

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра експериментальної та прикладної психології

ДИПЛОМНА РОБОТА

**«ЗВ'ЯЗОК СЕНСУ ЖИТТЯ З ПОРУШЕННЯМ САМООРГАНІЗАЦІЇ ТА
ПРОЯВАМИ ДИСОЦІАТИВНИХ СИМПТОМІВ В УМОВАХ ВІЙНИ»**

Освітньо-наукова програма «Психологія»

Спеціальність 053 «Психологія»

Студентки 4 курсу ОС «Бакалавр»
спеціальності 053 «Психологія»
Загорулі Дарії Олексіївни

Науковий керівник:

кандидат філософських наук,
асистент кафедри
експериментальної та прикладної
психології
Курапов Антон Олександрович

Допустити до захисту в ЕК
кафедра експериментальної та прикладної психології
Протокол №__ від_____
Завідувач кафедри:
Кандидат психологічних наук, доцент
Малишева Каріне Олегівна
_____(підпис)

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ СЕНСУ ЖИТТЯ, ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ ТА ДИСОЦІАТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	9
1.1 Взаємозв'язок посттравматичних та дисоціативних симптомів із показниками екзистенційного сенсу життя.....	9
1.2 Дисоціативний підтип ПТСР: феноменологія, поширеність та діагностичний інструментарій	13
1.3 Сенс життя як психологічний конструкт: теоретичні моделі, вимірювання та зв'язок із посттравматичною симптоматикою	18
Висновки до розділу 1.....	22
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	24
2.1 Концептуальна модель та гіпотези дослідження	24
2.2 Характеристика психодіагностичних методик.....	25
2.3 Процедура проведення дослідження	27
2.4 Методи статистичного аналізу	28
Висновки до розділу 2.....	30
РОЗДІЛ 3.РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
3.1 Характеристика досліджуваної вибірки.....	32
3.2 Гендерні відмінності у психологічних показниках	36
3.3. Кореляційний аналіз зв'язків між сенсом життя, травматичною та дисоціативною симптоматикою	38
3.4. Групові порівняння за контекстуальними показниками.....	42
3.5. Множинний регресійний аналіз предикторів травматичної та дисоціативної симптоматики.....	46
3.6. Медіаційний аналіз: роль ДСО у зв'язку між розумінням та дисоціативною симптоматикою	48

3.7. Обмеження та перспективи проведеного дослідження	51
Висновки до розділу 3	52
ВИСНОВКИ	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	56
ДОДАТКИ	65

Анотація

Роботу присвячено дослідженню зв'язку відчуття сенсу життя з порушеннями самоорганізації та дисоціативною симптоматикою в умовах воєнної травматизації. Респондентам пропонувалось заповнити три опитувальники українською мовою: Багатовимірну шкалу екзистенційного сенсу (MEMS), Міжнародний опитувальник травми (ITQ) та Шкалу дисоціативного підтипу ПТСР (DSPS), а також авторські запитання щодо воєнного досвіду й емоційної реакції на повітряну тривогу. Вибірку склали 157 осіб віком від 17 до 30 років.

Отримані результати засвідчили, що компоненти сенсу найбільш послідовно і виражено пов'язані саме з порушеннями самоорганізації, тоді як їхні зв'язки з класичною ПТСР-симптоматикою та дисоціацією є слабшими. Медіаційний аналіз показав, що DSO статистично опосередковує зв'язок між розумінням та дисоціативною тяжкістю. Робота обґрунтовує розуміння сенсу життя не як діагностичного маркера КПТСР, а як психологічного ресурсу, глибина вичерпання якого корелює передусім із вираженістю порушень самоорганізації.

Ключові слова: сенс життя, розуміння, ПТСР, комплексний ПТСР, порушення самоорганізації, DSO, дисоціація, DSPS, ITQ, війна, травматичний досвід.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Повномасштабне вторгнення росії в Україну у лютому 2022 року спричинило масштабні психологічні наслідки для мільйонів людей. Постійне перебування в умовах війни, вимушене переміщення та втрата близьких формують умови для розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і його комплексного варіанту (КПТСР). Дослідження на вибірці з 2 004 дорослих громадян України підтвердило поширеність цієї симптоматики вже через пів року після початку повномасштабного вторгнення (Ho et al., 2023), а окреме дослідження за участю 703 учасників показало, що безпосередня воєнна травматизація суттєво підвищує рівень тривожності, депресії та ПТСР-симптоматики (Kugarov et al., 2023).

Разом з тим досвід травми не вичерпується лише стресовою симптоматикою. Серед її найглибших наслідків — руйнування відчуття сенсу життя: порушення когерентності, зникнення особистісно значущих цілей, відчуття власної незначущості. У сучасній психологічній науці сенс концептуалізується як трикомпонентний конструкт — розуміння (comprehension), ціль (purpose) та значущість (mattering) — і саме ця тріада вимірюється Багатовимірною шкалою екзистенційного сенсу (MEMS; George & Park, 2017). Окремої уваги заслуговує дисоціативний підтип ПТСР (D-ПТСР): валідація його україномовної шкали оцінки (DSPS) на вибірці з 1 119 травмованих українців засвідчила надійні психометричні характеристики інструменту (Kugarov et al., 2026). Проте взаємозв'язок між ПТСР-симптоматикою, дисоціацією та відчуттям сенсу у вибірці дорослих українців досі не досліджувався, що і визначає актуальність цієї роботи. **Об'єкт дослідження:** психологічні наслідки воєнної травматизації українців.

Мета дослідження вивчити взаємозв'язок між симптоматикою ПТСР/комплексного ПТСР, дисоціативними симптомами та відчуттям сенсу життя в дорослих українців, які мають досвід воєнної травматизації.

Завдання дослідження (у відповідності до мети):

1. Визначити характер і ступінь вираженості ПТСР і КПТСР-симптоматики, дисоціативних симптомів та компонентів сенсу життя в досліджуваній вибірці.
2. Встановити характер зв'язку між окремими симптомокластерами ПТСР / КПТСР (за ITQ) і компонентами сенсу життя (за MEMS) в умовах воєнної травматизації.
3. Виявити специфіку взаємозв'язку дисоціативної симптоматики (за DSPS) та складових відчуття сенсу — розуміння, цілі й значущості.
4. Порівняти особливості відчуття сенсу життя у осіб із різним рівнем вираженості ПТСР-симптоматики та дисоціативних симптомів.

Об'єкт дослідження: сенс життя як психологічний конструкт.

Предмет дослідження: зв'язок між симптоматикою ПТСР, комплексного ПТСР, дисоціативного підтипу ПТСР і відчуттям сенсу життя.

Методи дослідження: Теоретичну основу роботи склали методи аналізу, синтезу, систематизації та узагальнення наукових публікацій. Емпіричну частину побудовано на стандартизованому психодіагностичному опитуванні із застосуванням психометрично верифікованих інструментів для оцінки симптомів ПТСР і КПТСР за критеріями МКХ-11, дисоціативної симптоматики та трьох компонентів відчуття сенсу життя. Статистичну обробку даних здійснено із використанням описових статистик, кореляційного, порівняльного, регресійного та медіаційного аналізів у середовищі R .

Дослідницька вибірка: У дослідженні взяли участь 157 респондентів віком від 17 до 30 років. Вибірка була збалансованою за статтю: 79 жінок та 78 чоловіків. Більшість учасників на момент опитування навчалися у закладах вищої освіти, однак до вибірки також увійшли респонденти, які вже завершили навчання або не навчалися на момент участі в дослідженні. За місцем перебування протягом останнього місяця більшість респондентів перебували в Україні, частина за кордоном або частково в Україні й частково за кордоном. Дослідження не передбачало формування клінічної вибірки за встановленими

психіатричними діагнозами; оцінювалися самозвітні показники посттравматичної, дисоціативної симптоматики та сенсу життя. Емпіричне дослідження проводилося у форматі онлайн-опитування за допомогою платформи Google Forms. Посилання на анкету поширювалося через соціальні мережі, особисті контакти та студентські спільноти.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що було розширено уявлення про зв'язок сенсу життя з посттравматичною та дисоціативною симптоматикою в умовах воєнного стресу. Уточнено, що компоненти сенсу життя, зокрема розуміння життя, пов'язані не стільки з діагностичною категорією ПТСР / КПТСР як такою, скільки з вираженістю порушень самоорганізації. Набуло подальшого розвитку положення про те, що порушення самоорганізації можуть виступати важливою статистичною ланкою між нижчим рівнем розуміння життя та вищою дисоціативною тяжкістю. Також уточнено особливості зв'язку дисоціативної симптоматики з DSO-компонентами у вибірці молодих українців, які перебувають у контексті тривалого воєнного впливу.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані психологами, консультантами та фахівцями у сфері психічного здоров'я для кращого розуміння психологічних ресурсів і вразливостей осіб, які переживають травматичний досвід в умовах війни. Дані дослідження можуть бути корисними під час розробки психоедукаційних і консультативних програм, спрямованих на підтримку осмислення травматичного досвіду, відновлення відчуття цілісності, роботи з порушеннями самоорганізації та виявлення дисоціативних проявів. Окреме практичне значення має акцент на тому, що збереження або зниження сенсу життя не слід розглядати як прямий діагностичний маркер КПТСР, однак його зв'язок із DSO може бути важливим орієнтиром у психологічній оцінці стану людини.

Достовірність і обґрунтованість результатів забезпечено відповідністю теоретичної моделі дослідження сучасним уявленням про ПТСР, комплексний

ПТСР, дисоціативний підтип ПТСР і трикомпонентну модель сенсу життя; використанням психодіагностичних інструментів, релевантних до поставленої мети; попередньою перевіркою внутрішньої узгодженості шкал; достатнім для кореляційного та регресійного аналізу обсягом вибірки; застосуванням статистичних методів, адекватних характеру розподілу даних. У роботі було використано описову статистику, аналіз надійності, перевірку нормальності розподілу, кореляційний аналіз за Спірменом, непараметричні групові порівняння, множинний регресійний аналіз із діагностикою припущень та медіаційний аналіз. Інтерпретація результатів здійснювалася з урахуванням обмежень поперечного кореляційного дизайну, що не дозволяє робити причинно-наслідкові висновки.

Структура роботи: Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 61 найменування, з яких 54 – іноземною мовою, та 5 додатки. Дослідження містить 12 таблиць, 3 рисунки. Основний зміст роботи викладено на 55 сторінках комп'ютерного набору, а повний обсяг становить 74 сторінку.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ СЕНСУ ЖИТТЯ, ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ ТА ДИСОЦІАТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 Взаємозв'язок посттравматичних та дисоціативних симптомів із показниками екзистенційного сенсу життя

Контекст військових подій в Україні визначає тенденції дослідження відповідних психічних наслідків для цивільного населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, військові дії є одними з ключових детермінант психічних захворювань на рівні популяції, а за результатами метааналізів показники ПТСР серед цивільного населення, що постраждало від бойових дій, становлять від 15% до 30% (UNHCR, 2024). Глушук та ін. (2024) зазначають, що цивільне населення, так само як і військові, стикається з проявами хронічної тривоги, страху, відчуття небезпеки та порушеннями сну — тобто із симптоматичним фоном, на якому і формується посттравматична психопатологія (Глушук та ін., 2024). ПТСР є одним із найзначущих психологічних наслідків пережитого травматичного досвіду і в умовах війни набуває характеру масштабного соціально-психологічного виклику. У сучасній психологічній науці травматичний досвід розуміється як переживання події або серії подій, що несуть реальну або сприйняту загрозу для життя, фізичної цілісності чи психологічного благополуччя самої особи або значущих для неї людей (Maercker et al., 2013). Принципово важливим є те, що психологічна вагомість досвіду визначається не лише об'єктивними параметрами події, а й суб'єктивним значенням, яке вона набуває — зокрема, переживанням безпорадності, жаху та втрати контролю. Це питання досліджувалося у роботах Brewin, Andrews & Valentine (2000), Ozer et al. (2003), Ehlers & Clark (2000), де встановлено, що суб'єктивна інтерпретація події є більш значущим предиктором ПТСР, ніж її об'єктивні характеристики. Дослідження Курапова та ін. (2024) підтверджує, що сприйнята загроза (perceived threat) є значно потужнішим предиктором симптомів ПТСР та

порушень сну, ніж фактична кількість пережитих воєнних подій (objective war exposure). Це вказує на те, що внутрішня оцінка браку ресурсів для подолання загрози визначає тяжкість психологічних наслідків.

Когнітивна модель Ehlers та Clark (2000) обґрунтовує, що посттравматичні симптоми виникають тоді, коли людина проживає травму таким чином, що сприймає поточну ситуацію як постійно загрозову — через фрагментарні травматичні спогади і спотворену оцінку події, що запускає уникнення і унеможливорює опрацювання травматичного досвіду.

Серед усіх видів травматичного досвіду війна посідає особливе місце через поєднання масовості та хронічності. Воєнний контекст є тривалим станом екзистенційної загрози, що охоплює все населення певної території і унеможливорює повне дистанціювання від стресорів. Психологічні наслідки війни для цивільних досліджували Steel et al. (2009), Murthy & Lakshminarayana (2006), Priebe et al. (2010), Bogic et al. (2015): було виявлено, що цивільне населення є більш вразливим до ПТСР, ніж військові, оскільки позбавлене коупінг - стратегій — командної ієрархії, психологічної підготовки, відчуття колективної місії. Суттєвим є і накопичувальний характер стресорів: загроза виживанню, загибель близьких і хронічна невизначеність. Відповідно до моделі полівіктимізації (Finkelhor et al., 2007), множинні і різнопланові форми травматизації мають непропорційно більший вплив на психічне здоров'я, ніж накопичення впливу однотипних стресорів, що безпосередньо стосується ситуації в Україні.

Міжнародна класифікація хвороб 11-ої редакції (МКХ-11) пропонує принципово оновлену концепцію ПТСР, що усуває ключовий недолік попередніх версій — надмірно широкий діагностичний поріг. Зливков та ін. (2022) зазначають, що за критеріями DSM-IV діагноз ПТСР міг бути встановлений більш ніж за десятьма тисячами різних комбінацій симптомів, що знижувало клінічну специфічність. Розробкою нових критеріїв займалася робоча група за участю Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre та ін. (2013), а валідацію провели Hyland et al. (2017) та Shevlin et al. (2017). Відповідно до

МКХ-11, ПТСР визначається трьома обов'язковими кластерами: повторне переживання травми у теперішньому часі (нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари з відчуттям, що подія відбувається зараз); уникнення думок, спогадів, людей або ситуацій, що нагадують про травму; стійке відчуття поточної загрози — гіперпильність і посилена реакція. Усі симптоми мають тривати щонайменше кілька тижнів і суттєво порушувати повсякденне функціонування. З феноменологічної точки зору ПТСР — це «пастка часу»: психіка залишається прикута до травматичного моменту, а уникнення, хоча й полегшує повторний стрес короткостроково, у довгостроковій перспективі лише підтримує розлад.

При тривалій, повторюваній, що є характерним саме для воєнного контексту виникає якісно відмінний стан. МКХ-11 вводить для його позначення окрему категорію — комплексний ПТСР (КПТСР), принципово відмінний від ПТСР. Теоретичне обґрунтування КПТСР як самостійної одиниці розвивалося у роботах Herman (1992), van der Kolk et al. (2005), Cloitre et al. (2011; 2013; 2018), Karatzias et al. (2017), де показано, що тривала міжособистісна травматизація породжує якісно інший патерн порушень, ніж гостра одинична травма: перебудовується не лише реакція на стрес, а вся особистість — її ідентичність, емоційна регуляція і здатність до стосунків. Центральним конструктом, що відмежовує КПТСР від ПТСР, є кластер порушень самоорганізації (DSO), що включає три виміри: порушення емоційної саморегуляції (від бурхливих емоційних реакцій до повного емоційного заціпеніння), негативна Я-концепція (стійке переживання себе як зниженої цінності, «зламаного», що супроводжується хронічним відчуттям провини і сорому) та порушення у стосунках (нездатність до довірчої близькості і відчуття непереборної дистанції від інших). Психометричну обґрунтованість DSO підтверджено у роботах Shevlin et al. (2018), Hyland et al. (2017), Redican et al. (2021). МКХ-11 встановлює між ПТСР і КПТСР відношення взаємної виключності: діагностується або один, або інший розлад.

