

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УП РАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук**

Кафедра психології

**ВПЛИВ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ В
ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

ГОРЮНОВОЇ ОКСАНИ МИХАЙЛІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри _____
«26» січня 2026 р.

Науковий керівник:
Ткачук Т.Л.,
Кандидат психол.наук, доцент

Рецензент:

КИЇВ-2026

Реєстрація

номер

дата

підпис лаборанта кафедри

**Рекомендовано
до захисту**підпис наукового
керівника**Т.Л. Ткачук**

ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка

дата захисту

Голова ЕК

підпис

О.М. Шпартун

ініціали, прізвище

Члени ЕК

підпис

Я.М. Раєвська

ініціали, прізвище

підпис

М.С. Ятчук

ініціали, прізвище

підпис

Р.О. Лавлінський

ініціали, прізвище

Секретар ЕК

підпис

К.Р. Собченко

ініціали, прізвище

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук**

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс II (*магістратура*)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувач кафедри
проф. Раєвська Я.М.
_____ 202__ р.

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра
Горюнової Оксани Михайлівни

1. Тема роботи: “ **Вплив дитячих травм на розвиток особистості в дорослому віці**”.
2. Цільова установка: жінки у дорослому віці; вихідні дані: матеріали виробничої, педагогічної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу 25 табл., 5 рис.
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант (Прізвище, ініціали)	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Ткачук Т.Л.		
Розділ 2	Ткачук Т.Л.		
Розділ 3	Ткачук Т.Л.		

5. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження впливу дитячих травм на становлення особистості дорослому віці

Розділ 2. Емпіричне дослідження впливу дитячих травм особистісні характеристики дорослих (на прикладі жінок)

Розділ 3. Психологічна корекція наслідків дитячих травм у структурі особистості дорослого

Висновки

Список використаних джерел

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	Фактичний
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	грудень 2024	грудень 2024
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	лютий 2025	лютий 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	квітень 2025	квітень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	травень 2025	травень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	вересень 2025	вересень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	жовтень- грудень 2025	жовтень- грудень 2025
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	січень 2026	січень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	лютий 2026	лютий 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	березень 2026	березень 2026

Дата видачі завдання _____
 Науковий керівник _____

(Ткачук Т.Л.)

Завдання прийняв до виконання
 студент-дипломник _____

(Горюнова О. М.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 102 сторінки, містить 3 розділи, 7 підрозділів, 82 літературних джерела.

Об'єкт дослідження – процес розвитку особистості в дорослому віці.

Предмет дослідження – психологічні особливості впливу дитячих травм на розвиток та становлення особистості в дорослому віці.

Мета дослідження полягає в теоретичному та емпіричному обґрунтуванні взаємозв'язку між травматичним досвідом дитинства та структурними характеристиками особистості дорослого, а також у розробці та апробації програми психологічної корекції особистісних деструкцій, зумовлених дитячими травмами.

Методи дослідження:

теоретичні: аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження;

емпіричні: психодіагностичні методики, спрямовані на виявлення типів дитячих психологічних травм та індивідуально-психологічних особливостей особистості (самооцінки, емоційної сфери, характерологічних рис); методи математичної статистики для обробки результатів.

Проаналізовано теоретико-методологічні підходи до розуміння феномену дитячої травми та її ролі у формуванні структури особистості. Емпірично досліджено вплив травматичного досвіду на такі складові особистості дорослого, як емоційна стійкість, Я-концепція та адаптаційний потенціал. Розроблено та апробовано програму психологічної корекції, спрямовану на відновлення особистісного ресурсу та подолання негативних наслідків дитячих травм.

Ключові слова: ДИТЯЧІ ПСИХОЛОГІЧНІ ТРАВМИ, РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ, ДОРΟΣЛИЙ ВІК, Я-КОНЦЕПЦІЯ, ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ, ОСОБИСТІСНИЙ РЕСУРС.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ.....	9
1.1 Сутність та класифікація дитячих психологічних травм.....	9
1.2 Роль травматичного досвіду дитинства у формуванні структури особистості дорослого.....	18
1.3 Психологічні особливості та деформації особистісного розвитку дорослих, що зазнали травматизації в дитинстві	18
Висновки до першого розділу	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОРΟΣЛИХ (на прикладі жінок).....	34
2.1 Організація та методи дослідження.....	34
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів взаємозв'язку дитячого травматичного досвіду з особливостями розвитку особистості в дорослому віці.....	43
Висновки до другого розділу	69
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ НАСЛІДКІВ ДИТЯЧИХ ТРАВМ У СТРУКТУРІ ОСОБИСТОСТІ ДОРΟΣЛОГО	69
3.1 Обґрунтування та зміст програми психологічної корекції особистісних деструкцій, зумовлених дитячими травмами.....	72
3.2 Аналіз ефективності впровадження корекційної програми психологічної корекції особистісних деструкцій.....	82
Висновки до третього розділу	89
ВИСНОВКИ.....	91
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	95
ДОДАТКИ.....	103

ВСТУП

Актуальність дослідження. Дитячі психологічні травми здатні фундаментально впливати на розвиток особистості в дорослому житті, визначаючи не лише характер міжособистісних взаємовідносин, а й глибинне сприйняття себе та світу. Вивчення особливостей цього впливу та розробка ефективних психокорекційних методів є важливими завданнями сучасної психології.

Дитячі психотравми мають довготривалий вплив на все подальше життя людини, формуючи специфічні риси характеру, самооцінку та емоційну сферу. Вони закладають деструктивні патерни поведінки та реагування, які проявляються у дорослому віці, перешкоджаючи повноцінній самореалізації жінки.

У сучасному світі зростає кількість людей, які мають травматичний досвід дитинства. Багато особистісних проблем, внутрішніх конфліктів та труднощів у вихованні власних дітей пов'язані саме з непропрацьованими травмами минулого. Це актуалізує необхідність глибшого дослідження даної проблематики.

Розробка ефективних методів психокорекції наслідків дитячих травм дозволить покращити психологічне здоров'я жінок, відновити їхній особистісний ресурс та гармонізувати різні сфери життя.

Проблеми дитячих психологічних травм та їх наслідків присвячені роботи **З. Фрейда, Е. Еріксона, Д. Боулбі, М. Малер та ін.** Проблему впливу дитячих психотравм на життєвий шлях особистості, формування її структури та особливостей взаємодії у дорослому віці досліджували українські вчені **Т.М. Титаренко, З.Г. Кісарчук та Н.В. Тавровецька, а також І. Колигін, О. Романчук, М. Краснокутський, Я. Овсянінкова.** Разом з тим, недостатньо дослідженим залишається комплексний вплив дитячих травм на розвиток особистості жінок у дорослому віці.

Об'єкт дослідження – процес розвитку та становлення особистості в

дорослому віці.

Предмет дослідження – психологічні особливості впливу дитячих травм на розвиток особистості в дорослому віці.

Мета дослідження полягає в теоретичному та емпіричному обґрунтуванні особливостей впливу дитячих психологічних травм на структуру особистості жінок у дорослому віці, а також розробці та апробації програми психологічної корекції особистісних деструкцій, зумовлених дитячими травмами.

Методи дослідження:

- *теоретичні:* аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження;
- *емпіричні:* психодіагностичні методики, спрямовані на виявлення дитячих психологічних травм та особливостей розвитку особистості (самооцінки, емоційної сфери, патернів взаємодії); методи математичної статистики для обробки результатів.

Емпіричне дослідження проводилося на базі **Школи І-ІІІ ступенів №259 Деснянського району міста Києва**, вибірку склали матері учнів даного закладу.

Проаналізовано теоретико-методологічні підходи до розуміння впливу дитячих травм на формування особистості. Емпірично досліджено зв'язок між дитячими психологічними травмами та особистісними характеристиками жінок у дорослому віці. Розроблено та апробовано програму психологічної корекції наслідків травматизації та відновлення особистісного ресурсу.

Практична значущість полягає у тому, що результати дослідження можуть застосовуватися в консультативній та психотерапевтичній роботі.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (___ найменувань). Основний зміст викладено на ___ сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

1.1 Сутність та класифікація дитячих психологічних травм

Проблематика дитячої психологічної травми є ґрунтовно опрацьованою в науці. Значний масив досліджень присвячено вивченню наслідків травматичного досвіду особистості (А. Аллен, С. Блум, І. Борднік, А. Венгера, Д. Джонсон, В. Дубровіна, С. Ільїна, О. Лазебна, Н. Лисіна, М. Мазур, Л. Михайлова, Я. Овсяннікова, М. Падун, Ю. Семенова, Д. Сміт, І. Мамайчук, Н. Тарабрїна, М. Решетніков, К. Хорні, В. Фруе та ін.).

Витоки вчення про психічну травму знаходять своє відображення у психоаналітичних працях (З. Фройд, А. Фройд, Х. Хартман, Б.-Д. Фурст та ін.). Системного характеру наукові пошуки набули у період після завершення Другої світової війни (В. Бондарев, С. Давиденков, Ф. Іванов, А. Синенченко, В. Шамрей, М. Фрїдман та ін.). В українській психології активізація вивчення проблем травматизації пов'язана з наслідками Чорнобильської катастрофи (В. Лисенко, С. Яковенко). Сучасний науковий дискурс дедалі частіше звертається до питань психотравми в осіб, які пережили надзвичайні ситуації різного генезу [5, 9, 12, 21, 25, 27, 29].

