

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок ранніх дисфункційних схем з посттравматичним зростанням
українців в умовах війни**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Лютої Юлії Михайлівни

Науковий керівник:

доктор філософії у галузі
психології,

асистент кафедри психодіагностики
та клінічної психології

Дарвішов Наріман рафік огли

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК No_

Протокол No_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ-2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ РАННІХ ДИСФУНКЦІЙНИХ СХЕМ НА ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	9
1.1. Травмівний досвід та психологічні наслідки війни як об'єкт наукового вивчення.....	9
1.2. Посттравматичне зростання: концепції, механізми та сучасні емпіричні дослідження.....	13
1.3. Ранні дисфункційні схеми та їх роль у формуванні стрес-реакцій і процесів посттравматичного відновлення.....	21
1.4. Теоретичний аналіз можливого взаємозв'язку ранніх дисфункційних схем та посттравматичного зростання.....	31
Висновки до Розділу 1.....	33
2 РОЗДІЛ. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ РАННІХ ДИСФУНКЦІЙНИХ СХЕМ НА ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ.....	35
2.1. Концептуальна модель та гіпотези.....	35
2.2. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження.....	37
2.1.1. Етапи емпіричного дослідження.....	37
2.1.2. Характеристика психодіагностичних методик.....	42
2.3. Характеристика вибірки дослідження.....	44
Висновки до Розділу 2.....	48
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ РАННІХ ДИСФУНКЦІЙНИХ СХЕМ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ ЗРОСТАННЯМ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	51
3.1. Описові характеристики ранніх дисфункційних схем та показників посттравматичного зростання.....	51
3.2. Групові порівняння рівня посттравматичного зростання та прояву дисфункційних схем за віком, статтю та досвідом війни.....	58
3.3. Кореляційна оцінка взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами та показниками посттравматичного зростання.....	74
3.4. Визначення унікальних предикторів посттравматичного зростання методом множинної лінійної регресії.....	78
3.5. Модераційна роль супутника у зв'язку між ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням.....	83
Висновки до Розділу 3.....	86
ВИСНОВКИ.....	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	95
ДОДАТКИ.....	104

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Україна та її громадяни вже протягом багатьох років проживають в умовах триваючої та жорстокої російсько-української війни. Щоденні обстріли мирних міст, що призводять до руйнувань і смертей мирного населення, велика кількість військовослужбовців, а також тих, що віддали своє життя за державу, постійне відчуття загрози, вимушене переселення як в межах країни, так і закордон – все це є особливостями щоденного проживання українців в умовах війни. Визначення травми, що полягає в першу чергу у експозиції до смерті власної чи інших переглядається, враховуючи контекст життя українців та розширює розуміння травматичного досвіду, враховуючи перебування в хронічному стресі.

Дослідження посттравматичного стресового розладу набирають великої актуальності в контексті війни, проте ті ж дослідження переконливо стверджують, що посттравматичний стресовий розлад це далеко не єдиний можливий наслідок проживання травми. Враховуючи високий контекст травматизації населення, вивчення феномену посттравматичного зростання, як позитивного виходу з кризи й переосмислення травми набуває неабиякої актуальності. Останні дослідження впевнено демонструють, що українці проявляють середні та високі показники посттравматичного зростання навіть в умовах триваючої війни. Останні дослідження минулого 2024 року показали, що серед респондентів 55 % демонстрували високий рівень посттравматичного зростання [7. ст. 57]. В Україні набули популярності дослідження даного феномену з початком першого вторгнення росії, з 2014 року. Саме після перших воєнних подій науковці активно почали досліджувати даний феномен, що дає надію на відновлення та позитивний вихід з травми.

Посттравматичне зростання досліджували засновники терміну Р. Тедескі, С. Джозеф, Калхун, інші іноземні науковці, так як: Брет А. Мур, Кен

Фальке, Дж. Голдберг, інші дослідники, такі як Рендон, Бергер, С. Л. Ланкастер, К.Р. Клейн, Л. Шабо, Б.Богерман, Г. Стоккон. Серед українських науковців активно досліджували феномен ПТЗ: Зубовський Д.С., Буряк О.Я, Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Козінчук А.В., Кузьменко М. Д., та ін.

Посттравматичне зростання активно досліджується в контексті його предикторів, що визначаються в соціальній підтримці, когнітивному опрацюванні травми, психологічному благополуччі, адаптації до нових умов, збереженні соціальних зв'язків, високій самооцінці, самоспівчутті тощо [43, 44]. Вивчення ж впливу ранніх дисфункційних схем як можливих предикторів або ж перепон до посттравматичного зростання зумовлена тим, що ці схеми є глибоко вкоріненими когнітивно-емоційними конструктами, сформованими в дитинстві та актуалізованими під час травматичних подій. Вони визначають спосіб, у який людина інтерпретує власний досвід, оцінює загрози та можливості, а відтак можуть як підтримувати процес нового осмислення пережитого, так і блокувати позитивні зміни, необхідні для формування посттравматичного зростання в умовах війни. Даний зв'язок вивчався лише в іноземних дослідженнях та не є представлений на українській вибірці, тим більше не враховував такого контексту травматизації як війна. Саме тому ми можемо вважати, що дослідження взаємозв'язку схем та посттравматичного зростання є поодинокими та недостатньо опрацьованими, що створює значну наукову прогалину.

Більше того, в умовах війни, яку переживає українське суспільство, вивчення цих взаємозв'язків та феноменів набуває не лише наукового, а й практичного значення. Саме розуміння того, які особистісні структури сприяють чи ускладнюють процес посттравматичного зростання, є надзвичайно важливим для психологів-практиків, консультантів, психотерапевтів та спеціалістів, що працюють із військовими, волонтерами та цивільним населенням. Особливого значення робота матиме для фахівців у схема-терапії, які безпосередньо працюють з дисфункційними схемами. Крім

цього, вивчення схем, що закладаються в дитинстві та безпосередньо впливають на процеси відновлення після травми може мати вагомий внесок у перегляді стратегій виховання батьками та іншими опікунами.

Мета: проаналізувати зв'язок ранніх дисфункційних схем із посттравматичним зростанням українців в умовах війни.

Завдання:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз ранніх дисфункційних схем та посттравматичного зростання як психологічних феноменів у контексті переживання травматичного досвіду.
2. Визначити особливості вираженості ранніх дисфункційних схем, та показників посттравматичного зростання у вибірці українців, які проживають наслідки війни.
3. Виявити зв'язки між ранніми дисфункційними схемами та компонентами посттравматичного зростання.
4. Оцінити вплив супутника як можливого модератора зв'язку між ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням.

Об'єкт: психологічні наслідки пережитого травматичного досвіду.

Предмет: зв'язок ранніх дисфункційних схем із посттравматичним зростанням в українців в умовах війни.

Методи дослідження.

Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження.

- Теоретичні методи: аналіз, синтез та узагальнення під час розгляду викладених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану

досліджуваної проблеми, систематизація теоретичних підходів до розуміння взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням, а також опрацювання отриманих результатів.

- Емпіричні методи: було застосовано авторську анкету соціально-демографічних та контекстуальних характеристик для збору інформації про вік, стать респондентів, характер пережитого воєнного травматичного досвіду, наявність значущої людини (супутника) під час травматичних подій, а також суб'єктивну оцінку рівня отриманої допомоги та її доступності; опитувальник Ранніх Дисфункційних Схем Джеффри Янга (Young Schema Questionnaire, YSQ-S3) у перекладі та адаптації Українського Інституту Когнітивно-Поведінкової Терапії (УІКПТ) для виявлення та оцінки вираженості 18 ранніх дезадаптивних схем; Опитувальник Посттравматичного Зростання (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) Тедескі та Калхуна у перекладі та адаптації Д. Зубовського для оцінки п'яти вимірів посттравматичного зростання.

Обробку емпіричних даних було здійснено з використанням методів математичної статистики у програмному забезпеченні Jamovi 2.6. На першому етапі застосовано описові статистики для характеристик вибірки та базових показників досліджуваних феноменів. Для перевірки групових відмінностей за статтю, віком та різними типами пережитого травматичного досвіду використано непараметричний критерій Краскела–Волліса, обраний у зв'язку з відхиленням даних від нормального розподілу. Для визначення характеру взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами та вимірами посттравматичного зростання проведено кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена, який є прийнятним для рангових і ненормально розподілених даних. Для оцінки внеску окремих схем у формування різних вимірів посттравматичного зростання застосовано множинний лінійний регресійний аналіз, що дозволив виявити найбільш значущі предиктори ПТЗ у контексті

інших змінних. Крім того, у рамках регресійного моделювання було проведено модераційний аналіз, спрямований на перевірку впливу соціальної підтримки (наявності значущої людини/супутника) на взаємозв'язок між ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням.

Дослідницька вибірка.

У дослідженні взяли участь 110 респондентів віком від 18 до 66 років, серед них 90 жінок та 20 чоловіків. Опитування проводилося у форматі онлайн із використанням Google-Form.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що **вперше:**

- встановлено характер взаємозв'язків між 18 ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням і його вимірами у осіб, що пережили воєнну травматизацію в умовах повномасштабної війни в Україні;
- виявлено захисну роль схеми Особливого статусу та прав як значущого позитивного предиктора посттравматичного зростання та його окремих доменів;
- встановлено негативний вплив схем Емоційної депривації та Емоційної інгібіції на загальний рівень посттравматичного зростання та вплив інших схем на окремі виміри посттравматичного зростання;

набули подальшого розвитку положення про:

- вікову динаміку вираженості ранніх дезадаптивних схем, зокрема тенденцію до їх зниження з віком на тлі збільшення рівня посттравматичного зростання;
- відсутність систематичних гендерних відмінностей у вираженості ранніх дезадаптивних схем та рівні посттравматичного зростання в умовах колективної травми війни.

Практичне значення роботи полягає у тому, що одержані результати та висновки можуть бути використані психологами та психотерапевтами, зокрема фахівцями, що працюють у методі схема-терапії, у роботі з клієнтами, що пережили воєнну травматизацію, для розробки диференційованих програм психологічної реабілітації та цілеспрямованих інтервенцій. Виявлені закономірності також можуть слугувати основою для переосмислення стратегій виховання дітей в умовах триваючої війни з метою профілактики формування дисфункційних когнітивних патернів у наступних поколіннях.

Достовірність і обґрунтованість результатів забезпечено чітким формулюванням мети та завдань дослідження, використанням теоретично обґрунтованої концептуальної моделі, а також застосуванням валідних і надійних психометричних методик, адаптованих до українського контексту. Репрезентативність вибірки підтримується достатнім обсягом та різноманітністю пережитих респондентами воєнних травматичних подій. Обробка даних здійснювалася з використанням сучасних та загальноприйнятих методів статистичного аналізу, що забезпечує коректність інтерпретації отриманих результатів і узгодженість висновків із науковими стандартами.

Структура та обсяг роботи: Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 81 найменування, з них – 46 іноземною мовою, та 5 додатків. Дослідження містить 23 таблиці і 1 рисунок. Основний зміст викладено на 92 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 116 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ РАННІХ ДИСФУНКЦІЙНИХ СХЕМ НА ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Травмівний досвід та психологічні наслідки війни як об'єкт наукового вивчення

Психологічну травму у сучасній психології вивчають досить глибоко, дана тема є однією з провідних в українських дослідженнях саме через свою сумну актуальність, що пов'язана з триваючою російсько-українською війною. В цій роботі ми послуговуємось саме вживанням терміну “війна”, приєднуючись до думки Яворської Г. про те, що для кваліфікації подій в Україні це дозволить не знижувати рівень їх значущості та руйнівного впливу на протипагу до використання утвердженого в міжнародному вжитку «збройному конфлікті» щодо подій між нашою державою та нападником. [33]

Американська асоціація психіатрів, надає академічне визначення травми, що визначається тим, що особа прямо або опосередковано піддається подіям, що становлять загрозу шкодою або ж смертю [25, ст. 33]. Враховуючи те, як росія веде війну, щоденно обстрілюючи українські міста, дане визначення торкається чи не більшості наших співгромадян як військових, так і цивільних. Як наслідок цих подій, багато людей стикаються з руйнуванням своїх уявлень про безпечність світу, довіру до людей, а то й руйнують віру у власну цінність. У цьому розумінні травма – це не просто сильний стрес, а критичний розрив у сприйнятті себе, світу та майбутнього, який може мати глибокі психофізіологічні наслідки [8].

У своїй монографії В.О. Климчук наводить види травми, зокрема дитячої, в яку входять такі аспекти, як травма переселення, катастрофа та масове насилля, тобто саме те, що супроводжує також більшість цивільних українців, а не лише військових [16. ст. 11]. Окрім того, збройний конфлікт

спричиняє поєднання множинних стресогенних факторів: загроза життю, втрата близьких, руйнування житла, примусове переміщення, невизначеність, тривогу за майбутнє – усе це створює умови для багаточисленної, часто повторюваної, травматизації.

Українські дослідження останніх років підкреслюють, що психотравмуючими стають не лише окремі епізоди та події (обстріли, поранення, смерті), а й тривала невизначеність, вразливість до небезпеки, соціальна нестабільність саме через те, що вони формують характер хронічного, накопичувального стресу [15, 67]. Дослідниця Іванова Ю.О. додає, що разом з фізичними стресорами на людину впливають багато й психоемоційних факторів різної сили, що накладаючись один на одного, тільки посилюють негативний вплив [14]. У своїй праці Квітка Н.В. підкреслює, що збільшення експозиції військових дій, що і означають постійні обстріли мирних міст, прямо впливає на психологічне самопочуття цивільного населення та зумовлює розвиток таких психологічних симптомів, як стрес, тривога, депресія та безсоння [15]. За даними соціального опитування, яке було проведено в першому році повномасштабного вторгнення (у вересні 2022 року), 72% українців визначають війну з росією основною причиною знервованості та стресу [24].

У своєму нещодавньому дослідженні щодо особливостей травмівного досвіду та травматичного зростання українських підлітків в умовах війни автори Кузікова, Яланська, Лукомська та Фоменко наголошують, що війна є мультитравмівним досвідом, певним розмаїттям кризових подій, до яких людина змушена адаптуватись, називаючи війну в Україні – травмівною повсякденністю наших співгромадян [21].

Разом з тим, тривалий стрес, особливо коли відсутні стабільні ресурси підтримки та безпеки, може призводити до виснаження цих адаптаційних механізмів людини – як психологічних, так і фізіологічних. Дослідники вводять навіть нове визначення, яке називають тривалий травматичний стрес. [9, 18]. Це проявляється у порушеннях емоційної регуляції, хронічній

тривожності, труднощах із довірою, підвищеній пильності, розладах сну, проблемах із самооцінкою й ідентичністю [18]. У контексті війни та постійної загрози, навіть в умовно безпечному тилу, такі реакції часто мають накопичувальний характер, що підсилює ризик довготривалих психічних розладів, серед яких, крім класичного Посттравматичного стресового розладу (ПТСР), актуальним є також Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР) як прояв хронічної травматизації [47].

Посттравматичний стресовий розлад вважається одним з найбільш вивчених та описаних патологічних наслідків переживання психотравмуючої події. У своїй роботі Корольчук О. «Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні» надає дані про середні показники поширеності ПТСР в умовах воєнного часу, які становлять від 15 до 30% та є цілком рівні високим показникам ПТСР серед жертв злочинів – 15–50%, у той час як загальна поширеність посттравматичного стресового розладу після важкого стресу у мирні часи становить лише 0,5–1,2% [20]. Відповідно до визначення Американської Психіатричної Асоціації, поданому у Довіднику Діагностичних критеріїв DSM-5-TR, ПТСР характеризується наявністю таких основних чинників: експозиція до смерті інших чи загрози смерті, тяжких тілесних ушкоджень чи сексуального насильства; наявність одного або більше інтрузивних симптомів (куди входять також і флешбеки); стійке уникання подразників, що пов'язані з травматичною подією чи подіями; негативні зміни у настрої та когніціях; значні зміни в реактивності та збудливості. Також туди додаються критерії тривалості симптомів, що мають відбуватись не менше одного місяця, які викликають значний дистрес та не можуть бути поясненими фізіологічним впливом речовин [10, ст.180-182].

Посттравматичний стресовий розлад відносять до особливо патологічної форми реакції на травму. Проте враховуючи таку різноманітність факторів, що визначають поняття травми, потреба переосмислення цього терміну стала предметом сучасного наукового дискурсу. У нещодавній українській науковій роботі Буряка О.Я. проведено системний аналіз поняття

«травма», «ПТСР» та «посттравматичне зростання» (ПТЗ), де підкреслюється, що травма – це не лише медико-біологічне явище, а соціокультурний та екзистенційний феномен, що включає індивідуальний досвід, соціальний контекст, наративну ідентичність та зміни у сприйнятті себе та світу. Автор зазначає, що поняття травми все частіше розглядається не лише як зовнішня подія, тобто не вимірюється мірками того, що відбулось, а як суб'єктивний досвід, що глибоко порушує цілісність власного «Я» [3].

Річард Тедескі зі співавторами у своїй праці «Трансформовані травмою. Історії про посттравматичне зростання» підтверджують цю думку зазначаючи, що травма це не сама подія, що трапилась, а те, як ця подія змінює глибинні переконання людини, її спосіб мислення, її погляди на життя. Автори вживають поняття травма як взаємозамінне з такими поняттями як стрес, криза, життєві труднощі та виклики, підкреслюючи цим суб'єктивність вимірювання травми [25 ст.33]. Саме через суб'єктивність вимірювання травми назріває необхідність погляду на її наслідки не лише через наявні симптоми, але й на індивідуальні психологічні характеристики людини, конструкти її мислення тощо.

Отже, травмівний досвід умовах триваючої війни – це не лише результат конкретного стресового й шокового досвіду, а часто довга, неоднорідна, багатоаспектна і глибока зміна у внутрішньому світі людини, її відносинах із самим собою, іншими та світом загалом. До того ж в сучасній літературі підкреслюється суб'єктивність вимірювання травми, на вимірювання якої не стільки впливає сама подія, що сталась, як перебудова когнітивно-емоційних конструктів особистості. Такий широкий підхід до розуміння травми дає змогу враховувати як її негайні наслідки, так і довготривалу зміну психічного стану, що відкриває шлях до подальшого розгляду не лише патології, а й можливості зростання та адаптації.

1.2. Посттравматичне зростання: концепції, механізми та сучасні емпіричні дослідження

У попередньому підпункті ми розглянули, що психотравма – це не просто реакція на одиничний стресовий чи шоківий досвід, а часто глибоке порушення базових схем, уявлень чи переконань безпеки та сприйняття світу, викликане війною, хронічною загрозою, втратами, руйнуванням стабільності та ресурсів. Саме з такого широкого розуміння травми випливає необхідність враховувати не лише негативні наслідки, як-от посттравматичний стресовий розлад, але й потенційні позитивні зміни. Це підтверджують у своїх працях безліч дослідників, зокрема Буряк О.Я. зазначає, що травма є вихідною подією, яка може призвести як до дезадаптивних проявів – ПТСР, так і до позитивних трансформацій [3].

Даний погляд на травму не є новизною, адже як наголошує Т. Чередниченко, розуміння травми як явища, що може мати і певні позитивні наслідки, існує вже дуже давно. Такі релігійні вчення як буддизм, індуїзм, християнство та багато інших, а також відомі філософи здавна вбачали у стражданнях те, що робить людину духовно сильнішою та витривалішою [31]. Відповідно до даних, поданих А. Лінлі та С. Джозефа, прояв позитивних змін серед осіб, які мали різноманітний травматичний досвід, має поширеність від 3% до 98% [13].

Деякі науковці такі як Харитоновна, Якіма, Черниш, Крижба, говорять, що феномен посттравматичного зростання існує з самого початку людства [30]. Проте системних робіт щодо даного феномену не здійснювалось до початку досліджень американських вчених в галузі психології Тедескі, Джозефа, Калхуна. Джозеф у 80-х роках минулого століття вивчав реакції на травму у осіб, які зазнали корабельної аварії. Дані дослідження показали, що у 43 % людей погляди на життя покращились. Такі результати стимулювали подальші дослідження і у 1996 році Тедескі та Калхун у своїй спільній праці вперше вжили термін посттравматичне зростання, що надалі набув широкого

вжитку у називанні феномену позитивних змін після прожитих негативних стресових подій та травмівного досвіду [31].

Один із засновників теорії посттравматичного зростання Річард Тедескі у своїй праці «Трансформовані травмою. Історії про посттравматичне зростання» разом з співавторами для пояснення феномену зростання після травми, наводить приклад старовинної японської мистецької техніки «Кінцугі», що полягає перетворенні розбитого посуду з кераміки у вироби, які часто мають кращий та привабливіший вигляд, ніж їхня первісна форма. Дана техніка полягає у з'єднанні уламків посуду з допомогою лаку, що змішаний із срібним чи золотим пилом. Це несе глибокий метафоричний зміст у тому, що тріщини не потрібно приховувати, радше навпаки - вони мають бути видимими для всіх, щоб показати всю красу та славу їхньої сили та відновлення [25 ст. 27]. Тедескі наголошує, що беручи за приклад кінцугі, ми віримо, що шрами (травми) роблять нас красивими, цікавими та унікальними [25 ст.29]. Автори не визначають посттравматичне зростання як одиничний вимір чи результат, радше розглядають даний феномен всебічно та індивідуалізовано, говорячи про процес, своєрідно ділячи посттравматичне зростання на декілька вимірів, як ще їх зазначають у літературі, доменів або ж типів зростання, які можуть демонструвати люди, що пережили травматичні події. До таких вимірів належать «Нові можливості», коли людина обирає відмінний від попереднього шлях у житті [25ст. 73]; «Особиста сила» як визнання власної сили після пережитого [25 ст.87]; «Зміни у стосунках з іншими» – коли стосунки виходять на новий, раніше не доступний рівень [25 ст. 97]; «Цінування життя» – що супроводжується глибшим усвідомленням цінності власного життя та відчуття вдячності, що з'явилося після травми [25 ст. 108]; «Духовні та екзистенційні зміни» - зосередження на духовних питаннях, що стосуються сенсу життя, та питанням життя і смерті [25 ст. 120]. Виміри посттравматичного зростання схематично представлено у рис. 1.1.

Виміри посттравматичного зростання



В умовах триваючої війни звернення до можливостей посттравматичного зростання залишається надзвичайно актуальним. Багато дослідників роздумують над зростанням не лише як наслідком травми, а й процесом, який можна досліджувати вже в тих воєнних умовах, в яких ми перебуваємо. Дослідники Кузікова, Яланська, Лукомська та Фоменко у своєму дослідженні особливостей травмівного досвіду та посттравматичного зростання в умовах воєнного стану наголошують, що посттравматичне зростання може вважатись основним ресурсом адаптації до умов хронічної екстремальності в умовах війни [21]. Це твердження вони підкреслюють дослідженням, що показує хороші показники посттравматичного зростання серед підлітків та молоді, попри їх проживання у стані війни. У дослідженні, проведеному у перші півроку після повномасштабного вторгнення, люди, що в той час проживали в Україні, демонстрували помірний рівень посттравматичного зростання навіть попри те, що здавалось, що про ПТЗ тоді ще було дуже зарано говорити, адже війна лише набирала своєї гостроти і більшість людей досить тривало знаходились в шоковому стані [56]. Водночас в одному з найновіших досліджень посттравматичного зростання в умовах війни, що опубліковано у 2024 році та в якому досліджувались

аспекти ПТЗ у студентів, відмічено, що 55 % опитаних проявляють високий рівень посттравматичного зростання [7]. Також і одне з останніх опублікованих досліджень українських біженців демонструє значне посттравматичне зростання у вибірці респондентів, що проявляється у переосмисленні цінунання життя, духовних змінах, відчутті нових можливостей, що відкриваються після досвіду вимушеного переселення, розірвання звичних соціальних зв'язків та рутини, часто ще й на фоні втрати власного житла, кола оточення тощо [34].

Загалом ці дослідження вказують на те, що посттравматичне зростання не є чимось унікальним та маломожливим навіть під час проживання травматичного досвіду. Попри це одна з головних критичних позицій стосовно ПТЗ під час війни полягає у тому, що війна – це не завершена, а тривала, часто хаотична та непередбачувана травматична подія. Наявність постійної загрози, нових втрат, невизначеності, зміни умов життя, хронічного стресу може ускладнити або навіть блокувати процес переосмислення та стабілізації, необхідні для ПТЗ. Це підкреслюється в літературі, де говориться, що ключовими в можливості до посттравматичного зростання є не лише події, а також тривалість травматичного впливу, його кумулятивність (накопичення травматичного досвіду), нестабільність підтримки та ресурсів [17]. Водночас емпіричні дані розглянутих нами недавніх досліджень показують: навіть в умовах активного конфлікту, військових дій, коли люди продовжують стикатися з новими викликами, можна фіксувати помірний, а інколи й високий рівень посттравматичного зростання. Це означає, що феномен ПТЗ може бути релевантним і в умовах війни, але варто враховувати обережність його констатування, адже прояви зростання можуть бути непостійними, нерівномірними, залежати від часу, фази травматичного досвіду, підтримки та ресурсів [21]. Варто зауважити, що вимірювання ПТЗ в таких умовах має бути чутливим до цих факторів, з урахуванням динаміки часу, змін зовнішніх обставин та індивідуальних ресурсів. У продовження класичної моделі Тедескі та Калхуна, українські дослідники наголошують,

що посттравматичне зростання не вичерпується вимірюванням окремих шкальних показників. Стаття Яценко та Дарвішова підкреслює значення наративного підходу, відповідно до якого зростання проявляється передусім у тому, як людина переосмислює свій досвід, формує нову історію про себе та інтегрує травматичні події у ширший життєвий контекст. Такий підхід дозволяє побачити ПТЗ як глибинний процес реконструкції ідентичності й сенсів, що не завжди може бути повноцінно зафіксований кількісними методами, а тому є складнішим у підрахункам і висновкам щодо вираженості ПТЗ серед населення [35].

З огляду на те, що українці перебувають у вже досить тривалій фазі війни і, на жаль, маючи невтішні перспективи на її перманентний стан в тій чи іншій формі, варто розуміти не лише особливості посттравматичного зростання, а також аналізувати ті індивідуально-психологічні особливості, що сприяють, або ж навпаки перешкоджають його розвитку. З одного боку, такі позитивні предиктори як резильєнтність, гнучкість копінгових механізмів, здатність до рефлексії, пошук сенсу, переосмислення – усе це асоціюється з вищим рівнем ПТЗ у людей, які пережили травму, навіть у воєнних умовах [45, 27]. Наприклад, у недавньому дослідженні серед українців було висунуто й підтверджено гіпотезу, що «розвивальна» форма психологічного захисту та гнучкі механізми адаптації сприяють зниженню рівня посттравматичного стресового розладу і підвищенню ПТЗ [73]. Також дослідження серед переселенців показують, що такі фактори, як психологічне благополуччя, адаптація до нових умов, збереження соціальних зв'язків, висока самооцінка – корелюють із вищими показниками ПТЗ [34]. Дослідження серед літніх онко пацієнтів показують, що рівень посттравматичного зростання позитивно корелює з надією та негативно з депресією, що підкреслює значення психологічних ресурсів та феноменів як предикторів ПТЗ [49].