Поширеність ПТСР та КПТСР у цивільного населення України стала

предметом низки досліджень після 2022 року. Зливков та ін. (2022) підтвердили клінічну значущість ПТСР навіть через десятиліття після первинної травматичної події та валідність ITQ для діагностики в україномовній вибірці. Kurarov et al. (2023) зафіксували, що через шість місяців після початку повномасштабного вторгнення найвищу посттравматичну симптоматику мали особи з прямим досвідом бойових дій або фізичного насильства, при цьому ті, хто залишився в Україні, демонстрували нижчий рівень симптоматики порівняно з виїхавшими — ймовірно, завдяки вищому рівню соціальної підтримки. Квітка (2023) виявила спільними предикторами ПТСР і КПТСР старший вік, суб'єктивне усвідомлення загрози власному життю та нижчу вітальність. Но et al. (2023) на вибірці 2004 дорослих українців зафіксували, що 25,9% відповідали критеріям ПТСР, а 14,6% — критеріям КПТСР за ITQ. Виявлений зв'язок між кількістю пережитих воєнних стресорів і тяжкістю симптоматики свідчить про накопичувальний характер воєнної травматизації та підтверджує клінічну значущість КПТСР для постраждалого цивільного населення.

Для емпіричного вимірювання розглянутих конструктів використовується Міжнародний опитувальник травми (ITQ), розроблений Cloitre та ін. (2018) як самозвітний інструмент для оцінки ICD-11 ПТСР і КПТСР. ITQ містить 18 пунктів, що охоплюють усі шість симптоматичних кластерів і пункти для оцінки функціонального порушення; відповіді оцінюються за шкалою 0–4, а для підтвердження кластеру достатньо оцінки ≥ 2 за одним із двох симптомів. Психометричні характеристики і факторну структуру ITQ досліджували Hyland et al. (2017), Shevlin et al. (2017; 2018), Redican et al. (2021), Cloitre et al. (2021), підтверджуючи хорошу внутрішню узгодженість і дискримінантну валідність у різних культурних контекстах. На українській вибірці Но et al. (2023) встановили, що шестифакторна модель забезпечує найкраще відтворення латентної структури ITQ в умовах активних бойових дій.

1.2 Дисоціативний підтип ПТСР: феноменологія, поширеність та діагностичний інструментарій

Розгляд ПТСР і КПТСР як самостійних клінічних конструктів не вичерпує всієї складності посттравматичної психопатології. Окрему і принципово значущу проблему становить феномен дисоціації, що спостерігається у частини осіб з ПТСР і суттєво ускладнює як клінічну картину, так і перебіг та прогноз розладу. Питання зв'язку між травматичним досвідом і дисоціацією досліджували у своїх роботах Lanius et al. (2012), Atchley & Bedford (2021), Schiavone et al. (2018), Swart et al. (2020), де було показано, що дисоціативні симптоми не лише ускладнюють клінічну картину ПТСР, а й суттєво погіршують функціональний прогноз. Включення дисоціативного підтипу до DSM-5 у 2013 році стало формальним визнанням того, що дисоціація є не просто супутнім симптомом, а окремим вимірюваним конструктом.

У психологічній науці дисоціація розглядається як порушення інтегративних функцій свідомості, пам'яті, сприйняття навколишнього середовища, що призводить до розриву між тим, що людина переживає, і тим, що вона здатна усвідомити та інтегрувати у власний досвід. В контексті ПТСР дисоціація проявляється у двох основних формах: деперсоналізація — відчуття відстороненості від власного тіла, думок та дереалізація — відчуття нереальності навколишнього світу, немовби він є туманним, далеким або відфільтрованим.

Клименко, Шелестова та Науменко (2025) описують ці прояви на матеріалі дослідження 50 колишніх військовополонених, де деперсоналізація і дереалізація виявилися найпоширенішими серед виявлених дисоціативних розладів, а поширеність дисоціативних симптомів у цій групі сягала 25% (Клименко та ін., 2025). Крім деперсоналізації та дереалізації, клінічна картина дисоціативного підтипу може включати й інші прояви: втрату усвідомлення — стани, коли людина «відключається» від теперішнього моменту і втрачає контакт з реальністю, а також психогенну амнезію, коли

певні епізоди або цілі часові проміжки, пов'язані з травматичними переживаннями, виявляються недоступними при свідомому пригадуванні. Ці прояви принципово відрізняються від симптомів власне ПТСР тим, що їхня функція не повторне переживання травми (як при флешбеках і інтрузіях), а навпаки, захисне відключення від нестерпного досвіду. Саме тому Lanius et al. (2012) запропонували модель «гіпоемоційного» підтипу ПТСР: якщо «класичний» ПТСР характеризується гіперактивацією, то дисоціативний — гіпоактивацією і відчуженням як способом регуляції надмірного збудження.

Оцінки поширеності дисоціативного підтипу ПТСР (D-PTSD) суттєво варіюються залежно від вибірки та використаного діагностичного інструменту. Так, у дослідженнях, що застосовували латентний класовий аналіз, поширеність D-PTSD склала 22,8%, тоді як при використанні критеріїв DSM-5 — до 48,1% (White et al., 2022, цит. за Kurapov et al., 2026). Eidhof та ін. (2019) у вибірці з 131 особи, що зверталися по лікування з приводу ПТСР та множинних травм, виявили D-PTSD у 17,6% учасників відповідно до розробленого ними інструменту DSP-I. Варіативність показників пояснюється насамперед методологічними відмінностями: більшість досліджень використовували інструменти, що не були розроблені спеціально для вимірювання D-PTSD і тому не забезпечували повної відповідності діагностичним критеріям DSM-5 (Schiavone et al., 2018; Wolf et al., 2017, цит. за Kurapov et al., 2026). Ця методологічна неузгодженість підкреслює критичну необхідність спеціалізованих і психометрично обґрунтованих інструментів для ідентифікації D-PTSD.

Клінічна значущість D-PTSD виходить далеко за межі просто «ускладненої» версії ПТСР. Дослідження, проведені у роботах Lanius et al. (2012), Atchley & Bedford (2021), Boyd et al. (2018), показали, що особи з D-PTSD демонструють вищий рівень функціонального порушення, більшу кількість і тяжкість коморбідних психічних розладів, суттєво підвищений ризик суїцидальності, а також вищу частоту звітування про травматизацію у дитячому віці. Клименко та ін. (2025) зафіксували, що у вибірці ветеранів

США близько 20% мали дисоціативні симптоми різного ступеня тяжкості, і серед них майже у 5 разів вищою була ймовірність суїцидального ризику порівняно з тими, хто не мав таких симптомів. Разом з тим, D-PTSD не лише є більш тяжким варіантом перебігу, а й по-різному відповідає на стандартні методи лікування ПТСР, що має пряме значення для вибору терапевтичних підходів.

Усвідомлення клінічної значущості D-PTSD поставило перед дослідниками завдання розробки надійного, специфічного і практично застосовного інструменту для його оцінки. До появи спеціалізованих засобів вимірювання дослідники змушені були використовувати інструменти, що не були призначені для діагностики D-PTSD: наприклад, шкалу дисоціативних переживань (DES; Bernstein & Putnam, 1986), що охоплює широкий спектр дисоціативних феноменів і формує єдиний загальний показник без розмежування деперсоналізації та дереалізації від інших симптомів, або окремі пункти зі структурованих клінічних інтерв'ю на кшталт CAPS-5 (Eidhof et al., 2019). Клінічні інтерв'ю — зокрема розроблений Eidhof et al. (2019) Інструмент для діагностики дисоціативного підтипу ПТСР — продемонстрували хорошу психометричну якість і клінічну інформативність, проте мають суттєве практичне обмеження: вони є трудомісткими і вимагають кваліфікованого клініциста, що унеможлиблює їхнє масштабне застосування у скринінгових дослідженнях.

Саме необхідність ефективного самозвітного інструменту, що відповідав би критеріям DSM-5 і при цьому був придатним для масштабного застосування, зумовила розробку Шкали дисоціативного підтипу ПТСР (Dissociative Subtype of PTSD Scale, DSPS) Wolf et al. (2017). DSPS є порівняно новим інструментом: він охоплює трохи більше десяти років дослідницької і клінічної апробації і продовжує валідуватися в нових культурних і клінічних контекстах. Шкала складається з 15 пунктів, що оцінюють три кластери дисоціативних симптомів: дереалізацію/деперсоналізацію (7 пунктів), втрату усвідомлення (6 пунктів) і психогенну амнезію (2 пункти). Для кожного

пункту учасник окремо вказує: чи переживав він цей симптом будь-коли в житті (lifetime), чи переживав його протягом останнього місяця (current), а також оцінює частоту (0–4) та інтенсивність (0–5) за останній місяць. Цей покроковий формат дозволяє розмежувати довічну наявність симптому і його актуальний клінічний вираз, що є важливим для диференціації та моніторингу в процесі терапії (Wolf et al., 2017; Kurapov et al., 2026).

Принциповою особливістю DSPS є те, що вона не є самостійним діагностичним інструментом для виявлення ПТСР загалом, а призначена для покрокового застосування: спочатку встановлюється наявність ПТСР за відповідним первинним інструментом (наприклад, PCL-5 або ITQ), і лише потім DSPS застосовується для з'ясування того, чи відповідає особа критеріям дисоціативного підтипу. Ця методологічна логіка прямо відображає структуру DSM-5, де D-PTSD є уточнюючим елементом, а не окремою одиницею.

Психометричні властивості DSPS досліджувалися у роботах Wolf et al. (2017), Guetta et al. (2019), Danböck et al. (2023), İçin et al. (2023), де було підтверджено трифакторну структуру шкали, хорошу внутрішню узгодженість і конвергентну валідність у вибірках ветеранів, клінічних пацієнтів і загального населення різних країн. Усі валідаційні дослідження відтворювали одну й ту саму трифакторну структуру (дереалізація/деперсоналізація, втрата усвідомлення, психогенна амнезія), що свідчить про стабільність конструкту. Водночас до останнього часу DSPS залишалась доступною лише в англійській, німецькій та турецькій версіях, що суттєво обмежувало її застосування в україномовних дослідженнях — особливо з огляду на масштаб психологічних наслідків війни для населення України.

Kurapov et al. (2026) заповнили цю прогалину, розробивши та валідувавши україномовну версію DSPS на вибірці 1119 дорослих українців. Конфірматорний факторний аналіз підтвердив трифакторну структуру шкали як для довічних, так і для поточних симптомів з прийнятними показниками відповідності моделі. Варто підкреслити, що валідаційне дослідження Kurapov

та ін. (2026) є першим підтвердженням психометричних властивостей DSPS на україномовній вибірці, що зазнала воєнної травматизації і це обставина принципово важлива для нашого дослідження. По-перше, вона підтверджує, що конструкт D-PTSD та його вимірювання за допомогою DSPS є релевантним для даної популяції. По-друге, вона забезпечує методологічну основу для застосування цього інструменту саме в українському контексті, де дисоціативні симптоми є частиною широкого спектру посттравматичних реакцій, задокументованих у низці досліджень (Клименко та ін., 2025; Kurarov et al., 2023). Нарешті, включення DSPS до цього дослідження дозволяє розмежувати осіб із «класичним» ПТСР і тих, хто відповідає критеріям D-PTSD, що є необхідною умовою для коректного аналізу зв'язку між дисоціативними симптомами і сенсом життя — конструктом, що розглядається в наступних підпунктах.

Таким чином, дисоціативний підтип ПТСР є клінічно значущим і добре описаним феноменом, що виникає у частини осіб, які пережили травматичний досвід, і характеризується деперсоналізацією, дереалізацією, втратою усвідомлення та психогенною амнезією як специфічними формами захисного відключення від нестерпного переживання. DSPS як відносно новий самозвітний інструмент забезпечує цілеспрямоване і психометрично обґрунтоване вимірювання цього конструкту відповідно до критеріїв DSM-5, а його українська версія, валідована Kurarov et al. (2026), підтверджує придатність шкали для застосування у вибірках, що зазнали воєнної травматизації.

1.3 Сенс життя як психологічний конструкт: теоретичні моделі, вимірювання та зв'язок із посттравматичною симптоматикою

Два попередніх підпункти окреслили психологічну природу ПТСР, КПТСР і дисоціативного підтипу — трьох форм посттравматичної психопатології, що перебувають у центрі уваги нашого дослідження. Однак повноцінне розуміння цих станів вимагає звернення до ресурсного боку людської психіки: до того, що утримує людину від розвитку цих розладів або сприяє відновленню після них. Одним із таких ресурсів, теоретично й емпірично обґрунтованим як захисний чинник при травматичному досвіді, є сенс життя. Це поняття у психологічній науці пройшло шлях від екзистенційно-філософської метафори до операціоналізованого і вимірюваного психологічного конструкту — і саме цей шлях важливо простежити, щоб зрозуміти, чому він є релевантним для нашої роботи.

Теоретичне осмислення сенсу як психологічного феномену має витоки в логотерапії Франкла, де сенс розглядається як фундаментальний людський мотив, що є не наслідком психологічного благополуччя, а його передумовою і підґрунтям. Ключова теза Франкла — людина здатна витримати будь-яке «як», якщо знає «навіщо» — стала відправною точкою для емпіричних досліджень сенсу як ресурсу в екстремальних умовах. Цю лінію систематизував Baumeister (1991) у монографії «Meanings of Life», запропонувавши модель, у якій сенс виконує чотири взаємопов'язані функції. Перша — ціль (purpose): сенс надає поведінці майбутньої орієнтованості, перетворює розрізнені дії на частину ширшого задуму. Друга — цінності і обґрунтованість (values and justification): сенс забезпечує людину системою стандартів, що дозволяють розрізняти правильне і неправильне, виправдовувати вибори. Третя — ефективність і контроль (efficacy): переживання сенсу пов'язане з відчуттям, що власні зусилля мають наслідки, що людина здатна впливати на своє оточення. Четверта — значущість (mattering): сенс підтримує переконання, що власне існування важливе, що воно залишить слід у світі. Baumeister

підкреслює: коли будь-яка з цих чотирьох «потреб у сенсі» опиняється під загрозою — як це відбувається при травматичному досвіді, — особистість зазнає дестабілізації, яка виходить далеко за межі простого дистресу.

Подальший розвиток теорії сенсу призвів до оформлення трикомпонентної моделі, що набула широкого поширення у сучасних дослідженнях. Martela & Steger (2016) розрізняють когерентність (coherence) — відчуття, що власне існування є зрозумілим і логічно впорядкованим; ціль (purpose) — спрямованість у майбутнє через наявність значущих і вартісних прагнень; та значущість (significance) — переконання, що власне існування має вагу і наслідки. Ці три виміри не є синонімами і не зводяться один до одного: людина може мати чіткі цілі і при цьому не розуміти, «що взагалі відбувається» в її житті; може відчувати, що розуміє власний досвід, але не бачити в ньому глобальної значущості. Heintzelman & King (2014) описують сенс як «відчуття, що речі мають свою логіку», і показують, що навіть ситуативно стани когерентності — коли людина несподівано вловлює структуру в хаосі — підвищують суб'єктивне відчуття розуміння. Це принципово важливо: сенс є не лише стабільним конструктом, а й динамічним переживанням, що може коливатися під впливом обставин.

