

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра теоретичної психології

**ІСТОРИЧНИЙ КОНТЕКСТ ПСИХОТРАВМИ
В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «бакалавр»

Юлії ШЕВЦІВ

4 курсу денної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Науковий керівник

кандидат психологічних наук, доцент

Оксана ХРИСТУК

Рецензент

кандидат психологічних наук

Олександра КУЗЬО

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«05» травня 2022 р., протокол № 10

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2022

АНОТАЦІЯ

ШЕВЦІВ Юлія Романівна. Історичний контекст психотравми в науковій літературі

У роботі здійснено теоретичний аналіз поняття психологічної травми у різний історичний період, різноманіття класифікацій та утворення колективної травми суспільства. Розглянуто поняття психологічна травма через призму пандемії та військових дій на теренах України. Було проведено емпіричне дослідження з метою визначити рівень ПТСР у тимчасово переселених осіб. Подано опис процедури та вибірки дослідження. Проаналізовано процес прояву ПТСР, ситуативної тривожності та рівня депресивності у досліджуваних через призму впливу подій.

Ключові слова: травма, ПТСР, депресія, тривожність.

Рецензент: кандидат психологічних наук КУЗЬО Олександра Борисівна.

ANNOTATION

SHEVTSIV Yuliia Romanovna. Historical context of trauma in the scientific literature

The paper presents a theoretical analysis of the concept of psychological trauma in different historical periods, a variety of classifications and the formation of collective trauma of society. The concept of psychological trauma through the prism of pandemics and hostilities in Ukraine is considered. An empirical study was conducted to determine the level of PTSD in IDPs. A description of the procedure and a sample of the study is given. The process of PTSD manifestation, situational anxiety and the level of depression in the subjects through the prism of the impact of events is analyzed.

Key words: trauma, PTSD, depression, anxiety.

Reviewer: Candidate of Psychological Sciences KUZO Oleksandra Borysivna

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ У НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ.....	7
1.1. Вивчення історичного поняття психологічної травми у працях вчених...7	7
1.2.Класифікації психологічних травму психологічній літературі.....	14
1.3. Формування поняття «колективна травма» через призму історичних подій.....	17
1.4. Вивчення психологічної травми періоду 2014-2022 років.....	20
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АСПЕКТІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМ У ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.	27
2.1. Методологія емпіричного дослідження.....	27
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	29
2.3.Кореляційний аналіз	35
Висновки до розділу 2	40
ВИСНОВОК.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	43
ДОДАТКИ.....	46

ВСТУП

Актуальність. У світі, який наповнений буденними справами та різними перешкодами неодмінно зустрічаються ситуації, які мають безпосередню дію, негативний вплив на психологічний, психічний та фізичний стан людей.

Актуальність даної теми постає у тому, що наше суспільство на постійній основі перебуває в умовах стресових ситуацій, швидкий темп життя, проблеми у стосунках з близькими та здоров'ям, воєнні дії, все це призводить до утворення психологічних травм різного характеру. Використання терміну психологічна травма найчастіше зустрічається у часи складних, кризових періодів суспільства. Психологічна травма несла свій контекст ще у далекому минулому, проте не сприймалася серйозно у спільнотах людей. Травмовані люди завжди стояли у боротьбі між бажанням викинути цей спогад зі своєї свідомості та бажанням розповісти про травму всім. Це все пояснюється тим, що наша психіка для збереження власної цілісності включає низку захисних механізмів.

Впродовж життя трапляються різні психотравмуючі ситуації, до них ми можемо віднести ті, які загрожують життю людини, гідності, честі, ситуації, які стосуються навмисного введення в оману, події всесвітнього характеру та ті, що загрожують здоров'ю та позначаються на кризових станах особистості. Українське суспільство за роки свого існування прожило низку психотравмуючих ситуацій, які призвели до утворення колективної травми. Війна, яка відбувається в Україні стає вагомим ланкою в утворенні у суспільства історичної травми, а також особистісних психологічних травм людини. Саме ці події дозволяють нам відновити та узагальнити уже існуючі дослідження. Доля галузі вивчення психологічної травми на пряму має відношення від політичного руху. «Психологічна травма- травма, що виникає у результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації»[24].

Кожна ситуація, безпосередньо включає у себе зміни особистості, переосмислення себе та світу, свого минулого та теперішнього життя, що супроводжують зміну поведінки, поглядів та цінностей.

Отже, дослідження даної теми вважається актуальним та потребує детального розгляду, оскільки має гостру потребу у вивченні механізмів утворення травми. Особливу увагу слід приділити вивченню теоретично-методологічному аспекту психотравми у науковій літературі, щоб зрозуміти її практичне обґрунтування.

Мета: теоретично обґрунтувати та емпірично визначити історичні зміни психотравми у науковому контексті, вивчити сучасне бачення та практично визначити вплив війни на утворення ПТСР, тривожності та депресії.

Для досягнення мети, було визначено наступні теоретичні та імперичні **завдання** даного дослідження:

1. Вивчити теоретичні аспекти зарубіжних і вітчизняних психологів про поняття «психологічна травма».
2. Дослідити впливу історичних подій на формування колективної травми.
3. Провести діагностику рівня тривожності, депресивності та ПТСР у тимчасово переміщених осіб.

Об'єкт: психотравма особистості

Предмет: прояви психотравми особистості через призму історичних подій

Гіпотеза: можна припустити, що факторами, що впливають на прояв ПТСР являються :1.високий рівень ситуативної тривожності; 2. Виражені прояви симптомів депресії.

Теоретична основа: теоретично-методологічною основою дослідження виступили: Жан-Мартен Шарко, Й. Броером, З. Фрейдом, В. Г.Р.Ріверз, Да Коста, А. Кардінер, О. Феніхель, Г. Шпігелем, Дж.Шпігелем, Р. Грінкер, К. Серечайлд , Д. Расселл, Е. Берджес ,Л. Голстром, Л. Вокер, П. Левін, Л. Вокер, М.Решетніков,

Р. Кеслера, А. Венгер, Н. Пов'якель, В. Ракофф, А. Ніл, Т. Воропаєва, Л. Гридковець, Л. Найдьонова а також С.Рослюк, С. Галеа, О. Романчук, тощо.

Наукова(теоретична) новизна: теоретичне значення дослідження полягає в 1. узагальненні та розширенні уявлення про поняття «травма» або 2.вивченні нового етапу формування колективної травми в українському суспільстві.

Практичне значення: результати дослідження можуть бути використанні у роботі психолога та волонтерів у роботі з особами щодо розв'язання проблеми утворення психологічної травми.

Методологія: у ході дослідження були використані наступні методи: традиційні теоретичні методи (аналіз та узагальнення наукової літератури з теми дослідження, аналіз основних понять та термінів, синтез та порівняння теоретичних даних) та емпіричні методи (метод кількісно-якісної обробки одержаних даних; математико-статистичні методи опрацювання даних з використанням пакету програми SPSS 17.0 (кореляційний аналіз).

Структура роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМА У НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1 Вивчення історичного поняття психологічна травма та їх складових у працях вчених

Поняття «травма» з самого початку розглядалося як форма істеричних симптомів. Протягом двадцяти п'яти століть істерію вважали хворобою лише жінок та стверджували, що ця дивна хвороба з непослідовними симптомами бере свій початок у матці. Впродовж довгих років у неї було багато назв «істерія», «невроз матки», «жіночий невроз» жодна з яких не збереглись по наш час. Упродовж декількох років науковці вивчали історії жінок, про те до уваги вони брали лише важливі симптоми, а не внутрішній світ пацієнтів.

Великий вчений Жан-Мартен Шарко особливу увагу надавав симптомам, які нагадували неврологічні ушкодження. Він показував що симптоми штучно нав'язні та їх можна позбутися за допомогою гіпнозу, ще до 1880 року він показав, що вони мають психологічне походження.

Ще до середини 1890-х років вчені вважали, що симптоматику можна знизити за допомогою вираження словесно витіснених травматичних спогадів та почуттів що можуть їх супроводжувати. Декілька вчених дали зовсім різні назви цієї техніки, Жак-«психологічний аналіз», Фрейд разом з Броєр дали назву «катарсис» або «відреагування», згодом Зигмунд Фрейд назвав цей метод «психоаналіз».

У середині 1890-х Жене та Зигмунд Фрейд зі своїм колегою Йозефом Броєром, незалежно один від одного, дійшли до надзвичайно подібних формулювань, що дало значний поштовх у дослідженнях. Вони зазначили, що істерія- стан, викликаний психологічною травмою. Значним внеском стало визнання, що саме нестерпні емоційні реакції на травматичні події несуть

безпосередній вплив до зміненого стану свідомості і саме це дає початок формуванню істеричних симптомів.[15].

Згодом зазначали, що соматичні симптоми істерії витіснені з пам'яті та вважаються замаскованими виявами інтенсивних травмуючих подій.

Зигмундом Фрейдом створено психоаналітичну теорію психотравми у якій це явище відкривалось як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що має безпосередній вплив на психіку людину та вважається підґрунтям невротичних розладів. Він вважав, що суть у роз'єднанні Его, для якого напрямком стала травматична тривога, яке засноване саме на несвідомих фантазіях, а не на зовнішніх подіях. З його погляду остаточним моментом результату і наслідків вважається не сила травмуючої події, а готовність чи неготовність організму людини, яка виражається у його потенціалі. Травма, виражається нібито «збудником хвороби» та може викликати різні симптоми, такі як заїкання чи фобії і тп.

Завдяки власним спостереженням Зигмунд Фрейд визначив, що симптоми мають здатність зникати, якщо успішно вдається справитися з емоціями та відтворити все у пам'яті, прожити знову та пропрацювати травматичну подію. Усі спостереження внесли свій вагомий вклад для подальшої роботи із травмою та стали фундаментом психоаналітичної терапії.