У науковій літературі паралельно функціонують терміни «психічна» та «психологічна» травма, які в межах нашого дослідження вживатимуться як тотожні. Сучасна вітчизняна психологія акцентує увагу на резильєнтності особистості — здатності уникати травматизації як вияву психологічної гнучкості. Йдеться про вміння ефективно розв'язувати життєві проблеми, адаптуватися, передбачати та інтуїтивно прогнозувати потенційні загрози середовища задля вчасного реагування (Т. Яценко, В. Романовський та ін.). Дефініція психотравми зазвичай здійснюється двома шляхами: через визначення подій-стресорів, що її зумовлюють, або через опис специфічних

емоційних станів та переживань.

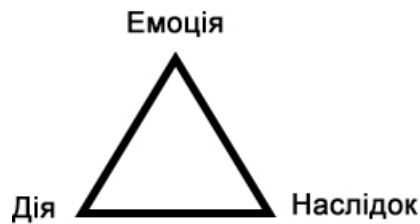


Рис. 1.1. Визначення психотравми

Досвід роботи з психотравмою виділяє два основні види травматизації: пряму та опосередковану. Пряма травматизація походить від критичної події, що безпосередньо впливає на особу, пригнічуючи її здатність контролювати ситуацію та підважуючи уявлення про безпеку, вміння й значення. Опосередкована травматизація асоціюється з критичною подією, що стосується клієнта, але викликає травматичні наслідки у рятувальників та соціальних працівників, корінням у характері події чи передачі емоцій [13, с. 382].

Виникнення психологічної травми зумовлене перебуванням індивіда в умовах психотравмувальної ситуації. Генеза таких станів пов'язана з дією комплексу чинників — природних, соціальних, інформаційних або особистісних, що спричиняють ескалацію психологічного напруження. Наслідком цього процесу стає дезорганізація адаптаційних механізмів та деструкція (часткова або повна) системи психологічної організації особистості.

Переживання психотравмувальних обставин і критичні трансформації внутрішнього світу супроводжуються інтенсивними емоційними станами. Зазначені процеси збагачують афективний досвід суб'єкта, детермінуючи вектор подальшого руху: перехід на якісно новий рівень розвитку або регресію особистості. Феномен горя часто виступає каталізатором екзистенційного переосмислення життєвого шляху, ініціюючи процеси інтроспекції та переоцінки цінностей. Емоційне відреагування уможливорює

досягнення катарсису, що сприяє відновленню психологічної рівноваги.

Найскладніший перебіг мають травматичні реакції, спричинені кримінальними діями стосовно суб'єкта або його близького оточення. Антропогенний характер насильства, поєднаний із посяганням на честь і гідність, значно посилює деструктивний вплив на психіку. Натомість масові психотравмувальні події характеризуються меншим рівнем індивідуальної вразливості завдяки феномену соціальної підтримки та групової ідентифікації. Колективне переживання сприяє розподілу емоційного навантаження, запобігаючи тотальній дезінтеграції окремої особистості.

Визначальними характеристиками психотравмувальної ситуації є суб'єктивність її перцепції та ймовірність виникнення віддалених у часі наслідків.

Суб'єктивність виявляється у варіативності індивідуальних реакцій: подія, що стає травматичною для одного суб'єкта, може не мати деструктивного впливу на іншого. Такий феномен свідчить про відсутність особистісного сенсу та значущості конкретних обставин для окремо взятої людини, що унеможлиблює фіксацію травми.

Клінічна картина наслідків часто маніфестує не безпосередньо після інциденту, а має латентний характер. Американський дослідник стресу та травми П. Левін ілюструє це клінічним випадком із власної практики. Пацієнт Джон у п'ятирічному віці пережив падіння з велосипеда з ударом об дерево та короткочасною втратою свідомості. Батьки, намагаючись заспокоїти дитину, не усвідомили глибини його шокowego стану. У дорослому віці, уникнувши аварійної ситуації на дорозі, Джон почав страждати від нападів тривоги та нічних жахів, пов'язаних із втратою контролю. Цей приклад демонструє механізм відстроченої реакції на непропрацьований травматичний досвід [57].

За статистичними даними П. Левіна, щонайменше у 75 % клієнтів симптоматика психотравми залишалася прихованою протягом тривалого періоду — від 6–18 місяців до кількох десятиліть. Актуалізація патологічних

станів у таких випадках часто ініціюється тригерами незначної інтенсивності [57].

Варто наголосити, що відстрочена травматична реакція не є обов'язковим наслідком будь-якої події. Однак навіть витіснені з пам'яті епізоди дитинства здатні спричинити серйозні деструктивні зміни, що детермінується насамперед інтенсивністю переживання в момент виникнення загрози.

Травматичний досвід, отриманий у дитячому віці, інтегрується у підсвідомі структури особистості, визначаючи формування світогляду, системи переконань та ідентифікації «Я». Порушуючи почуття базової безпеки, травма створює стійкі когнітивно-поведінкові патерни, які функціонують поза межами усвідомлення. Це призводить до широкого спектра негативних проявів: від дезадаптивної поведінки до депресивних розладів та фобій [11].

О. В. Безпалько інтерпретує поняття «дитяча психологічна травма» як подію високої емоційної інтенсивності, зумовлену потужними негативними переживаннями в ранньому віці. Етіологія цього феномену охоплює широкий спектр чинників: жорстоке поводження, нехтування потребами дитини, емоційну депривацію, втрату близьких осіб, перебування в умовах загрози життю тощо [12].

На основі цього виокремлюють ключові детермінанти розвитку дитячої психотравми:

1. типологія травмувальної ситуації;
2. динаміка та інтенсивність впливу психогенного чинника;
3. семантичне значення травми для суб'єкта;
4. індивідуально-психологічні особливості дитини [6].

У науковому дискурсі представлено розгалужену класифікацію дитячих травм за різними критеріями.

За віковим періодом:

- травма раннього дитинства (до 3 років);

- травма дошкільного віку (3–6 років);
- травма шкільного віку (6–12 років);
- травма підліткового віку (12–18 років).

За характером травмувального досвіду:

- фізична травма (тілесні ушкодження, жорстоке поводження, сексуальне насильство);
- емоційна травма (знецінення, приниження гідності, емоційна депривація, психологічний тиск);
- психологічна травма (наслідки воєнних дій, стихійних лих, терористичних актів, раптової втрати близьких);
- нехтування (фізичне, емоційне, освітнє, медичне).

За глибиною впливу:

- гостра травма (результат одноразової, але високоінтенсивної події);
- хронічна травма (наслідок пролонгованих негативних переживань).

За критерієм тривалості впливу виділяють три типи психологічних травм:

1. Шокова психологічна травма. Цей тип безпосередньо загрожує життю та благополуччю, впливаючи на інстинкт самозбереження. До провокувальних чинників належать раптові напади, соматичні ушкодження, падіння, надмірні сенсорні подразники (різкі звуки), несподівана поява об'єктів страху. Через миттєвий вплив на афективну та інстинктивну сфери шоківі чинники не піддаються повноцінному когнітивному опрацюванню. Оминаючи свідомий аналіз змісту події, вони фіксуються на підсвідомому рівні, що згодом провокує розвиток фобічних розладів.

2. Ситуативна психічна травма. На відміну від шокової, така травма зачіпає вищі когнітивні рівні психіки. Подібні стани можуть бути короткотривалими, проте характеризуються високою суб'єктивною значущістю для індивіда. Типовими прикладами є тяжка хвороба або смерть

близької людини, розлучення батьків, кіднепінг тощо.

3. Хронічна психотравмувальна ситуація. Передбачає перманентний негативний вплив на особистість. Джерелом такої травми може бути тривале соматичне захворювання (власне або члена родини), дисфункціональні сімейні відносини (алкоголізм, домашнє насильство). Пролонгована дія стресорів призводить до кумуляції афективного напруження. На цьому тлі навіть незначна подія здатна спровокувати гостру реакцію за механізмом «останньої краплі» [37].

Етіологічним чинником дитячої психологічної травми може стати будь-яка подія, що набула особливої значущості для дитини. Часто спостерігається дисонанс між сприйняттям ситуації дорослими та реальним впливом на психіку дитини, яка зазнає глибокого емоційного ураження навіть за відсутності очевидних для оточення причин.

Т. М. Титаренко класифікує психотравмувальні обставини відповідно до етапів онтогенетичного розвитку особистості:

1. Дитинство. Травматизація зумовлена дефіцитом сімейного виховання або його деструктивними формами (сімейні конфлікти, непослідовність вимог, неповага до особистості дитини, розлучення, відсутність батька). Наслідком стає формування «комплексу сироти», що проявляється у вимушеній орієнтації лише на власні сили, почутті тотальної самотності, незахищеності та нездатності до побудови близьких стосунків у майбутньому.

2. Підлітковий та юнацький вік. Травма пов'язана з кризою самоприйняття та становленням ідентичності. Характерними ознаками є неприйняття власної зовнішності та статі, сумніви у власних здібностях, соціальна ізоляція та комунікативні бар'єри. Самотність у цьому віці стає як наслідком, так і джерелом подальшої невпевненості.

3. Дорослість. Травма виникає на ґрунті зіткнення з реальністю, яку особистість не може прийняти. Це призводить до формування ілюзорних уявлень про життя та ригідності мислення — небажання переглядати хибні

переконання [69].