Для розуміння зв'язку між сенсом і травматичними розладами ключовим є питання про те, що саме відбувається з людиною, коли відчуття сенсу підривається. Когерентність — мабуть, найбільш вразливий вимір у воєнному контексті. Коли навколо хаос, коли неможливо передбачити, де наступного дня безпечно, коли прийняті раніше припущення про «зрозумілий і контрольований світ» раптово виявляються ілюзорними людина втрачає відчуття, що її досвід «має сенс», що у тому, що відбувається, є якась логіка. Це не просто неприємне переживання: дослідження показують, що зниження когерентності є одним із найсильніших когнітивних предикторів депресивної симптоматики і тривоги (George & Park, 2016). Втрата цілі розгортається дещо інакше: людина, яка жила заради родини, роботи, планів на майбутнє, раптом виявляється в ситуації, де те і інше зруйноване або недосяжне, — і це

породжує специфічне відчуття спустошеності та безнапрямлених. Смокова та Смокова та ін. (2025), дослідивши 65 осіб, постраждалих від воєнних подій, виявили, що найбільш стабільно знижуються саме показники «цілі в житті» і «процесу життя» — тобто саме мотиваційна складова сенсу є найбільш вразливою при гострій травматизації (Смокова & Тишко, 2025). Нарешті, підрих значущості — відчуття, що власне існування нічого не варте і нічого не змінить, є феноменологічно близьким до того, що клінічно описується як негативна Я-концепція у структурі DSO при КПТСР. Ця паралель теоретично важлива: можливо, саме через цей вимір сенс і DSO пов'язані найтісніше.

Park (2010) в огляді теорії творення значень обґрунтовує, яким саме механізмом сенс виконує захисну функцію при травмі. Після зіткнення з травматичною подією людина опиняється в стані «розриву значень» (meaning gap): те, що сталося, суперечить її глобальній системі переконань — уявленням про справедливість світу, про власну безпеку, про те, що добрі люди не страждають. Процес відновлення сенсу полягає у тому, щоб або асимілювати подію в наявну систему переконань (знайти їй місце у старому розумінні світу), або акомодувати цю систему — переглянути базові переконання таким чином, щоб новий досвід у них «помістився». Саме успішність цього процесу, а не просто рівень сенсу до травми, визначає довгостроковий психологічний результат. Коли творення значення відбувається — людина може знайти не лише примирення з пережитим, а й посттравматичне зростання. Almeida та ін. (2022) у метааналізі підтвердили значущу кореляцію між сенсом і посттравматичним зростанням: сенс є не лише предиктором меншої симптоматики, а й умовою позитивних особистісних змін після травматичного досвіду.

Емпіричну доказову базу щодо зв'язку між сенсом і ПТСР узагальнив систематичний огляд Mutuyimana & Maercker (2024). Результати засвідчили три стабільні категорії зв'язків. По-перше, у шести дослідженнях різних культурних контекстів (Нігерія, Іспанія, Іран, Японія, Пакистан, США) — сенс виступав повним або частковим медіатором між захисними чинниками і

симптоматикою ПТСР: зокрема, когерентність медіювала зв'язок між переконаннями про свободу волі і гостротою ПТСР-симптомів, а сенс загалом — між резильєнтністю і ПТСР. По-друге, 16 досліджень зафіксували прямий негативний кореляційний зв'язок між рівнем сенсу і вираженістю симптомів ПТСР: у вибірках ветеранів США (Owens et al., 2009; Pietrzak & Cook, 2013; Fischer et al., 2020), серед вцілілих після катастроф (Feder et al., 2016), у жертв сексуального насильства під час служби (Gross et al., 2019), а також у двох іспанських вибірках. Fischer et al. (2020) у метааналізі на вибірках американських військових підтвердили значущий помірний від'ємний зв'язок між сенсом і ПТСР-симптомами. По-третє, три дослідження — включно з одним лонгітюдним — встановили сенс як профілактичний чинник щодо довгострокових наслідків травматичного досвіду (Feder et al., 2016; Fischer et al., 2020). Принциповою знахідкою огляду є і те, що жодне з 29 включених досліджень не вивчало зв'язок між сенсом і КПТСР — попри те що МКХ-11 виділяє його як окрему нозологічну категорію від 2019 року. Це є прямою дослідницькою прогалиною, на яку відповідає це дослідження.

Розглянуті теоретичні концепції мали б давно стати основою для диференційованого вивчення трьох вимірів сенсу у зв'язку з різними неузгодженими психологічними змінними. Однак реалізацію цього потенціалу тривалий час стримувала проблема вимірювання: більшість поширених інструментів підходили до сенсу як однокомпонентного конструкту. PIL (Crumbaugh & Maholick, 1969) фіксує загальний рівень розуміння існування. MLQ (Steger et al., 2006) розмежовує наявність і пошук сенсу, але не диференціює його виміри. Purpose-підшкала зі Шкал психологічного благополуччя Ryff (1989) вимірює лише цільовий вимір. Усі ці інструменти мають цінність, але жоден не дозволяє відповісти на питання: який саме вимір сенсу є найбільш вразливим при ПТСР? Чи однаково пов'язані з КПТСР усі три компоненти, чи є серед них той, що корелює специфічно з DSO?

Саме для усунення цієї проблеми George & Park (2016) розробили

Багатовимірну шкалу екзистенційного сенсу (MEMS) — перший інструмент, що операціоналізує тріаду *comprehension–purpose–mattering* у вигляді трьох самостійних рівноправних підшкал по 5 пунктів кожна.

Повертаючись до контексту воєнної травматизації в Україні, можна теоретично припустити, яким чином кожен із трьох вимірів MEMS «реагує» на специфіку цього досвіду — і як ці реакції можуть бути пов'язані з різними формами посттравматичної психопатології. Когерентність зазнає удару насамперед через хаотичність і непередбачуваність воєнного контексту: руйнування усталеного порядку, неможливість планування, відчуття «виходу з нормального плину часу» — все це безпосередньо підриває відчуття, що у тому, що відбувається, є якась логіка. Ціль може зберігатися або навіть посилюватися у тих, хто знаходить значення у захисті країни, турботі про родину або волонтерстві, що частково пояснює феномен «мобілізованого» психологічного стану, зафіксованого у молоді до 30 років, де ПТСР-симптоматика виражена менше, ніж у старших вікових групах (Кузікова, Зливков та Лукомська, 2022). Значущість є теоретично найтісніше пов'язаною з негативною Я-концепцією зі структури DSO — центральним конструктом КПТСР: обидва феномени описують деформацію відчуття власної цінності і вагомості.

Висновки до розділу 1

Здійснений теоретичний аналіз дозволяє окреслити цілісну логіку зв'язку між воєнним досвідом, посттравматичною психопатологією і ресурсами особистості.

Хронічна, масова і невідворотна природа воєнної травматизації визначає не лише масштаб, а й тип психологічних наслідків. Якщо ПТСР може виникнути після гострої одиничної події і є розладом, центрованим на травматичному спогаді, то КПТСР є якісно іншим станом — глибинною реорганізацією особистості навколо хронічної небезпеки, що проявляється у деформації емоційної регуляції, самосприйняття і здатності до близьких стосунків. Поруч із цим існує дисоціативний підтип ПТСР — стан захисного

відключення від нестерпного переживання, феноменологічно протилежний гіперактивації «класичного» ПТСР і такий, що потребує принципово іншого підходу до допомоги.

Усі три форми посттравматичної психопатології об'єднує спільна мішень — відчуття сенсу. ПТСР підриває здатність сприймати власне теперішнє і майбутнє як впорядковані і цілеспрямовані; КПТСР через деформацію Я-концепції безпосередньо руйнує переживання значущості власного існування; дисоціація позбавляє людину самого відчуття когерентності буття. Таким чином, три виміри сенсу — когерентність, ціль і значущість — виявляються конкретними психологічними мішенями, на які різні форми посттравматичної психопатології впливають через різні механізми.

Попри те що захисна роль сенсу при ПТСР підтверджена численними дослідженнями, його зв'язок із КПТСР залишається практично невивченим, а вплив дисоціативної симптоматики на різні виміри сенсу не досліджений взагалі. Ця прогалина у поєднанні зі специфікою українського воєнного контексту і визначає дослідницький запит нашої роботи.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Концептуальна модель та гіпотези дослідження

Дослідження ґрунтується на концептуальному положенні про те, що сенс життя виступає відносно стійким психологічним ресурсом, здатним модерувати або опосередковувати зв'язок між травматичним досвідом і психологічним функціонуванням особистості. Відповідно до трикомпонентної моделі сенсу життя (George & Park, 2017), що покладена в основу дослідження, сенс охоплює три відносно самостійних виміри: розуміння (comprehension) — когнітивне відчуття зрозумілості та внутрішньої логіки власного існування; мета (purpose) — наявність ціннісно значущих орієнтирів, що спрямовують поведінку; значущість (mattering) — переконання у власній цінності та важливості власного існування.

Теоретичну основу дослідження складають також МКХ-11-орієнтована модель посттравматичного стресового розладу та комплексного ПТСР (Cloitre et al., 2018), яка розрізняє класичну ПТСР-симптоматику та порушення самоорганізації (ДСО), та когнітивна модель травми Ehlers & Clark (2000), яка наголошує на ролі суб'єктивної інтерпретації травматичного досвіду порівняно з об'єктивними характеристиками травматичної події.

На підставі теоретичного аналізу та огляду емпіричних досліджень сформульовано такі гіпотези дослідження:

Гіпотеза 1. Нижчі показники сенсу життя за MEMS будуть пов'язані з вищою вираженістю посттравматичної симптоматики за ITQ.

Гіпотеза 2. Нижчі показники сенсу життя за MEMS будуть пов'язані з вищою вираженістю порушень самоорганізації за ITQ.

Гіпотеза 3. Нижчі показники сенсу життя за MEMS будуть пов'язані з вищою вираженістю дисоціативної симптоматики за DSPS.

Гіпотеза 4. Респонденти з вищою емоційною реакцією на повітряну тривогу матимуть вищі показники посттравматичної та дисоціативної

симптоматики.

Гіпотеза 5. Жінки демонструватимуть вищі показники посттравматичної та дисоціативної симптоматики порівняно з чоловіками.

2.2 Характеристика психодіагностичних методик

У дослідженні було використано три стандартизовані психодіагностичні методики та авторські контекстні питання, що у сукупності охоплювали досліджувані конструкти: сенс життя, посттравматичну симптоматику, дисоціативні прояви та емоційну реакцію в контексті воєнних загроз.

Багатовимірна шкала екзистенційного сенсу (Multidimensional Existential Meaning Scale, MEMS) (див. Додаток А). Опитувальник розроблено George і Park (2016) для диференційованого вимірювання трьох вимірів сенсу життя: розуміння (comprehension), мети (purpose) та значущості (mattering). Шкала містить 15 тверджень, що оцінюються за 7-бальною шкалою Лайкерта від «абсолютно не погоджуюсь» до «абсолютно погоджуюсь». Субшкала розуміння включає пункти 1, 7, 8, 10, 14; субшкала мети — пункти 3, 5, 6, 9, 12; субшкала значущості — пункти 2, 4, 11, 13, 15. Пункт 2 є зворотним.

Оскільки на момент проведення дослідження україномовна версія MEMS не була доступною, у межах цієї роботи було здійснено україномовний переклад, культурну адаптацію та пілотну апробацію методики. Процедура перекладу спиралася на принципи прямого та зворотного перекладу психодіагностичних інструментів. На першому етапі три незалежні перекладачі з високим рівнем володіння англійською мовою здійснили прямий переклад пунктів з англійської на українську. Перекладачам було надано опис трьох теоретичних вимірів MEMS і рекомендації щодо пріоритету психологічного змісту над буквальним перекладом.

Особливу увагу було приділено збереженню змістових акцентів кожної субшкали: когнітивного виміру розуміння, мотиваційного виміру мети та екзистенційного виміру значущості. На другому етапі незалежний перекладач, який не мав доступу до оригінальної версії, здійснив зворотний переклад україномовних пунктів англійською мовою. Порівняння оригінальної та

зворотно перекладеної версії дозволило уточнити окремі формулювання, зокрема ті, що стосувалися понять *comprehension* та *overarching goals*.

На третьому етапі було проведено експертне обговорення формулювань із залученням фахівця у галузі психології. За його результатами окремі пункти було відредаговано для підвищення мовної природності та зрозумілості для україномовних респондентів. На четвертому етапі фінальну версію методики було апробовано у пілотажному дослідженні на вибірці з 41 респондента. Показники внутрішньої узгодженості становили: $\alpha = 0.778$ для субшкали розуміння, $\alpha = 0.913$ для субшкали мети та $\alpha = 0.882$ для субшкали значущості.

Отримані значення свідчать про прийнятну внутрішню узгодженість україномовної версії MEMS у пілотажній вибірці. Повторна перевірка надійності в основному дослідженні ($N = 157$) також підтвердила достатню внутрішню узгодженість трьох субшкал, $\alpha = 0.841\text{--}0.918$. Водночас слід зазначити, що в межах цієї роботи не проводилася повна психометрична валідація MEMS; тому використана версія розглядається як перекладена та пілотно апробована україномовна версія методики, придатна для використання в межах цього емпіричного дослідження.

Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ). Опитувальник розроблений Cloitre et al. (2018) відповідно до критеріїв МКХ-11 і є скринінговим інструментом для оцінки симптомів ПТСР та комплексного ПТСР (КПТСР). У дослідженні використано україномовну версію ITQ) (див. Додаток Б). Перший блок опитувальника охоплює шість пунктів, що відповідають трьом кластерам симптомів ПТСР: повторне переживання травматичної події (P1–P2), уникання нагадувань про травматичний досвід (P3–P4) та відчуття поточної загрози / гіперпильності (P5–P6), а також три пункти функціональних порушень, пов'язаних із симптомами ПТСР (P7–P9). Другий блок оцінює симптоми порушень самоорганізації (ДСО): афективну дисрегуляцію (C1–C2), негативну самооцінку (C3–C4), порушення у стосунках (C5–C6), а також функціональні порушення, пов'язані з ДСО (C7–C9). Відповіді оцінюються за 5-бальною

шкалою від 0 («зовсім ні») до 4 («надзвичайно»). У цьому дослідженні внутрішня узгодженість шкал ITQ становила $\alpha = 0.771\text{--}0.827$, що відповідає прийнятним та добрим значенням.

Шкала дисоціативного підтипу ПТСР (Dissociative Subtype of PTSD Scale, DSPS) (див. Додаток В). DSPS є самозвітним інструментом для оцінки дисоціативних симптомів, релевантних для дисоціативного підтипу ПТСР. У дослідженні використано україномовну версію шкали. Методика містить 15 симптомів і охоплює три субшкали: деперсоналізація / дереалізація (DPDR), втрата усвідомлення / автономії (LOA) та психогенна амнезія (AMN). Кожен симптом оцінюється за кількома параметрами: наявність будь-коли, наявність протягом останнього місяця, частота та інтенсивність прояву.

Для оцінки суб'єктивної емоційної реактивності в контексті воєнних загроз було використано авторське запитання про інтенсивність емоційної реакції на повітряну тривогу за 10-бальною шкалою, де 0 означало «жодної реакції», а 10 — «надзвичайно інтенсивну реакцію». Додатково збиралася інформація про контекстуальні характеристики воєнного досвіду: перебування поблизу обстрілів, зміну місця проживання після початку війни та суб'єктивне пов'язування власного травматичного досвіду з воєнними подіями.

