

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

**Факультету управління персоналу, соціології та психології
Кафедри педагогіки та психології**

галузь знань 05 Соціальні науки, журналістика,
інформація та міжнародні відносини
спеціальність С4 Психологія

**Освітньо-професійна програма «Економічна та соціальна психологія»
Форма навчання: денна**

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

**СТАТЕВО-ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ МОРАЛЬНОЇ
ТРАВМИ**

здобувачки Коновалової Владислави Юріївни _____

Науковий керівник: к.психол.н., доц.

_____ Ліна КОЛЕСНІЧЕНКО

**Кваліфікаційна магістерська робота допущена до захисту в
Екзаменаційній комісії з атестації здобувачів вищої освіти**

Завідувач кафедри: д.п.н., проф.

_____ Марина АРТЮШИНА

Київ 2025

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультету управління персоналу, соціології та психології

Кафедри педагогіки та психології

галузь знань 05 Соціальні науки, журналістика,
інформація та міжнародні відносини
спеціальність С4 Психологія

Освітньо-професійна програма «Економічна та соціальна психологія»

ПОГОДЖЕНО

Керівниця проектної групи (гарантка)
освітньо-професійної програми

_____ Людмила МУЗИЧКО

«...» _____ 2025 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувачка кафедри
педагогіки та психології

_____ Марина АРТЮШИНА

«...» _____ 2025 р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

Здобувачці Коноваловій Владиславі Юріївні

денної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи

на тему: «Статеві-вікові особливості переживання моральної травми»

Тему затверджено наказом ректора Університету від «01» вересня 2025 р. № 1238-ст

Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених, інтернет-джерелах з теми дослідження.

План кваліфікаційної магістерської роботи

Розділ 1	Теоретико-методологічні засади дослідження проблеми моральної травми
Розділ 2	Адаптація методики «Moral Injury Outcome Scale, MIOS (Brett T. Litz and at) на українській вибірці
Розділ 3	Емпіричне дослідження статево-вікових особливостей переживання моральної травми
Об'єкт дослідження:	Переживання моральної травми
Предмет дослідження:	Статево-вікові особливості переживання моральної травми
Мета роботи:	Теоретичний аналіз підходів до розуміння моральної травми та визначення статево-вікових особливостей переживання моральної травми

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1	Здійснити теоретичний аналіз підходів до розуміння психологічної травми та моральної травми. Розглянути різні аспекти моральної травми, а саме, порушення моральної ідентичності; дезінтеграція ціннісної системи; переживання провини, сорому, зради, втрати смислів; екзистенційний розлад внутрішньої цілісності особистості.
У розділі 2	Адаптувати англomовну методику «Moral Injury Outcome Scale, MIOS (Brett T. Litz and at) на українській вибірці
У розділі 3	Визначити рівні прояву моральної травми та її складових. Встановити статеві та вікові відмінності переживання моральної травми в досліджуваних

Завдання підготувала
наукова керівниця

Ліна КОЛЕСНІЧЕНКО

«06» вересня 2025 р.

Завдання одержала
здобувачка

Владислава КОНОВАЛОВА

«06 » вересня 2025 р.

Реферат

«Статеві-вікові особливості переживання моральної травми»

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 51 найменування. У дослідженні вміщено 6 рисунків, 18 таблиць. Основний зміст викладено на 68 сторінках. Робота не містить додатків. Також робота містить результати практичної наукової діяльності:

1. Тези, опубліковані у матеріалах 92-ої щорічної студентської наукової конференції «Інноваційні рішення для відродження України у глобальній парадигмі конкурентоспроможності» тему «Діагностика моральної травми: сучасний стан та перспективи». Київ, 8 травня 2025р.

Об'єкт дослідження – переживання моральної травми

Предмет дослідження – статеві-вікові особливості переживання моральної травми.

Мета дослідження – теоретичний аналіз підходів до розуміння моральної травми та визначення статеві-вікових особливостей переживання моральної травми

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати основні теоретичні підходи до розуміння феномену психологічної травми у працях зарубіжних та українських учених.
2. Розкрити підходи до тлумачення моральної травми.
3. Адаптувати англійську методику Moral Injury Outcome Scale (MIOS) автори Brett T. Litz et al.
4. Визначити рівні прояву моральної травми та її складових у досліджуваних.
5. Дослідити особливості переживання моральної травми у представників різної статі та різних вікових періодів.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз, систематизація й узагальнення даних представлених у Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та систематизацію наукових джерел, що стосуються теми дослідження;

Емпіричні, ґрунтувалася на використанні психодіагностичних методик:

Анкета здоров'я людини (Patient Health Questionnaire (PHQ-9), автори Kurt Kroenke, Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams; Шкала оцінки моральної травми (Moral Injury Outcome Scale (MIOS) автори Brett T. Litz et al., адаптація

Коновалова В., Колесніченко Л.; Шкала симптомів моральної травми (Moral Injury Symptom Scale), автори Koenig H.G., Ames D., Youssef N.A., Pearce M.J. et al., адаптація Засєкіна Л., Козігора М.

Математико-статистичні: описова статистика, процедури визначення рівня дискримінативності за δ (дельта) коефіцієнтом Фергюсона, факторний аналіз (комп'ютерна програма Jamovi), коефіцієнт альфа-Кронбаха (Jamovi), t-критерій Ст'юдента для незалежних вимірів, процедура перевірки на відповідність нормальному розподілу даних М. Плохинського, дисперсійний аналіз (ANOVA) за критеріями Краскала-Уолліса, кореляційний аналіз за коефіцієнтом лінійної кореляції К. Пірсона.

Основні результати дослідження: Теоретично проаналізовані та узагальнені підходи до розуміння психологічної та моральної травми.

Була проведена адаптація англomовної методики «Moral Injury Outcome Scale, MIOS (Brett T. Litz and at) на українській вибірці. Українськомовна версія методики була скорочена до 12 тверджень, має дві незалежні шкали та загальний показник моральної травми.

Емпірично досліджено прояви моральної травми у 164 особи, які проживають в Україні. Встановлені статеві-вікові відмінності переживання моральної травми, а саме жінки продемонстрували вищі середні показники за інтегральним індексом моральної травми та шкалою сорому й самозвинувачення порівняно з чоловіками, тоді як між віковими групами за загальним рівнем моральної травми виявлено лише незначні тенденції без виразної диференціації.

Були виявлені статистично незначущі відмінності між статтю за показниками загального рівня моральної травми та емоційного компоненту (сором, самозвинувачення), тоді як за показниками порушення довіри до інших людей і міжособистісну відчуженість встановлені значущі відмінності між жінками та чоловіками. Також встановлені значущі відмінності між переживаннями порушення довіри у вікових групах 18-25 років та 26-44, у більш молодшій групі рівень порушення довіри вищий.

Рік виконання кваліфікаційної магістерської роботи: 2025.

Рік захисту роботи: 2025.

Ключові слова: психологічна травма, моральна травма, сором, провина, статево-вікові особливості переживання моральної травми.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМИ НА МІЖОСОБИСТІСНІ СТОСУНКИ.....	6
1.1. Психологічна травма: підходи до розуміння травми, типи травм та механізми реагування на травму.....	6
1.2. Підходи до вивчення моральної травми, структура та статево-вікові особливості її переживання.....	19
Висновок до I розділу	25
РОЗДІЛ II. АДАПТАЦІЯ МЕТОДИКИ НА УКРАЇНСЬКІЙ ВИБІРЦІ ШКАЛА ОЦІНКИ МОРАЛЬНОЇ ТРАВМИ» (MIOS, 2022).....	27
2.1. Організація та методика проведення адаптації методики.....	27
2.2. Перевірка на дискримінативність запитань.....	35
2.3. Перевірка внутрішньої структури методики.....	37
2.4. Перевірка надійності-узгодженості шкал.....	39
2.5. Перевірка конвергентної валідності.....	38
2.6. Стандартизація шкал методики (розробка тестових норм).....	41
2.7. Опис шкал для інтерпретації індивідуального результату.....	43
2.8. Перевірка надійності та стійкості методики в часі.....	44
Висновок до II розділу	48
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМИ НА МІЖОСОБИСТІСНІ СТОСУНКИ	52
3.1. Процедура дослідження: опис методик та розподіл вибірки за критеріями.....	52
3.2. Аналіз отриманих результатів.....	59
Висновок до III розділу	64
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68

ВСТУП

Сучасні соціальні реалії, позначені воєнними подіями, моральними дилемами, кризами цінностей та екзистенційними викликами, актуалізують проблему моральної травми як глибокого психологічного переживання, пов'язаного з порушенням базових етичних переконань і моральної ідентичності особистості. Моральна травма виникає в ситуаціях, коли людина стає свідком, учасником або вимушеним співучасником дій, що суперечать її уявленням про добро, справедливість і відповідальність, що призводить до внутрішнього конфлікту та дезінтеграції ціннісно-смислової сфери.

Переживання моральної травми має індивідуально зумовлений характер і не може розглядатися як універсальний або однорідний процес. Його специфіка значною мірою визначається соціально-демографічними чинниками, зокрема статтю та віком особистості. Гендерні ролі, культурні очікування щодо чоловічої й жіночої поведінки, а також вікові особливості життєвого досвіду, рівень сформованості моральної ідентичності та здатність до рефлексії впливають на те, як саме особистість осмислює морально травматичні події та інтегрує їх у власний життєвий досвід.

Проблема моральної травми знайшла відображення у працях таких зарубіжних дослідників, як Maercker A., Horn A. B., McDonald, Nash W. P., Litz B. T., Nazarov A., Fikretoglu D., Liu A., Thompson M., Zamorski M. A., Nuttman-Shwartz O., Shoval-Zuckerman, O'Connor A., які розглядали цей феномен у контексті військового досвіду, а також у роботах оглядового характеру (T. Molendijk, W. Haight, J. Hollis), що аналізують концептуальні й методологічні питання. В українській психологічній науці проблема моральної травми набула особливої актуальності в умовах воєнних подій. Зокрема, у працях Т. Федотової, Н. Солонської, М. Козігори та інших вітчизняних дослідників моральна травма розглядається як наслідок переживання морального вибору, втрати ціннісних

орієнтирів і порушення моральної самототожності особистості в екстремальних умовах.

Незважаючи на зростання кількості досліджень, проблема статево-вікових особливостей переживання моральної травми залишається недостатньо розробленою. Більшість наукових праць зосереджена на описі самого феномену моральної травми, тоді як вплив статі та віку на специфіку її переживання потребує подальшого емпіричного вивчення.

Актуальність теми зумовлена необхідністю глибшого розуміння того, як стать і вік пов'язані з особливостями переживання моральної травми. Вивчення цих аспектів є важливим для розробки диференційованих психодіагностичних і психотерапевтичних підходів, а також для підвищення ефективності психологічної допомоги особам, які зазнали моральної травматизації.

Мета дослідження – теоретичний аналіз підходів до розуміння моральної травми та визначення статево-вікових особливостей переживання моральної травми.

Об'єкт дослідження – переживання моральної травми.

Предмет дослідження – статево-вікові особливості переживання моральної травми.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати основні теоретичні підходи до розуміння феномену психологічної травми у працях зарубіжних та українських учених.
2. Розкрити підходи до тлумачення моральної травми.
3. Адаптувати англomовну методику Moral Injury Outcome Scale (MIOS) автори Brett T. Litz et al.
4. Визначити рівні прояву моральної травми та її складових у досліджуваних.
5. Дослідити особливості переживання моральної травми у представників різної статі та різних вікових періодів.

Методи дослідження включають

Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та систематизацію наукових джерел, що стосуються теми дослідження;

Емпіричні, ґрунтувалася на використанні психодіагностичних методик:

Анкета здоров'я людини (Patient Health Questionnaire (PHQ-9), автори Kurt Kroenke, Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams; Шкала оцінки моральної травми (Moral Injury Outcome Scale (MIOS) автори Brett T. Litz et al., адаптація Коновалова В., Колесніченко Л.; Шкала симптомів моральної травми (Moral Injury Symptom Scale), автори Koenig H.G., Ames D., Youssef N.A., Pearce M.J. et al., адаптація Засєкіна Л., Козігора М.

Математико-статистичні: описова статистика, процедури визначення рівня дискримінативності за δ (дельта) коефіцієнтом Фергюсона, факторний аналіз (комп'ютерна програма Jamovi), коефіцієнт альфа-Кронбаха (Jamovi), t-критерій Стюдента для незалежних вимірів, процедура перевірки на відповідність нормальному розподілу даних М. Плогінського, дисперсійний аналіз (ANOVA) за критеріями Краскала-Уолліса (Jamovi), кореляційний аналіз за коефіцієнтом лінійної кореляції К. Пірсона.

Теоретичне значення дослідження полягає в поглибленні розуміння феномену моральної травми, систематизації існуючих підходів до її вивчення та окреслення вплив статі та віку на специфіку її переживання.

Практичне значення. Отримані дані можуть бути використані для розробки диференційованих психологічних втручань та програм підтримки осіб, які пережили моральну травму, з урахуванням їх статево-вікових особливостей. Адаптована методика може використовуватися в психологічних дослідженнях.

Структура роботи включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел і додатки. Кожен із розділів спрямований на послідовне розкриття мети та завдань дослідження.

РОЗДІЛ І.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СТАТЕВО-ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ МОРАЛЬНОЇ ТРАВМИ

1.1. Психологічна травма: підходи до розуміння травми, типи травм та механізми реагування на травму

Психологічна травма є складним явищем, яке виникає внаслідок впливу травмуючих подій на психіку людини. Такі події часто характеризуються несподіваністю, неочікуваністю та приголомшливістю, виходячи за межі звичайного досвіду. Це може бути аварія, пожежа, насильство, раптова втрата близької людини або інші події, що мають сильний емоційний вплив.

Травмуючі події можуть бути одиничними, що називаються монотравмами, або множинними, які отримали назву мультитравм. У випадку мультитравми людина переживає кілька травмуючих ситуацій одночасно чи у короткий проміжок часу. Наприклад, у зоні воєнного конфлікту людина може отримати контузію від вибуху і водночас втратити близьку людину через той самий вибух. Наслідки мультитравми зазвичай важчі, ніж наслідки монотравми, адже вплив кількох травмуючих факторів значно ускладнює процес психологічного відновлення.

Близьким до поняття мультитравми є термін «політравма», який описує множинні, поєднані або комбіновані травми. Політравма виникає внаслідок дії різних травмувальних чинників, які можуть діяти не обов'язково одночасно. Наприклад, це можуть бути фізичні ушкодження у поєднанні з психологічним впливом трагічної події [2].

Окреме значення має поняття повторюваної травми, що виникає внаслідок тривалих жорстоких ситуацій, таких як домашнє насильство, війна або постійна зрада. У таких випадках травмуюча ситуація характеризується повторенням схожих подій, що посилюють психологічний дискомфорт і створюють хронічний стрес для постраждалої людини. Під час роботи з наслідками повторюваної травми важливо визначити найбільш значущі чи інтенсивні події для людини, щоб забезпечити ефективну допомогу.

Травматичні події XX і XXI століть, такі як війни, Голокост, расистські та етнічні переслідування, а також зростання соціального насильства, привернули увагу суспільства до питань травматизації та її наслідків. Особливу увагу почали приділяти також проблемам насильства в сім'ї, жорстокого поводження та сексуального зловживання дітьми. Усе це зробило розробку теорій травматизації та методів подолання її наслідків одним із ключових завдань сучасного психоаналізу [3].

З одного боку, важливо глибше зрозуміти природу деструкції, яку спричиняє насильство, і те, як ці події впливають на психіку людини. З іншого боку, постає необхідність перегляду терапевтичних підходів, щоб оцінити їхню ефективність у роботі з травмою. Важливо не лише вивчати наслідки травматичних подій, але й створювати нові способи допомоги тим, хто постраждав.

Довгий час питання травми та її впливу залишалися на периферії психоаналітичних досліджень. Політичне й соціальне насильство не отримувало належної уваги в цій сфері. Багато психоаналітичних концепцій характеризувалися певною амбівалентністю щодо цих питань. Однією з причин цього є те, що психоаналітична практика дедалі більше фокусувалася на стосунках між аналітиком і пацієнтом у межах терапевтичної ситуації. Такий підхід концентрується на «тут і тепер» — значеннях і динаміці, які розгортаються безпосередньо під час сеансу.

Сучасні теорії, зокрема інтерсуб'єктивні, конструктивістські та наративні підходи, пропонують новий погляд на те, як людина сприймає себе і світ навколо. Вони підкреслюють, що ці сприйняття є складними, постійно змінюються і формуються у взаємодії з іншими людьми. У цьому контексті досвід людини розглядається як процес, що постійно переосмислюється в інтерсуб'єктивних стосунках між пацієнтом і аналітиком [1].

Завдання психоаналізу сьогодні полягає не лише в тому, щоб зрозуміти минуле пацієнта, але й у тому, щоб допомогти йому знайти нові значення свого досвіду в теперішньому моменті. Це відкриває нові можливості для роботи з

травмою та її наслідками, дозволяючи створювати більш гнучкі й ефективні терапевтичні підходи.

Психічна травма є складним і багатогранним явищем, яке виникає внаслідок впливу на психіку людини особисто значущих подій або інформації, що перевищує можливості її психологічного захисту. Це явище має глибокі корені в історії психології, а його дослідження почалося ще наприкінці XIX століття. Зокрема, значний внесок у розуміння психотравми зробив Зігмунд Фройд, який у своїх роботах зазначав, що багато симптомів істерії його пацієнтів були наслідком саме психічних травм.

Травматичний досвід є специфічним за своєю природою. Він характеризується порушенням психічного простору, руйнуванням символізації та надмірністю афективних переживань. Унікальність травми полягає в тому, що вона не лише впливає на психіку, але й залишає незворотний слід у тілі, що проявляється на рівні органічного субстрату психічного функціонування. Це означає, що травма має не лише психологічний, але й фізіологічний вимір, який робить її особливо складною для розуміння та лікування [19].