Дослідники виокремлюють низку причин та факторів, що сприяють розвитку психотравми в дитячому віці [11]:

- Захворювання. Йдеться про тяжкі соматичні хвороби з тривалим лікуванням або часті нездужання, що обмежують життєву активність. Дитина відчуває власну беспорядність і страх перед болем чи слабкістю. У дорослому житті це часто трансформується в іпохондрію: надмірну увагу до здоров'я, пошук симптомів і страх, що навіть незначне нездужання матиме фатальні наслідки.
- Насильницькі дії дорослих. Часто батьки, керуючись хибними уявленнями про виховання, застосовують психологічний тиск (крик, ігнорування) або фізичні покарання. Особливо тяжкі наслідки має сексуальне насильство, подолання якого потребує фахової психотерапевтичної допомоги. Результатом насильства стають хронічний страх, занижена самооцінка, а також агресія та ворожість до світу.
- Обман і несправедливість. До цієї групи належать розлучення батьків, невиконання обіцянок та несправедливе ставлення. Такі ситуації провокують у дитини почуття провини та ускладнюють її соціалізацію.
- Емоційна депривація. Відсутність батьківської уваги, любові, прийняття та тактильного контакту в ранньому віці призводить до емоційної холодності в майбутньому. Дорослій людині стає важко проявляти теплі почуття до партнера чи власних дітей.
- Втрата близької людини. Смерть родича спричиняє глибоку кризу, що може призвести до замкнутості та зміни світогляду. Ефективне подолання горя зазвичай потребує супроводу психолога.
- Адиктивна поведінка батьків. Життя з батьками, що мають залежності, змушує дитину брати на себе невластиву віку відповідальність (парентифікація), що негативно впливає на її психічне здоров'я.

Національна мережа дитячого травматичного стресу (США) пропонує детальну типологію травматичних подій [16]:

- Булінг — систематичні дії, спрямовані на заподіяння соціальної, емоційної або фізичної шкоди, які часто недооцінюються дорослими.
- Насильство в громаді — свідчення або участь у насильницьких інцидентах у громадських місцях, вчинених сторонніми особами.
- Комплексна травма — вплив кількох травматичних подій (зазвичай міжособистісного характеру), що мають довгострокові кумулятивні наслідки.
- Катастрофи — стихійні лиха (землетруси, повені, пожежі) та екстремальні погодні явища.
- Травма раннього дитинства — негативний досвід, отриманий у віці від народження до 6 років.
- Домашнє насильство — ситуації, коли дитина стає свідком або жертвою погроз чи фізичної шкоди з боку інтимного партнера одного з батьків.
- Медична травма — стресові реакції на болісні медичні втручання та процедури.
- Фізичне насильство — умисне заподіяння тілесних ушкоджень батьками або опікунами.
- Травма біженців (зміна проживання) — стрес, пов'язаний з війною, переслідуваннями та вимушеною міграцією.
- Сексуальне насильство — будь-яка форма використання дитини для сексуальної стимуляції дорослим або іншою особою.
- Тероризм і масове насильство — перебування в зоні бойових дій, терактів або збройних нападів.

Травматичні події класифікують на дві категорії: пов'язані з людським чинником (антропогенні) та незалежні від нього. Найвищий ризик розвитку посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та стійких дезадаптивних станів асоціюється саме з фізичними ушкодженнями. Тілесна травма, за статистичними показниками, має найтяжчі наслідки для психічного здоров'я дитини.

Аналіз проблеми дитячої травми підтверджує її значущість та потенціал довгострокового деструктивного впливу на життєвий шлях особистості. Глибоке розуміння етіології, типології та наслідків травмування є необхідною умовою для розробки ефективних стратегій допомоги постраждалим.

Наслідки дитячої психотравми мають системний характер і охоплюють різні сфери життєдіяльності. В емоційній сфері первинною реакцією є фобічні розлади. З часом симптоматика розширюється: з'являються порушення сну (страх спати на самоті), сепараційна тривога (страх розлуки з близькими), емоційна лабільність. Також фіксуються зростання недовіри, підозрілість, пригнічення настрою та депресивні стани.

У когнітивній сфері спостерігаються дефіцит концентрації та труднощі з перемиканням уваги. Характерними є мнестичні порушення, зокрема феномен «дисоціативної фуґи» — нездатності відтворити травматичні події минулого. У складних випадках можлива затримка інтелектуального розвитку.

Поведінкова сфера зазнає змін у вигляді підвищеної конфліктності, ворожості та агресії. Часто спрацьовує механізм регресії — повернення до патернів поведінки, властивих ранньому віку (втрата гігієнічних навичок, смоктання пальців). Трансформація системи міжособистісних стосунків підлітка призводить до втрати соціальних компетенцій та загальної дезадаптації [52, с. 195].

Відсутність своєчасної інтервенції призводить до того, що структура особистості формується під впливом травматичного досвіду. Клінічні спостереження свідчать про розвиток таких рис, як емоційна вибуховість, імпульсивна агресія, мстивість та замкнутість. Світосприйняття дитини викривлюється крізь призму болючого досвіду, стаючи апріорі негативним.

Намагаючись компенсувати внутрішній дискомфорт, дитина часто вдається до девіантної поведінки. Альтернативним варіантом реакції є формування комплексу «вимкненого тіла»: хронічний фізичний та емоційний

біль провокують утворення «м'язового панцира», що зовні проявляється як байдужість, емоційне оніміння та цинізм.

Стратегія психологічної допомоги має базуватися на принципах емпатії та валідації почуттів дитини. Процес виведення з травматичного стану потребує поступовості та обережності. Ключовим завданням фахівця є створення ресурсної атмосфери оптимізму, що сприятиме подоланню страхів та інтеграції травматичного досвіду.

1.2 Роль травматичного досвіду дитинства у формуванні структури особистості дорослого

Дитяча психологічна травма справляє пролонгований і системний вплив на соматичне та психічне здоров'я індивіда. Травматичний досвід раннього віку, зокрема жорстоке поводження, емоційне нехтування та дисфункціональні сімейні відносини, стає фактором ризику, що порушує нейробіологічний розвиток особистості та деформує структуру головного мозку.

Впливу зазнають насамперед ділянки мозку, відповідальні за емоційну регуляцію, когнітивні процеси та поведінкові реакції. Наслідком цих нейрофізіологічних змін стає широкий спектр патологічних станів: генералізована тривожність, депресивні епізоди, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також схильність до адиктивної поведінки та вживання психоактивних речовин.

Крім того, дитяча травма корелює з підвищеним ризиком розвитку хронічних соматичних захворювань у дорослому віці, таких як серцево-судинні патології, інсульти та синдроми хронічного болю. Механізм цього впливу полягає в тому, що хронічний стрес, пережитий у дитинстві, провокує постійну гіперактивацію системи реагування організму, викликаючи стійкий гормональний дисбаланс. Це докорінно змінює патерни сприйняття

стресових ситуацій протягом усього життя, ускладнюючи процеси соціальної адаптації, навчання та виконання повсякденних завдань [5].

Відома дослідниця психосоматики Л. Бурбо у своїй концепції виокремлює п'ять базових психологічних травм дитинства, які визначають сценарій розвитку особистості та її поведінкові стратегії [6].

Травма покинутого (Страх самотності)

Дефіцит батьківської уваги та любові в ранньому віці трансформується у патологічний страх самотності. Ця травма формує амбівалентну поведінку у стосунках. З одного боку, індивід може превентивно розривати зв'язки з партнером, щоб уникнути нестерпного болю від потенційного розставання. З іншого — схильний утримувати деструктивні та токсичні стосунки, керуючись ірраціональними переконаннями, що будь-яка взаємодія краща за ізоляцію.

У свідомості таких людей домінують установки на кшталт: «Я піду першим, щоб ти не покинув мене» або «Я нікому не потрібен». Водночас може проявлятися жертвна позиція: «Я терпітиму все, аби ти не пішов». Дорослі, які пережили емоційну депривацію або розлучення батьків, змушені постійно долати внутрішні бар'єри та тривогу, що перешкоджає побудові гармонійної близькості.

Подолання цієї травми потребує глибинної роботи над власними страхами. Успішна терапія дозволяє трансформувати страх самотності в самодостатність, що відкриває шлях до здорових стосунків.

Травма відкиненого (Знехтування)

Відчуття власної «зайвості» та непотрібності в дитинстві призводить до формування травми відкиненого. Це фундаментальне переживання стає базою для побудови особистості, схильної до самознецінення. Страх бути вигнанцем виникає через неприйняття дитини батьками або соціальним оточенням. У дорослому житті це проявляється у «синдромі невидимки»: людина намагається не привертати до себе уваги, уникає соціальних контактів та постійно очікує на відторгнення.

Суб'єкти з такою травмою вважають себе недостойними любові та успіху. Вони живуть у постійному напруженні, боячись, що оточення «викриє» їхню нібито неспроможність. Це призводить до соціальної ізоляції та уникнення будь-яких ситуацій, що можуть загрожувати їхній крихкій самооцінці.

Травма приниженого

Систематичні образи, критика та знецінення здібностей дитини («ти незграбний», «ти нічого не вмієш») руйнують її самооцінку ще на етапі формування. У дорослому віці такі люди стають залежними від зовнішнього схвалення, панічно бояться осуду та пліток.

Психологічним захистом у цьому випадку часто стає мазохістична поведінка — намагання догодити іншим на шкоду собі. Проте можливий і зворотний ефект: компенсація комплексу неповноцінності через агресію та приниження слабших. Тобто жертва сама перетворюється на тирана. Терапевтична робота в цьому напрямі передбачає відновлення почуття власної гідності, формування незалежності від думки оточення та усвідомлення власних потреб.

Травма зради

Порушення батьками обіцянок та втрата довіри до значущих дорослих формують у дитини стійку підозрілість. Травма зради породжує особистість, яка прагне тотального контролю над собою та оточенням.

Такі люди часто виростають перфекціоністами, які не вміють делегувати обов'язки та відчують сильний стрес, коли події виходять з-під їхнього контролю. Вони виправдовують свою поведінку «сильним характером», проте за цим фасадом ховається глибока вразливість і страх повторного обману.

Недовіра часто провокує конфлікти та відчуження у стосунках. Ключем до зцілення є розвиток гнучкості, толерантності та вміння довіряти світу, відмовляючись від ілюзії всемогутності.