2.3 Процедура проведення дослідження

Дослідження здійснювалося у два послідовні етапи. Перший етап — пілотажне дослідження, проводилося з метою апробації україномовної версії MEMS та попередньої перевірки її внутрішньої узгодженості. На цьому етапі опитувальник заповнила 41 особа. За результатами пілотажного дослідження було підтверджено прийнятну та високу внутрішню узгодженість усіх трьох субшкал, після чого україномовну версію MEMS було використано в основному дослідженні без змістових змін.

Другий етап — основне дослідження проводилось у форматі онлайн-опитування за допомогою платформи Google Forms. Анкета містила блок соціально-демографічних запитань, питання щодо воєнного контексту та

переміщення, психодіагностичні методики MEMS, ITQ і DSPS, а також авторську самооцінювальну шкалу емоційної реакції на повітряну тривогу. Участь у дослідженні була добровільною та анонімною. Перед початком заповнення анкети респонденти надавали інформовану згоду на участь у дослідженні та обробку отриманих даних в узагальненому вигляді. Посилання на опитування поширювалося через соціальні мережі, особисті контакти та студентські спільноти.

В основному дослідженні взяли участь 157 осіб. Вибірка була збалансованою за статтю: 79 жінок і 78 чоловіків. Вік респондентів становив від 17 до 30 років, середній вік — 21 рік. Більшість учасників на момент опитування навчалися у закладах вищої освіти (75,8%), водночас до вибірки також увійшли респонденти, які вже завершили навчання або не навчалися на момент участі в дослідженні. Серед тих, хто навчався, найчисельнішою була група студентів 4-го курсу (31,2%).

За місцем перебування протягом останнього місяця більшість респондентів перебували в Україні (75,8%), 19,1% — за кордоном, а 5,1% частково перебували в Україні та частково за кордоном. Розподіл за галузями навчання був різноманітним: найчисельнішу групу становили представники психологічних, соціальних, політичних та міжнародних спеціальностей (34,4%), далі — технічних, ІТ, природничих і транспортних спеціальностей (19,1%), а також гуманітарних наук та освіти (12,7%).

Критеріями включення до вибірки були: вік від 17 років, проживання в Україні або досвід вимушеного переміщення / перебування за кордоном після початку повномасштабної війни, а також добровільна згода на участь у дослідженні. Дослідження мало поперечний кореляційний дизайн, тому отримані результати інтерпретувалися як зв'язки між змінними, а не як причинно-наслідкові залежності.

2.4 Методи статистичного аналізу

Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення R. На етапі попереднього аналізу було проведено перевірку

пропущених значень, описову статистику та оцінку характеру розподілу основних змінних. Для перевірки нормальності розподілу використовувався критерій Шапіро–Вілка з додатковим аналізом показників асиметрії, ексцесу, гістограм та Q-Q графіків.

Оскільки для більшості змінних було виявлено відхилення від нормального розподілу, у подальшому аналізі перевага надавалася непараметричним критеріям. Для порівняння двох незалежних груп застосовувався U-критерій Манна–Уїтні, а для порівняння трьох і більше груп — критерій Краскела–Волліса з post-hoc аналізом за критерієм Данна з поправкою Бонфероні. Для оцінки величини ефекту використовувалися коефіцієнт $r = z/\sqrt{N}$ для критерію Манна–Уїтні та η^2 як міра величини ефекту для критерію Краскела–Волліса.

Кореляційний аналіз проводився з використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена з розрахунком 95% довірчих інтервалів. Надійність використаних шкал оцінювалася за коефіцієнтами α Кронбаха та тотальної ω Макдональда.

Для виявлення предикторів травматичної та дисоціативної симптоматики застосовувався множинний лінійний регресійний аналіз. Перед інтерпретацією регресійних моделей було проведено діагностику основних припущень: нормальності залишків, гомоскедастичності за критерієм Бройша–Пагана, незалежності залишків за критерієм Дарбіна–Вотсона, мультиколінеарності за показником VIF, а також перевірку стандартизованих залишків і потенційно впливових спостережень за Cook's distance. З огляду на виражену правосторонню асиметрію показника DSPS, для регресійної моделі з дисоціативною симптоматикою застосовувалася логарифмічна трансформація залежної змінної: $\log(\text{DSPS} + 1)$.

Для уточнення статистичного механізму зв'язку між розумінням життя та дисоціативною симптоматикою було проведено медіаційний аналіз. У моделі перевірялося опосередкування зв'язку між шкалою розуміння життя та log-трансформованою дисоціативною тяжкістю через порушення

самоорганізації. Значущість непрямих ефектів оцінювалася за допомогою bootstrap-процедури, до моделі також було включено контрольні змінні.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було обґрунтовано методологічну концепцію дослідження та описано процедуру його проведення. На підставі теоретичного аналізу сформульовано дослідницькі гіпотези, що охоплюють зв'язки між сенсом життя, посттравматичною та дисоціативною симптоматикою, гендерні відмінності, емоційну реакцію на повітряну тривогу та роль суб'єктивної інтерпретації воєнного досвіду. Дослідження реалізовано як поперечне онлайн-опитування на вибірці 157 респондентів із використанням трьох психодіагностичних методик — MEMS, ITQ та DSPS — а також авторських контекстних питань щодо воєнного досвіду й емоційної реакції на повітряну тривогу.

Особливістю методологічного рішення стало використання україномовної версії MEMS, для якої в межах цієї роботи було здійснено переклад, культурну адаптацію та пілотну апробацію відповідно до процедури прямого і зворотного перекладу із залученням незалежних перекладачів та експертного обговорення формулювань. Результати пілотажного дослідження та повторної перевірки в основній вибірці підтвердили достатню внутрішню узгодженість трьох субшкал MEMS для використання в межах цього дослідження.

Статистичний план дослідження був побудований відповідно до характеру отриманих даних і поставлених дослідницьких завдань. Вибір непараметричних критеріїв було обґрунтовано результатами перевірки нормальності розподілу, а використання регресійного та медіаційного аналізів — необхідністю уточнити внесок окремих психологічних показників і можливе статистичне опосередкування зв'язку між розумінням життя та дисоціативною симптоматикою через порушення самоорганізації. Водночас, з огляду на поперечний кореляційний дизайн дослідження, отримані результати інтерпретуються як статистичні зв'язки між змінними, а не як причинно-

наслідкові залежності.

РОЗДІЛ 3.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Характеристика досліджуваної вибірки

У дослідженні взяли участь 157 осіб. Вибірка була збалансованою за статтю: 79 жінок (50,3%) та 78 чоловіків (49,7%). Середній вік респондентів становив 21,22 роки ($SD = 2,29$; діапазон: 17–30 років). Більшість учасників на момент опитування навчалися (75,8%), тоді як 14% вже завершили навчання, 7% тимчасово не навчалися, а 3,2% обрали варіант «інше». Серед тих, хто навчався, найчисленнішою була група студентів 4-го курсу (31,2%). Детальна соціально-демографічна характеристика вибірки подана у Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Соціально-демографічна характеристика вибірки

Показник	Категорія	n	%	M	SD	Min	Max
Вік	M, SD, min–max	157	—	21,22	2,29	17	30
Стать	Жінка	79	50,3	—	—	—	—
	Чоловік	78	49,7	—	—	—	—
Зміна місця проживання після початку повномасштабного вторгнення	Не змінював(-ла) місце проживання	53	33,8	—	—	—	—
	Переїхав(-ла) в інший регіон України	26	16,6	—	—	—	—
	Виїхав(-ла) за кордон	29	18,5	—	—	—	—
	Переїжджав(-ла), але повернувся(-лася)	45	28,7	—	—	—	—
	Пропущено	4	2,5	—	—	—	—

Примітка. N = 157. Для категоріальних змінних наведено абсолютну кількість (n) та відсотковий розподіл (%). Для кількісних змінних наведено середнє значення (M), стандартне відхилення (SD), мінімальне (Min) та максимальне (Max) значення. Прочерк (—) означає, що показник для даної категорії не застосовується.

Щодо місця перебування протягом останнього місяця, переважна більшість респондентів знаходилася в Україні (75,8%), 19,1% — за кордоном, 5,1% — частково в обох країнах. Розподіл за галузями навчання виявився достатньо різноманітним: найбільш чисельними були представники психологічних, соціальних та суміжних спеціальностей (34,4%), технічних та ІТ-спеціальностей (19,1%), а також гуманітарних та педагогічних (12,7%).

Описові статистики за основними психологічними показниками наведено в таблиці 3.2. Показник загальної тяжкості дисоціативних симптомів (DSPS) демонструє виражену правосторонню асиметрію: при медіані 7 та максимально значущі 77 загальний розкид є значним ($SD = 15,54$). Субшкали деперсоналізації та психогенної амнезії мають медіану 0, що свідчить про відсутність цих симптомів у багатьох учасників. Субшкали сенс життя за MEMS, натомість, характеризуються вищими середніми значеннями і меншим розкидом.

Таблиця 3.2

Описові статистики за основними психологічними показниками

Показник	N	M	SD	Медіана	Min	Max
MEMS: Розуміння (Comprehension)	157	4,63	1,16	4,6	1,2	7,0
MEMS: Мета (Purpose)	157	5,32	1,28	5,6	1,8	7,0
MEMS: Значущість (Mattering)	157	3,84	1,45	3,8	1,0	7,0
ITQ: ПТСР (загальний бал)	157	7,59	5,29	7,0	0,0	21,0
ITQ: ДСО (загальний бал)	157	9,04	5,41	9,0	0,0	24,0
ITQ: Загальний бал	157	16,63	9,21	17,0	0,0	44,0
DSPS:						
Деперсоналізація/дереалізація (DPDR)	157	4,89	8,14	0,0	0,0	42,0
DSPS: Втрата автономії (LOA)	157	5,33	6,18	4,0	0,0	30,0
DSPS: Амнезія (AMN)	157	2,32	3,94	0,0	0,0	18,0

Показник	N	M	SD	Медіана	Min	Max
DSPS: Поточний стан	157	1,22	1,99	0,0	0,0	11,0
Емоційна реакція на повітряну тривогу	156	3,12	2,34	3,0	0,0	10,0

Примітка. MEMS — Multidimensional Existential Meaning Scale (шкала сенсу життя); ITQ — International Trauma Questionnaire; ПТСР — посттравматичний стресовий розлад; ДСО — порушення самоорганізації; DSPS — Dissociative Symptoms in Psychosis Scale; DPDR — деперсоналізація/дереалізація; LOA — втрата автономії; AMN — амнезія. N = 157, крім «Емоційної реакції на повітряну тривогу» (N = 156, один пропуск).

Для перевірки внутрішньої узгодженості використаних шкал було розраховано коефіцієнти α Кронбаха та ω Макдональда. За даними таблиці 3.3 субшкали MEMS продемонстрували високу внутрішню узгодженість: $\alpha = 0,841$ – $0,918$. Показники ITQ також мали прийнятні значення надійності: $\alpha = 0,771$ – $0,827$. Для DSPS загальний показник тяжкості дисоціативних симптомів показав прийнятну внутрішню узгодженість ($\alpha = 0,873$, $\omega t = 0,879$), те саме і для показника поточного стану ($\alpha = 0,774$, $\omega t = 0,785$). Субшкала LOA втрати усвідомлення мала дещо нижчу узгодженість ($\alpha = 0,664$), нижчу за бажаний рівень. Отже, результат щодо LOA можна розглядати як додатковий індикатор можливої асоціації між розумінням життя та проявами втрати усвідомлення / автономії, але не як остаточний висновок.

Таблиця 3.3

Показники внутрішньої узгодженості використаних шкал

Шкала / субшкала	α	ωt
MEMS: Розуміння	,841	,843
MEMS: Мета	,918	,921
MEMS: Значущість	,860	,863
ITQ: Симптоми ПТСР	,817	,817
ITQ: Порушення функцій ПТСР	,808	,814

Шкала / субшкала	α	ωt
ITQ: Порушення функцій ДСО	,771	,801
DSPS:		
Деперсоналізація/дереалізація	,837	,844
DSPS: Втрата автономії (LOA)	,664	,692
DSPS: Амнезія	,836	—
DSPS: Загальна тяжкість	,873	,879
DSPS: Поточний стан	,774	,785

Примітка. α — α Кронбаха; ωt — тотальна омега Макдональда; «—» — не обчислюється для субшкал із двома пунктами. Критерії інтерпретації: $\alpha / \omega t \geq ,90$ — відмінна; $\geq ,80$ — добра; $\geq ,70$ — прийнятна; $< ,70$ — сумнівна (George & Mallery, 2003).

Для оцінки характеру розподілу було використано критерій Шапіро–Вілка, а також проаналізовано показники асиметрії, ексцесу, гістограми та Q-Q графіки. Нормальний розподіл було підтверджено лише для показника MEMS «розуміння». Для решти змінних критерій Шапіро–Вілка виявив статистично значущі відхилення від нормального розподілу. Найбільш виражені відхилення спостерігалися для показників DSPS, що проявлялося у правосторонній асиметрії та наявності великої кількості низьких значень. З огляду на це, у подальшому аналізі перевага надавалася непараметричним критеріям. (Таблиця 3.4)

Таблиця 3.4

Результати перевірки нормальності розподілу (критерій Шапіро–Вілка)

Показник	W	p	Скосність	Ексцес	Норм. розподіл
MEMS: Розуміння / розуміння	0,988	,194	–0,28	–0,31	Так
MEMS: Мета	0,928	$< ,001$	–0,82	0,06	Ні

Показник	W	p	Скосність	Ексцес	Норм. розподіл
MEMS: Значущість	0,978	,013	0,22	−0,70	Ні
ITQ: Симптоми ПТСР	0,956	< ,001	0,42	−0,71	Ні
ITQ: Симптоми ДСО	0,973	,004	0,34	−0,48	Ні
ITQ: Загальний сирий бал	0,978	,013	0,39	−0,34	Ні
DSPS: Деперсоналізація/дереалізація	0,665	< ,001	2,19	4,87	Ні
DSPS: Втрата автономії (LOA)	0,820	< ,001	1,52	2,37	Ні
DSPS: Амнезія (AMN)	0,657	< ,001	2,05	4,09	Ні
DSPS: Загальна тяжкість	0,781	< ,001	1,83	3,54	Ні
DSPS: Поточний стан	0,674	< ,001	2,09	4,63	Ні
Емоційна реакція на повітряну тривогу	0,937	< ,001	0,61	−0,23	Ні

Примітка. W — статистика Шапіро–Вілка; нормальність відхиляється при $p < ,05$. $|Скосність| > 1$ або $|Ексцес| > 2$ свідчить про суттєве відхилення від нормального розподілу. З огляду на переважне порушення нормальності, у подальшому аналізі використовувалися непараметричні критерії.

3.2 Гендерні відмінності у психологічних показниках

Для перевірки відмінностей між жінками та чоловіками за основними психологічними показниками було застосовано критерій Манна–Уїтні, оскільки нормальність розподілу не була підтверджена для більшості змінних. Результати наведено у Таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Порівняльний аналіз психологічних показників між жінками та чоловіками (критерій Манна–Уїтні)

Показник	Жінки M	SD	Чоловіки M	SD	U	p	r
MEMS: Розуміння	4,44	1,18	4,82	1,11	2528	,052	,15

Показник	Жінки M	SD	Чоловіки M	SD	U	p	r
MEMS: Мета	5,13	1,37	5,51	1,16	2628	,111	,13
MEMS: Значущість	3,74	1,39	3,94	1,51	2913	,556	,05
ITQ: ПТСР	8,34	5,28	6,83	5,23	3596	,071	,14
ITQ: ДСО	10,71	5,75	7,35	4,48	4100	< ,001	,29
ITQ: Загальний бал	19,05	9,34	14,18	8,46	4012	,001	,26
DSPS: Загальна тяжкість	16,28	17,99	8,74	11,51	3992	,001	,26
Емоційна реакція	3,78	2,49	2,43	1,96	4011	< ,001	,28

Примітка. M — середнє значення; SD — стандартне відхилення; U — статистика Манна–Уїтні; r — величина ефекту. Жінки: n = 79; Чоловіки: n = 78.