Більшість досліджень ПТЗ так чи інакше звертаються до одного з ключових його предикторів, а саме наявності соціальної підтримки у людей, що проживають травму, як фактора, що сприяє розвитку посттравматичного

зростання. Мета-аналіз понад 200 досліджень показав, що вищий рівень соціальної підтримки доволі систематично пов'язаний із вищим ПТЗ у різних групах населення, підкреслюючи стабільність цього ефекту [62]. Емпіричні дані дослідження ПТЗ серед медичних працівників, які працюють з пацієнтами, що зазнали травми, демонструють, що саме соціальна підтримка разом із здатністю когнітивно опрацьовувати травматичні події сприяє формуванню ПТЗ [48]. Ще інші дані наукових праць показують, окрім значущості наявної соціальної підтримки, позитивний зв'язок ПТЗ конструктивними копінг-стратегіями такими як дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, планування та переоцінка подій [2]. Дослідження серед ветеранів бойових дій підтверджують, що підтримка з боку соціального оточення виявляється ключовим ресурсом для розвитку ПТЗ, а також підкреслюють важливість резильєнтності та психологічного благополуччя у цьому процесі [59]. Додатково, Тедескі вводить концепт «супутника» – людини, яка супроводжує під час переживання травми і часто має схожий досвід, забезпечуючи емоційне і когнітивне підтримуюче середовище, що сприяє переосмисленню травматичного досвіду та, відповідно, посттравматичному зростанню [25]. Нарешті, наявні дослідження про взаємозв'язок позитивного дитячого досвіду, самоцінності та самоспівчуття з ПТЗ підкреслюють, що соціальні та емоційні ресурси тісно взаємопов'язані і формують основу для відновлення та зростання [39].

Водночас, ми можемо робити припущення, що якщо в особистості вже закладені певні дезадаптивні когнітивно-емоційні структури або ж глибинні переконання, які сформувались в дитинстві на основі того чи іншого досвіду вони можуть виступати як фактор, що ускладнює чи блокує процес зростання після травматичного досвіду вже в дорослому віці. В дослідженні «Інтегрована модель посттравматичного стресу та зростання» автори підкреслюють, що особистісні переконання, оцінка події як центральної та навмисне роздумування можуть передбачати як ПТЗ, так і дистрес [58]. Інші

дослідження підтверджують, що ефективний вибір стратегії емоційної регуляції та здатність відкрито виражати емоції сприяють вищому рівню посттравматичного зростання: учасники, які частіше застосовували переосмислення, показували більший ПТЗ, а відкритість у вираженні емоцій у студентів після стресових подій також була пов'язана з позитивними змінами [65]. Теоретично ці зв'язки можуть пояснюватися тим, що ранні дисфункційні схеми, зокрема емоційна депривація та емоційна інгібіція, формують стійкі патерни мислення, емоцій та поведінки, які можуть обмежувати здатність людини ефективно регулювати емоції і тим самим впливати на рівень її посттравматичного зростання.

Дані досліджень про вплив когнітивних ресурсів, зокрема виконавчих функцій, на посттравматичне зростання поки що є доволі обмежені, але перші результати показують, що люди зі сильнішими виконавчими функціями, такими як здатність до когнітивного контролю, планування та гнучкості мислення, частіше досягають високого рівня посттравматичного зростання після травми [42]. Таким чином, ранні дисфункційні схеми, як, в певній мірі, патерни мислення, можуть виступати фоном, що або сприяє, або обмежує використання цих емоційних і когнітивних ресурсів, тим самим визначаючи можливості до посттравматичного зростання. Крім того, у недавній роботі з учасниками дорожньо-транспортних пригод було показано, що вищий рівень ранніх дисфункційних схем корелював із нижчим психічним благополуччям і меншою здатністю до посттравматичного зростання, що узгоджується з нашими теоретичними очікуваннями [40]. Також одне з останніх досліджень 2025 року демонструє, що підвищені дисфункційні схеми, як закладені з дитинства когнітивно-емоційні конструкти супроводжуються зростанням дезадаптивних копінгових стратегій та зниженням адаптивних ресурсів (таких як резильєнтність, оптимізм тощо) [41]. З цього випливає припущення, що перешкода адаптивності, як предиктору ПТЗ може означати, що дисфункційні схеми можуть потенційно заважати і посттравматичному зростанню.

Варто також додати, що останні психотерапевтичні дослідження показують, що робота над реструктуризацією ранніх схем може сприяти посттравматичному зростанню – у тому числі за рахунок посилення самоспівчуття, ресурсів виживання і переосмислення досвіду. Це підтверджується дослідженням, що проводилось з жінками, що пережили рак молочної залози та проходили групову схема-терапію зі зниження впливу ранніх дисфункційних схем. Після проходження комплексної терапевтичної роботи, що цілеспрямовано впливала на роботу з ранніми дисфункційними схемами, жінки демонстрували вищий рівень посттравматичного зростання [81]. Результати даного дослідження викликають великий інтерес до потенційної можливості визначення того, які конкретно дисфункційні схеми потрібно опрацьовувати цілеспрямовано, щоб стимулювати або ж розвивати наявне посттравматичне зростання.

В одній з останніх робіт, присвяченій психічному здоров'ю в умовах війни, зазначено, що численні психосоціальні виклики часто є загальними для цивільного населення, ВПО, військових та їхніх родин. Це підкреслює важливість врахування внутрішніх ресурсів особистості, у тому числі її когнітивно-емоційних структур чи переконань, для адаптації та відновлення [28].

В своїй книзі Річард Тедескі разом із співавторами, наводячи історії посттравматичного зростання, в більшості з них починає описувати історію героя ще починаючи із його чи її дитинства. Цим він не просто розкриває його як особистість задля глибшого аналізу, а переконливо наголошує, що історія посттравматичного зростання починається ще задовго до самої травми або. Тедескі вказує, що досвід посттравматичного зростання залежить від системи переконань, що передається всередині культури, сім'ї та оточення, а також, що посттравматичні зміни зумовлюються попереднім досвідом до того, як з'явився каталізатор (травматична подія). [25 ст. 51,74] Дані спостереження науковців підвищують наукове обґрунтування необхідності

дослідження того формуючого досвіду та конструктів, які виникли ще задовго до пережиття травматичної події.

У зв'язку з вищевикладеним стає очевидним, що для глибшого розуміння механізмів ПТЗ в умовах війни – тобто того, чому одні люди демонструють зростання після травми, а інші ні, необхідно звернути увагу на внутрішні когнітивно-емоційні конструкти, сформовані ще до травми: саме ті «рамки» чи «фільтри», через які людина сприймає світ, себе й інших. Ними і є ранні дисфункційні схеми (як-от схеми емоційної депривації, інгібіції, недовіри, самопожертви тощо), які можуть або блокувати, перешкоджати, або змінювати напрямок, силу та якість посттравматичного зростання. Саме тому логічним і необхідним є подальший розгляд цих схем у контексті дослідження ПТЗ, що стане темою наступного підпункту.

1.3. Ранні дисфункційні схеми та їх роль у формуванні стрес-реакцій і процесів посттравматичного відновлення

Серед багатьох підходів до дослідження індивідуальних психологічних характеристик, які впливають на те, як людина переживає травму, особливе місце займає підхід, що базується на понятті дисфункційних ранніх схем. Це глибинні когнітивно-емоційні структури, сформовані в дитинстві або підлітковому віці під впливом недостатньо підтримуючого або ж і травмуючого середовища, які згодом впливають на сприйняття себе, інших людей і світу загалом, а також на реакції на стресові ситуації чи події, що викликають стійкі та хвилюючі переживання [1]. Саме через них ранні негативні досвіди й переживання можуть трансформуватися у стійкі моделі сприйняття і поведінки, які суттєво впливають та визначають психічне здоров'я дорослої людини.

Ранні дисфункційні схеми, що скорочено часто позначають аббревіатурою РДС – є центральною концепцією у схема-терапії. Даний метод психотерапії розробив Джеффри Янг [79, 80]. За визначенням Арнольда

Арнца та Гітти Якоб у їхній праці «Схема-терапія: модель роботи з частками», схема-терапія є своєрідним продовженням ідей когнітивно-поведінкової терапії, так званою третьою хвилею КПТ, проте відрізняється від когнітивно-поведінкової терапії тим, що у цьому підході визначна роль відводиться на роботу з негативним досвідом дитинства, а не лише з конструктами «тут і тепер» [1]. Саме тому схема-терапія інтегрувала концепції та підходи, властиві психодинамічному або психоаналітичному підходу, які традиційно є ключовими у роботі з саме з дитячим досвідом. У теперішньому своєму вигляді, схема-терапія поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, теорії прив'язаності, гештальт-терапії та психодинамічних підходів, створюючи комплексну модель розуміння того, як ранній досвід формує стійкі патерни мислення, емоцій та поведінки, які проявляються протягом усього життя людини [38]. За твердженням Олега Романчука, директора Інституту психічного здоров'я Українського Католицького Університету, схема-терапія наголошує на важливості зміни схем, які у когнітивно-поведінковій терапії традиційно називаються глибинними переконаннями, задля досягнення стійких поведінкових змін [1 ст. 7-8]

За визначенням Янга, ранні дисфункційні схеми у широкому їх розумінні є загальними моделями, або ж патернами чи взірцями життя, які впливають на поведінку, когніції, емоції, спогади, особливості сприйняття стосунків з іншими людьми та соціальних ситуацій [1, ст. 23]. Янг визначає схеми як стабільні, широкі теми або патерни, які складаються з спогадів, емоцій, думок, тілесних відчуттів щодо себе та стосунків з іншими та формуються у разі незадоволення базових дитячих потреб – безпеки, любові, прийняття, автономії, адекватних меж, визнання [50].

Янг разом зі співавторами [80] визначили 18 ранніх дисфункційних схем, які вони об'єднали у 5 груп, або ж 5 сфер, які в багатьох джерелах також називають доменами. Хоча, як зазначають Арнольд Арнц та Гітта Якоб, поділ на 18 схем та їх визначення були сформовані здебільшого завдяки

клінічним спостереженням, а не внаслідок емпіричних досліджень, проте сучасні наукові дослідження підтримують їхнє існування. У будь-якої людини може спостерігатись одна схема або ж комбінація із декількох, які як правило є більш-менш стійкими. Патологічною схема стає лише тоді, коли вона пов'язана з симптомами порушення соціального функціонування або ж патологічними емоційними переживаннями. [1, ст 23] Поділ на сфери схем зображено у табл. 1.2.

Таблиця 1.2.

Ранні дисфункційні схеми та сфери схем

Сфери схем	Схеми
Втрата зв'язку та відкинення	Покинення/нестабільності стосунків
	Недовіри/скривдження
	Емоційної депривації
	Дефективності/сорому
	Соціальної ізоляції/відчуження
Обмежена автономія і здатність досягати успіху/реалізовувати себе	Залежності/безпорадності
	Очікування на катастрофу (вразливість до кривд та хвороб)
	Злиття/невідокремленості особистої ідентичності
	Некомпетентності/неминучих невдач
Порушення меж	Особливого статусу та прав
	Недостатнього самоконтролю/самодисципліни
Спрямованість на інших	Підкорення
	Самопожертви
	Пошуку визнання

Надмірної пильності та інгібіції	Негативізму/песимізму
	Емоційної інгібіції
	Надвисоких стандартів/гіперкритичності
	Покарання

Відповідно до авторів, 5 сфер схем діляться на такі: втрата зв'язку та відкинення, обмежена автономія і здатність досягати успіху/реалізовувати себе, сфера порушення меж, спрямованість на інших, надмірної пильності та інгібіції. Схеми зі сфери втрати зв'язку та відкинення характеризуються труднощами формування прив'язаності. До даної сфери входять такі схеми: покинення/нестабільності стосунків, недовіри/скривдження, емоційної депривації, дефективності/сорому, соціальної ізоляції/відчуження. Всі ці схеми тим чи іншим чином пов'язані з відсутністю надійності та безпеки в міжособистісних стосунках. Особи, яким притаманна схема покинення/нестабільності стосунків постійно проживають відчуття ненадійності їх актуальних стосунків та хвилювання бути залишеними. Цим людям притаманна властивість будувати стосунки саме з ненадійними людьми, які й підтверджують їх схему. Особи, в яких є виражена схема недовіри та скривдження постійно очікують на неналежне ставлення до себе з боку інших осіб. Через це вони підозріливо ставляться до людей, бо мають страх перед тим, що можуть бути ними скривдженими. Ця схема зазвичай розвивається через жорстоке поводження та скривдження у дитинстві. Схема емоційної депривації відзначається недостатністю відчуття тепла, турботи, справжньої безпеки та піклування у дитинстві. В дорослому віці ці люди не здатні повністю відчувати любов та турботу, бо недоотримали її в дитинстві. Саме тому і не задовільняють цих потреб у дорослому віці. Схема дефективності й сорому описується відчуттями, неповноцінності,

непотрібності, й дефективності. Такі почуття часто є пов'язаними з сильним відчуттям сорому, пережитим в дитинстві знеціненням та приниженням. Схема соціальної ізоляції та відчуження характеризується почуттями відокремленості від інших та відсутністю почуття приналежності до інших людей чи соціальних груп [80, 79, 1].

Наступною є сфера обмеженої автономії та здатності досягати успіху/реалізовувати себе. Основою схем цієї сфери є відчуття залежності та відсутності самовираження. Вони формуються через соціальне навчання певних моделей поведінки від батьків або інших опікунів, важливих дорослих, а також коли діти зіштовхуються з надмірно високими вимогами, занадто рано стають самостійними та не отримують для цього достатньої підтримки. Схема залежності/безпорадності властива тим людям, що почуваються безпорадними та не в змозі впоратись з обов'язками щоденного життя. Це може виникнути як і через надмірні вимоги до дитини, так і через відсутність цих вимог. Схема вразливості до кривди та хвороб або ж очікування на катастрофу характеризується надмірним, перебільшеним рівнем тривоги з приводу трагічних подій, хвороб і катастроф. Дана схема часто формується під впливом надто обережних батьків, які постійно застерігали дітей від будь-яких небезпек, вимагали надмірної пильності та обережності. Схема злиття / невідокремленості особистої ідентичності характерна для людей, які мають вкрай слабе відчуття власної ідентичності та не в змозі приймати власних повсякденних рішень без отримання схвалення інших людей. Таким людям важко формувати власну думку без думки важливої для неї людини. Схема некомпетентності та неминучих невдач описується почуттями власної неадекватності у порівнянні з іншими людьми. Особи з цією схемою почуваються менш талановитими та розумними, невдачами. Як правило ця схема формується на фоні дуже негативного оцінювання, зворотного зв'язку від важливих дорослих у дитинстві, від знецінення їх як особистостей [1, 79, 80].

Люди, які мають схеми зі сфери порушення меж важко сприймають існування нормальних меж, що проявляється у тому, що їм важко не переходити чужі межі, а також організовувати самотійно своє щоденне життя, роботу або ж навчання. Такі схеми можуть формуватись як завдяки занадто суворому вихованню й дисциплінуванню, так і через відсутність рамок у дитинстві. Схема особливого статусу та прав характерна для людей, які вважають себе особливими. При надмірно вираженій схемі люди вважають, що не повинні зважати на встановлені правила або домовленості та ставляться вкрай негативно до будь-яких обмежень чи заборон. Окрім цього такі люди часто є зверхніми у стосунках з іншими, прагнуть влади та контролю. Інша схема зі сфери порушення меж - це схема недостатнього самоконтролю/самодисципліни. Люди із даною схемою часто мають труднощі із здатністю відтерміновувати винагороди та самоконтролем. Вони часто не доводять справи до кінця, а також важко сприймають завдання, які вимагають наполегливості та дисципліни. Це властиво людям, які в дитинстві часто зазнавали скривджень і яким дуже бракувало необхідного скерування, щоб засвоїти адекватні форми самодисципліни [1].

Ще однією відокремленою сферою дисфункційних схем є сфера спрямованості на інших. Люди, які мають виражені схеми з даної сфери вважають бажання, прагнення і потреби інших людей важливішими за власні. Саме тому вони скерують дуже багато зусиль саме на задоволення потреб інших людей. Важливим є спостереження дослідників, що ці схеми часто є вторинними, первинними ж у їх формуванні виступають схеми втрати зв'язку та відкинення. Схема підкорення характеризується пристосуванням власної поведінки відповідно до потреб та думок інших людей. Схема самопожертви відрізняється від схеми підкорення тим, що основна мета людини не у адаптації та підпорядкуванні до потреб інших, а у максимально швидкому виявленні потреб інших та у їх задоволенні. Часто це люди, які працюють у сферах, що пов'язані з турботою про інших. Схема пошуку визнання характеризується тим, що люди, яким вона властива, є дуже зосередженими

на тому, щоб справити добре враження на інших задля отримання схвалення і визнання. Такі люди дуже занепокоєні думкою інших людей та хвилюються за здобуття певного статусу серед них [4, 5, 1].

П'ятою сферою дисфункційних схем є сфера надмірної пильності та інгібіції. Туди входять чотири схеми: схема негативізму/песимізму, емоційної інгібіції, надвисоких стандартів/гіперкритичності, схема покарання. Основною характеристикою даних схем є уникання переживань і вираження спонтанних емоцій і потреб. Схема негативізму/песимізму описує людей, що завжди зосереджені саме на проблематичній чи негативній стороні кожної ситуації та постійно очікують проблем. Це формується на фоні виховання батьками, які дивляться на світ дуже песимістично та транслиують це своїм дітям. Люди, що мають схему емоційної інгібіції мають труднощі з вираженням своїх емоцій та почуттів, вважаючи їх неважливими та зайвими. Така схема формується у відповідь на виховання, в якому вираження емоцій знецінювалось та навіть висміювалось. Схема надвисоких стандартів/гіперкритичності притаманна людям, що мають відчуття перебування під постійним тиском необхідності досягати власних амбітних цілей. Таким людям, як правило, притаманний яскравий перфекціонізм. Дана схема формується у дитинстві на фоні надто високих вимог та критики за будь-які недосконалості й невдачі. Схема покарання описується переконаннями, що люди, які зробили помилки, точно заслуговують на покарання. Здебільшого такі люди дуже нетерплячі та нещадні як до себе, так і до інших. Формується схема у відповідь на покарання за невдачі у дитинстві [79, 80,1].

Як зазначають автори Арнц та Якоб, дисфункційні схеми розвиваються тоді, коли потреби дітей належно не задовольняють та вказують на зростання кількості досліджень, що демонструють високу кореляцію між травматичним або емоційно складним досвідом дитинства і психологічними проблемами в подальшому дорослому житті [1]. Недавні дослідження підтверджують кореляційний зв'язок того, що ранні дисфункційні схеми в дорослому віці

пов'язані з історією жорстокого поводження та нехтування в дитинстві [67]. Ці схеми виконують роль своєрідних «фільтрів» сприйняття – вони визначають, як людина інтерпретує події, оцінює себе та інших, реагує на стрес та міжособистісні ситуації, якими є її емоційні стани, що вона очікує від світу і чи очікує підтримки, безпеки, стабільності [4]. Зазвичай ці структури досить стійкі, часто підсвідомі, і не змінюються спонтанно без цілеспрямованої роботи (впливу терапії, саморефлексії, підтримки) навіть у дорослому віці [52]. Як зазначає О. Сиротяк, схеми це не лише думки, до цього конструкту входять також і емоції, почуття, спогади та емоційні стани, що в комплексі визначають нашу поведінку і реакцію на ту чи іншу подію [26].

Кайя Тезель та колеги у своєму дослідженні «Зв'язок між травматичним досвідом дитинства, ранніми дезадаптивними схемами та міжособистісними стилями» також показали, що ранні травматичні переживання не просто корелюють із РДС, а закріплюються як внутрішні уявлення, які визначають те, як людина бачить і проживає міжособистісні ситуації у дорослому житті. Це означає, що дитяча травма трансформується з зовнішньої події у внутрішню психологічну структуру, яка продовжує впливати на функціонування навіть після того, як травматичні обставини минули [53].

Джесіновскі у своїй дисертаційній роботі «Теорія схем Янга: дослідження прямих та непрямих зв'язків між негативним досвідом дитинства та темпераментом з негативною афективністю в дорослому віці» емпірично протестував модель Янга, яка говорить як про прямі, так і непрямі шляхи впливу негативного дитячого досвіду на психологічне функціонування в дорослому віці. Результати підтвердили, що РДС виступають важливими медіаторами між ранніми несприятливими подіями та негативною афективністю дорослих. Це свідчить про те, що схеми не є простим відображенням вродженої вразливості, а представляють собою специфічні когнітивно-емоційні структури, сформовані через взаємодію з середовищем [50]. Таким чином, РДС можна розглядати як певний «психологічний

відбиток» дитячого досвіду, який залишається активним та впливовим протягом десятиліть після свого формування та, в певній мірі, визначає реакції на наш дорослий досвід.

З огляду останніх наукових публікацій ми бачимо, що вплив ранніх дисфункційних схем на функціонування в дорослому віці є всеохоплюючим та проявляється в різноманітних аспектах психологічного благополуччя. Тім та Чанг встановили міцні асоціації між РДС та широким спектром психічних розладів у дорослих, включаючи депресію, тривожні розлади, розлади особистості та розлади харчової поведінки. Автори виявили, що найбільш виражені схеми в клінічних популяціях – це Соціальна ізоляція, Негативізм та Дефективність, що узгоджується з концептуалізацією цих схем як особливо глибоких порушень базового почуття приналежності, оптимізму та самоцінності [77]. Інші дослідження вказують, що ранні дисфункційні схеми показують стійкий зв'язок із такими психологічними труднощами в дорослому віці як: підвищення рівня депресивної симптоматики, дисоціацією та менш ефективними стратегіями саморегуляції. Ці дані підтверджуються новими науковими дослідженнями та мета-аналізами [37, 71]. Крім того ми виявили підтвердження, що у людей із тяжким суїцидальним ризиком особливо часто активні ранні дезадаптивні схеми у сферах втрати зв'язку та відкинення, що підкреслює важливість вивчення схем як факторів вразливості після травматичних подій [46].

Підвищення наукового інтересу до вивчення зв'язку ранніх дисфункційних схем на аспекти життя дорослих в умовах війни набуває свого поширення і серед українських фахівців зі схема терапії – психологів-консультантів та психотерапевтів. Так, на першій українській конференції зі схема-терапії було представлено доповідь про дисфункційні схеми, що перешкоджають адаптації дорослих вимушених мігрантів під час війни. На жаль, на момент написання дипломної роботи жодних статей ще не було опубліковано, тому подавати результати лише усної доповіді ми не

можемо, проте сама наявність таких доповідей та досліджень підкреслює важливість даної теми та її актуальності в контексті війни [29].

Каратзіас та колеги у своєму дослідженні «Ранні дисфункційні схеми у дорослих, які пережили міжособистісну травму» дорослих, що перенесли міжособистісну травму підкреслюють, що РДС функціонують як «трансдіагностичні ментальні конструкти», які є своєрідними посередниками між травматичним досвідом та різноманітними психопатологічними наслідками. Автори встановили, що схеми сфер Втрати зв'язку та відкинення і Обмеженої автономії найбільш сильно асоційовані з посттравматичною стресовою симптоматикою. Зокрема, схеми Недовіри/Скривдження, Очікування на катастрофу (вразливість до кривд та хвороб) та Емоційної депривації найкраще диференціюють осіб з посттравматичним стресовим розладом від здорової контрольної групи [52]. Ці результати свідчать про те, що специфічні схеми, пов'язані з недовірою, очікуванням небезпеки та емоційної самотності, особливо проблематичні для людей, які пережили міжособистісну травму, оскільки вони безпосередньо резонують з характером травматичного досвіду.

Вплив РДС поширюється також на якість міжособистісних стосунків. Дослідження Ковера та колег показало, що партнери сприймають та інтерпретують поведінку один одного через призму власних дисфункційних схем, що може призводити до викривлених інтерпретацій, конфліктів та самоздійснюваних пророцтв [15].

Міровіч та Хаджіч-Кернетич додатково встановили зв'язки між ранніми дисфункційними схемами та базовими вимірами особистості, стилями афективної прив'язаності та здатністю до емпатії, що демонструє, наскільки глибоко схеми вкорінені в структурі особистості та міжособистісному функціонуванні [61].

Відповідно до проведеного теоретичного аналізу, ми можемо встановити, що теорія ранніх дисфункційних схем побудована на класичних когнітивних підходах, згідно з якими структуровані переконання (схеми), які

впливають на інтерпретацію досвіду, – визначають, як людина реагуватиме на події, як буде інтерпретувати себе, свої дії, світ довкола та інших людей. Якщо ці схеми дисфункційні – вони створюють певну вразливість. Дослідники схема терапії відзначають, що переживання травматичної події активує ранню дисфункційну схему чи схеми, разом з тим визначаючи спосіб обробки та реагування на травматичні події [50]. У межах схема-терапії вважається, що для змін потрібна глибинна робота: усвідомлення схем, переживання пов'язаних із ними емоцій, зміна переконань, формування «здорових» схем, переосмислення досвіду. Таким чином, РДС не просто пояснюють, чому деякі люди після травми занепадають, а інші – справляються, – вони стають ключем до розуміння, як можна прагнути адаптації, зцілення, можливо – і до зростання [53].

1.4. Теоретичний аналіз можливого взаємозв'язку ранніх дисфункційних схем та посттравматичного зростання

У попередніх підпунктах було представлено, що психологічна травма, особливо в умовах війни, може мати як руйнівні, так і трансформуючі наслідки. Хоча значна частина досліджень фокусується на негативних наслідках, таких як ПТСР, КПТСР, хронічний тривозі чи порушеннях адаптації, сучасні дослідження підкреслюють, що травматизація може також запускати процеси переосмислення та змін, які ведуть до посттравматичного зростання. Теорія ранніх дисфункційних схем розглядає схеми як глибинні і стійкі переконання, що формуються внаслідок хронічно незадоволених базових потреб у дитинстві. РДС впливають на інтерпретацію подій, стосунків і власних ресурсів, а травматичні обставини легко активують ці схеми, особливо в умовах загрози чи втрати [50].

Тедескі зі співавторами у своїй книзі наводить чіткі пояснення того, що розкриття емоцій, переосмислення досвіду, змога когнітивно побудувати

історію пережитого – є основою формування посттравматичного зростання [25], натомість надмірні румінації та дисфункційні установки є перепорою [75]. Окрім цього Тедескі наголошує і відображає це у більшості зібраних історій про ПТЗ – зростання не відбувається саме по собі, за ним стоїть довга історія, яка дуже часто починається ще в дитинстві. Це дає нам теоретичне підґрунтя до дослідження впливу ранніх дисфункційних схем, як закладених в дитинстві когнітивно-емоційних конструктів на можливості посттравматичного зростання в дорослому віці в умовах триваючої російсько-української війни.