Травма несправедливості

Виховання в умовах холодності, авторитаризму та завищених вимог призводить до травми несправедливості. Коли дитина відчуває, що її зусилля не цінуються, а покарання є неадекватними, у неї формується ригідна структура особистості.

У дорослому віці це проявляється через надмірний консерватизм, прагнення до ідеального порядку та влади. Такі люди часто блокують власні емоції, керуючись виключно логікою та обов'язком. Вони бояться помилитися і втратити обличчя.

Шлях до одужання полягає у розвитку емоційного інтелекту, дозволі собі бути недосконалим та зменшенні критичності до себе та інших [6].

Відсутність фахового опрацювання дитячих травм призводить до серйозних психосоматичних та поведінкових наслідків [11]:

- Розлади харчової поведінки. Насильство та емоційний дискомфорт часто компенсуються через їжу, що призводить до ожиріння, булімії або анорексії.
- Гіпервідповідальність та тривожність. Діти, які виростили в сім'ях із залежними батьками (алкоголізм, наркоманія), часто зазнають парентифікації — беруть на себе роль дорослого. Це формує нездатність розслабитися, постійний контроль та страх перед непередбачуваністю життя.
- Соціальна інгібіція. Емоційне насильство та пригнічення ініціативи виховують людину, яка боїться висловлювати власну думку, очікує покарання за помилку та має труднощі з самопрезентацією.
- Віктимна поведінка. Фізичне насильство руйнує особистісні кордони. У дорослому віці така людина не вміє казати «ні», легко піддається маніпуляціям і часто знову стає жертвою аб'юзивних стосунків.
- Вивчена безпорадність. Якщо в дитинстві за дитину все вирішували батьки, ігноруючи її бажання, у неї атрофується здатність до самостійного вибору. Дорослий стає конформним, погоджуючись на чужі умови всупереч власним інтересам.

- Проблеми у партнерстві. Травма розлучення батьків часто інтерналізується як почуття провини. Це призводить до завищених вимог до себе та партнера, що унеможливорює побудову стабільних стосунків [11].

Отже, своєчасна ідентифікація ознак психологічної травми та розуміння механізмів її впливу є критично важливими для збереження психічного здоров'я, забезпечення особистісного розвитку та підвищення якості життя людини.

1.3 Психологічні особливості та деформації особистісного розвитку дорослих, що зазнали травматизації в дитинстві

Серйозною детермінантою виникнення труднощів у сфері міжособистісної взаємодії виступають дитячі психологічні травми, які впливають на формування структури особистості. Для глибшого розуміння цього феномену доцільно детально розглянути сутність поняття травми та проаналізувати механізми її генези.

До основних передумов виникнення дитячої травми дослідники відносять широкий спектр факторів, серед яких:

- окремі ізольовані травматичні переживання, такі як смерть або раптова втрата значущої близької особи;
- тривалі та інтенсивні переживання, зокрема сепарація — процес передчасного або травматичного відділення дитини від матері в період немовляти, що детально описано в працях Дж. Боулбі, Д. Віннікота, М. Малер та інших;
- явище депривації, що проявляється як гострий дефіцит любові, турботи та емоційного тепла з боку матері, або ж її довготривала фізична відсутність у житті дитини (Дж. Боулбі, Д. Віннікот та ін.);

- надмірно жорстке, авторитарне домашнє виховання, що пригнічує волю дитини;
- специфічні особливості сімейних взаємостосунків у ранньому дитинстві, що можуть варіюватися від гіперопіки до емоційного відчуження з боку батьків (І. В. Доброгаєва, С. В. Ковальов, П. Ф. Лєсгафт, Л. Ф. Обухова, Т. М. Титаренко та ін.).

Відомий професор психіатрії Єльського університету Дж. Крістал, приділяючи значну увагу періоду дитинства, сформулював власну теорію генези дитячої травми. Згідно з його поглядами, на ранніх етапах онтогенезу психічний апарат дитини функціонує, керуючись переважно принципом задоволення. Немовля переживає діаметрально протилежні стани: або тотальне задоволення, що супроводжується спокоєм, або тотальне невдоволення, яке проявляється через напругу. У процесі розвитку з цих базових станів диференціюються складніші афективні переживання, де загальний дискомфорт набуває специфічного емоційного забарвлення, трансформуючись у відчуття на кшталт: «Мені страшно», «Я злюсь», «Мені боляче», «Мені самотньо» або «Я сумую». Аналогічним чином відбувається диференціація станів задоволення. По мірі психічного дозрівання дитина починає розрізняти нюанси станів, які раніше сприймалися лише як просте задоволення чи незадоволення. Відбувається важливий процес відокремлення афекту від тілесних відчуттів: дитина вчиться усвідомлювати не лише соматичні, а й емоційні реакції. Третьою лінією розвитку афективної сфери стає здатність вербалізувати свої почуття, тобто назвати їх. У цьому контексті ключова функція матері полягає у тому, щоб чуйно відгукуватися на потреби дитини та захищати її незрілу психіку від афективної гіперстимуляції, з якою малюк ще не здатен впоратися самостійно [13].

Для немовляти, яке залишене без належного емоційного відгуку на нестерпне внутрішнє напруження, ситуація набуває характеру біотравмуючої. Дитина опиняється в стані недиференційованої напруги, яку вона не може вербалізувати або ідентифікувати як суто психологічну чи

фізіологічну. Попередники афектів у цьому віці є неспеціалізованими: існує один загальний патерн для реакції дистресу і один — для стану комфорту. У випадку дитячої травми виникає масована генералізована реакція, що залучає весь доступний психологічний та фізіологічний репертуар дитини. Організм переходить у стан тотального збудження. Дж. Крістал наголошує, що глобальність дитячого травматичного стану зумовлена незрілістю психіки (відсутністю часової перспективи, безоб'єктністю переживань та примітивністю реакцій), а ранні попередники афектів не можуть розглядатися як повноцінні аналоги психічної реальності дорослих емоцій [13].

Д. Віннікотт, як яскравий представник теорії об'єктних відносин, на противагу класичній теорії потягів, висунув ідею про те, що природа жінки дозволяє їй інтуїтивно налаштовуватися на дитину, емоційно підключатися до неї та передбачати її потреби [15, 16]. Надзвичайно важливою є його концепція «віддзеркалювання»: мати виступає першим дзеркалом для своєї дитини. Зоровий контакт під час годування дозволяє немовляті символічно побачити своє відображення. Дивлячись на обличчя матері, дитина бачить себе і свої переживання: материнська тривога відображає тривогу дитини, а материнський спокій транслює спокій і безпеку [6, 7].

Дж. Боулбі, засновник теорії прихильності, яка й досі зберігає свою актуальність та знаходить підтвердження у клінічній практиці, розглядає поведінку прихильності як фундаментальний вид соціальної поведінки. Її значущість для виживання є рівноцінною поведінці, спрямованій на створення пари або виконання батьківських функцій. Прихильність виконує біологічну функцію захисту та виживання як окремого індивіда, так і людського роду в цілому. Система прихильності є первинною, генетично детермінованою мотиваційною системою, яка активується одразу після народження при першому контакті з матір'ю [4].

М. Ейнсворт, учениця та послідовниця Дж. Боулбі, на основі емпіричних досліджень (експеримент «Незнайома ситуація») виділила

основні типи прихильності: надійна, уникаюча та амбівалентно-тривожна. У крайніх випадках патологічного розвитку стосунків спостерігається дезорганізована прихильність та серйозні порушення емоційних зв'язків [3, 4].

1. Надійна прихильність. Близько 65% дітей демонструють адекватне формування прихильності до значущого дорослого. Така дитина негативно реагує на відхід об'єкта прихильності, проте щиро радіє його поверненню. Вона активно ініціює спілкування та без вагань звертається за підтримкою у ситуаціях фрустрації. Це стає основою для формування гнучкої та стійкої структури особистості [3, 4].

2. Уникаюча прихильність. Цей тип характерний для дітей, чиї спроби знайти розраду наштовхувалися на байдужість, холодність чи навіть осуд з боку батьків. Такі діти зовні не реагують на відхід матері, демонструючи псевдо-незалежність, ніби не помічаючи її відсутності. Цей тип вважається умовно патологічним і зустрічається приблизно у 20% випадків [3, 4].

3. Тривожно-амбівалентна прихильність. Діти з цим типом прихильності демонструють суперечливі поведінкові тенденції: одночасне прагнення до матері та її відкидання (опір контакту). Вони гостро виражають потребу в близькості, але водночас заперечують її можливість. У стресових ситуаціях вони чіпляються за близьку людину, але не можуть заспокоїтися і не довіряють її діям. У майбутньому такі діти мають менше друзів і схильні до агресивних способів вирішення конфліктів [3, 4].

4. Дезорганізований тип. Поєднує в собі характеристики уникаючого та амбівалентного типів, що свідчить про відсутність цілісної стратегії досягнення емоційної безпеки. Цей тип найчастіше зустрічається у дітей, які зазнали жорстокого поводження і не мають позитивного досвіду прихильності [3, 4].

Для формування надійної прихильності критично важливими є такі фактори з боку матері: передбачуваність поведінки, емоційна стабільність та

висока мотивація до адекватного реагування на сигнали дитини [3, 4].

Відома дослідниця Ліз Бурбо у своїй праці «П'ять травм, які заважають бути собою» [5] пропонує оригінальний погляд, пов'язуючи дитячу травму з її проявами у дорослому спілкуванні, романтичних стосунках та стилі виховання дітей. Вона виділяє п'ять базових травм: відкидання, покинутості, приниження, зради та несправедливості. Автор зазначає, що при народженні дитина інтуїтивно знає сенс свого втілення — опрацювати певні життєві уроки. Згідно з цією концепцією, душа обирає конкретну сім'ю з певною метою, а місія людини полягає у тому, щоб пережити необхідний досвід, прийняти його та навчитися любити себе.