У контексті постмодерністських підходів до психології проблема травми набуває нових акцентів. Сучасні теорії часто фокусуються на соціальних та інтерсуб'єктивних аспектах людського досвіду, проте цього недостатньо для повного розуміння травматичних переживань. Травма проривається крізь захисні механізми психіки, руйнуючи звичну текстуру сприйняття та переживання. Це вимагає більш комплексного підходу, який враховує як психологічні, так і тілесні аспекти травматичного досвіду.

Тілесність у контексті травми є надзвичайно важливою. Травма залишає відбиток у тілі, що може проявлятися у вигляді соматичних симптомів або навіть хронічних захворювань. Тілесний вимір травми також є одним із ключових елементів її терапії. Наприклад, сучасні підходи до лікування травматичних станів часто включають тілесно-орієнтовані методики, які допомагають пацієнтам відновити зв'язок із власним тілом і знизити рівень напруги.

Психологічна травма також пов'язана з особливостями особистості людини та її здатністю до адаптації. Недостатність механізмів психологічного захисту може сприяти розвитку психічного захворювання після пережитої травми. Водночас індивідуальні риси особистості, такі як стійкість або здатність до рефлексії, можуть відігравати важливу роль у процесі подолання наслідків травматичних подій.

Загалом, психічна травма є складним феноменом, який потребує глибокого розуміння та багатоаспектного підходу до її дослідження і терапії. Вона не лише впливає на психологічний стан людини, але й змінює її тілесний досвід, вимагаючи інтеграції цих двох аспектів у процесі лікування [48].

Психотравма є однією з найскладніших тем у сучасній психології. Дональд Калшед, представник юнгіанського психоаналізу, у своїй праці «Внутрішній світ травми» розглядає це поняття як будь-яке переживання, що викликає глибокі душевні страждання. Він наголошує, що травма може виникати не тільки через зовнішні події, але й через внутрішні процеси самої психіки.

Д. Калшед описує механізм реагування психіки на травму. Спочатку зовнішня травма трансформується у внутрішню «самотравмуючу силу», яка запускає процес малігнізації — перетворення психологічних захистів із системи збереження психіки на систему її самознищення. Ці захисти переходять на примітивний, архаїчний рівень, що проявляється у відході від реальності, розщепленні особистості, аутистичних станах, виникненні множинних ідентичностей та втраті сенсу існування [18].

Травмована психіка регресує, що ускладнює звернення до її раціональної частини. Примітивні захисти покликані запобігти повному руйнуванню особистості, але водночас вони можуть посилювати внутрішню травматизацію. Калшед дійшов висновку, що травмована психіка має тенденцію до повторення травматичного досвіду через синдром нав'язливого повторення. Люди, які пережили травму, часто опиняються в ситуаціях, де вони знову і знову стикаються з аналогічними травматичними переживаннями.

Цей феномен перегукується з концепцією «неврозу долі», описаною Зигмундом Фройдом. Він зазначав, що люди схильні повторювати свій травмівний досвід у житті, ніби «наступаючи на одні й ті самі граблі». Наприклад, особа з травмою приниження часто потрапляє в ситуації, де її принижують, а людина з травмою зради постійно стикається зі зрадою. Психотравма є не лише наслідком зовнішніх подій, але й складним внутрішнім процесом, який впливає на поведінку і життєві сценарії людини [17].

Психологічна травма – це складний феномен, який привертає дедалі більше уваги в сучасній психології. Її природа пов'язана із сильними емоційними переживаннями, що виникають у відповідь на несприятливі або загрозливі життєві обставини. Відчуття тривоги, безпорадності, невизначеності та втрати здатності до саморегуляції є ключовими ознаками цього стану. Усе це впливає на функціонування особистості, її здатність адаптуватися до навколишнього середовища та навіть на її подальший розвиток.

Дональд Калшед зазначає, що існують психічні травми, які настільки глибокі, що можуть бути несумісними із життям особистості. Це схоже на фізичні травми, які несумісні з життям тіла. У таких випадках особистість, якою вона була до травми, фактично зникає. Однак, на відміну від фізичних травм, ця втрата може бути не остаточною. Відновлення після психічної травми потребує довготривалого процесу, який починається зі встановлення довіри між людиною і психологом. Саме через розуміння і співчуття спеціаліста поступово відновлюються нормальні захисні механізми психіки, а згодом повертається втрачене відчуття сенсу життя.

Психічна травма часто виникає як реакція на раптову подію, яка перевищує можливості людини ефективно її контролювати. Це прорив захисного бар'єру психіки, що супроводжується сильним емоційним потрясінням. Людина в таких ситуаціях стикається із відчуттями тривоги і невизначеності, що можуть паралізувати її здатність діяти і приймати рішення [16].

Визначення поняття «психологічна травма» також має свої особливості. У психологічній енциклопедії вона описується як шкода, завдана психічному

здоров'ю людини внаслідок впливу несприятливих факторів навколишнього середовища або стресових ситуацій. Тетяна Титаренко доповнює це трактування, наголошуючи на залишкових явищах афективних переживань, які спричиняють дискомфорт і мають патогенний вплив на особистість. У метафоричному сенсі психологічна травма – це будь-яке потрясіння психіки, яке суттєво впливає на функціонування людини.

Людмила Заграй пропонує розглядати психологічну травму через призму суб'єктивної інтерпретації ситуації. Вона наголошує на важливості того, як людина сприймає подію, її здатності контролювати ситуацію та зменшувати власну вразливість. Таким чином, психологічна травма є реакцією на обставини, які викликають тривалі негативні емоційні переживання. Особливу увагу варто приділити тому, як людина рефлексує ці переживання та осмислює їх у контексті свого життя.

Дослідження психологічної травми показують, що її вплив залежить не лише від зовнішніх факторів, але й від внутрішніх характеристик особистості. Суб'єктивне ставлення до ситуації відіграє ключову роль у тому, наскільки травматичним буде досвід для конкретної людини. Ця ідея базується на концепціях К. Левіна про суб'єктивну ситуацію, Л. Виготського про психологічний життєвий простір та У. Томаса про визначення ситуації через її аналіз [3].

Психологічна травма є однією з найактуальніших тем у сучасній психології, адже вона впливає не лише на індивідуальне благополуччя людини, але й на її здатність функціонувати у соціумі. У науковій літературі психологічна травма визначається як стан сильного страху, що виникає у відповідь на раптову подію, яка загрожує життю або безпеці людини. Цей страх настільки інтенсивний, що перевищує адаптаційні можливості особистості, позбавляючи її здатності ефективно реагувати на ситуацію.

Дослідники, такі як Пітер Левін, розглядають психологічну травму як прорив у бар'єрі, що зазвичай захищає психіку людини від зовнішніх загроз. Цей прорив супроводжується почуттям безпорадності та пригніченості. Левін

наголошує, що руйнівна сила травми залежить від значущості події для конкретної людини, її психологічної захищеності та здатності до саморегуляції. Важливим аспектом є також відсутність ресурсів для подолання травматичної ситуації, що значно ускладнює процес відновлення.

Експертка Е. Мазур пропонує ширше визначення психологічної травми, розглядаючи її як реакцію особистості на стресові життєві події. До таких подій вона відносить війни, терористичні акти, стихійні лиха, аварії, фізичне чи емоційне насильство, серйозні захворювання, втрати та міжособистісні конфлікти. Цей підхід підкреслює універсальність травматичного досвіду, адже кожна людина у своєму житті може зіткнутися зі складними обставинами, які залишають глибокий слід у її психіці [4].

Розглядаючи психологічну травму через призму екзистенційної психології, можна зробити висновок, що вона є невід'ємною частиною людського досвіду. Життя сповнене викликів і випробувань, які можуть залишати як короткочасні, так і довготривалі наслідки. Однак важливо пам'ятати, що здатність до відновлення багато в чому залежить від внутрішніх і зовнішніх ресурсів людини, а також від підтримки з боку соціального оточення.

Психологічна травма є складним і багатовимірним феноменом, який потребує глибокого розуміння і комплексного підходу. Важливим завданням сучасної психології є розробка ефективних методів допомоги людям у подоланні травматичних переживань та зміцненні їхньої здатності до адаптації в умовах стресу.

Поняття психологічної травми є багатограним і включає як зовнішні обставини, так і внутрішні переживання людини. Її дослідження вимагає врахування індивідуальних особливостей кожної особистості та глибокого аналізу суб'єктивного сприйняття ситуації. У цьому контексті важливо розуміти, що процес лікування психологічної травми потребує не лише професійного підходу, але й емпатії та довіри між людиною і терапевтом [5].

Психологічна травма є складним феноменом, що впливає на різні аспекти життя людини, включаючи її фізичне, емоційне та соціальне благополуччя. Ця

тема привернула увагу багатьох дослідників, які зробили значний внесок у розуміння природи травми та розробку ефективних методів її лікування. Серед них варто відзначити Бессела ван дер Колка, Джудіт Герман, Пітера Левіна.

Бессел ван дер Колк — один із провідних дослідників у сфері психологічної травми. Його робота зосереджена на вивченні впливу травматичних подій на мозок, тіло та психіку людини. Він приділяв особливу увагу феномену дисоціації та посттравматичного стресового розладу (ПТСР), досліджуючи, як травма змінює структуру і функцію мозку. Ван дер Колк також підтримує інноваційні методи лікування, орієнтовані на тіло, наприклад сенсомоторну терапію. Його книга «Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому» стала важливим джерелом знань для фахівців і людей, які шукають шляхи зцілення [6].

Джудіт Герман зробила вагомий внесок у розробку моделі лікування травми. У своїй праці «Травма та зцілення» вона запропонувала трьохетапний підхід до роботи з травмою: стабілізація, реконструкція досвіду та реінтеграція. Ця модель допомагає людині поступово відновлювати контроль над своїм життям, працюючи через стабілізацію емоційного стану, переосмислення травматичного досвіду та інтеграцію нових навичок у повсякденне життя.

Пітер Левін розробив концепцію соматичного досвіду (Somatic Experiencing), яка базується на розумінні травми як «замороженої» в тілі енергії. Левін вважає, що для зцілення необхідно вивільнити цю енергію через тілесне проживання і відчуття. Його методика допомагає людині повернутися до природного стану рівноваги, використовуючи ресурсність тіла як ключовий інструмент.

Психологічна травма є однією з найактуальніших тем у сучасній психології, адже вона впливає не лише на індивідуальне благополуччя людини, але й на її здатність функціонувати у соціумі. У науковій літературі психологічна травма визначається як стан сильного страху, що виникає у відповідь на раптову подію, яка загрожує життю або безпеці людини. Цей страх настільки

інтенсивний, що перевищує адаптаційні можливості особистості, позбавляючи її здатності ефективно реагувати на ситуацію.

Дослідники, такі як Пітер Левін, розглядають психологічну травму як прорив у бар'єрі, що зазвичай захищає психіку людини від зовнішніх загроз. Цей прорив супроводжується почуттям безпорадності та пригніченості. Левін наголошує, що руйнівна сила травми залежить від значущості події для конкретної людини, її психологічної захищеності та здатності до саморегуляції. Важливим аспектом є також відсутність ресурсів для подолання травматичної ситуації, що значно ускладнює процес відновлення [7].

Експертка Е. Мазур пропонує ширше визначення психологічної травми, розглядаючи її як реакцію особистості на стресові життєві події. До таких подій вона відносить війни, терористичні акти, стихійні лиха, аварії, фізичне чи емоційне насильство, серйозні захворювання, втрати та міжособистісні конфлікти. Цей підхід підкреслює універсальність травматичного досвіду, адже кожна людина у своєму житті може зіткнутися зі складними обставинами, які залишають глибокий слід у її психіці.

Розглядаючи психологічну травму через призму екзистенційної психології, можна зробити висновок, що вона є невід'ємною частиною людського досвіду. Життя сповнене викликів і випробувань, які можуть залишати як короткочасні, так і довготривалі наслідки. Однак важливо пам'ятати, що здатність до відновлення багато в чому залежить від внутрішніх і зовнішніх ресурсів людини, а також від підтримки з боку соціального оточення.

Психологічна травма є складним і багатовимірним феноменом, який потребує глибокого розуміння і комплексного підходу. Важливим завданням сучасної психології є розробка ефективних методів допомоги людям у подоланні травматичних переживань та зміцненні їхньої здатності до адаптації в умовах стресу. Загалом, роботи цих дослідників допомагають краще зрозуміти природу психологічної травми та пропонують ефективні підходи до її лікування. Кожен із них акцентує увагу на важливості індивідуального підходу, враховуючи фізичні, емоційні та когнітивні аспекти переживання травматичних подій.

Важливо пам'ятати, що зцілення — це процес, який потребує часу, терпіння та підтримки. Для тих, хто хоче поглибити свої знання у цій сфері, корисними будуть праці Бессела ван дер Колка та Джудіт Герман, а також матеріали Європейської Психологічної Школи [49].

Психологічна травма – це складне явище, яке привертає увагу багатьох науковців і практиків. Вона є центральним об'єктом досліджень у психології, психіатрії та соціальних науках, адже її вплив на людину може бути руйнівним і тривалим. Психотравма виникає не лише через конкретні події, але й через їхнє сприйняття, значення, яке вони набувають у свідомості людини. Саме це значення часто стає джерелом внутрішнього конфлікту і болю.

З. Фройд та К. Юнг свого часу запропонували розглядати психотравму через призму смислу, який людина надає травмуючій події. Вони наголошували, що важливим є не сама ситуація, а те, як вона сприймається і що означає для індивіда. Цей підхід допоміг глибше зрозуміти механізми виникнення психопатології, зокрема через внутрішні конфлікти і афекти, що зачіпають глибинні структури душі [14].

Сучасні дослідники також звертають увагу на складність поняття «психологічна травма». Наприклад, А. Красило визначає її як катастрофічне руйнування особистісної самооцінки, що виникає через втрату або загрозу недосяжності сенсоутворювальних соціальних цінностей. Це визначення підкреслює важливість соціального контексту та особистісного розвитку в розумінні травми.

Окрему увагу приділяють травмі втрати, яка може бути викликана різноманітними подіями – від смерті близьких до розриву родинних зв'язків чи втрати роботи. Втрата є універсальним людським досвідом, але її вплив на психіку залежить від багатьох факторів: особистісних, соціальних та культурних. Важливо зазначити, що травма втрати часто супроводжується процесом горювання, який має свої етапи і потребує часу для подолання [13].

Попри значний обсяг досліджень у цій сфері, залишається проблема термінологічної неоднозначності. Поняття «психічна травма», «психологічна

травма» і «травма втрати» часто використовуються як взаємозамінні, що створює плутанину в наукових дискусіях. Відсутність єдиної теоретичної бази ускладнює узгодження термінів і розуміння сутності явища.

З одного боку, різноманітність концепцій і підходів сприяє збагаченню науки новими знаннями, але з іншого – вона може породжувати хаос у дослідженнях. Для більш ефективного вивчення психотравматизму необхідно створити узгоджений понятійний апарат, який би об'єднував різні теорії і погляди [12].

Водночас можна побачити спільне в різних підходах до вивчення травми: всі вони описують руйнівний вплив травмуючих ситуацій на психіку людини та шукають шляхи їхнього подолання. Це свідчить про важливість комплексного підходу до розуміння травми, який би враховував як індивідуальні особливості людини, так і соціальний контекст її життя. Психологічна травма залишається важливою темою для досліджень і практики. Її вивчення допомагає краще зрозуміти людську природу, механізми адаптації до складних життєвих обставин та можливості відновлення після важких життєвих випробувань [11].

Психотравми також можуть набувати колективного характеру, коли травмівний вплив охоплює групу людей або навіть ціле суспільство. Колективна травма виникає через соціальні, техногенні чи екологічні катастрофи або злочинні дії політичних чи інших соціальних суб'єктів. У контексті колективної травми можна виділити кілька рівнів: первинну колективну травму, що виникає безпосередньо у людей в осередку подій; вторинну колективну травму, яка впливає на близьких чи свідків; а також імпліцитне травмування – це стосується людей, які допомагають постраждалим.

Важливо також розрізняти первинні та вторинні травми. Первинна травма виникає безпосередньо внаслідок участі чи свідчення травмівної події. Це може бути фізичне чи сексуальне насильство, бойові дії, смерть близької людини або інші події, які безпосередньо впливають на людину. Вторинна травма, навпаки, виникає через сприйняття травмівного досвіду інших людей без власного

сенсорного досвіду. Наприклад, дитина може переживати вторинну травму через розповіді про трагічні події або через спостереження за реакціями інших людей.

Розуміння природи психотравм та їхніх наслідків є важливим для забезпечення ефективної психологічної підтримки постраждалим людям. Кожен випадок потребує індивідуального підходу залежно від характеру травми та її впливу на людину.

Психологічна травма є складним і багатогранним явищем, яке впливає на психіку, емоційний стан і поведінку людини. Вона може виникати внаслідок різних подій чи обставин, що перевищують здатність особи впоратися зі стресом або загрозою. Розуміння природи травми, її типів та механізмів реагування є важливим для підтримки постраждалих і допомоги їм у процесі відновлення.

Психологічна травма часто пов'язана з переживанням сильного шоку, страху чи безпорадності. Це може бути результатом фізичного або емоційного насильства, втрати близьких, серйозних аварій, природних катаклізмів, військових конфліктів чи інших критичних ситуацій. Важливо пам'ятати, що травма є суб'єктивним досвідом: одна й та сама подія може викликати різну реакцію у різних людей [10].

Існує кілька типів психологічних травм. Гостра травма виникає внаслідок одноразової події, яка сильно вплинула на людину. Наприклад, це може бути автомобільна аварія чи напад. Хронічна травма формується через тривалий вплив стресових факторів, таких як постійне насильство або перебування в зоні бойових дій. Комплексна травма включає в себе поєднання гострих і хронічних переживань, часто пов'язаних із дитячим досвідом чи систематичним насильством.

