовність до реалізації особистісного потенціалу. Також респонденти з цієї групи зазначали, що їхній життєвий вибір залежить від них самих, а не від зовнішніх обставин чи "долі".

Крім описових відповідей, увагу привернули емоційні характеристики текстів обох груп. У першій групі (з високим АСЕ-рівнем) переважали висловлювання з лексикою емоційної втоми, сумнівів, тривоги та зневіри: «я не бачу сенсу», «не знаю, чого хочу», «не бачу себе в майбутньому». Часто у відповідях з'являлася позиція уникнення: «не хочу думати», «немає сенсу планувати». Натомість у другій групі зустрічалися позитивні смислові маркери: «хочу досягти», «маю мету», «планую змінити». Важливо, що навіть за відсутності формальної психопатології, світоглядні розриви у формуванні життєвої перспективи у першій групі свідчать про глибокий вплив ранніх травм на базові особистісні структури.

Результати також узгоджувалися з матеріалами графічного аналізу ліній життя (рис. 2.2), виконаних за проективною методикою «Життєвий шлях».

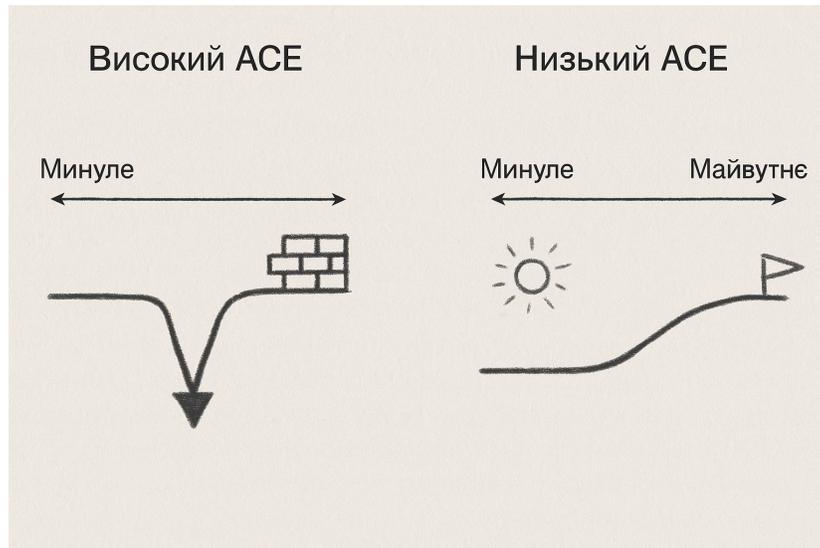


Рис. 2.2 Зображення результатів за проективною методикою «Життєвий шлях»

Учасники з високими ACE-балами частіше або зовсім не зображували майбутнє на лінії, або створювали символічні бар'єри, розриви, похмурі кольори, стрілки вниз, які свідчили про втрату цілісності життєвого сценарію. Деякі малюнки містили позначення критичних точок, після яких «немає руху» або «все зупинилось», що контрастувало із роботами учасників другої групи, в яких майбутнє позначалося символами розвитку, світла, цілей, а лінія мала послідовний і плавний характер.

Таким чином, аналіз результатів методики ACE дозволяє зробити важливий висновок: негативний досвід дитинства прямо впливає на здатність особистості будувати життєву перспективу, формувати смисли, планувати та реалізовувати особистісний потенціал. Виявлені відмінності не обмежуються лише описовими характеристиками, а мають глибокий психологічний сенс, що потребує подальшої інтерпретації у психотерапевтичному та профілактичному контексті. Отримані результати підкреслюють потребу у впровадженні ранньої психологічної інтервенції для осіб із високим рівнем ACE з метою зміцнення

їхнього бачення майбутнього, розвитку суб'єктивної активності та підтримки внутрішніх ресурсів життєвого зростання.

Другим діагностичним інструментом у межах дослідження впливу психотравми на життєву перспективу особистості була *Шкала впливу події (IES-R)*, яка дозволяє виявити вираженість трьох основних кластерів посттравматичних симптомів – інтрузивності, уникнення та гіперзбудження. Ця методика була застосована до тих самих 60 учасників дослідження, поділених на дві групи на підставі рівня травматизації, визначеного за методикою АСЕ. Кожен учасник оцінював 22 твердження шкали за 5-бальною шкалою, після чого результати аналізувалися з погляду загального балу та індивідуальних профілів реакцій на травматичну подію (табл. 2.2 та рис. 2.3). У контексті аналізу життєвої перспективи головна увага приділялася тлумаченню того, як симптоматика ПТСР впливає на здатність особистості уявляти, планувати й емоційно приймати власне майбутнє.

Таблиця 2.2

Результати відповідей респондентів за шкалою IES-R

Група	К-сть респондентів	Середній бал IES-R	Рівень симптомів
Г1	60%	54.8	Високий
Г2	73%	13.6	Низький

Середній сумарний бал у першій групі становив 54,8 бала, що відповідає високому рівню вираженості посттравматичних симптомів. У 60 % учасників цього сегменту були особливо виражені симптоми інтрузивності: нав'язливі думки, спогади, кошмари, раптові емоційні спалахи. Вони фіксували, що постійне мимовільне повернення до травматичного досвіду «зупиняє» мислення про майбутнє, не дозволяє уявити себе в іншій реальності або будувати довгострокові плани. Зустрічались формулювання: «я застряг у часі», «моє життя замкнулося в одному моменті», «неможливо думати про завтра, коли в голові – вчора». У деяких відповідях прослідковувалась відсутність

хронологічної перспективи, коли події минулого й майбутнього сприймалися як невизначена, змішана послідовність.

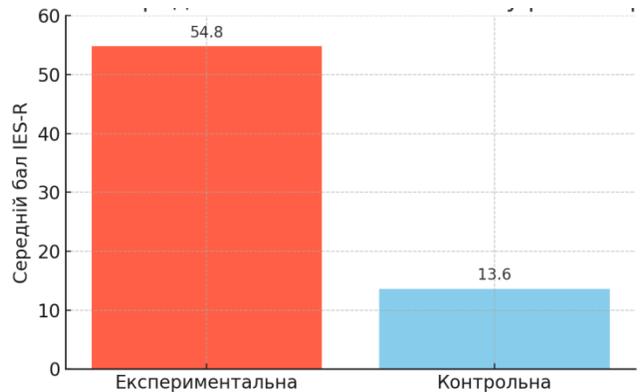


Рис. 2.3 Середній бал за шкалою IES-R у респондентів

Симптоми уникнення також були яскраво виражені в першій групі. 73 % учасників демонстрували уникнення думок про подію, місць і людей, пов'язаних з нею, а також загальне уникнення міркувань про себе в майбутньому. У психологічному змісті уникнення стає бар'єром для самопроектування, що істотно обмежує здатність до планування. Відповідно до якісного аналізу, учасники зазначали: «я не думаю про майбутнє – так простіше», «все одно не знаю, як буде», «немає сенсу щось уявляти». Такі судження вказують на формування захисного механізму, що базується на обмеженні часової перспективи та емоційному нівелюванні майбутнього.