Провідні твердження вчення травми Зигмунда Фрейда:

- психотравми виконують досить значну роль у значенні неврозів;
- переживання починає мати травматичний образ через кількісний чинник;
- більшість психічних травм мають свій початок ще у ранньому дитинстві;
- у разі конкретної психологічної конституції травма набуває такого значення, що для іншої не викликало б схожих наслідків;
- психотравмою вважається як переживання всередині тіла, так і чуттєві сприймання та враження;

- результати травми можуть мати двійний характер — позитивний та негативний: позитивні результати травми мають зв'язок із бажанням відновити переживання, які згасли у пам'яті, та зробити їх реальними, та прожити цю ситуацію повторно;
- наслідки з негативним характером травми мають зв'язок з певними реакціями захисту, які проявляються через форму уникнення та фобій;
- невроз — являється спробою зцілення у випадку травми, бажання примирити одну частину “Я”, що розчепилась під впливом травми з іншими частинами. [22]

Згодом, Броєр відійшов від дослідження емоційної прив'язаності жінок, та з сумнівом розглядав причини істеричних симптомів через призму сексуального досвіду. Саме Зигмунд Фрейд перейшов межі та відкрив експлуатацію дитячої сексуальності як основи істерії. Через низку критики та екстремальність поставленого перед собою завдання згодом ствердив, що насильницькі сексуальні контакти насправді фантазії та бажання жінок та не мають експлуатаційний характер.

Основною серед дослідників того періоду, хто довів вивчення істерії до логічного завершення стала пацієнтка Броєра – Анна О.

Після цих досліджень у історії вивчення психотравми відбулась пауза, вивчення відновилось у іншому напрямку у часи Першої світової війни. Де відбулось окрім смертей ще велика втрата у вигляді людей, з виявленими психіатричними симптомами. З самого початку симптоми пов'язували із фізичними симптомами, тільки британський психіатр Чарльз Маєрс пояснив низку симптомів через призму загальних уражень через вибухи боєприпасів, та дав назву цьому нервовому розладу «контузія». Його теорія підтвердилась не повністю, через що, згодом військові психіатри визнали, що симптоми контузії виявлені і у військовослужбовців, котрі не були травмовані фізично, отже мають психологічний характер.

У медичній літературі деякі науковці вживали поняття «моральний інвалід», як характеристику людини із травматичним неврозом. На противагу цьому В. Г.Ріверз з іншими медичними фахівцями стверджували що, бойовий невроз - справжній психіатричний розлад, котрий може проявлятися і у солдатів з високими моральними якостями.

У 1871 році, під час Громадянської війни у США, Да Коста зробив опис психологічних змін у солдатів, які пережили екстремальні події, він назвав це «синдром солдатського серця». У 1941 році А. Кардінер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» та вказав, що йому притаманно як фізичні так і психологічні властивості. Він надав уперше вичерпний опис симптомів:

- нестримні реакції на несподівані подразники;
- відсторонення від життя;
- схильність агресивно поводитися;
- збудливість та дратівливість;
- фіксація на моментах травматичних подій.

Теоретичні розробки А. Кардінера нагадували опис симптомів істерії, які наприкінці 19 століття можна було зустріти у дослідженнях Жане. Згодом Кардінер признав воєнні неврози формою істерії, та через деякий час визнав що, «істерія» дискредитує людей та не відповідає соціальному змісту.

У праці відомого вченого О. Феніхель можна побачити опис типових симптомів психологічної травми:

- циклічні неконтрольовані напади емоцій ,а саме тривоги та гніву;
- безсоння чи важкі порушення сну з характерними сновидіннями, у яких на постійній основі відбувається відтворення травми;
- відтворення травматичної ситуації у вигляді думок, фантазій та переживань;

- втрата почуття реальності та адекватного сприйняття дійсності, блокування або зниження функцій “его”, утруднення у вигляді психоневрологічних ознак; [22]

У 1947 році А. Кардінер з Гербертом Шпігелем та Джоном Шпігелем з Рой Грінкер дійшли спільного висновку, що на воєнну травму великий вплив має емоційна прив’язаність між бійцями. Прагнучи знайти рішення у лікуванні ьравми, вчені використовували різноманітні заходи, у тому числі і гіпноз- Абрам Кардінер та Герберт Шпігель та « наркосинтез»- Рой Грінкер разом з Джоном Шнігелем.

Головним центром уваги « лікування розмовою» при воєнному неврозі було відновлення психічного стану а також катарсичне повторне переживання травматичних спогадів, які супроводжувались відповідними емоціями.

Певного погляду у той час на поняття «травма» не було, тому у медичних структурах використовувались різноманітні терміни, такі як: «невростенічна реакція», «амбітимоїдний невроз», «істеропатія» ,«екзогенна травма», «травматична неврастенія», «травматична психастенія» та інші.

У 1962 році психологічну травму із симптомами, як схожі до ПТСР описують як «gross stress reaction». [2].

У кінці 19 століття поняття «істерія» перестало активно досліджуватися, основною причиною цього стали проблеми сексуальної травми. Лише у період 1970-х років було виявлено, що посттравматичний стресовий розлад частіше з’являється у жінок, які не мали відношення та бойових дій.

Варто відзначити, що у дослідженнях Кеті Серечайлд наголосила про почуття та переживання, які проживає жінка у наслідок сексуального насилля. Через що, згодом було отримано розголос та вивчення теми насилля через призму травми.

У період 1975 року було відкрито Центр з дослідження зґвалтувань при Національному інституті психічного здоров'я, де проводились активні дослідження, які стали основними джерелами знань у даній темі. Згодом дослідження принесли свої результати, та підтвердили реальність теорії, яку відкидав Зигмунд Фрейд про фантазії. [3].

Дослідження Діани Расселл привертає увагу своєю складністю та масштабним дослідженням як на 1890 рік. Було опрацьовано історії 900 жінок та описано про досвід їхньої травми, сексуального насилля, у тому числі і в дитячому віці.

Жінки, що пережили зґвалтування, пояснювали, що найбільший страх вони мали перед смертю та каліцтвом. Медсестра психіатричного відділення Енн Берджес та соціолог Лінда Голстром помітили, що жертви скаржаться на різноманітні симптоми, а саме безсоння, лякливність, нічні жахіття та нудоту, та мають присутні симптоми дисоціації та заціпеніння. Факти які вони отримали, свідчать про схожість виявлених симптомів із раніше досліджуваними симптомами у ветеранів бойових дій. Дослідниці дали цьому назву «синдром травми зґвалтування».

Психолог Ленора Вокер, яка працювала із жінками та дітьми, які страждали від сексуального насилля у сім'ї назвала це «синдром побитої жінки».

Результати низки досліджень стверджують, що якщо травматичні реакції являються надмірними та неконтрольованими та їх вираження відбувається через надзвичайне психологічне збудження, вони можуть об'єднати страх та відтворення травмуючої події у пам'яті та згодом посттравматичний стресовий розлад.

У період 1980 року характерний синдром психологічної травми уперше став вважатися «реальним» діагнозом. Великим досягненням того ж року було включення до посібника із психічних розладів категорію, яка отримала офіційну назву «посттравматичний стресовий розлад».

В особи, яка пережила сильний травмуючий стрес, присутній механізм травматичної пам'яті, який необхідний їй для виживання, що являється причиною посттравматичних стресових станів. Коли ж стресор перестає виконувати свою дію, спогади, які збереглись у довгостроковій пам'яті починають відтворюватися усе частіше чим спричиняють розвиток посттравматичного стресового розладу.

У 1994 році значущу роль переживання катастрофи внесла висловлена ще раніше Зигмундом Фрейдом гіпотеза, яка стверджує що важливий чинник розвитку синдрому є не лише зовнішнє втручання, а «емоційний відгук на нього». Саме ця гіпотеза офіційно прийнята у рамках підходу до визначення посттравматичного стресового розладу.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це інтенсивна, пролонгована реакція на сильний травматичний стресор, такий, як природні катаклізми (землетруси, повені, пожежі), лиха, викликані людьми (переслідування, терористичні акти, воєнні дії), насильство (розбійний напад, зґвалтування, тортури). [32]

Згодом було доведено, що психологічний синдром в осіб які пережили війну та насильство являється одним і тим же.

Зазвичай травму пов'язували у більшості випадків з фізичним, сексуальним, емоційним насильством та війною, однак у 1996 році П. Левін доповнив перелік подій. Він вказав, що велика кількість «звичайних» ситуацій, навіть цілком сприятливих, можуть нанести значний вплив на утворення психологічної травми. До цього переліку він додав медичні маніпуляції, дорожньо-транспортні пригоди та інші.

Травмована психіка має можливість продовжувати травмувати себе через синдром нав'язливого повторення – такий висновок зробив Ленора Вокер. Він писав про те, що бувають психотравми не сумісні з життям особистості, тобто після травми людина не буде такою як була.

Отже, дослідження травми з початку розглядалося під іншими назвами, такими як: «істерія», «невроз матки», «жіночий невроз», «невроз», «контузія», «воєнний невроз» та інші. Історія несла за собою багато противоріч та припинень вивчення травми, проте згодом принесла свої досягнення. Поняття «травма» було визнано як хворобу та внесено до посібника із психічних розладів категорію, яка отримала офіційну назву «посттравматичний стресовий розлад».

1.2 Класифікації психологічних травм у психологічній літературі

У науковому середовищі є безліч різноманітних класифікацій, проте немає загальноприйнятої єдиної класифікації психологічних травм. Найперше виділяють класифікацію дитячих травм, які безпосередньо впливають на психіку та розвиток дитини.