Жінки мають статистично значущо вищі показники порушень самоорганізації (ДСО), загального бала ITQ, загальної тяжкості DSPS та емоційної реакції на повітряну тривогу. Ефекти коливаються від малих до середніх ($r = 0,26–0,29$). Жінки реагують на повітряні тривоги інтенсивніше емоційно. Це узгоджується із загальним патерном вищої афективної реактивності. Водночас за жодним із показників сенсу життя (MEMS) статистично значущих відмінностей між статями не виявлено, що є важливим з огляду на інтерпретацію подальших результатів.

Також було проведено додатковий аналіз відмінностей між жінками та чоловіками за кластерами порушень самоорганізації. Всі три кластери ДСО та загальний бал мали значущі гендерні відмінності: афективна дисрегуляція, негативна самооцінка, порушення стосунків і порушення функцій ДСО — жінки у всіх випадках демонструють вищі показники ($r = 0,28–0,34$). Серед субшкал DSPS значущі відмінності було виявлено за дереалізацією та симптомами психогенної амнезії, проте не за втратою автономії. Тобто у жінок частіше виявляються дисоціативні стани відчуженості від себе та провалів у

пам'яті, ніж відчуття втрати контролю над діями.

3.3. Кореляційний аналіз зв'язків між сенсом життя, травматичною та дисоціативною симптоматикою

Для перевірки гіпотез про зв'язки між досліджуваними конструктами було проведено кореляційний аналіз Спірмена. Результати основного кореляційного аналізу між субшкалами MEMS, показниками ITQ, DSPS та емоційною реакцією на повітряну тривогу наведено у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Кореляції Спірмена між показниками ITQ, DSPS, емоційної реакції та субшкалами MEMS

Показник	MEMS: Розуміння	MEMS: Мета	MEMS: Значущість
ITQ: Симптоми ПТСР	-,11	,07	,03
ITQ: Симптоми ДСО	-,43***	-,33***	-,26***
ITQ: Загальний бал	-,33***	-,17*	-,14
DSPS:			
Деперсоналізація/дереалізація	-,04	-,02	,04
DSPS: Втрата автономії (LOA)	-,21**	-,15	-,06
DSPS: Амнезія (AMN)	-,19*	-,11	-,09
DSPS: Загальна тяжкість	-,20*	-,11	-,04
DSPS: Поточний стан	-,15	-,08	-,03
Емоційна реакція на повітряну тривогу	,01	,01	,10

Примітка. ρ — коефіцієнт кореляції Спірмена. ITQ: ДСО — порушення самоорганізації; DSPS: DPDR — деперсоналізація/дереалізація; LOA — втрата автономії; AMN — амнезія.

* $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

За результатами кореляційного аналізу Спірмена було встановлено, що субшкали MEMS мали найбільш послідовні обернені зв'язки з показником порушень самоорганізації (DSO) за ITQ. Найсильніший зв'язок було виявлено між розумінням життя та симптомами ДСО ($\rho = -0,43$, $p < 0,001$), що означає чим нижче показники усвідомленості життєвого шляху, то вищі прояви порушення самоорганізації. Також статистично значущі обернені зв'язки з ДСО мали субшкали мети ($\rho = -0,33$, $p < 0,001$) та значущості ($\rho = -0,26$, $p <$

0,001). Натомість зв'язки між субшкалами MEMS та класичними симптомами ПТСР не досягли статистичної значущості. Це свідчить про те, що сенс життя у досліджуваній вибірці більшою мірою пов'язаний з порушеннями самоорганізації, які охоплюють емоційну регуляцію, самосприйняття, ніж з класичними проявами ПТСР.

Показники DSPS мали слабші, але частково значущі обернені зв'язки з розумінням життя. Зокрема, розуміння життя негативно корелювало з LOA (показниками тяжкості втрати усвідомлення) ($\rho = -0,21, p < 0,01$), загальною тяжкістю дисоціативних симптомів ($\rho = -0,20, p < 0,05$) та AMN severity ($\rho = -0,19, p < 0,05$). Водночас показники травматичної симптоматики за ITQ позитивно корелювали з показниками DSPS, що вказує на наявність зв'язку між посттравматичною та дисоціативною симптоматикою. Суб'єктивна емоційна реакція на повітряну тривогу не виявила значущих зв'язків з жодною із субшкал MEMS. Зокрема, сильніша емоційна реакція на тривогу була пов'язана з вищою загальною тяжкістю дисоціативних симптомів ($\rho = 0,29, p < 0,001$), вищим показником поточного дисоціативного стану ($\rho = 0,27, p < 0,001$), а також з вищими показниками симптомів ПТСР ($\rho = 0,26, p < 0,01$) та загального бала ITQ ($\rho = 0,26, p < 0,01$). Таким чином, інтенсивніше суб'єктивне переживання повітряної тривоги як стресора є супутнім як для посттравматичної, так і для дисоціативної симптоматики, що може свідчити про спільний механізм емоційної реактивності.

Оскільки в основному кореляційному аналізі найбільш виражені зв'язки було виявлено між субшкалами MEMS та показником ДСО, додатково було проведено уточнювальний аналіз зв'язків MEMS з окремими кластерами порушень самоорганізації. (див Таблиця 3.7)

Таблиця 3.7

Кореляції Спірмена між субшкалами MEMS та кластерами ДСО (з 95% довірчими інтервалами)

Кластер ДСО	<i>MEMS:</i> <i>Розуміння</i> ρ	<i>MEMS:</i> <i>Мета</i> ρ	<i>MEMS:</i> <i>Значущість</i> ρ	p	95% ДІ (розуміння)
Афективна дисрегуляція	-,27	-,13 (н/з)	-,15 (н/з)	< ,001	[-,41; -,12]
Негативна самооцінка	-,34	-,33	-,31	< ,001	[-,48; -,20]
Порушення стосунків	-,39	-,30	-,18	< ,001	[-,52; -,25]
Порушення функцій ДСО	-,33	-,19	-,09 (н/з)	< ,001	[-,46; -,18]
ДСО загальний	-,43	-,33	-,26	< ,001	[-,55; -,29]

Примітка. ρ — коефіцієнт кореляції Спірмена. 95% ДІ наведено для субшкали MEMS «Розуміння» на основі бутстреп-процедури (1000 ітерацій). н/з — не значуще ($p > ,05$). Усі інші кореляції є статистично значущими на рівні $p < ,001$.

Результати уточнювального аналізу показали, що субшкала розуміння життя мала статистично значущі обернені зв'язки з усіма ДСО-кластерами, тоді як субшкали мети та значущості демонстрували дещо вибірковіші зв'язки. Найсильніший зв'язок розуміння життя виявлено з порушеннями стосунків ($\rho = -,39$) та загальним показником ДСО ($\rho = -,43$). Найбільш послідовними змістовими зв'язками виявилися кореляції MEMS із негативною самооцінкою та порушеннями стосунків, що може свідчити про особливу роль самосприйняття та міжособистісної сфери у зв'язку між сенсом життя та порушеннями самоорганізації.

Окремої уваги заслуговує питання щодо можливої ролі статі у виявленому зв'язку між сенсом життя та порушеннями самоорганізації. Оскільки жінки у вибірці мають статистично значущо вищі показники ДСО (Таблиця 3.5), закономірно постає питання: чи не є кореляція між субшкалами

MEMS та ДСО артефактом гендерних відмінностей? Тобто чи не тому жінки одночасно мають нижчий показник MEMS і вищий ДСО, що й породжує обернений зв'язок між цими конструктами. Однак результати порівняльного аналізу (Таблиця 3.5) спростовують це пояснення: жінки та чоловіки не відрізняються статистично значущо за жодною із субшкал MEMS — ані за розумінням ($U = 2528$, $p = 0,052$), ані за метою ($U = 2628$, $p = 0,111$), ані за значущістю ($U = 2913$, $p = 0,556$). Отже, припущення про те, що кореляція MEMS і ДСО пояснюється спільним впливом статі, не підтверджується, і зв'язок між сенсом життя та порушеннями самоорганізації (Таблиця 3.7) слід розглядати як автономний.

Ця відсутність гендерних відмінностей за MEMS є теоретично значущою в ширшому контексті дослідження: сенс життя функціонує відносно однаково незалежно від статі, навіть попри те, що жінки демонструють вищий рівень ДСО-симптоматики. Це підтримує концептуальне положення про те, що сенс життя є відносно стійким психологічним ресурсом, а не реактивною змінною, що відображає поточний рівень симптоматики. Дослідження свідчать, що переживання сенсу життя передбачає зниження депресивної симптоматики в подальшому, що підтримує розуміння сенсу як предиктора, а не наслідку психологічного стану (Anoschin et al. 2024). Таким чином, сенс життя і зокрема його компонент розуміння — може функціонувати як самостійний конструкт, що зберігає відносну стабільність навіть за наявності клінічно значущої симптоматики, що і підтверджується відсутністю значущих відмінностей за субшкалами MEMS між діагностичними групами. Ці знаходять логічне продовження в подальшому медіаційному аналізі.

Для уточнення зв'язку між розумінням життя та дисоціативною симптоматикою було додатково проведено кореляційний аналіз між субшкалою MEMS «розуміння» та окремими субшкалами DSPS (див. Таблиця 3.8).

Таблиця 3.8

Кореляції Спірмена між субшкалами DSPS та MEMS «Розуміння» (з 95% довірчими інтервалами)

Субшкала DSPS	ρ	95% ДІ	p
DPDR (деперсоналізація / дереалізація)	-,044	[-,200; ,113]	,581
LOA (втрата автономії)	-,209**	[-,354; -,054]	,009
AMN (амнезія)	-,192*	[-,338; -,036]	,016

Примітка. ρ — коефіцієнт кореляції Спірмена; 95% ДІ розраховано методом Bootstrap Fisher z (1000 ітерацій). DPDR —дереалізація; LOA — втрата автономії; AMN — амнезія. Виділені рядки відповідають статистично значущим кореляціям. * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Результати підтвердили, що розуміння мало статистично значущі обернені зв'язки з LOA ($\rho = -0,209$, 95% ДІ [-0,354; -0,054], $p = 0,009$) та AMN ($\rho = -0,192$, 95% ДІ [-0,338; -0,036], $p = 0,016$). Натомість зв'язок із DPDR не був статистично значущим ($\rho = -,044$, 95% ДІ [-,200; ,113], $p = ,581$).

Отже, нижча розуміння власного життя асоціюється переважно з дисоціативними проявами, що стосуються втрати усвідомлення та автономії (LOA) і симптомів психогенної амнезії (AMN), але не з дереалізаційними проявами. Загалом ці результати підтверджують, що зв'язок між сенсом життя та дисоціативною симптоматикою є слабшим і більш вибіркоvim, ніж зв'язок між сенсом життя та порушенням самоорганізації.

3.4. Групові порівняння за контекстуальними показниками

Для перевірки відмінностей за психологічними показниками між групами залежно від *суб'єктивного пов'язування травматичного досвіду з війною* (варіанти відповіді: «Ні», «Частково», «Так») було застосовано критерій Краскела–Волліса. Аналіз показав статистично значущі відмінності за симптомами ПТСР ($H = 8,65$, $df = 2$, $p = 0,013$, $\eta^2 = 0,043$) та загальним балом ITQ ($H = 7,13$, $df = 2$, $p = 0,028$, $\eta^2 = 0,034$). Post-hoc аналіз показав, що група «Частково» має вищі значення порівняно з групою «Ні» за обома показниками

(Таблиця 3.9).

Таблиця 3.9

Порівняльний аналіз психологічних показників залежно від суб'єктивного пов'язування травматичного досвіду з війною (критерій Краскела–Волліса)

Показник	Ні Md	Частково Md	Так Md	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η^2
MEMS: Розуміння	4,6	4,6	4,6	0,67	2	,714	,000
MEMS: Мета	5,5	5,6	5,6	0,33	2	,846	,000
MEMS: Значущість	3,6	3,4	3,8	1,38	2	,502	,000
ITQ: ПТСР	5,5	10,0	9,0	8,65	2	,013	,043
ITQ: ДСО	8,0	10,0	9,0	4,03	2	,133	,013
ITQ: Загальний бал	15,5	20,0	18,0	7,13	2	,028	,034
DSPS: Тяжкість	6,5	11,0	5,0	1,59	2	,452	,000

Примітка. Наведено медіани (Md). η^2 — величина ефекту Краскела–Волліса. Post-hoc аналіз (критерій Данна з поправкою Бонфероні): група «Частково» > група «Ні» за показниками ITQ ПТСР та загального балу ITQ.

Цей результат є змістовно важливим: суб'єктивне часткове пов'язування травматичного досвіду з війною супроводжується вищими проявами посттравматичної симптоматики.

Натомість об'єктивні воєнні обставини, а саме перебування поряд з обстрілами (критерій Манна–Уїтні) та вимушене переміщення (критерій Краскела–Волліса) не виявили статистично значущих зв'язків з жодним із психологічних показників (усі $p > 0,05$, ефект-розміри мінімальні).

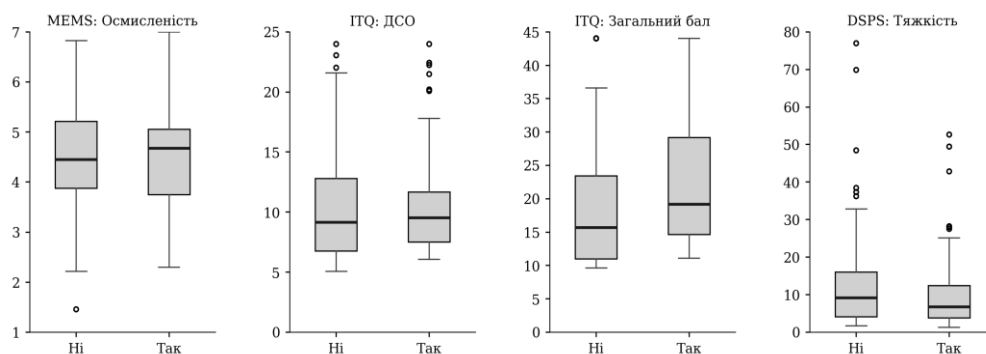


Рисунок 3.1

Порівняння психологічних показників залежно від перебування поряд з обстрілами (боксплоти)

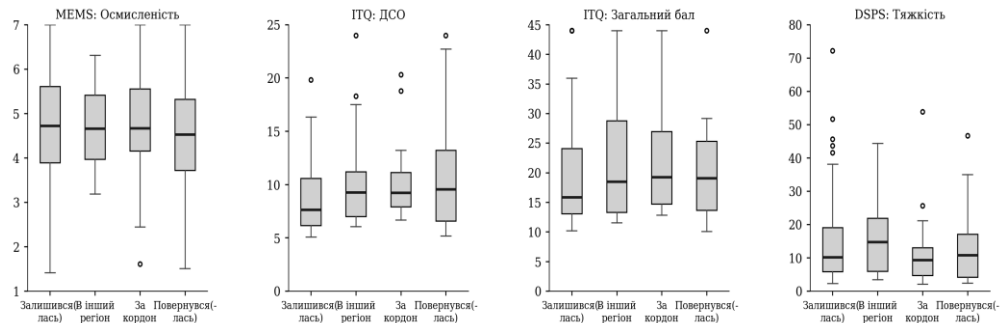


Рисунок 3.2

Порівняння психологічних показників залежно від вимушеного переміщення

Це є важливим нульовим результатом, який свідчить: не сам факт воєнного впливу, а його суб'єктивне значення та переживання є релевантним для розвитку симптоматики. Такий висновок узгоджується з когнітивними моделями травми (зокрема, Ehlers & Clark, 2000) та з логікою дослідження сенсу життя, адже MEMS також вимірює суб'єктивний рівень переживань.