На відміну від цього, учасники другої групи (n=30) продемонстрували низький рівень симптоматики: середній бал становив 13,6, що відповідає нормативним показникам. У цій групі практично відсутні прояви інтрузивності або уникнення, а наявні реакції були ситуативного, а не стійкого характеру. Учасники відкрито формулювали життєві цілі, мали чітке бачення найближчого та віддаленого майбутнього, висловлювали активну життєву позицію. Їхнє ставлення до подій життя вирізнялося когнітивною гнучкістю, а емоційні

реакції не блокували здатності до осмислення себе у часі. Відповіді містили позитивні смислові формулювання: «я знаю, чого прагну», «після важкого періоду я бачу нові можливості», «плани на майбутнє допомагають мені зберігати рівновагу».

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що посттравматичні симптоми, виміряні за методикою IES-R, мають прямий вплив на якість формування життєвої перспективи. Травматичний досвід, що залишився неінтегрованим, запускає механізми когнітивного уникнення та емоційного блокування майбутнього. В умовах гіперзбудження чи інтрузивності особистість втрачає відчуття контролю, часова перспектива замикається, а майбутнє втрачає чіткість і привабливість. Такі зміни порушують життєвий сценарій, знижують адаптивність та ускладнюють процес самореалізації. Виявлені особливості дають підстави вважати методику IES-R ефективним засобом не лише для виявлення симптомів ПТСР, а й для непрямой діагностики деформації життєвої перспективи, спричиненої психотравматичним досвідом.

Проективна методика «Життєвий шлях» була використана в якості якісного інструменту для вивчення особливостей життєвої перспективи осіб, які мали різний рівень психотравматичного досвіду. Методика дозволила зафіксувати особистісне ставлення до минулого, теперішнього й майбутнього, а також виявити глибинні уявлення про життєвий шлях, які часто не вербалізуються у відповідях на стандартизовані опитувальники. Візуальні та текстові елементи методики аналізувалися з урахуванням кількох параметрів: цілісність лінії життя, кількість позначених подій у майбутньому, характер символів, тип лінії (плавна, зламана, обірвана), використані кольори та наявність смислових маркерів (цілі, бажання, очікування).

Результати типологізації життєвої перспективи респондентів

Тип перспективи	Г1 (n=30)	Г2 (n=30)
Деформована	14	1
Фрагментарна	11	3
Інтегрована	5	26

В першій групі (учасники з високими показниками ACE та IES-R) у 73 % випадків було зафіксовано непозначене або обмежене майбутнє: учасники залишали частину лінії після «теперішнього моменту» порожньою, перерваною або затемненою (табл. 2.3 та рис. 2.4).

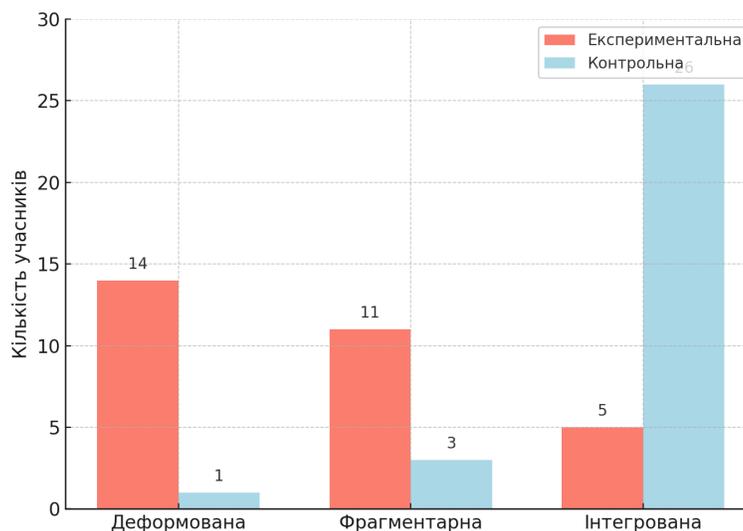


Рис. 2.4 Зображення типологізації життєвої перспективи в обох групах за результатами методики «Життєвий шлях»

Лише у 4 з 30 випадків були чітко окреслені цілі на 3–5 років, проте і вони мали умовний характер, позначений словами «якщо буде змога», «можливо». Переважали образи перешкод, пауз, тупиків або повторюваних циклів, що символізували відчуття зупинки у розвитку.

У 40 % графічних зображень зустрічалися символічні розриви: обрив лінії, поява стрілки вниз або вигин, що позначав відхід від «нормального» життєвого сценарію. В окремих малюнках після певної події (втрати, війни, насильства) лінія зникала або переходила у символічне затемнення (затушовування, закреслення).

Коментарі до лінії життя від учасників першої групи часто супроводжувалися фразами: «я не знаю, що буде далі», «я нічого не планую», «не хочу думати про майбутнє», що вказує на психологічну закритість часової перспективи. Частими були спогади про ключові події, які змінили напрямок життя, зокрема дитячі травми, втрату батьків, досвід насильства. Водночас учасники не пов'язували ці події з плануванням майбутнього, але візуально зображали їх як межі або обмеження. Відсутність горизонтальних цілей, що виходять за межі теперішнього моменту, свідчить про втрату здатності до інтеграції життєвого досвіду у єдиний сценарій, що є критично важливим для формування перспективного мислення.

На відміну від цього, учасники другої групи демонстрували плавні, безперервні лінії життя, які мали чіткий напрямок уперед, позначення конкретних життєвих подій у майбутньому (навчання, робота, сім'я, подорожі, самореалізація). У 87 % робіт ця частина займала рівнозначне або навіть більше місце, ніж зона минулого. Зустрічались символи прогресу (стрілки вгору, сходи, сонце, дороги), які фіксували впевненість у реалізації планів. У текстових поясненнях такі респонденти формулювали конкретні життєві орієнтири: «отримати другу освіту», «створити власну справу», «переїхати в іншу країну». Вони відзначали також готовність адаптуватися до змін, бачити можливості у кризах і рухатися до самореалізації, незважаючи на труднощі.