Характеристика дитячих травм:

- Однією із існуючих вважається травма «покинутості» - яка утворюється ще з дитячого періоду у випадках дефіциті фізичного контакту чи повної відсутності дитини та матері. При цьому дитина ще у період коли не може самостійно ходити не відділяється власним тілом від матері та її тіла, а за недостатності матері має прояви тривоги та страху. Люди, з проявами цього виду травми мають схильності до різноманітних зловживань, симбіотичних відносин, інфантильності, та страх втратити об'єкта захоплення.
- Травма, так званого «відкидання», утворюється з матір'ю, яка не має емоційного залучення у процес виховання дитини з певних мотивів. Особи, в яких присутня ця травма, мають почуття незатребуваності, проблеми у самореалізації, невміння проявляти власні почуття, а також знаходитися у тісних емоційних стосунках, оминають емоційні прояви.
- Травма «позбавлення» починає проявлятися через нехтування потребами дитини. Ті, у кого присутня ця травма, живуть із відчуттям браку уваги

навколишніх, прагнуть завжди її завоювати, мають схильність до маніпуляцій, а також не відчують задоволення у житті.

- Травма “зради” утворюється у момент розчарування дитини своїми батьками, якими вона захоплюється. Різновидом цієї травми є “травма повалення з трону” (за термінологією А. Адлера), яка починає проявлятися у дитини при народженні молодших дітей, з якими вони борються за увагу батьків. Проживши цю травму людина, втрачає почуття довіри до інших, стає замкнутою та відстороненою, намагається догодити навколишнім, щоб символічно “повернути” любов батьків.
- Травма сексуальної спокуси починає виникати у процесі використання дорослими дитини чи підлітка у потребі задовольнити власні сексуальні потяги та може призвести до сексуальних і емоційних проблем.
- Однією з них є травма “насильства” утворюється при регулярному нещадному поводженні з дитиною зі сторони дорослих, нанесення тілесних ушкоджень. Ця травма призводить до утворення психопатії або формування психопатичного асоціального характеру.
- Травми “приниження”, чи інша назва травми нарцистичного характеру — це удари по самолюбству дитини, зниження самооцінки, приниження, зневага, які утворюють порушення у “Я-концепції” та виникнення комплексу неповноцінності. Ці травми відбуваються і в дорослому віці, але за дитячим сценарієм. Бувши дорослою людина відтворює травмівні події дитинства, відчуваючи у той момент, що відбувається перенесення у травматичні ситуації де були такі ж емоційні реакції, патерни поведінки як і у дитинстві.

Також до однієї із класифікацій відноситься:

- втрати близьких людей (фізичні — смерть, психологічні — розлучення);
- травма “розбитого серця” (зрада, нерозділене кохання);
- зґвалтування, сексуальні спокушання;
- пережиті нещасні випадки та катастрофи

У праці «Психічна травма» М.Решетніков, подає класифікацію психотравм у залежності від частоти значення відносно розвитку ПТСР, посилаючись на публікації Р. Кеслера.

За частотою провідного травматичного фактора травми класифікуються у порядку спадання:

- спостереження насильства або нещасного випадку;
- нещасні випадки та аварії;
- пожежі та стихійні лиха;
- загроза застосування зброї;
- фізичне насильство;
- сексуальні домагання;
- згвалтування;
- погане поводження з дитиною в дитинстві;
- участь у бойових діях;
- зневага людини у дитинстві. [19]

Важливий внесок у вивчення поняття «травма» зробив у дослідженнях відомий дитячий психолог А. Венгер. Саме він виокремив типові етапи пережиття психотравми:

- Шоковий етап;
- Етап стабілізації;
- Етап відновлення ;
- Етап особистісної та соціальної інтеграції.

Соціогуманістична теорія поширює саме ці напрями психотрами сучасності:

- Індивідуальна;
- Колективна;
- Культурна.

Н. Пов'якель виділяє саме ці види психотравми:

- хронічні – спровоковані відносно слабкими, але довготривалими, часто повторювальними подразниками (емоційна депривація, ізоляція);
- гострі, які мають зв'язок з одноразовими, стрімко діючими сильними подразниками (переляк, стихійні події, конфлікти).[17]

Важливий внесок у класифікацію травм зробив К. Еріксон, він на понятійному рівні розрізнив колективну та індивідуальну травму.

Отже, різноманітні класифікації вчених про види травм внесли вагомий вклад в історію її вивчення. Деякі класифікації мають подібності між собою, проте кожна з них вносить своє бачення проблем психологічного характеру. А. Венгер виокремив типові етапи переживання психотравми, а соціогуманістична теорія визначила основні напрями травми.

1.3 Формування поняття «колективна травма» через призму історичних подій

Українське суспільство за час свого існування пережило багато історичних подій, які мають свій психотравмуючий потенціал. Гіперекстремальні ситуації – це ті, де відбуваються раптово, несподівано, як втрата близької людини, попадання у полон, тортури, насилля, присутність людини при загибелі чи пораненні, є завжди травмівними для кожного, особливо, якщо є загроза життю чи цілісності. Ідентичність великої групи населення, яка має тісний зв'язок із історією налічує велику кількість колективних травм. Відповідно, колективну травму ми можемо можна вважати як травму великої кількості індивідуальних травм.

Вперше поняття історична травма було вжито відносно людей, які пережили події Голокосту, та їх нащадків доктором філософії, психіатром Вівіан Ракофф у статті 1966 року.

Великий внесок у дослідження колективної травми зробив К. Еріксон коли зосередив свою увагу на вивченні властивостей травми, стосовно спільнот. [27].

Слідом за ним у праці А. Ніл «Національна травма та колективна пам'ять» зосередив увагу на подіях, котрі являються причинами прояву колективної ідентичності. Вважається, що травма має відношення до усіх без винятку громадян та субгруп, під її дією межа добра і зла, порядок та хаос розмивається, внаслідок чого сенси та ідентичність мають руйнівний характер.

Психологічні дослідження історичної травми на теренах України вивчали Т. Воропаєва, Л. Гридковець, Л. Найдьонова а також С. Рослюк.[14]

Поняття історична травма визначає сукупне емоційне та психологічне враження, яке вважається накопиченим впродовж життєвого шляху певної людини, так і в наступних поколіннях.

Виділяють декілька факторів, які визначають силу наслідків спричинених колективною травмою:

- масштаб та сила травматизації- до них відноситься кількість людей, які постраждали, певні значимі події, авторитетні особи, які загинули;
- порушення справедливості при травматизації- умовна характеристика, яка позначає несправедливість у загибелі певної людини, групи людей (прикладом цього являється геноцид, який сприймається як більша несправедливість, ніж загибель під час стихійного лиха);
- неможливість протистояння травмуючій силі- пасивність жертви, часто являється вимушеною;
- нездатність емоційного відреагування постраждалого, що залишився живий (травма вижившого) основним тут вважається момент розголосу про це іншим, вшанування пам'яті;

Однією із вагомих характеристик історичної травми вважається блокування рефлексивних процесів, особливо на події які відбулись у біографії предків ще

до появи людини на світ. Саме це робить не можливим адекватно передати стан і причини негативних переживань.

За допомогою певних механізмів відбувається передача травми через покоління не прямим шляхом. Саме дослідження, яке вивчало проблеми молодих матерів із дітьми, які постраждали від насильства чи жорстокого ставлення показало, що травмована жінка згодом має труднощі у відношеннях з дитиною, її розумінням, реакціями та станами своєї дитини. Згодом ми можемо спостерігати, як така дитина у прагненні зберегти прив'язаність до матері з легкістю пристосовується до помилкових атрибуцій що призводить до травматичного викривлення інтерсуб'єктивності. Саме цей ефект травмованості наступних поколінь описав американський дослідник психологічної травми Даніель Счеттер. [1]

Найбільш значну травму нашому суспільству наніс Голодомор, за всіма перерахованими параметрами він має негативний сенс. Ця трагедія несла за собою смерті невинних людей. Голодомор як геноцид українського народу був одночасно і колективною і трансгенераційною травмою.

Йорн Рюзен вказав, що кризи такого розміру втрат, що руйнують звичні рамки життя до такої міри, що суспільство не здатне відновитися. Масштабність цієї події слід розглядати не як окрему ситуацію, а як феномен який триває у часі, що включає велику кількість травматичних подій з досвідом соціальних груп та динамічністю історичного перебігу з низкою психологічних наслідків. Також особливої уваги заслуговують усі інші важливі та важкі для сприйняття події, оскільки їхні наслідки передаються майбутнім поколінням, тягнучи за собою колективну травму населення.

Отже, події, які відбуваються у країнах мають великий вплив на все населення та появу колективної травми. Історична травма визначає сукупне емоційне та психологічне враження, яке накопичене протягом життєвого шляху конкретної людини, так і в наступних поколіннях. Існують декілька факторів, які

визначають силу наслідків спричинених колективною травмою. Найбільшу травму українському населенню приніс Голодомор. Кожна історична подія приносить свою колективну травму певному суспільству, яке проживає його по своєму.

1.4 Вивчення психологічної травми періоду 2014- 2022 років

Історія не покидає сьогодення і стоїть перед сучасною молоддю, формуючи завдання для подолання психологічних наслідків цих подій.

Ми можемо спостерігати як обидва синдроми призводять до розладів адаптації та мають схожі риси.

Події, які почали відбуватися у країні в 2014 році принесли багато травматичних наслідків для військовослужбовців та мирних жителів. Більшість бійців, які поверталися з зони бойових дій мали присутні неадекватні та нервові реакції. У незначній кількості бійців розвивається ПТСР, про те, це відбувається не у всіх.

З початку 2020 року українське суспільство переживає вірус SARS-CoV-2 , який має як безпосередній, так і відтермінований вплив для психіки людини та суспільства в цілому. Утворення післявірусного синдрому втомлюваності, який призводить до зниження розумової та фізичної працездатності.