Крім цього інтерес викликає твердження дослідників про те, що одним із найсильніших предикторів зростання є опертя на інших, зокрема на друзів, сім'ю чи фахівців з психічного здоров'я. Саме тому ми хочемо визначити чи підтримка важливих людей (яких Тедескі в контексті зростання називає досвідченими супутниками) може якимось чином впливати на зв'язок ранніх дисфункційних схем та посттравматичне зростання.

Попри те, що у психологічній науці існує низка досліджень, які аналізують ранні дисфункційні схеми у контексті травматичного досвіду та психопатології (наприклад, у пацієнтів з ПТСР), робіт, що систематично перевіряють вплив конкретних схем на посттравматичне зростання або на окремі його виміри – обмаль. Наприклад, у одній зі значущих публікацій, яка поєднує ранні дисфункційні схеми та посттравматичне зростання, дослідники використовували широкий набір схем та виявили, що загальний рівень ПТЗ корелює з набором дисфункційних схем як групою, а також показали, що ці схеми можуть опосередковувати зв'язок між ПТЗ і психологічним дистресом [40]. Втім, автори не подали розгорнутих результатів, які б дозволили встановити, яка саме схема (наприклад, «Емоційної депривації», «Самопожертви», «Емоційної інгібіції» тощо) пов'язана з якою сферою ПТЗ – тобто не провели аналізу на рівні окремих схем і окремих вимірів зростання.

Таким чином, у наявній літературі є певні «проблиски» зв'язку між ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростання, але

водночас ми не виявили системного, детального дослідження, яке б дозволило зробити висновки щодо ролі конкретних ранніх схем як предикторів або обмежувачів посттравматичного зростання. Цей факт означає, що прямий вплив конкретних РДС на різні аспекти ПТЗ залишається недостатньо дослідженим.

Отже, наша дослідницька ідея визначити, які саме дисфункційні схеми можуть впливати на ПТЗ і його окремі виміри в умовах війни має високу наукову та практичну актуальність. Якщо аналіз покаже специфічні зв'язки між окремими схемами та вимірами ПТЗ, це стане цінним внеском: і теоретичним – розширить розуміння механізмів зростання після травми; і прикладним – підкаже, над якими схемами варто працювати в психотерапії або соціально-психологічній підтримці постраждалих від війни.

Висновки до розділу 1

1. Проведений теоретичний аналіз показав, що психологічна травма у контексті війни є багатовимірним явищем і не зводиться лише до розвитку посттравматичного стресового розладу. Сучасні підходи наголошують на необхідності розглядати війну як тривалий, кумулятивний процес травматизації, що поєднує одноразові загрозливі події, хронічний стрес, вимушене переселення, втрати та невизначеність майбутнього. Дослідження свідчать, що наслідки травматичного досвіду є неоднорідними та залежать від індивідуальних, соціальних та когнітивних чинників, що визначають способи обробки та інтеграції пережитих подій.

2. У контексті посттравматичного зростання встановлено, що цей феномен може виникати паралельно з дистресом і не є автоматичним результатом пережитої травми. Значення мають такі процеси, як здатність до свідомого переосмислення події, перегляд базових переконань, оцінка травми як значущої для особистісних змін та загальна когнітивна обробка досвіду. В результаті теоретичного дослідження виявлено, що посттравматичне

зростання формується під впливом низки чинників: індивідуально-психологічних характеристик, травматичного навантаження, контексту стресу, наявності соціальної підтримки та стратегії подолання, а також певних особистісних ресурсів. Дослідження українського населення під час повномасштабної війни підтверджують можливість посттравматичного зростання навіть у період триваючої травматизації, підкреслюючи водночас складність і неоднорідність цього процесу.

3. Ранні дисфункційні схеми постають важливим психологічним конструктом, що дозволяє зрозуміти індивідуальні відмінності у реагуванні на травму та її наслідки. Вони формуються у дитинстві на основі незадоволених базових емоційних потреб і впливають на способи інтерпретації подій, емоційну реактивність, поведінкові стратегії та сприйнятливність до стресу. Наявні теоретичні та емпіричні дані свідчать, що деякі схеми можуть сприяти адаптації та процесам зростання, тоді як інші – знижувати здатність інтегрувати травматичний досвід, підтримувати уникнення або дистрес, підвищувати ймовірність розвитку ПТСР та ускладнювати формування ПТЗ. Проте нами не було віднайдено жодних досліджень, які б пов'язували конкретні ранні дезадаптивні схеми та окремі виміри посттравматичного зростання. Тому аналіз ролі саме ранніх схем є релевантним у дослідженні реакцій на воєнну травматизацію.

4. Узагальнюючи теоретичний матеріал, було сформовано модель, яка припускає, що існує значущий взаємозв'язок між дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням. Передбачається, що певні схеми, можуть знижувати здатність особи до свідомого переосмислення травматичного досвіду, ускладнюючи формування ПТЗ, тоді як інші – не відіграють суттєвої ролі або можуть навіть сприяти конструктивній інтеграції досвіду. Теоретична модель дослідження ґрунтується на поєднанні сучасних підходів до розуміння ПТЗ, концепції когнітивних процесів у посттравматичній адаптації та моделі ранніх дисфункційних схем, що забезпечує комплексний погляд на психологічні механізми відновлення та зростання в умовах війни.

2 РОЗДІЛ.

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ РАННІХ ДИСФУНКЦІЙНИХ СХЕМ НА ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ

2.1. Концептуальна модель та гіпотези

В результаті попереднього теоретичного аналізу, наше емпіричне дослідження ґрунтується на тому, що посттравматичне зростання у багатьох випадках є результатом взаємодії когнітивної переробки травматичного досвіду, стійких особистісних характеристик, соціального контексту та особистісних переконань. Водночас, наше теоретичне дослідження показує, що так звані ранні дисфункційні схеми формуються в дитинстві або підлітковому віці і є стійкими, тривалими емоційно-когнітивними структурами, які впливають на спосіб, у який людина сприймає та інтерпретує себе, світ та оточуючих. Дослідження показують, що вони можуть впливати на реакції людини на травматичну подію, стиль румінацій та емоційну регуляцію, що дозволяє нам припустити, що вони потенційно впливають й на здатність до посттравматичного зростання.

Попередні дослідження підтверджують, що дисфункційні схеми асоціюються з підвищеною вразливістю до стресу, психопатологією, дезадаптованими емоційною регуляцією та міжособистісними проблемами. Наприклад, у дослідженні тих, хто пережив міжособистісну травму, підвищені РДС – особливо у сферах Втрати зв'язку та Обмеженої автономії корелювали з симптомами ПТСР, дисоціацією і зниженим психосоціальним функціонуванням [52].

З іншого боку, моделі посттравматичного зростання підкреслюють, що не вся когнітивна обробка веде до росту – наприклад, саме нав'язливі спогади, які не супроводжуються переосмисленням, не дають можливості до зростання; натомість усвідомлена румінація, обдумування події, спрямована

на переосмислення травми й пошук позитивного значення, є пов'язаною з вищим рівнем ПТЗ [75]. Враховуючи те, що у більшості доступних досліджень не оцінювався вплив окремих схем на конкретні виміри ПТЗ, що створює наукову прогалину й підвищує актуальність даної роботи.

Таким чином, поєднуючи ці два підходи – схеми як стабільні когнітивно-емоційні структури та когнітивну обробку травматичного досвіду як механізм росту – можна сформулювати припущення, що ранні дисфункційні схеми можуть модулювати здатність до ПТЗ. Тобто, певні схеми можуть перешкоджати процесам переосмислення та відкритості до позитивних змін, а інші, можливо, мають менший негативний вплив або не заважають зростанню.

Відповідно до проведеного дослідження, було виведено концептуальну модель, що включає такі припущення:

1. Ранні дисфункційні схеми → впливають на емоційні та когнітивні реакції на травму.
2. Ці реакції → можуть або фасилітувати, або обмежувати процеси, що лежать в основі ПТЗ.
3. Конкретні дисфункційні схеми можуть проявляти різний вплив на різні сфери ПТЗ.

Згідно з наведеною концептуальною моделлю було виділено такі гіпотези, що потребують тестування:

- Гіпотеза 1: Існує статистично значущий зв'язок між вираженістю ранніх дисфункційних схем і рівнем посттравматичного зростання та окремими його вимірами.
- Гіпотеза 3: Існує групова відмінність між виявом посттравматичного зростання відповідно до пережитого травматичного досвіду
- Гіпотеза 3: Очікується, що соціальна підтримка (наявність супутника) зменшуватиме негативний вплив схем на ПТЗ.

2.2. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження

2.1.1. Етапи емпіричного дослідження

Для проведення емпіричного дослідження було визначено декілька основних його етапів, які спрямовані забезпечити наукову обґрунтованість, достовірність та репрезентативність отриманих даних.

На першому етапі було здійснено планування дослідження та розробку концептуальної моделі, яка власне і базується на попередньому теоретичному аналізі щодо впливу ранніх дисфункційних схем на посттравматичне зростання. На даному етапі було визначено основні змінні та сформульовано гіпотези, які потребують подальшої перевірки. Основними змінними було обрано 18 ранніх дисфункційних схем, загальний рівень посттравматичного зростання та його сфер або ж доменів. Також було визначено важливими змінними для аналізу це різні види травматичного досвіду, пов'язаного з війною, а також соціально-демографічні характеристики. Для оцінки гіпотези модерації впливу ролі супутника або ж соціальної підтримки також було додано змінні.

На другому етапі відбувався підбір психодіагностичних методик та формування анкети дослідження. Було обрано стандартизовані шкали для оцінки ранніх дисфункційних схем та посттравматичного зростання. Також до загальної анкети була додана анкета на початку для визначення соціально-демографічних характеристик вибірки, травматичного досвіду, ролі супутника. Також була проведена тестова перевірка інструментів на зручність заповнення, зрозумілість формулювань та можливість коректного кодування відповідей. Анкета складалась із 7 питань про вік, стать, травматичний досвід, де варіантами були: перебування під час обстрілу або бомбардування, вимушене переміщення в межах країни (ВПО), втрата дому, життя в окупації, досвід полону, еміграція за кордон, близькі беруть участь у бойових діях, безпосередня участь у військових діях, втрата близької людини

через війну, втрата майна чи роботи через війну, невизначена втрата (близька людина зникла безвісті), свідчення травматичних подій (бачили наслідки руйнувань, поранень, смертей), постійне відчуття загрози власній безпеці чи безпеці близьких. Наступними питаннями були про наявність супутника під час війни, де були варіанти відповіді так/ні/важко відповісти. Для оцінки ролі супутника були обрані шкали Лайкерта, де в першому питанні оцінювалось наскільки ця людина допомагала чи допомагає справлятися з викликами, пов'язаними з війною, де потрібно було від 0 до 5 оцінити, де 0 – зовсім не допомагає, 5 – дуже допомагає. Ще одне питання за шкалою Лайкерта стосувалось доступності та стабільності підтримки, де для оцінки також використовувалась шкала Лайкерта. Далі в загальну анкету додавались питання опитувальника ранніх дисфункційних схем Янга (90 запитань) і Опитувальник Посттравматичного зростання на 25 запитань, всього опитувальник складався з 122 питань.

На третьому етапі здійснювався збір даних. Опитування проводилося онлайн із застосуванням безпечних платформ, завдяки яким зберігається конфіденційність та добровільна участь респондентів, а саме платформу Google-Forms. На початку опитувальника було подане вступне слово, що розкривало інформацію про мету дослідження, анонімність участі та про можливість відмовитись від участі в будь-який момент дослідження. Крім того до пояснювальної записки було подано пояснення про інформовану згоду на використання зібраних даних та виявлення цієї згоди, натиснувши кнопку “ПОЧАТИ”.

Четвертий етап включав попередньо обробку та кодування зібраних даних для подальшого їх опрацювання статистичними інструментаріями. На цьому етапі було здійснено переведення отриманих відповідей у числові формати для подальшого статистичного аналізу. Опісля здійснювався підрахунок результатів стандартизованих опитувальників відповідно до ключів відповідей, що дозволило визначити результати всіх 18 схем для кожного респондента, загального рівня посттравматичного зростання та його

5 вимірів або ж доменів. Дані підрахунки відбувались шляхом встановлення формул у excel таблиці з результатами опитування. Після підрахунків було прийнято рішення про скорочення назв змінних для зручного опрацювання в програмі для обробки та подальшого статистичного аналізу.

Після завершення збору даних ми перейшли до п'ятого, найбільш тривалого та завершального, етапу їх обробки та аналізу. Цей етап є важливим для забезпечення валідності, надійності та наукової обґрунтованості результатів. Для цього було застосовано комплекс методів статистичної обробки, які відповідають завданням дослідження: описати рівні схем та ПТЗ, перевірити зв'язки, порівняти групи та дослідити модераційні ефекти. Для проведення статистичної обробки нами було обрано програму Jamovi 2.6.

Першопочатково для аналізу була обрана описова статистика – визначено кількісні показники розподілу вибірки за соціально-демографічними характеристиками та досвідом війни. Потім ми здійснили розрахунок таких показників, як середнє арифметичне, медіана, стандартне відхилення, мінімальне та максимальне значення, квартилі тощо. Даний етап дає змогу передбачити базову картину: як змінні розподілені у вибірці, яка їхня центральна тенденція, наскільки вони різняться, чи є екстремальні значення точно. Ми використали її на початку, адже саме описова статистика дає початкове уявлення про структуру даних [23].

Перш ніж розпочати статистичний аналіз, ми здійснили перевірку розподілу досліджуваних змінних з використанням тесту Шапіро–Вілка. Одержані результати показали, що більшість змінних значно відхиляються від нормального розподілу ($W = 0.809\text{--}0.992$; p -значення у великої частини змінних < 0.05). Дані результати свідчать про ненормальність розподілу та підтверджують необхідність застосування непараметричних методів аналізу. Дані методи не мають жорстких вимог до форми розподілу даних і є більш коректними для саме психологічних вибірок.

Враховуючи результати аналізу Шапіро-Вінка, ми обрали непараметричний тест Краскела-Волліса для порівняння груп. Хоча даний тест традиційно використовується для порівняння трьох груп і більше, вважається, що його застосування до двох груп також є статистично коректним, адже при наявності лише двох категорій він фактично еквівалентний тесту Манна-Вітні [76]. Задля того, щоб забезпечити методологічну послідовність ми обрали єдиний метод аналізу міжгрупових відмінностей. Дана стратегія часто застосовується в психологічних дослідженнях, коли вибірки є нерівними та мають ненормальні розподіли даних. Крім цього обґрунтування вибору методу ще зумовлено тим, що тест Краскела-Волліса вважається статистично коректним навіть за умов невеликих розмірів груп, бо він не потребує нормальності вибірки чи рівності дисперсій, а працює з порядковою інформацією, мінімізуючи вплив викидів. Також у джерелах підкреслюється, що саме при малих вибірках непараметричні підходи є більш надійними, ніж параметричні аналоги, і зберігають адекватність результатів за умови незалежності спостережень. В більшості випадків тест можна застосовувати, коли кожна групова вибірка має щонайменше 5 спостережень для достатнього її розміру [74].

Для перевірки головної гіпотези і подальшого аналізу взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами та показниками посттравматичного зростання нами було застосовано кореляційний аналіз з використанням критерію Спірмена, що також вважається найбільш доречним при статистичному аналізі з непараметричними даними [72].

Після того, як ми виявили статистично значущі кореляції, нами було проведено ще додатково множинний регресійний аналіз між цими змінними. Даний аналіз ми провели для уточнення того, які саме дисфункційні схеми роблять унікальний внесок у показники посттравматичного зростання. Незважаючи на те, що наші дані не є строго нормальними, вибраний метод множинної лінійної регресії вважається доречним вибором, оскільки:

1. припущення регресії стосуються саме залишків моделі, а не початкових змінних;
2. достатньо велика вибірка й коректний добір змінних забезпечують стійкість нашої моделі;
3. регресія дозволяє оцінити унікальний вплив кожної дисфункційної схеми на ПТЗ із врахуванням дії інших схем, що неможливо оцінити використовуючи лише кореляційний аналіз.

Відповідно, обрані нами методи, що полягають у послідовному застосуванні непараметричних критеріїв для порівняння груп, кореляційного аналізу для дослідження базових взаємозв'язків та використання множинної лінійної регресії для визначення унікального внеску кожної зі схем на ПТЗ цілком відповідають завданням дослідження та забезпечують його комплексність і надійність результатів [11].

Додатковим завданням нашого дослідження було встановити чи наявність значущої людини (супутника), яка підтримувала респондента під час війни, може змінювати силу або напрямок зв'язку між ранніми дисфункційними схемами та рівнем посттравматичного зростання. Задля цього нами було застосовано модераційний аналіз у рамках лінійного регресійного моделювання. Це різновид множинної лінійної регресії, у якій до моделі вводиться інтеракційний ефект між предиктором і потенційним модератором, що дозволяє визначити чи змінюється інтенсивність або напрямок зв'язку між основною незалежною змінною та залежною змінною від впливом модератора [57].

У цьому дослідженні модераційний аналіз було реалізовано за допомогою модуля GAMLj Linear Model у Jamovi 2.6. Цей модуль дозволяє виконувати непараметричну регресійну оцінку із врахуванням взаємодій між змінними. Залежною змінною послідовно виступав загальний рівень ПТЗ та окремі його домени. Модератором був соціально підтримувальний чинник – наявність супутника з трьома категоріями («так», «ні», «важко відповісти»). Незалежними змінними (коваріатами) обиралися ті ранні дезадаптивні схеми,

які у попередньому кореляційному аналізі продемонстрували значущі або тенденційні зв'язки з ПТЗ [60]. Такий підхід дозволяє визначити, чи змінюється цей зв'язок залежно від соціальної підтримки, що є ключовим для розуміння контекстуальних факторів, які можуть модулювати посттравматичне зростання.

2.1.2. Характеристика психодіагностичних методик

Для визначення рівня дисфункційних схем було обрано опитувальник YSQ-S3. Даний опитувальник є короткою формою опитувальника схем, що розроблений автором Джефрі Янгом. Опитувальник складається з 90 тверджень, що дозволяють оцінити всі 18 ранніх дисфункційних схем, по 5 пунктів на кожену схему [64]. Під час проходження опитування, респонденти оцінюють, наскільки кожне твердження відповідає їхньому досвіду за шкалою, поділеною на шістьма рівнями – від зовсім не відповідає до досконало описує мене. Оригінальна версія даного інструменту була розроблена у 2005 році і складалась з 205 питань, які розкривали рівень 16 схем. Пізніше, на основі висновків Шмідта, Янг та Браун розробили коротку версію опитувальника для визначення дисфункційних схем. Дана версія багато разів перероблялася та в результаті містить 90 запитань, що розкривають всі 5 сфер та відповідно 18 схем [64].

В дослідженні використовувалась адаптована україномовна версія цього опитувальника. В роботі “Надійність та валідність української версії короткої форми опитувальника YSQ-S3” представлено результати перевірки надійності та валідності цієї версії опитувальника у великій неклінічній вибірці. Вибірка складалась зі 1200 осіб, серед яких було 55% чоловіків та 45% жінок [69].

Результати представлено дослідження показали, що відповідно до коефіцієнту α -Кронбаха, що вийшов більшим 0,7, надійність усіх змінних є виправданою та продемонстрована прийнятна факторна валідність. Також

наведені конкретні значення для кожної із 18 схем, що дає змогу використовувати україномовну версію YSQ-S3 з впевненістю для досліджень українців. Переклад та адаптацію було здійснено Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії, що вважається одним із передових центрів викладання схема-терапії в Україні.

Наступним стандартизованим опитувальником було обрано опитувальник посттравматичного зростання, розроблений Тедескі та Калхуном у 1996 році на основі клінічних інтерв'ювань для визначення загального рівня посттравматичного зростання та його окремих вимірів. Для дослідження використовувалась версія українською мовою у адаптації Зубовського. У статті “Адаптація та апробація україномовної версії методики “Опитувальник посттравматичного зростання”, опублікованої у 2018 році, автор вказує, що дослідження й апробація проводилась на 40 офіцерах Національного університету оборони України. Така кількість осіб допустима, адже для апробації потрібна участь такої кількості осіб, що вдвічі більша за кількість тверджень у методиці. Відповідно до результатів апробації було наведено такі результати: коефіцієнт α -Кронбаха – 0,89; коефіцієнт Спірмена - Брауна – 0,87. Це дає нам підстави стверджувати, що україномовна версія має достатньо високу надійність, валідність та узгодженість у вибірці апробації. Крім того автор підкреслює, що жодне з тверджень опитувальника не виявило статистично значущих відхилень, які могли б свідчити про некоректність їх українського перекладу [12]. Стандартний опитувальник складається з 21 запитання, які розділені на 5 вимірів ПТЗ: Нові Можливості, Особиста сила, Зміни у стосунках з іншими, Цінування життя, Духовні та екзистенційні зміни. В нашому дослідженні було використано розширений опитувальник з додатковими 4 питаннями, які ширше розкривають сферу Духовних та екзистенційних змін, що подана дослідниками Новаком та Гуковським та повністю узгоджується з попередніми апробаціями.

2.3. Характеристика вибірки дослідження

Інтернет опитування проводилось з допомогою платформи Google-forms у період з 16 жовтня по 3 листопада 2025 року. Дане опитування було розповсюджене у інтернет групах внутрішньо-переміщених осіб, осіб, що проживають у містах, що часто піддаються травматичним впливам терористичних дій росії: Дніпро, Запоріжжя, Київ, Одеса, а також серед військовослужбовців, членів їх сімей та емігрантів. У дослідженні взяли участь 110 осіб, що пережили різні форми воєнної травматизації в умовах повномасштабної війни в Україні.

Аналіз вибірки здійснювався через опцію Frequencies у програмі, що дозволяє побачити частоту тієї чи іншої відповіді. Відповідно до описової статистики за гендерним складом вибірка є неоднорідною: жінки становлять переважну більшість – 90 осіб (81,8%), тоді як чоловіки представлені 20 особами (18,2%). Даний розподіл досить показово відображає тенденцію до вищої готовності жінок до участі в психологічних дослідженнях різного типу, а також може бути пов'язаним з особливостями доступу до онлайн-опитувань в умовах війни, особливо що стосується участі військовослужбовців. Хоч ми отримали не досить рівномірний розподіл груп, було прийнято рішення не набирати штучно вибірку, а користуватись методом узагальнення результатів дослідження з урахуванням можливості статистичної похибки. Розподіл вибірки за статтю представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

Розподіл вибірки за статтю

Змінна	Кількість осіб	Відсоткове значення %
Жінки	n = 90	81,8%
Чоловіки	n = 20	18,2%

Віковий діапазон респондентів охоплює широкий спектр дорослого життя – від 18 до 66 років. Найчисельнішою віковою групою виявилися особи віком 26-35 років, які становлять 42 особи (38,2% вибірки). Другою за чисельністю є група респондентів віком 36-45 років – 28 осіб (25,5%). Наймолодша вікова категорія 18-25 років представлена 20 особами (18,2%). Старші вікові групи мають меншу представленість: 46-55 років – 13 осіб (11,8%), 56-65 років – 6 осіб (5,5%), та один респондент віком 66 років (0,9%). Такий розподіл дозволяє проаналізувати вікову динаміку досліджуваних феноменів, хоча нерівномірність груп накладає певні обмеження на інтерпретацію результатів для найстарших респондентів.

Характер пережитого воєнного травматичного досвіду у вибірці є множинним та різноманітним, оскільки респонденти мали можливість обирати декілька варіантів одночасно, що відображає реальну складність та багатогранність травматизації в умовах війни. Найбільш поширеним типом досвіду виявилось переживання обстрілів, яке зазначили 66 осіб (60,0% вибірки). Значна частина респондентів – 59 осіб (53,6%) – відчують постійну загрозу власному життю чи життю близьких. І хоч це суб'єктивне відчуття, проте воно прямо свідчить про хронічний стресовий характер воєнного досвіду. Досвід свідка руйнувань або смертей відзначили 44 особи (40,0%). Наявність близьких, що беруть участь у бойових діях, зазначили 45 респондентів (40,9%), що додатково підвищує рівень стресового навантаження через побоювання за їхнє життя та здоров'я.

Досвід внутрішнього переміщення пережили 31 особа (28,2%), а еміграцію за кордон – 22 особи (20,0%), що разом становить майже половину вибірки та свідчить про масштабні міграційні процеси, спричинені війною. Водночас троє осіб повідомляли одночасно і про досвід внутрішнього переміщення, і про подальшу еміграцію. Втрату близьких через війну пережили 18 осіб (16,4%), що є особливо важким типом травматичного досвіду. Втрату дому через війну зазначили 15 респондентів (13,6%), стільки ж осіб (13,6%) відзначили втрату майна або роботи через воєнні дії.

Безпосередню участь у бойових діях серед опитаних брали 5 осіб (4,5%), а 4 респонденти (3,6%) повідомили про зниклих безвісти рідних, що становить найменш численну, але психологічно вкрай важку категорію досвіду через невизначеність та неможливість завершення процесу горювання. Жоден з опитаних не зазначив досвід пережиття полону, що говорить про те, що наше дослідження не покриває даний вид надзвичайно травматичного досвіду в умовах війни. Розподіл осіб щодо досвіду воєнної травматизації зазначено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.2.

Розподіл респондентів відповідно до досвіду воєнної травматизації

Змінна	Кількість осіб	Відсоткове значення
Обстріл	66	66 %
Загроза життю	59	53,6%
Свідчення руйнувань/смертей	44	40,0%
Близькі УБД	45	40,9%
ВПО	31	28,2%
Еміграція	22	20,0%
Втрата близьких	18	16,4%
Втрата дому	15	13,6%
Втрата майна чи роботи	15	13,6%
Участь у бойових діях	5	4,5%
Невизначена втрата	4	3,6%

Важливим аспектом дослідження була оцінка наявності та якості соціальної підтримки у вигляді значущої людини, яка підтримувала чи підтримує респондента протягом війни (супутника). Більшість учасників дослідження – 78 осіб (70,9%) – підтвердили наявність такої людини у своєму житті. Водночас 11 респондентів (10,0%) зазначили відсутність такої підтримки, а 21 особа (19,1%) відповіли, що їм важко відповісти на це запитання, що може свідчити про амбівалентність у сприйнятті підтримки або її нестабільний характер.

Серед тих респондентів, хто підтвердив наявність значущої людини, було проведено оцінку суб'єктивної значущості отриманої допомоги за п'ятибальною шкалою, де 5 балів означало, що людина дуже сильно допомагає, а 1 бал – що взагалі не допомагає. Результати демонструють переважно високу оцінку якості підтримки: найбільша група респондентів – 46 осіб (51,7% від тих, хто відповів на це запитання) – оцінили допомогу максимально у 5 балів. Оцінку у 4 бали поставили 22 особи (24,7%), середню оцінку у 3 бали – 18 осіб (20,2%), низькі оцінки у 2 бали та 1 бал отримали по 4 респонденти відповідно (по 4,5% кожна). Таким чином, переважна більшість респондентів (76,4%) оцінили значущість отриманої допомоги на рівні 4-5 балів, що свідчить про високу цінність підтримки значущої людини в умовах воєнної травматизації.