Механізми реагування на травму можуть варіюватися залежно від індивідуальних особливостей людини, її життєвого досвіду та підтримки з боку оточення. У багатьох випадках природною реакцією на травму є шок і заперечення. Людина може не усвідомлювати повною мірою те, що сталося, або відчувати емоційну відстороненість. Згодом можуть проявлятися симптоми

тривоги, депресії, флешбеки (повторні переживання травматичних моментів), проблеми зі сном чи навіть фізичні прояви, такі як біль у тілі.

Одним із важливих аспектів реагування є механізм «боротьба або втеча», який активується у відповідь на загрозу. Організм мобілізує всі свої ресурси для того, щоб захистити себе. Однак якщо загроза є надто сильною або тривалою, цей механізм може призводити до виснаження і хронічного стресу.

Важливо зазначити, що не всі люди переживають травму однаково. Деякі можуть швидко адаптуватися і повернутися до нормального життя, тоді як інші стикаються з тривалими наслідками. Велику роль тут відіграють фактори підтримки: наявність близьких людей, які готові вислухати і допомогти, доступ до професійної психологічної допомоги та здатність самої людини працювати над своїм станом [9].

Сучасні підходи до роботи з травмою включають різноманітні методи психологічної терапії. Серед них когнітивно-поведінкова терапія, EMDR (десенсибілізація і переробка рухами очей), тілесно-орієнтована терапія та інші. Ці методи спрямовані на те, щоб допомогти людині осмислити свій досвід, знизити рівень тривоги і навчитися жити далі без постійного впливу травми.

Загалом психологічна травма є серйозним викликом для людини, але вона також може стати поштовхом до особистісного зростання і переосмислення життєвих цінностей. Знання про природу травми та механізми її впливу дозволяють не лише краще розуміти себе, але й ефективніше допомагати тим, хто цього потребує [42].

Психологічні травми є однією з найскладніших тем у сфері психології, адже вони зачіпають найглибші рівні людської психіки. Поняття «психічна травма», «психологічна травма» та «травма втрати» мають спільну основу, яка полягає у переживанні подій, що виходять за межі звичного досвіду людини. Такі події часто супроводжуються відчуттям безпорадності, страху та болю, що залишають глибокий слід у свідомості.

Травмуючі ситуації, як правило, виникають раптово та непередбачувано. Це можуть бути стихійні лиха, війни, втрати близьких людей або інші

екстремальні обставини, які змінюють життя людини назавжди. Важливо розуміти, що саме після завершення дії травмуючих подій настає найскладніший етап – адаптація до нових умов життя. Саме тоді необхідна підтримка, яка допоможе людині відновити внутрішню рівновагу.

Дослідження показують, що лише близько 30% людей здатні самостійно справлятися з наслідками екстремальних ситуацій. Інші потребують професійної допомоги, яка має бути надана вчасно. Медико-психологічна підтримка відіграє ключову роль у процесі відновлення, дозволяючи значно знизити ризик розвитку серйозних розладів адаптації. Наприклад, своєчасне втручання може зменшити кількість випадків дезадаптації з 20% до 3–5% [29].

Психологічна допомога потерпілим має бути комплексною і враховувати індивідуальні особливості кожної людини. Вона включає не лише терапевтичну роботу з травмою, але й підтримку в побудові нових життєвих стратегій, які допоможуть інтегрувати пережитий досвід у загальну картину життя.

Травми втрати є особливо болісними, адже вони зачіпають не лише психіку, але й емоційну сферу людини. Втрата близької людини часто викликає почуття порожнечі та безглуздості життя. У таких випадках важливо допомогти людині знайти нові сенси та ресурси для продовження життя.

Психологічні травми – це складний і багатогранний феномен, який потребує уважного підходу та глибокого розуміння. Вчасно надана допомога може стати вирішальним фактором у процесі відновлення та адаптації людини після пережитих потрясінь.

1.2. Підходи до вивчення моральної травми, структура та статево-вікові особливості її переживання.

Моральна травма як психологічний феномен є порівняно новим конструктом у психологічній науці, який описує специфічний різновид психологічної травми, пов'язаний із порушенням внутрішніх моральних переконань та етичних принципів особистості. Феномен моральної травми

вперше було описано в контексті досвіду військових ветеранів, які пережили досвід участі у бойових діях, що змусили їх діяти всупереч власним моральним принципам [28, с. 183]. Подальші дослідження розширили розуміння цього конструкту, включивши до нього травматичні переживання, пов'язані з порушенням основних моральних цінностей не лише в бойових умовах, але й в інших контекстах, таких як надзвичайні ситуації, професійна діяльність медичних працівників, рятувальників та інших представників допомагаючих професій [27, с. 36]. Гордовська Т.І. у своїх дослідженнях підкреслює, що моральна травма виникає внаслідок переживання особистістю внутрішнього конфлікту між діями, які вона змушена була виконувати, та її моральними переконаннями, що призводить до глибокого почуття провини, сорому та втрати сенсу [8, с. 9]. На думку Засекіної Л.В. та Федотової Т.В., однією з ключових характеристик моральної травми є її ресурсне виснаження, коли особистість втрачає внутрішні опори для підтримки свого психологічного благополуччя [9, с. 70].

Дослідники розрізняють кілька основних механізмів формування моральної травми, серед яких найчастіше виділяють: безпосереднє здійснення дій, що суперечать моральним переконанням; спостереження за такими діями інших осіб; нездатність запобігти діям, що суперечать моральним переконанням; переживання зради з боку авторитетної особи або інституції [25, с. 367]. Nash і Litz зазначають, що моральна травма може виникати також при усвідомленні невідповідності власних дій моральним ідеалам заднім числом, коли людина переосмислює свої минулі вчинки з нової моральної перспективи [25, с. 368]. В умовах воєнного конфлікту, як зазначає Козігора М.А., ризик виникнення моральної травми суттєво зростає через необхідність прийняття швидких рішень

у ситуаціях із високим рівнем невизначеності та потенційною загрозою для життя [10, с. 67]. Моральна травма також може виникати внаслідок порушення базових уявлень про справедливість світу, що призводить до кризи сенсу та ідентичності [23, с. 5].

Концептуально моральна травма відрізняється від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), хоча ці два феномени можуть співіснувати та підсилювати один одного. Якщо ПТСР розвивається як реакція на загрозу фізичному існуванню та безпеці, то моральна травма виникає як реакція на порушення внутрішніх етичних принципів та переконань особистості [26, с. 344]. Маєркер, досліджуючи феноменологію посттравматичних розладів, підкреслює, що моральна травма має виразний соціально-інтерперсональний вимір, оскільки її виникнення часто пов'язане з переживанням порушень у сфері міжособистісних стосунків та соціальних норм [22, с. 468]. Особливістю моральної травми, на відміну від інших форм травматичного досвіду, є глибокий внутрішній конфлікт між частинами Я, який може призводити до дисоціативних процесів та фрагментації ідентичності [24, с. 7].

Кучманич І.М. та Мороз Р.А., досліджуючи механізми виникнення психологічної травми, наголошують на важливості розрізнення первинної та вторинної травматизації, де моральна травма може належати до обох категорій залежно від обставин її виникнення [45, с. 135]. Первинна моральна травматизація виникає при безпосередній участі особи в подіях, що порушують її моральні принципи, тоді як вторинна травматизація може розвиватися при контакті з травмованими особами або при роботі з травматичним матеріалом, що є характерним для представників допомагаючих професій [45, с. 136]. Василюк К., аналізуючи особливості моральної свідомості в умовах надзвичайних ситуацій, зазначає, що в таких умовах відбувається значна трансформація моральних установок особистості, що може як призводити до моральної травматизації, так і сприяти розвитку посттравматичного зростання [7, с. 150].

Симптоматика моральної травми включає широкий спектр емоційних, когнітивних та поведінкових проявів, серед яких дослідники виділяють:

інтенсивні емоції провини, сорому, відрази до себе; втрату довіри до себе та інших; відчуття безнадійності та відчаю; екзистенційний відчай та втрату сенсу життя; соціальну ізоляцію та відчуження; саморуйнівну поведінку [46, с. 341]. Крім того, моральна травма може супроводжуватися соматичними симптомами, такими як безсоння, хронічний біль, порушення імунної функції, що є наслідком хронічного психологічного стресу [43, с. 142]. Шей зазначає, що на відміну від ПТСР, де ключовим симптомом є страх, при моральній травмі домінуючими емоціями є провина та сором, які значно ускладнюють процес одужання через їх інтерналізований характер [28, с. 185].

Федотова Т.В., аналізуючи теоретичний дискурс проблеми моральної травми, підкреслює необхідність розрізнення моральної травми та морального дистресу, де останній розглядається як більш м'яка форма психологічного дискомфорту, пов'язаного з порушенням моральних принципів [50, с. 230]. Моральний дистрес, на відміну від моральної травми, не призводить до глибоких порушень у структурі особистості та її адаптаційних ресурсах, але при хронічному перебігу може трансформуватися в моральну травму. В свою чергу, Кіщук І. наголошує на важливості своєчасного виявлення та терапії психологічної травми, включаючи її моральний аспект, оскільки відсутність належної психологічної допомоги може призводити до формування патологічних захисних механізмів та хронізації травматичного досвіду [51, с. 44].

Дослідження Nuttman-Shwartz і Shoval-Zuckerman показують, що в умовах тривалого травматичного стресу, зокрема в ситуаціях тривалих військових конфліктів, моральна травма може набувати хронічного характеру та призводити до формування специфічних паттернів адаптації, які можуть включати моральне відсторонення, цинізм та знецінення моральних цінностей [38, с. 565]. Ці адаптаційні механізми, хоча і дозволяють тимчасово зменшити психологічний дистрес, у довгостроковій перспективі можуть призводити до поглиблення моральної травми та формування стійких особистісних змін. Особливо важливим є розуміння того, що моральна травма може розвиватися не лише у безпосередніх учасників травматичних подій, але й у свідків або навіть у осіб, які мають

опосередкований контакт з травматичним матеріалом, наприклад, через медіа [38, с. 566].

Підлісний Ю.А., досліджуючи психологічну детермінацію та профілактику агресивної поведінки комбатантів, звертає увагу на взаємозв'язок між моральною травмою та проявами агресії, зазначаючи, що невирішена моральна травма може виражатися через агресивну поведінку, спрямовану як на інших, так і на себе [39, с. 112]. При цьому агресія може виконувати функцію психологічного захисту, дозволяючи уникати безпосереднього контакту з болісними емоціями провини та сорому, пов'язаними з моральною травмою. Так, аналізуючи процес відновлення ветеранів після війни, наголошує на необхідності інтеграції морального виміру в процес психологічної реабілітації, підкреслюючи, що без вирішення моральних аспектів травми повне відновлення особистості є неможливим [42, с. 43].

Дослідження у галузі нейропсихології показують, що моральна травма може призводити до змін у функціонуванні мозку, зокрема у діяльності префронтальної кори, яка відповідає за моральні судження та прийняття рішень [41, с. 120]. Ці нейробіологічні зміни можуть пояснювати стійкість симптомів моральної травми та складність її терапії, оскільки вони відображають глибокі трансформації у базових процесах обробки інформації та емоційної регуляції. Крім того, нейропсихологічні дослідження вказують на можливий зв'язок між моральною травмою та активацією систем стресу, що може пояснювати широкий спектр соматичних симптомів, які часто супроводжують моральну травму [41, с. 122].

Інтеграція концепту моральної травми у практику психологічного консультування та психотерапії є важливим аспектом сучасного підходу до роботи з травматичним досвідом. Мюррей та Елерс розробили когнітивну модель терапії моральної травми, яка фокусується на реконструкції негативних моральних оцінок та розвитку нового, більш збалансованого розуміння травматичних подій [24, с. 10]. Ця модель включає техніки переоцінки, які допомагають клієнтам інтегрувати травматичний досвід у свою моральну

систему без втрати основних етичних принципів та цінностей. О'Коннор пропонує інтегративний підхід до терапії моральної травми, який поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, наративної терапії та екзистенційних підходів, підкреслюючи важливість створення безпечного простору для дослідження моральних аспектів травматичного досвіду [27, с. 36]. Джерела з курсової

Моральна травма є специфічним психологічним феноменом, що виникає внаслідок порушення глибинних моральних переконань особистості та супроводжується почуттями провини, сорому, самозасудження та втрати довіри [35]. Дослідження останніх років демонструють складну картину статево-вікових відмінностей у переживанні та наслідках моральної травми, що має важливе значення для розробки диференційованих терапевтичних підходів.

Гендерні особливості моральної травми виявляються передусім у типах потенційно морально-травмуючих подій (ПМТП), які переживають чоловіки та жінки. Дослідження Myers та співавторів встановило, що жінки частіше повідомляють про випадки свідчення моральних порушень та переживання зради, тоді як чоловіки частіше стикаються з ситуаціями, пов'язаними зі скоєнням дій, що суперечать їхнім моральним цінностям [36]. Kelley та колеги у дослідженні 256 ветеранів не виявили статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками у загальному рівні симптомів моральної травми, проте встановили, що моральна травма однаково сильно прогнозує негативні наслідки для психічного здоров'я незалежно від статі [34]. Водночас, вплив різних типів ПМТП на функціональну адаптацію виявився гендерно-специфічним: для жінок переживання зради найбільш послідовно асоціювалося з функціональними порушеннями у різних сферах життя, тоді як для чоловіків провідним чинником виступало скоєння дій, що порушували власні моральні норми [37].

Вікові особливості переживання моральної травми залишаються менш дослідженими порівняно зі статевими відмінностями, проте наявні дані свідчать про їхню клінічну значущість. Молодші ветерани (18-36 років) демонструють підвищені рівні ризикованого вживання алкоголю, що може бути пов'язано зі

складністю інтеграції морально травмувальних переживань у систему особистісних цінностей, яка ще формується [34]. Дослідження виявило, що 71% вибірки молодих ветеранів перевищили пороговий рівень небезпечного вживання алкоголю за шкалою AUDIT, що значно вище за показники цивільного населення відповідного віку. Важливо зазначити, що моральна травма може мати довготривалий психосоціальний вплив, призводячи до стійких змін особистості, міжособистісних стосунків та самоконцепції, причому ці зміни можуть накопичуватися з віком [33]. Ebrahimi та співавтори відзначають, що хоча жінки можуть бути в групі підвищеного ризику розвитку тривоги та стресу при моральній травмі, статистично значущі відмінності не завжди досягаються, що підкреслює важливість індивідуального підходу в оцінці [32].

Комплексний погляд на статево-вікові особливості моральної травми вказує на необхідність розробки диференційованих підходів до скринінгу та терапії. Оскільки моральна травма тісно пов'язана з депресією, тривогою, ПТСР та суїцидальними ідеями, причому ці зв'язки виявляються навіть після контролю тяжкості ПТСР, важливо розглядати моральну травму як окремий клінічний синдром [31;33]. Сучасні дані свідчать, що природа війни та специфіка бойових дій можуть створювати подібні умови для розвитку моральної травми у чоловіків та жінок, проте механізми впливу на психічне здоров'я та функціональну адаптацію можуть відрізнятися залежно від статі та віку особи [37;34].

Висновок до I розділу

У першому розділі магістерської роботи було здійснено теоретико-методологічний аналіз сучасних наукових підходів до розуміння психологічної та моральної травми. Проаналізовано сутність психологічної травми як складного багатогранного явища, що виникає внаслідок впливу травмівних подій, які перевищують адаптаційні можливості та ресурси психологічного захисту людини. Систематизовано основні типи травм: монотравма (одинична травмівна подія), мультитравма та політравма (множинні травмівні фактори), повторювана травма (тривалі жорстокі ситуації). Встановлено, що наслідки

множинних та повторюваних травм є значно важчими та створюють хронічний стрес, що ускладнює процес психологічного відновлення. Простежено історичну еволюцію психоаналітичних підходів до вивчення травми – від периферійного становища до центрального фокусу сучасних досліджень, спричиненого травматичними подіями XX і XXI століть. Виявлено, що сучасні інтерсуб'єктивні, конструктивістські та наративні теорії пропонують новий погляд на природу травматичного досвіду, підкреслюючи його динамічність і переосмислення в процесі терапевтичної взаємодії. Узагальнено внесок провідних дослідників травми: З. Фрейда (розуміння психотравми через історію хвороби), Д. Калшеда (концепція внутрішньої самотравмуючої системи та синдрому нав'язливого повторення), Б. ван дер Колка (вплив травми на мозок і тіло, тілесно-орієнтовані методи), Дж. Герман (трьохетапна модель лікування), П. Левіна (соматичний досвід та вивільнення "замороженої" енергії).

Обґрунтовано концепт моральної травми як специфічного психологічного феномену, відмінного від посттравматичного стресового розладу. Виявлено, що моральна травма виникає внаслідок порушення глибинних моральних переконань та етичних принципів особистості і супроводжується почуттями провини, сорому, відрази до себе та втрати сенсу життя. Визначено основні механізми формування моральної травми: безпосереднє здійснення дій, що суперечать власним моральним переконанням; спостереження за такими діями інших; нездатність запобігти морально неприйнятним діям; переживання зради з боку авторитетних осіб чи інституцій.

Проаналізовано статево-вікові особливості переживання моральної травми. Встановлено гендерну специфіку типів потенційно морально-травмуючих подій: жінки частіше повідомляють про переживання зради та свідчення моральних порушень, тоді як чоловіки – про скоєння дій, що порушують власні моральні норми. Виявлено, що молодші особи (18-36 років) демонструють підвищену схильність до дезадаптивних стратегій подолання, зокрема ризикованого вживання алкоголю, що може бути пов'язано зі складністю інтеграції травматичного досвіду в ще не сформовану систему цінностей.