На основі багаторічних спостережень було виокремлено чотири етапи переживання травми:

- 1-й етап — пізнання радості існування та буття собою;
- 2-й етап — страждання від неможливості бути собою через зовнішні заборони;
- 3-й етап — період кризи та бунту проти обмежень;
- 4-й етап — поступка та створення нової особистості (маски) відповідно до очікувань та вимог дорослих.

Деякі люди «застрягають» на третьому етапі, постійно перебуваючи у стані протидії чи гніву. На перетині третього та четвертого етапів формуються специфічні «маски» — механізми психологічного захисту від болю, пережитого на другому етапі. П'ять масок чітко відповідають п'яти основним травмам [5].

Травма відкидання зазвичай переживається у стосунках з батьком своєї статі. Відкидання сприймається як фундаментальна відмова від сутності дитини, заперечення її права на існування. Прикладом може слугувати ситуація небажаної вагітності або народження дитини «не тієї» статі [5]. Батьківська поведінка, що сприяє формуванню травми «відкидання», включає: відсутність підтримки, надмірну критику, ігнорування досягнень дитини, постійне порівняння з іншими, відсутність схвалення, завищені

вимоги та брак безумовної любові.

У дорослих жінок, які мають досвід емоційного відкидання, спостерігаються такі прояви: хронічна незадоволеність собою та своїми досягненнями; постійні сумніви у власних рішеннях та здатності долати труднощі; схильність сприймати несприятливі зовнішні обставини як єдине джерело розвитку; гостре суб'єктивне відчуття власної недостатності; глибинний конфлікт між Я-реальним та Я-ідеальним; відсутність очікування схвалення від оточуючих; знецінення себе та сумніви у власній унікальності [2].

Характерною рисою є відчужувальна самотність — втрата емоційного зв'язку з близькими через дію захисних механізмів, сформованих у відповідь на ранню травму. Першопричиною є втрата первинного зв'язку з матір'ю. У дорослому віці такі жінки вибудовують жорсткі межі, що унеможливають справжню близькість, парадоксальним чином посилюючи їхню ізоляцію [2, 29]. Жінки з досвідом відкидання несвідомо відтворюють патерни дитинства у стосунках з чоловіками, реалізуючи сценарій відкидання, що лише підтверджує їхнє негативне самоствавлення [2, 29].

Травма покинутості наноситься переважно батьком протилежної статі за певних умов: коли мати зайнята новою дитиною; коли мати хворіє, а батько відсутній чи надмірно зайнятий; коли батьки багато працюють, приділяючи мало часу дитині; або через неможливість перебувати з дитиною під час госпіталізації. Покинутий переживає травму на рівні дієслів «мати» та «робити», і ця травма часто поєднується з травмою відкидання [5]. У поведінці дорослих жінок з цією травмою проявляються: схильність до перебільшення та драматизації життєвих ситуацій; жертвність у міжособистісних відносинах; підозрілість та недовіра; прагнення привертати увагу через демонстрацію власних проблем; прийняття ролі «рятівника» задля підвищення власної значущості; патологічне бажання злиття з партнером, що породжує різноманітні страхи, аж до агорафобії (страху ситуацій, з яких неможливо вийти або отримати допомогу); страх прийняття

самостійних рішень та орієнтація на думку оточуючих.

Жінка з психологією жертви схильна ставити безліч запитань, часто зберігає інфантильний тембр голосу. Вона вкрай важко приймає відмову, схильна наполягати на своєму, використовуючи маніпуляції, вередування та емоційний шантаж [5, 33]. У сексуальній сфері жінка з травмою покинутості може використовувати інтимну близькість як інструмент для емоційної прив'язки партнера. Вона відчуває власну важливість лише тоді, коли є бажаною, тому часто прагне сексу більше, ніж партнер, та може імітувати задоволення, аби уникнути розриву стосунків [5, 8]. Така жінка часто боїться відповідальності, пов'язаної з народженням власної дитини, проте віддає перевагу періоду повної залежності дітей від неї, оскільки це підживлює її почуття значущості. Їй потрібна автономія, але не справжня незалежність [5, 8]. Загалом, жінки з цією травмою демонструють виражені риси співзалежної особистості [8, 21].

Травма приниження активується у віці від одного до трьох років у взаємодії з тим із батьків, хто займається фізичним розвитком дитини (зазвичай це мати). Дитина переживає гострий сором, коли батьки соромлять її за забруднений одяг, зіпсовані речі або неохайний вигляд. Ця душевна рана поглиблюється в моменти усвідомлення функцій власного тіла: під час навчання самостійному харчуванню, користуванню туалетом, гігієнічним навичкам та мовленню [5, 31].

Жінка з досвідом приниження часто парадоксальним чином відчуває несвідоме задоволення від страждань (мазохістичні тенденції). Вона може несвідомо шукати мук та організовувати обставини таким чином, щоб покарати себе [5, 31]. Така жінка схильна надмірно залучатися до ситуацій опіки над іншими, повністю забуваючи про власні потреби. Вона присвячує себе домогосподарству та служінню родичам, часто беручи на себе провину інших та постійно звинувачуючи себе. Їй вкрай важко дозволити собі задоволення, оскільки це викликає почуття провини за «зловживання», натомість вона культивує почуття обов'язку [5].

Їй добре знайоме почуття огиди: вона може відчувати огиду до себе або інших, а також створювати ситуації, що викликають огиду, реагуючи на них відкиданням [5]. Жінка з цією травмою несвідомо притягує ситуації приниження: обирає партнера, який стає нестерпним після вживання алкоголю, фліртує з іншими або поводить себе грубо. Вона часто потрапляє в незручні ситуації (плями на одязі, неохайність під час їжі), пояснюючи це випадковістю, хоча насправді це є способом актуалізації травми [31]. У сексуальному житті вона зазнає труднощів через почуття сорому. Вона могла б мати активне інтимне життя, якби дозволила собі реалізувати свої бажання, але не сміє говорити про них партнеру. Навіть з партнером, який дозволяє все, вона не може досягти повного розслаблення та самозабуття, оскільки їй соромно демонструвати свої вподобання або видавати звуки насолоди [5].

Травма зради, що супроводжується формуванням маски «контролюючого», прокидається у віці від двох до чотирьох років, коли активно розвивається сексуальна енергія та формується едіпів комплекс. Ця травма переживається у стосунках з батьком протилежної статі [5]. Згідно з теорією едіпового комплексу З. Фрейда, дитина у віці від двох до шести років переживає закоханість у батька протилежної статі, що супроводжується розвитком життєвої сили та творчого потенціалу [21]. Для успішного проходження цієї стадії без травматизації дитина повинна усвідомити роль обох батьків. Навіть за відсутності батька мати має пояснити його важливість. Дитина починає розуміти союз статей, цікавиться відмінностями та розвиває фантазії про створення дитини з батьком протилежної статі (дівчатка намагаються «спокусити» тата, хлопчики — маму) [34]. Жінки з травмою зради — це ті, хто не вирішив едіпів комплекс. Їхня надмірна прихильність до батька суттєво впливає на емоційні та сексуальні стосунки у дорослому віці. Вони схильні порівнювати партнера з батьком і очікувати від нього того, чого не отримали в дитинстві. У сексуальній сфері вони часто стримуються, боячись повністю належати партнеру [31]. Такі жінки прагнуть контролювати всі аспекти життя, щоб гарантувати

виконання завдань, дотримання вірності та відповідальності. Їм важко довіряти людям, вони бояться, що інформація буде використана проти них, тому допускають конфіденційність лише з вузьким колом близьких, хоча самі можуть легко розголошувати чужі таємниці, знаходячи цьому виправдання [21]. Жінка з цією травмою намагається не демонструвати свою вразливість, щоб уникнути зовнішнього контролю, і завжди прагне виглядати бадьорою та сильною. Вона діє на власний розсуд, не терпить владних людей, але часто не помічає власної авторитарності. Через тотальну недовіру вона схильна звинувачувати інших у лицемірстві, хоча сама може виглядати лицемірною через схильність до маніпуляцій [6].

У стосунках такі жінки не довіряють партнерам, довіряючи лише тим, до кого не мають сексуального інтересу, тому часто віддають перевагу дружбі. Вони використовують спокусу як інструмент маніпуляції. Найсильніший їхній страх — це розпад стосунків та розлучення, яке сприймається як особиста поразка. Якщо ініціатором розриву є жінка, вона жахається можливої зради, якщо партнер — звинувачує його. Розрив асоціюється з втратою контролю. Страх перед зобов'язаннями часто маскується вибором партнера, який сам не здатен на серйозні стосунки [6]. У любовних взаєминах спостерігається амбівалентність: коливання між злиттям та відокремленням. Сексуальне життя таких жінок наповнене елементами спокуси, а наявність пристрасті є обов'язковою умовою. Згасання пристрасті часто провокує ініціювання розриву. Жінка боїться повністю віддатися почуттям, віддаючи перевагу поверхневим зв'язкам. Відмова партнера сприймається як зрада. Вона не розуміє, що любов можлива без повного злиття. Ці проблеми кореняться в ідеалізації батька та невирішеному едіповому комплексі, що змушує жінку страждати від травми, постійно прагнучи ідеального коханця [21].

Травма несправедливості активується у віці від трьох до п'яти років, у період розвитку індивідуальності. Вона переживається у стосунках з батьком своєї статі та пов'язана з відчуттям неможливості бути цілісною особистістю.

Дитина страждає від холодності, владності, постійних зауважень, суворості, нетерпимості та примусу до конформізму [6]. Найбільший страх такої особистості — холодність. Їй важко приймати як власну холодність, так і холодність інших. Вона докладає титанічних зусиль, щоб бути теплою, і не вірить, коли її звинувачують у байдужості. Водночас вона уникає проявів чутливості, щоб не розкрити свою вразливість, оскільки прийняття власної холодності означало б визнання своєї безсердечності, а отже — несправедливості [6].