Додатково оцінювалася стабільність та доступність підтримки у критичні моменти за аналогічною п'ятибальною шкалою, де 5 балів означало дуже стабільну і доступну підтримку, а 1 бал – зовсім недоступну. Розподіл відповідей виявився подібним до попереднього показника: 42 особи (47,2%) оцінили стабільність та доступність підтримки максимально у 5 балів, 23 респонденти (25,8%) поставили оцінку у 4 бали, 20 осіб (22,5%) обрали середню оцінку у 3 бали, 5 респондентів (5,6%) оцінили у 2 бали, і 6 осіб (6,7%) поставили найнижчу оцінку у 1 бал. Загалом 73,0% респондентів оцінили стабільність та доступність підтримки на рівні 4-5 балів, що вказує на те, що для більшості учасників дослідження соціальна підтримка мала не лише високу суб'єктивну цінність, але й характеризувалася достатнім рівнем надійності та доступності у найскладніші періоди. Розподіл відповідей за шкалою Лайкерта представлено у табл. 2.3.

Оцінка респондентами ролі супутника

Змінна/бал	1	2	3	4	5
Допомога (кількість n)	4	4	18	22	46
Відсоткове співвідношення	4,5%	4,5%	20,2%	24,7%	51,7%
Стабільність (кількість n)	6	5	20	23	42
Відсоткове співвідношення	6,7%	5,6%	22,5%	25,8%	47,2%

Серед тих, хто відповідали про те ким була ця значуща людина або ж супутник під час війни, найчастішою була відповідь про партнера (чоловіка або дружину) – зазначили 27 осіб. Розглядали супутником когось із членів сім'ї (маму, сина, дочку) 20 осіб. Друзів вказали 18 осіб. 2 людей зазначили групу підтримки або ж психологічну групу, ще двоє назвали духовних осіб, священників та одна людина зазначила, що це був Бог.

Узагальнюючи характеристики вибірки, можна констатувати, що респонденти представляють різноманітний спектр віку, гендерної приналежності та типів воєнного травматичного досвіду, що дозволяє дослідити прояви ранніх дезадаптивних схем та посттравматичного зростання у достатньо репрезентативній для умов війни в Україні групі. Водночас необхідно враховувати нерівномірність окремих підгруп при інтерпретації результатів групових порівнянь.

Висновки до розділу 2

1. У даному розділі нами було систематизовано методологічні підходи до вивчення посттравматичного зростання у людей з різним досвідом воєнної травматизації. Було опрацьовано концептуальну модель, яка підтверджує потенційний зв'язок впливу на можливості опрацювання травматичного досвіду когнітивно-емоційних конструктів особистості, що закладаються ще

в дитинстві чи підлітковому віці та особливо активуються в моментах підвищеного стресу. Таким чином було розроблено модель, в якій ранні дисфункційні схеми впливають на посттравматичне зростання в умовах війни. Відповідно до цього нами було виведено такі гіпотези дослідження: існує статистично значущий зв'язок між вираженістю ранніх дисфункційних схем і рівнем посттравматичного зростання та окремими його вимірами; існує групова відмінність між виявом посттравматичного зростання відповідно до пережитого травматичного досвіду; очікується, що соціальна підтримка (наявність супутника) зменшуватиме негативний вплив схем на ПТЗ.

2. Після опрацювання концептуальної моделі та гіпотез було складено п'ять послідовних етапів дослідження, що складались планування дослідження, підбору методик та формування опитувальника, збору даних через поширення опитувальника, опрацювання отриманих результатів через їх підрахунки та відповідне кодування, і завершальним етапом стала обробка результатів з використанням статистичного інструментарію, аналіз даних та інтерпретація.

3. Було здійснено підбір та обґрунтування психометричних методик, що дозволяють виміряти всі 18 ранніх дисфункційних схем та відповідно всі виміри посттравматичного зростання, що дозволить чітко окреслити всі аспекти дослідження та повністю протестувати всі наведені гіпотези дослідження. Відібрані методики є стандартизованими та адаптованими до українського контексту, що дозволяє представити надійні та валідні результати дослідження.

4. Для проведення обґрунтованого статистичного аналізу, нами було обрано непараметричні методи через відхилення даних від нормального розподілу, що є підтверджено тестом Шапіро–Вілکا. Для порівняння груп за досвідом травматичних подій, віком і статтю було застосовано тест Краскела–Воліса, який дозволяє оцінювати статистично значущі відмінності навіть при малих або нерівних групах та при ненормальних даних. Для

оцінки взаємозв'язків між схемами та вимірами посттравматичного зростання використано кореляційний аналіз Спірмена, що зумовлено його особливостями застосування саме з ранговими або ненормально розподіленими даними. Для визначення впливу кількох схем одночасно на різні виміри посттравматичного зростання нами було застосовано множинну лінійну регресію, що дозволяє оцінити значущість кожної схеми у контексті інших змінних і виділити найбільш вагомні предиктори ПТЗ. І наостанок, задля оцінки модерації супутника, нами було застосовано множинну лінійну регресію із врахуванням модерації.

5. На даному етапі було здійснено аналіз вибірки дослідження, що складається з 110 осіб, серед яких 90 жінок та 20 чоловіків. Було описано віковий діапазон вибірки, де переважаюча більшість учасників є віком від 26 до 35 років. Було описано типи травматичного досвіду, які зазнали респонденти. Серед них найчастіше були досвід перебування під обстрілом, відчуття загрози життю, свідчення руйнувань чи смертей, досвід переселення: як внутрішнього вимушеного переміщення, так і еміграції за кордон, близькі беруть участь у бойових діях. Меншими були групи тих, хто зазнали такого досвіду як втрати рідних, майна чи дому, досвіду невизначеної втрати. Проте варто наголосити, що більшість респондентів вибирали більше одного травматичного досвіду, що свідчить про досить комплексну травматизацію українців в умовах російсько-української війни. Було здійснено аналіз додаткового фактору підтримки супутника (соціальної підтримки), що був актуальним для майже 71 % респондентів, крім того було здійснено оцінку допомоги супутника у здатності справлятися з викликами війни та її доступності.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ РАННІХ ДИСФУНКЦІЙНИХ СХЕМ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ ЗРОСТАННЯМ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Описові характеристики ранніх дисфункційних схем та показників посттравматичного зростання

На початку дослідження нами було здійснено аналіз вираженості головних змінних дослідження – 18 ранніх дисфункційних схем, загального рівня посттравматичного зростання та його 5 вимірів. Для оцінки рівня вираженості ранніх дисфункційних схем у вибірці було застосовано описовий статистичний аналіз із розрахунком середнього значення (СЗ), медіани, стандартного відхилення (СВ), мінімального та максимального значень, а також нижнього та верхнього квантилів. Завдяки такому підходу, нам вдалося охарактеризувати центральну тенденцію та варіабельність результатів, а також оцінити індивідуальні відмінності в прояві дисфункційних схем та ПТЗ. На початку було досліджено 18 дезадаптивних схем, які відображають різні аспекти емоційної, когнітивної та поведінкової дезадаптації. Результати аналізу представлено у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Вираженість ранніх дисфункційних схем у вибірці дослідження

Змінна/ознака	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення	Мінімум	Максимум	25 кварт.	50 кварт.	75 кварт.
Покинення	13.3	12.5	5.06	5	29	10.0	12.5	16.0
Недовіри	13.7	12.0	6.23	5	30	9.0	12.0	18.0
Відчуження	12.9	12.0	5.62	5	29	9.0	12.0	16.0
Дефективності	9.34	8.0	5.01	5	26	6.0	8.0	10.8
Некомпетентності	12.8	12.0	5.83	5	28	8.0	12.0	17.0

	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення	Мінімум	Максимум	25 кварт.	50 кварт.	75 кварт.
Безпорадності	10.4	9.5	5.08	5	27	6.0	9.5	13.0
Катастрофізації	12.9	13.0	5.14	5	26	9.0	13.0	16.0
Підкорення	12.9	13.0	4.99	5	30	9.0	13.0	16.0
Самопожертви	17.1	17.0	4.76	6	30	14.0	17.0	20.0
ЕІ	12.2	11.0	5.17	5	27	8.25	11.0	15.8
Стандартів	18.3	18.5	5.58	6	30	15.0	18.5	22.0
Статусу	13.2	13.0	4.66	5	27	10.0	13.0	16.0
Самоконтролю	14.0	13.0	4.77	5	27	11.0	13.0	17.0
Визнання	17.8	17.0	5.9	5	30	14.0	17.0	22.0
Негативізму	16.0	16.0	5.91	5	30	11.0	16.0	21.0
Покарання	13.3	13.0	5.02	5	27	10.0	13.0	16.8
ЕД	11.5	10.5	5.76	5	29	7.0	10.5	15.0
Злиття	10.6	10.0	3.91	5	19	8.0	10.0	13.3

У більшості схем рівень вираженості серед учасників перебував у помірному діапазоні, із наявністю окремих респондентів із достатньо високими показниками, що свідчить про індивідуальні відмінності та потенційні зони психологічної вразливості у вибраних схемах.

Дисфункційні схеми, пов'язані з емоційною депривацією та покиненням/нестабільністю стосунків, демонструють помірний рівень прояву серед респондентів. Середній рівень Емоційної депривації становив 11.5 ($M = 10.5$, $СВ = 5.76$), а схеми Покинення/Нестабільності стосунків – 13.3 ($M = 12.5$, $СВ = 5.06$). Незважаючи на помірні середні значення, у вибірці присутні учасники з високими показниками (понад 1 стандартне відхилення), що дає підстави стверджувати, що частина респондентів з нашої вибірки відчуває виражене незадоволення емоційних потреб, брак відчуття любові та турботи, що характерно для проявів схеми емоційної депривації, та страх залишитися

без підтримки, втратити стосунки, що описує когнітивно-емоційні відчуття, притаманні людям, що мають виражену схему покинення/нестабільності стосунків.

Схеми, що характеризують недовіру та відчуження/соціальну ізоляцію, також переважно проявляються на середньому рівні, проте деякі учасники мають високі значення. Рівень показника схеми недовіри/скривдження в середньому помірний, але значна частина респондентів отримала бали понад 18, що свідчить про тенденцію до сильного скептицизму, підозріливості та побоювання щодо інших людей, так зване перебування в очікуванні скривдження, що притаманне особам з цією схемою. Показники схеми Відчуження/соціальної ізоляції у вибірці мають середній рівень прояву ($S3 = 12.9$, $SB = 5.62$), однак окремі учасники демонструють виражене відчуття відчуження у стосунках з іншими, що характеризується відсутності приналежності до інших, яке в свою чергу визначає недостатність соціальної підтримки у цих людей.

Такі ранні дезадаптивні схеми, як схеми Дефективності/сорому, Некомпетентності/неминучих невдач та Безпорадності/залежності, переважно перебувають на середньому або середньому-низькому рівні. Наприклад, середнє значення показника Дефективності становило 9.34 ($M = 8.0$, $SB = 5.01$), Некомпетентності – 12.8 ($M = 12.0$, $SB = 5.83$), Безпорадності – 10.4 ($M = 9.5$, $SB = 5.08$). Те, що дані схеми показують показники дещо нижчі середніх значень говорить про те, що для більшості вибірки дані схеми не є притаманними. Проте у частини респондентів спостерігаються високі показники, що свідчить про наявність виражених відчуттів невпевненості у власних здібностях, відчуттями неповноцінності й непотрібності та обмежених можливостей для самостійного вирішення проблем.

Схеми, пов'язані з очікуванням на катастрофу, підкоренням, самопожертвою та емоційною інгібіцією, демонструють помірний або помірний до високого рівень прояву. Так, очікування на катастрофу та емоційна інгібіція мають середні значення відповідно 12.9 ($SB = 5.14$) та 12.2

($CV = 5.17$), при цьому розподіл значень демонструє наявність учасників із високими показниками. Емоційна інгібіція як схема, що формується на фоні заперечення емоцій, що переростає в таку ж форму сприйняття власних емоцій і у дорослому житті. Схема самопожертви демонструє тенденцію до показників, що є вищими за середні 17.1 ($CV = 4.76$), що говорить про те, що зосередження на потребах інших більше, ніж на своїх є дещо більш притаманне для нашої вибірки. Схема підкорення відображає середні показники 12.9 ($CV = 4.99$). Такі результати свідчать про схильність частини респондентів до обмеження власних потреб, контролю емоцій та готовності жертвувати собою заради інших.

Особливу увагу привертають схеми, що характеризують надвисокі стандарти, прагнення до визнання та негативізм, які мають помірний до високого рівень прояву. Так, середнє значення схеми надвисоких стандартів становило 18.3 ($CV = 5.58$), Схема потреби у визнанні – 17.8 ($CV = 5.90$), негативізму/песимізму – 16.0 ($CV = 5.91$). Це свідчить про те, що значна частина респондентів демонструє надто високі очікування до себе, прагнення до схвалення та оцінки з боку інших, а також схильність до негативного погляду на ситуації, що відбуваються довкола.

Інші схеми, такі як схеми Особливого статусу та прав, Недостатнього самоконтролю та Покарання, мають помірний рівень прояву, що вказує на відносну стабільність цих видів схем у більшості респондентів ($CV = 13.2-14.0$, $CV = 4.66-5.02$) та не високу вираженість схем.

Загалом, описові показники демонструють, що у вибірці переважають середні рівні прояву ранніх дезадаптивних схем, з наявністю окремих учасників із високими значеннями, що відображає індивідуальні відмінності та потенційну психологічну вразливість респондентів у контексті переживань війни. До схем, які демонструють показники, що є вищими за середні є: схема Самопожертви, Надвисоких стандартів, Пошуку визнання та Негативізму, що свідчить про певну загальностатистичну характеристику вибірки, для якої притаманні схеми, що сформувались на фоні надто критичного виховання та

високих вимог до дитини, порівняння з іншими, що у дорослому житті відображається на тому, як ми реагуємо на стресові та навіть травматичні ситуації. До таких реакцій можуть належати: сприйняття всього у негативному світлі, бажання пожертвувати собою заради блага інших, невиправдані очікування до себе та інших, а також бажання отримати визнання за власні дії.

Для оцінки посттравматичного зростання у вибірці респондентів було проведено описовий статистичний аналіз за таким же принципом: із розрахунком середніх значень (СЗ), медіан, стандартного відхилення (СВ), мінімальних та максимальних значень, а також нижнього та верхнього квантилів. Загальний показник ПТЗ відображає рівень позитивних психологічних змін, які виникають після пережитого травматичного досвіду. Крім того, було проаналізовано п'ять вимірів ПТЗ: «Зміни у стосунках з іншими», «Нові можливості», «Особистісна сила», «Духовні та екзистенційні зміни» та «Цінування життя», що дозволяє оцінити багатовимірність посттравматичного зростання у вибірці. Опрацьована описова статистика щодо показників ПТЗ подана у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Вираженість посттравматичного зростання і його вимірів у вибірці дослідження

Змінна	СЗ	М	СВ	Мін.	Макс.	25кв	50кв	75 кв.
ПТЗ	67.4	69.5	23.0	7	111	49.3	69.5	85.5
Стосунки	12.2	13.0	5.01	0	23	9.0	13.0	16.0
Можливості	13.6	14.0	5.32	1	25	9.25	14.0	17.0
Особистісне	13.0	14.0	5.53	0	25	10.0	14.0	17.0
Духовне	14.0	14.0	5.8	0	25	10.0	14.0	18.8
Цінування життя	14.4	15.0	5.27	1	24	10.0	15.0	18.0

Згідно проведеного аналізу ми бачимо, що загальний рівень посттравматичного зростання у вибірці проявляється на середньому рівні вираження. Середня сума балів склала $C3 = 67.4$ при максимальному можливому значенні 125 балів (близько 54% від максимуму), медіана = 69.5, $CB = 23.0$. Мінімальне та максимальне значення варіювалися від 7 до 111, а квартильний розмах (49–85) показує, що половина респондентів отримала бали у середньому діапазоні. Дані результати свідчать про те, що більшість учасників змогли мобілізувати внутрішні ресурси після травматичного досвіду, проте не досягли максимального потенціалу зростання. Що узгоджується з попередніми дослідженнями науковців, які розглядали можливості посттравматичного зростання в умовах війни. На це може впливати як і незавершеність події (війни), так і доволі широкий діапазон можливих травматичних подій. Великий розкид значень підкреслює також індивідуальні відмінності: деякі респонденти демонструють дуже високий рівень посттравматичного зростання, тоді як інші мають низький рівень, що може відображати різний ступінь адаптаційних ресурсів і стресовий вплив війни.

У межах п'яти вимірів ПТЗ спостерігаються наступні тенденції:

- Зміни у стосунках з іншими: середній рівень $C3 = 12.2$ (максимум 25 балів, 49%), медіана = 13.0, $CB = 5.01$, квартилі 9–16. Це свідчить про те, що більшість респондентів демонструють помірне відновлення або покращення міжособистісних стосунків після травматичного досвіду. Великий розкид значень (0–23) свідчить про індивідуальні відмінності: деякі учасники відчували значне покращення взаємин після або ж і під час переживання травматичних подій, пов'язаних з війною, інші – майже не відчували позитивних змін в сфері змін у стосунках з іншими.
- Нові можливості: $C3 = 13.6$ (максимум 25, що становить 54%), медіана = 14.0, $CB = 5.32$, квартилі 9.25–17.0. З наданих результатів ми можемо зробити висновок, що більшість респондентів помірно відчують нові шанси або ресурси у житті після травми. Великий розкид (1–25)

підкреслює індивідуальні відмінності у проявах даного виміру ПТЗ серед респондентів дослідження: частина учасників відчуває значне відкриття нових можливостей, інші майже не зазнали змін.

- Особистісна сила: $C3 = 13.0$ (максимум 25, прояв на 52%), медіана = 14.0, $CV = 5.53$, квартилі 10-17. Більшість респондентів демонструють помірні зміни у відчуття власної сили та можливостей після проживання травматичної події. Великий розкид (0–25) також свідчить про суттєві індивідуальні відмінності.
- Духовні й екзистенційні зміни: $C3 = 14.0$ (максимум 25, тобто прояв на 56%), медіана = 14.0, $CV = 5.80$, квартилі 10-18.8. Такі результати говорять, що більшість учасників помірно відчують зміни у цінностях, сенсах та світогляді після травми. Великий розкид відображає різний рівень духовного переосмислення досвіду: деякі респонденти демонструють сильне духовне зростання, інші – майже не відчували змін.
- Цінування життя: $C3 = 14.4$ (максимум 25, 58%), медіана = 15.0, $CV = 5.27$, квартилі 10-18. Ми можемо сказати, що більшість респондентів демонструють помірне переосмислення життєвих цінностей та важливості життя, його збереження й плекання після травми. Розкид значень (1-24) свідчить про різний рівень переживання цих змін серед учасників дослідження.

З огляду на вищезазначені результати ми бачимо, що найбільш вираженими вимірами посттравматичного зростання у вибірці є Цінування життя та Духовні та екзистенційні зміни, які демонструють найвищі середні значення, хоча й знаходяться в межах помірних проявів. Серед схем найбільш вираженими залишаються ті, що відображають прагнення до визнання, надвисокі стандарти, негативізм, емоційну депривацію та самопожертву, що відповідає тенденції середньо-високого рівня прояву деяких дисфункційних схем у контексті травматичного досвіду війни. Водночас більшість схем та

вимірів ПТЗ перебувають на середньому рівні, що свідчить про помірне, але індивідуально різне посттравматичне зростання.

Таким чином, описові результати ПТЗ підкреслюють великий розкид індивідуальних проявів та створюють підґрунтя для подальшого аналізу групових відмінностей цих проявів та взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням.

3.2. Групові порівняння рівня посттравматичного зростання та прояву дисфункційних схем за віком, статтю та досвідом війни

Для оцінки групових відмінностей у відповідності до віку респондентів на першому етапі ми провели описовий аналіз відмінностей середніх значень посттравматичного зростання та його окремих вимірів. Задля виявлення більш статистично значущих відмінностей ми здійснили поділ на 4 групи, відповідно об'єднавши дві старші групи 46-55 та 56-66 років, зробивши з них одну вікову групу 46-66 років, до якої увійшло 20 осіб. Результати описової статистики відповідно до вікових груп у вираженості рівня посттравматичного зростання та його окремих вимірів представлено у табл.

3.3

Таблиця 3.3

Розподіл результатів вираженості ПТЗ та його вимірів відповідно до вікових груп

	Вік	Кількість	Середнє значення	Стандартне відхилення
Загальне ПТЗ	18-25	20	68.3	24.87
	26-35	42	63.8	19.72
	36-45	28	63.4	23.35
	46-66	20	79.3	24.44
Зміни в стосунках	18-25	20	12.6	5.46
	26-35	42	11.9	3.99
	36-45	28	11.3	5.43
	46-66	20	13.9	5.77

Продовження таблиці 3.3

	Вік	Кількість	Середнє значення	Стандартне відхилення
Нові Можливості	18-25	20	13.4	4.05
	26-35	42	12.6	5.36
	36-45	28	13.3	5.62
	46-66	20	16.4	5.33
Особиста сила	18-25	20	12.8	6.73
	26-35	42	12.4	4.85
	36-45	28	12.4	5.70
	46-66	20	15.5	5.00
Духовні зміни	18-25	20	14.9	6.29
	26-35	42	12.6	5.12
	36-45	28	13.4	5.42
	46-66	20	16.9	6.43
Цінування Життя	18-25	20	14.6	5.24
	26-35	42	14.2	5.02
	36-45	28	13.0	5.27
	46-66	20	16.6	5.44

Відповідно до проведеного аналізу ми бачимо, що найвищі показники загального ПТЗ та окремих його вимірів, зокрема Нових можливостей, Особистої сили та Духовних змін – спостерігаються у групі 46-66 років. Молодші респонденти (18–25 та 26–35 років) мають нижчі середні значення ПТЗ, що може означати менш стабільне формування адаптивних механізмів та осмислення травматичного досвіду на ранніх етапах дорослого життя. Ми виявили загальну тенденцію до поступового збільшення ПТЗ зі збільшенням віку, що потребує подальшої перевірки статистично значущих відмінностей.

Для виявлення того чи є статистично значущими відмінності між віковими групами, нами було проведено непараметричний тест з використанням критерію Краскела-Волліса. Даний аналіз був вибраний у зв'язку з тим, що дані не відповідали нормальному розподілу, а порівнювані групи відрізнялися за чисельністю. Результати аналізу відображено у табл. 3.4

Результати тесту Краскела-Волліса для порівняння вікових груп за вираженістю ПТЗ та його вимірів

	χ^2	p	ε^2
ПТЗ	8.15	0.043	0.0747
Зміни в стосунках	4.11	0.250	0.0377
Нові Можливості	6.98	0.073	0.0640
Особистісна сила	6.55	0.088	0.0601
Духовні зміни	9.64	0.022	0.0884
Цінування життя	6.60	0.086	0.0605

Відповідно до таблиці ми бачимо, що тест Краскела–Волліса показав статистично значущі відмінності між віковими групами за шкалою загального рівня посттравматичного зростання ($\chi^2(3)=8.15$, $p=.043$, $\varepsilon^2=.075$) та за субшкалою Духовні зміни ($\chi^2(3) = 9.64$, $p = .022$, $\varepsilon^2 = .088$). За іншими підшкалами ПТЗ – Зміни у стосунках, Нові можливості, Особистісна сила та Цінування життя – статистично значущих вікових відмінностей не виявлено ($p>.05$), хоча для кількох з них спостерігалися тенденції до відмінностей.

В подальшому для змінних, які показали статистично значущу різницю (ПТЗ та Духовні зміни), було проведено попарні порівняння з корекцією на множинні перевірки, щоб уточнити характер відмінностей між цими віковими групами. Попарні порівняння у шкалі загального ПТЗ представлені у табл. 3.5

Таблиця 3.5

Попарні порівняння вікових груп у шкалі загального ПТЗ

		W	p
18-25	26-35	-0.905	0.919
18-25	36-45	-1.035	0.884
18-25	46-66	2.144	0.428
26-35	36-45	-0.441	0.990
26-35	46-66	3.813	0.035
36-45	46-66	3.477	0.067

У відповідності до результатів таблиці ми бачимо, що попарні порівняння загального ПТЗ показали, що старша група 46–66 років відрізняється від групи 26-35 років ($p=.035$), тоді як інші пари груп не демонстрували значущих відмінностей. Враховуючи попередній описовий аналіз ми можемо сказати, що загальний рівень ПТЗ є статистично більшим у групи респондентів віком 46-66 років зрілих осіб передпенсійного віку, ніж у молодих людей віком 26-35 років, що підтверджує тенденцію до збільшення рівня посттравматичного зростання з віком.

Попарні порівняння для виміру ПТЗ духовні зміни відображено у табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Попарні порівняння вікових груп у шкалі Духовні й екзистенційні зміни

		W	p
18-25	26-35	-2.167	0.418
18-25	36-45	-1.526	0.703
18-25	46-66	1.457	0.732
26-35	36-45	0.297	0.997
26-35	46-66	4.172	0.017
36-45	46-66	3.335	0.085

Після проведення аналогічного аналізу попарних порівнянь для підшкали ПТЗ Духовні зміни, ми бачимо, що статистично значущою виявилася різниця між групами 26-35 та 46-66 років ($p=.017$), при цьому різниці між іншими віковими групами не були значущими, хоча між 36-45 та 46-66 років спостерігалася тенденція до вищого духовного ПТЗ у старших респондентів ($p=.085$).

Отже, відповідно до результатів дослідження відмінностей між віковими групами ми можемо чітко прослідкувати, що старші респонденти

демонструють вищий рівень посттравматичного зростання, особливо у загальному ПТЗ та підшкалі Духовні зміни, порівняно з молодшими та середніми віковими групами, тоді як інші підшкали ПТЗ не показали статистично значущих вікових відмінностей. Згідно Звернення до духовних та екзистенційних змін відповідно до зростання віку узгоджується із загальними тенденціями про осмислення духовного виміру життя ближче до часу його завершення [51].

Щоб подивитись чи існують вікові тенденції у вираженості ранніх дисфункційних схем, ми провели таку ж процедуру аналізу і для 18 шкал РДС: визначення описової статистики середніх значень, проведення тесту Краскела-Волліса. Аналіз середніх значень прояву ранніх дезадаптивних схем у різних вікових групах продемонстрував низку важливих тенденцій. Поділ також відбувався на 4 групи, щоб досягти статистично значущих значень і мати достатню кількість респондентів у кожній з груп, а також точно повторити груповий розподіл аналізу шкал ПТЗ. Задля цього ми об'єднали осіб віком від 46 років до 66. Груповий розподіл схем відповідно до віку представлено у Додатку Д.