Учені зазначають, що симптоми та тяжкий перебіг коронавірусної хвороби має значний вплив на психічне здоров'я людей. Вагомий внесок на появу затяжної тривоги, депресії, ПТСР та інших хворіб супроводжують проблеми із тривалою ізоляцією, втратою роботи та труднощами, які супроводжуються через фінансові проблеми , смерть близьких чи загострення стану здоров'я.

Еттман та його колеги проводивши дослідження з'ясували, що симптоми депресії із початком пандемії збільшились у три рази порівняно з доковідним

періодом. При тому, ці симптоми частіше спостерігались у людей з низьким рівнем доходів, молодих та тих, які не перебувають у стосунках. [31].

Медикаментозне лікування вірусу SARS-CoV-2 можуть спричинити делірії. Через незвичні умови для людини та важкий перебіг захворювання, нове оточення, ізоляцію, зміну свідомості, усе це може викликати у людини відчуття підсиленого та значно регулярнішого, тривалого відчуття страху, а згодом і до посттравматичного стресового розладу.

Як вважає доктор медичних наук Бостонського університету Сандро Галеа, що пандемія COVID-19 відрізняється від інших травмуючих ситуацій тим, що події мають досить тривалу дію, охоплює велику кількість людей та мають несправедливий характер та все це ще досі триває.

Психологічні або когнітивні скарги поширені серед людей, які одужали від COVID-19. У дослідженні, де участь взяло 100 пацієнтів (виписаних після зараження коронавірусом) 24% повідомили про ПТСР, 18% повідомили про порушення пам'яті і 16% повідомили про неуважність. Згодом ще одне дослідження показало, що 22% страждали від тривожних і депресивних симптомів [26].

На основі досліджень нейропсихіатричних ускладнень COVID-19, під час повторного обстеження людей через 30-49 місяців після хвороби виявлено такі постковідні психічні порушення:

- ознаки посттравматичного стресового розладу – у 39% випадків;
- ознаки симптомів депресії – у 35,4%;
- ознаки obsесивно-компульсивного розладу – у 15,7%;
- ознаки панічних симптомів – у 15,6%.

У лютому 2022 року коли в країні почалось повномасштабне вторгнення першими почуттями, які відчули люди у різній мірі був шок, страх і паніка. Така перша реакція організму на небезпеку є цілком нормальним явищем для захисту організму.

Під час війни людина здатна проживати різні стадії:

- тривога- одна з найчастіших реакцій, часто ми відчуваємо фонову тривогу, яку можемо ігнорувати. Саме вона може впливати на наші переконання без нашого відома, маючи вплив на нашу увагу, вона може формувати світогляд та систему цінностей людини;
- синдром відкладеного життя- період коли людина починає економити власні ресурси, відмовляти у задоволеннях собі. Це може призвести до апатії;
- панічні атаки- вони супроводжуються низкою характерних симптомів: почуття тривоги та страху, пітливість, безсоння, пригнічений стан та інші;
- гостра реакція на стрес-яка може мати відтерміновану дію до 4-х тижнів, може бути як прихованою так і сильно вираженою, супроводжується підвищеним серцебиттям, задихом, почуттям тривожності та дезорієнтації;
- страх-являється короткочасною емоцією, яка може перерости у панічну атаку та гостру реакцію на стрес чи людина може залишитись тривожною на невизначений проміжок часу;
- заперечення- виникає як захисний механізм, щоб вберегти нас, проте, так же може працювати проти нас у вигляді заперечення реальності, що заважає приймати оперативні рішення;
- синдром вижившого, сором та провина- ці всі емоції зустрічаються у людей, які покинули свої міста та вирушили на пошуки безпечного місця;
- злість, лють та агресія;
- безсилля;
- проблеми зі сном-наш організм продовжує перебувати у стані захисту та не дозволяє розслабитися, заземлитися, через що виникають порушення сну, а як наслідок можуть бути галюцинації;

- сум та печаль- можуть виникати у вигляді фізичних реакцій, наприклад тяжкість у кінцівках чи стиснення у грудях;
- ресурс та опори- організм потребує відпочинку та «перезарядки», якщо цього ми не отримуємо то відчуваємо виснаження;
- емоційна заморозка- етап коли ми стараємось ізолювати себе, утворюється апатія, все це відповідь психіки на травму.

Наше тіло найперше реагує на травматичні події, наша пам'ять працює проти нас. Вона запам'ятала спосіб за допомогою якого відреагувала на травматичні обставини, сприйняла його як спосіб за допомогою якого можна вижити.

Емоційні симптоми психологічної травми:

- Втрата віри у себе чи у справедливість навколишнього світу.
- Шок і відраза, страх близькості.
- Спроби відгородитися від оточуючих.
- Лють, злість, роздратування.
- Немотивовані стрибки настрою.
- Почуття провини, сорому.
- Розгубленість.
- Зниження когнітивних функцій, неуважність, порушена концентрація.
- Немотивовані страх і тривога.

Фізичні прояви психотравми:

- Безсоння, порушення сну.
- Часті кошмари.
- Можлива підвищена сонливість.
- Прискорене серцебиття, дискомфорт в області серця.
- Болі різної інтенсивності та локалізації, не пов'язані з наявними соматичними захворюваннями.
- Хронічна втома, виснаження навіть від легких справ.
- Постійна напруга у м'язах.
- Тремор, неакуратність, порушення координації.

Ми можемо вважати, що виникнення ПТСР має схожі причини з утворенням психічної травми. У більшості випадків посттравматичний стресовий розлад утворюється через три місяці після травмуючої події, а інколи симптоми можуть з'явитися лише через роки.

Отже, українське суспільство починаючи від 2014 року і по теперішній проживає важкий період, який супроводжується проявом психічних порушень, через вплив травмуючих факторів. Війна та пандемія COVID-19, призводить до утворення депресії, тривожного розладу, ПТСР та колективної травми. Через події було помічено збільшення випадків домашнього насилля та сексуального, самоушкоджуючої поведінки та суїцидальних вчинків та інших. Неодмінно цей етап дав свій вагомий внесок у вивчення поняття травма та розширив спектр розуміння етапів проживання травми.

Висновки до 1-го розділу

Поняття «травма» мало початок свого вивчення з давніх часів та супроводжувалось різноманітними назвами, які згодом отримали своє направлення. Одним із найпоширеніших та найпростіших визначень вважається: Травма- це гостре, руйнівне переживання.

Згідно з дослідженнями, які проводилися декілька десятиліть поняття травми розглядалось у різноманітних аспектах та принесло вагомий внесок у дослідження та вирішення проблеми.

За допомогою досліджень та внесків вчених, суспільство отримало багато різноманітних класифікацій травми. Деякі класифікації мають подібності між собою аспекти, проте кожна з них вносить своє бачення проблем психологічного характеру.

За допомогою історичний подій ми змогли з'ясувати як травма може впливати на ціле суспільство та які наслідки можна спостерігати згодом. Саме К. Еріксон зосередив свою увагу на вивченні властивостей травми, стосовно спільнот, чим поклав початок для дослідження колективної травми. Поняття історична травма визначає сукупне емоційне та психологічне враження, яке накопичене протягом життєвого шляху конкретної людини, так і в наступних поколіннях.

Тільки через певний час та низку різноманітних досліджень поняття «травма» було визнано як хворобу та внесено до посібника із психічних розладів категорію, яка отримала офіційну назву «посттравматичний стресовий розлад».

Кожна історична подія несла за собою періоди інтенсивного вивчення поняття «травма», що призвело за собою можливості їх класифікувати та знаходити ефективні методи для вирішення цієї проблеми.

Події 2014-2022 років дали нам нове розуміння поняття «травма» та «колективна травма» та змогу по новому дослідити прояви тривожності, депресії, суїцидальних думок та ПТСР у суспільстві на основі впливу ізоляції та

наслідків від COVID-19 та війни на території України. Ці події призводить до появи депресивних симптомів, тривожного розладу, ПТСР та колективної травми. Через це було помічено збільшення випадків домашнього насилля та сексуального, самоушкоджуючої поведінки та суїцидальних вчинків та інших. Неодмінно цей етап дав свій вагомий внесок у вивчення поняття травма та розширив спектр розуміння етапів проживання травми.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ АСПЕКТІВ ТРАВМ У ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1 Методологія емпіричного дослідження

Опис вибірки досліджуваних: досліджувані тимчасово переселені особи із місць бойових дій. Вік респондентів коливається від 18 до 43 років.

Усі опитані особи перебували з початку воєнних дій у містах де відбувалися бої, учасники належать до різних верств населення та мали різні умови життя. До моменту бойових дій в учасників не було діагностовано ПТСР чи депресії.

У результаті для проведення дослідження було обрано наступні методики:

- опитувальник PCL-5;
- методика «Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна)»;
- методика «Опитувальник депресії Бека».

Зазначені вище методики дають можливість виявити та проаналізувати зв'язок тривожних та депресивних проявів із розвитком посттравматичного стресового розладу.

Для діагностики посттравматичного стресового розладу було використано опитувальник PCL-5(додаток А). Класифікація симптомів опирається на DSM-5. Питання спрямовані на проблеми з якими стикалися особи, що пережили сильну травмуючу ситуацію. Опитувальник складається із 20 питань, кожне оцінюється у залежності від симптому від 0 до 4 балів. Питання по шкалі відображають відповідні кластери посттравматичного стресового розладу.

- Критерій А – опис травматичної події.;
- Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання;

- Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання;
- Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання;
- Критерій E, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Досліджуваний має можливість отримати максимальний результат за усіма питаннями методики 80балів. Інтерпретація балів відбувається за допомогою загального підрахунку кількості балів. Згідно чого ми можемо дізнатися рівень ПТСР у досліджуваного.