Для перевірки відмінностей **основних психологічних показників залежно від діагностичної категорії ITQ** (групи: «без ознак ПТСР/КПТСР», «ПТСР», «КПТСР») було застосовано критерій Краскела–Волліса. За субшкалами MEMS статистично значущих відмінностей між групами не виявлено: розуміння ($H = 3,08$, $p = 0,215$), мета ($H = 0,39$, $p = 0,823$), значущість ($H = 1,99$, $p = 0,369$). Водночас встановлено значущі відмінності за показником тяжкості дисоціативних симптомів DSPS ($H = 11,95$, $p = ,003$, $\eta^2 = 0,065$): найвища медіана спостерігався у групі КПТСР ($Md = 21,5$), нижча у групі ПТСР ($Md = 10,5$), а найнижча у групі без ознак ПТСР/КПТСР ($Md = 5,0$) (див. Таблиця 3.10).

Таблиця 3.10

Порівняльний аналіз психологічних показників між діагностичними групами ІТQ (критерій Краскела–Волліса)

Показник	Без ПТСР/КПТСР Md	ПТСР Md	КПТСР Md	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η^2
MEMS: Розуміння	4,6	4,8	4,3	3,08	2	,215	,007
MEMS: Мета	5,4	6,0	5,5	0,39	2	,823	,000
MEMS: Значущість	3,6	4,5	4,0	1,99	2	,369	,000
ІТQ: ПТСР	5,0	17,0	15,0	60,53	2	< ,001	,380
ІТQ: ДСО	8,0	9,0	16,0	32,47	2	< ,001	,198
ІТQ: Загальний бал	14,0	26,0	30,0	53,05	2	< ,001	,331
DSPS: Тяжкість	5,0	10,5	21,5	11,95	2	,003	,065

Примітка. Наведено медіани (Md). η^2 — величина ефекту Краскела–Волліса. Post-hoc аналіз (критерій Данна з поправкою Бонфероні)

Відсутність значущих відмінностей між діагностичними групами за показниками сенсу життя є теоретично важливим результатом. Навіть при наявності виражених КПТСР-симптомів люди не відрізняються значущо за рівнем розуміння, мети чи значущості у порівнянні з групою без клінічних ознак. Водночас дисоціативна тяжкість закономірно зростає від групи без ПТСР до групи КПТСР, що підтверджує очікувані клінічні відмінності між групами. Неможливо зазначити, що КПТСР автоматично “знижує” сенс життя. Таким чином, чим сильніше виражені порушення самоорганізації, які є ключовою частиною КПТСР, тим нижчим є рівень розуміння життя. Тобто сенс життя пов’язаний не з діагностичною категорією як такою, а з глибиною DSO-симптомів.

Для порівняння психологічних показників між учасниками з

дисоціативним підтипом ПТСР та без нього було застосовано критерій Манна–Уїтні. Виявлено, що група з дисоціативним підтипом характеризується значущо вищими показниками за: ITQ ПТСР ($M = 10,33$ проти $M = 7,10$, $U = 1066$, $p = 0,010$, $r = ,206$), ITQ ДСО ($M = 11,50$ проти $M = 8,59$, $U = 1118$, $p = 0,020$, $r = 0,186$), ITQ загальний ($M = 21,83$ проти $M = 15,69$, $U = 1016$, $p = 0,005$, $r = 0,226$), а також значно вищою тяжкістю дисоціативних симптомів за DSPS ($M = 36,2$ проти $M = 8,3$, $r = 0,55$ — великий ефект). Показники сенсу життя між групами статистично значущо не відрізнялися.

Цей результат є ключовим для теми дисоціації у дослідженні: особи з дисоціативним підтипом ПТСР демонструють вищу як травматичну, так і дисоціативну симптоматику порівняно з особами без цього підтипу. Водночас відсутність різниці за MEMS між групами узгоджується із загальним патерном: сенс життя у цій вибірці функціонує відносно автономно від рівня симптоматики.

3.5. Множинний регресійний аналіз предикторів травматичної та дисоціативної симптоматики

Перед інтерпретацією регресійних моделей було проведено діагностику основних припущень: нормальність залишків, гомоскедастичність, незалежність залишків, мультиколінеарність, стандартизовані залишки та впливові спостереження за Cook's distance. Значення VIF для всіх предикторів не перевищували 2,04, що свідчить про відсутність проблемної мультиколінеарності.

Для моделі загального показника ITQ не виявлено порушень гомоскедастичності ($BP = 11,14$, $p = 0,347$) та незалежності залишків ($DW = 2,06$, $p = 0,629$), однак спостерігалось незначне відхилення залишків від нормального розподілу ($W = 0,980$, $p = 0,026$). Модель для сирого показника DSPS мала суттєве порушення нормальності залишків ($W = 0,860$, $p < ,001$), тому було застосовано логарифмічну трансформацію залежної змінної $\log(DSPS + 1)$, що покращило відповідність моделі припущенням ($W = 0,981$, $p =$

0,036).

Таблиця 3.11

Результати множинного регресійного аналізу для предикторів загального показника ITQ та $\log(DSPS + 1)$

Предиктор	Модель ITQ					Модель log(DSPS + 1)			
	<i>b</i>	<i>SE</i>	β^*	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	β^*	<i>p</i>
Розуміння (MEMS)	−2,668	0,840	−,27	−3,17	,002	−0,211	0,122	−,16	,087
Мета (MEMS)	−0,651	0,671	−,08	−0,97	,334	−0,042	0,097	−,04	,665
Значущість (MEMS)	−0,308	0,547	−,05	−0,56	,574	0,038	0,079	−,04	,630
Емоційна реакція	0,662	0,330	,15	2,01	,046	0,154	0,047	−,26	,001
Стать (жінки)	1,783	1,481	,09	1,20	,231	0,424	0,218	−,15	,054
Вік	−0,247	0,344	−,06	−0,72	,473	0,097	0,045	,18	,037

Примітка. *b* — нестандартизований регресійний коефіцієнт; *SE* — стандартна похибка; β^* — стандартизований коефіцієнт. Модель ITQ: $R^2 = ,216$, $R^2_{adj} = ,160$, $F(10, 140) = 3,86$, $p < ,001$. Модель $\log(DSPS + 1)$: $R^2 = ,212$, $R^2_{adj} = ,156$, $F(10, 140) = 3,77$, $p < ,001$.

Регресійна модель для загального показника ITQ виявилася статистично значущою та пояснювала 21,6% дисперсії залежної змінної ($R^2 = 0,216$, $R^2_{adj} = 0,160$, $F(10, 140) = 3,86$, $p < 0,001$). Значущими предикторами виступили розуміння життя ($b = -2,668$, $p = 0,002$) та емоційна реакція на повітряну тривогу ($b = 0,662$, $p = 0,046$). Отже, нижчий рівень показників розуміння життя та сильніша емоційна реакція на тривогу були пов'язані з вищим рівнем загальної травматичної симптоматики.

Регресійна модель для $\log$ -трансформованого показника DSPS також виявилася статистично значущою та пояснювала 21,2% дисперсії ($R^2 = 0,212$, $R^2_{adj} = 0,156$, $F(10, 140) = 3,77$, $p < 0,001$). Значущими предикторами стали вік ($b = 0,097$, $p = 0,037$) та емоційна реакція на повітряну тривогу ($b = 0,154$, $p = ,001$). Розуміння життя ($b = -0,211$, $p = 0,087$) та стать ($b = 0,424$, $p = 0,054$) перебували на рівні статистичної тенденції. Більш детальна діагностика регресійної моделі наведена в додатку А.

Водночас слід зазначити, що пояснювальна здатність регресійних моделей була помірною. Модель для загального показника ITQ пояснювала 21.6% дисперсії, а модель для log-трансформованого показника DSPS 21.2% дисперсії. Це свідчить про те, що хоча розуміння життя, емоційна реакція на повітряну тривогу, вік, стать та інші включені змінні мають значення для пояснення травматичної та дисоціативної симптоматики, більша частина варіативності залишається непоясненою.

Ймовірно, на вираженість ПТСР, DSO та дисоціативних симптомів можуть впливати інші чинники, які не були включені до цієї моделі: попередній травматичний досвід, рівень соціальної підтримки, наявність депресивної або тривожної симптоматики, індивідуальна схильність до дисоціації, досвід психологічної допомоги, тривалість і характер травматичного впливу. Тому отримані регресійні моделі слід розглядати не як вичерпне пояснення симптоматики, а як перевірку внеску змінних, релевантних саме до мети цього дослідження.

Загалом найбільш стабільним предиктором як травматичної, так і дисоціативної симптоматики виявилася емоційна реакція на повітряну тривогу — вона виступала значущим предиктором в обох моделях. Розуміння життя є значущим предиктором загального ITQ та демонструє тенденційний зв'язок із дисоціативною тяжкістю. Мета та значущість не набули самостійного внеску в жодній із регресійних моделей, що дозволяє стверджувати: саме когнітивний компонент сенсу життя: відчуття зрозумілості й осмисленості власного існування — є найбільш релевантним у контексті вираженості травматичних симптомів.

3.6. Медіаційний аналіз: роль ДСО у зв'язку між розумінням та дисоціативною симптоматикою

Для уточнення механізму зв'язку між розумінням життя та дисоціативною симптоматикою було проведено контрольований медіаційний аналіз. Розуміння за MEMS виступало незалежною змінною, порушення

самоорганізації (ДСО) за ITQ — медіатором, а log-трансформований показник загальної тяжкості DSPS — залежною змінною. У модель включено контрольні змінні: стать, вік та емоційна реакція на повітряну тривогу (Таблиця 3.12).

Таблиця 3.12

Результати медіаційного аналізу: роль порушень самоорганізації (ДСО) у зв'язку між розумінням та дисоціативною тяжкістю

Ефект	<i>b</i>	<i>SE</i>	95% ДІ	<i>p</i>
Шлях а: MEMS → ДСО (медіатор)	-1,884	0,337	[-2,550; -1,218]	< ,001
Шлях b: ДСО → log(DSPS) (при контролі MEMS)	0,075	0,020	[0,035; 0,115]	< ,001
Прямий ефект с': MEMS → log(DSPS)	-0,051	0,091	[-0,232; 0,124]	,602
Загальний ефект с: MEMS → log(DSPS)	-0,193	—	[-0,357; -0,022]	,032*
Непрямий ефект (ACME): через ДСО	-0,142	—	[-0,245; -0,054]	< ,001
Частка медіації	73,5%	—	[17,1%; 329,2%]	,032*

Примітка. Bootstrap медіація (1000 ітерацій, percentile CI). Незалежна змінна — MEMS «Розуміння»; медіатор — ITQ ДСО (порушення самоорганізації); залежна змінна — log(DSPS + 1). Контрольні змінні: стать, вік, емоційна реакція на повітряну тривогу. ACME — Average Causal Mediation Effect (непрямий ефект); с' — прямий ефект при контрольованому медіаторі. Виділено ключові результати медіаційного аналізу. Повне статистичне опосередкування підтверджується значущим непрямим ефектом та незначущим прямим ефектом ($p = ,602$).

* $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

Результати показали, що розуміння статистично значуще негативно пов'язано з ДСО ($b = -1,884$, $SE = 0,337$, 95% ДІ [-2,550; -1,218], $p < 0,001$). Водночас ДСО статистично значуще позитивно пов'язане з дисоціативною тяжкістю при контролі розуміння ($b = 0,075$, $SE = 0,020$, 95% ДІ [0,035; 0,115], $p < 0,001$). Загальний ефект розуміння на log(DSPS + 1) був статистично

значущим ($b = -0,193$, 95% ДІ $[-0,357; -0,022]$, $p = 0,032$), однак прямий ефект після включення ДСО як медіатора не був значущим ($b = -0,051$, $SE = 0,091$, 95% ДІ $[-0,232; 0,124]$, $p = 0,602$).

Непрямий ефект через ДСО виявився статистично значущим ($ACME = -0,142$, 95% ДІ $[-0,245; -0,054]$, $p < 0,001$), що свідчить про повне статистичне опосередкування зв'язку між розумінням життя та дисоціативною тяжкістю через порушення самоорганізації. Іншими словами, нижчий показник розуміння пов'язаний з вищим рівнем ДСО, який, у свою чергу, пов'язаний із більшою дисоціативною симптоматикою.

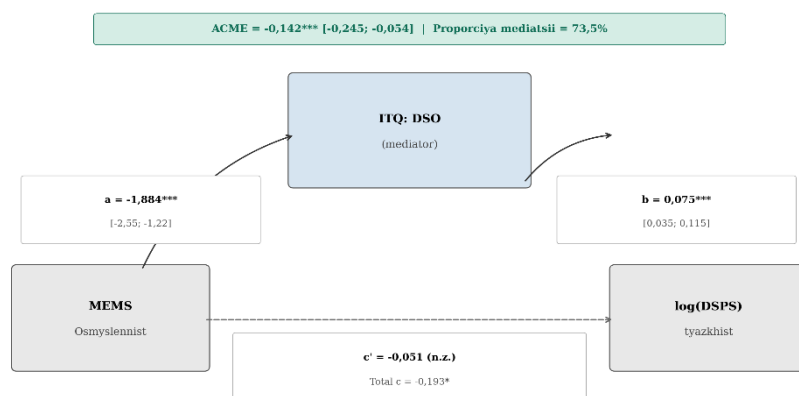


Рисунок 3.3

Модель контрольованої медіації: роль ДСО у зв'язку між розумінням (MEMS) та дисоціативною тяжкістю $\log(DSPS + 1)$

Примітка. Bootstrap медіація ($n = 1000$ ітерацій, percentile CI). Контрольні змінні: стать, вік, емоційна реакція на повітряну тривогу. a — шлях від незалежної змінної до медіатора; b — шлях від медіатора до залежної змінної при контролі незалежної змінної; c' — прямий ефект (пунктирна стрілка); c — загальний ефект. ACME — Average Causal Mediation Effect. н/з — не значуще. У прямокутниках під шляхами наведено 95% bootstrap довірчі інтервали. $^* p < ,05$. $^{***} p < ,001$.

Сенс життя пов'язаний із дисоціативною симптоматикою не напряду, а переважно через DSO — тобто через порушення емоційної регуляції, самосприйняття, стосунків і функціонування. Водночас, з огляду на поперечний кореляційний дизайн дослідження, ці результати слід інтерпретувати як статистичну модель опосередкування, а не як свідчення

причинно-наслідкового механізму.

3.7. Обмеження та перспективи проведеного дослідження

Отримані результати слід розглядати з урахуванням низки методологічних обмежень. По-перше, поперечний дизайн дослідження унеможлиблює висновки про причинно-наслідкові зв'язки між досліджуваними конструктами. Зокрема, медіаційна модель MEMS → ДСО → DSPS відображає статистичну структуру зв'язків у конкретній вибірці, але не дозволяє стверджувати, що нижча розуміння спричиняє вищу ДСО-симптоматику або що втручання, спрямовані на підвищення осмисленості, знизять дисоціативні прояви. Для підтвердження цього потрібні лонгітюдні або експериментальні дані.

По-друге, вибірка є зміщеною у бік молодих людей зі студентським досвідом (середній вік 21,22 роки, 75,8% навчаються), що обмежує узагальнення результатів на ширші вікові групи та людей з іншим соціальним статусом. Онлайн-формат збору даних додатково виключає осіб без доступу до інтернету або з нижчою цифровою грамотністю — сегменти, які можуть мати значно вищий рівень травматичної та дисоціативної симптоматики.