Теоретичний аналіз засвідчив необхідність комплексного міждисциплінарного підходу до розуміння природи психологічної та моральної травми, що враховує психологічні, тілесні, когнітивні, емоційні та екзистенційні виміри травматичного досвіду.

РОЗДІЛ II.

АДАПТАЦІЯ МЕТОДИКИ НА УКРАЇНСЬКІЙ ВИБІРЦІ «ШКАЛА ОЦІНКИ МОРАЛЬНОЇ ТРАВМИ» (MIOS, 2022)

2.1. Організація та методика проведення адаптації методики

Шкала оцінки моральної травми (Moral Injury Outcome Scale, MIOS) є інструментом, який використовується для оцінки моральної травми — психологічного стану, що виникає внаслідок порушення моральних або етичних принципів людини. Цей концепт набув популярності в контексті військової психології, але його застосування поступово розширюється на інші сфери життя.

Шкалу оцінки моральної травми (MIOS) було розроблено групою дослідників на чолі з Бреттом Літтлом (Brett T. Litz) у 2022 році. Літл та його колеги працювали над вивченням моральної травми, зокрема серед військовослужбовців, які пережили бойові дії. Вони визначили, що традиційні підходи до оцінки психологічного стану не завжди враховують глибокий вплив моральних конфліктів, таких як відчуття провини, сорому чи втрати віри у власні моральні принципи. Таким чином, шкала MIOS стала важливим інструментом для вимірювання цього специфічного аспекту психологічного здоров'я.

У шкалі враховуються різноманітні аспекти моральної травми, такі як порушення власних моральних норм, спостереження за аморальними діями інших людей, а також відчуття зради з боку керівництва чи системи. Вона складається з 24 пунктів, які оцінюють інтенсивність переживань та їхній вплив на загальний стан людини.

Дослідження моральної травми та використання шкали MIOS активно проводяться як у США, так і в інших країнах світу. Зокрема, зарубіжні

дослідники, такі як Джонатан Шей (Jonathan Shay), зробили значний внесок у розуміння моральної травми у військових контекстах. Шей у своїх роботах наголошував на необхідності врахування моральних аспектів бойового досвіду для забезпечення ефективної реабілітації ветеранів.

Щодо українських дослідників, тема моральної травми також привертає увагу в контексті війни на сході України та повномасштабного вторгнення Росії у 2022 році. Українські психологи та психотерапевти активно працюють над адаптацією міжнародних підходів до місцевих реалій. Наприклад, Олена Лук'яненко та Оксана Сидоренко досліджують вплив моральної травми на ветеранів та цивільне населення, яке пережило бойові дії чи втрату близьких. Їхня робота спрямована на розробку методик підтримки та реабілітації постраждалих.

Актуальність теми моральної травми в Україні зростає через тривалий вплив війни на суспільство. Психологи наголошують на необхідності поширення знань про цей феномен серед широкого загалу, адже багато людей можуть не усвідомлювати глибину свого психологічного стану. Використання шкали MIOS допомагає проводити більш точну діагностику та розробляти ефективні програми допомоги.

Шкала оцінки моральної травми є важливим інструментом для розуміння складних психологічних станів, пов'язаних із порушенням моральних принципів. Її створення стало результатом роботи міжнародних дослідників, а адаптація до українського контексту дозволяє ефективніше допомагати постраждалим від війни та інших кризових ситуацій. Шкала оцінки моральної травми (Moral Injury Outcome Scale, MIOS) стала важливим інструментом у дослідженні впливу військових подій на психологічний і моральний стан людини. Цей метод оцінки був розроблений для вивчення тих ситуацій, які здатні суперечити глибоким моральним переконанням військовослужбовців, викликаючи у них відчуття внутрішнього конфлікту, провини або сорому. Моральна травма є складним явищем, яке виникає внаслідок дій, свідком яких стає людина, або через її власну участь у подіях, що порушують моральні

принципи. З моменту своєї появи концепція моральної травми привернула значну увагу серед дослідників і клініцистів, особливо у сфері військової психології. Військовослужбовці та ветерани часто стикаються з моральними дилемами, які можуть залишити глибокий слід у їхньому житті. Події, що суперечать їхнім моральним переконанням, здатні викликати сильний емоційний дистрес, який впливає на їхнє психічне здоров'я, соціальні взаємини та загальний добробут. Шкала оцінки моральної травми дозволяє оцінити поширеність таких переживань серед військових і визначити їхню інтенсивність. Цей інструмент особливо важливий у контексті бойових дій, де моральні виклики можуть бути надзвичайно гострими. Наприклад, свідчення жорстокості, втрати невинних життів або необхідність прийняття складних рішень під час бою можуть залишити глибокий емоційний слід. Такі ситуації часто призводять до виникнення почуття провини або сорому, які важко подолати без відповідної підтримки. Дослідження моральної травми також відкриває можливості для глибшого розуміння її наслідків. Біологічні аспекти включають зміни в роботі мозку та гормональних систем, які можуть бути пов'язані зі стресом і тривогою. Психологічні наслідки включають депресію, посттравматичний стресовий розлад та інші форми емоційного дистресу. Соціальні аспекти проявляються у складнощах у спілкуванні з близькими людьми або у відчутті ізоляції від суспільства. Духовні наслідки можуть торкатися питання віри, сенсу життя та морального відновлення. Важливість шкали MIOS полягає у її здатності допомогти клініцистам і дослідникам краще зрозуміти моральну травму як унікальний феномен. Це сприяє розробці нових підходів до лікування та підтримки військовослужбовців і ветеранів, які стикаються з такими проблемами. Оцінка моральної травми є важливою передумовою для створення ефективних програм реабілітації, що враховують не лише фізичні чи психологічні аспекти, але й моральний вимір переживань.

Попри значний прогрес у дослідженні моральної травми, залишається багато відкритих питань. Необхідно продовжувати вивчення цього явища для того, щоб краще зрозуміти його природу та наслідки. Це включає дослідження

культурних відмінностей у сприйнятті моральної травми, а також розробку інструментів для її оцінки в інших контекстах поза військовою сферою. Моральна травма є складною і багатогранною проблемою, яка вимагає комплексного підходу до її вирішення. Шкала оцінки моральної травми стала важливим кроком у цьому напрямку. Вона надає можливість не лише оцінювати вплив моральних викликів на військовослужбовців, але й сприяє усвідомленню важливості морального благополуччя як ключового елементу загального здоров'я людини. Адаптація методик для різних культурних контекстів є важливим етапом у забезпеченні валідності та надійності психологічних інструментів. Процес адаптації включає не лише переклад тексту, але й врахування культурних, соціальних та мовних особливостей цільової групи. У випадку адаптації «Шкали оцінки моральної травми» (MIOS, 2022) для української вибірки, цей процес вимагав ретельного підходу та багаторівневого аналізу.

Метою дослідження є здійснення адаптації методики «Moral Injury Outcome Scale (MIOS)», Litz BT, Plouffe RA, Nazarov A, et al. (2022), та проведення заходів перевірки надійності та дискримінативності тверджень, валідизації та стандартизації шкал на українській вибірці (доросла група).

Результати дослідження. Адаптація методики проводилась в два етапи. На першому етапі (березень-квітень 2025 р.) проводилося опитування досліджуваних та перевірка дискримінативності тверджень, перевірка внутрішньої структури україномовного перекладу методики, надійності-узгодженості тверджень у шкалах, перевірка конвергентної валідності, а також, здійснювалась стандартизація шкал (формування тестових норм). На другому етапі (жовтень 2025 р.) здійснювався «тест-ретест». На цьому етапі були задіяні 64 осіб, що становило приблизно 40 відсотків первинної вибірки.

В оригіналі методика «Moral Injury Outcome Scale (MIOS)» представлена у вигляді опитувальника з 24 питань та містить 2 шкали: Сором та самозвинувачення (Shame-related Outcomes) та Порушення довіри (Trust Violation-related Outcomes). Перша шкала містить 7 запитання, друга – також 7

запитань. У даній методиці використовується 2 методи надання відповідей: 14 тверджень, які оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта від 0 – "Зовсім не згоден/а" до 4 – "Цілком згоден/а". Ці твердження відображають різні аспекти переживання моральної травми, включаючи самозвинувачення, втрату довіри до інших людей, втрату віри в себе та у вищу силу, почуття сорому, гніву та самоприпинення. Додатково методика включає блок для оцінки функціонування в різних сферах життя, він складається з 8 питань. Респондентам пропонується оцінити вплив морально травмуючого досвіду на їхні романтичні стосунки, відносини з дітьми та іншими членами родини, дружбу та соціалізацію, роботу, навчання, повсякденні справи та релігійну віру/духовність. Оцінка здійснюється за шкалою від 0 до 6, де 0 означає відсутність впливу, а 6 – надмірний вплив. Для проведення адаптації методики було отримано офіційний дозвіл від її авторів. До перекладу були залучені двоє незалежних фахівців, яким доручили опрацювання назви, інструкції, тверджень, субшкал, систему оцінювання. Переклад виконували психолог із підтвердженим рівнем англійської B2 та репетиторкою з англійської мови, що має, підтверджений міжнародним сертифікатом, рівень володіння англійською C1. Після отримання двох варіантів перекладу автори адаптації здійснили їх узгодження, а далі провели процедуру зворотного перекладу. Він продемонстрував високу відповідність англійського тексту оригіналу, що підтверджує коректне розуміння перекладачами змісту тверджень і його адекватне відтворення українською мовою. Оригінальна назва методики «Moral Injury Outcome Scale (MIOS)» була перекладена як «Шкала оцінки моральної травми (MIOS)».

У таблиці 2.1 подано український переклад методики та отриманий зворотний переклад.

Таблиця 2.1. - Переклад запитань методики

Пункт	Оригінал	Переклад
Посилання на першоджерело публікації методики	Litz BT, Plouffe RA, Nazarov A, et al. (2022). Defining and Assessing the Syndrome of Moral Injury: Initial Findings of the Moral Injury Outcome Scale Consortium. <i>Frontiers in Psychiatry</i> . doi: 10.3389/fpsyt.2022.923928	

Продовження таблиці 2.1

Повна назва методики та її аббревіатура (за наявності)	Moral Injury Outcome Scale (MIOS)	Шкала Оцінки Моральної Травми
Шкала оцінювання (варіанти відповідей)	0 - "Strongly disagree", 1 - "Disagree", 2 - "Neither agree nor disagree", 3 - "Agree", 4 - "Strongly agree".	0 - "Зовсім не згоден/а", 1 - "Не згоден/а", 2 - "Важко визначитися", 3 - "Згоден/а", 4 - "Цілком згоден/а".
Запитання/твердження/текст методики	This questionnaire asks about experiences you may have had after a very stressful experience in which you: (A) did something (or failed to do something) that went against your moral code or values; or (B) you saw someone (or people) do something or fail to do something that went against your moral code or values; or (C) you were directly affected by someone doing something or failing to do something that went against your moral code or values (e.g., being betrayed by someone you trusted). Have you had at least one experience like this that troubles you currently? ☐ Yes ☐ No If yes, please check the type of experience that is most currently distressing: ☐ A ☐ B ☐ C. If more than one, check all that apply.	Інструкція: Цей опитувальник стосується досвіду, який ви могли пережити після дуже стресової ситуації, у якій ви: (A) зробили щось (або не зробили чогось), що суперечить вашим моральним принципам або цінностям; (B) були свідком того, як хтось зробив щось або не зробив чогось, що суперечить вашим моральним принципам або цінностям; (C) вас безпосередньо торкнулися дії або бездіяльність інших, що суперечать вашим моральним принципам або цінностям (наприклад, вас зрадив хтось, кому ви довіряли). Чи був у вас хоча б один такий досвід, який досі вас турбує? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, будь ласка, виберіть тип досвіду, який вас найбільше турбує: ☐ A ☐ B ☐ C. Якщо кілька досвідів, виберіть усі варіанти, що підходять.

Продовження таблиці 2.1

Питання	1. I blame myself. 2. I have lost faith in humanity. 3. People would hate me if they really knew me. 4. I have trouble seeing goodness in others. 5. People don't deserve second chances. 6. I am disgusted by what happened. 7. I feel like I don't deserve a good life. 8. I keep myself from having success. 9. I no longer believe there is a higher power. 10. I lost trust in others. 11. I am angry all the time. 12. I am not the good person I thought I was. 13. I have lost pride in myself. 14. I cannot be honest with other people.	1. Я звинувачую себе. 2. Я втратив віру в людство. 3. Люди б мене ненавиділи, якби знали мене по-справжньому. 4. Мені важко бачити добро в інших людях. 5. Люди не заслуговують на другий шанс. 6. Мені огидно від того, що сталося. 7. Я відчуваю, що не заслуговую на хороше життя. 8. Я перешкоджаю собі у досягненні успіху. 9. Я більше не вірю, що існує Вища сила. 10. Я втратив довіру до інших. 11. Я весь час злюся. 12. Я не та людина хороша, якою вважав себе раніше. 13. Я втратив самоповагу до себе. 14. Я не можу бути чесним з іншими людьми.
Оцінка функціонування	How much has this experience made it hard for you to function in each of the following areas (circle one number for each item below)? 1. Romantic relationships with spouse or partner 0 1 2 3 4 5 6 N/A 2. Relationships with your children 0 1 2 3 4 5 6 N/A 3. Relationships with other family members 0 1 2 3 4 5 6 N/A 4. Friendships or socializing 0 1 2 3 4 5 6 N/A 5. Work 0 1 2 3 4 5 6 N/A 6. Training or education 0 1 2 3 4 5 6 N/A 7. Day to day activities, such as chores, errands, managing medical care 0 1 2 3 4 5 6 N/A 8. Religious faith/spirituality 0 1 2 3 4 5 6 N/A	Наскільки цей досвід ускладнив ваше функціонування в кожній з наступних сфер (оберіть одну цифру для кожного пункту нижче): 1. Романтичні стосунки з чоловіком/дружиною або партнером: Відсутній (0) → Надмірний (6) 2. Стосунки з вашими дітьми: Відсутній (0) → Надмірний (6) 3. Стосунки з іншими членами родини: Відсутній (0) → Надмірний (6) 4. Дружба або соціальні стосунки: Відсутній (0) → Надмірний (6) 5. Робота: Відсутній (0) → Надмірний (6) 6. Навчання або освіта: Відсутній (0) → Надмірний (6) 7. Повсякденні справи, такі як виконання домашніх обов'язків, покупка продуктів, турбота про здоров'я: Відсутній (0) → Надмірний (6) 8. Релігійна віра/духовність: Відсутній (0) → Надмірний (6)

Продовження таблиці 2.1

Назви (-ва) шкал (-ли) методики	Shame-related Outcomes, Trust Violation-related Outcomes.	Шкала «Сором та самозвинувачення», Шкала «Порушення довіри».
---------------------------------	---	--

Адаптація методики проводилась в декілька етапів: перевірка дискримінативності запитань (критерій Фергюсона); внутрішньої структури методики (експлораторний та конфірмаційний факторний аналіз); надійності-узгодженості (критерій Кронбаха); конвергентної валідності (кореляційний аналіз); розробка тестових норм (перевірка нормального розподілу даних, вибір форми тестових норм, проведення процедури стандартизації); характеристика шкал (для інтерпретації отриманих індивідуальних результатів).

Сформована вибірка складалася із 164 осіб, які погодилися надати відповіді на анкету, що включала блок соціально-демографічних питань та психодіагностичну методику. За статтю вибірка складалася з 62,8% жінок ($n = 118$) та 28,0% чоловіків ($n = 46$). Віковий діапазон учасників становив від 18 до 60 років. Найбільше було представлено вікову групу 18–25 років (72,0%), група 26–44 років становила 20,1%, а група 45–60 років – 7,9%. Середній вік респондентів становив 26,7 років ($SD = 9,3$). Респонденти представляли різні сфери професійної діяльності, зокрема психологію, промислові галузі, адміністративні посади та інші.

2.2. Перевірка на дискримінативність запитань

Було визначено **рівень дискримінативності** кожного питання опитувальника. У таблиці 2.2 наведені дані, що відображають рівень дискримінативності кожного запитання методики.

Таблиця 2.2 - Показники дискримінативності пунктів методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS)

№	Твердження	Середнє значення у групі з низькими показниками	Середнє значення у групі з високими показниками	Індекс дискримінативності
---	------------	---	---	---------------------------

Продовження таблиці 2.2

1	Я звинувачую себе	0.63	3.27	0.73
2	Я втратив віру в людство	0.83	3.53	0.78
3	Люди б мене ненавиділи, якби знали мене по-справжньому	0.47	3.20	0.81
4	Мені важко бачити добро в інших людях	0.73	3.33	0.76
5	Люди не заслуговують на другий шанс	0.30	2.87	0.69
6	Мені огидно від того, що сталося	1.10	3.70	0.72
7	Я відчуваю, що не заслуговую на хороше життя	0.53	3.27	0.80
8	Я перешкоджаю собі у досягненні успіху	0.67	3.33	0.75
9	Я більше не вірю, що існує Вища сила	0.57	3.13	0.71
10	Я втратив довіру до інших	0.93	3.60	0.77
11	Я весь час злюся	0.73	3.47	0.79
12	Я не та добра людина, якою вважав себе раніше	0.50	3.13	0.74
13	Я втратив самоповагу до себе	0.40	3.07	0.76
14	Я не можу бути чесним з іншими людьми	0.53	3.20	0.75

Як видно з таблиці 2.2, індекси дискримінативності для всіх пунктів методики перевищують значення 0.60, що свідчить про їх високу розрізнявальну

здатність. Найвищі показники дискримінативності мають пункти 3 "Люди б мене ненавиділи, якби знали мене по-справжньому" (0.81) та 7 "Я відчуваю, що не заслуговую на хороше життя" (0.80), що вказує на їх особливу значущість для визначення рівня моральної травми. Найнижчий індекс дискримінативності виявлено для пункту 5 "Люди не заслуговують на другий шанс" (0.69), проте цей показник також перебуває в межах прийнятних значень.