Для дослідження ситуативної тривожності особистості в умовах складної психологічної ситуації, була використана методика «Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (тест Спілбергера-Ханіна)»(додаток Б).

Дослідження ситуативної або реактивної тривожності вивчається через суб'єктивно пережиті емоції : напругу, занепокоєння, заклопотаність та нервозність. Цей стан з'являється як емоційна реакція на стресову ситуацію та проявляється у різній інтенсивності та динамічності. Бланк складається із 20 питань, на які досліджуваний дає відповідь.

Відповіді оцінюються у балах 1-немає, це не так; 2- мабуть, так; 3-вірно; 4-цілком правильно. У залежності від обраного твердження ми ставимо відповідний бал у бланку збоку запитання. Показник ситуативної тривожності підраховується за формулою:

$$PT = (3,4, 6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =$$

Згідно цього відбувається підрахунок по усіх питаннях із методики та за допомогою кінцевого балу відбувається визначення рівня тривожності досліджуваного.

Результати базуються у діапазоні:

- до 30 балів - низький рівень тривожності;
- 31-45 балів - середній рівень тривожності;
- 46 балів і більше - високий рівень тривожності.

Для виявлення депресивних проявів та визначення рівня у досліджуваних, було використано опитувальник депресивності А. Бека(додаток В).

Опитувальник базується на клінічних спостереженнях та описах симптоматики, котрі з періодичністю можна спостерігати у депресивних психіатричних пацієнтів.

Вивчення та систематизація спостережень надала можливість виділити двадцять одне твердження, де кожне має представляє окремий вид психологічної симптоматики, та несе такі позиції:

1 – сум; 2 – песимізм; 3 - відчуття невдачі; 4 – незадоволеність собою; 5 – почуття провини; 6 – відчуття покарання; 7 – самозаперечення; 8 – самозвинувачення; 9 – наявність суїцидальних думок; 10 – плаксивість; 11 – дратівливість; 12 – відчуття соціальної відчуженості; 13 – нерішучість; 14 – дисморфофобія; 15 – труднощі у роботі; 16 – проблеми зі сном; 17 – втомлюваність; 18 – втрата апетиту; 19 – зміна ваги; 20 – занепокоєння станом здоров'я; 21 – втрата сексуального потягу.

Питання стосуються поведінки, думок та почуттів досліджуваного у найближчі два тижні. Шкали дають змогу виявити рівень прояву симптоматики депресії. Кожне з тверджень оцінюється від 0 до 3 балів. Досліджуваний може набрати максимальну кількість – 63 бали. Якщо результат базується у діапазоні від 0 до 9- депресія відсутня. Легкий рівень депресивного стану базується у показниках від 10 до 15. Виражена депресія тяжкої важкості коливається у діапазоні від 20 до 29 балів. Важка форма депресії- від 30 до 63 балів.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Згідно з концепцією нашого дослідження, зміна життєвих обставин призводить до зміни ситуативної тривожності та рівня депресивності, і відповідно, до появи симптомів ПТСР.

Результати, описової статистики дозволили нам говорити про середні показники за опитувальником PCL-5, тому ми можемо спостерігати, що найбільш яскраво вираженими були прояви критерію D, негативні думки та

емоції ($M=10,54$, $S.D=7,26$) та критерію Е, симптоми надмірної реактивності ($M=9,08$, $S.D=5.52$), найменше проявлявся критерій С ($M=3.16$, $S.D=2.57$).

За результатами методики «Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна)» середні показники ($M=57.89$, $S.D=8.88$). Згідно методики «Опитувальник депресії Бека» були отримані такі середні показники ($M=16.97$, $S.D=12.26$).

Таблиця 2.1

Описова статистика

	К-сть осіб (N)	Мінімальне значення	Максимальне значення	M	S.D
Критерій В, симптоми інтрузії	39	.00	20.00	7.6667	5.28819
Критерій С, симптоми уникнення	39	.00	8.00	3.1538	2.57046
Критерій D, негативні думки та емоції	39	.00	28.00	10.5385	7.25783
Критерій Е, симптоми надмірної реактивності	39	1.00	24.00	9.0769	5.52689
ПТСР	39	2.00	80.00	30.4359	18.11919
депресія	39	4.00	60.00	16.9744	12.26353

Ситуативна тривожність	39	49.00	86.00	57.8974	8.88463
------------------------	----	-------	-------	---------	---------

Відтак, досліджуванні демонструють високі показники за шкалами «негативні думки та емоції» та «надмірна реактивність», що свідчить про те, що для них важливими вважаються власний емоційний стан, способи виявлення власних емоцій та неможливість справитися із власними негативними думками, надмірне реагування на навколишні події, які мають безпосередній вплив на життя особи. Тобто це вважається провідними мотивами у проявах посттравматичного стресового розладу у респондентів.

Разом із цим у досліджуваних був низький показник по шкалі уникнення, що свідчить про уникнення людиною усього, що викликає негативні спогади та призводить до повторного пережиття болісних моментів, цим самим людина може уникати своїх рідних, прогулянок по певних місцях чи пересування на певному виді транспорту.

Перший етап дослідження показав рівень прояву синдрому ПТСР у досліджуваних, результати ми можемо зобразити так:

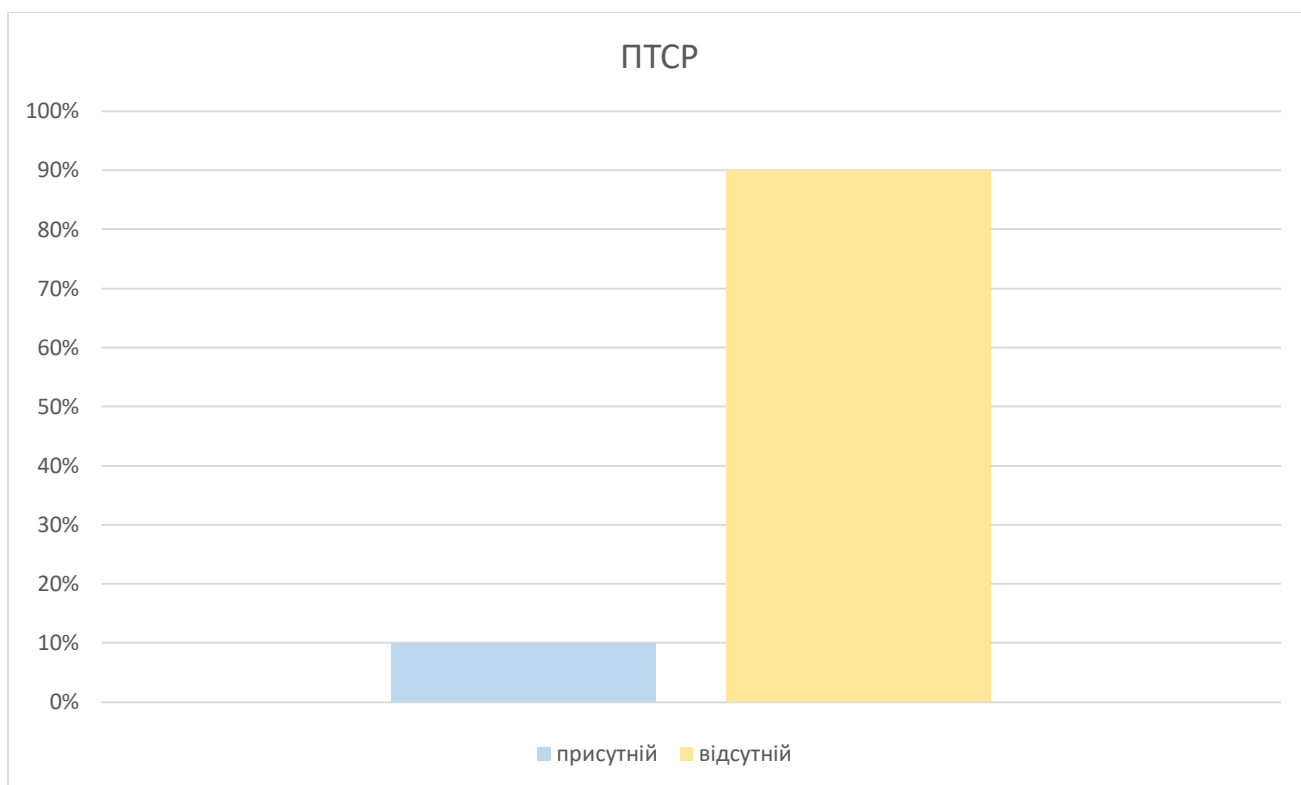


Рис. 2.1 Наявність синдрому ПТСР

Аналізуючи результати, ми можемо помітити, що синдром посттравматичного стресового розладу не виявляється у 90% опитуваних, присутні симптоми синдрому у 10%. Можемо припустити, що в осіб з високим показником рівня ПТСР частіше зустрічається симптоми ситуативної тривожності, через вплив травмуючих подій.

Згідно методики на виявлення рівня ПТСР за опитувальником PCL-5, яка містить відкрите питання «Будь ласка коротко опишіть подію». У результаті опрацювання ми змогли отримати такі відповіді, що 71.8% обрали варіант пропустити, що може свідчити що люди або не готові говорити про ситуацію, яка з ними відбулась, бо вона викликає у них сильне занепокоєння, або знецінюють цю подію не вважаючи що вона принесла їм певної шкоди. Для 14.8% подія, яка принесла їм шкоди стала війна, ми можемо припустити що люди включають сюди інші події, які були пов'язані з цим, такі як переїзд чи втрата домівки, проживання в окупації, втрата близьких та інші. Ще для 5.2% цієї подією вважається розрив стосунків, що безпосередньо впливає на емоційний стан людини. У 8.2% втрата домівки вважається подією, яка на них вплинула, це

можна зрозуміти, оскільки люди змінили своє місце проживання, ймовірно втратили те, що багато років збирали та цінували. Тобто, більшість респондентів мають певну подію, яка тим чи іншим чином вплинула на їхнє життя.