Відповідно до проведеного описового аналізу відмінностей середніх значень вираженості ранніх дисфункційних схем у різних вікових групах ми бачимо, що найбільш виражені схеми спостерігаються у наймолодшій групі респондентів віком 18–25 років. Зокрема, схема Покарання має тут найвище середнє значення ($C3 = 15.95$, $CB = 5.01$) та поступово знижується впродовж життєвого циклу до мінімального рівня у групі 46–66 років ($C3 = 11.95$, $CB = 4.36$). Аналогічну динаміку демонструє схема Покинення/нестабільності стосунків: від 15.55 ($CB = 6.24$) у наймолодшій групі до 12.20 ($CB = 4.15$) у старшій. Схема Недовіри так само найбільш виражена у 18–25 років ($C3 = 16.10$, $CB = 6.70$) та знижується до 11.75 ($CB = 4.60$) у групі 46–66 років. Схема емоційної інгібіції демонструє подібну вікову криву: найбільші значення у молодих респондентів ($C3 = 14.00$, $CB = 5.20$), мінімальні у групі

36–45 років ($C3 = 10.79$, $CB = 4.70$) та помірне підвищення у найстаршій групі ($C3 = 11.25$, $CB = 4.47$).

Крім того ми бачимо, що інші схеми також демонструють тенденцію до зменшення з віком, хоча менш виражену. Наприклад, схема Відчуження має вищі показники у групах 18–25 ($C3 = 14.20$, $CB = 6.29$) та 36–45 років ($C = 13.32$, $CB = 6.48$) порівняно зі старшою групою ($C3 = 11.45$, $CB = 2.68$). Поступове зниження також спостерігається у схемі Дефективності – від 11.00 ($CB = 5.76$) у 18–25 років до 8.75 ($CB = 4.27$) у 46–66 років. Схема Некомпетентності найбільш виражена у наймолодшій групі ($C3 = 14.05$, $CB = 6.48$) і зменшується у старших респондентів ($C3 = 11.80$, $CB = 5.13$). Схема Безпорадності аналогічно знижується від 12.75 ($CB = 5.92$) у наймолодшій групі до 9.85 ($CB = 4.04$) у найстаршій.

Схеми Очікування на катастрофу, Підкорення, Самопожертви, Злиття, Стандартів, Особливого статусу, Недостатнього самоконтролю, Потреби у визнанні та Негативізму загалом демонструють менш чіткі вікові відмінності, однак і тут у низці випадків молодші респонденти мають дещо вищі середні значення. Наприклад, схема Очікування на катастрофу знижується від 14.05 у групі 18–25 років до 11.05 у групі 46–66, а схема Надвисоких стандартів – від 20.00 до 16.05 у тих самих вікових категоріях. Таким чином, загальна тенденція свідчить про те, що молодші респонденти демонструють вищий рівень низки ранніх дезадаптивних схем, тоді як старші – нижчий.

Наступним етапом для перевірки статистичної значущості можливих відмінностей між віковими групами щодо вираженості ранніх дисфункційних схем було проведено тест Краскела-Волліса. Результати аналізу зображені у табл. 3.7.

Результати тесту Краскела–Волліса для порівняння вікових груп за вираженістю ранніх дисфункційних схем

	χ^2	p	ϵ^2
Емоційної депривації	1.584	0.663	0.01453
Покинення	3.622	0.305	0.03323
Недовіри	4.146	0.246	0.03804
Відчуження	1.097	0.778	0.01006
Дефективності	4.035	0.258	0.03702
Некомпетентності	2.178	0.536	0.01998
Безпорадності	4.910	0.178	0.04505
Очікування на катастрофу	7.372	0.061	0.06763
Злиття	2.221	0.528	0.02037
Підкорення	3.306	0.347	0.03033
Самопожертви	0.855	0.836	0.00785
Емоційної інгібіції	6.009	0.111	0.05512
Надвисоких стандартів	4.708	0.194	0.04320
Особливого статусу	0.440	0.932	0.00404
Недостатнього самоконтролю	3.737	0.291	0.03428
Визнання	5.044	0.169	0.04627
Негативізму	4.253	0.235	0.03902
Покарання	7.776	0.051	0.07134

Результати тесту Краскела-Волліса щодо групових відмінностей вираження ранніх дисфункційних схем не виявили чітких статистично значущих відмінностей, проте визначили наявність наближених до них за декількома схемами. Хоча значення p не завжди досягало традиційного порогу значущості ($p < .05$), кілька схем продемонстрували певну тенденцію до міжгрупових відмінностей, що говорить про можливий вплив віку на їхню вираженість. Зокрема, такі тенденції були отримані для схем Покарання ($p = .051$) – найближча до значущості, Очікування на катастрофу ($p = .061$). Також певну тенденційність представила схема емоційної інгібіції ($p = .111$), в якій хоча розмір ефекту помірний, ризик хибного висновку все ж залишається. Згідно з описовими статистиками дані схеми мають тенденцію до зниження з віком.

Підсумовуючи групові аналізи досліджуваних змінних, ми бачимо загальні тенденції до підвищення показників посттравматичного зростання з віком, паралельно зі зниженням рівня дисфункційних схем у старших респондентів. Хоча статистично значущі відмінності спостерігалися лише у загальному рівні ПТЗ та підшкалі Духовні зміни, де старші учасники демонстрували вищі значення у порівнянні з молодшими та середніми віковими групами. Інші підшкали ПТЗ, хоча і показували подібну тенденцію, не досягли рівня статистичної значущості, що свідчить про існування загальної вікової динаміки розвитку посттравматичного зростання, найбільш вираженої у духовно-екзистенційних аспектах.

Після проведення аналізу групових відмінностей відповідно до віку, доречно було подивитись чи є відмінності у рівнях ПТЗ та РДС залежно від статі. Для проведення даного аналізу нами було обрано ту ж стратегію: огляд описових відмінностей середніх значень відповідно до гендерного розподілу, а пізніше застосування непараметричного тесту Красскела-Волліса. Описові статистики представлені у табл. 3.8.

Таблиця 3.8

**Характеристики групового розподілу за статтю у вираженості ПТЗ
та його вимірів**

Змінна/аналіз	Стать	Середнє значення	Стандартне відхилення (SD)
Загальне ПТЗ	Жіноча	67.9	22.11
	Чоловіча	65.0	27.10
Зміни в стосунках	Жіноча	12.1	4.77
	Чоловіча	12.8	6.09
Нові можливості	Жіноча	13.9	5.31
	Чоловіча	12.7	5.36
Особиста сила	Жіноча	13.3	5.35
	Чоловіча	11.9	6.30
Духовні зміни	Жіноча	14.1	5.73
	Чоловіча	13.4	6.23
Цінування життя	Жіноча	14.5	5.07
	Чоловіча	14.2	6.21

Відповідно до групового порівняння ми бачимо, що жінки продемонстрували дещо вищий середній рівень загального посттравматичного зростання (Середнє (СЗ) = 67.9, Стандартне відхилення (СВ) = 22.11) порівняно з чоловіками (Кількість = 20), середнє значення яких становило СЗ = 65.0 при СВ = 27.10. Подібні тенденції спостерігалися і в окремих вимірах посттравматичного зростання: жінки мали трохи вищі середні значення у сферах Зміни в стосунках, Нові можливості, Особистісна сила, Духовні зміни та Цінування життя.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей ми застосували тест Крaskела-Волліса, результати якого відобразили у табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Результати тесту Крaskела–Волліса для порівняння груп за статтю у вираженості ПТЗ та його вимірів

	χ^2	p	ϵ^2
ПТЗ	0.101	0.751	9.27e-4
Стосунки	0.634	0.426	0.00582
Можливості	0.690	0.406	0.00633
Особистісне	0.441	0.507	0.00404
Духовне	0.169	0.681	0.00155
Цінування життя	1.51e-5	0.997	1.38e-7

Як ми бачимо у таблиці, аналіз відмінностей у рівні посттравматичного зростання та його окремих шкал між чоловіками та жінками показав, що жодна з підшкал ПТЗ, як і загальних його рівень не відрізняється статистично значуще ($p=0.406-0.997$). Також і значення ефекту свідчать про дуже слабкий або відсутній вплив статі на загальний рівень ПТЗ та на його складові: Зміни в стосунках з іншими, Нові можливості, Особистісна сила, Духовні зміни та Цінування життя. Таким чином, ми можемо зробити висновок, що у вибірці спостерігається стабільність ПТЗ незалежно від статі респондентів.

Далі ми здійснили порівняння вираженості ранніх дисфункційних схем відповідно до статі. Середні значення прояву ранніх дисфункційних схем становили: Емоційної депривації 11.7 (Стандартне відхилення (СВ) = 6.00), Покинення 13.56.25 (СВ=5.30), Недовіри 13.62 (СВ=6.27), Відчуження 12.62 (СВ=5.51), Дефективності 9.16 (СВ=4.93), Некомпетентності 13.11 (СВ=6.17), Безпорадності 10.39 (СВ=5.22), Очікування на катастрофу 13.12 (СВ=5.09), Злиття 10.77 (СВ=4.62), Підкорення 12.89 (СВ=5.18), Самопожертви 17.30 (СВ=4.74), Емоційної інгібіції 12.02 (СВ=5.23), Надвисоких стандартів 18.52 (СВ=5.73), Особливого статусу 13.13 (СВ=4.64), Недостатнього самоконтролю 14.02 (СВ=4.89), Потреби у визнанні 17.96 (СВ=6.01), Негативізму 16.01 (СВ=6.00), Покарання 13.41 (СВ=5.00).

Середні значення прояву схем у чоловіків: Емоційної депривації 10.25 (СВ=4.40), Покинення 12.0 (СВ=3.66), Недовіри 14.10 (СВ=6.19), Відчуження 14.00 (СВ=6.14), Дефективності 10.15 (СВ=5.45), Некомпетентності 11.25 (СВ=3.74), Безпорадності 10.70 (СВ=4.55), Очікування на катастрофу 12.05 (СВ=5.38), Злиття 11.05 (СВ=4.71), Підкорення 12.90 (СВ=4.15), Самопожертви 16.45 (СВ=4.90), Емоційної інгібіції 13.20 (СВ=4.88), Надвисоких стандартів 17.30 (СВ=4.86), Особливого статусу 13.45 (СВ=4.85), Недостатнього самоконтролю 13.70 (СВ=4.26), Потреби у визнанні 16.90 (СВ=5.45), Негативізму 15.75 (СВ=5.66), Покарання 12.65 (СВ=5.16).

Аналіз середніх значень вираженості ранніх дисфункційних схем дозволяє нам окреслити певні тенденції. Ми бачимо, що жінки демонструють дещо вищі показники за схемами, пов'язаними з емоційною вразливістю та міжособистісною залежністю (схеми Емоційної депривації, Покинення, Некомпетентності, Самопожертви, Потреби у визнанні), тоді як чоловіки проявляють тенденцію до більш високих показників схем, які можна пов'язати з певним емоційним дистанціюванням та стримуванням (схеми Недовіри, Відчуження, Емоційна інгібіція). Відповідно наступним кроком було виявити чи є статистично значущі відмінності між схемами у людей

різної статі. Результати вибраного для цього тесту Краскелера-Волліса представлено у табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Результати тесту Краскела–Волліса для порівняння груп за статтю у вираженості ранніх дисфункційних схем

	χ^2	p	ϵ^2
Емоційної депривації	0.51191	0.474	0.00470
Покинення	0.84066	0.359	0.00771
Недовіри	0.14472	0.704	0.00133
Відчуження	0.87615	0.349	0.00804
Дефективності	0.59518	0.440	0.00546
Некомпетентності	0.79086	0.374	0.00726
Безпорадності	0.29355	0.588	0.00269
Очікування на катастрофу	0.76990	0.380	0.00706
Злиття	0.32202	0.570	0.00295
Підкорення	0.02414	0.877	2.21e-4
Самопожертви	0.65281	0.419	0.00599
Емоційної інгібіції	1.28660	0.257	0.01180
Надвисоких стандартів	1.25881	0.262	0.01155
Особливого статусу	0.01644	0.898	1.51e-4
Недостатності самоконтролю	0.00151	0.969	1.39e-5
Визнання	0.65284	0.419	0.00599
Негативізму	9.65e-4	0.975	8.85e-6
Покарання	0.37672	0.539	0.00346

У результаті проведеного аналізу відмінностей у вираженості ранніх дисфункційних схем між чоловіками та жінками за допомогою непараметричного тесту Краскела–Волліса ми чітко бачимо, що жодна із схем не має статистично значущої відмінності ($p=.257-.969$). Це підтверджують і показники значення ефекту, що свідчать про дуже слабкий або ж відсутній вплив статі на всі компоненти дисфункційних схем. Таким чином, у нашій вибірці зі 110 людей прояв дисфункційних схем є незалежним від статі

респондентів, а виявлені в описових статистиках тенденції не досягли статистично значущих результатів.

Для виявлення відмінностей у прояві посттравматичного зростання у групах осіб, що пережили різноманітний травматичний досвід, пов'язаний з російсько-українською війною, ми обрали дещо іншу стратегію. Враховуючи, що більшість респондентів повідомляли про комплексну травматизацію, де включались різні види досвіду одночасно, ми вирішили подивитись, як кожен з цих досвідів окремо та незалежно впливає на посттравматичне зростання та його окремі виміри. Тому ми по чергово здійснювали аналіз кожного із видів досвіду, беручи за першу групу тих, хто пережив цей досвід, а за другу тих, хто ні. Спершу ми вибрали здійснити тест непараметричний аналіз за критерієм Краскела-Волліса, щоб виявити ті досвіди війни, які проявляють статистично значущі відмінності. Після цього для виявлених відмінностей ми здійснювали описовий аналіз середніх значень та міжгрупове порівняння, щоб виявити точний напрям та силу зв'язку між пережитим досвідом та рівнем посттравматичного зростання.

Найчастіше згадуваними є досвіди перебування під обстрілом чи бомбардуванням (66 осіб), переживання постійної загрози життю (59 осіб), свідчення руйнувань чи смертей (44 ос.), близькі беруть участь у бойових діях (45 осіб), внутрішньо переміщені особи (31 ос.). Саме ці аналізи мають більшу статистичну значущість, враховуючи кількість осіб у групах. Інші досвіди війни були представлені меншими групами осіб: вимушена еміграція (22 осіб), втрата близьких через війну (18 осіб), втрата дому (15 осіб). Крім цього незначними для статистичного порівняння були групи осіб, що безпосередньо брали участь у бойових діях (5 осіб) та тих, хто проживає невизначену втрату, коли рідні вважаються зниклими безвісті (4 осіб), які ми не включали до групового порівняння.

Результати непараметричного тесту Краскела-Волліса ми об'єднали у одну табл. 3.11.

Результати тесту Краскела-Волліса у порівнянні груп з різним досвідом війни

Досвід/ПТЗ	ПТЗ	Стосунки	Нові Можливості	Особиста сила	Духовні зміни	Цінування життя
Обстріли	$\chi^2 = 1.877$ $p = 0.171$ $\epsilon^2 = 0.01722$	$\chi^2 = 1.075$ $p = 0.300$ $\epsilon^2 = 0.00986$	$\chi^2 = 0.666$ $p = 0.414$ $\epsilon^2 = 0.00611$	$\chi^2 = 0.355$ $p = 0.551$ $\epsilon^2 = 0.00326$	$\chi^2 = 1.679$ $p = 0.195$ $\epsilon^2 = 0.01541$	$\chi^2 = 3.275$ $p = 0.070$ $\epsilon^2 = 0.03005$
ВПО	$\chi^2 = 0.1924$ $p = 0.661$ $\epsilon^2 = 0.00176$	$\chi^2 = 0.5032$ $p = 0.478$ $\epsilon^2 = 0.00462$	$\chi^2 = 0.5510$ $p = 0.458$ $\epsilon^2 = 0.00506$	$\chi^2 = 0.0195$ $p = 0.889$ $\epsilon^2 = 1.79e-4$	$\chi^2 = 0.8195$ $p = 0.365$ $\epsilon^2 = 0.00752$	$\chi^2 = 0.4749$ $p = 0.491$ $\epsilon^2 = 0.00436$
Втрата дому	$\chi^2 = 0.0109$ $p = 0.917$ $\epsilon^2 = 1.00e-4$	$\chi^2 = 0.0247$ $p = 0.875$ $\epsilon^2 = 2.27e-4$	$\chi^2 = 0.6731$ $p = 0.412$ $\epsilon^2 = 0.00618$	$\chi^2 = 0.0352$ $p = 0.851$ $\epsilon^2 = 3.23e-4$	$\chi^2 = 0.2220$ $p = 0.637$ $\epsilon^2 = 0.00204$	$\chi^2 = 1.3375$ $p = 0.247$ $\epsilon^2 = 0.01227$
Окупація	$\chi^2 = 1.3829$ $p = 0.240$ $\epsilon^2 = 0.01269$	$\chi^2 = 0.0575$ $p = 0.811$ $\epsilon^2 = 5.27e-4$	$\chi^2 = 1.4594$ $p = 0.227$ $\epsilon^2 = 0.01339$	$\chi^2 = 0.7720$ $p = 0.380$ $\epsilon^2 = 0.00708$	$\chi^2 = 4.4148$ $p = 0.036$ $\epsilon^2 = 0.04050$	$\chi^2 = 0.8075$ $p = 0.369$ $\epsilon^2 = 0.00741$
Еміграція	$\chi^2 = 0.0608$ $p = 0.805$ $\epsilon^2 = 5.58e-4$	$\chi^2 = 0.1062$ $p = 0.745$ $\epsilon^2 = 9.74e-4$	$\chi^2 = 1.0294$ $p = 0.310$ $\epsilon^2 = 0.00944$	$\chi^2 = 0.0472$ $p = 0.828$ $\epsilon^2 = 4.33e-4$	$\chi^2 = 6.87e-4$ $p = 0.979$ $\epsilon^2 = 6.30e-6$	$\chi^2 = 0.0592$ $p = 0.808$ $\epsilon^2 = 5.43e-4$
Близькі УБД	$\chi^2 = 0.8320$ $p = 0.362$ $\epsilon^2 = 0.00763$	$\chi^2 = 0.5991$ $p = 0.439$ $\epsilon^2 = 0.00550$	$\chi^2 = 1.2701$ $p = 0.260$ $\epsilon^2 = 0.01165$	$\chi^2 = 2.1468$ $p = 0.143$ $\epsilon^2 = 0.01970$	$\chi^2 = 0.0214$ $p = 0.884$ $\epsilon^2 = 1.96e-4$	$\chi^2 = 0.1249$ $p = 0.724$ $\epsilon^2 = 0.00115$
Втрата близьких	$\chi^2 = 0.886$ $p = 0.346$ $\epsilon^2 = 0.00813$	$\chi^2 = 0.161$ $p = 0.688$ $\epsilon^2 = 0.00147$	$\chi^2 = 0.567$ $p = 0.451$ $\epsilon^2 = 0.00520$	$\chi^2 = 0.525$ $p = 0.469$ $\epsilon^2 = 0.00482$	$\chi^2 = 1.368$ $p = 0.242$ $\epsilon^2 = 0.01255$	$\chi^2 = 0.960$ $p = 0.327$ $\epsilon^2 = 0.00881$
Втрата майна/роботи	$\chi^2 = 0.1096$ $p = 0.741$ $\epsilon^2 = 0.00101$	$\chi^2 = 0.0619$ $p = 0.803$ $\epsilon^2 = 5.68e-4$	$\chi^2 = 1.1713$ $p = 0.279$ $\epsilon^2 = 0.01075$	$\chi^2 = 0.0619$ $p = 0.804$ $\epsilon^2 = 5.68e-4$	$\chi^2 = 1.90e-5$ $p = 0.997$ $\epsilon^2 = 1.75e-7$	$\chi^2 = 6.86e-4$ $p = 0.979$ $\epsilon^2 = 6.29e-6$
Свідчення руйнувань/ смертей	$\chi^2 = 0.8719$ $p = 0.350$ $\epsilon^2 = 0.00800$	$\chi^2 = 0.6569$ $p = 0.418$ $\epsilon^2 = 0.00603$	$\chi^2 = 0.4280$ $p = 0.513$ $\epsilon^2 = 0.00393$	$\chi^2 = 2.3740$ $p = 0.123$ $\epsilon^2 = 0.02178$	$\chi^2 = 0.0613$ $p = 0.804$ $\epsilon^2 = 5.62e-4$	$\chi^2 = 2.2531$ $p = 0.133$ $\epsilon^2 = 0.02067$
Загроза життю	$\chi^2 = 1.5626$ $p = 0.211$ $\epsilon^2 = 0.01434$	$\chi^2 = 5.7486$ $p = 0.017$ $\epsilon^2 = 0.05274$	$\chi^2 = 1.3368$ $p = 0.248$ $\epsilon^2 = 0.01226$	$\chi^2 = 1.4941$ $p = 0.222$ $\epsilon^2 = 0.01371$	$\chi^2 = 0.0273$ $p = 0.869$ $\epsilon^2 = 2.50e-4$	$\chi^2 = 0.5728$ $p = 0.449$ $\epsilon^2 = 0.00525$

Відповідно до проведеного непараметричного аналізу тестом Краскела-Волліса ми можемо відмітити лише 3 статистично значущі відмінності груп у відповідності до переживання певного досвіду та ні. Це ми можемо прослідкувати у таких значеннях: відмінність вияву ПТЗ у вимірі

Цінування життя у людей, які пережили обстріл чи бомбардування ($p = 0.070$), відмінність вияву ПТЗ у сфері Духовні зміни у тих осіб, що були під окупацією ($p = 0.036$) та різницю у прояві ПТЗ Зміни у стосунках з іншими у тих людей, що постійно відчують загрозу своєму життю та життю близьких осіб ($p = 0.017$). Отримані результати дозволили зосередитися на аналізі описової статистики та подальшому порівнянні груп для трьох підшкал, які показали значущі або тенденційні відмінності, щоб уточнити напрям ефекту та проаналізувати середні значення, медіани та варіабельність між групами.

Наступним кроком ми, відповідно, здійснили порівняння описової статистики та для обґрунтування групових порівнянь. Описові значення подані у табл. 3.12.

Таблиця 3.12

Характеристики відмінностей груп за досвідом війни

Досвід війни	Підшкала ПТЗ	Група	К-сть	СЗ	Медіана	СВ
Обстріл	Цінування життя	0 – не пережили	44	15.6	16.0	4.79
Обстріл	Цінування життя	1 – пережили	66	13.7	15.0	5.46
Окупація	Духовні зміни	0 – не пережили	99	13.6	14.0	5.78
Окупація	Духовні зміни	1 – пережили	11	17.5	20.0	4.99
Загроза життю	Зміни в стосунках	0 – не пережили	51	11.1	11.0	4.85
Загроза життю	Зміни в стосунках	1 – пережили	59	13.3	13.0	4.97

Аналізуючи отримані дані ми бачимо, що аналіз відмінностей у підшкалі Цінування життя між респондентами, які пережили обстріл, та тими, хто не мав такого досвіду, показує певну тенденцію, що наближається до статистично значущих відмінностей ($\chi^2 = 3.275$, $p = .070$, $\varepsilon^2 = .030$). Особи, які не пережили обстріл, продемонстрували дещо вищий рівень цінування життя (медіана = 16.0, СЗ = 15.6) у порівнянні з тими, хто зазнав обстрілу (медіана = 15.0, СЗ = 13.7). Стандартне відхилення у групі, що пережила обстріл, було трохи більшим (СВ = 5.46 проти 4.79), що свідчить про більшу

варіабельність індивідуальних змін у сфері цінування життя серед учасників цієї групи. Таким чином, ми можемо зробити висновок, що пережитий досвід обстрілу може бути пов'язаний із незначним зниженням рівня ПТЗ - Цінування життя, хоча ефект лишається тенденційним.

Аналіз рівня Духовних та екзистенційних змін показав статистично значущу різницю між респондентами, які перебували в окупації, та тими, хто цього досвіду не мав ($\chi^2 = 4.415$, $p = .036$, $\epsilon^2 = .041$). Респонденти, які перебували в окупації, демонстрували вищий рівень духовних змін (медіана = 20.0, СЗ = 17.5) порівняно з групою без досвіду окупації (медіана = 14.0, СЗ = 13.6). Стандартне відхилення у групі, яка пережила окупацію, було трохи меншим ($SD = 4.99$ проти 5.78), що для наших даних вказує на відносно стабільний рівень духовних змін серед учасників цієї групи. Таким чином, досвід перебування в окупації пов'язаний із помітним підвищенням рівня духовних змін у респондентів. Це ми можемо інтерпретувати розумінням того, що екстремальні та загрозливі обставини, такі як перебування в окупації, часто запускають глибокі процеси переосмислення сенсу життя, власних цінностей та стосунків із світом. Саме окупація може виступати подією високої екзистенційної значущості, коли людина фактично перебуває в неволі, хоч наче і у своєму домі. Такі події можуть повертати людину до питань духовності, віри, пошуку вищого сенсу. Проте, враховуючи, що дана вибірка не досягла необхідної кількості для ствердних аналізів, ми все ж можемо говорити про виявлену тенденцію.

Аналіз рівня посттравматичного зростання у вимірі Змін у стосунках з іншими показав статистично значущу різницю між респондентами, які пережили загрозу життю, та тими, хто цього досвіду не мав ($\chi^2 = 5.748$, $p = .017$, $\epsilon^2 = .053$). Респонденти, які зазнали загрози життю, демонстрували дещо вищий рівень змін у стосунках (медіана = 13.0, СЗ = 13.3) порівняно з групою без такого досвіду (медіана = 11.0, СЗ = 11.1). Стандартне відхилення у групі, яка пережила загрозу життю, було трохи більшим ($SD = 4.97$ проти 4.85), що все ж таки свідчить про невелику варіабельність індивідуальних реакцій на

такий травматичний досвід у ПТЗ - Зміни у стосунках. Таким чином, ми ствердно можемо говорити, що результати нашого аналізу показали, що пережиття загрози життю пов'язане з помітним підвищенням рівня посттравматичного зростання у вимірі Стосунки з іншими. Така тенденція може пояснюватися тим, що екстремальні події, які ставлять під сумнів базове відчуття безпеки, часто призводять до переоцінки соціальних зв'язків. Після переживання ситуацій загрози життю люди можуть бути схильні більше цінувати підтримку інших, шукати близькість, глибше усвідомлювати значення взаємної турботи та солідарності. Крім того, певне загострення потреби у надійних взаєминах, а також досвід прийняття допомоги чи співпереживання, може трансформуватися у зростання здатності будувати довірливіші, тепліші та більш автентичні стосунки.