Додатково була проведена перевірка кореляції кожного пункту із загальним балом за методикою. Коефіцієнти кореляції коливаються в межах від 0.48 до 0.79, що також підтверджує достатню дискримінативність пунктів. Найвищі кореляції із загальним балом мають пункти 7 "Я відчуваю, що не заслуговую на хороше життя" (0.79) та 10 "Я втратив довіру до інших" (0.77).

Таким чином, перевірка на дискримінативність запитань адаптованої методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) показала, що всі пункти методики мають достатню розрізнявальну здатність і можуть бути використані в остаточній версії інструменту.

2.3. Перевірка внутрішньої структури методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS, 2022)

Для перевірки внутрішньої структури адаптованої методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) було проведено факторний аналіз з використанням методу головних компонент та обертання varimax.

Перед проведенням факторного аналізу було перевірено можливість його застосування для наявних даних. Значення критерію адекватності вибірки Кайзера-Майєра-Олкіна (КМО) становило 0.82, що перевищує рекомендоване значення 0.60. Критерій сферичності Бартлетта був статистично значущим ($p < 0.001$), що підтверджує доцільність застосування факторного аналізу.

Для визначення оптимальної кількості факторів було використано критерій власних значень (критерій Кайзера), згідно з яким виділяються фактори з власними значеннями більше 1, та критерій "кам'янистого осипу" (scree plot). На основі аналізу власних значень та графіка "кам'янистого осипу" було

прийнято рішення про виділення двох факторів, що пояснюють 61.7% загальної дисперсії.

Таблиця 2.3 - Факторні навантаження пунктів методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) після обертання varimax

№	Твердження	Фактор 1 (Сором і самозвинувачення)	Фактор 2 (Порушення довіри)
1	Я звинувачую себе	0.798	0.162
2	Я втратив віру в людство	0.184	0.821
3	Люди б мене ненавиділи, якби знали мене по-справжньому	0.743	0.259
4	Мені важко бачити добро в інших людях	0.157	0.785
5	Люди не заслуговують на другий шанс	0.096	0.812
6	Мені огидно від того, що сталося	0.512	0.499
7	Я відчуваю, що не заслуговую на хороше життя	0.835	0.133
8	Я перешкоджаю собі у досягненні успіху	0.726	0.218
9	Я більше не вірю, що існує Вища сила	0.423	0.513
10	Я втратив довіру до інших	0.231	0.834
11	Я весь час злосю	0.483	0.542
12	Я не та добра людина, якою вважав себе раніше	0.815	0.168
13	Я втратив самоповагу до себе	0.853	0.146
14	Я не можу бути чесним з іншими людьми	0.682	0.284

Примітка: Жирним шрифтом виділено навантаження > 0.5

Як видно з таблиці 2.3, перший фактор включає 7 тверджень (1, 3, 7, 8, 12, 13, 14), які відображають переживання сорому, почуття власної нікчемності, самозвинувачення та негативне ставлення до себе. Цей фактор можна інтерпретувати як "Сором і самозвинувачення". Другий фактор включає 5 тверджень (2, 4, 5, 10, 11), які стосуються втрати довіри до інших людей, негативного сприйняття оточуючих та переживання гніву. Цей фактор можна інтерпретувати як "Порушення довіри". Два твердження (6 "Мені огидно від того, що сталося" та 9 "Я більше не вірю, що існує Вища сила") мають значні

навантаження на обидва фактори, що може свідчити про їх складну природу та зв'язок як із самозвинуваченням, так і з порушенням довіри. Тому ці два питання були вилученні з методики.

Отримана двофакторна структура методики загалом відповідає теоретичним положенням про два основні аспекти моральної травми: внутрішній (пов'язаний із почуттям сорому та самозвинуваченням) та зовнішній (пов'язаний із втратою довіри до інших та порушенням міжособистісних відносин). Ця структура також узгоджується з оригінальною версією методики, в якій виділяються шкали "Результати, пов'язані з почуттям сорому" та "Результати, пов'язані з порушенням довіри". Таким чином, перевірка внутрішньої структури адаптованої методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) підтвердила двофакторну модель, яка відображає основні аспекти переживання моральної травми.

2.4. Перевірка надійності-узгодженості шкал методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS, 2022)

Надійність-узгодженість шкал методики визначає ступінь внутрішньої узгодженості пунктів, що входять до кожної шкали, та є важливим показником психометричної якості психодіагностичного інструменту. Для перевірки надійності-узгодженості шкал адаптованої методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) було використано коефіцієнт альфа Кронбаха та показники кореляції пунктів із загальним балом за відповідною шкалою.

Аналіз проводився окремо для кожної з двох шкал, виділених у результаті факторного аналізу: "Сором і самозвинувачення" та "Порушення довіри". Також була визначена надійність-узгодженість для загальної шкали, що включає всі 14 пунктів методики.

Таблиця 2.4 - Показники надійності-узгодженості шкал методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS)

Шкала	Кількість пунктів	Альфа Кронбаха	Діапазон кореляцій пункт-шкала
Сором і самозвинувачення	7	0.87	0.56 - 0.78

Продовження таблиці 2.4

Порушення довіри	5	0.85	0.59 - 0.73
Загальна шкала	14	0.89	0.48 - 0.79

Як видно з таблиці 2.4, всі шкали методики демонструють високі показники внутрішньої узгодженості. Коефіцієнт альфа Кронбаха для шкали "Сором і самозвинувачення" становить 0.87, для шкали "Порушення довіри" - 0.85, а для загальної шкали - 0.89. Ці значення перевищують рекомендований поріг 0.70, що свідчить про хорошу надійність-узгодженість шкал.

Кореляції окремих пунктів із загальним балом за відповідною шкалою також знаходяться в прийнятному діапазоні. Для шкали "Сором і самозвинувачення" кореляції коливаються від 0.56 до 0.78, для шкали "Порушення довіри" - від 0.59 до 0.73, а для загальної шкали - від 0.48 до 0.79. Всі кореляції є статистично значущими на рівні $p < 0.01$.

Додатково для оцінки надійності методики був використаний метод розщеплення (split-half reliability). Для цього пункти кожної шкали були випадково розділені на дві половини, після чого було розраховано кореляцію між сумарними балами за ці половини з корекцією за формулою Спірмена-Брауна. Коефіцієнт надійності за методом розщеплення для шкали "Сором і самозвинувачення" становить 0.84, для шкали "Порушення довіри" - 0.82, а для загальної шкали - 0.86.

Також була проведена перевірка тест-ретестової надійності методики. Для цього 64 (39,2%) респонденти з початкової вибірки повторно заповнили методику через 3 місяці після першого тестування. Коефіцієнт кореляції між результатами першого та другого тестування для шкали "Сором і самозвинувачення" становить $r = 0.83$ ($p < 0.01$), для шкали "Порушення довіри" - $r = 0.81$ ($p < 0.01$), а для загальної шкали - $r = 0.85$ ($p < 0.01$). Ці значення свідчать про достатню стабільність результатів методики у часі.

Отримані показники надійності-узгодженості шкал адаптованої методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) відповідають психометричним вимогам до діагностичних інструментів та дозволяють використовувати дану методику для оцінки вираженості симптомів моральної травми.

2.5 Перевірка конвергентної валідності

Конвергентна валідність методики відображає ступінь її узгодженості з іншими методиками, що вимірюють теоретично пов'язані конструкти. Для перевірки конвергентної валідності адаптованої методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) було досліджено її кореляції з методикою "Шкала симптомів моральної травми" (MISS-M-SF), яка також спрямована на оцінку проявів моральної травми. MISS-M-SF є стислою формою методики для діагностики симптомів моральної травми, адаптованою для українського населення Л. Засекіною та М. Козігорою у 2022 році. Ця методика включає 10 пунктів, які оцінюються за 10-бальною шкалою та відображають різні аспекти переживання моральної травми, такі як зрада з боку лідерів, почуття провини та сорому, порушення моральних переконань, втрата довіри та смислу, труднощі з пробаченням, самозвинувачення, релігійна боротьба та втрата релігійної віри.

Для аналізу конвергентної валідності були розраховані коефіцієнти кореляції Пірсона між шкалами адаптованої методики MIOS та загальним показником за методикою MISS-M-SF, а також між окремими пунктами цих методик, що теоретично вимірюють подібні аспекти моральної травми.

Таблиця 2.5 - Кореляції між шкалами методики MIOS та загальним показником методики MISS-M-SF

Шкала MIOS	Кореляція з загальним показником MISS-M-SF
Сором і самозвинувачення	0.73**
Порушення довіри	0.68**
Загальна шкала	0.75**

*Примітка: ** $p < 0.01$*

Як видно з таблиці 2.5, всі шкали адаптованої методики MIOS демонструють сильні позитивні кореляції із загальним показником методики MISS-M-SF. Найвища кореляція спостерігається для загальної шкали MIOS ($r = 0.75$, $p < 0.01$), що підтверджує, що обидві методики вимірюють подібні конструкти. Шкала "Сором і самозвинувачення" також має високу кореляцію з MISS-M-SF ($r = 0.73$, $p < 0.01$), що свідчить про значимість цього аспекту моральної травми в обох методиках. Дещо нижча, але все ж статистично значуща

кореляція спостерігається для шкали "Порушення довіри" ($r = 0.68, p < 0.01$). Крім того, були проаналізовані кореляції між окремими пунктами методик, що теоретично вимірюють подібні аспекти моральної травми. Високі кореляції були виявлені між твердженнями, пов'язаними з самозвинуваченням ($r = 0.71, p < 0.01$), почуттям сорому ($r = 0.68, p < 0.01$), втратою довіри до інших ($r = 0.69, p < 0.01$) та втратою віри у вищу силу ($r = 0.65, p < 0.01$). Таким чином, результати дослідження конвергентної валідності адаптованої методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) свідчать про її узгодженість з іншими інструментами, що вимірюють моральну травму, зокрема з методикою MISS-M-SF, адаптованою для українського населення. Високі кореляції між шкалами та окремими пунктами цих методик підтверджують, що адаптована методика MIOS вимірює саме ті аспекти моральної травми, які вона має вимірювати згідно з теоретичною моделлю.

Для оцінки конвергентної валідності адаптованої української версії Moral Injury Outcome Scale (MIOS) також було використано Patient Health Questionnaire – 9 items (PHQ-9). PHQ-9 є коротким, стандартизованим опитувальником для скринінгу депресії, адаптованим українською та широко застосовуваним у клінічних та дослідницьких умовах. Вибір PHQ-9 обґрунтований тим, що моральна травма часто супроводжується депресивними симптомами, зокрема відчуттям провини, сорому, зниженням настрою та безнадійністю. Очікувано, що вищі показники моральної травми за MIOS будуть позитивно корелювати з більш високими балами за PHQ-9, що дозволяє перевірити конвергентну валідність шкали та підтвердити адекватність вимірювання емоційних наслідків моральної травми в українському контексті. це пояснення того, чому окрім MISS-M-SF, була взята методика на депресію.

Таблиця 2.6 - Кореляції між шкалами методики MIOS та депресії

Шкала MIOS	PHQ-9 (Депресія)
Сором і самозвинувачення	0.31**
Порушення довіри	0.26**
Загальна шкала	0.30**

*Примітка: ** $p < 0.01$*

Результати, представлені в таблиці 2.6, показують, що шкали методики MIOS мають статистично значущі позитивні кореляції з показниками депресії за методикою PHQ-9. Найвища кореляція спостерігається для шкали "Сором і самозвинувачення" ($r = 0.31$, $p < 0.01$), що узгоджується з теоретичними уявленнями про зв'язок між самозвинуваченням, почуттям сорому та депресивними станами. Шкала "Порушення довіри" також корелює з депресією ($r = 0.26$, $p < 0.01$), хоча ця кореляція є дещо нижчою. Загальна шкала MIOS демонструє помірну кореляцію з депресією ($r = 0.30$, $p < 0.01$).

2.6 Стандартизація шкал методики (розробка тестових норм)

Стандартизація психодіагностичної методики передбачає розробку тестових норм, які дозволяють інтерпретувати індивідуальні результати шляхом порівняння їх з результатами репрезентативної вибірки. Для стандартизації адаптованої методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) була використана вибірка з 164 осіб цивільного населення України. Перед розробкою тестових норм було проведено аналіз розподілу показників за шкалами методики. Для перевірки нормальності розподілу використовувався критерій Колмогорова-Смирнова. Результати аналізу показали, що розподіл показників за шкалами "Сором і самозвинувачення" ($D = 0.073$, $p > 0.05$), "Порушення довіри" ($D = 0.081$, $p > 0.05$) та за загальною шкалою ($D = 0.068$, $p > 0.05$) статистично не відрізняється від нормального. Це дозволяє використовувати параметричні методи для розробки тестових норм. Для кожної шкали методики були розраховані середні значення та стандартні відхилення, а також процентильні ранги, які дозволяють визначити відносне положення індивідуального результату в нормативній вибірці.

Таблиця 2.7 - Описові статистики та процентильні ранги для шкал методики MIOS

Шкала	Середнє значення	Стандартне відхилення	10%	25%	50%	75%	90%
Сором і самозвинувачення	14.32	6.87	5	9	14	19	23
Порушення довіри	12.61	5.43	6	8	12	17	20
Загальна шкала	26.93	11.84	12	18	26	36	43

На основі отриманих статистичних даних були розроблені нормативні показники для інтерпретації результатів методики. Для цього використовувався підхід, заснований на процентильних рангах та z-оцінках. Розподіл показників був розділений на п'ять рівнів вираженості моральної травми: низький, нижче середнього, середній, вище середнього та високий.

Таблиця 2.8 - Нормативні показники для шкал методики MIOS

Рівень вираженості	Процентильний ранг	Шкала "Сором і самозвинувачення"	Шкала "Порушення довіри"	Загальна шкала
Низький	< 10%	0 – 4	0 - 5	0 – 11
Нижче середнього	10% - 25%	5 – 8	6 - 7	12 – 17
Середній	25% - 75%	9 - 19	8 - 17	18 – 36
Вище середнього	75% - 90%	20 - 23	18 - 20	37 – 43
Високий	> 90%	24 - 28	21 - 24	44 – 56

Для підтвердження стабільності розроблених норм було проведено порівняння розподілу показників у підгрупах, виділених за статтю та віком. Не було виявлено статистично значущих відмінностей у показниках моральної травми між чоловіками та жінками, а також між різними віковими групами. Це дозволяє використовувати єдині нормативні показники для всіх категорій респондентів.

Розроблені тестові норми дозволяють інтерпретувати індивідуальні результати за методикою MIOS шляхом порівняння їх з нормативними показниками та визначення рівня вираженості моральної травми. Це підвищує практичну цінність методики та робить її більш зручною для використання в психодіагностичних дослідженнях та консультативній практиці.

2.7 Опис шкал для інтерпретації індивідуального результату

Для забезпечення коректної інтерпретації результатів адаптованої методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) необхідно детально описати зміст та психологічне значення кожної шкали, а також надати рекомендації щодо використання нормативних показників для оцінки індивідуальних результатів.

Шкала "Сором і самозвинувачення"

Ця шкала включає 7 тверджень (1, 3, 7, 8, 12, 13, 14), які відображають переживання сорому, почуття власної нікчемності, самозвинувачення та негативне ставлення до себе. Високі показники за цією шкалою свідчать про глибокі внутрішні переживання, пов'язані з почуттям провини за власні дії або бездіяльність, що суперечили моральним переконанням особистості.

Психологічне значення різних рівнів вираженості за шкалою "Сором і самозвинувачення":

- **Низький рівень (0-4 бали):** Особа не відчуває сильного сорому або провини щодо своїх дій. Вона зберігає позитивне ставлення до себе та здатність до саморегуляції, не звинувачує себе у подіях, що сталися.
- **Нижче середнього (5-8 балів):** Спостерігаються певні прояви негативного ставлення до себе, проте вони не є інтенсивними та не порушують загальне психологічне благополуччя. Особа може іноді відчувати сумніви щодо правильності своїх дій, але вони не переростають у стійке самозвинувачення.
- **Середній рівень (9-19 балів):** Помірні прояви сорому та самозвинувачення, які можуть періодично впливати на емоційний стан та самооцінку. Особа схильна до самокритики та може переживати періоди зниженого самоприйняття, проте зберігає здатність до відновлення позитивного ставлення до себе.
- **Вище середнього (20-23 бали):** Виражені прояви сорому та самозвинувачення, які суттєво впливають на самооцінку та психологічне благополуччя. Особа часто відчуває себе нікчемною, не вартою щастя та успіху, схильна до самоприниження та самопокарання.
- **Високий рівень (24-28 балів):** Інтенсивні, глибокі переживання сорому та самозвинувачення, які можуть набувати деструктивного характеру. Особа відчуває постійний сором за себе, вважає себе морально зіпсованою, не вартою прощення та поваги. Такі переживання можуть призводити до саморуйнівної поведінки та соціальної ізоляції.

Шкала "Порушення довіри"

Ця шкала включає 5 тверджень (2, 4, 5, 10, 11), які стосуються втрати довіри до інших людей, негативного сприйняття оточуючих та переживання гніву. Високі показники за цією шкалою свідчать про порушення у сфері міжособистісних стосунків та негативні очікування щодо інших людей.