Наступним етапом дослідження являється виявлення рівня депресивних реакцій досліджуваних. Провівши аналіз результатів, ми схематично можемо зобразити їх так:

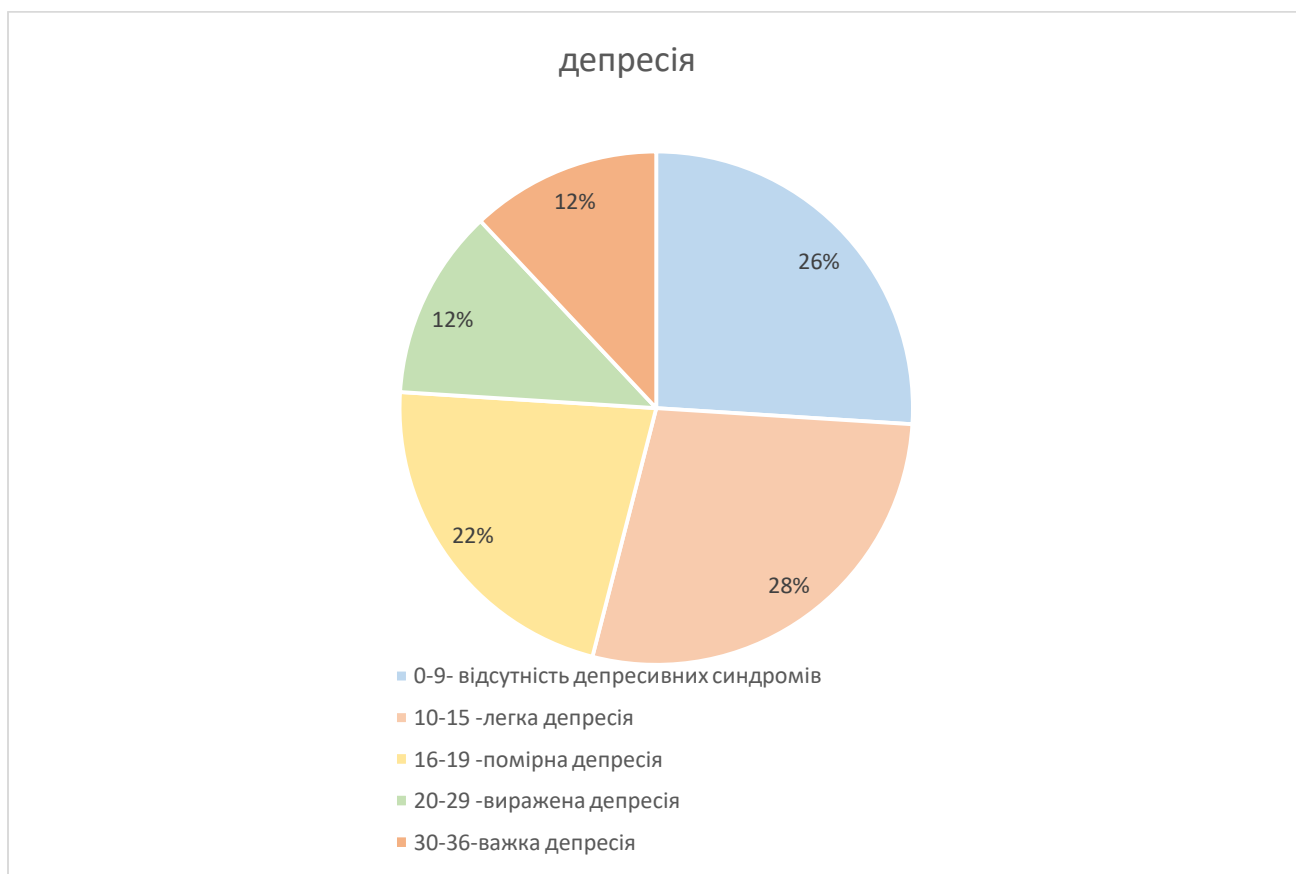


Рис. 2.2 Особливості прояву депресивних симптомів досліджуваних

Аналізуючи результати, ми можемо спостерігати, що повністю відсутні симптоми депресії у 26% досліджуваних, симптоми легкої депресії виявлено у 28%,помірну депресію ми можемо спостерігати у 22% досліджуваних, симптоми вираженої депресії у 12% та важка депресія у 12% респондентів.

Згідно цього, було виявлено, що більша частина респондентів страждає від тих, чи інших депресивних симптомів та відноситься до людей, які перебувають у групі ризику, що схильні та можуть страждати від депресивних розладів. Особливу увагу слід звернути на осіб, які мають симптоми сильно

вираженої(12%) депресії, ми можемо вважати що за відсутності відповідної психологічної допомоги та підтримки з боку найрідніших та допомоги спеціалістів, ці симптоми можуть перерости у затяжний депресивний розлад. У 12% респондентів ми можемо спостерігати симптоми важкої депресії, що потребують негайного втручання.

Результати дослідження показують нам той факт, що майже кожен з досліджуваних більшою чи меншою мірою перебуває під впливом травмуючих ситуацій та несприятливих умов життя. Ми також можемо припустити, що такою травмуючою подією стала українсько-російська війна та вимушеність покинути власні домівки та пересуватися у невідомому напрямку.

Наступним етапом дослідження було виявити рівень ситуативної тривожності в опитуваних осіб. Графічно, результати дослідження зображені на Рис. 2.3.



Рис. 2.3 Співвідношення рівня ситуативної тривожності

Проаналізувавши відповіді досліджуваних, було виявлено переважання високого рівня тривожності у 85% опитаних, помірний рівень тривожності- 13%

та низький рівень у 2% досліджуваних. Слід зауважити, що високий рівень ситуативної тривожності(85%) у тимчасово переселених осіб, характеризується суб'єктивно пережитими емоціями у конкретних обставинах війни. Ми можемо припустити, що саме те, що особи були змушені покинути звичне для себе життя, роботу, дім, рідних та друзів змушує їх відчувати тривожність у відповідний момент.

2.3 Кореляційний аналіз

На основі отриманих у процесі дослідження результатів було проведено кореляційний аналіз. Кореляційний аналіз проводився для трьох методик:

- опитувальник PCL-5;
- опитувальник депресивності А. Бека;
- методика «Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (тест Спілбергера-Ханіна)».

За результатами, було виявлено прямолінійний кореляційний зв'язок між критерієм В(симптоми інтрузії) та ознаками депресії($r=0.54$, $p=0.01$) та ситуативною тривожністю($r=0.35$, $p=0,05$).

Чим більше особа відчуває ситуативну тривожність та ознаки депресивного стану тим більше у нею будуть проявлятися симптоми ПТСР такі як інтрузія.

Графічно даний зв'язок зображено на Рисунку 2.4. Оскільки симптоми інтрузії характерні проявом нав'язливими спогадами, дисоціативними реакціями, тригерами та страшними снами, закономірно, що він буде з'являтися після певних подій та нести за собою безпосередній вплив на психіку людини та на рівень ситуативної тривожності та прояв депресивних симптомів особливо у тимчасово переміщених осіб в умовах українсько-російської війни.



Рис. 2.4 Кореляційна плеяда критерію В синдром інтрузії та ситуативної тривожності і депресії

Встановлений прямолінійний кореляційний зв'язок між критерієм С (симптоми уникнення) та депресією ($r=0.49$, $p=0.01$) і ситуативною тривожністю ($r=0.36$, $p=0.01$). При високих показниках ситуативної тривожності та симптомів депресії показник ПТСР симптому уникнення є високим. (див Рис.2.5).

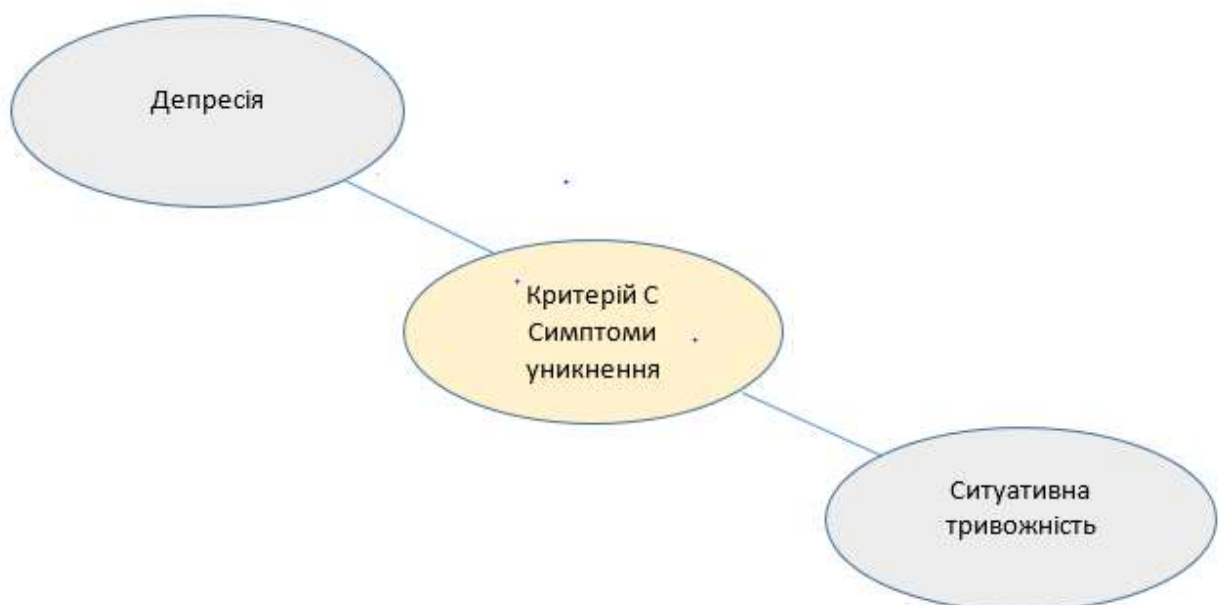


Рис 2.5 Кореляційна плеяда критерій С симптоми уникнення та ситуативної тривожності та депресії

Можемо припустити, що симптоми уникнення, а саме зниженням виявлення емоцій, почуттям відчуження, замкненість, зниження концентрації уваги, безпосередньо впливають на появу симптомів депресії та ситуативної тривожності.