Доречним опісля виглядало проаналізувати чи соціальна підтримка у вигляді супутника, значущої людини, що допомагає справлятися з викликами війни, покаже відмінність у вираженні ПТЗ з тими, хто такої підтримки не мав. Результати тесту Краскела-Волліса представлено у табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Результати тесту Краскела-Волліса у порівнянні груп супутника

	χ^2	p	ε^2
ПТЗ	3.252	0.344	0.076
Зміни в стосунках	4.797	0.087	0.044
Нові Можливості	2.453	0.253	0.006
Особиста сила	2.321	0.210	0.008
Духовні зміни	0.652	0.806	0.056
Цінування життя	4.862	0.102	0.045

Аналіз рівня посттравматичного зростання між респондентами залежно від супутника показав, що статистично значущих відмінностей у жодній із підшкал не виявлено ($\chi^2 = 0.652-4.862$, $p = 0.087-0.884$, $\varepsilon^2 = 0.006-0.045$). Проте спостерігалися тенденції до відмінностей у підшкалах Зміни у

стосунках ($\chi^2 = 4.797$, $p = 0.087$, $\varepsilon^2 = 0.044$) та Цінування життя ($\chi^2 = 4.862$, $p = 0.102$, $\varepsilon^2 = 0.045$). Огляд середніх значень та медіан свідчить, що респонденти, які мали супутника «Так», демонструють дещо вищий рівень змін у стосунках ($C3 = 12.8$, медіана = 13.0) порівняно з групами «Ні» ($C3 = 11.8$, медіана = 14.0) та «Важко відповісти» ($C3 = 10.3$, медіана = 10.0). Аналогічна тенденція простежується у підшкалі Цінування життя: респонденти з супутником «Так» мають вищі значення ($C3 = 14.9$, медіана = 15.5) порівняно з групами «Ні» ($C3 = 13.1$, медіана = 14.0) та «Важко відповісти» ($C3 = 13.1$, медіана = 13.1). Стандартні відхилення демонструють помірну варіабельність у всіх групах ($CV = 4.51\text{--}6.74$), що свідчить про різноманітність індивідуальних реакцій. Таким чином, незважаючи на відсутність статистично значущих відмінностей, наявні тенденції вказують на можливе підвищення рівня посттравматичного зростання у сфері стосунків та цінування життя серед респондентів, які мали супутника.

3.3. Кореляційна оцінка взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами та показниками посттравматичного зростання

Для визначення характеру взаємозв'язків між ранніми дезадаптивними схемами та показниками посттравматичного зростання було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена. Вибір саме цього методу зумовлений тим, що перевірка нормальності показників за тестом Шапіро-Вілка продемонструвала ненормальний розподіл переважної частини досліджуваних змінних. У таких випадках коефіцієнт Спірмена вважається оптимальним інструментом, оскільки він дозволяє коректно оцінити монотонні, не обов'язково лінійні залежності між психологічними показниками та не вимагає нормального розподілу даних. Результати кореляційного аналізу схем із загальним рівнем ПТЗ та його вимірами представлені у табл. 3.14

**Кореляційний аналіз зв'язку ранніх дисфункційних схем із
посттравматичним зростанням**

		ПТЗ	Зміни в стосунках	Нові Можливості	Особиста сила	Духовні зміни	Цінування Життя
Емоційної депривації	Коеф. Спірмана	-0.209*	-0.094	-0.218*	-0.232*	-0.033	-0.271**
	р-значення	0.028	0.330	0.022	0.015	0.729	0.004
Покинення	Коеф. Спірмана	0.053	0.131	0.056	0.009	0.060	0.023
	р-значення	0.580	0.172	0.563	0.923	0.536	0.809
Недовіри	Коеф. Спірмана	-0.115	0.001	-0.164	-0.187	0.050	-0.127
	р-значення	0.230	0.993	0.087	0.051	0.601	0.185
Відчуження	Коеф. Спірмана	-0.150	-0.103	-0.178	-0.149	-0.002	-0.179
	р-значення	0.118	0.285	0.063	0.119	0.982	0.061
Дефективності	Коеф. Спірмана	-0.144	0.027	-0.214*	-0.212*	-0.017	-0.143
	р-значення	0.133	0.783	0.025	0.026	0.856	0.137
Некомпетентно сті	Коеф. Спірмана	-0.181	-0.149	-0.108	-0.260**	-0.075	-0.134
	р-значення	0.059	0.120	0.260	0.006	0.433	0.162
Безпорадності	Коеф. Спірмана	-0.078	0.015	-0.072	-0.200*	0.033	-0.061
	р-значення	0.418	0.874	0.457	0.036	0.733	0.526
Очікування на катастрофу	Коеф. Спірмана	-0.149	0.007	-0.074	-0.221*	-0.168	-0.168
	р-значення	0.119	0.943	0.443	0.020	0.079	0.080
Злиття	Коеф. Спірмана	-0.053	0.061	-0.057	-0.167	0.029	-0.055
	р-значення	0.583	0.527	0.552	0.081	0.766	0.569
Підкорення	Коеф. Спірмана	-0.093	0.064	-0.016	-0.188*	-0.085	-0.111
	р-значення	0.335	0.504	0.868	0.049	0.380	0.247
Самопожертви	Коеф. Спірмана	0.117	0.142	0.092	0.055	0.141	0.140
	р-значення	0.223	0.138	0.340	0.570	0.142	0.146
Емоційної інгібіції	Коеф. Спірмана	-0.236*	-0.079	-0.309**	-0.271**	-0.155	-0.131
	р-значення	0.013	0.414	0.001	0.004	0.107	0.171
Надвисоких стандартів	Коеф. Спірмана	-0.120	-0.084	-0.120	-0.173	-0.046	-0.073
	р-значення	0.211	0.383	0.212	0.071	0.636	0.448
Особливого статусу	Коеф. Спірмана	0.296**	0.298**	0.191*	0.211*	0.302**	0.280**
	р-значення	0.002	0.002	0.045	0.027	0.001	0.003
Недостатнього самоконтролю	Коеф. Спірмана	0.063	0.105	0.116	-0.027	0.067	0.049
	р-значення	0.511	0.275	0.227	0.783	0.489	0.613
Визнання	Коеф. Спірмана	0.071	0.112	0.139	-0.082	0.104	0.073
	р-значення	0.463	0.244	0.149	0.396	0.278	0.446
Негативізму	Коеф. Спірмана	-0.137	0.011	-0.136	-0.258**	-0.024	-0.110
	р-значення	0.155	0.912	0.158	0.007	0.803	0.254
Покарання	Коеф. Спірмана	-0.099	0.055	-0.142	-0.209*	0.009	-0.096
	р-значення	0.306	0.566	0.138	0.028	0.930	0.318
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001							

Після проведеного кореляційного аналізу взаємозв'язків між загальним рівнем ПТЗ та 18 ранніми дисфункційними схемами, ми бачимо наявність кількох статистично значущих кореляцій. Було встановлено негативні кореляційні зв'язки загального рівня ПТЗ зі схемами Емоційної депривації (Коефіцієнт Спірмана (КС)= -0.209, p = 0.028) та Емоційної інгібіції (КС = -0.236, p=0.013), що свідчить про зниження рівня посттравматичного

зростання при підвищеній вираженості даних схем. Дані результати вказують на те, що відсутність задоволення емоційних потреб та заперечення важливості емоцій дає менші шанси на розвиток посттравматичного зростання. Натомість значущим позитивним предиктором ПТЗ виступила схема Особливого статусу ($KC = 0.296$, $p = 0.002$). Цю знахідку ми можемо трактувати, що чим вищою є віра у власну унікальність та винятковість, тим вищий рівень посттравматичного зростання. Важливо звернути увагу, що Схема Некомпетентності ($KC = -0.181$, $p = 0.059$) не досягла рівня статистичної значущості, однак її результат можна розглядати як тенденцію, що вказує на можливий негативний вплив. Решта схем не продемонстрували значущих зв'язків, хоча можуть бути інформативними для розширених або майбутніх досліджень.

Подальший аналіз кореляцій між окремими вимірами ПТЗ і схемами дав нам змогу деталізувати ці закономірності. У таблиці ми бачимо, що у кожному вимірі посттравматичного зростання проявляються статистично значущі кореляції з різними дисфункційними схемами. У вимірі Зміни у стосунках з іншими, що відображає поглиблення міжособистісних зв'язків після травми, була виявлена значуща позитивна кореляція зі схемою Особливого статусу (Коефіцієнт Спірмана (KC) = 0.298 , $p < .01$). Це може свідчити про те, що відчуття власної унікальності посилює здатність вибудовувати або переосмислювати міжособистісні зв'язки в умовах стресу та після проживання травматичної події, пов'язаної з війною.

У вимірі Нові можливості простежуються такі виразні залежності: негативний зв'язок із схемою Емоційної депривації ($KC = -0.218$, $p < .05$), Дефективності й сорому ($KC = -0.214$, $p < .05$) та Емоційної інгібіції ($KC = -0.309$, $p < .01$), а також відмічається позитивний зв'язок зі схемою Особливого статусу ($KC = 0.191$, $p < .05$). Таким чином, незадоволеність емоційних потреб, почуття власної недосконалості чи сорому, а також схильність до стримування емоцій обмежують здатність бачити нові життєві

перспективи після травми, натомість підвищене відчуття власної унікальності може сприяти такому відкриттю.

Найбільш насичені асоціації спостерігалися у вимірі Особиста сила. Негативні кореляції виявлено зі схемами Емоційної депривації ($KC = -0.232$, $p < .05$), Дефективності ($KC = -0.212$, $p < .05$), Некомпетентності ($KC = -0.260$, $p < .01$), Безпорадності ($KC = -0.200$, $p < .05$), Очікування на катастрофу ($KC = -0.221$, $p < .05$), Підкорення ($KC = -0.188$, $p < .05$), Емоційної інгібіції ($KC = -0.271$, $p < .01$), Покарання ($KC = -0.209$, $p < .05$) та Негативізму ($KC = -0.258$, $p < .01$). Такі результати переконливо демонструють, що широкий спектр дисфункційних схем, пов'язаних із внутрішньою невпевненістю, незадоволеністю емоційних потреб, пасивністю, песимістичними установками й емоційним самостримуванням, обмежує здатність людини до глибокого внутрішнього розвитку та відчуття відновлення власного «Я» та своєї сили після пережиття травматичного досвіду. Разом із тим схема Особливого статусу та прав показала позитивний зв'язок з відчуттями особистої сили ($KC = 0.211$, $p < .05$), підтверджуючи її роль як потенційного компенсаторного ресурсу та в певній мірі пояснюючи, що відчуття власної унікальності цілком співмірне з глибоким пережиттям особистої сили.

У вимірі Духовні зміни значущим виявився лише один зв'язок – позитивна кореляція зі схемою Особливого статусу та прав ($KC = 0.302$, $p < .01$). Це може свідчити про те, що віра у власну унікальність, особливість сприяє інтенсивнішому переосмисленню життєвих подій та пошуку духовного сенсу після травматичного досвіду.

У сфері ПТЗ Цінування життя встановлено негативний зв'язок зі схемою Емоційної депривації ($KC = -0.271$, $p < .01$) та позитивний – з Особливим статусом ($KC = 0.280$, $p < .01$). Такі зв'язки можна трактувати як те, що відчуття нестачі емоційної підтримки знижує здатність по-новому оцінювати власне життя після травми, тоді як посилене відчуття значущості й унікальності може навпаки підсилювати здатність до такої переоцінки.

Дані результати показують, що ключовими бар'єрами на шляху посттравматичного зростання є схеми, пов'язані з дефіцитом емоційної підтримки, низькою самооцінкою, придушенням емоцій, страхом бути покинутими, та переважанням негативних когнітивних установок щодо себе та світу. Натомість схема Особливого статусу та прав стабільно демонструє позитивні зв'язки з усіма вимірами посттравматичного зростання і може інтерпретуватися як потенційний психологічний ресурс, що сприяє адаптивному зростанню після травматичного досвіду. Хоча дисфункційні схеми розглядаються як перешкоди до повноцінного й щасливого життя, не виключенням з чого є схема Особливого статусу і прав, яка у великій вираженості характеризується не просто відчуттям власної особливості й унікальності, але й надмірними прагненнями влади й контролю над іншими. Проте у нашої вибірки дана схема виражена на середньому рівні, що говорить про цілком адекватне й виправдане відчуття власної важливості, що статистично підтверджує більшу ймовірність посттравматичного зростання після пережитих травм.

3.4. Визначення унікальних предикторів посттравматичного зростання методом множинної лінійної регресії

Завдяки проведенню кореляційного аналізу нами було визначено, що деякі виміри ПТЗ мають значущі або тенденційні зв'язки з кількома дисфункційними схемами. Саме для подальшої оцінки цих зв'язків було обрано регресійний аналіз як наступний етап дослідження. В нашому дослідженні регресія дозволяє оцінити одночасний вплив кількох дисфункційних схем на рівень ПТЗ, тобто визначити, які з них відіграють найбільш значущу роль, коли враховуються взаємні зв'язки між схемами. Для тих вимірів ПТЗ, у яких корелює лише одна схема, регресійний аналіз не проводився, оскільки у цьому випадку коефіцієнт регресії буде дорівнювати

кореляції, і напрямок та сила впливу вже є відображені в кореляційному аналізі.

Оскільки ще на початковому етапі обробки даних, ми виявили, що дані щодо схем та ПТЗ не відповідають нормальному розподілу (підтверджено тестом Манна-Вітні), для регресійного аналізу було використано модуль GAMLj у Jamovi із General Linear Model. Даний підхід дозволяє проводити регресію, враховуючи специфіку ненормальних даних, та оцінювати внесок кожної дисфункційної схеми у формування посттравматичного зростання. Таким чином, обрана методика забезпечує адекватне та статистично коректне визначення впливу ранніх дисфункційних схем на ПТЗ у межах нашого дослідження.

Для оцінки одночасного впливу обраних дисфункційних схем на загальний рівень посттравматичного зростання була проведена множинна регресія з використанням General Linear Model у Jamovi. Залежною змінною виступав загальний рівень ПТЗ, а предикторами ті дисфункційні схеми, що показали статистично значущий зв'язок у попередньому кореляційному аналізі: схема Емоційної депривації, емоційної Інгібіції та Особливого статусу і прав. Результати множинного регресійного аналізу представлені у табл. 3.15.

Таблиця 3.15

Результати множинного регресійного аналізу впливу РДС на загальний рівень ПТЗ

Предиктор	Коефіцієнт	СП	β	t	p
Емоційна депривація	-0.807	0.422	-0.202	-1.91	0.058
Емоційна інгібіція	-0.695	0.461	-0.156	-1.51	0.135
Особливого статусу	1.695	0.447	0.343	3.79	<.001

Результати аналізу показали, що лише схема Особливого статусу мала статистично значущий вплив на ПТЗ (β (Стандартизований коефіцієнт) =

1.695, стандартна помилка (СП) = 0.447, t (статистика значущості) = 3.79, $p < .001$), що свідчить про позитивний внесок цієї схеми у загальний рівень посттравматичного зростання. Схеми Емоційної депривації та Емоційної інгібіції показали тенденційний, але не значущий вплив (ЕД: $\beta = -0.807$, СП = 0.422, $t = -1.91$, $p = .058$; ЕІ: $\beta = -0.695$, SE = 0.461, $t = -1.51$, $p = .135$), що вказує на можливу участь цих схем у формуванні ПТЗ, однак їхній ефект стає несуттєвим при одночасному врахуванні інших схем. Таким чином, регресійний аналіз дозволяє виділити схему Особливого статусу і прав як ключовий предиктор ПТЗ, підтверджуючи результати кореляційного аналізу та уточнюючи вплив схем у контексті взаємодії з іншими змінними.

Для виявлення унікального впливу дисфункційних схем на посттравматичне зростання у вимірі Нові можливості ми провели аналогічний аналіз множинної лінійної регресії. У модель були включені лише ті схеми, які показали статистично значущий або помірний кореляційний зв'язок із цим виміром ПТЗ (Емоційна депривація, Особливого статусу, Дефективності, Емоційної інгібіції). Результати перенесено у табл. 3.16.

Таблиця 3.16

**Результати множинного регресійного аналізу впливу РДС на вимір
ПТЗ Нові можливості**

Предиктор	Коефіцієнт	СП	β	t	p
Емоційної депривації	-0.0421	0.114	-0.0456	-0.368	0.714
Особливого статусу	0.2726	0.114	0.2388	2.401	0.018
Дефективності	-0.1807	0.158	-0.1705	-1.146	0.254
Емоційної інгібіції	-0.1963	0.126	-0.1909	-1.560	0.122

Результати регресійного аналізу показали, що серед усіх включених схем єдиною, що значуще впливає на сферу ПТЗ Нові можливості, є схема Особливого статусу ($\beta = 0.239$, $t = 2.401$, $p = .018$). Напрямок впливу

позитивний, тобто вищий рівень схеми статусу пов'язаний із більшим вираженням посттравматичного зростання у сфері Нових можливостей. Інші схеми у контексті множинної регресії не показали статистично значущого впливу ($p > .05$), що свідчить про те, що їхній внесок у прогнозування ПТЗ у вимірі Нові можливості зменшується при одночасному врахуванні інших дисфункційних схем. Це важливий висновок, знаючи той факт, що одній людині зазвичай притаманні декілька схем одночасно і саме схема Особливого статусу буде унікальною у формуванні ПТЗ.

Найбільшу кількість кореляційних зв'язків з дисфункційними схемами ми виявили у вимірі Особиста сила. Тому проведення регресійного аналізу саме в цій сфері відігравало дуже значущу роль аби показати, яка із схем унікально впливає на ПТЗ. Результати множинного регресійного аналізу представлено у табл. 3.17.

Таблиця 3.17

**Результати множинного регресійного аналізу впливу РДС на вимір
ПТЗ Особиста сила**

Предиктор	Коефіцієнт	СП	β	t	p
Емоційної депривації	-0.00504	0.124	-0.00525	-0.0406	0.968
Особливого статусу	0.45585	0.119	0.38401	3.8441	<.001
Дефективності	-0.19579	0.175	-0.17762	-1.1190	0.266
Емоційної інгібіції	-0.06596	0.132	-0.06168	-0.5013	0.617
Некомпетентності	-0.15133	0.115	-0.15972	-1.3204	0.190
Безпорадності	-0.09261	0.131	-0.08519	-0.7048	0.483
Очікування катастрофу	-0.10197	0.141	-0.09475	-0.7225	0.472
Підкорення	0.11160	0.159	0.10084	0.7013	0.485
Негативізму	-0.12765	0.142	-0.13651	-0.9006	0.370
Покарання	0.09433	0.141	0.08563	0.6681	0.506

Результати регресії показали, що єдиною дисфункційною схемою, що значуще впливає на вимір ПТЗ Особистісна сила, є схема Особливого статусу

($\beta = 0.384$, $t = 3.844$, $p < .001$). Напрямок впливу позитивний, тобто вищий рівень схеми Особливого статусу пов'язаний із більшим вираженням посттравматичного зростання у сфері Особистісної сили. Інші включені схеми у контексті множинної регресії не показали статистично значущого впливу ($p > .05$), що свідчить про те, що їхній внесок у прогнозування особистісної сили зменшується при одночасному врахуванні інших схем.

І останній вимір ПТЗ, що показав значущі кореляційні зв'язки з множинними дисфункційними схемами, є вимір Цінування життя. В регресійній моделі шкала Цінування життя була залежною змінною, а дві схеми Емоційної депривації та Особливого статусу предикторами (що називаються коваріантами у полі програми). Результати аналізу у табл. 3.18.

Таблиця 3.18

**Результати множинного регресійного аналізу впливу РДС на вимір
ПТЗ Цінування життя**

Предиктор	Коефіцієнт	СП	β	t	p
Емоційної депривації	-0.331	0.0810	-0.362	-4.09	<.001
Особливого Статусу	0.404	0.1001	0.357	4.03	<.001

Відповідно до проведеного аналізу ми бачимо, що результати регресії показали, що обидві дисфункційні схеми мали статистично значущий вплив на рівень ПТЗ у сфері Цінування життя. Зокрема, схема Емоційної депривації мала негативний вплив ($\beta = -0.362$, $t = -4.09$, $p < .001$), тобто вищий рівень емоційної депривації пов'язаний із нижчим рівнем цінування життя. Натомість, схема Особливого статусу мала позитивний вплив ($\beta = 0.357$, $t = 4.03$, $p < .001$), тобто вищий рівень схеми Особливого статусу та прав пов'язаний із більшим цінуванням життя. Ці результати дозволяють оцінити відносну силу та напрямок впливу кожної схеми, підкреслюючи, що обидві схеми, хоч і у протилежних напрямках, є важливими предикторами посттравматичного зростання у вимірі Цінування життя.

Результати регресійного аналізу показали, що схема Особливого статусу є найпотужнішим і стабільним предиктором посттравматичного зростання, що значуще сприяє підвищенню ПТЗ у всіх розглянутих вимірах. Нові можливості, Особистісна сила та Цінування життя. Це свідчить про те, що віра у власну значущість та унікальність допомагає респондентам знаходити ресурси для відновлення та зростання після травматичних подій. Водночас схема Емоційної депривації має помітний негативний вплив, особливо у сфері Цінування життя: у осіб із більш вираженою цією схемою рівень усвідомлення цінності власного життя є нижчим, що відповідає психологічній логіці – незадоволеність емоційних потреб і труднощі у реагуванні на власні внутрішні переживання знижують здатність бачити позитивні аспекти життя після травми. Таким чином, регресійний аналіз підтвердив кореляційні зв'язки та показав відносну силу і незалежність впливу кожної схеми: Особливого статусу виступає ресурсною та підтримуючою, а Емоційна депривація – потенційним ризиком, що обмежує посттравматичне зростання.

3.5. Модераційна роль супутника у зв'язку між ранніми дезадаптивними схемами та посттравматичним зростанням

Для перевірки того, чи наявність значущої людини (супутника), яка підтримувала респондента під час війни, може змінювати силу або напрямок взаємозв'язку між ранніми дезадаптивними схемами та рівнем посттравматичного зростання, було застосовано модераційний аналіз у рамках лінійного регресійного моделювання. Відповідно до літератури, модераційний аналіз є різновидом множинної лінійної регресії, у якому до моделі вводиться інтеракційний (взаємодіючий) ефект між предиктором і потенційним модератором [66]. Саме цей підхід дозволяє визначити, чи впливає модератор на інтенсивність або напрямок зв'язку між основною незалежною змінною та залежною змінною.

У цьому дослідженні модераційний аналіз було реалізовано за допомогою модуля GAMLj Linear Model у Jamovi 2.6, який виконує параметричну регресійну оцінку з урахуванням взаємодій між змінними. Як залежну змінну послідовно використовували загальний рівень ПТЗ або окремі домени ПТЗ. Модератором виступав соціально підтримувальний чинник – наявність супутника з трьома категоріями («так», «ні», «важко відповісти»). Незалежними змінними (коваріатами) були ті ранні дезадаптивні схеми, що у попередньому кореляційному аналізі продемонстрували значущі або тенденційні зв'язки з ПТЗ: схема Емоційної депривації, Емоційної інгібіції, схема Особливого статусу та прав та схема Некомпетентності, яка виявилась тенденційно значущою. Такий дизайн аналізу дозволив оцінити не лише прямий вплив схем на ПТЗ, але й те, чи змінюється цей зв'язок залежно від наявності соціальної підтримки у вигляді супутника.

Процедура аналізу передбачала спершу включення у модель усіх схем як коваріантів, які і у регресійному аналізі, після чого оцінювався вплив конкретної схеми у взаємодії з супутником у модулі простих ефектів. Таким чином, можна було визначити, чи змінює наявність супутника силу або напрямок впливу конкретної схеми на загальний рівень ПТЗ або на окремі його домени.

Відповідно до проведеного аналізу ми бачимо, що для загального показника ПТЗ результати модерації послідовно вказували на відсутність модераційного ефекту. Так, для схеми Емоційної депривації негативний напрямок впливу на ПТЗ підтвердився, однак взаємодія зі змінною «супутник» була статистично незначущою ($\beta = -0.032$, $p = 0.836$). Аналогічно, для схеми Емоційної інгібіції модераційний ефект також не виявився ($\beta = -0.123$, $p = 0.320$). Прямий позитивний вплив схеми Особливого статусу на загальний рівень ПТЗ був стабільним і значущим ($\beta = 0.492$, $p < 0.001$), проте взаємодія з категоріями соціальної підтримки не змінювала цього зв'язку. Для схеми «Некомпетентності» спостерігався тенденційний негативний зв'язок із

ПТЗ ($\beta = -0.158$, $p = 0.223$), однак і в цьому випадку соціальна підтримка не модерує його вплив. Отже, наявність чи відсутність супутника не впливає на силу зв'язку між жодною зі схем та загальним рівнем ПТЗ.

При переході до вимірів ПТЗ результати зберегли аналогічну логіку. Для виміру Зміни в стосунках схема Особливого статусу і прав демонструвала статистично значущий позитивний прямий вплив, однак жодних доказів модераційного впливу супутника не виявлено. У домені «Нові можливості» аналіз простих ефектів показав відсутність модерації між супутником і відповідними схемами.

Подібні результати були отримані для виміру ПТЗ Особистісна сила. Жодна зі схем не виявила модераційного ефекту супутника. Аналіз вимірів Духовні зміни та Цінування життя також не підтвердив жодних модераційних ефектів. Для схеми Особливого статусу у домені Духовні зміни було виявлено значущий прямий вплив, водночас схема емоційної депривації у домені Цінування життя була від'ємно пов'язана із цим виміром ПТЗ, однак соціальна підтримка не змінювала цього зв'язку.

Окрім аналізу модераційних ефектів, було також проведено окремий кореляційний аналіз, спрямований на оцінку того, як суб'єктивно відчутний рівень соціальної підтримки, зокрема рівень допомоги та стабільності отриманої підтримки, пов'язаний із посттравматичним зростанням. Рівень допомоги, а також його стабільність і доступність оцінювалися за п'ятибальною шкалою (від 1 до 5). Результати цього аналізу виявили статистично значущу позитивну кореляцію між рівнем допомоги та доменом Особистісна сила (коефіцієнт Спірмена = 0.212, $p = 0.040$). Це свідчить про те, що вищий рівень отриманої підтримки асоціюється з вищою здатністю респондентів переживати внутрішній особистісний розвиток у контексті травматичного досвіду.

У цілому результати модераційного аналізу свідчать про те, що наявність значущої людини у вигляді супутника не змінює ні напрямок, ні силу впливу жодної з оцінених ранніх дисфункційних схем на загальний

рівень ПТЗ чи його окремі виміри. Хоча окремі схеми демонструють стабільні прямі позитивні або негативні ефекти, соціальна підтримка у цій вибірці не відіграє модераційної ролі, що не підтверджує очікувану гіпотезу про її можливий захисний ефект. Разом із тим додатковий кореляційний аналіз рівня допомоги показує, що суб'єктивно відчутна якість підтримки все ж може мати значення для окремих аспектів ПТЗ, зокрема для Особистісного зростання, що відкриває перспективи для подальших досліджень цього чинника.