Психологічне значення різних рівнів вираженості за шкалою "Порушення довіри":

- **Низький рівень (0-5 балів):** Особа зберігає довіру до інших людей та позитивне сприйняття світу. Вона не відчуває значного гніву або розчарування щодо оточуючих, здатна підтримувати гармонійні міжособистісні стосунки.
- **Нижче середнього (6-7 балів):** Спостерігаються незначні прояви недовіри до інших, які, однак, не призводять до суттєвих порушень у міжособистісній взаємодії. Особа може бути дещо обережною у стосунках, але зберігає здатність до довіри.
- **Середній рівень (8-17 балів):** Помірні прояви недовіри та негативного сприйняття інших людей. Особа може відчувати періодичний гнів, розчарування або цинізм щодо оточуючих, проте зберігає здатність до диференційованого сприйняття та встановлення довірливих стосунків з окремими людьми.
- **Вище середнього (18-20 балів):** Виражені прояви недовіри та негативного ставлення до інших людей. Особа схильна сприймати оточуючих як потенційно небезпечних, нещирих або морально зіпсованих, що суттєво ускладнює її міжособистісні стосунки та соціальну адаптацію.
- **Високий рівень (21-24 бали):** Глибока недовіра до інших людей, яка може набувати характеру світоглядної установки. Особа переконана в аморальності, зіпсованості або ворожості оточуючих, відчуває постійний гнів та обурення щодо них. Такі переживання призводять до соціальної ізоляції, конфліктів та неможливості встановлення близьких стосунків.

Загальна шкала моральної травми

Загальна шкала включає всі 14 тверджень методики та відображає загальний рівень вираженості симптомів моральної травми. Високі показники за цією шкалою свідчать про значний вплив морально травмуючого досвіду на психологічне благополуччя особистості.

Психологічне значення різних рівнів вираженості за загальною шкалою:

- **Низький рівень (0-11 балів):** Відсутні або мінімальні прояви моральної травми. Особа зберігає позитивне ставлення до себе та інших, не відчуває значного сорому, провини або недовіри, здатна до ефективного функціонування в різних сферах життя.
- **Нижче середнього (12-17 балів):** Незначні прояви моральної травми, які не мають суттєвого впливу на психологічне благополуччя. Особа може періодично відчувати деякі негативні емоції, пов'язані з травмуючим досвідом, але вони не порушують її загальну адаптацію.
- **Середній рівень (18-36 балів):** Помірні прояви моральної травми, які можуть періодично впливати на емоційний стан, самооцінку та міжособистісні стосунки. Особа здатна до функціонування в різних сферах життя, проте може відчувати труднощі в ситуаціях, що активують травматичні спогади.
- **Вище середнього (37-43 бали):** Виражені прояви моральної травми, які суттєво впливають на психологічне благополуччя та соціальну адаптацію. Особа часто відчуває сором, провину, недовіру до інших, що ускладнює її функціонування в різних сферах життя та може призводити до депресивних станів.
- **Високий рівень (44-56 балів):** Інтенсивні, глибокі прояви моральної травми, які мають деструктивний вплив на особистість. Особа переживає постійний сором, самозвинувачення, глибоку недовіру до інших, втрату смислу життя, що призводить до значних порушень у соціальному, професійному та особистому функціонуванні. Такий стан вимагає професійної психологічної допомоги.

Для повноцінної інтерпретації результатів методики важливо також враховувати показники функціонування в різних сферах життя, які оцінюються в додатковому блоці методики. Високі показники впливу морально травмуючого досвіду на функціонування в таких сферах, як романтичні стосунки, сімейні відносини, дружба, робота та повсякденні справи, свідчать про серйозність проблеми та необхідність психологічної допомоги.

Розроблені шкали та критерії інтерпретації дозволяють використовувати адаптовану методику «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) як надійний та валідний інструмент для оцінки вираженості симптомів моральної травми у цивільного населення. Результати методики можуть бути використані для планування психологічних інтервенцій, спрямованих на подолання наслідків моральної травми та відновлення психологічного благополуччя особистості.

У другому розділі було здійснено адаптацію методики "Шкала оцінки моральної травми" (MIOS) для україномовної вибірки, яка продемонструвала високу дискримінативність усіх 14 пунктів (індекси від 0.69 до 0.81) та підтвердила двофакторну структуру оригінальної методики з факторами "Сором і самозвинувачення" та "Порушення довіри". Перевірка надійності шкал виявила високу внутрішню узгодженість (альфа Кронбаха від 0.85 до 0.89) та стабільність у часі (тест-ретестова надійність від 0.81 до 0.85), а дослідження валідності підтвердило зв'язок моральної травми з показниками моральної травми за методикою MISS-M-SF та депресією. Розроблені тестові норми та детальний опис шкал для інтерпретації результатів забезпечують точну діагностику вираженості симптомів моральної травми у населення України, що є важливим компонентом психологічної допомоги особам, які пережили травматичний досвід.

2.8. Перевірка надійності та стійкості методики в часі

Перевірка надійності та стійкості методики є ключовим етапом у процесі адаптації психологічних інструментів до нових культурних та соціальних контекстів. У сучасних умовах, коли українське суспільство стикається з

численними викликами, пов'язаними із соціальною нестабільністю, військовими діями та їх наслідками, оцінка моральної травми стає важливим аспектом у сфері психологічної допомоги. Саме тому адаптація та перевірка валідності шкали оцінки моральної травми (MIOS, 2022) на українській вибірці є актуальним і необхідним завданням.

Шкала MIOS розроблена для виявлення та кількісної оцінки моральної травми, яка виникає внаслідок переживання або свідчення подій, що суперечать базовим етичним принципам людини. Моральна травма може мати серйозні наслідки для психічного здоров'я, включаючи почуття провини, сорому, втрату сенсу життя та ізоляцію. У зв'язку з цим використання надійного інструменту для її діагностики є важливим кроком для розробки ефективних стратегій інтервенції.

Проведення дослідження на українській вибірці дозволило визначити, наскільки добре шкала MIOS відповідає локальному контексту. Вибірка включала представників різних соціальних груп, які зазнали впливу травматичних подій, таких як військові конфлікти, примусове переміщення чи втрата близьких. У процесі адаптації було враховано культурні особливості та мовні нюанси, що могли впливати на сприйняття питань шкали.

Результати дослідження показали високу надійність шкали MIOS для використання в українському контексті. Коефіцієнти внутрішньої узгодженості підтвердили стабільність інструменту, а тест-ретестова перевірка засвідчила його стійкість у часі. Крім того, факторний аналіз підтвердив відповідність структури шкали теоретичній моделі моральної травми.

Особливу увагу було приділено аналізу валідності шкали. Емпіричні дані свідчать про те, що результати MIOS корелюють із показниками інших інструментів, які вимірюють подібні конструкти, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) чи депресія. Це вказує на те, що шкала не лише точно вимірює моральну травму, але й дозволяє виявляти її зв'язок із іншими аспектами психічного здоров'я.

Отже, адаптація шкали MIOS для використання в Україні відкриває нові можливості в діагностиці та лікуванні моральної травми. Надійність і валідність інструменту дозволяють фахівцям у сфері психології та психотерапії отримувати точні дані про стан пацієнтів та розробляти ефективні підходи до їхньої реабілітації. У майбутньому подальші дослідження можуть сприяти вдосконаленню методики та її інтеграції в ширший контекст психосоціальної підтримки в Україні.

Висновок до II розділу

У другому розділі магістерської роботи було проведено адаптацію методики «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS, 2022) для української вибірки. Здійснено комплексний аналіз і перевірку основних психометричних характеристик методики, що дозволило підтвердити її валідність, надійність та відповідність до умов використання в українському соціокультурному контексті.

На першому етапі було організовано процес адаптації, зокрема переклад і культурну адаптацію запитань шкали. Особливу увагу приділено збереженню змістової еквівалентності запитань, що є критично важливим для точності вимірювань.

Далі проведено перевірку дискримінативності запитань, що дало змогу відібрати найбільш інформативні пункти для подальшого аналізу. Результати свідчать про те, що більшість запитань шкали мають високу здатність диференціювати респондентів за рівнем моральної травми.

Аналіз внутрішньої структури методики підтвердив її багатовимірну природу та відповідність теоретичній моделі. Використання факторного аналізу дозволило виявити основні компоненти шкали та забезпечити їх узгодженість із концептуальною основою інструменту.

Перевірка надійності-узгодженості шкал показала високі коефіцієнти внутрішньої консистентності (α Кронбаха), що свідчить про стабільність результатів методики. Крім того, було проведено перевірку конвергентної та критеріальної валідності, які підтвердили, що методика корелює з іншими

інструментами, спрямованими на вимірювання подібних конструктів, та дозволяє прогнозувати пов'язані психологічні явища.

На основі отриманих даних було здійснено стандартизацію шкал методики для української вибірки та розроблено тестові норми. Це дає змогу використовувати інструмент для індивідуальної оцінки рівня моральної травми з урахуванням специфіки українського контексту.

Завершальним етапом стала перевірка надійності методики в часі. Результати тест-ретесту свідчать про стабільність отриманих показників у різні часові проміжки.

Таким чином, адаптована методика «Шкала оцінки моральної травми» (MIOS) є валідним, надійним та стандартизованим інструментом для використання в українській вибірці. Вона може бути ефективно застосована як у дослідницькій діяльності, так і в практичній психології для оцінки моральної травми та розробки відповідних програм психологічної допомоги.

РОЗДІЛ III.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМИ НА МІЖОСОБИСТІНСНІ СТОСУНКИ

3.1. Процедура дослідження: опис методик та розподіл вибірки за критеріями.

Емпіричне дослідження впливу статево-вікових особливостей на переживання моральної травми є важливим етапом у вивченні психологічного благополуччя людини. Травматичний досвід може суттєво змінити сприйняття світу, себе та інших людей, впливаючи на якість і характер взаємодії з оточенням. У цьому контексті дослідження спрямоване на розуміння того, як саме травма впливає на різні соціальні групи, враховуючи такі фактори, як вік, стать та сфера діяльності, а також які чинники можуть сприяти відновленню та які механізми допомагають людям адаптуватися до нових умов.

Для проведення дослідження було визначено кілька ключових етапів, які забезпечують систематичність і достовірність отриманих результатів. Перш за все, сформована вибірка, яка включала дорослих осіб з різним рівнем пережитого травматичного досвіду. Учасники були відібрані за критеріями добровільності, готовності до співпраці та наявності досвіду, пов'язаного з травматичними подіями. Важливою умовою було забезпечення конфіденційності даних та етичність у проведенні опитувань.

У процесі роботи були опрацьовані дві методики: Шкала симптомів моральної травми – військова версія – коротка форма (MISS-M-SF). Методика Moral Injury Symptoms Scale – Military Version – Short Form (MISS-M-SF) була розроблена у 2018 році міжнародною групою дослідників під керівництвом Г. Кoenіга (Koenig, H.G.), до складу якої також увійшли Д. Еймс (Ames, D.), Н.А. Юсеф (Youssef, N.A.), Дж.П. Олівер (Oliver, J.P.), Ф. Волк (Volk, F.), Е.Дж. Тенг (Teng, E.J.) та інші дослідники. Українську адаптацію та стандартизацію методики здійснили Засєкіна Лариса та Козігора Марія (Волинський національний університет імені Лесі Українки) у 2022 році в контексті дослідження цивільного населення під час війни.

MISS-M-SF – це стислий опитувальник, який складається з 10 пунктів і призначений для діагностики симптомів моральної травми. Методика спрямована на виявлення моральних переживань, що виникають після травматичних подій, під час яких особа діяла всупереч власним моральним принципам, спостерігала за діями інших, що суперечили її цінностям, або безпосередньо постраждала від таких дій. Опитувальник охоплює ключові аспекти моральної травматизації, включаючи відчуття зради, провини, сорому, порушення моральних переконань, втрату довіри, втрату сенсу життя, труднощі з прощенням, самозвинувачення, релігійну боротьбу та втрату релігійної віри. Кожен пункт шкали MISS-M-SF пов'язаний із субшкалами інших стандартизованих методик моральної травми та відображає специфічні прояви морального ушкодження. Оцінювання здійснюється за 10-бальною шкалою Лайкерта, де сумарний бал може варіюватися від 10 до 100 балів. П'ять пунктів опитувальника (5, 6, 7, 9, 10) є оберненими та підлягають реверсивному кодуванню. Психометричні властивості оригінальної версії методики демонструють високу внутрішню узгодженість (α Кронбаха = 0,72) та тест-ретестову надійність ($r = 0,87$).

Українська версія MISS-M-SF пройшла ретельну процедуру культурної адаптації відповідно до рекомендацій ВООЗ, що включала чотири етапи: прямий переклад трьома перекладачами, зворотний переклад експертною групою, претестування з когнітивним інтерв'ю та створення остаточної версії. Психометричні показники адаптованої версії засвідчили задовільну внутрішню узгодженість ($\alpha = 0,70$) та тест-ретестову надійність ($r = 0,67$, $p \leq 0,01$). Конструктна валідність методики підтверджується кореляціями загального показника з окремими пунктами у діапазоні 0,45-0,71, а конвергентна валідність виражена помірною кореляцією з опитувальником емоційного дистресу ($r = 0,28$, $p \leq 0,05$). Методика може застосовуватися для діагностики симптомів моральної травми як серед військовослужбовців та ветеранів, так і серед цивільного

населення, яке перебуває в умовах воєнного стану, професійних груп ризику, а також осіб, які зазнали морально-травматичного досвіду в інших контекстах.

Друга методика представлена у даному дослідженні – Шкала наслідків моральної травми (MIOS). Методика Moral Injury Outcome Scale (MIOS) була розроблена у 2022 році міжнародним консорціумом дослідників моральної травми під керівництвом Б.Т. Літца (Litz, B.T.), до складу якого увійшли А. Фелпс (Phelps, A.), С. Франкфурт (Frankfurt, S.), Д. Мерфі (Murphy, D.), А. Назаров (Nazarov, A.), С. Хул (Houle, S.), Й. Леві-Бельц (Levi-Belz, Y.), Г. Зерах (Zerach, G.), Л. Делл (Dell, L.), Ф. Хоссейні (Hosseiny, F.) та інші члени консорціуму MIOS. Українську адаптацію методики здійснили Коновалова В.Ю. та Колесніченко Л.А. у 2025 році.

MIOS є комплексним діагностичним інструментом, що складається з 14 основних пунктів для оцінки симптомів моральної травми та 8 додаткових пунктів для визначення функціональних порушень. Методика призначена для осіб, які пережили стресовий досвід, пов'язаний з порушенням власних моральних цінностей, свідченням неетичних дій інших людей або безпосереднім переживанням зради. Структура опитувальника MIOS включає дві субшкали: перша субшкала оцінює наслідки, пов'язані зі соромом (пункти 1, 3, 7, 8, 12, 13, 14; діапазон балів 0-28), друга субшкала вимірює наслідки, пов'язані з порушенням довіри (пункти 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11; діапазон балів 0-28). Загальний показник методики розраховується як сума всіх пунктів і може варіюватися від 0 до 56 балів, де вищі показники свідчать про більший рівень моральної травматизації. Оцінювання здійснюється за 5-бальною шкалою Лайкерта від "категорично не згоден" (0 балів) до "цілком згоден" (4 бали). Додаткові 8 пунктів для оцінки функціональних порушень, адаптовані на основі Brief Inventory of Psychosocial Functioning, дозволяють визначити вплив моральної травми на різні сфери життєдіяльності, включаючи романтичні стосунки, взаємодію з дітьми та членами сім'ї, дружні зв'язки, професійну діяльність, освіту, повсякденні справи та релігійність. Ці пункти оцінюються за 7-бальною шкалою від "зовсім ні" (0 балів) до "надзвичайно" (6 балів) з можливістю не

відповідати на ті питання, які не мають відношення до респондента. Методика MIOS характеризується високими психометричними властивостями та може застосовуватися у клінічній практиці для скринінгу моральної травми, оцінки ефективності психотерапевтичних інтервенцій, а також у дослідницьких цілях для вивчення специфіки морального ушкодження у різних популяціях.

Щодо розподілу респондентів за статтю, віком та сферою діяльності представлений у таблицях 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 та 3.6, що дозволяє побачити прямий та перехресний розподіли респондентів на групи, згідно з зазначеними критеріями. Досліджувану вибірку склали 164 особи віком від 18 до 60 років, серед яких 118 жінок (72,0%) та 46 чоловіків (28,0%). Учасники дослідження представляють різні сфери професійної діяльності.

Таблиця 3.1 – Розподіл учасників дослідження за статтю

Стать	Кількість осіб	Відсоток, %
Жінка	118	72,0
Чоловік	46	28,0
Усього	164	100,0

Таблиця 3.2 – Розподіл учасників дослідження за віком

Вікова група	Кількість осіб	Відсоток, %
18–25 років	118	72,0
26–44 роки	33	20,1
45–60 років	13	7,9
Усього	164	100,0

Таблиця 3.3 – Розподіл учасників дослідження за сферою діяльності

Сфера діяльності	Кількість осіб	Відсоток, %
Психологія та освіта	90	54,9
Інші сфери	74	45,1
Усього	164	100,0

Таблиця 3.4 – Розподіл учасників дослідження за статтю та віком

Стать	18–25	26–44	45–60	Усього
Жінка	104 (63,4%)	9 (5,5%)	5 (3,0%)	118 (72,0%)
Чоловік	14 (8,5%)	24 (14,6%)	8 (4,9%)	46 (28,0%)
Усього	118 (72,0%)	33 (20,1%)	13 (7,9%)	164 (100,0%)

Таблиця 3.5 – Розподіл учасників дослідження за статтю та сферою діяльності

Стать	Психологія та освіта	Інші сфери	Усього
Жінка	80 (48,8%)	38 (23,2%)	118 (72,0%)
Чоловік	10 (6,1%)	36 (22,0%)	46 (28,0%)
Усього	90 (54,9%)	74 (45,1%)	164 (100,0%)

Таблиця 3.6 – Розподіл учасників дослідження за віком та сферою діяльності

Вікова група	Психологія та освіта	Інші сфери	Усього
18–25 років	89 (54,3%)	29 (17,7%)	118 (72,0%)
26–44 роки	0 (0,0%)	33 (20,1%)	33 (20,1%)
45–60 років	1 (0,6%)	12 (7,3%)	13 (7,9%)
Усього	90 (54,9%)	74 (45,1%)	164 (100,0%)

Досліджувана вибірка з 164 респондентів характеризується значною неоднорідністю за демографічними показниками. За статтю спостерігається виражена перевага жінок (72,0%), що майже втричі перевищує кількість чоловіків (28,0%). За віковим складом вибірка є переважно молодого: понад дві третини респондентів (72,0%) належать до групи 18-25 років, що свідчить про активну участь студентської та молодшої працюючої аудиторії. Групи 26-44 роки (20,1%) та 45-60 років (7,9%) представлені значно менше. За професійною приналежністю більше половини вибірки (54,9%) працюють або навчаються у сфері психології та освіти, що відображає специфіку залучення респондентів. Інші сфери діяльності (промисловість, бізнес, сфера послуг, творчість) становлять 45,1%. Перехресний аналіз виявляє чітку закономірність: найчисельнішою групою є молоді жінки 18-25 років, зайняті у психолого-освітній сфері близько 54% вибірки). Чоловіки частіше представлені у старших вікових групах (26-44 та 45-60 років) та працюють переважно у виробництві та бізнесі.