Виявлено прямолінійний кореляційний зв'язок між критерієм D негативні думки та емоції та ситуативною тривожністю ($r=0.49$, $p=0.01$) та депресією ($r=0.71$, $p=0.01$). Чим вищий показник ситуативної тривожності та депресії, тим вищий прояв критерію D негативні думки та емоції. Ймовірно, що проблеми з появою негативних емоцій у тимчасово переселених осіб пов'язані з сильним впливом травмуючої ситуації та безпосереднім перебуванням у місцях військових дій, через неможливість виражати власні емоції у потрібній мірі та прояви захисних реакцій.



Рис. 2.6 Кореляційна плеяда критерій D негативні думки та емоції та ситуативної тривожності і депресії

Було виявлено прямий кореляційний зв'язок між критерієм E, надмірна реактивна тривожність та ситуативною тривожністю ($r=0.42$, $p=0.01$) і депресією ($r=0.75$, $p=0.01$). Чим більша показник депресивного синдрому, тим вищий показник симптомів надмірної тривожності.

Ймовірно, що надмірна реактивність проявляється у досліджуваних осіб через постійні споглядання на військову техніку та руйнації власних домівок, через події які їх оточували на регулярній основі та не можливість із ними впоратися.



Рис. 2.7 Кореляційна плеяда критерій Е, симптоми надмірної реактивності та ситуативної тривожності і депресії

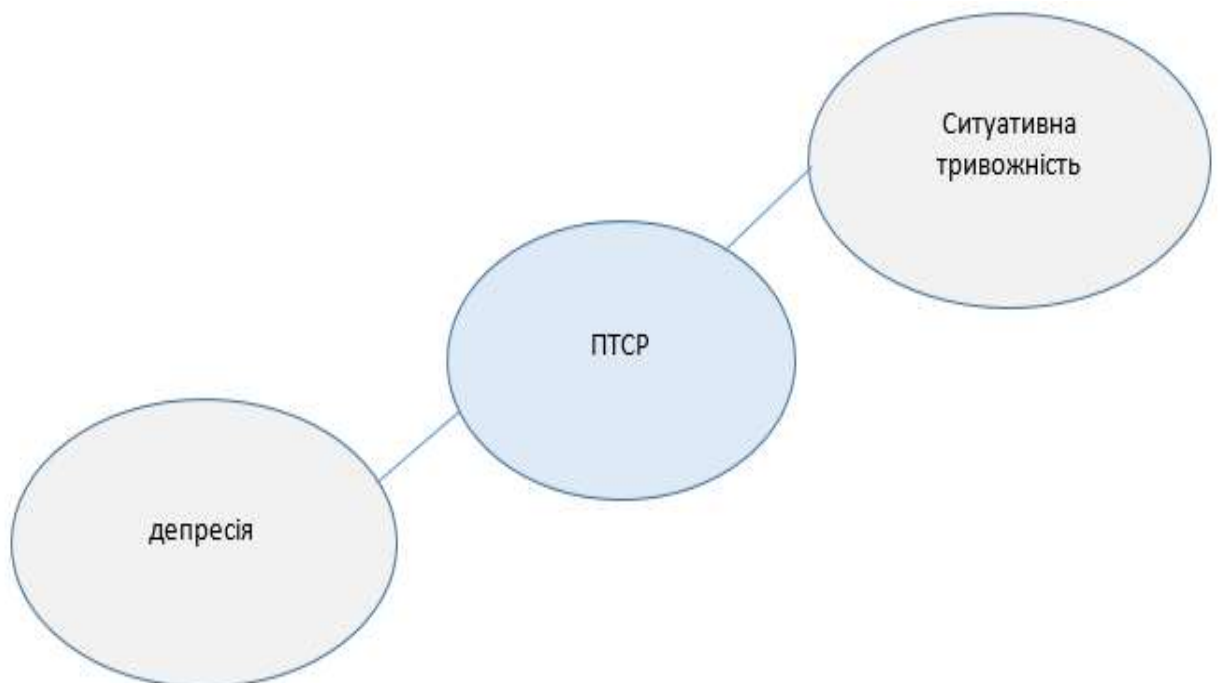


Рис.2.8 Кореляційна плеяда синдрому ПТСР та депресії і ситуативної тривожності.

Існував прямолінійний кореляційний зв'язок між симптомами ПТСР та ситуативною тривожністю ($r=0.48$, $p=0.01$) і депресією ($r=0.74$, $p=0.01$). (рис. 2.8). Чим більші показники ситуативної тривожності та симптомів депресії, тим більший показник прояву синдрому ПТСР. Ми можемо вважати, що симптоми депресії, а саме пригнічений настрій, безсоння та вплив негативних навколишніх подій, який підвищує ситуативну тривожність мають безпосередній вплив на рівень посттравматичного стресового розладу в опитаних.

Виходячи з результатів кореляційного аналізу, можна зробити висновки: встановлено, що люди, які мають високі прояви ситуативної тривожності та симптоми депресії більш схильні до прояву синдрому ПТСР, ніж люди у яких цих проявів було виявлено мінімально чи не виявлено взагалі. Таким чином, наша гіпотеза про те, що ймовірно, існує взаємозв'язок між симптомами депресії та ситуативної тривожності у виявленні ознак ПТСР знайшла своє підтвердження.

Висновок до 2-го розділу

Для дослідження було використано три психодіагностичні методики, які допомогли визначити у досліджуваних рівень ситуативної тривожності та депресії, та показали наявність посттравматичного стресового розладу. У результаті обробки та інтерпретації даних дослідження, було отримано відсоткові статистичні дані, по кожній проведеній методиці.

Згідно отриманих даних по одній із методик, було визначено, що симптоми депресії присутні у більшій половині досліджуваних (74%), з яких 12% з проявами критичного рівня депресії.

Зокрема, за допомогою іншої методики було виявлено, що майже у всіх (98%) досліджуваних ситуативну тривожність на досить високому рівні.

Проаналізувавши дані отримані за допомогою методики PCL-5, було виявлено серед усіх досліджених прояви посттравматичного стресового розладу у 10% опитаних. Найбільше проявлялися критерій D, негативні думки та емоції та критерію E, симптоми надмірної реактивності. За допомогою відкритого питання, ми змогли з'ясувати, що вплив мають ситуації такі як: війна, втрата домівки, втрата рідних, розрив відносин.

У процесі дослідження було використано кореляційний аналіз результатів дослідження. Були виявлені прямі позитивні кореляційні зв'язки у досліджуваних явищах. Таким чином, ми можемо вважати, що гіпотеза 1.високий рівень ситуативної тривожності; 2. Виражені прояви симптомів депресії підтвердженні.

ВИСНОВКИ

Багато людей за своє життя переживають події, які чинять на них травмуючий характер та сприяють безпосередньому розвитку травми. У давні часи люди не сприймали поняття «травма» і вважали симптоми, які про це свідчили будь-чим але не травмою. Дослідження цього поняття розглядалося через призму істерії, екзогенна травма, воєнного неврозу, синдром побитої жінки та безліч інших притаманних назв.

Зигмунд Фрейд приніс вагомий вклад для подальшої роботи та виділив основні твердження вчення травми.

Саме О. Феніхель виділив основні симптоми психологічної травми, такі як відтворення травматичної ситуації у вигляді думок, фантазій, циклічні неконтрольовані напади емоцій та інші типові ознаки. Вчені спочатку розрізняли, що травми отримані внаслідок насилля та війни не можуть стояти поряд та прирівнюватись до єдиного, про те згодом було доведено, що психологічний синдром у осіб які пережили ці події являється одним і тим же.

Спочатку перелік ситуацій, які вважалися травмуючими для людей був досить незначний та включав до себе тільки пов'язані випадки з насиллям, війною. Згодом цей перелік розширився та до нього були внесені безліч «звичайних» ситуацій, з котрими люди зустрічаються у житті кожного дня.

Наукова література включає до себе низку класифікацій психотравм: характеристика дитячих травм, травми за частотою провідного травмуючого фактора, етапи переживання травми та інші.

К. Еріксон, він зміг на понятійному рівні надати нам розуміння колективної та індивідуальної травми. Саме поняття «колективна травма було вжито ще за часів Голокосту та згодом досліджено багатьма вченими. Можна вважати, що травма має відношення до усіх без винятку громадян та субгруп, під її дією межа добра і зла, порядок та хаос розмивається, внаслідок чого сенси та ідентичність мають руйнівний характер.

Кожна історична подія несе вплив на суспільство та утворення у людей травм різного характеру. У період 2014-2022 року українське суспільство зазнало багато подій, які вплинули на виникнення психотравми, а саме вірус SARS- CoV-2 та війна. Вагомий внесок на появу затяжної тривоги, депресії, ПТСР та інших хворіб супроводжують проблеми із тривалою ізоляцією, втратою роботи та труднощами, які супроводжуються через фінансові проблеми, смерть близьких чи загострення стану здоров'я.

Ці проблеми неодмінно призводять до підвищення рівня тривожності, депресивності та ймовірного утворення посттравматичного стресового розладу.

Для виявлення цього було проведено імперичне дослідження, яке складалося із трьох методик та досліджувало прояви ситуативної тривожності, депресивності та ПТСР у тимчасово переселених осіб.