У дитинстві таких людей цінували переважно за дії та досягнення, а не за їхню сутність. Тому вони виростають працьовитими, виконавчими та звиклими самотійно долати труднощі [6]. Вони прагнуть правильності, справедливості та досконалості у всьому, вважаючи це запорукою справедливості. Їм важко усвідомити несправедливість у власному прагненні до бездоганності. При виникненні непередбачених обставин вони схильні приховувати свої справжні почуття, створюючи маску безтурботності. Такі жінки бояться авторитетів, оскільки засвоїли, що ті завжди праві. Будь-які сумніви щодо їхніх дій сприймаються як допит і прояв несправедливості [6]. Вони надзвичайно вимогливі до себе, постійно контролюють свої дії та примушують себе до роботи, вимагаючи від себе значно більше, ніж від інших. Домінуючою емоцією є гнів, спрямований насамперед на себе за допущені помилки, хоча зовні він може обрушуватися на оточуючих [6]. Їм важко демонструвати любов або дозволити собі бути любленими. Вони пізно усвідомлюють потребу в знаках уваги і часто мають репутацію холодних людей. Вони несправедливі до себе, оскільки позбавляють себе можливості вільно виражати почуття [6]. Через високу чутливість вони часто уникають психологічної близькості та дотиків. Такі особистості схильні до синдрому «емоційного холоду» [14, 15], що проявляється в уникненні щирих почуттів та емоційній закритості.

Висновки до першого розділу

Дитяча психологічна травма є деструктивним чинником, що справляє пролонгований негативний вплив на життєдіяльність індивіда. Цей феномен визначається як глибоке емоційне потрясіння, спричинене інтенсивними негативними подіями раннього віку: жорстоким поводженням, депривацією, емоційною холодністю, втратою значущих осіб або перебуванням в умовах загрози життю.

До спектра основних етіологічних чинників психотравми відносять соматичні захворювання, насильницькі дії, маніпуляції та обман з боку дорослих, дефіцит батьківської уваги, смерть близьких родичів та адиктивну поведінку батьків. Систематизація травматичного досвіду здійснюється за критеріями вікової періодизації, типології впливу, глибини ураження та тривалості дії стресора.

Травматизація в дитячому віці виступає потужним предиктором деформації особистісних структур та дисфункцій у сфері міжособистісної взаємодії дорослої людини. Патологічні переживання впливають на нейробіологічний розвиток головного мозку та нервової системи, що корелює зі зростанням ризику виникнення психічних розладів, соматичних патологій та комунікативних бар'єрів у близьких стосунках.

У концепції Л. Бурбо виокремлено п'ять базових травм, що визначають сценарій дорослого життя: відкидання, покинутість, приниження, зрада та несправедливість. Кожен із цих типів формує специфічні захисні механізми та стійкі поведінкові патерни.

Особливості прояву цих травм у жінок мають свою специфіку:

- Травма відкидання: характеризується домінуванням невдоволення власною особистістю, недовірою до власних рішень та наявністю глибоких інтрапсихічних конфліктів.
- Травма покинутості: маніфестує через патологічний страх самотності, схильність до катастрофізації проблем та підвищену підозрілість у партнерстві.

- Травма приниження: актуалізує схильність до самозвинувачення, почуття сорому та амбівалентне ставлення до задоволення власних потреб.
- Травма зради: детермінує прагнення до гіперконтролю, недовіру та страх втрати емоційного зв'язку.
- Травма несправедливості: виявляється у перфекціонізмі, емоційній ригідності (холодності) та страху проявити вразливість.

Отже, дитячий травматичний досвід є визначальним фактором становлення особистості жінки та її здатності до побудови конструктивних міжособистісних взаємин. Нівелювання деструктивних наслідків потребує усвідомлення етіології травми та, за необхідності, фахової психокорекційної інтервенції. Опрацювання глибинних переживань є необхідною передумовою досягнення психологічної зрілості та гармонізації стосунків із соціумом.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОРΟΣЛИХ (на прикладі жінок)

2.1 Організація та методи дослідження

Емпіричну вибірку дослідження сформовано з 60 жінок віком від 25 до 44 років, які є матерями учнів Школи I-III ступенів № 259 Деснянського району міста Києва. Збір даних здійснено у дистанційному форматі (онлайн-режим). Відповідно до мети роботи, за результатами первинної діагностики респонденток було диференційовано на групи залежно від домінуючого типу дитячої психотравми.

Організація та проведення емпіричного дослідження передбачали реалізацію чотирьох послідовних етапів:

1. Перший етап (підготовчий) включав теоретичний аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових джерел, визначення методологічного апарату (актуальності, об'єкта, предмета, мети та завдань), розробку дизайну дослідження та формування пакету психодіагностичних методик. На цьому етапі також підготовлено цифрові форми для проведення онлайн-опитування.

2. Другий етап (вересень – жовтень 2025 р.) присвячено процедурі тестування, збору та первинній обробці емпіричних даних.

3. Третій етап передбачав систематизацію отриманої інформації та створення зведеної бази даних у середовищі MS Excel, що охоплювала показники всіх учасників дослідження.

4. Четвертий етап полягав у кількісному та якісному аналізі результатів, їх описі та інтерпретації. Для вирішення поставлених завдань застосовано комплекс теоретичних та емпіричних методів, а також методи математичної статистики.

Як основний діагностичний інструмент використано **опитувальник «П'ять травм – самодіагностика»** (модифікація на основі теорії Л. Бурбо, див. Додаток А). Методика спрямована на ідентифікацію базових психологічних травм, що виникають у ранньому онтогенезі та детермінують

специфіку міжособистісної взаємодії й особистісного функціонування у дорослому віці. Інструментарій дозволяє верифікувати наявність п'яти основних типів травматизації та відповідних їм компенсаторних механізмів («масок»):

- Травма відкидання (маска «Втікача»). Період формування: від народження до 1 року. Етіологія: відсутність прийняття значущими дорослими. Феноменологія: відчуття власної непотрібності, екзистенційна невпевненість («Я не маю права існувати», «Мене неможливо любити»).

- Травма зради (маска «Контролера»). Період формування: 2–4 роки. Етіологія: порушення довіри батьками протилежної статі. Феноменологія: підозрілість, ревності, маніпулятивність, тотальний контроль.

- Травма залишеності (маска «Залежного»). Період формування: 1–3 роки. Етіологія: емоційна недоступність батьків тієї ж статі. Феноменологія: страх самотності, залежна поведінка, переконання «Мене завжди покидають».

- Травма приниження (маска «Мазохіста»). Період формування: 1–3 роки. Етіологія: надмірний контроль та придушення з боку матері. Феноменологія: занижена самооцінка, почуття провини та сорому, відчуття нікчемності.

- Травма несправедливості (маска «Ригідного»). Період формування: 1–3 роки. Етіологія: авторитарний стиль виховання батька тієї ж статі. Феноменологія: перфекціонізм, гіпервідповідальність, страх помилки.

Психометрична структура опитувальника базується на теоретичних положеннях концепції Л. Бурбо щодо етапів формування травматичного досвіду та специфіки захисних механізмів. Стимульний матеріал містить 40 тверджень-індикаторів. Респондентам пропонується оцінити ступінь згоди з кожним пунктом за дихотомічною шкалою («згоден» / «не згоден»). Твердження згруповано у п'ять діагностичних шкал (по 8 пунктів у кожній), що відображають когнітивні, емоційні та поведінкові кореляти конкретної

травми.

Тривалість процедури тестування становить 15–20 хвилин. Обробка результатів передбачає підрахунок сумарних показників за кожною шкалою:

- Шкала «Відкидання» — оцінка базового відчуття права на існування.
- Шкала «Зрада» — діагностика рівня довіри до оточення.
- Шкала «Залишеність» — визначення патернів прихильності.
- Шкала «Прийняття» — оцінка рівня самоприйняття.
- Шкала «Несправедливість» — діагностика ставлення до нормативної регуляції та правил.

Домінуючим типом визначається травма, за шкалою якої отримано найвищий кількісний показник. Це дозволяє виявити провідну деструктивну тему в структурі особистості та актуалізовану захисну маску.

2. Модифікована методика «Досвід близьких відносин» (К. Бреннан, Р. К. Фрейлі; адаптація К. В. Казанцева) (див. Додаток Б).

Цей діагностичний інструмент спрямований на виявлення особливостей прихильності у близьких стосунках дорослих осіб. Методика фокусується на оцінці двох фундаментальних параметрів: тривожності у відносинах (рівень довіри до партнера) та уникнення близькості (ступінь комфорту в ситуації психологічної інтимності).

Теоретичним підґрунтям модифікованої версії слугують положення теорії прихильності та результати емпіричних досліджень К. Бреннан і Р. К. Фрейлі щодо стилів прив'язаності у зрілому віці. Адаптація, здійснена К. В. Казанцевим, враховує соціокультурну специфіку прояву прихильності в контексті близьких взаємин.

Структура опитувальника охоплює інструкцію та 28 тверджень, з яких 24 є діагностично значущими. Вони рівномірно розподілені за двома базовими шкалами:

- **Шкала тривожності у відносинах прихильності** (12 тверджень) — оцінює рівень впевненості респондента в надійності та емоційній чуйності значущого іншого.
- **Шкала уникнення близькості у відносинах прихильності** (12 тверджень) — визначає ступінь психологічного дискомфорту при емоційному зближенні та формуванні залежності від партнера.