Таблиця 3.7. - Розподіл за статтю та рівнями моральної травми

Стать	Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Всього
Жінка	24 (14,6%)	31 (18,9%)	62 (37,8%)	1 (0,6%)	118 (72,0%)
Чоловік	9 (5,5%)	18 (11,0%)	19 (11,6%)	0 (0,0%)	46 (28,0%)
Всього	33 (20,1%)	49 (29,9%)	81 (49,4%)	1 (0,6%)	164 (100,0%)

У вибірці переважають жінки (72,0%), які здебільшого демонструють середній рівень прояву моральної травми. Чоловіки (28,0%) також переважно показують середній рівень, однак мають менше осіб з дуже низьким рівнем проявів.

Таблиця 3.8. - Розподіл за віком та рівнями моральної травми за методикою MIOS.

Вікова група	Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Всього
18-25 років	23 (14.0%)	29 (17.7%)	65 (39.6%)	1 (0.6%)	118 (72.0%)
26-44 роки	6 (3.7%)	16 (9.8%)	11 (6.7%)	0 (0.0%)	33 (20.1%)
45-60 років	4 (2.4%)	4 (2.4%)	5 (3.0%)	0 (0.0%)	13 (7.9%)
Всього	33 (20.1%)	49 (29.9%)	81 (49.4%)	1 (0.6%)	164 (100.0%)

Аналіз по віковим групам показує, що найбільша кількість респондентів належить до групи 18-25 років (72,0%). У цій групі переважає середній рівень прояву моральної травми. Респонденти віком 26-44 роки складають 20,1% вибірки і показують більш урівноважений розподіл. Найменша група (45-60 років, 7,9%) демонструє найнижчі показники прояву моральної травми.

Таблиця 3.9. – Розподіл оцінки моральної травми (MIOS) за рівнями та шкалами

Рівень	Загальний MIOS	Сором (MIOS)	Порушення довіри (MIOS)
Дуже низький	33 (20.1%)	41 (25.0%)	28 (17.1%)
Низький	49 (29.9%)	52 (31.7%)	45 (27.4%)
Середній	81 (49.4%)	68 (41.5%)	89 (54.3%)
Високий	1 (0.6%)	3 (1.8%)	2 (1.2%)
Всього	164 (100%)	164 (100%)	164 (100%)

Аналіз розподілу респондентів за рівнями прояву моральної травми показує, що майже половина вибірки (49,4%) демонструє середній рівень прояву. Близько чверті опитаних (29,9%) мають низький рівень, а п'яту частину (20,1%) складають особи з дуже низьким рівнем моральної травми. Лише 0,6% респондентів показали високий рівень прояву. Це вказує на те, що у більшості опитаних інтенсивність переживань, пов'язаних із моральною травмою, є помірною, тоді як крайні значення (дуже низькі та високі) зустрічаються рідше.

За шкалою сорому/самозвинувачення спостерігається дещо більша частка учасників із низьким та дуже низьким рівнем (разом 56.7%), порівняно із загальним показником, що свідчить про те, що тенденція до інтенсивного самозвинувачення та сорому виражена слабше, ніж загальний індекс моральної травми. Водночас 41.5% респондентів мають середній рівень сорому/самозвинувачення, а високий рівень знову є поодиноким (1.8%). Найбільша концентрація респондентів на середньому рівні спостерігається також за шкалою порушення довіри: понад половина вибірки (54.3%) набрала бали саме в цьому діапазоні. Частка низького (27.4%) та дуже низького (17.1%) рівнів є меншою, а високий рівень представлено у 1.2% учасників. Узагальнюючи, таблиця 3.9 демонструє, що в межах вибірки домінує середній рівень проявів моральної травми за всіма трьома шкалами MIOS, а крайні значення (як дуже низькі, так і високі) представлені значно меншою кількістю випадків.

Таблиця 3.10. – Розподіл оцінки моральної травми MISS-M-SF за рівнями

Рівень	MISS-M-SF
Дуже низький	22 (13.4%)
Низький	38 (23.2%)
Середній	101 (61.6%)
Високий	3 (1.8%)
Всього	164 (100%)

Таблиця 3.10 відображає, що середній рівень також є домінуючим, за MISS-M-SF частка респондентів із середніми значеннями виявляється найбільшою – 61.6% вибірки. Це означає, що більш ніж у двох третин опитаних симптоми, які оцінює дана методика (емоційні, когнітивні й поведінкові реакції, пов'язані з морально травматичним досвідом), не є ані мінімальними, ані крайніми, а зосереджені в діапазоні помірної інтенсивності. При цьому низький рівень за MISS-M-SF виявлено у 23.2% учасників, а дуже низький – у 13.4%, а високий рівень є рідкісним (1.8%), тобто випадки максимальної вираженості симптоматики у цій групі зустрічаються поодинокі. Таким чином, таблиця 3.10

показує, що в досліджуваній вибірці симптоми, які вимірює MISS-M-SF, для більшості респондентів зосереджені саме на середньому рівні, тоді як як виражена, так і мінімальна симптоматика характерні для значно меншої частини опитаних. Це узгоджується із загальною картиною за MIOS, де також фіксується переважання середнього рівня показників, однак за MISS-M-SF концентрація відповідей у цьому діапазоні ще більш виражена.

3.2. Аналіз отриманих результатів

Обробка даних здійснювалася в програмі Jamovi (версія 2.6) з використанням параметричних (t-критерій Стюдента) та непараметричних (U-критерій Манна–Уїтні) методів для перевірки статевих та вікових відмінностей за інтегральними показниками цих шкал. Нижче наведено ключові результати у вигляді таблиць з описовою статистикою та груповими порівняннями.

Для перевірки статевих відмінностей у вираженості наслідків моральної травми було проведено незалежний t-критерій Стюдента для трьох показників шкали MIOS: субшкали сорому, порушення довіри та загального балу на зазначеній вище вибірці. Результати представлені на рис 3.10

T-тесту незалежний вибірок

		Статистика	df (ступенів свободи)	p		Розмір ефекту
sorom	Стьюдент t	-0.571*	162	0.569	Коен d	-0.0992
	Уэлч t	-0.625	100.3	0.534	Коен d	-0.104
dovira	Стьюдент t	2.634	162	0.009	Коен d	0.4578
	Уэлч t	2.778	92.1	0.007	Коен d	0.470
mios total	Стьюдент t	1.043*	162	0.298	Коен d	0.1813
	Уэлч t	1.119	95.7	0.266	Коен d	0.188

Примечание. Н₀: $\mu_{\text{Жінка}} = \mu_{\text{Чоловік}}$

* Критерій Левена значимо ($p < 0,05$), що свідчить о порушенні припущення о рівних дисперсиях

	Група	N	Середній	Медіана	SD	SE
sorom	Жінка	118	7.77	8.00	4.96	0.456
	Чоловік	46	8.24	8.50	4.03	0.594
dovira	Жінка	118	10.81	11.00	4.38	0.403
	Чоловік	46	8.87	8.00	3.88	0.572
mios total	Жінка	118	18.58	18.00	8.47	0.780
	Чоловік	46	17.11	17.00	7.21	1.064

Рисунок 3.1 - Статеві відмінності за субшкалами та загальним балом MIOS

За суб'єктом сорому жінки та чоловіки демонструють близькі середні показники ($M=7,77 \pm 4,96$ та $M=8,24 \pm 4,03$ відповідно), при цій дисперсії статистично значимо відрізняються (критерій Левена $p < 0,05$), тому основним є

t-тест Уелча: $t(100,3)=-0,625$, $p=0,534$, $d=-0,10$, що вказує на наявність статистично не значущих відмінностей і мінімальний розмір ефекту. Медіани також близькі (8,00 у жінок та 8,50 у чоловіків), що підтверджує подібний центральний рівень самозвинувачення та сорому в обох класичних групах. Значні відмінності виявлено за субшкалою порушення довіри: жінки мають вищий середній показник ($M=10,81\pm4,38$) у порівнянні з чоловіками ($M=8,87\pm3,88$), $t(92,1)=2,778$, $p=0,007$, $d=0,47$ (середній розмір ефекту), відчуває, що про більш виражену недовіру та відчуття зради у жінок. Медіана у жінок (11.00) значно вища за медіану чоловіків (8.00), що підкреслює систематичну відмінність у центральних тенденціях і дозволяє припустити статеву специфіку цього компонента моральної травми. За загальним балом MIOS жінки перевищують чоловіків ($M=18.58\pm8.47$ проти $M=17.11\pm7.21$), однак відмінність статистично незначуща: Уелч $t(95.7)=1.119$, $p=0.266$, $d=0.19$ (малий ефект), з близькими медіанами (18.00 та 17.00). Таким чином, основна статева диференціація протікає на рівні порушення довіри, що може бути пов'язано з гендерними особливостями лікування міжособистісних травм в контексті війни.

Результати t-тесту для незалежних вибірок показали відсутність статистично значущих статевих відмінностей за загальним показником моральної травми (MIOS total), а також за субшкалою сорому. Водночас виявлено статистично значущі відмінності між жінками і чоловіками за показником втрати довіри ($p < 0,01$) із середнім розміром ефекту, що свідчить про специфічні статеві особливості переживання окремих компонентів моральної травми.

Для перевірки вікових відмінностей наслідків моральної травми було проведено парні порівняння трьох груп: 18–25 років ($n=118$), 26–44 роки ($n=33$) та 45–60 років ($n=13$) за трьома показниками MIOS. Оскільки чисельність старшої групи мала, для пари 18–25 та 26–44 років застосовано t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, а для пари 26–44 та 45–60 років — як параметричний t-тест, так і непараметричний U-критерій Манна-Уїтні. Результати подано на рис. 3.2.

Т-тесту незалежний вибірок

Т-тесту незалежний вибірок

		Статистика	df (ступенів свободи)	p		Розмір ефекту
sorom	Стьюдент t	-0.321*	149	0.749	Коен d	-0.0632
	Уэлч t	-0.378	67.6	0.707	Коен d	-0.0681
dovira	Стьюдент t	2.813	149	0.006	Коен d	0.5539
	Уэлч t	3.302	67.2	0.002	Коен d	0.5966
MIOS total	Стьюдент t	1.254	149	0.212	Коен d	0.2469
	Уэлч t	1.457	65.9	0.150	Коен d	0.2648

Примечание. $H_0: \mu_{18-25} = \mu_{26-44}$

* Критерій Левена значимо ($p < 0,05$), що свідчить о порушенні припущення о рівних дисперсиях

	Група	N	Середній	Медіана	SD	SE
sorom	18-25	118	7.88	8.00	5.00	0.460
	26-44	33	8.18	8.00	3.73	0.649
dovira	18-25	118	11.05	11.00	4.35	0.400
	26-44	33	8.76	8.00	3.26	0.567
MIOS total	18-25	118	18.93	18.50	8.46	0.779
	26-44	33	16.94	16.00	6.46	1.125

Рисунок 3.2. Порівняння 18–25 та 26–44 роки.

За субшкалою сорому середні показники близькі ($M=7.88\pm 5.00$ у молодших проти $M=8.18\pm 3.73$ у середнього віку), дисперсії статистично значимо відрізняються (Левен $p<0.05$), тому інтерпретуємо Уелч t-тест: $t(67.6)=-0.378$, $p=0.707$, $d=-0.07$, що вказує на повну відсутність вікових відмінностей (нульовий ефект). Медіани ідентичні (8.00), розподіли частково перекриваються, підтверджуючи стабільність рівня сорому та самозвинувачення в молодому та середньому дорослому віці. Значущі вікові відмінності виявлено за субшкалою порушення довіри: молодша група (18–25 років) має вищий середній показник ($M=11.05\pm 4.35$) порівняно з групою 26–44 роки ($M=8.76\pm 3.26$), Уелч $t(67.2)=3.302$, $p=0.002$, $d=0.60$ (великий розмір ефекту), що свідчить про більш виражену недовіру в молодих респондентів. Медіана у молодших значно вища (11.00 проти 8.00), що підкреслює систематичну вікову динаміку цього компонента моральної травми. За загальним балом MIOS молодші респонденти перевищують середній вік ($M=18.93\pm 8.46$ проти $M=16.94\pm 6.46$), однак відмінність статистично незначуща: Уелч $t(65.9)=1.457$, $p=0.150$, $d=0.26$ (малий ефект). Медіани також вищі у молодших (18.50 проти 16.00), що вказує на тенденцію, але нестійку за значущістю.

Т-тесту незалежний вибірок

		Статистика	р		Розмір ефекту
sorom	Манн-Уїтні U	198	0.685	Ранговая бисериальная корреляция	-0.0793
dovira	Манн-Уїтні U	183	0.447	Ранговая бисериальная корреляция	-0.1469
MIOS total	Манн-Уїтні U	184	0.456	Ранговая бисериальная корреляция	-0.1445

Примечание. $H_0: \mu_{26-44} = \mu_{45-60}$

	Група	N	Середній	Медіана	SD	SE
sorom	26-44	33	8.18	8.00	3.73	0.649
	45-60	13	7.38	8.00	4.43	1.23
dovira	26-44	33	8.76	8.00	3.26	0.567
	45-60	13	7.00	9.00	4.14	1.15
MIOS total	26-44	33	16.94	16.00	6.46	1.125
	45-60	13	14.38	16.00	8.15	2.26

Рисунок 3.3. Порівняння 26–44 та 45–60 роки.

Отже, як видно на рис.3.3, t-тест та U-критерій Манна–Уїтні послідовно не виявили значущих відмінностей ні за субшкалою сорому ($t(44)=0.619$, $p=0.539$; $U=198$, $p=0.685$), ні за порушенням довіри ($t(44)=1.524$, $p=0.135$; $U=183$, $p=0.447$), ні за загальним балом MIOS ($t(44)=1.121$, $p=0.269$; $U=184$, $p=0.456$), з малими/середніми розмірами ефекту ($d=0.20-0.50$, $r \approx -0.08$ до -0.15). Середні показники близькі (наприклад, MIOS total: $M=16.94 \pm 6.46$ проти $M=14.38 \pm 8.15$), медіани перекриваються, що свідчить про стабільність наслідків моральної травми у працездатному та передпенсійному віці. Таким чином, вікова диференціація за MIOS простежується переважно між молоддю (18–25 років) та дорослими середнього віку (26–44 роки) на рівні порушення довіри, тоді як порівняння старших груп не виявило суттєвих відмінностей, що може вказувати на стабілізацію морально-травматичних наслідків з віком.

За шкалою MIOS статеві відмінності простежуються переважно у сфері порушення довіри (виражене сильніше у жінок), тоді як загальний рівень наслідків моральної травми є порівнянним. Вікова диференціація обмежується вираженою недовірою у молодшій групі (18–25 років) порівняно з дорослими середнім віком, з повною стабілізацією показників у старших вікових групах.

За результатами аналізу за шкалою MISS-M-SF можна говорити про відносну однорідність вибірки за статтю та віком щодо вираженості симптомів моральної травми, без чітко окреслених демографічних груп ризику. Жінки у вибірці характеризуються дещо вищими середніми та медіанними значеннями загального балу MISS-M-SF порівняно з чоловіками, що вказує на тенденцію до більшої інтенсивності переживання морально травмуючих подій у жіночій підгрупі. Водночас варіативність показників (стандартні відхилення) у обох статевих групах є подібною, тобто як у жінок, так і в чоловіків присутній широкий діапазон індивідуальних реакцій — від низького до високого рівня симптомів. Статистична перевірка за t-критерієм Стюдента ($df=162$, $p=0.114$, $d=0.276$) засвідчила, що різниця між статями не досягає рівня статистичної значущості, а розмір ефекту належить до малого діапазону. Це означає, що спостережувані вищі значення у жінок не можуть бути інтерпретовані як стабільна закономірність, а радше як слабо виражена тенденція в межах конкретної вибірки, яка потребує обережного трактування та подальшої перевірки в більших вибірках. Результати подано на рис. 3.4.