Змістовий аналіз дозволив умовно виокремити три типи життєвих перспектив: деформована, фрагментарна та інтегрована. У першому випадку життєвий шлях обривався або супроводжувався деструктивною символікою; у

другому – фіксувалися хаотичні або несистемні епізоди; у третьому – спостерігалася зв'язність, логіка й розвиток. В першій групі переважали деформовані та фрагментарні моделі, тоді як в другій – інтегровані. Це дозволяє зробити висновок про те, що психотравматичний досвід призводить до викривлення часової структури життя, зменшує суб'єктивне відчуття контролю над майбутнім та ускладнює реалізацію життєвих стратегій.

Отже, методика «Життєвий шлях» підтвердила свою чутливість до маркерів травматичного впливу на рівні життєвої перспективи. Візуальна редукція або обривання майбутнього, уникання його символічного зображення, брак цілей і напрямку – усе це є непрямими свідченнями глибокого емоційного ушкодження, що вимагає фахової психологічної допомоги. Результати даного етапу дослідження доводять, що для відновлення життєвої перспективи важливо працювати не лише з симптомами, а й з наративною реконструкцією особистого шляху, переосмисленням цінностей та цілей.

Шкала задоволеності життям (SWLS) була використана як інструмент кількісного оцінювання когнітивного компонента суб'єктивного благополуччя респондентів — важливої складової життєвої перспективи. Методика дає змогу зафіксувати рівень загального задоволення життям, що відображає сприйняття особистістю власного життєвого шляху як позитивного, завершеного, цінного або перспективного. Застосування SWLS до респондентів із різними рівнями психотравматизації дало змогу виявити якісні відмінності у життєвих оцінках, що безпосередньо впливають на здатність формулювати цілі, бачити себе в майбутньому й суб'єктивно схвалювати власну життєву траєкторію. У межах дослідження були проаналізовані відповіді 60 учасників, поділених на дві групи — Г1 (n=30) та Г2 (n=30).

Учасники першої групи, які мали високі показники за шкалами ACE та IES-R, демонстрували значно нижчі результати за шкалою SWLS (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Показники рівня задоволеності життям респондентів за результатами шкали SWLS

Група	Середній бал SWLS	Кількість учасників < 15 балів	Характеристика задоволеності
Г1 (n=30)	15,7	12 (40 %)	Низька / дещо нижча за середню
Г2 (n=30)	26,3	2 (6,7 %)	Середня / висока

У середньому їхній сумарний бал становив 15,7, що, згідно з інтерпретаційною шкалою, відповідає рівню дещо нижче за середній або навіть низькому задоволенню життям. У 40 % респондентів зафіксовано показники нижче 15 балів, що свідчить про глибоку фрустрацію, втрату смислових опор, незадоволення досягненнями та відчуття нереалізованості. У коментарях до тверджень часто зустрічалися фрази типу: «я не досяг нічого з того, чого хотів», «життя не виправдало очікувань», «я не бачу причин для задоволення». Такі судження вказують на зниження самооцінки, рівня самоприйняття та внутрішньої мотивації, що є критичним для формування перспективного бачення.

На відміну від цього, результати другої групи свідчили про середній або високий рівень задоволеності життям. Середній бал у цій групі становив 26,3, що відповідає верхній межі шкали «висока задоволеність». Лише 2 учасники мали показники нижчі за 20 балів. Решта відзначали позитивне ставлення до власного життєвого вибору, оцінювали себе як людей, які реалізували або реалізують свій потенціал. Коментарі до методики містили позитивні твердження: «я живу відповідно до своїх цінностей», «я досяг багатьох важливих для мене цілей», «я задоволений тим, як склалося моє життя». Ці

відповіді підтверджують, що задоволеність життям прямо пов'язана з наявністю життєвих орієнтирів, внутрішньої стабільності та здатності до планування.

Змістовий аналіз відкритих відповідей дозволив зафіксувати, що у респондентів з низькими SWLS-балами життєва перспектива часто виглядає фрагментарною або нечіткою. Вони рідко вказували на конкретні цілі, майже не згадували про плани на майбутнє та виявляли тенденцію до зосередженості на минулих втратах або нереалізованих можливостях. Водночас особи з високим рівнем задоволеності життям демонстрували більш адаптивні моделі мислення: вони вказували на цінність досвіду, здатність долати труднощі, а також прагнення до зростання й розвитку. Структурна відмінність між групами була підтверджена як кількісними показниками, так і якісними елементами оцінки власного життя, що відображено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Показник якісних особливостей життєвої перспективи респондентів з різним рівнем задоволеності життям

Показники	Низький SWLS-бал	Високий SWLS-бал
Чіткість життєвої перспективи	Фрагментарна, розмита	Цілісна, послідовна
Наявність цілей	Цілі відсутні або умовні	Чітко сформульовані, багаторівневі
Фокус уваги	Минулі втрати, розчарування	Майбутні можливості, досвід зростання
Ставлення до труднощів	Безсилля, уникнення	Адаптація, подолання
Структура життєвого наративу	Спорадична, дезорганізована	Зв'язна, логічна

Візуалізація отриманих результатів у рис. 2.5 демонструє чітку різницю між середніми значеннями SWLS двох групах.