У результаті обробки та інтерпретації даних отриманих за допомогою дослідження рівня депресивності опитуваних, було виявлено, що симптоми важкої депресії присутні у 12% досліджуваних, при тому 26% опитаних не відчували симптомів депресії взагалі.

Рівень ситуативної тривожності у досліджуваних дуже високий, так було виявлено у 85% опитаних та 13% відчули помірну тривожність.

Згідно результатів присутній постратравматичний стресовий розлад було виявлено 10% респондентів. Найбільше при цьому було виражено прояви критерію D негативні думки та емоцій, а також критерію E симптоми надмірної реактивності.

В процесі дослідження було здійснено кореляційний та факторний аналізи. Виявлено прямі позитивні кореляційні зв'язки між досліджуваними явищами. Згідно цього, наша гіпотеза про те, що ймовірно, існує взаємозв'язок між симптомами депресії та ситуативної тривожності у виявленні ознак ПТСР знайшла своє підтвердження.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Байер О. Життєві кризи особистості: навч. посібник / О. О. Байер. Д.: Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. 244 с.
2. Бурбо Л. П'ять травм, які заважають бути самим собою. Москва: Софія, 2014.
3. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору: Д-р Дж. Герман; переклад з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів: Вид-во Старого Лева, 2015. – 416 с.
4. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією. К.: Віхола, 2021. 208с.
5. Соловйов О., Постковідний синдром: мультидисциплінарний підхід до ведення хворих. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 5 (498), 2021[електронний ресурс].
6. Елисеєв О. Практикум по психології личности / О.П.Елисеєв. СПб.: Питер, 2007. 214-218с.
7. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа. М.: Академический проект, 2007.
8. Католик Г, Корнієнко І. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям та постраждалим. Львів: Червона Калина, 2003. 124 с
9. Колодзін Б. Посттравматический стресс. М.: Школа реабилитации, 2001. 88 с.
10. Колодзін Б. Як жити після психічної травми / Б. Колодзін. – Москва: Шанс, 1992.
11. Котенов И. Психологическая диагностика постстрессовых состояний. Пермь, 1998. 42 с.
12. Красило Л. Соціально-гуманістичний аналіз психологічної травми / Л. І. Красило / Культурно-історична психологія, 2009. 83с.

13. Лабезная Е. Травматическая стрессовая ситуация и посттравматический адаптационный процесс // Психология состояний / Под ред. А. О. Прохорова. СПб., 2004. 373-385с.
14. Левін П. Пробудження тигра - зцілення травми. Природна здатність трансформувати екстремальні переживання / П. А. Левін, А. Леонова, Є. С. Мазур. Москва: АСТ, 2007.
15. Магомед-Эминов М. Ш. Предыстория концептуализации феномена ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) / Психология состояний: хрестоматия / Сост. Т. Н. Васильева, Г. Ш. Габдреева, А. О. Прохоров М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. 608 с.
16. Психологічна травма та шлях до видужання. Джудит Герман//Переклад: Оксана Наконечна, Оксана Лизак, Олександр Шлапак. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с
17. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Н.Є.Гоцуляк / Збірник наукових праць національної академії державної прикордонної служби України (серія: педагогічні та психологічні науки). № 1(74), 2015р.- 378-390 с.
18. Психология личности: словарь-справочник / за ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. К.: Рута, 2001, 320 с.
19. Пушкарев А. , Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. 128 с.
20. Решетников, М. М. Психическая травма: учебное пособие для бакалавриата, специалитета и магистратуры / М. М. Решетников. 2-е изд. М. : Издательство Юрайт, 2018. 200 с.
21. Сарджвеладзе Н., Беберашвілі З., Джавахишвили Д. та ін. Травма і психологічна допомога. М. : Сенса, 2007. 180 с
22. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с

23. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Биховець Ю.В. і ін. Практичний посібник з психології посттравматичного стресу. Ч.1 Теорія і методи. М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007, 208 с.; Ефективна терапія посттравматичного стресового розладу / Под ред. Е. Фoa, Т.М. Кіна, М. Фрідмана, М.: «Когито-Центр», 2005, 467 с.
24. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с. Бібліогр.: 149–159с.
25. Українська психологічна термінологія: словник-довідник. За ред. М.-Л. А. Чепи. К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010, 302 с.
26. Франкл В. Людина в пошуках сенсу: Збірник. М.: Прогрес, 1990, 368с.
27. Otte M. S. Persisting olfactory dysfunction in patients after recovering from COVID-19 / M. S. Otte, J. P. Klussmann, J. C. Luers // J. Infect. 2020.
28. Meek A. Trauma and Media. Theories, Histories and Images. London: Routledge, 2009. 232 p
29. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) [Електронний ресурс] / F.W. Weathers, D.D. Blake, P.P. Schnurr, D.G. Kaloupek, B.P. Marx, T.M. Keane : National Center for PTSD, 2013.
30. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Електронний ресурс] / F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane, P.A. Palmieri, P.P. Schnurr : National Center for PTSD, 2013.
31. Post COVID-19 condition (Long COVID) [електронний ресурс] Т.М. World Health Organization in Sri Lanka, 2021
32. Depressive Symptoms Increase as COVID Pandemic Continues [електронний ресурс] Т.М. Medscape Education, 2021

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник PCL-5

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4

8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4

16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Додаток Б

Методика «Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна)»

Залежно від самопочуття в момент закресліть найвдалішу вам цифру: «1» – немає, це не так так; «2» – мабуть, так; «3» – вірно; «4» – цілком правильно.

1. Ви спокійні 1 2 3 4
2. Вам ніщо не загрожує 1 2 3 4
3. Ви перебуваєте у напрузі 1 2 3 4
4. Ви відчуваєте жаль 1 2 3 4
5. Ви почуваетесь вільно 1 2 3 4
6. Ви засмучені 1 2 3 4
7. Вас хвилюють можливі невдачі 1 2 3 4
8. Ви почуваетесь відпочилим людиною 1 2 3 4
9. Ви стурбовані 1 2 3 4
10. Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення 1 2 3 4
11. Ви абсолютно впевнені у собі 1 2 3 4
12. Ви нервуєте 1 2 3 4
13. Ви вважаєте собі місця 1 2 3 4

14. Ви роздуті 1 2 3 4
15. Ви відчуваєте скутості і напруження 1 2 3 4
16. Ви задоволені 1 2 3 4
17. Ви стурбовані 1 2 3 4
18. Ви занадто порушено і вас на собі 1 2 3 4
19. Вам радісно 1 2 3 4
20. Вам приємно 1 2 3 4

Додаток В

Опитувальник депресії Бека

№		
1	<p>0. Мені не сумно.</p> <p>1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим.</p> <p>2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.</p> <p>3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.</p>	
2	<p>0. Я спокійно думаю про майбутнє.</p> <p>1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.</p> <p>2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.</p> <p>3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.</p>	
3	<p>0. Я не відчуваю себе невдахою.</p> <p>1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.</p> <p>2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.</p> <p>3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)</p>	
4	<p>0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей.</p> <p>2. Я ні від чого не отримую задоволення.</p> <p>3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.</p>	

5	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини. 	
(6)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 2. Я допускаю, що заслуговую покарання. 3. Я вважаю, що маю бути покараний. 4. Я відчуваю, що доля карає мене. 	
7	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я в основному задоволений тим, ким я є. 1. Я незадоволений собою. 2. Я гидкий собі. 3. Я ненавиджу себе. 	
(8)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо. 	
9	<ul style="list-style-type: none"> 0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство. 3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство. 	
(10)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться. 	
(11)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюся легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже. 	
12	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не втратив цікавості до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі. 	

13	<p>0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям 2. рішень. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень.</p>	
14	<p>0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж 1. звичайно. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.</p>	
15	<p>0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе 2. братися до праці. Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати.</p>	
(16)	<p>0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.</p>	
17	<p>0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь- чим займатися.</p>	
18	<p>0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту.</p>	
(19)	<p>1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в жі: так / ні</p>	

(20)	<p>0. Моє тілесне здоров'я є добре.</p> <p>1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).</p> <p>2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами.</p> <p>3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.</p>	
(21)	<p>0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.</p> <p>1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.</p> <p>Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.</p> <p>3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.</p>	

Примітки:

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ:

Correlations								
	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	
VAR00001	Pearson Correlation	1	.598**	.751**	.635**	.871**	.537**	.347*
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000	5,5713E-13	0,000	0,031
	N	39	39	39	39	39	39	39
VAR00002	Pearson Correlation	.598**	1	-.579**	.505**	.703**	.491**	.364*
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,001	0,000	0,002	0,023
	N	39	39	39	39	39	39	39
VAR00003	Pearson Correlation	.751**	.579**	1	-.792**	.943**	.714**	.493**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000		0,000	2,4637E-19	0,000	0,001
	N	39	39	39	39	39	39	39
VAR00004	Pearson Correlation	.635**	.505**	-.792**	1	.879**	.752**	.417**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,001	0,000		1,79886E-13	0,000	0,008
	N	39	39	39	39	39	39	39
VAR00005	Pearson Correlation	.871**	.703**	-.943**	.879**	1	.742**	.477**
	Sig. (2-tailed)	5,5713E-13	0,000	2,4637E-19	1,79886E-13		0,000	0,002
	N	39	39	39	39	39	39	39
VAR00006	Pearson Correlation	.537**	.491**	.714**	.752**	.742**	1	.912**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000		6,52094E-16
	N	39	39	39	39	39	39	39
VAR00007	Pearson Correlation	.347*	.364*	-.493**	.417**	.477**	.912**	1
	Sig. (2-tailed)	0,031	0,023	0,001	0,008	0,002	6,52094E-16	
	N	39	39	39	39	39	39	39

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
 * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).