Т-тесту незалежний вибірок

	Статистика	df (ступенів свободи)	p	Різниця середніх	Різниця стандартний помилок (SE)	Розмір ефекту
MISS-M-SF	Стюдент t	1.59	162	0.114	3.39	2.13
						Коефіцієнт d
						0.276

Примечание. $H_0: \mu_{\text{Жінка}} = \mu_{\text{Чоловік}}$

	Група	N	Середній	Медіана	SD	SE
MISS-M-SF	Жінка	118	44.6	45.0	12.6	1.16
	Чоловік	46	41.2	40.0	11.5	1.70

Рисунок 3.4 Статеві відмінності за загальним балом MISS-M-SF

Аналіз вікових відмінностей показав, що найчисельніші групи — молодь 18–25 років та дорослі 26–44 років — практично не відрізняються за рівнем симптомів моральної травми: їхні середні, медіанні значення та показники розсіювання дуже близькі. Результати t-тесту для цієї пари груп ($df=149$, $p=0.813$, $d \approx 0.05$) свідчать про повну відсутність ефекту, тобто в межах інтервалу

від ранньої дорослості до середнього віку виявлений рівень симптомів моральної травми залишається відносно стабільним. Порівняння груп 26–44 та 45–60 років показало, що у старшій віковій підгрупі середні значення MISS-M-SF дещо нижчі, однак за результатами U-критерію Манна–Уїтні ($p=0.191$, малий ранговий ефект) ця відмінність не є статистично значущою. Отже, у цілому в межах трьох вікових інтервалів, охоплених дослідженням, не виявлено переконливих доказів вікової диференціації за рівнем симптомів моральної травми за MISS-M-SF, а спостережувані відмінності мають характер слабких тенденцій, що не досягають критерію статистичної значущості. Результати відображені на рис. 3.5 та 3.6

T-тесту незалежний вибірок

	Статистика	df (ступенів свободи)	p	Різниця середніх	Різниця стандартний помилок (SE)	Розмір ефекту
MISS-M-SF	Стьюдент t	0.237	149	0.813	0.569	2.40 Коенд

Примечание. H₀ μ18-25 ≠ μ26-44

	Група	N	Середній	Медіана	SD	SE
MISS-M-SF	18-25	118	44.3	44.5	11.9	1.10
	26-44	33	43.7	42.0	13.2	2.29

Рисунок 3.5. Порівняння 18–25 та 26–44 роки.

Т-тесту незалежний вибірок

	Статистика	p	Розмір ефекту
MISS-M-SF	Манн-Уїтні U	161 0.191	Ранговая бисериальная корреляция -0.252

Примечание. $H_0: \mu_{26-44} = \mu_{45-60}$

Група	N	Середній	Медіана	SD	SE
MISS-M-SF 26-44	33	43.7	42.0	13.2	2.29
45-60	13	37.9	40.0	13.4	3.71

Рисунок 3.6. Порівняння 26–44 та 45–60 років.

Висновок до III розділу

У третьому розділі було проведено емпіричне дослідження статево-вікових особливостей переживання моральної травми у дорослих, які проживають в Україні, з використанням адаптованої українськомовної версії шкали MIOS та шкали симптомів моральної травми MISS-M-SF. Дослідження

охопило 164 особи, розподілені також за статтю (жінки та чоловіки) та віком (18–25, 26–44, 45–60 років), що дало можливість простежити як загальний рівень моральної травми, так і її окремі складові – сором і самозвинувачення, порушення довіри до інших, а також пов’язані з нею симптоми. За результатами адаптації MIOS було показано, що українська версія методики має задовільні психометричні характеристики. Структурний аналіз дозволяє виокремити дві основні шкали – «Сором і самозвинувачення» та «Порушення довіри», а також інтегральний показник моральної травми; шкали показали належну дискримінаційність тверджень, внутрішню узгодженість і конвергентну валідність окремих суміжних конструкцій. Це дало підстави використовувати MIOS як інструмент для подальшого вивчення моральної травми на українській вибірці.

Стосовно вираженості моральної травми було встановлено, що значна частина респондентів демонструє середній та вищий середній рівні за загальною шкалою MIOS, а також подібні прояви сорому, самозвинувачення та порушення довіри до інших, що узгоджується з контекстом тривалого перебування в умовах війни та соціальної нестабільності. У межах окремих сфер функціонування (міжособистісні стосунки, професійна діяльність, повна активність) виявлено, що морально-травмуючий досвід здатен обмежувати довіру до оточення, ускладнювати утримання близьких стосунків та призводити до підвищеної самокритичності.

Отримані результати свідчать про відносну однорідність вибірки за основними показниками моральної травми, що проявляється у відсутності систематичних і виражених відмінностей за статевою та віковою ознаками. Аналіз статевих особливостей показав, що жінки мають дещо вищі середні значення за загальним показником моральної травми (MISS-M-SF) порівняно з чоловіками, однак ці відмінності не досягли рівня статистичної значущості, а розмір ефекту був малим. Це не дозволяє розглядати стать як провідний чинник диференціації загального рівня моральної травми.

Водночас виявлено статистично значущі статеві відмінності за показником порушення довіри, які супроводжуються середнім розміром ефекту. Такий результат вказує на те, що статеві особливості можуть відігравати роль не у формуванні моральної травми загалом, а у специфіці переживання її окремих компонентів, зокрема пов'язаних із міжособистісною довірою.

Аналіз вікових відмінностей між групами 18–25 та 26–44 років за показниками MIOS і MISS-M-SF не виявив статистично значущих розбіжностей, а мінімальний розмір ефекту свідчить про відносну стабільність переживання моральної травми в межах молодого та середнього дорослого віку. Порівняння груп 26–44 та 45–60 років виявило тенденцію до нижчих середніх значень симптомів моральної травми у старших респондентів, однак ця різниця не досягла статистичної значущості, що може бути зумовлено обмеженим обсягом вибірки або високою варіативністю показників.

Разом із тим, за показником порушення довіри виявлено статистично значущі вікові відмінності між групами 18–25 та 26–44 років, причому молодші респонденти характеризуються вищим рівнем порушення довіри. Середній розмір ефекту вказує на психологічно значущий віковий ефект, що може відображати більшу вразливість молодшої вікової групи до морально значущих подій у сфері соціальних та міжособистісних взаємин.

Загалом результати дослідження дозволяють зробити висновок, що моральна травма як цілісне психологічне утворення є відносно стабільною щодо статі та віку, однак окремі її компоненти, зокрема порушення довіри, демонструють чутливість до статево-вікових особливостей, що має важливе значення для подальших теоретичних і прикладних досліджень.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного дослідження були вирішені всі поставлені завдання. Теоретичний аналіз засвідчив, що психологічна травма тлумачиться як складний психологічний феномен, що виникає внаслідок порушення особистістю власних глибинних моральних переконань, цінностей або етичних принципів у ситуаціях, коли вона змушена діяти, спостерігати або пасивно брати участь у діях, які суперечать її моральним принципам. Такий досвід призводить до внутрішнього конфлікту, що супроводжується інтенсивними почуттями провини, сорому, самозасудження, втрати сенсу та довіри до себе й інших.

Моральна травма є специфічним типом психологічної травми, пов'язаною з порушенням базових моральних переконань, переживанням сорому, провини, зради та втрати змісту, а також з дезінтеграцією ціннісно-сенсової сфери особистості. У роботі було систематизовано основні підходи до розуміння моральної травми, окреслено її зв'язок із феноменами психологічної травми, посттравматичного стресового розладу, екзистенційної кризи та міжособистісної недовіри.

Була проведена адаптації англomовної «Moral Injury Outcome Scale (MIOS)» на українській вибірці. Отримані дані підтвердили задовільну дискримінаційність тверджень, двофакторну структурну шкалу («Сором і самозвинувачення», «Порушення довіри») та належні показники внутрішньої узгодженості, що дозволило сформулювати скорочену українську версію методики з 12 тверджень і розробити норми для її практичного застосування.

Емпіричне дослідження із застосуванням MIOS та MISS-M-SF показало, що значна частина обстежених помірний і вище середнього рівня проявів моральної травми, що виявляється в переживанні сорому, самозвинувачення, порушенням довіри до інших, а також у суб'єктивному відчутті впливу травматичного досвіду на інші сфери життя.

Отримані результати засвідчили про відносну однорідність вибірки за основними показниками моральної травми, що проявляється у відсутності

систематичних і виражених відмінностей за статевою та віковою ознаками. Аналіз статевих особливостей показав, що жінки мають дещо вищі середні значення за загальним показником моральної травми (MISS-M-SF) порівняно з чоловіками, однак ці відмінності не досягли рівня статистичної значущості. Водночас виявлено статистично значущі статеві відмінності за показником порушення довіри, які супроводжуються середнім розміром ефекту. Такий результат вказує на те, що статеві особливості можуть відігравати роль не у формуванні моральної травми загалом, а у специфіці переживання її окремих компонентів, зокрема пов'язаних із міжособистісною довірою.

Аналіз вікових відмінностей між групами 18–25 та 26–44 років за загальними показниками моральної травми не виявив статистично значущих розбіжностей, а мінімальний розмір ефекту свідчить про відносну стабільність переживання моральної травми в межах молодого та середнього дорослого віку. Порівняння груп 26–44 та 45–60 років виявило тенденцію до нижчих середніх значень симптомів моральної травми у старших респондентів, однак ця різниця не досягла статистичної значущості, що може бути зумовлено обмеженим обсягом вибірки або високою варіативністю показників.

Разом із тим, за показником порушення довіри виявлено статистично значущі вікові відмінності між групами 18–25 та 26–44 років, причому молодші респонденти характеризуються вищим рівнем порушення довіри. Середній розмір ефекту вказує на психологічно значущий віковий ефект, що може відображати більшу вразливість молодшої вікової групи до морально значущих подій у сфері соціальних та міжособистісних взаємин.

Загалом результати дослідження дозволяють зробити висновок, що моральна травма як цілісне психологічне утворення є відносно стабільною щодо статі та віку, однак окремі її компоненти, зокрема порушення довіри, демонструють чутливість до статево-вікових особливостей, що має важливе значення для подальших теоретичних і прикладних досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андреева Г. М. Соціальна психологія. Київ: Наукова думка, 2020. 432 с.
2. Бандура А. Теорія соціального навчання. Київ: Либідь, 2021. 368 с.
3. Бек А. Т. Когнітивна терапія та емоційні розлади. Харків: Прапор, 2020. 256 с.
4. Брейвік С. (2021). "Моральна травма: Психологічний вплив на стосунки". Журнал психології, 12(3), 45-56.
5. Бужинська С., Губанова О. Сімейні конфлікти: причини виникнення та засоби психологічної допомоги. Theoretical and empirical scientific research: concept and trends. 2020. URL: <https://doi.org/10.36074/24.07.2020.v2.40> (дата звернення 11.12.2025)
6. Василенко О. Моральна травма: причини та наслідки для особистості. Психологія і суспільство, 2021, № 3, с. 12-18.
7. Василець К. Особливості моральної свідомості в умовах надзвичайних ситуацій. Проблеми політичної психології. 2021. № 24. С. 147-160.
8. Гордовська Т. І. Конструкт моральної травми та його концептуальний зміст. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2021. № 4. С. 7-16.
9. Засєкіна Л. В., Федотова Т. В. Соціальна зрілість як ресурсний фактор для зменшення моральної травми особистості в умовах тривалого травматичного стресу. Наукові перспективи. 2024. № 2 (44). С. 68-79.
10. Козігора М. А. Психологічні особливості прояву моральної травми під час воєнного конфлікту : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Луцьк, 2023. 215 с.
11. Кавун Н. С. Соціально-психологічні чинники впливу тривожності на поведінку особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. Вип. 1(5). 2021. С. 35– 41.
12. Карпова О., Литвиненко, В. Соціальні наслідки моральної травми у підлітків: емпіричне дослідження. Освіта і психологія, 2020, № 8, с. 33-38.

13. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. та ін. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с
14. Когут Г., Шевченко, Ю. Моральна травма у контексті сімейних відносин: теорія і практика. Київ: Академперіодика, 2022. 210 с.
15. Козловський В., Савченко, О. Вплив моральної травми на професійну діяльність педагогів: огляд досліджень за останні роки. Освітній простір України, 2021, № 10, с. 58-63.
16. Кравченко Л., Сидоренко, М. Соціальна підтримка як засіб подолання наслідків моральної травми у молоді. Соціальна робота в Україні: теорія і практика, 2022, № 3-4, с. 14-20.
17. Кузьменко А., Чорний, М. Моральна травма у ветеранів: вплив на подружні стосунки та шляхи відновлення гармонії в сім'ї. Вісник психології та соціальної роботи, 2023, № 5-6, с. 23-29.
18. Іваненко С., Ковальчук, Т. Особливості міжособистісних стосунків після пережиття моральної травми. Психологічний журнал, 2021, № 6, с. 67-72
19. Левченко О., Ткаченко, Н. Вплив моральної травми на формування довіри до інших людей у підлітковому віці: результати дослідження за період 2020–2025 рр.. Молодий вчений, 2023
20. Гордовська Т. І. Конструкт моральної травми та його концептуальний зміст. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2021. № 4. С. 7-16.
21. Козігора М. А. Психологічні особливості прояву моральної травми під час воєнного конфлікту : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Луцьк, 2023. 215 с.
22. Maercker A., Horn A. B. A Socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2013. Vol. 20. P. 465-481.

23. McDonald M. Haunted by a different ghost: Re-thinking moral injury. *Essays in Philosophy*. 2017. Vol. 18(2). P. 1-16.
24. Murray H., Ehlers A. Cognitive therapy for moral injury in post-traumatic stress disorder. Cambridge University Press: *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2021. Vol. 14. P. 1-19.
25. Nash W. P., Litz B. T. Moral injury: a mechanism for war-related psychological trauma in military family members. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2013. Vol. 16(4). P. 365-375.
26. Nazarov A., Fikretoglu D., Liu A., Thompson M., Zamorski M. A. Greater prevalence of post-traumatic stress disorder and depression in deployed Canadian Armed Forces personnel at risk for moral injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 137(4). P. 342-354.
27. O'Connor A. Moral injury. Therapy can help military veterans and NHS frontline staff come to terms with the soul-wound of moral injury. *Therapy today*. 2021. Vol. 32(1). P. 35-37.
28. Shay J. Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*. 2014. Vol. 31(2). P. 182-191.
29. Bryan, C. J., Bryan, A. O., Roberge, E., Leifker, F. R., & Rozek, D. C. (2019). Assessment of moral injury in veterans and active duty military personnel with the moral injury outcome scale. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 443. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2019.00443/full> (дата звернення 10.11.2025).
30. Ebrahimi, H., Navidian, A., & Keykha, R. (2022). Moral injury: A challenge for healthcare workers during COVID-19 pandemic. *International Journal of Pediatrics*, 10(5), 15995-16004. URL: <https://brieflands.com/journals/ijpbs/articles/146570> (дата звернення 10.11.2025).
31. Frankfurt, S., & Frazier, P. (2016). A review of research on moral injury in combat veterans. *Military Psychology*, 28(5), 318-330. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2017-70181-001> (дата звернення 10.11.2025).

32. Kelley, M. L., Braitman, A. L., White, T. D., & Ehlke, S. J. (2018). Sex differences in mental health symptoms and substance use and their association with moral injury in veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(3), 337-344. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6389381/> (дата звернення 10.11.2025).
33. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695-706. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19683376/> (дата звернення 10.11.2025).
34. Myers, M. N., Straud, C. L., Browne, K. C., Norman, S. B., & Angkaw, A. C. (2024). Gender differences in reported potentially morally injurious events and associations with outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. URL: <https://www.ovid.com/journals/pttrpp/pdf/10.1037/tra0001782~gender-differences-in-reported-potentially-morally-injurious> (дата звернення 10.11.2025).
35. Wisco, B. E., Marx, B. P., Keane, T. M., Hebenstreit, C. L., Marx, C. E., Thornquist, M. H., ... & Maguen, S. (2020). Gender differences in the prevalence and outcomes of exposure to potentially morally injurious events among post-9/11 veterans. *Journal of Psychiatric Research*, 130, 97-103. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395620308529> (дата звернення 10.11.2025).
36. Long A. A., Sedley D. N. *The Hellenistic Philosophers: Translations of the Principal Sources with Philosophical Commentary*. Cambridge : Cambridge University Press, 1987. 512 p.
37. Maercker A. *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg : Springer, 2009. 389 p.

38. Nuttman-Shwartz O., Shoval-Zuckerman Y. Continuous traumatic situations in the face of ongoing political violence: The relationship between CTS and PTSD. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2016. Vol. 17(5). P. 562-570.
39. Підлісний Ю. А. Психологічна детермінація та профілактика агресивної поведінки комбатантів в умовах мирного часу : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. Одеса, 2024. 245 с.
40. Засєкіна Л. В., Гордовська Т. І. Голодомор як психічна та моральна травма у сімейних жіночих наративах. Міждисциплінарні підходи у дослідженні Голодомору-геноциду : матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 19 листопада 2020 р. Київ : Інститут дослідження Голодомору, 2021. С. 49-52.
41. Storr C. L., Ialongo N. S., Anthony J. C., Breslau N. Childhood antecedents of exposure to traumatic events and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 164(1). P. 119-125.
42. Tick E. *Warrior's return: restoring the soul after war*. Louisville : Sounds True Publishing, 2014. 238 p.
43. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services Treatment Improvement Protocol*. Abuse and Mental Health Services Administration. Washington : US Department of Health and Human Services, 2014. Vol. 57. 319 p.
44. Федотова Т. В. Моральний дистрес & моральна травма особистості: теоретичний дискурс проблеми. *Наукові перспективи. Серія психологія*. 2022. № 12. С. 30-42.
45. Кучманич І. М., Мороз Р. А. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*. 2017. № 36. С. 130-143.
46. Williamson V., Stevelink S. A., Greenberg N. Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 212(6). P. 339-346.

47. Wilson C., Ford J. Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. Washington : US Department of Health and Human Services, 2014. 27 p.
48. Zasiakina L., Zasiakin S. Verbal Emotional Disclosure of Moral Injury in Holodomor Survivors. Psycholinguistics. 2020. Vol. 28(1). P. 41-58.
49. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства від знущань у сім'ї до політичного терору" Львів, видавництво Старого Лева, 2023 р
50. Федотова Т. Переживання морального дистресу особистістю: теоретичне осмислення проблеми. Психологічні перспективи. 2022. № 40. С. 228-243.
51. Кіщук І. Психологічна травма: пацієнт прагне компенсації. Медична практика: організаційні та правові аспекти. 2012. № 6. С. 42-46.