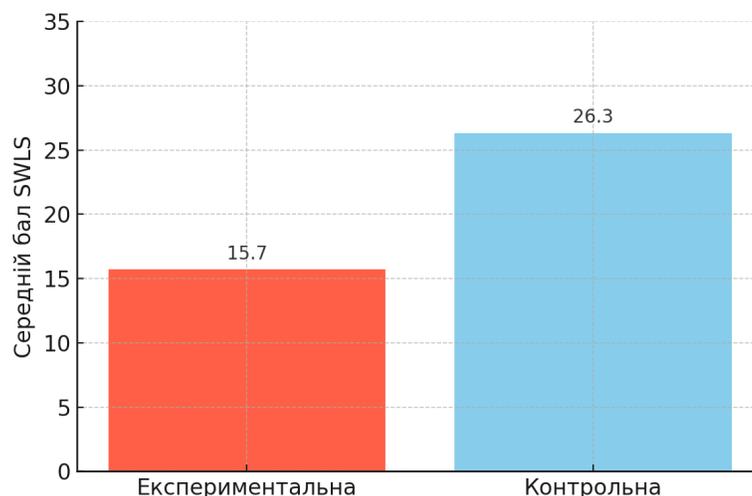


Рис. 2.5. Зображення порівняння середнього балу за шкалою задоволеності життям (SWLS) у респондентів

Отримані дані свідчать, що психотравма суттєво знижує суб'єктивне благополуччя, що, в свою чергу, унеможлиблює цілісне бачення майбутнього. Задоволеність життям виступає не лише як показник психоемоційного стану, а й як індикатор наявності життєвої перспективи — чим вищий рівень задоволеності, тим більш структуроване, змістовне й орієнтоване на розвиток бачення майбутнього має особистість. Результати за шкалою SWLS підтверджують, що психотравматичний досвід порушує не лише емоційну рівновагу, а й когнітивне сприйняття себе в часі, формуючи обмежену або знецінену життєву перспективу.

Для виявлення взаємозв'язку між рівнем психотравматизації та характеристиками життєвої перспективи було проведено кореляційний аналіз із використанням показників чотирьох ключових змінних: рівень негативного дитячого досвіду (шкала ACE), рівень посттравматичних симптомів (IES-R), рівень задоволеності життям (SWLS) та інтегрованість життєвої перспективи (умовна шкала 1–10) (рис. 2.6).

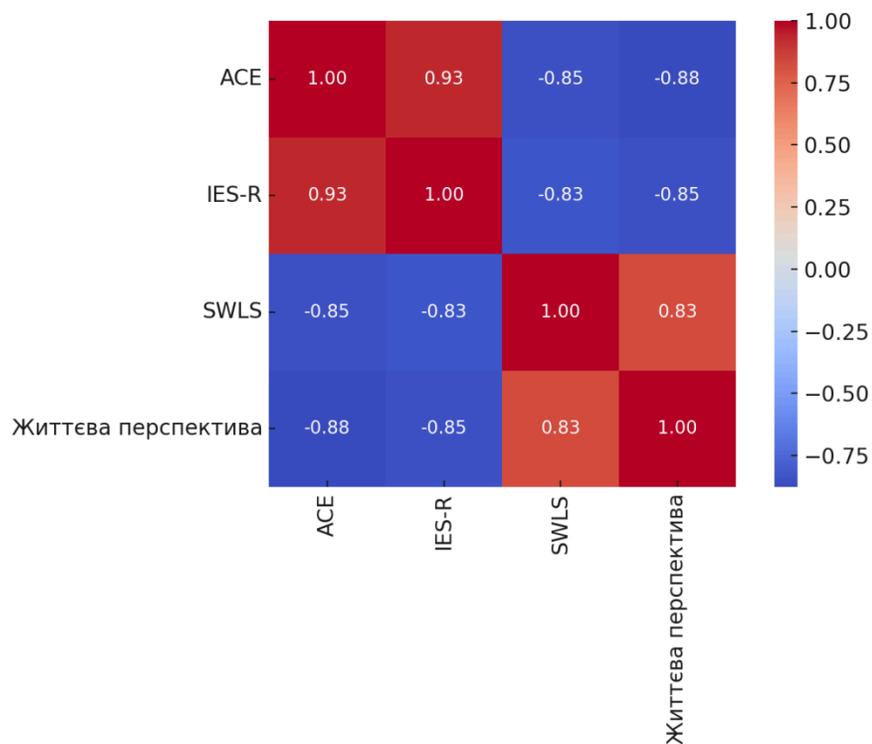


Рис. 2.6 Матриця кореляції психотравматизації та стратегій життєвої перспективи

Аналіз результатів продемонстрував такі статистично значущі зв'язки.

Між ACE і SWLS спостерігається сильний зворотний зв'язок ($r = -0.82$), що свідчить: чим більше негативних дитячих досвідів пережито, тим нижчим є рівень суб'єктивного задоволення життям. Такий результат узгоджується з попередніми спостереженнями про вплив дитячих травм на знецінення власного життєвого шляху та зниження життєвої мотивації.

Між ACE і життєвою перспективою також виявлено виражену зворотну залежність ($r = -0.77$): високі показники ACE асоціюються з фрагментарною або деформованою життєвою перспективою. У респондентів із високим рівнем дитячої травматизації частіше спостерігалася відсутність горизонтальних цілей, символічне затемнення майбутнього та уникнення планування.

IES-R і життєва перспектива пов'язані між собою зворотним кореляційним зв'язком ($r = -0.80$), що підтверджує наявність посттравматичних симптомів (інтрузивність, уникнення, гіперзбудження) суттєво знижує здатність особистості до проектування себе в майбутньому. Це відповідає якісним даним про те, що ПТСР-подібні симптоми блокують часове мислення, викликають ефект «заморожування» життєвого шляху.

SWLS і життєва перспектива мають позитивний зв'язок ($r = 0.85$), що підтверджує ключове припущення дослідження: чим вищий рівень задоволеності життям, тим вищою є структурованість і цілісність уявлення про майбутнє. Респонденти з високими балами за SWLS мали чітко сформульовані цілі, бачення ролей у соціумі, а також змогли графічно відобразити розвиток життєвої лінії у позитивному напрямку.

Отже, проведений аналіз виявив сильні двосторонні зв'язки між усіма чотирма змінними. Рівень психотравматизації прямо впливає як на емоційно-поведінкові реакції (за IES-R), так і на когнітивну оцінку життя (SWLS), що в сукупності визначає цілісність життєвої перспективи.

Отримані результати переконують у системності впливу психотравми на базові часові та смислові структури особистості.

2.3 Психологічна допомога та стратегії подолання наслідків психотравми та формування життєвої перспективи особистості

У контексті отриманих результатів емпіричного дослідження стає очевидною необхідність впровадження цілеспрямованої психологічної допомоги особам із високим рівнем психотравматичного досвіду. Як засвідчують дані шкали ACE, у таких осіб переважає фрагментарне бачення життєвого шляху, низька суб'єктивна оцінка життя, знижений рівень життєвої мотивації та внутрішньої впевненості. Психотравма порушує структуру часової ідентичності, спотворює механізми осмислення майбутнього та блокує цілісне самосприйняття. Таким чином, допомога має охоплювати не лише сферу емоційного реагування, а й сферу когнітивного конструювання життєвої перспективи. Важливо акцентувати увагу на відновленні часових орієнтирів та підсиленні відчуття контролю над життєвим шляхом.