Висновки до Розділу 3

1. Проведений описовий статистичний аналіз вираженості ранніх дисфункційних схем та посттравматичного зростання у вибірці дослідження дозволив виявити головні тенденції у прояві даних феноменів. Відповідно до аналізу ми бачимо, що найбільш вираженими вимірами посттравматичного зростання виявилися Цінування життя та Духовні зміни, що демонструють найвищі середні значення у вибірці. Серед ранніх дисфункційних схем найбільш актуалізованими виявилися ті, що відображають прагнення до визнання, надвисокі стандарти, негативізм, емоційну депривацію та самопожертву. Водночас варто відмітити, що більшість досліджуваних показників перебувають на середньому рівні, що свідчить про помірне, але індивідуально варіативне посттравматичне зростання у респондентів, а також актуалізацію дисфункційних схем.

2. Аналіз групових відмінностей за віком, статтю та характером пережитого воєнного досвіду показав загальну стабільність показників посттравматичного зростання та ранніх дисфункційних схем у більшості підгруп, однак дозволив нам виявити низку специфічних тенденцій. Варто зауважити, що вікові відмінності проявилися найвиразніше: молодші респонденти характеризувалися вищою вираженістю низки ранніх дисфункційних схем та разом з тим нижчими показниками

посттравматичного зростання, тоді як у старших учасників спостерігалось поступове зниження інтенсивності схем і водночас зростання загального ПТЗ, особливо у вимірі духовних змін. Гендерний аналіз не виявив значущих розбіжностей ні в рівні посттравматичного зростання, ні у прояві дисфункційних схем, що свідчить про подібні механізми реагування та адаптації чоловіків і жінок у контексті колективної травматизації. Характер воєнного досвіду також не продемонстрував різких відмінностей, однак окремі форми травматичних подій вказують на специфічні тенденції: пережиття окупації асоціюється з вищим рівнем Духовних та екзистенційних змін, а досвід прямої загрози життю та безпосереднього перебування під обстрілом – зі зростанням у сфері Змін у стосунках з іншими та цінування життя. Водночас інтерпретація цих результатів потребує обережності через невеликі підгрупи та враховуючи те, що більшість учасників мали кілька видів травматичного досвіду. Загалом груповий аналіз демонструє узгоджену картину: із віком послаблюються дезадаптивні схеми та посилюється посттравматичне зростання, тоді як стать не є суттєвим чинником, а вплив окремих форм воєнного досвіду проявляється вибірково та залежить від специфіки пережитої травми.

3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням виявив низку статистично значущих закономірностей. Встановлено негативні кореляційні зв'язки загального рівня посттравматичного зростання зі схемами Емоційної депривації та Емоційної інгібіції, що свідчить про зниження рівня посттравматичного зростання при підвищеній вираженості цих схем. Натомість схема Особливого статусу виступила значущим позитивним предиктором посттравматичного зростання та всіх п'яти його вимірів, демонструючи, що віра у власну унікальність та винятковість може сприяти вищому рівню посттравматичного зростання.

Аналіз окремих вимірів посттравматичного зростання дозволив деталізувати ці закономірності. У вимірі Зміни у стосунках виявлено значущу

позитивну кореляцію зі схемою Особливого статусу, що може свідчити про посилення здатності вибудовувати або переосмислювати міжособистісні зв'язки в умовах стресу при відчутті власної унікальності. Вимір Нових можливостей демонструє негативні зв'язки зі схемами Емоційної депривації, Дефективності та Емоційної інгібіції, а також позитивний зв'язок з Особливим статусом, що вказує на обмежувальний вплив емоційного дефіциту, почуття власної недосконалості та стримування емоцій на здатність бачити нові життєві перспективи після травми.

Найбільш насичені кореляції виявлено у вимірі Особистої сили, де встановлено негативні кореляції з широким спектром дезадаптивних схем, включаючи схеми Емоційної депривації, Дефективності, Некомпетентності, Безпорадності, Очікування на катастрофу, Підкорення, Емоційної інгібіції, Покарання та Негативізм. Ці результати демонструють, що дезадаптивні схеми, пов'язані із внутрішньою невпевненістю, схильністю до надмірного контролю, песимістичними установками й емоційним самостримуванням, можуть обмежувати здатність людини до глибокого внутрішнього розвитку після травми. Водночас схема Особливого статусу та прав знову показала позитивний зв'язок, підтверджуючи її роль як потенційного компенсаторного ресурсу. У вимірі Духовних змін значущим виявився лише позитивний зв'язок зі схемою Особливого статусу, що може свідчити про сприяння віри у власну унікальність інтенсивнішому переосмисленню життєвих подій та пошуку духовного сенсу. Вимір ПТЗ Цінування життя продемонстрував негативний зв'язок з Емоційною депривацією та знову ж таки позитивний зі схемою Особливого статусу, вказуючи на те, що відчуття нестачі емоційної підтримки знижує здатність по-новому оцінювати власне життя після травми.

4. Результати регресійного аналізу засвідчили, що схема Особливого статусу є найзначнішим та найбільш стабільним предиктором посттравматичного зростання, оскільки вона позитивно впливає на всі ключові його виміри – Нові можливості, Особистісну силу та Цінування життя, також Духовні зміни та Зміни у стосунках, де достатніми для

підтвердження є кореляції. Дані результати ми можемо інтерпретувати, що відчуття власної унікальності, важливості та здатності впливати на події сприяє формуванню ресурсних механізмів відновлення після травми. Натомість схема Емоційної депривації демонструє негативний зв'язок із посттравматичним зростанням, насамперед у сфері Цінування життя, що відображає знижену здатність осіб із вираженою схильністю ігнорувати власні емоційні потреби, помічати та інтегрувати позитивні аспекти життя після травматичного досвіду. Таким чином, регресійна модель підтвердила результати кореляційного аналізу та дала змогу визначити відносну силу й автономність впливу кожної схеми: Особливого статусу як ресурсного чинника та Емоційної депривації як потенційного обмежувального фактора посттравматичного зростання.

5. Модераційний аналіз не підтвердив гіпотезу про те, що наявність значущої людини, яка підтримувала респондента під час війни, може змінювати силу або напрямок взаємозв'язку між ранніми дезадаптивними схемами та рівнем посттравматичного зростання. Результати свідчать, що наявність супутника не відіграє модераційної ролі у взаємозв'язках між досліджуваними змінними. Проте додатковий кореляційний аналіз показав, що суб'єктивно відчутна якість підтримки супутника може мати значення для окремих аспектів посттравматичного зростання, зокрема для виміру Особистої сили, що відкриває перспективи для подальших досліджень цього чинника.

6. Результати проведеного дослідження мають значний практичний потенціал для застосування у психологічній та психотерапевтичній роботі з особами, що пережили воєнну травматизацію. Виявлені закономірності взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням можуть бути використані психологами та психотерапевтами, зокрема фахівцями, що працюють у методі схема-терапії, для розробки цілеспрямованих інтервенцій, спрямованих на послаблення дезадаптивних когнітивних патернів та активізацію ресурсів посттравматичного зростання.

Особливу цінність ці дані мають в умовах триваючої війни в Україні, коли потреба у психологічній допомозі зростає, а розуміння специфічних механізмів адаптації після воєнної травми дозволяє оптимізувати терапевтичні стратегії та підвищити їх ефективність. Встановлений захисний ефект схеми Особливого статусу та негативний вплив схем Емоційної депривації, Емоційної інгібіції та інших дезадаптивних патернів може бути використаний для розробки програм психологічної реабілітації, що враховують індивідуальні особливості когнітивного та емоційного функціонування клієнтів. Водночас, враховуючи той факт, що ранні дисфункційні схеми формуються саме у дитинстві, отримані результати відкривають важливі перспективи для переосмислення стратегій виховання дітей в умовах триваючої війни та постійної присутності росії як нашого сусіда. Розуміння того, які саме схеми перешкоджають посттравматичному зростанню, а які можуть виступати захисним фактором, дає змогу батькам, педагогам та практичним психологам свідомо формувати сприятливе середовище для розвитку дітей, мінімізуючи ризики закріплення дезадаптивних когнітивних патернів у наступних поколіннях, які зростають в умовах колективної травматизації. Виявлені вікові особливості прояву досліджуваних феноменів підкреслюють необхідність адаптації психологічних втручань до специфічних потреб різних вікових груп, що може сприяти підвищенню якості надання психологічної допомоги постраждалим від війни. Подальші дослідження з більшою вибіркою та лонгітюдним дизайном зможуть дозволити поглибити розуміння динаміки взаємодії між ранніми дисфункційними схемами та посттравматичним зростанням у часі, що відкриває нові перспективи для розвитку доказової психотерапевтичної практики в контексті масової травматизації населення.

ВИСНОВКИ

1. Проведений теоретико-методологічний аналіз показав, що психологічна травматизація у контексті війни є багатовимірним явищем, яке виходить за межі класичного розуміння посттравматичного стресового розладу і включає накопичувальний вплив постійних загроз, хронічного стресу, вимушеного переселення, втрат та невизначеності майбутнього. Сучасні підходи та дослідження наголошують на тому, що посттравматичне зростання не є автоматичним наслідком пережитої травми, а формується під впливом комплексної взаємодії когнітивних, емоційних, соціальних та особистісних ресурсів. Серед таких чинників особливе значення можуть займати ранні дисфункційні схеми – когнітивно-емоційні конструкти, що закладаються у дитинстві і визначають способи сприйняття подій, емоційні реакції, поведінкові стратегії та здатність до адаптивного реагування на стрес. Більше того, ранні дисфункційні схеми особливо активуються під впливом сильного дистресу, що підтверджує важливість їх вивчення в контексті реагування на травматичні події. Незважаючи на це, сучасні дослідження поки що не розкривають повністю їхній зв'язок із посттравматичним зростанням, особливо в контексті російсько-української війни, що створює наукову прогалину. На основі узагальнення теоретичних даних було запропоновано модель, яка інтегрує сучасні уявлення про механізми посттравматичного зростання та концепцію ранніх дисфункційних схем, дозволяючи комплексно оцінювати вплив дитячих когнітивно-емоційних конструктів на потенціал розвитку посттравматичного зростання у контексті воєнної травматизації.

2. Проведений емпіричний аналіз показав, що у вибірці українців, які зазнали наслідків війни, проявляються як ранні дисфункційні схеми, так і показники посттравматичного зростання, при цьому їх вираженість є індивідуально варіативною та в певній мірі залежить від віку, типу

травматичного досвіду. Найбільш актуалізованими ранніми схемами виявилися Прагнення до визнання, Надвисокі стандарти, Емоційна депривація та Самопожертва, та все ж виявлені рівні всіх схем свідчать про помірний рівень дезадаптивних когнітивно-емоційних патернів у більшості учасників. Показники посттравматичного зростання були найвищими у вимірах Цінування життя та Духовні зміни, що свідчить про здатність українців знаходити ресурсні стратегії відновлення навіть у складних умовах тривалої травматизації. Аналіз вікових та демографічних груп вказав на тенденцію: молодші респонденти мають більш виражені дисфункційні схеми та нижчі рівні ПТЗ, тоді як старші учасники демонструють зниження інтенсивності схем і посилення посттравматичного зростання. Характер пережитого воєнного досвіду впливає вибірково, причому безпосередня загроза життю та перебування під обстрілом асоціюються зі зростанням у сфері Цінування життя та Змін у стосунках, тоді як досвід життя в окупації – з підвищеним рівнем духовних та екзистенційних змін. Виявлені закономірності підкреслюють комплексний характер прояву ранніх дисфункційних схем та ПТЗ, їх індивідуальні та ситуаційні особливості, що є важливими для подальшого розуміння психологічної адаптації українців у воєнних умовах. Аналіз вияву ПТЗ у відповідності до наявності супутника, незважаючи на відсутність статистично значущих відмінностей, показав наявні тенденції, що вказують на можливе підвищення рівня посттравматичного зростання у сфері Зміни в стосунках та Цінування життя серед респондентів, які мали супутника.

3. Аналіз взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами та компонентами посттравматичного зростання засвідчив, що певні когнітивно-емоційні патерни, сформовані у дитинстві, можуть виступати як ресурсними, так і обмежувальними чинниками до можливостей зростання після травми. Кореляційний аналіз показав, що загальний рівень ПТЗ негативно пов'язаний зі схемами Емоційної депривації та Емоційної інгібіції та позитивно зі схемою Особливого статусу і прав. У вимірі ПТЗ Зміни у

стосунках позитивний зв'язок також виявлено зі схемою Особливого статусу, тоді як Нові можливості негативно корелюють з Емоційною депривацією, Дефективністю та Емоційною інгібіцією і водночас позитивно знову ж таки зі схемою Особливого статусу. Виміри ПТЗ Особиста сила та Цінування життя показали негативні зв'язки з широким спектром дисфункційних схем, включно з Емоційною депривацією, Дефективністю, Некомпетентністю, Безпорадністю, Очікуванням катастрофи, Підкоренням, Емоційною інгібіцією, Покаранням та Негативізмом, і водночас позитивні – з Особливого статусу. Для Духовних змін значущим ресурсним чинником також виявилася схема Особливого статусу і прав.

Результати регресійного аналізу підтвердили ці закономірності, виділивши схему Особливого статусу як найбільш стабільний предиктор посттравматичного зростання, тоді як Емоційна депривація виступає суттєвими обмежувальним фактором. Ці дані свідчать про важливість ранніх когнітивно-емоційних схем у формуванні здатності інтегрувати травматичний досвід і досягати посттравматичного зростання навіть в умовах війни.

4. Результати аналізу модерації свідчать, що наявність супутника – значущої людини, яка підтримує респондента у подоланні викликів війни – не змінює силу або напрямок взаємозв'язку між ранніми дисфункційними схемами та рівнем посттравматичного зростання. Незважаючи на відсутню підтримку, яка була актуальною для більшості учасників дослідження, статистично значущого ефекту модерації не виявлено у жодному з вимірів ПТЗ. Водночас кореляційний аналіз показав, що суб'єктивно відчутна якість підтримки може позитивно асоціюватися з окремими аспектами посттравматичного зростання, зокрема з виміром Особистої сили, що вказує на потенційну роль соціальної підтримки як ресурсного чинника у певних сферах адаптації. Отже, наявність супутника сама по собі не виступає модератором, який змінює взаємодію когнітивно-емоційних схем і ПТЗ, проте її якість та індивідуальне сприйняття можуть мати значення для розвитку окремих компонентів зростання.

5. Проведене дослідження має значну наукову та практичну цінність, оскільки вперше в українському контексті системно поєднано аналіз ранніх дисфункційних схем та посттравматичного зростання у людей, які пережили воєнну травматизацію. Виявлені закономірності взаємозв'язків між ранніми дисфункційними схемами, а також ідентифікація ресурсних (схема Особливого статусу і прав) та обмежувальних (Емоційна депривація) факторів ПТЗ, дозволяють розробляти цільові психологічні та психотерапевтичні інтервенції, адаптовані до індивідуальних особливостей клієнтів. Отримані дані можуть бути використані фахівцями з психологічної допомоги та схема-терапії для формування програм підтримки постраждалих від війни, зокрема для посилення адаптивних механізмів переосмислення травматичного досвіду та розвитку особистісних ресурсів. Крім того, результати дослідження відкривають перспективи для подальших наукових робіт, включно з лонгітюдними дослідженнями динаміки посттравматичного зростання та оцінки ролі соціальної підтримки, що сприятиме розвитку доказової психотерапевтичної практики та оптимізації заходів психосоціальної допомоги у періоди колективної травматизації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арнц А., Якоб Г. Схема терапія: модель роботи з частками // пер. з англ. Я. Кремінської; за наук. ред. О. Романчука. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2020. 264 с.
2. Белов О. О., Маркова М. В., Марков А. Р. Посттравматичне зростання: дослідження взаємодії інтра- та інтерпсихічних ресурсів особистості. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2025. №. URL: <https://ukrmedsci.com/index.php/pnmp/article/view/123>
3. Буряк О. Я. Психологічний зміст концептів травма, ПТСР та посттравматичне зростання: системний аналіз. Ментальне здоров'я. 2025. № 3. С. 12–16. URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/82/79>
4. Бутенко Л. А. «Сприйняття образу власного тіла у контексті теорії ранніх дисфункційних когнітивних схем». Магістерська робота за спеціальністю 053 «Психологія» / Л. А. Бутенко/ Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: канд. психол. наук Аврамчук О. С.— Львів: УКУ, 2025. — 63 с.
5. Ващук В., Стадницька Ю. Майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія як інструмент впливу на модифікацію схем особистості. *Наукові записки УКУ. Педагогіка. Психологія*. 2020, вип. 3, с. 33–39. URL: <https://er.ucu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/b38ed036-050e-40a6-a935-67d40a7540e8/content>
6. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильництва – від знущань у сім'ї до політичного терору. Д-р Джудіт Герман; переклад з англ. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. – Львів : Видавництво Старого Лева, 2022. – 424 с.
7. Готич В. О. Кількісні та якісні показники посттравматичного зростання студентів в умовах війни. *Наукові записки*. Серія: Психологія. 2024. № 1(3). С. 55–59. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/view/337/319>
8. Даниленко Т. І. Сутність посттравматичного стресового розладу: історія, критерії діагностики, механізми формування. Ментальне здоров'я. 2025. № 2. С. 25-29. URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/66/63>
9. Дзюба Т.М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: зміст, особливості, наслідки. Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Київ :Вид.

- «Фенікс», 2012. Т. XII: Психологія творчості. Вип. 15. Част. II. С.113–120.
10. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонішин. Львів: Видавництво “Компанія “Манускрипт”, 2024. – 592 с.
 11. Жолос О. В., Мороз О. Ф., Артеменко О. Ю., Богуцька К. І., Нурищенко Н. Є., Оглобля О. В. Медична інформатика та основи статистики : методичні рекомендації для виконання практичних робіт. Київ : КНУ, 2023. 125 с. URL: <https://surl.li/jzyygi>
 12. Zubovskiy D. V. Адаптація та апробація методики «Опитувальник посттравматичного зростання» українською мовою. *Психологічний журнал*. 2018. Т. 4, № 7. С. 121–135. URL: <https://apsijournal.com/index.php/psyjournal/article/view/402/257>
 13. Zubovskiy D. S. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період : автореф. дис. канд. психол. наук. – Київ : Національний університет оборони України ім. І. Черняхівського, 2019. URL: <https://nuou.org.ua/assets/dissertations/autoref/autoref-zubovskiy.pdf>
 14. Іванова Ю. О. Посттравматичне зростання як необхідна умова особистісного благополуччя в умовах стресу. *UNIVERSUM*. 2024. № 08. С. 333–338. URL: <https://archive.liga.science/index.php/universum/article/view/1021/1032>
 15. Квітка Н. В. Системна психологічна допомога дорослому цивільному населенню, яке постраждало через наслідки війни : дис. ... канд. психол. наук. Дніпро, 2023. 247 с. URL: <https://surli.cc/lznlwv>
 16. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія / В. О. Климчук ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – 2-ге вид., переробл. і допов. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. – 158 с.
 17. Клібайс Т. В., Краєва О. А. Огляд стану дослідження психоемоційних розладів та посттравматичного зростання біженців. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2024. № (1). С. 75-79. URL: <https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/article/view/317/294>
 18. Козігора М. А. Поняття тривалого травматичного досвіду та особливості його психологічного впливу. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2021. № 4. С. 45–54. URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/1229/1186>

19. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій: метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ», 2023. 148 с.
20. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. №17. С. 104–111.
21. Кузікова С., Яланська С., Лукомська С., Фоменко К. Особливості травмівного досвіду та посттравматичного зростання осіб підліткового і юнацького віку в умовах воєнного стану. *Insight: психологічні виміри суспільства*. 2025. № 13. С. 601–618. URL: <https://insight.journal.kspu.edu/index.php/insight/article/download/311/188>
22. Лущик А. А., Іванова Т. В. Інтеграція когнітивно-поведінкової та схема-терапії у корекції гендерних упереджень: комплексний підхід. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 3. С. 32–40. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/view/556/525>
23. Москальов І. О., Лисенко Д. П. Застосування методів математичної статистики у психолого-педагогічних дослідженнях : навч. посіб. Київ : НУОУ, 2023. 187 с. URL: https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2023/07/nuou_ebook-8.pdf
24. Осадча Я. Сидять в інтернеті в їдять солодке: як українці долають пов'язаний з війною стрес. Опитування. (Дата звернення: 30.10.2025) URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2022/10/31/251075/>
25. Річард Дж. Тедескі, Брет А. Мур, Кен Фальке, Джош Голдберг. Трансформовані травмою. Історії про посттравматичне зростання / Річард Дж. Тедескі та ін.; переклад з англійської Олени Бідованець. – Київ: Видавець Олексій Бешуля, 2025. – 208 с.
26. Сиротяк О. Дисфункційні схеми батьків як перешкода на шляху ефективного виконання їхніх батьківських функцій. Дипломна робота. УІКПТ. 2014. URL: <https://surl.li/sgedfj>
27. Сіроха Л., Прокопович Є., Рябчич Я. Реінтерпретація травматичного досвіду: концепція посттравматичного зростання. *Психологія*, 2024, №2(20), с. 87–91. URL: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2024.2\(20\).14](https://doi.org/10.17721/BPSY.2024.2(20).14)
28. Сновида Л. Т., Герман О. І. Психічне здоров'я в умовах війни: основні ментальні та психосоціальні виклики, принципи надання допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2025. № 3. С. 66–70. URL: <https://surl.li/aobwxx>
29. Український інститут схема-терапії. УІСТ. Про нас. (Дата звернення: 14.10.2025) URL: https://uist.com.ua/pro_nas

30. Харитоновна Н., Якіма С., Черниш О., Крижба С. Багатовимірність моделей посттравматичного зростання в психологічній реабілітації ветеранів російсько-української війни // Педагогічні науки: психологія та педагогіка. – 2024. – № 2(15). – С. 227–240.
31. Чередниченко Т. Посттравматичне зростання особистості як психологічний феномен. *Disaster and crisis psychology problems*. 2025. № 1(9). С. 70–76. ISSN 2786-5541. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/25155/1/Журнал-1%289%29-2025-70-78.pdf>
32. Щербій В., Ляшенко О. Теоретичний аналіз феномену посттравматичного зростання у зарубіжній науковій літературі. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. 2024. № 24(69). С. 60–68. URL: <https://enpuirb.udu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/52394bd4-41eb-49fc-9309-007fe3bb8243/content>
33. Яворська Г. М. Концепт війна: семантика і прагматика. Стратегічні пріоритети. Серія: Філософія. 2016. № 1. С. 14–23.]
34. Яковицька Л., Скляр В., Кузнецова Л. ПСИХОЛОГІЧНІ СКЛАДОВІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ВИМУШЕНИХ МІГРАНТІВ. УДК 316.159.937
35. Яценко В., Дарвішов Н. Посттравматичне зростання з перспективи наративного підходу до вивчення особистості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2023. № 1(17). С. 96–100. URL: <https://bpsy.knu.ua/index.php/psychology/article/view/384/356>
36. Bach B., Lockwood G., Young J. E. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2018. Vol. 47, № 4. P. 328–349. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29256336/>
37. Blackman L. C., Pizarro-Campagna E., Pilkington P. D. Early Maladaptive Schemas and Dissociative Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2024. Vol. 31, No. 6. Article e70026. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39688025/>
38. Boudoukha A. H., Przygodzki-Lionet N., Hautekeete M. Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *Revue européenne de psychologie appliquée*. 2016. Vol. 66. P. 181–187. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4049341/>

39. Çağlar A., Kaya B. Positive Childhood Experiences and Posttraumatic Growth: The Mediating Roles of Self-Compassion and Self-Esteem. *Psychiatric Quarterly*. 2025. DOI: 10.1007/s11126-025-10194-y.
40. Delcea C., Rad D., Toderici O. F., Bululoi A. S. Posttraumatic Growth, Maladaptive Cognitive Schemas and Psychological Distress in Individuals Involved in Road Traffic Accidents — A Conservation of Resources Theory Perspective. *Healthcare*. 2023. Vol. 11, № 22. Article 2959. URL: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/22/2959>
41. Elahian M, Rezakhani S, Dokanehifard F. Relationship between Early Maladaptive Schemas and Psychological Capital in Children of Veterans; a Psychological Perspective. *Iran J War Public Health* 2025; 17 (1) :9-16 URL: <http://ijwph.ir/article-1-1494-en.html>
42. Eren-Kocak E., Kılıç C. Posttraumatic growth after earthquake trauma is predicted by executive functions: A pilot study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2014. Vol. 202, No. 12. P. 859–863. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25386764/>
43. Fino E., Mema D., Russo P. M. The relationship between posttraumatic growth, self-efficacy, and social support in burn patients: A cross-sectional study. *Burns*. 2022. Vol. 48, № 7. P. 1626–1631. DOI: 10.1016/j.burns.2022.08.009. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36116994/>
44. Fino E., Mema D., Russo P. M. War trauma exposed refugees and posttraumatic stress disorder: The moderating role of trait resilience. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020. Vol. 129. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.109926. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399919305513>
45. Finstad G. L., Giorgi G., Lulli L. G., Pandolfi C., Foti G., León-Pérez J. M., Cantero-Sánchez F.J., Mucci N. Resilience, coping strategies and posttraumatic growth in the workplace following COVID-19: A narrative review on the positive aspects of trauma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, № 18. Article 9453. DOI: 10.3390/ijerph18189453. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34574378/>
46. Grażka A., Strzelecki D. Early maladaptive schemas and schema modes among people with histories of suicidality and the possibility of a universal pattern: a systematic review. *Brain Sciences*. 2023. Vol. 13, № 8, Article 1216. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10452338/>
47. Grinsill R., Kolandaisamy M., Kerr K., Varker T., Khoo A. Prevalence of Complex Post-Traumatic Stress Disorder in Serving Military and Veteran

- Populations: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*. 2024. Vol. 25, № 4. P. 3377–3387. URL: <https://surl.li/USDlej>
48. Gurowiec P. J., Ogińska-Bulik N., Michalska P., Kędra E. The Relationship between Social Support and Secondary Posttraumatic Growth among Health Care Providers Working with Trauma Victims: The Mediating Role of Cognitive Processing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, № 9, Article 4985. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35564379/>
 49. Heidarzadeh M., Dadkhah B., Gholchin M. Post-traumatic growth, hope and depression in elderly cancer patients. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016. Vol. 5, № 9S. C. 455–461. URL: <https://www.ijmrhs.com/medical-research/posttraumatic-growth-hope-and-depression-in-elderly-cancer-patients.pdf>
 50. Jesinoski M. S. Young's Schema Theory: Exploring the Direct and Indirect Links Between Negative Childhood Experiences and Temperament to Negative Affectivity In Adulthood : Dissertation. Utah State University, 2010. URL: <https://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1841&context=etd>
 51. Kadri A., Gracey F., Leddy A. What Factors are Associated with Posttraumatic Growth in Older Adults? A Systematic Review. *Clinical Gerontologist*. 2025. Vol. 48, No. 1. P. 4–21. URL: <https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/86060>
 52. Karatzias T., Power K., Swanson V., Young J., O'Connor R., et al. Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016. Vol. 7. Article 30713. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5027329/>
 53. Kaya-Tezel F., Tutarel Kişlak Ş., Boysan M. Relationships between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemas and interpersonal styles. *Noro Psikiyatr Ars*. 2015. Vol. 52, № 3. P. 226–232. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5353053/>
 54. Kim K., Lee J., Yoon J. Effects of Emotional Regulation, Resilience, and Distress Disclosure on Post-Traumatic Growth in Nursing Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023. Vol. 20, No. 4, Article 2782. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36833480/>
 55. Kover L., Szollosi G. J., Frecska E., Bugan A., Berecz R., Egerhazi A. The association between early maladaptive schemas and romantic relationship