По-третє, регресійні моделі пояснюють лише 21,6% і 21,2% дисперсії залежних змінних відповідно. Це означає, що переважна частина варіативності травматичної та дисоціативної симптоматики залишається непоясненою включеними предикторами. А також, DSPS є відносно новим інструментом, розробленим переважно для клінічних вибірок. Його валідність для субклінічної молодіжної вибірки в контексті воєнної травми є обмежено встановленою, що є додатковим аргументом на користь обережності при узагальненні висновків щодо дисоціативних показників.

Водночас отримані результати окреслюють перспективні напрями подальших досліджень. Передусім важливим є проведення лонгітюдного дослідження для перевірки часової стабільності зв'язку між розумінням життя та ДСО-симптоматикою, а також для з'ясування напряму причинності в

медіаційній моделі. Окремого вивчення потребує питання про те, чи є розуміння життя є стабільним ресурсом протягом тривалого воєнного стресу, чи воно поступово знижується при хронічній травматизації. Практично значущим є також вивчення ефективності втручань, орієнтованих на підвищення розуміння власного існування, у людей з ДСО-симптоматикою — адже медіаційна модель припускає, що саме цей компонент сенсу є потенційною точкою входу для психологічної підтримки.

Висновки до розділу 3

За результатами емпіричного дослідження зв'язків між сенсом життя, посттравматичною та дисоціативною симптоматикою у молодих українців під час повномасштабного вторгнення можна сформулювати наступні висновки:

1. Вибірка ($N = 157$) була збалансованою за статтю та характеризувалася вираженою варіативністю за психологічними показниками. Для більшості змінних нормальність розподілу не підтвердилась, що обумовило використання непараметричних статистичних критеріїв.

2. Жінки мали статистично значущо вищі показники ДСО, загального ІТQ, тяжкості дисоціативних симптомів та емоційної реакції на повітряну тривогу. Натомість за жодним із показників сенсу життя (MEMS) гендерних відмінностей не виявлено, що дозволяє розглядати сенс життя як відносно стійкий ресурс, не залежний від статі.

3. Кореляційний аналіз підтвердив, що сенс життя найбільш послідовно пов'язаний не з класичними симптомами ПТСР, а з порушеннями самоорганізації (ДСО). Найсильніший зв'язок виявлено між розумінням життя та загальним показником ДСО ($\rho = -0,43$). Зв'язки з дисоціативною симптоматикою існують, але вони слабші і більш вибіркові.

4. Не об'єктивні воєнні обставини (перебування поблизу обстрілів, переміщення), а суб'єктивне переживання досвіду як пов'язаного з війною виявилось статистично значущим для рівня посттравматичної симптоматики. Цей результат узгоджується з когнітивними моделями травми та з концепцією

суб'єктивного виміру сенсу.

5. За результатами регресійного аналізу, найбільш стабільним предиктором як травматичної, так і дисоціативної симптоматики є емоційна реакція на повітряну тривогу. Розуміння життя виступає значущим предиктором загального ІТQ та демонструє тенденційний зв'язок із дисоціативною тяжкістю.

6. Медіаційний аналіз показав, що зв'язок між розумінням життя та дисоціативною симптоматикою повністю опосередковується порушеннями самоорганізації: нижче розуміння життя → вищі ДСО → вища дисоціативна тяжкість. Отже, сенс життя пов'язаний з дисоціативними проявами не безпосередньо, а переважно через ДСО, що охоплює емоційну регуляцію, самосприйняття та міжособистісне функціонування. Ці результати відкривають перспективи для практичного використання: робота з розумінням власного життя може бути особливо важливою в контексті підтримки людей з порушеннями самоорганізації.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі було досліджено зв'язок сенсу життя з порушеннями самоорганізації та проявами дисоціативних симптомів в умовах війни. Теоретичний аналіз показав, що воєнний досвід є тривалим контекстом загрози, який може впливати не лише на відчуття безпеки, а й на емоційну регуляцію, самосприйняття, стосунки та цілісність особистого досвіду. У межах МКХ-11 важливо розрізняти класичні симптоми ПТСР і порушення самоорганізації, які є центральним компонентом комплексного ПТСР. Дисоціативні симптоми, своєю чергою, можуть розглядатися як прояв від'єднання від нестерпного досвіду, що ускладнює його усвідомлення та інтеграцію.

Емпіричне дослідження показало, що компоненти сенсу життя найбільш послідовно пов'язані саме з порушеннями самоорганізації, а не з класичними

симптомами ПТСР. Найвиразніший обернений зв'язок було виявлено між розумінням життя та загальним показником DSO. Це свідчить про те, що нижче відчуття зрозумілості й цілісності життя пов'язане з вищими труднощами емоційної регуляції, негативним самосприйняттям і порушеннями у стосунках. Дисоціативна симптоматика також виявилася тісніше пов'язаною з порушеннями самоорганізації, ніж із сенсом життя безпосередньо. Зокрема, DSO-кластери були пов'язані з втратою усвідомлення, амнестичними проявами та загальною дисоціативною тяжкістю. Це дозволяє розглядати дисоціацію як частину ширшого травматичного профілю, пов'язаного з порушеннями саморегуляції та цілісності досвіду.

Групові порівняння показали, що респонденти з ознаками КПТСР мали вищі показники травматичної та дисоціативної симптоматики порівняно з групою без ознак ПТСР /КПТСР. Водночас діагностичні групи не відрізнялися статистично значущо за показниками сенсу життя. Отже, сенс життя не є прямим діагностичним маркером КПТСР, але пов'язаний з інтенсивністю порушень самоорганізації. Порівняння за статтю показало, що жінки мали вищі показники DSO, загального ITQ, окремих показників DSPS та емоційної реакції на повітряну тривогу. Це свідчить про вищу вираженість посттравматичної та дисоціативної симптоматики у жінок у межах цієї вибірки, однак не дозволяє робити причинно-наслідкові висновки.

Регресійні моделі пояснювали помірну частку дисперсії травматичної та дисоціативної симптоматики. Найбільш змістовними предикторами були розуміння життя, емоційна реакція на повітряну тривогу, стать і вік. Водночас значна частина варіативності залишилася непоясненою, що свідчить про складність досліджуваних явищ і можливу роль інших чинників: попереднього травматичного досвіду, соціальної підтримки, депресивної або тривожної симптоматики, досвіду психологічної допомоги. Медіаційний аналіз показав, що порушення самоорганізації статистично опосередковують зв'язок між розумінням життя та дисоціативною тяжкістю. Це означає, що нижча

розуміння життя пов'язана з вищими DSO-симптомами, а вже вони з більшою дисоціативною симптоматикою.

Загалом результати підтверджують основну логіку роботи: в умовах війни травматичний досвід може порушувати не лише відчуття безпеки, а й внутрішню цілісність людини. Сенс життя, особливо його компонент розуміння, пов'язаний із глибиною порушень самоорганізації та через них із дисоціативною симптоматикою. Практично це означає, що в психологічній роботі з людьми, які переживають воєнну травматизацію, важливо звертати увагу не лише на симптоми ПТСР, а й на DSO, дисоціацію та здатність людини зберігати зрозумілість, мету й значущість власного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Глушук, А., Кандибал, А., & Оданельчук, Н. (2024). Посттравматичний стресовий розлад як наслідок війни у військовослужбовців та цивільних. *Вісник Національного університету оборони України*, 82(6), 19–25. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-82-6-19-25>
2. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., Котух, О. В., & Мельник, О. В. (2019). Міжнародний опитувальник травми (ITQ): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР. *Психологічний часопис*, 5(5), 138–155. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.5.10>
3. Клименко, І. С., Шелестова, О. В., & Науменко, Н. О. (2025). Дисоціативні розлади у військовополонених: рівні та методи психологічних втручань. *Ментальне здоров'я*, 2, 43–51. <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.8>
4. Курапов, А. О., & Данилюк, І. В. (2024). Травма війни 2022: оцінка ПТСР і КПТСР серед населення України та сусідніх країн. *Український психологічний журнал*, 2(22). [https://doi.org/10.17721/upj.2024.2\(22\).4](https://doi.org/10.17721/upj.2024.2(22).4)
5. Квітка, Н. В. (2023). Розробка предиктивної моделі посттравматичного та комплексного посттравматичного стресового розладу для цивільних осіб України під час російського вторгнення. *Габітус*, 56, 143–147. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.56.26>
6. Кузікова, С. Б., Зливков, В. Л., & Лукомська, С. О. (2022). Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Психологічний журнал*. <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/1272>
7. Смокова, Л. С., & Тишко, Д. І. (2025). Особливості впливу травмувальних подій на сенсожиттєві орієнтації та задоволеність життям особистості. *Габітус*, 69(1), 247–252. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.69.1.43>
8. Almeida, M., Ramos, C., Maciel, L., Basto-Pereira, M., & Leal, I. (2022). Meaning in life, meaning-making and posttraumatic growth in cancer patients: Systematic

- review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 995981. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.995981>
9. Atchley, R., & Bedford, C. (2021). Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 69–88. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760169>
 10. Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. Guilford Press.
 11. Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
 12. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
 13. Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, Article 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
 14. Boyd, J. E., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: A review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 43(1), 7–25. <https://doi.org/10.1503/jpn.170021>
 15. Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
 16. Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), Article 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>

17. Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
18. Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
19. Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. Psychometric Affiliates.
20. Danböck, S. K., Hettegger, S. E., Anders, S., Franke, L. K., Liedlgruber, M., Miedl, S. F., Gashi, A., Kurapov, A., Weber, R.-C., Ehring, T., & Wilhelm, F. H. (2023). Psychometric properties of the Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder Scale: Replication and extension in two German-speaking samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), Article 2238492. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2238492>
21. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
22. Eidhof, M. B., ter Heide, F. J. J., van der Aa, N., Schreckenbach, M., Schmidt, U., & Mooren, T. M. (2019). The Dissociative Subtype of PTSD Interview (DSP-I): Development and preliminary psychometric properties. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(5), 564–581. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597806>
23. Feder, A., Mota, N., Salim, R., Rodriguez, J., Singh, R., Schaffer, J., Schechter, C. B., Cancelmo, L. M., Bromet, E. J., Kline, A. C., Koenen, K. C., Sharma, V., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2016). Risk, coping and PTSD symptom trajectories in World Trade Center responders. *Journal of Psychiatric Research*, 82, 68–79. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.07.003>

24. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
25. Fischer, I. C., Shanahan, M. L., Hirsh, A. T., Stewart, J. C., & Rand, K. L. (2020). The relationship between meaning in life and post-traumatic stress symptoms in US military personnel: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 658–670. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.063>
26. George, L. S., & Park, C. L. (2016). Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering: Toward integration and new research questions. *Review of General Psychology*, 20(3), 205–220. <https://doi.org/10.1037/gpr0000077>
27. George, L. S., & Park, C. L. (2017). The Multidimensional Existential Meaning Scale: A tripartite approach to measuring meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 613–627. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209546>
28. Gross, G. M., Laws, H., Park, C. L., Hoff, R., & Hoffmire, C. A. (2019). Meaning in life following deployment sexual trauma: Prediction of posttraumatic stress symptoms, depressive symptoms, and suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 278, 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.037>
29. Guetta, R. E., Wilcox, E. S., Stoop, T. B., Maniates, H., Ryabchenko, K. A., Miller, M. W., & Wolf, E. J. (2019). Psychometric properties of the Dissociative Subtype of PTSD Scale: Replication and extension in a clinical sample of trauma-exposed veterans. *Behavior Therapy*, 50(5), 952–966. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.02.003>
30. Heintzelman, S. J., & King, L. A. (2014). Life is pretty meaningful. *American Psychologist*, 69(6), 561–574. <https://doi.org/10.1037/a0035049>
31. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence — from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
32. Ho, G. W. K., Hyland, P., Karatzias, T., Bressington, D., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2023). Investigating the latent structure of the International Trauma Questionnaire

- to assess ICD-11 PTSD and complex PTSD in an adult civilian sample during the Ukraine war. *Journal of Traumatic Stress*, 36(4), 870–880. <https://doi.org/10.1002/jts.22943>
33. Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
 34. İçin, Z. N., Köse, Ç., & Şar, V. (2023). Turkish adaptation of Dissociative Subtype of Post-Traumatic Stress Disorder Scale. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(5), 658–680. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2195396>
 35. Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
 36. Kurapov, A., Danyliuk, I., Loboda, A., Kalaitzaki, A., Kowatsch, T., Klimash, T., & Predko, V. (2023). The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1134780. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1134780>
 37. Kurapov, A., Vlasenko, I., Hettegger, S. E., Liedlgruber, M., Wilhelm, F. H., & Danböck, S. K. (2026). Psychometric properties of the Ukrainian version of Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder Scale (DSPS). *European Journal of Psychotraumatology*, 17(1), Article 2635315. <https://doi.org/10.1080/20008066.2026.2635315>
 38. Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*, 29(8), 701–

708. <https://doi.org/10.1002/da.21889>
39. Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
 40. Martela, F., & Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531–545. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>
 41. Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25–30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472271/>
 42. Mutuyimana, C., & Maercker, A. (2024). How meaning in life and vitality are associated with posttrauma outcomes: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 37(2), 239–254. <https://doi.org/10.1002/jts.23040>
 43. Owens, G. P., Steger, M. F., Whitesell, A. A., & Herrera, C. J. (2009). Posttraumatic stress disorder, guilt, depression, and meaning in life among military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 654–657. <https://doi.org/10.1002/jts.20460>
 44. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
 45. Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning-making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
 46. Park, C. L. (2016). Meaning making in the context of disasters. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1234–1246. <https://doi.org/10.1002/jclp.22270>
 47. Pietrzak, R. H., & Cook, J. M. (2013). Psychological resilience in older US veterans:

- Results from the national health and resilience in veterans study. *Depression and Anxiety*, 30(5), 432–443. <https://doi.org/10.1002/da.22083>
48. Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Schützwohl, M., & Wang, D. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: A study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 518–528. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.37>
 49. Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., Shevlin, M., & Bentall, R. P. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, Article 102381. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>
 50. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
 51. Schiavone, F. L., McKinnon, M. C., & Lanius, R. A. (2018). Psychotic-like symptoms and the temporal lobe in trauma-related disorders: Diagnosis, treatment, and assessment of potential malingering. *Chronic Stress*, 2, Article 2470547018797046. <https://doi.org/10.1177/2470547018797046>
 52. Shevlin, M., Hyland, P., Karatzias, T., Fyvie, C., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(5), 419–428. <https://doi.org/10.1111/acps.12695>
 53. Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Article 1419749. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>

54. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
55. Steger, M. F. (2016). Creating meaning and purpose at work. In L. G. Oades, M. F. Steger, A. Delle Fave, & J. Passmore (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of the psychology of positivity and strengths-based approaches at work* (pp. 60–81). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118977620.ch5>
56. Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
57. Swart, S., Wildschut, M., Draijer, N., Langeland, W., & Smit, J. H. (2020). Dissociative subtype of posttraumatic stress disorder or PTSD with comorbid dissociative disorders: Comparative evaluation of clinical profiles. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 38–45. <https://doi.org/10.1037/tra0000474>
58. UNHCR. (2024). *Global trends: Forced displacement in 2023*. United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/sites/default/files/2024-06/global-trends-report-2023.pdf>
59. van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
60. White, W. F., Burgess, E., Dalgleish, T., Halligan, S. L., Hiller, R. M., Oxley, R., & Hyslop, H. (2022). Prevalence of the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52(9), 1629–1644. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001647>

61. Wolf, E. J., Mitchell, K. S., Sadeh, N., Hein, C., Fuhrman, I., Pietrzak, R. H., & Miller, M. W. (2017). The Dissociative Subtype of PTSD Scale: Initial evaluation in a national sample of trauma-exposed veterans. *Assessment*, 24(4), 503–516. <https://doi.org/10.1177/1073191115615212>

ДОДАТКИ

Додаток А

Багатовимірна екзистенційна шкала сенсу життя (MEMS)

Багатовимірна екзистенційна шкала сенсу життя
удь ласка, уважно прочитайте наведені нижче твердження. Використовуючи
шкалу відповідей, вказану поруч із кожним пунктом, зазначте ступінь вашої
згоди або незгоди з кожним твердженням.