Одним із першочергових напрямів психологічного втручання є стабілізаційна терапія, яка передбачає відновлення базової безпеки, фізичного та емоційного захисту. Психотравмована особистість часто функціонує в умовах внутрішньої загрози, навіть якщо об'єктивна небезпека вже минула. У роботі з такими клієнтами необхідно поступово вибудовувати відчуття опори на себе, надійні стосунки з іншими та можливість адаптивного реагування на стрес. Застосування тілесноорієнтованих технік, дихальних практик та вправ на регуляцію допомагає знизити гіперзбудження, виявлене за результатами IES-R. Лише після стабілізації можна переходити до реконструкції смислової системи.

Наступним етапом є робота з інтеграцією травматичного досвіду в наратив особистості. Важливо не уникати болючих спогадів, а навчити клієнта осмислювати їх у контексті власної історії життя. Для цього доцільно використовувати елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), нарративної терапії, а також екзистенційний підхід. Клієнтам пропонується описати ключові

події, які вплинули на формування їхніх цінностей і цілей. Через переозначення життєвого досвіду формується нова, цілісна життєва перспектива, що включає як втрати, так і здобутки. Таке переосмислення дозволяє зменшити інтенсивність інтрузивних симптомів і відновити зв'язок із майбутнім.

Особливу роль у терапії відіграє формування позитивного образу майбутнього. Практика «майбутнього листа», створення карти життєвих цілей або візуалізація майбутніх бажаних подій сприяє розвитку надії та цільової мотивації. Особи з низькими результатами за шкалою SWLS часто втрачають здатність бачити смисл у власному житті, що вимагає активного залучення до процесів смислотворення. Робота з особистісними цінностями, побудова моделі бажаного «Я» у майбутньому та конкретизація життєвих кроків дозволяє активізувати внутрішні ресурси клієнта. Такі стратегії допомагають перетворити абстрактне уявлення про перспективу на практичний план дій.

Важливим завданням є також робота з механізмами уникнення, які були виявлені як домінантні у респондентів першої групи. Захисна стратегія «не думати», «не планувати» є функціональною реакцією на біль, але водночас обмежує можливості розвитку. Терапевтична мета полягає у поступовому розширенні допуску до майбутнього — спочатку в уяві, а потім у діях. Доцільним є використання експозиційних методів, технік виявлення і трансформації автоматичних думок, а також психоедукації щодо впливу травми на мислення. Поступове привласнення контролю над плануванням є ключовим кроком до відновлення автономії.

Психотерапія має супроводжуватися підтримкою емоційного контакту та створенням простору довіри. Багато учасників із високим рівнем АСЕ демонстрували порушення у сфері прив'язаності, що виявляється у труднощах довіри до інших. Тому роль терапевта полягає у забезпеченні стабільних меж, передбачуваної структури сесій та емпатійного прийняття. Довіра, що формується в терапевтичному альянсі, може стати першим досвідом безпечного

емоційного зв'язку. Через нього можливе поступове моделювання нових форм стосунків — як з іншими, так і з собою.

Окремої уваги заслуговують групові форми психологічної допомоги. Вони ефективні для зниження почуття ізоляції, відчуття «я один такий» та формування соціальної підтримки. У груповому середовищі учасники можуть ділитися власними стратегіями подолання, засвоювати нові моделі реагування та отримувати зворотний зв'язок. Формат тематичних груп розвитку — наприклад, «Моє майбутнє після травми» — може стати простором для колективного осмислення досвіду та формування життєвої перспективи через діалог. Такі групи особливо корисні на етапі виходу з кризи, коли формується нова життєва ідентичність.

Крім індивідуальної та групової психотерапії, важливими є освітньо-профілактичні заходи, спрямовані на попередження поглиблення травматизації. Сюди належить розвиток навичок саморефлексії, саморегуляції, а також психологічної грамотності в розумінні впливу травми. Для підлітків і молоді ефективними є тренінги життєстійкості, програми розвитку критичного мислення та формування смислових орієнтирів. У довгостроковій перспективі саме профілактика дозволяє знизити ризик формування травматичної ідентичності та сприяє гармонійному особистісному розвитку.

Отже, формування життєвої перспективи в осіб із психотравматичним досвідом вимагає комплексного, поетапного та індивідуалізованого підходу. Психологічна допомога має бути спрямована не лише на зменшення симптомів, а й на створення умов для смислотворення, побудови майбутнього та інтеграції травматичного досвіду в життєвий наратив.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз наукової літератури засвідчив багатовимірний характер поняття «психотравма», що охоплює як об'єктивні стресогенні події, так і суб'єктивну реакцію особистості на них. У теоретичних підходах розрізняють гостру, хронічну та комплексну травматизацію, кожна з яких по-різному впливає на когнітивні, емоційні та поведінкові функції. Особливе значення у сучасній психології має концепція розвитку травматичної ідентичності, яка формується внаслідок повторюваного травматичного досвіду та змінює самосприйняття особистості. Психотравма розглядається не лише як причина емоційних порушень, але і як чинник трансформації смислових структур, зокрема таких, що пов'язані з майбутнім. Життєва перспектива постає як чутливий індикатор глибини психотравматичного впливу.

Теоретичні моделі підтверджують, що внаслідок психотравми порушується інтеграція часових компонентів самосвідомості: минуле набуває домінуючого значення, а майбутнє – редукується або витісняється. Особи з травматичним досвідом часто демонструють уникнення планування, розмитість життєвих цілей, втрату віри у здатність впливати на хід життя. Така структура мислення позбавляє особистість суб'єктивного контролю, обмежує життєву активність і знижує мотиваційні ресурси. Таким чином, психотравма не лише змінює емоційний стан, а й руйнує наративну єдність «Я» у часі, що потребує фахової корекції в межах психотерапевтичної підтримки. Усі розглянуті підходи підтверджують, що відновлення життєвої перспективи є ключовим етапом у подоланні наслідків психотравми.