Процедура діагностики передбачає оцінку кожного твердження за дихотомічною шкалою («так» / «ні») з орієнтацією на власний досвід близьких стосунків. Тривалість тестування становить 10–15 хвилин.

Обробка та інтерпретація результатів здійснюються диференційовано за кожною шкалою:

- Високі показники за шкалою тривожності свідчать про виражену невпевненість у партнері та актуалізований страх відкидання.
- Високі показники за шкалою уникнення відображають дискомфорт в умовах психологічної близькості та підкреслене прагнення до незалежності.
- Комбінація кількісних показників за обома шкалами дозволяє ідентифікувати домінуючий стиль прихильності.

Застосування методики дозволяє не лише діагностувати поточні особливості прихильності, але й прогнозувати потенційні ризики та труднощі у побудові близьких стосунків, що обґрунтовує доцільність її використання як у дослідницьких цілях, так і в консультативній практиці.

3. Опитувальник «Рольові очікування та домагання у парі» (РОП).

Методика розроблена для аналізу рольової структури сім'ї, а також ієрархії сімейних цінностей та установок подружжя. Концептуальною основою інструменту є положення про те, що узгодженість рольових очікувань і поведінки партнерів виступає критичним фактором стабільності шлюбу.

Стимульний матеріал містить 36 тверджень, систематизованих за сімома шкалами сімейних цінностей:

1. Інтимно-сексуальна шкала — визначає значущість сексуальної гармонії у шлюбі.
2. Шкала особистісної ідентифікації — оцінює очікування щодо спільності інтересів, потреб та ціннісних орієнтацій.
3. Господарсько-побутова шкала — діагностує ставлення до організації побуту та розподілу обов'язків.
4. Батьківсько-виховна шкала — виявляє установки стосовно батьківства та стратегій виховання дітей.
5. Шкала соціальної активності — визначає значущість зовнішніх соціальних контактів та професійної самореалізації.
6. Емоційно-психотерапевтична шкала — оцінює орієнтацію на взаємну моральну та емоційну підтримку.
7. Шкала зовнішньої привабливості — фіксує установки щодо важливості зовнішнього вигляду та його відповідності певним стандартам.

Процедура оцінювання передбачає використання 4-бальної шкали

Лікєрта:

- «Повністю згоден»;
- «Взагалі це вірно»;
- «Це не зовсім так»;
- «Це не вірно».

Алгоритм обробки результатів має специфічні особливості:

- Для шкал 1–2 застосовується метод прямого сумування балів.
- Для шкал 3–7 розраховується середнє арифметичне значення між сумою балів очікувань та домагань.

Інтерпретація отриманих даних дозволяє визначити:

- індивідуальну ієрархію сімейних цінностей респондентів;
- характер рольових очікувань щодо шлюбного партнера;
- установки на особисту реалізацію сімейних функцій;
- рівень узгодженості (конгруентності) сімейних цінностей у подружній парі.

4. Методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі.

Діагностичний інструментарій складається з набору 128 лаконічних характеристик, кожна з яких має порядкову нумерацію. Процедура тестування передбачає два етапи оцінювання. На першому етапі респондент здійснює самооцінку, обираючи твердження, що відповідають його актуальному образу «Я» на момент обстеження. На другому етапі аналогічним чином відбувається оцінка особистості партнера.

Обробка емпіричних даних полягає у підрахунку балів за вісьмома октантами. Діапазон індивідуальних показників у кожному октанті варіюється від 0 до 16 балів. Інтерпретація результатів здійснюється шляхом аналізу двох векторів:

- Октанти I, II, III, IV відображають переважання неконформних тенденцій. Їм властиві схильність до конфліктних проявів (III, IV), незалежність суджень, наполегливість у відстоюванні власної позиції, а також виражені лідерські якості та прагнення до домінування (I, II).
- Октанти V, VI, VII, VIII характеризують протилежні тенденції: домінування конформних установок, дружелюбність та комунікабельність (VII, VIII), невпевненість у собі, сугестивність та схильність до компромісних рішень (V, VI).

Застосування методики дозволяє верифікувати тип міжособистісних відносин, до якого схиляється суб'єкт та його партнер, а також виявити зони потенційної конфліктності або узгодженості у парі.

5. Методика визначення міжособистісної залежності («Тест профілю відносин» / Relationship Profile Test, RPT).

Цей інструмент розроблено для комплексної діагностики типів міжособистісної залежності та оцінки потенціалу особистості до формування конструктивних близьких стосунків. Теоретико-методологічним підґрунтям методики виступає концепція трьох базових патернів міжособистісної взаємодії:

1. Деструктивна надзалежність — розглядається як специфічний стан, що базується на гіпертрофованій потребі в емоційній близькості та підтримці, яка супроводжується перманентним відчуттям безпорадності.
2. Дисфункціональне відокремлення — характеризується нездатністю до побудови глибоких соціальних зв'язків, що зумовлено несвідомим страхом перед інтимністю та близькими стосунками.
3. Здорова залежність — відображає адаптивну гнучкість у комунікації та здатність підтримувати збалансовані емоційні взаємини.

Стимульний матеріал опитувальника містить 30 тверджень, диференційованих за трьома відповідними шкалами. Процедура оцінювання передбачає використання 5-бальної шкали Лайкерта (від «дуже сильно характерне для мене» до «зовсім нехарактерне для мене»). Пряма форма тверджень оптимізує процес обробки даних.

Кількісний аналіз здійснюється шляхом сумування балів за кожною шкалою з подальшим зіставленням із нормативними показниками. Підсумковий індекс дозволяє визначити рівень вираженості (низький, середній, високий) кожного типу міжособистісної залежності.

Результати діагностики мають високу прогностичну валідність для визначення стратегій психологічної корекції та консультування пар, спрямованих на гармонізацію близьких стосунків.

Методи статистичної обробки даних.

Для аналізу отриманих емпіричних результатів застосовано методи описової статистики. Ключовим показником центральної тенденції обрано середнє арифметичне (M або \bar{X}). Ця величина розраховується як частка від ділення суми всіх значень варіаційного ряду на загальну кількість спостережень у вибірці.

Середнє арифметичне (\bar{x}) у найпростішому випадку обчислюється за формулою:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$

де x_i – числові значення показника, n – їх кількість (або кількість досліджуваних).

Дисперсія випадкової величини (σ^2) – математичне сподівання квадрата відхилення випадкової величини від її математичного сподівання.

Її обчислюють за формулою:

$$\sigma^2 = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}$$

де $\sum (x_i - \bar{x})^2$ – сума квадратів різниць між середнім та індивідуальним значеннями ознаки; n – кількість варіант.

Дисперсією також називають варіації значення залежної змінної. Ті варіації, які можна пояснити дією незалежної змінної, називають *первинною дисперсією*; ті ж, що є результатом дії інших факторів, – *вторинною дисперсією*, або *дисперсією помилки*.

Середнє квадратичне відхилення (σ) – міра різноманітності об'єктів, що входять до групи, яка показує, наскільки в середньому відхиляється кожна варіанта від середнього арифметичного.

Середнім квадратичним відхиленням (σ) випадкової величини x_i називають корінь квадратний із дисперсії, тобто:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

Величину кореня квадратного з дисперсії ще називають *стандартним відхиленням* (σ , S_x).

Обчислення дисперсії застосовують для виокремлення вибіркової сукупності, визначення помилки вибірки, однорідності досліджуваної сукупності за певною ознакою.

Для порівняння середніх значень, отриманих за шкалами використаних методик дослідження в групах з метою перевірки статистичної значимості відмінності в розходженнях використано параметричний критерій – t –

критерій Стюдента. У випадку, коли розмір вибірок незначно відрізняється, застосовується спрощена формула наближених розрахунків:

$$t = \frac{|M_1 - M_2|}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{N_1} + \frac{\sigma_2^2}{N_2}}}$$

де M_1, M_2 – середні арифметичні, σ_1, σ_2 – стандартні відхилення, а N_1, N_2 – розміри вибірок.

У випадку, якщо розмір вибірок відрізняється значно, застосовується більш складна і точна формула:

$$t = \frac{|M_1 - M_2|}{\sqrt{\frac{(N_1-1)\sigma_1^2 + (N_2-1)\sigma_2^2}{N_1+N_2-2} \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}}$$

де M_1, M_2 – середні арифметичні, σ_1, σ_2 – стандартні відхилення, а N_1, N_2 – розміри вибірок.

Кількість ступенів свободи розраховується за формулою:

$$df = N_1 + N_2 - 2.$$

Для обчислення емпіричного значення t -критерію в ситуації перевірки гіпотези про розходження між двома залежними вибірками (наприклад, двома пробами того самого тесту з часовим інтервалом) застосовується така формула:

$$t = \frac{|M_d|}{\sigma_d/\sqrt{N}}$$

де M_d – середня різниця значень, σ_d – стандартне відхилення різниць, а N – кількість спостережень.

Кількість ступенів свободи розраховується за формулою:

$$df = N - 1.$$

Для кореляційного аналізу застосовано коефіцієнт кореляції Пірсона, точна формула якого була уведена Френсісом Гальтоном:

$$r_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}} = \frac{\text{cov}(x,y)}{\sqrt{S_x^2 S_y^2}},$$

де \bar{x} , \bar{y} – середні значення вибірок x і y ; S_x , S_y – середньоквадратичні відхилення; r_{xy} – називають також тісністю лінійного зв'язку. Якщо $|r_{xy}|=1$, то x , y є лінійно залежними. За умови $r_{xy}=0$, то x і y є лінійно незалежними.