- 1 Моє життя має сенс**
- 2 У моєму існуванні немає нічого особливого**
- 3 У моєму житті є цілі, варті прагнення**
- 4 Навіть через тисячу років матиме значення, чи існувала (-в) я чи ні**
- 5 У мене є певні життєві цілі, які спонукають мене рухатися вперед.**
- 6 Я маю головні цілі, які спрямовують мене в житті**
- 7 Я знаю, про що моє життя**
- 8 Я бачу сенс у тому, що відбувається в моєму житті**
- 9 Я маю життєві цілі, які дуже важливі для мене**
- 10 Я розумію своє життя**
- 11 Моє існування має значення навіть у масштабах усього Всесвіту**
- 12 Мій напрям у житті мотивує мене**
- 13 Я впевнена (-ний), що моє життя є важливим**
- 14 Коли я дивлюсь на своє життя в цілому, мені все здається зрозумілим**
- 15 Навіть враховуючи величезні розміри Всесвіту, моє життя має значення.**

Зворотне оцінювання питання № 2

Відповіді оцінюються за 7-бальною шкалою :

Абсолютно не погоджуюся

Не погоджуюся

Радше не погоджуюся

Важко сказати

Радше погоджуюся

Погоджуюся

Абсолютно погоджуюся

Субшкали :

Розуміння = 1, 7, 8, 10, 14

Мета = 3, 5, 6, 9, 12

Значення = 2, 4, 11, 13, 15

Додаток Б

Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire, ITQ)

Інструкції: Пам'ятаючи про свій найгірший травматичний випадок, уважно прочитайте кожен пункт, а потім обведіть одну з цифр праворуч, щоб указати, наскільки сильно вас турбувала ця проблема протягом останнього місяця.

	Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичай- но сильно
P1. Неприємні сни, в яких знову відбувалась частина пережитого чи які були явно пов'язані з цим досвідом?	0	1	2	3	4
P2. Яскраві образи чи спогади, які іноді виринають із пам'яті, і Ви відчуваєте, що ці події відбуваються знову тут і зараз?	0	1	2	3	4
P3. Ви намагаєтесь уникати внутрішніх нагадувань про той досвід (наприклад, думок, почуттів чи фізичних відчуттів)?	0	1	2	3	4
P4. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (напр., людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?	0	1	2	3	4
P5. Перебували у стані «надмірної настороженості», пильності, напруженого очікування?	0	1	2	3	4
P6. Нервово реагували, легко лякалися?	0	1	2	3	4
За останній місяць вищевказані симптоми:					
P7. Впливали на Ваші стосунки чи громадське життя?	0	1	2	3	4
P8. Впливали на Вашу роботу чи здатність працювати?	0	1	2	3	4
P9. Впливали на будь-яку іншу частину Вашого життя, таку як виховання	0	1	2	3	4

дітей, навчання чи інші важливі заняття?					
--	--	--	--	--	--

Нижче наведені проблеми чи симптоми, які іноді виникають у людей, котрі пережили стресові чи травмуючі події. Питання стосуються того, як Ви зазвичай відчуваєте, як Ви зазвичай думаєте про себе, і як Ви зазвичай ставитесь до інших. Дайте відповідь на наступні питання, думаючи про те, наскільки це описує Вас.

Наскільки це правдиво, по відношенню до Вас?

	Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
C1. Коли я засмучений(-на), в мене багато часу йде на те, щоб заспокоїтись.	0	1	2	3	4
C2. Я відчуваю заціпеніння, чи як наче мене емоційно вимкнули.	0	1	2	3	4
C3. Я почуваюся невдахою.	0	1	2	3	4
C4. Я почуваюся жалюгідним(-ою).	0	1	2	3	4
C5. Я почуваюся відстороненим(-ною) чи відірваним(-ною) від людей.	0	1	2	3	4
C6. Мені важко залишатися емоційно близьким(-ою) з людьми.	0	1	2	3	4
В минулому місяці згадані вище проблеми з емоціями, самовідчуттям та стосунками:					
C7. Викликали занепокоєність чи тривогу з приводу Ваших стосунків чи громадського життя?	0	1	2	3	4
C8. Впливали на Вашу роботу чи здатність працювати?	0	1	2	3	4
C9. Впливали на будь-яку іншу частину Вашого життя, таку як виховання дітей, навчання чи інші важливі заняття?	0	1	2	3	4

[illegible]

ДАТА: _____

[illegible]

КОД: _____

DATA: _____

[illegible]

Додаток Г

Таблиця Г.1

Повна кореляційна матриця основних шкал (коефіцієнти Спірмена)

Показник	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. MEMS: Розуміння	—										
2. MEMS: Мета	,66***	—									
3. MEMS: Значущість	,52***	,52***	—								
4. ITQ: ПТСР	-,11	,07	,03	—							
5. ITQ: ДСО	-,43***	-,33***	-,26***	,47***	—						
6. ITQ: Загальний	-,33***	-,17*	-,14	,84***	,86***	—					
7. DSPS: DPDR	-,04	-,02	,04	,31***	,25**	,31***	—				
8. DSPS: LOA	-,21**	-,15	-,06	,33***	,38***	,41***	,58***	—			
9. DSPS: AMN	-,19*	-,11	-,09	,38***	,32***	,40***	,49***	,53***	—		
10. DSPS: Тяжкість	-,20*	-,11	-,04	,37***	,41***	,45***	,82***	,89***	,70***	—	
11. Ем. реакція	,01	,01	,10	,26**	,19*	,26**	,23**	,29***	,27***	,29***	—

Примітка. Наведено нижній трикутник кореляційної матриці. Цифри у заголовку відповідають нумерації змінних у першому стовпці. MEMS: 1 — Розуміння, 2 — Мета, 3 — Значущість. ITQ: 4 — симптоми ПТСР, 5 — симптоми ДСО, 6 — загальний бал. DSPS: 7 — DPDR, 8 — LOA, 9 — AMN, 10 — загальна тяжкість. 11 — Емоційна реакція на повітряну тривогу.

* $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

Додаток Е

Діагностика припущень регресійних моделей

Таблиця Е.1

Показники мультиколінеарності предикторів (VIF) для обох регресійних моделей

Предиктор	VIF (ITQ)	1/VIF (ITQ)	VIF (DSPS)	1/VIF (DSPS)
Розуміння (MEMS)	2,04	0,49	2,04	0,49
Мета (MEMS)	1,84	0,54	1,84	0,54
Значущість (MEMS)	1,53	0,65	1,53	0,65
Емоційна реакція	1,14	0,88	1,14	0,88
Стать	1,23	0,81	1,23	0,81
Вік	1,19	0,84	1,19	0,84
Зв'язок з війною	1,14	0,88	1,14	0,88
Переміщення: ін. регіон	1,52	0,66	1,52	0,66
Переміщення: закордон	1,47	0,68	1,47	0,68
Переміщення: повернувся	1,63	0,61	1,63	0,61

Примітка. VIF — variance inflation factor (коефіцієнт інфляції дисперсії); 1/VIF — толерантність. Критичне значення $VIF > 10$ (або толерантність $< ,10$) вказує на проблемну мультиколінеарність. Усі значення $VIF < 2,1$, що свідчить про відсутність проблеми мультиколінеарності.

Таблиця Е.2

Результати перевірки гомоскедастичності (тест Бройша–Пагана) та незалежності залишків (тест Дарбіна–Вотсона)

Модель	BP	df	p (BP)	DW	P (DW)	Висновок
ITQ загальний	11,14	10	,347	2,06	,629	Порушень не виявлено
log(DSPS + 1)	9,83	10	,460	1,93	,342	Порушень не виявлено

Примітка. BP — статистика тесту Бройша–Пагана; DW — статистика Дарбіна–Вотсона. $p > ,05$ за обома тестами вказує на відсутність порушень гомоскедастичності та автокореляції залишків.

Таблиця Е.3

Перевірка нормальності залишків до та після логарифмічної трансформації залежної змінної DSPS

Залишки моделі	N	M	SD	Скосність	Ексцес	W	p	Висновок
Залишки m_dsp	151	0	14,20	1,57	2,72	,860	<	Порушено

(оригінал)	,001							
Залишки m_dsp_log [log(DSPS+1)]	151	0	1,18	-0,03	-0,88	,981	,036	Порушено*

Примітка. W — статистика Шапіро–Вілка. Виділений рядок відображає модель із вираженим порушенням нормальності, що обумовило застосування логарифмічної трансформації. * Незважаючи на статистично значуще відхилення від нормального розподілу ($p = ,036$), трансформація суттєво покращила W ($,860 \rightarrow ,981$) та усунула правосторонню асиметрію (Skewness: $1,57 \rightarrow -0,03$), що є достатнім для OLS-регресії з $N = 151$.

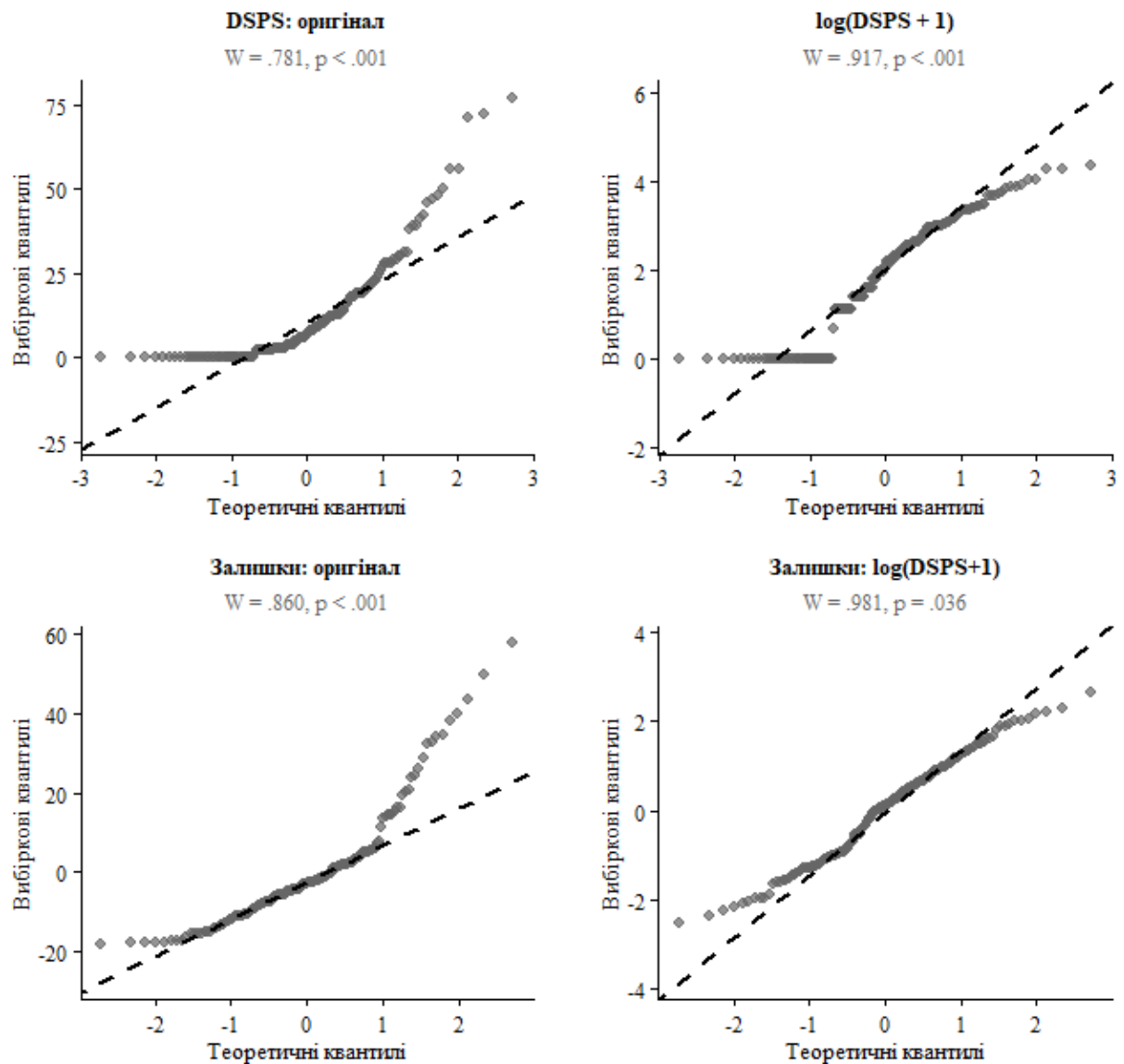


Рисунок Е.1

Q-Q графіки DSPS до та після логарифмічної трансформації (змінна та залишки регресії)
Повні результати множинного регресійного аналізу з 95% довірчими інтервалами для предикторів загального показника ITQ та $\log(\text{DSPS} + 1)$

Таблиця Е.4

Повна регресійна таблиця з 95% ДІ для обох моделей паралельно, включно з усіма предикторами і константою

Предиктор	Модель 1: ITQ загальний бал						Модель 2: log(DSPS + 1)				
	<i>b</i>	<i>SE</i>	β^*	<i>t</i>	<i>p</i>	95% ДІ	<i>b</i>	<i>SE</i>	β^*	<i>p</i>	95% ДІ
Константа	24,224	7,698	—	3,147	,002	[9,005; 39,443]	4,091	1,102	—	< ,001	[1,912; 6,270]
Розуміння (MEMS)	-2,668**	0,856	-,27	-3,118	,002	[-4,360; -0,976]	-0,211†	0,123	-,16		,087
Мета (MEMS)	0,255	0,769	—	0,331	,741	[-1,265; 1,774]	0,011	0,110	—		,924
Значущість (MEMS)	0,027	0,622	—	0,043	,966	[-1,204; 1,257]	0,017	0,089	—		,848
Стать (жінки)	3,006†	1,526	—	1,970	,051	[-0,011; 6,022]	0,424†	0,218	—		,054
Вік	-0,080	0,322	—	-0,250	,803	[-0,717; 0,556]	0,097*	0,046	—		,037
Зв'язок з війною	2,252	2,004	—	1,124	,263	[-1,709; 6,214]	-0,332	0,287	—		,249
Емоційна реакція	0,662*	0,329	—	2,011	,046	[0,011; 1,314]	0,154**	0,047	—		,001
Перем.: ін. регіон	0,836	2,112	—	0,396	,693	[-3,340; 5,012]	0,458	0,302	—		,132
Перем.: за кордон	2,133	2,148	—	0,993	,322	[-2,113; 6,380]	-0,035	0,308	—		,909
Перем.: повернувся	0,773	1,786	—	0,433	,666	[-2,758; 4,304]	-0,029	0,256	—		,910

Примітка. *b* — нестандартизований коефіцієнт; *SE* — стандартна похибка; β^* — стандартизований коефіцієнт; 95% ДІ — довірчий інтервал для *b*. Базова категорія переміщення — «Залишився(-лась)». Модель ITQ: $R^2 = ,216$, $R^2_{adj} = ,160$, $F(10, 140) = 3,86$, $p < ,001$. Модель log(DSPS+1): $R^2 = ,212$, $R^2_{adj} = ,156$, $F(10, 140) = 3,77$, $p < ,001$. † $p < ,10$. * $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