2. Проведене емпіричне дослідження засвідчило системний вплив дитячого травматичного досвіду на формування життєвої перспективи в дорослому віці. За результатами методики ACE у 30 респондентів першої групи спостерігався високий рівень психотравматизації (4 і більше категорій

негативного досвіду). Вони мали нижчі показники за шкалою задоволеності життям (SWLS – у середньому 15,7 проти 26,3 в кдругій групі) та демонстрували фрагментарну або деформовану життєву перспективу за проективною методикою «Життєвий шлях». У більшості з них фіксувалася відсутність планування, уникнення теми майбутнього, зниження суб'єктивного контролю над життям. Дані методики IES-R також показали виражені симптоми інтрузивності та уникнення, які блокують проективну функцію свідомості.

Учасники другої групи, які не мали вираженого травматичного досвіду, відзначалися більшою цілісністю часової структури життя, наявністю чітких життєвих цілей та високою суб'єктивною оцінкою власного шляху. Кореляційна матриця показала сильний зворотний зв'язок між рівнем психотравматизації та суб'єктивним благополуччям (ACE – SWLS: $r = -0.82$) і позитивний зв'язок між задоволеністю життям та інтегрованістю життєвої перспективи ($r = 0.85$). Таким чином, емпіричні результати підтверджують, що психотравма чинить вплив не лише на афективну сферу, але і на структурні аспекти смислової організації особистості. Ці дані підкреслюють важливість спрямованої психологічної підтримки з акцентом на майбутнє як на ресурсний простір особистісного зростання.

3. У межах психологічної допомоги ключовим напрямом є стабілізація емоційного стану та відновлення відчуття базової безпеки, що порушується внаслідок психотравматичного досвіду. Важливо забезпечити регуляцію гіперзбудження, зменшення інтрузивних симптомів і поступове формування довіри до себе та оточення. На цьому етапі ефективними є техніки тілесної саморегуляції, дихальні практики, а також психоедукація щодо природи симптомів. Стабільність емоційної бази відкриває можливості для більш глибокої роботи з когнітивними структурами. Цей етап є передумовою до зміцнення життєвих смислів і мотивації до змін.

Другим критичним напрямом є реконструкція часової перспективи та смислового поля особистості. Для цього доцільно поєднувати елементи когнітивно-поведінкової, нарративної, екзистенційної терапії та методики роботи з майбутнім. Застосування карт цілей, проєктивних завдань і візуалізацій дозволяє клієнту не лише відновити уявлення про майбутнє, а й сформувавши план реального дійства. У роботі з осіб із фрагментарною перспективою важливо поступово замінювати уникнення прийняттям, а безсилля – активністю. Терапевт має виступати фасилітатором нового життєвого сценарію, в якому минуле не блокує, а дає сенс, а майбутнє стає джерелом мотивації, зростання та інтеграції.

У цілому, проведене дослідження підтвердило, що психотравматичний досвід істотно деформує життєву перспективу особистості, впливаючи на її здатність планувати, осмислювати майбутнє та реалізовувати власний потенціал, що вимагає цілеспрямованої психологічної допомоги з акцентом на реконструкцію смислових і часових структур «Я».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. Клініко-психологічні аспекти переживання втрати та діагностики ускладненого горювання. *Problems of modern psychology*. 2019. Вип. 45. С. 11–39.
2. Анохіна В. Психотравма: що треба знати про психологічну травму, щоб її позбутися. 2023. URL: <https://mentoly.com.ua/blog/trauma>
3. Атаманчук Н. М. Кризова психологія: конспект лекцій: навч. посіб. для студентів. Полтава: ПНПУ ім. В. Г. Короленка, 2023. 142 с.
4. Болебер В. Розвиток теорії травми в психоаналізі. *Український психоаналітичний журнал*. 2024. № 2(1). С. 123–139.
5. Бондаревська Л. Л. Вплив психічної травми на переживання суб'єкта. *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. Київ, 2020. Т. 31, № 3. С. 60–64.
6. Бурбо Ліз. П'ять травм і масок, які заважають бути собою. Харків: КСД, 2021. 256 с.
7. Власова О.І., Родіна Н.В., Целікова Ю.О., Ворнікова Л.К., Тихоненко Ю.О. Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ). *Офтальмологічний журнал*. 2022. № 1. С. 63–72.
8. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. *Психологічні перспективи*. 2023. Вип. 11. С. 55–73.
9. Герлован Я. Е. Психологічна травма дитинства як чинник впливу на економічний потенціал особистості. *Таврійський науковий вісник. Серія: Економіка*. 2024. № 20. С. 61–66.
10. Горностай П. П. Колективна травма як проблема соціальної та політичної психології. *Проблеми політичної психології*. 2018. № 7. С. 54–68.
11. Дзюбинська М. Я. Вплив дитячої психотравми на рівень тривожності пацієнтів з невротичними розладами. *Науковий вісник*

Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. Ужгород, 2024. № 4. С. 26–29.

12. Іваненко Б. Б. Психологічна травма як чинник самодеструктивної поведінки особистості. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія: Педагогіка, психологія, філософія. Київ, 2016. Вип. 239. С. 95–101*

13. Каплуненко Я. Ю. Вплив травми на екзистенційну структуру особистості. екзистенційно-аналітичний підхід до опрацювання психотравмивного досвіду. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2017. Т. 9: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості, вип. 15. С. 184–193.*

14. Кісарчук З.Г., Гребінь, Л.О. Психодинамічна модель психотравми, побудована з акцентом на феномені структурної регресії як факторі розуміння механізмів симптоматичних змін у ветеранів бойових дій. *Актуальні проблеми психології: консультативна психологія і психотерапія. 2019. № 15. С. 6–47*

15. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

16. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. *Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.*

17. Коваленко А. Б. Зв'язок травматичного дитячого досвіду з толерантністю особистості в дорослому віці. *Укр. психол. журн. 2022. № 1. С. 41–63.*

18. Константинова К. Б. Вплив дитячої травми на образ «Я» особистості раннього дорослого віку. Тези 76-ї наук. конф. професорів, викладачів, наук. працівників, аспірантів та студентів ун-ту (Полтава, 14 трав. – 23 трав. 2024 р.). Полтава, 2024. Т. 2. С. 221–223.

19. Кухар О. Вплив дитячих емоційних травм на психосоціальний розвиток особистості. *Актуальні задачі сучасних технологій*: зб. тез доп. XIII міжнар. наук.-практ. конф. молодих уч. та студентів м. Тернопіль, 11–12 груд. 2024 р. Тернопіль, 2024. С. 387–389.