- satisfaction. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. Article 1460723. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1460723/full>
56. Kurapov A., Pivorienė J., Krasilova Y., Proskurnia A., Balashevych O., Dubynskyi O., Kalaitzaki A. FROM TRAUMA TO TRANSFORMATION: PREDICTORS OF POST-TRAUMATIC GROWTH IN UKRAINIANS AFFECTED BY WAR IN AN ONGOING CONFLICT SETTING. *SOCIALINĖS GEROVĖS TYRIMAI* 2023 m. 21(1) p. 62-80.
 57. Kurz A. Solomon. Recoding Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. 2021 (version 1.3.0). URL: <https://bookdown.org/content/b472c7b3-ed5-40f0-9677-75c3704c7e5c>
 58. Lancaster S. L., Klein K. R., Nadia C., Szabo L., Mogerman B. An Integrated Model of Posttraumatic Stress and Growth. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16, No. 4. P. 399–418. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26011515/>
 59. Legbeti G. O., Atafo D. O., Yusuf G. R. Social Support and Resilience as Predictors of Post-Traumatic Growth among Combat-Wounded Soldiers at 44 Nigerian Army Reference Hospital, Kaduna. *International Journal of Research and Innovation in Social Science (IJRISS)*. 2025. Vol. 8, Issue 12. P. 1489–1500. URL: <https://surl.li/ghflkw>
 60. Maxwell S. E., Delaney H. D., Kelley K. Designing Experiments and Analyzing Data: A Model Comparison Perspective. 3-rd ed. New York; Abingdon: Routledge / Taylor & Francis Group; 2017. 1080 c. URL: https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9781317284567_A30868769/preview-9781317284567_A30868769.pdf
 61. Mirović T., Hadžić-Krnetić A. Explaining Early Maladaptive Schemas (EMS): Connections between EMS and basic personality dimensions, affective attachment styles and empathy. (дата публікації — 2018). URL: <https://surl.li/tlsopq>
 62. Ning J., Tang X., Shi H., Yao D., Zhao Z., Li J. Social support and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023. Vol. 320. P. 117–132. DOI: 10.1016/j.jad.2022.09.114. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36181914/>
 63. Nuttman-Shwartz O., Shoval-Zuckerman Y. Continuous Traumatic Situations in the Face of Ongoing Political Violence: The Relationship Between CTS and PTSD. *Trauma, Violence and Abuse*. 2015. P. 1–9. URL: <https://surl.li/eusomg>

64. Oei T.P.S. & Baranoff J. Young schema questionnaire: review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59: 78-86
65. Orejuela-Dávila A. I., Levens S. M., Sagui-Henson S. J., Tedeschi R. G., Sheppes G. The relation between emotion regulation choice and posttraumatic growth. *Cognition and Emotion*. 2019. Vol. 33, No. 8. P. 1709–1717. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30997846/>
66. Park S-J., Yi Y. Assessing moderator effects, main effects, and simple effects without collinearity problems in moderated regression models. *Journal of Business Research*. 2022. Vol. 145. P. 905–919. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0148296322002466>
67. Pilkington P. D., Bishop A., Younan R. Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021. Vol. 28, № 3. C. 569–584. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2533>
68. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J. M., Sitarski E., Stepanova N., Pinchuk I. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war // *BMC Psychiatry*. – 2025. – Vol. 25. – Article 236. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-025-06654-1>
69. Sardarzadeh S. Reliability and validity of the Ukrainian version of the Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3). *Journal of Clinical Diagnosis and Treatment*. 2018. Vol. 1, No. 2. P. 43–47. URL: <https://surl.li/yjbsiq>
70. Schmidt N., Joiner T., Young J. Telch M. The schema questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*. 1995. 19: p. 295-321
71. Schneider J., Weiss M., Kuehner C. Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021. Vol. 28, No. 3, P. 341–360. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34131990/>
72. ScienceDirect. Spearman's Rank Correlation Coefficient — overview. ScienceDirect Topics [Електронний ресурс]. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/spearman-s-rank-correlation-coefficient>
73. Senejko A., Gurba E., Franc T., Oleś P., Folusz M., Goodwin R. The Role of Psychological Flexibility in Coping with War Trauma: On the Example of

- Ukrainian Citizens [Preprint]. Preprints.org, 2025. URL: <https://www.preprints.org/manuscript/202501.1339>
74. StatsDirect. Kruskal-Wallis Test (Nonparametric One-way ANOVA). StatsDirect. URL: https://www.statsdirect.com/help/nonparametric_methods/kruskal_wallis.htm
75. Stockton H., Hunt N., Joseph S. Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*. 2011. Vol. 24, № 1. C. 85–92. DOI: 10.1002/jts.20606. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21268118/>
76. Technology Networks. The Kruskal–Wallis Test. Technology Networks URL: <https://www.technologynetworks.com/immunology/articles/the-kruskal-wallis-test-370025>
77. Thimm J. C., Chang M. Early maladaptive schemas and mental disorders in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2022. Vol. 15, № 6. P. 371–413. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41811-022-00149-7>
78. Wang, S., Barrett, E., Hsiao-Rei Hicks, M., Martsenkovskiy, D., Holovanova, I., Marchak, O., Ishchenko, L., Haque, U., & Fiedler, N. (2024). Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*, 339, 116056. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38968918/>
79. Young, J.E. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*. 1990, Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
80. Young, J.E. Klosko, S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.
81. Zavari N., Sadati S. Z., Hoseini M. S., Zadhasan Z. The Effectiveness of Schema Therapy on Post-traumatic Growth and Self-Compassion in Women with Breast Cancer. *Psychology of Woman Journal*. 2025. Vol. 6, № 2. P. 1–10. URL: <https://journals.kmanpub.com/index.php/psywoman/article/view/3827>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Young Schema Questionnaire – Short Form Version 3 (YSQ-S3)

З поданої нижче шкали виберіть найбільш відповідну оцінку по шкалі від 1 до 6, яка найкраще Вас описує, а обрану Вами цифру впишіть у проміжку перед кожним твердженням.

ШКАЛА

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| 1 = абсолютно не відповідає мені | 4 = в міру відповідає мені |
| 2 = в основному не відповідає мені | 5 = переважно відповідає мені |
| 3 = більше вірно, ніж невірно | 6 = досконало описує мене |
1. _____ У мене не було нікого, хто б турбувався про мене, з ким я б міг розділити свій внутрішній світ, хто б щиро цікавився тим, що зі мною відбувається.
 2. _____ Я часто «прилипаю» до близьких мені людей тому, що боюся, що вони покинуть мене.
 3. _____ Я очікую, що люди використають мене задля власних інтересів.
 4. _____ Я ніде «не вписуюся», усюди чуюся чужий, зайвий.
 5. _____ Жоден (-на) чоловік/жінка, з якою я хочу бути, не зможе розвивати подальші стосунки і хотіти бути зі мною, якщо дізнається про мої недоліки і вади.
 6. _____ Майже нічого з того, що я роблю на роботі (чи в навчанні), я не роблю настільки добре, як інші люди.
 7. _____ Я не відчуваю, що здатний (-а) самостійно давати собі раду у повсякденному житті.
 8. _____ Я не можу позбутися відчуття, що має трапитись щось погане.
 9. _____ Я не був (-ла) в змозі відокремитись від батьків і стати незалежним від них так, як це зробили у свій час інші мої ровесники.
 10. _____ Я вважаю, що якщо я роблю те, що хочу, то цим самим просто напрошуюсь на неприємності.

11. _____ Вкінці-кінців, зазвичай, на мене лягає турбота про близьких людей.
12. _____ Я занадто сором'язливий (-а), щоб показувати свої позитивні почуття до інших (напр., прихильність, турботу).
13. _____ Я повинен (-на) бути найкращим (-ою) в тому, що роблю; «друге місце» неприйнятне для мене.
14. _____ Я не можу сприйняти, якщо мені хтось відмовляє у моїх проханнях.
15. _____ Мені важко організувати себе, щоб завершити рутинне або нудне завдання.
16. _____ Наявність грошей та знайомств з важливими людьми надають мені почуття власної важливості.
17. _____ Навіть якщо все йде добре, я думаю, що це тимчасово.
18. _____ Якщо я зроблю помилку або щось прикре станеться через мене, то я тоді повинен бути покараним.
19. _____ У моєму житті немає нікого, хто б дарував мені тепло, підтримку і любов.
20. _____ Я настільки потребую інших людей, що переживаю, що можу їх втратити.
21. _____ Я відчуваю, що не можу втрачати пильність поряд з іншими людьми, інакше вони навмисно зроблять мені боляче.
22. _____ Я абсолютно відрізняюсь від інших людей, я зовсім інший.
23. _____ Жодна людина, яка мені дуже подобається, не залишилася б поруч зі мною, якби пізнала мене справжнього (-ю).
24. _____ Якщо оцінювати мою здатність досягати чогось у житті – то я справді некомпетентний (-а).
25. _____ Я вважаю себе особою, залежною від інших, якщо мова йде про щоденне функціонування.
26. _____ Я відчуваю, що катастрофа (природна, кримінальна, фінансова або медична) може трапитись зі мною чи з кимось з близьких мені людей в будь-який момент.

27. _____ Як мої батьки, так і я, ми маємо тенденцію до того, щоб надмірно перейматися життям та проблемами одні одних.
28. _____ Я думаю, що в мене немає вибору і я змушений (-а) задовольняти бажання інших, інакше вони розізляться на мене або відкинуть мене.
29. _____ Те, що я турбуюсь про інших більше ніж, про себе, говорить, що я справді є добра людина.
30. _____ Мені соромно висловлювати свої почуття до інших.
31. _____ Я намагаюсь робити все якнайкраще; мені замало, щоб було просто “достатньо добре”.
32. _____ Я особливий (-а), і тому на мене не поширюється частина обмежень і заборон, які накладаються на інших людей.
33. _____ Якщо я не можу швидко досягнути мети, то розчаровуюсь і відмовляюсь від неї.
34. _____ Досягнення є більш цінними для мене, якщо їх хтось помічає.
35. _____ Якщо стається щось добре, я хвилююсь, що після цього може статись щось погане.
36. _____ Якщо я не стараюсь з усіх сил, мені слід очікувати невдачі.
37. _____ Я не відчував (-ла) у своєму житті, що був (-ла) особливим (-ою) для когось.
38. _____ Я переживаю, що близькі мені люди покинуть мене або відмовляться від мене.
39. _____ Мене обов’язково хтось зрадить, це лиш питання часу.
40. _____ Я не належу до жодної групи; я самотник.
41. _____ Я невартий (-на) любові, поваги та уваги від інших.
42. _____ Інші люди є більш здібними від мене у сфері роботи і досягнень.
43. _____ Мені не вистачає практичних знань та вмінь необхідних для щоденного життя.
44. _____ Я переживаю, що на мене хтось нападе.
45. _____ Мені та моїм батькам дуже важко приховувати інтимні подробиці одні від одних, не почуваячись при цьому винними або зрадженими.

46. _____ У стосунках я дозволяю іншій особі право приймати остаточне рішення.
47. _____ Я настільки зайнятий (-а) турботою про інших, що майже не маю часу для себе.
48. _____ Мені важко бути вільним (-ою) і спонтанним (-ою) поряд з іншими людьми.
49. _____ Для мене дуже важливо належно виконувати всі свої обов'язки.
50. _____ Я ненавиджу, коли мене обмежують або не дають робити те, що я хочу.
51. _____ Мені важко пожертвувати миттєвим задоволенням задля досягнення довготривалої мети.
52. _____ Я почуваюсь менш важливим (-ою), якщо не отримую багато уваги від інших.
53. _____ Неможливо бути надмірно ретельним; майже завжди щось піде не так.
54. _____ Якщо я не виконую роботу добре, то повинен (-на) нести відповідальність за наслідки.
55. _____ У мене не було нікого, хто б справді слухав мене, розумів мене або був зацікавлений моїми потребами чи почуттями.
56. _____ Коли хтось, кого я люблю, здавалося би віддаляється від мене, я впадаю у відчай.
57. _____ Я часто маю підозри щодо мотивів інших людей.
58. _____ Я почуваюся відчуженим (-ою), «відрізаним» (-ою) від інших людей.
59. _____ Я відчуваю, що я невартий любові (-а).
60. _____ Я не настільки талановитий (-а) в роботі, як інші люди.
61. _____ Я не можу покладатися на власні судження в щоденних ситуаціях.
62. _____ Я переживаю, що можу втратити всі свої гроші і стати дуже бідним або опинитися на вулиці.
63. _____ Я часто відчуваю, що мої батьки визначають моє життя.

64. _____ Я завжди дозволяв (-ла) іншим приймати рішення за мене, тож я і не знаю, чого хочу для себе.
65. _____ Я завжди вислуховую проблеми інших.
66. _____ Я настільки контролюю себе, що люди думають, що я неемоційний (-а) чи нечутливий (-а).
67. _____ Я відчуваю постійний тиск, що маю чогось досягнути і виконувати добре свою роботу.
68. _____ Я вважаю, що не повинен (-на) дотримуватись правил чи норм так, як це роблять інші люди.
69. _____ Я не можу змушувати себе робити речі, які не приносять мені задоволення, навіть якщо я знаю, що це заради мого добра.
70. _____ Якщо я виступаю на засіданні або якщо мене представлено у соціальній ситуації, то для мене важливо отримати схвалення і визнання.
71. _____ Незважаючи на те, як багато я працюю, я боюсь фінансового краху.
72. _____ Не має значення, чому я зробив (-ла) помилку; коли я роблю щось не так, то маю за це заплатити.
73. _____ У моєму житті поряд зі мною переважно не було сильною чи мудрою людини, яка б могла дати мені добру пораду чи підказку, коли я не був (-ла) впевнений (-а), що робити.
74. _____ Інколи я настільки переживаю, що люди покинуть мене, що сам (-а) відкидаю їх першим.
75. _____ Зазвичай я шукаю приховані мотиви у діях людей щодо мене.
76. _____ Я завжди почуваюся поза групою.
77. _____ Я настільки почуваю себе неприйнятим (-ою), що не можу відкритися перед іншими людьми чи дозволити їм краще себе пізнати.
78. _____ Я не настільки розумний (-а), як більшість людей, якщо мова йде про роботу (чи навчання).
79. _____ Я не маю впевненості у своїй здатності вирішувати проблеми щоденного життя.

80. _____ Я переживаю, що у мене розвивається серйозна хвороба, навіть попри те, що лікарі нічого не виявили при обстеженні.
81. _____ Я часто відчуваю, що не маю відокремленої ідентичності від моїх батьків чи від мого партнера.
82. _____ Для мене є великою трудностю вимагати, щоб мої права поважали, а також, щоб зважали на мої почуття.
83. _____ Інші люди вважають, що я занадто багато роблю для інших, і недостатньо для себе.
84. _____ Люди вважають мене емоційно скутим (-ою).
85. _____ Я не можу так легко звільнити себе від відповідальності або вибачити собі свої помилки.
86. _____ Я вважаю, що те, що можу запропонувати я, є ціннішим від того, що можуть запропонувати інші.
87. _____ Мені рідко вдавалося притримуватись мого рішення.
88. _____ Похвала і компліменти дають мені відчуття власної цінності.
89. _____ Я хвилююсь, що неправильне рішення може призвести до катастрофи.
90. _____ Я погана людина, яка заслуговує на покарання.

Інтерпретація результатів

Підрахунок результатів методики відбувається шляхом додавання суми балів кожної зі схем. Максимальна кількість балів у кожній схемі: 30.

1. Схема емоційної депривації: 1, 19, 37, 55, 73 питання;
2. Схема покинення: 2, 20, 38, 56, 74 питання;
3. Схема недовіри/скривдження: 3, 21, 39, 57, 75 питання;
4. Схема соціальної ізоляції/відчуження: 4, 22, 40, 58, 76 питання;
5. Схема дефективності: 5, 23, 41, 59, 77 питання;
6. Схема некомпетентності та неминучих невдач: 6, 24, 42, 60, 78 питання;
7. Схема безпорадності/залежності: 7, 25, 43, 61, 79 питання;
8. Схема очікування на катастрофу: 8, 26, 44, 62, 80 питання;

9. Схема злиття/невідокремленості особистої ідентичності: 9, 27, 45, 63, 81 питання;
10. Схема підкорення: 10, 28, 46, 64, 82 питання;
11. Схема самопожертви: 11, 29, 47, 65, 83 питання;
12. Схема емоційної інгібіції: 12, 30, 48, 66, 84 питання;
13. Схема надвисоких стандартів: 13, 31, 49, 67, 85 питання;
14. Схема особливого статусу та прав: 14, 32, 50, 68, 86 питання;
15. Схема недостатнього самоконтролю/самодисципліни: 15, 33, 51, 69, 87 питання;
16. Схема пошуку визнання: 16, 34, 52, 70, 88 питання;
17. Схема негативізму/песимізму: 17, 35, 53, 71, 89 питання;
18. Схема покарання: 18, 36, 54, 72, 90 питання.

Опитувальник посттравматичного зростання – розширений (PTGI-X)

Опитувальник складається з 25 тверджень, щодо яких досліджуваним пропонується вказати, в якій мірі та чи інша зміна відбулася у їхньому житті після переживання травматичних подій, пов'язаних з війною. Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «я не відчув цієї зміни» = 0 до «я пережив цю зміну в дуже великому ступені» = 5). Ці 25 тверджень відповідають п'ятьом шкалам (по 5 на кожному): стосунки з оточуючими, нові можливості, особистісне зміцнення, духовні та екзистенційні зміни, поцінування життя. Сума балів за всіма твердженнями складає загальний показник зростання.

Інструкція

Для кожного з нижченаведених 25 тверджень вкажіть в якій мірі та чи інша зміна відбулася у Вашому житті після переживання подій, пов'язаних з російсько-українською війною

0 = я не відчув цієї зміни;

1 = я відчув цю зміну в дуже незначній мірі;

2 = я відчув цю зміну незначною мірою;

3 = я відчув цю зміну в помірній мірі;

4 = я пережив цю зміну значною мірою;

5 = я пережив цю зміну в дуже великому ступені».

1. Я змінив свої пріоритети щодо того, що дійсно є важливим в житті

2. Я став більше цінувати цінність власного життя

3. У мене з'явилися нові інтереси

4. У мене зросло почуття впевненості в собі

5. Я став краще розуміти нематеріальний бік життя

6. У мене зросла впевненість в тому, що можу розраховувати на людей у скрутний час

7. Я намітив новий шлях для свого життя

8. У мене зросло відчуття близькості з іншими

9. Я охочіше став висловлювати свої емоції
10. У мене зросла впевненість в тому, що можу впоратися з труднощами
11. Я зрозумів, що можу зробити різні сторони свого життя кращими
12. Я став більш позитивно сприймати те, як усе складається в моєму житті
13. Я став краще цінувати кожен день свого життя
14. Для мене стали доступними нові можливості, яких раніше не було
15. У мене зросла здатність співчуття до інших
16. Я став вкладати більше зусиль в успішність своїх стосунків
17. У мене зросла рішучість змінити те, що потребує змін
18. У мене зміцнилися мої життєві переконання
19. Я з'ясував, що сильніший, ніж думав раніше
20. Я багато дізнався про те, які насправді люди можуть бути чудовими
21. Я став краще розуміти потреби інших
22. У мене зросло відчуття гармонії зі світом
23. У мене зросло відчуття взаємопоєднання з усім існуючим в світі
24. Для мене стали зрозумілішими питання про життя і смерть
25. Я став краще розуміти сенс життя

Обробка результатів

Кількісні результати опитувальника підраховуються згідно з ключем (сума балів).

1. Стосунки з оточуючими – 8, 9, 15, 16, 21.
2. Нові можливості – 1, 3, 6, 7, 14.
3. Особистісне зміцнення – 4, 10, 17, 19, 23.
4. Духовні та екзистенційні зміни – 5, 18, 22, 24, 25.
5. Поцінування життя – 2, 11, 12, 13, 20.
6. Загальний показник – сума всіх показників.

Оцінка для перших п'яти шкал знаходиться в діапазоні від 0 до 25 балів.

Для шостої шкали, як сумарного показника п'яти попередніх, оцінка може варіюватися у діапазоні від 0 до 125 балів.

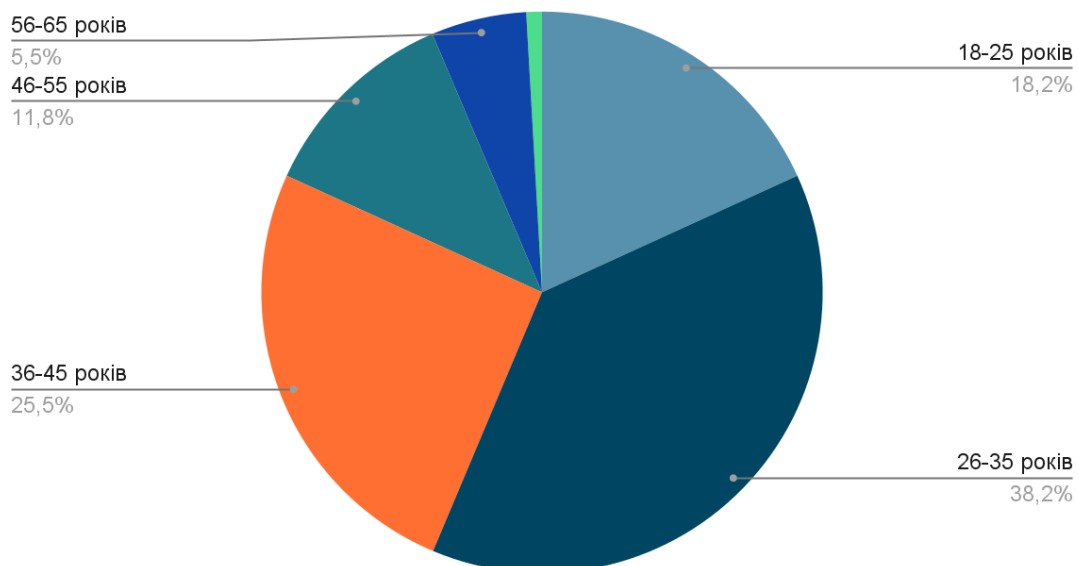
Умовні скорочення назв змінних

Назва змінної	Умовне скорочення
Схема покинення/нестабільності стосунків	Покинення
Схема недовіри/скривдження	Недовіра
Схема Емоційної депривації	ЕД
Схема Дефективності/сорому	Дефективність
Схема соціальної ізоляції/відчуження	Відчуження
Схема залежності/безпорадності	Безпорадності
Схема очікування на катастрофу	Катастрофізації
Схема злиття/невідокремленості особистої ідентичності	Злиття
Схема Некомпетентності/неминучих невдач	Некомпетентності
Схема особливого статусу та прав	Статусу
Схема недостатнього самоконтролю/самодисципліни	Самоконтролю
Схема підкорення	Підкорення
Схема самопожертви	Самопожертви
Схема пошуку визнання	Визнання
Схема негативізму/песимізму	Негативізму
Схема емоційної інгібіції	ЕІ
Схема надвисоких стандартів/гіперкритичності	Стандартів
Схема покарання	Покарання
Загальне значення посттравматичного зростання	ПТЗ
Нові можливості	Можливості
Особиста сила	Особиста_сила
Зміни у стосунках з іншими	Стосунки
Цінування життя	Цінування_життя
Духовні та екзистенційні зміни	Духовні_зміни

ДОДАТОК Г

Віковий розподіл вибірки респондентів

Віковий розподіл



Груповий розподіл за віком: вираженість ранніх дисфункційних схем

	Вік	Кількість	Середнє значення	Стандартне відхилення
Емоційної депривації	18-25	20	12.65	5.76
	26-35	42	11.71	6.14
	36-45	28	11.04	6.37
	46-66	20	10.40	3.86
Покинення	18-25	20	15.55	6.24
	26-35	42	13.10	4.88
	36-45	28	12.68	4.76
	46-66	20	12.20	4.15
Недовіри	18-25	20	16.10	6.70
	26-35	42	13.45	5.78
	36-45	28	13.79	7.23
	46-66	20	11.75	4.60
Відчуження	18-25	20	14.20	6.29
	26-35	42	12.62	5.70
	36-45	28	13.32	6.48
	46-66	20	11.45	2.68
Дефективності	18-25	20	11.00	5.76
	26-35	42	9.52	5.38
	36-45	28	8.29	4.23
	46-66	20	8.75	4.27
Некомпетентності	18-25	20	14.05	6.48
	26-35	42	13.29	6.05
	36-45	28	11.79	5.52
	46-66	20	11.80	5.13
Безпорадності	18-25	20	12.75	5.92
	26-35	42	10.50	5.54
	36-45	28	9.14	3.96
	46-66	20	9.85	4.04
Очікування на катастрофу	18-25	20	14.05	5.36
	26-35	42	13.98	4.59
	36-45	28	11.89	5.90
	46-66	20	11.05	4.32
Злиття	18-25	20	11.15	3.79
	26-35	42	10.55	4.94
	36-45	28	10.25	4.17
	46-66	20	11.85	4.74
Підкорення	18-25	20	14.95	5.78
	26-35	42	12.36	4.23
	36-45	28	12.29	5.73
	46-66	20	12.80	4.32
Самопожертви	18-25	20	17.35	4.82
	26-35	42	16.67	3.65
	36-45	28	17.68	6.04
	46-66	20	17.20	5.00
Емоційної інгібіції	18-25	20	14.00	5.20

	26-35	42	12.83	5.56
	36-45	28	10.79	4.70
	46-66	20	11.25	4.47
Надвисоких стандартів	18-25	20	20.00	5.97
	26-35	42	18.29	4.80
	36-45	28	18.71	5.77
	46-66	20	16.05	6.09
Особливого статусу	18-25	20	13.05	3.79
	26-35	42	13.50	4.80
	36-45	28	13.29	5.21
	46-66	20	12.55	4.58
Недостатності самоконтролю	18-25	20	15.50	4.82
	26-35	42	14.21	4.44
	36-45	28	12.82	5.13
	46-66	20	13.50	4.74
Потреби у визнання	18-25	20	19.80	5.20
	26-35	42	17.60	6.18
	36-45	28	17.64	6.23
	46-66	20	16.25	5.34
Негативізму	18-25	20	17.90	6.43
	26-35	42	16.36	5.30
	36-45	28	15.39	6.32
	46-66	20	14.00	5.72
Покарання	18-25	20	15.95	5.01
	26-35	42	13.31	5.15
	36-45	28	12.25	4.75
	46-66	20	11.95	4.36