20. Кучманіч І. М. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. пр. Кам'янець-Подільський, 2017. Вип. 36. С. 146–159

21. Лазоренко Б. П. Технологія реінтеграції та реадaptaції особистості, фрагментованої внаслідок психотравматизації. *Наук. студ. із соц. та політ. психол.*: зб. статей; редакційна рада: М. М. Слюсаревський (голова), В. Г. Кремень, С. Д. Максименко та ін. К.: Міленіум, 2017. Вип. 39 (42). С. 168-177.

22. Ларіна Т. О. Особливості вияву копінг-стратегій особистості, що зазнала впливу травматичної ситуації. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*: зб. ст. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. Київ, 2018. Вип. 41. С. 180–191.

23. Лялюк Г. М. Психологічні особливості відтермінованого впливу дитячих психотравм на психічний стан особистості у дорослому віці. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. Львів, 2018. № 2. С. 99–109.

24. Максимова Н. Ю. Принципи терапії психологічних травм дитинства. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2018. Т. 11: *Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*, вип. 17. С. 124–133.

25. Максимова Н. Ю. Психологічна травма як чинник адиктивної поведінки. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. пр. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. Київ, 2017. Т. 15 (11). С. 292–298

26. Михальчук Ю. О. Психологія конфліктності між структурами "Яконцепції": теоретико-практичний аспект вивчення. *Науковий вісник*

Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2019. Вип. 4. С. 117-123.

27. Музиченко І. В. Психологічна травма: аналіз проблеми та шляхи подолання. *Роль психологічної служби системи вищої освіти України у час суспільних трансформацій: матер. Всеукр. наук.-практ. нонф. (Львів, 19- 20 травня 2017 р.)* Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2017. С.119-123.

28. Норкіна І. Кризове втручання у випадку психотравмуючої ситуації. *Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка; відп. ред. Л. Ф. Бурлачук. Київ, 2019. Вип. 1: Психологія. С. 75–78.*

29. Ордатій Н. Позитивна психотерапія: Відновлення ресурсів і сил після травми. *Психосоматична медицина та загальна практика. 2024, № 4. С. 1– 6.*

30. Паливода Л. І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71). № 6. С. 68–72.*

31. Психологічна корекція постравматичних стресових розладів особистості у кризові та посткризові періоди життя. К. І. Скрипник, І. Є. Жигаренко, В. Ю. Завацький, Л. Б. Царенок. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи. 2022. № 3. С. 45–56*

32. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події: навчально-методичний посібник; авт.- упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова; за заг. ред. О. Калашник. Київ, 2022. 104 с.

33. Романенко Є. О. Посттравматичний стресовий розлад як медикопсихосоціальна проблема. *Перспективи та інновації науки. 2021. № 2. С. 297– 304.*

34. Рябовол Т. А. Вплив психологічної травми на розвиток функції прогнозу. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. пр. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. Київ, 2017. Т. 16 (11). С. 171–180
35. Самойлова О. В. Історичні, клінічні та психологічні особливості формування посттравматичних стресових розладів. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2018. №. 2. С. 62–71.
36. Семенов Н. Вплив психотравми на розвиток особистості. Проблеми реабілітації: зб. наук. пр. (за матеріалами наук.-практ. конф.) редкол.: О. І. Форостян та ін. Одеса, 2024. С. 145–147.
37. Скиба С.А. «Я-образ» у складі «Я-концепції». *Збірник тез доповідей науково-практичної конференції «Ключові результати сучасної науки»*. Івано-Франківськ: НАІР, 2022. С. 21-37.
38. Стаднік І. До проблеми розуміння поняття «психологічна травма»: теоретичний аналіз. *Психологія. Цінності. Особистість*: міжнар. зб. наук. пр. за ред. М. З. Степуляка, І. Ю. Філіппової. Луцьк, 2016. С. 121–128.
39. Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях: хрестоматія; упоряд. О. І. Михайлова. Ніжин: Вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 249 с.
40. Терещук А. Д. Емоційний стан особистості в умовах травматичної ситуації. *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього*: зб. тез доп. щоріч. Всеукр. наук. кругл. онлайн-столу (м. Київ, 12 черв. 2024 р.); за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. Київ, 2024. С. 59–60.
41. Терещук А. Д. Трансгенераційна передача травми. *Стрес в житті сучасної особистості: надбання та втрати*: зб. тез доп. Всеукр. наук. кругл. онлайн-столу (м. Київ, 16 трав. 2023 р.) за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. Київ, 2023. С. 53–55.

42. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Слово, 2020. 178 с.
43. Титаренко Т. М. Соціально-психологічний супровід посттравматичних особистісних трансформацій. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2020. № 45. С. 59–68.
44. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. *Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології*. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
45. Тищенко Т. С. Вплив дитячої травми на становлення Я-образу особистості: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія»; наук. керівник Ю. А. Паскевська. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 76 с.
46. Турбан В.В. Соціокультурні детермінанти розвитку психології особистості в Україні. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 296 с.
47. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.
48. Хрустук О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: зб наук. пр.* голов. ред. Р. І. Благута. Львів, 2017. Вип. 1. С. 183-191
49. Шиманова О.С., Колодяжна А.В., Власенко Ю.К. Аналіз наслідків психологічних травм, переданих через покоління, на емоційне і психічне здоров'я дітей та онуків. *Наукові перспективи*. 2024. № 1(43). С. 940–950.

50. Шкарлатюк К. Ціннісно-сміслові орієнтації осіб, які пережили психотравму. *Психологія. Цінності. Особистість*: міжнар. зб. наук. пр. Луцьк, 2016. С. 212–218.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник негативного дитячого досвіду (АСЕ)

Інструкція для респондента: Відповідайте на запитання, згадуючи досвід, що трапився з вами до досягнення 18 років. Обирайте відповідь «Так» або «Ні».

I. Жорстоке поводження

1. Вас часто били, штовхали, тягнули за волосся або вам завдавали фізичного болю батьки, опікуни чи інші дорослі?
2. Ви часто чули, що ви нічого не варті, вас ображали або принижували вдома?
3. Хтось із дорослих або старших дітей вчиняв із вами дії сексуального характеру або змушував вас до них?

II. Нехтування

4. Ви часто відчували, що вас ніхто не любить, не захищає або не підтримує емоційно?
5. Ви часто залишалися без нагляду, не мали належного харчування, чистого одягу чи медичної допомоги?

III. Дисфункція в сім'ї

6. Хтось із членів вашої родини зловживав алкоголем або наркотиками?
7. Хтось із батьків або інших членів родини мав психічне захворювання чи суїцидальні схильності?
8. Ваших батьків було розлучено або ви жили окремо від одного з них з будь-якої причини?
9. У вашій родині було насильство: один із дорослих ображав, принижував або бив іншого?
10. Хтось із членів вашої родини був заарештований або ув'язнений?

Ключ до інтерпретації:

За кожну відповідь «Так» нараховується 1 бал. Підсумовується загальна кількість позитивних відповідей (максимум – 10 балів).

Інтерпретація результатів:

Кількість балів	Рівень ризику	Інтерпретація
0–1	Низький	Досвід без істотних травм, негативний вплив на психіку мінімальний
2–3	Помірний	Наявні окремі травмувальні фактори, ймовірний вплив на самооцінку, тривожність, стосунки
4–6	Високий	Комбінована травматизація, ризик ПТСР, депресії, порушення життєвої перспективи
7–10	Критичний	Системне психотравмування, високий ризик деструктивної поведінки, психологічної дезадаптації

Шкала впливу події (IES-R – Impact of Event Scale – Revised)

Інструкція для респондента: Нижче подано перелік реакцій, які люди можуть відчувати після переживання травматичних подій. Оцініть, наскільки кожна з них турбувала вас протягом останнього тижня, щодо певної події, яка вас травмувала. Оцініть кожне твердження за шкалою від 0 до 4:

- 0 – зовсім не турбувало
- 1 – трохи турбувало
- 2 – помірно турбувало
- 3 – сильно турбувало
- 4 – надзвичайно сильно турбувало

Твердження:

1. Я мав труднощі зі сном.
2. Я намагався уникати ситуацій, що нагадують мені про подію.
3. Я відчував дратівливість і гнів.
4. Я був надмірно пильним або настороженим.
5. Я уникав думок або почуттів, пов'язаних із подією.
6. Я мав проблеми з концентрацією уваги.
7. Я відчував напруження в тілі (наприклад, тремтіння, серцебиття, напруга м'язів).
8. Я переживав раптові спогади про подію.
9. Я уникав людей, місць або речей, що нагадують мені про подію.
10. Я відчував, ніби подія відбувається знову (флешбеки).
11. Я був занадто емоційно чутливим.
12. Я погано спав через думки про подію.
13. Я був емоційно відсторонений від інших.
14. Я мав нав'язливі спогади про подію.

15. Я почувався винним або звинувачував себе у події.
16. Я злякався або злякався без очевидної причини.
17. Я уникав обговорення події.
18. Я легко лякався.
19. Я почувався безнадійним або пригніченим.
20. Я відчував, що все ще перебуваю в небезпеці.
21. Я переживав подію у снах або кошмарах.
22. Я реагував фізіологічно (наприклад, пітливість, прискорене серцебиття), коли щось нагадувало мені про подію.

Ключ до інтерпретації:

Підрахунок балів здійснюється шляхом підсумовування відповідей за всіма твердженнями. Можливий діапазон: від 0 до 88 балів. Чим вищий результат – тим сильніше виражені симптоми психотравматичного впливу.

Рекомендовані інтерпретаційні орієнтири:

- 0–23 – низький рівень симптомів
- 24–32 – помірний рівень
- 33–38 – високий ризик ПТСР
- 39 і вище – критичний рівень симптомів, що вимагає психотерапевтичної допомоги

Методика «Життєвий шлях»

Інструкція для респондента: Візьміть аркуш формату А4 (горизонтальна орієнтація). Намалуйте лінію, яка символізує ваш життєвий шлях — від народження до сьогодення і далі в майбутнє. Форма лінії може бути довільною (пряма, ламана, хвиляста, зі спусками і підйомами тощо). Позначте на ній:

- важливі події з минулого;
- ключові моменти теперішнього життя;
- очікувані чи бажані події в майбутньому.

Після цього дайте письмовий опис лінії життя за наведеними нижче запитаннями.

Питання для письмового коментаря:

1. Які події минулого ви вважаєте найважливішими? Чому саме вони?
2. Що для вас є ключовим у теперішньому моменті життя?
3. Яким ви бачите своє майбутнє через 1, 5, 10 років?
4. Які життєві цілі або плани для вас є актуальними на даний момент?
5. Як ви оцінюєте свій життєвий шлях загалом — як розвиток, стабільність чи спад?
6. Чи є моменти або періоди, які б ви хотіли змінити або переосмислити?

Орієнтири для інтерпретації результатів:

- Наявність, відсутність або деформація зображення майбутнього може свідчити про рівень впевненості, мотивації та ресурсності.
- Переважання негативних або позитивних емоційних оцінок подій — індикатор емоційного фону особистості.
- Розриви, обриви або хаотична структура лінії — можливі прояви травматичного досвіду або порушеної цілісності особистості.

- Символічне відображення (кольори, знаки, стрілки, перешкоди) — маркери особистісного ставлення до життя.
- Співвідношення часових зон (минуле, теперішнє, майбутнє) — індикатор тимчасової орієнтації та рівня життєвого планування.

Шкала задоволеності життям (SWLS – Satisfaction With Life Scale)

Інструкція для респондента: Нижче наведено п'ять тверджень, що стосуються вашого загального сприйняття свого життя.

Оцініть, наскільки ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь із кожним твердженням, використовуючи 7-бальну шкалу:

- 1 – категорично не згоден
- 2 – не згоден
- 3 – скоріше не згоден
- 4 – ні згоден, ні не згоден
- 5 – скоріше згоден
- 6 – згоден
- 7 – повністю згоден

Твердження:

- 1. У більшості аспектів моє життя близьке до ідеального.
- 2. У цілому я задоволений(а) своїм життям.
- 3. Я досяг(ла) важливих речей, яких прагнув(ла) у житті.
- 4. Якщо б я мав(ла) змогу знову прожити своє життя, майже нічого б не змінював(ла).
- 5. Мої життєві умови відповідають моїм прагненням і очікуванням.

Ключ до інтерпретації:

Підрахуйте загальну кількість балів за всіма твердженнями (від 5 до 35 балів). Чим вищий підсумковий бал – тим вищий рівень суб'єктивної задоволеності життям.

Орієнтовна інтерпретація:

5–9 балів: надзвичайно низька задоволеність життям

10–14 балів: низька задоволеність життям

15–19 балів: дещо нижча за середню

20 балів: нейтральна точка

21–25 балів: середня задоволеність

26–30 балів: висока задоволеність життям

31–35 балів: дуже висока задоволеність життям