Для спрощення обрахунку результатів нами було використано такі програми для обробки статистичних баз даних: Microsoft Office Excel 2020, SPSS – 27.0.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів взаємозв'язку дитячого травматичного досвіду з особливостями розвитку особистості в дорослому віці

Травматичний досвід, отриманий у дитячому віці, виступає вагомим чинником деформації міжособистісної взаємодії, зокрема подружніх стосунків, у період дорослості. У межах реалізації дослідницьких завдань здійснено аналіз специфіки подружніх взаємин жінок, які зазнали впливу психотравмувальних обставин у ранньому онтогенезі.

Для верифікації типів травматизації застосовано методику «П'ять травм — самодіагностика» (Л. Бурбо), що дозволяє диференціювати п'ять базових конструктів: «Відкидання», «Зрада», «Залишеність», «Прийиження» та «Несправедливість». Емпіричну вибірку сформували 60 жінок віком від 25 до 44 років. Кількісний розподіл отриманих результатів представлено в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Дитячі травми жінок дорослого віку

Тип травми	Кількість осіб	Відсоток
Травма Зради	17	28.3%
Травма Залишеності	13	21.7%
Травма Несправедливості	12	20.0%

Травма Приниження	10	16.7%
Травма Відкидання	8	13.3%
Всього	60	100%

Інтерпретація даних, наведених у табл. 2.1, демонструє нерівномірний розподіл типів дитячої травматизації у досліджуваній вибірці. Домінуючими у структурі травматичного досвіду респонденток є травма Зради (28,3 %, 17 осіб) та травма Залишеності (21,7 %, 13 осіб).

Етіологія травми Зради зумовлена фрустрацією базових потреб дитини у безпечній прив'язаності до первинних об'єктів, насамперед батьківських фігур. Відповідно до положень теорії об'єктних відносин, дисфункціональна взаємодія з батьками на ранніх етапах онтогенезу призводить до інтерналізації дезадаптивних моделей прив'язаності. Це, у свою чергу, детермінує труднощі у формуванні довіри та схильність до емоційної залежності в дорослому віці.

Гене́за травми Залишеності пов'язана з переживанням досвіду психологічного покидання значущим дорослим. У дорослих партнерських стосунках наслідки цього досвіду маніфестують через деструктивні поведінкові патерни, зокрема схильність до маніпуляцій та надмірну афективну залежність.

Третю рангову позицію за частотою поширення посідає травма Несправедливості (20,0 %, 12 осіб), виникнення якої асоціюється з процесами знецінення та приниження дитини материнською фігурою. Такий вплив спричиняє деформацію Я-концепції, зниження самооцінки та порушення здатності до відстоювання особистісних кордонів в актуальних партнерських взаєминах.

Менш поширеними у вибірці виявилися травми Приниження та Відкидання, зафіксовані у 16,7 % (10 осіб) та 13,3 % (8 осіб) респонденток відповідно. Зазначені види травматизації чинять деструктивний вплив на

міжособистісне функціонування, актуалізуючи почуття сорому, неповноцінності та страх відторгнення у романтичних стосунках.

Для діагностики якісних характеристик подружніх взаємин у жінок із травматичним досвідом застосовано модифіковану методику «Досвід близьких відносин» (К. Бреннан, Р. К. Фрейлі). Отримані емпіричні результати узагальнено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Рівень тривожності та уникнення близькості у жінок дорослого віку з дитячими травмами

Рівні	Вище за середній		Нижче за середній		Всього	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Ступінь тривожності	12	20	48	80	60	100
Ступінь уникнення близькості	2	3,3	58	96,7	60	100

Аналіз емпіричних даних засвідчив, що у 12 респонденток (20,0 %) рівень тривожності перевищує середні показники. Цей факт інтерпретується як індикатор невпевненості у надійності та емоційній відгукуваності партнера. Виявлена тенденція підтверджує пролонгований деструктивний вплив дитячої травматизації, що трансформується в емоційну лабільність та нестабільність у дорослих стосунках.

Водночас домінуюча частина вибірки — 48 осіб (80,0 %) — демонструє показники тривожності нижче середнього рівня. Це вказує на сформованість базової довіри до партнера та здатність до побудови конструктивної взаємодії. Отримані дані свідчать про високий адаптаційний потенціал цих жінок, який дозволяє нівелювати наслідки травматичного досвіду та формувати здорові прив'язаності.

За шкалою уникнення близькості високі показники зафіксовано лише у 2 осіб (3,3 %). Така статистика відображає незначну поширеність тенденції до дистанціювання у досліджуваній групі. Зазначена категорія жінок характеризується уникненням глибоких емоційних контактів, що, ймовірно, зумовлено страхом втрати автономії або актуалізацією захисних механізмів внаслідок дискомфорту.

Натомість абсолютна більшість респонденток — 58 осіб (96,7 %) — має низький рівень уникнення близькості. Цей результат свідчить про виражену готовність до встановлення тісних емоційних зв'язків. Жінки цієї групи

орієнтовані на створення довірливого простору у стосунках та не відчують психологічного напруження в ситуаціях емоційної інтимності.

Для деталізації ієрархії сімейних цінностей та визначення специфіки рольових установок респонденток застосовано опитувальник «Рольові очікування та домагання у парі» (результати представлено в табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Значущість сфер життєдіяльності у жінок з дитячими травмами

Сімейні цінності	Значущі		Незначущі	
	Кількість	%	Кількість	%
Інтимно-сексуальна	18	30	14	23,3
Особистісна ідентифікація	24	40	6	10
Господарсько-побутова	8	13,3	4	6,7
Батьківсько-виховна	20	33,3	2	3,3
Соціальна активність	30	50	4	6,7
Емоційно-психотерапевтична	38	63,3	0	0
Зовнішня привабливість	34	56,7	2	3,3

Аналіз ієрархії сімейних цінностей засвідчив, що для респонденток із травматичним досвідом пріоритетною є емоційно-психотерапевтична сфера (38 осіб, 63,3 %). Цей показник відображає домінування потреби у психологічній підтримці, емпатії та стабілізації емоційного фону в межах подружньої взаємодії.

Другу рангову позицію посідає шкала зовнішньої привабливості (34 особи, 56,7 %), що вказує на високу значущість естетичних параметрів партнера та відповідності власним стандартам зовнішності. Третє місце займає сфера соціальної активності (30 осіб, 50,0 %), що демонструє орієнтацію жінок на професійну самореалізацію та інтеграцію подружжя у широке соціальне середовище як запоруку гармонійних відносин.

Вагомим компонентом рольової структури є особистісна ідентифікація (24 особи, 40,0 %), яка передбачає спільність інтересів, потреб та ціннісно-орієнтаційну єдність із партнером. Батьківсько-виховна функція (20 осіб, 33,3 %) також зберігає актуальність, підкреслюючи важливість інституту сім'ї та виховання дітей у системі життєвих смислів респонденток.

Найменшу суб'єктивну значущість у досліджуваній вибірці мають господарсько-побутова (8 осіб, 13,3 %) та інтимно-сексуальна (18 осіб, 30,0 %) сфери. Така диспропорція свідчить про зміщення акцентів з інструментальних та фізіологічних аспектів шлюбу на емоційно-комунікативні та соціальні.

У категорії ігнорованих або найменш важливих цінностей лідирує інтимно-сексуальна сфера, яку відзначили як незначущу 14 осіб (23,3 %). Також низький рейтинг отримали господарсько-побутова сфера та соціальна активність (по 4 особи, 6,7 % відповідно). Отримані дані можуть інтерпретуватися як наслідок трансформації пріоритетів або специфічний вплив травматичного досвіду на сприйняття фізичної близькості та побутових обов'язків.

Узагальнюючи результати, можна констатувати, що жінки з дитячими психотравмами орієнтовані насамперед на емоційну гармонію, зовнішню естетику та соціальний статус, тоді як побутові та сексуальні аспекти відіграють другорядну роль.

З метою поглибленого аналізу специфіки міжособистісної взаємодії у досліджуваній групі застосовано методику діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі.

Таблиця 2.4

Дослідження типів міжособистісної взаємодії у жінок з дитячими травмами (самооцінка)

Тип міжособистісної взаємодії	К-ть осіб	%
Авторитарний	18	30.0
Егоїстичний	4	6.7
Агресивний	10	16.7
Підозрілий	4	6.7
Підлеглий	2	3.3
Залежний	0	0.0
Доброзичливий	18	30.0
Альтруїстичний	8	13.3

Самооцінка досліджуваних жінок, отримана за методикою інтерперсональної діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі (див. табл. 2.4), виявила домінування двох протилежних типів міжособистісної взаємодії: «Авторитарного» (18 осіб, 30,0 %) та «Доброзичливого» (18 осіб, 30,0 %).

Жінки з вираженим «Авторитарним» типом характеризуються прагненням до лідерства в усіх видах групової діяльності. Їм притаманна тенденція нав'язувати власну думку, повчальний стиль спілкування та схильність до одноосібного прийняття рішень, ігноруючи поради оточення. Такі особи неохоче визнають власні помилки.

«Доброзичливий» тип, навпаки, відображає прагнення до соціального прийняття та схвалення. Респондентки з цим типом орієнтовані на задоволення потреб інших, намагаються уникати конфліктів та підтримувати імідж «хорошої» людини, часто на шкоду власним інтересам.

Третю позицію за поширеністю посідає «Агресивний» тип (10 осіб, 16,7 %). Він проявляється у ворожості, суворості у спілкуванні, схильності до критичних висловлювань та жорстких суджень. Ймовірно, в основі такої поведінки лежать захисні реакції, сформовані внаслідок дитячих травм, що активуються у стресових ситуаціях.

Менш представленими виявилися «Альтруїстичний» тип (8 осіб, 13,3 %), а також «Егоїстичний» та «Підозрілий» типи (по 4 особи, 6,7 % кожний). «Альтруїстичний» тип характеризується надмірною жертівністю та готовністю відмовлятися від власних інтересів заради інших. «Егоїстичний» тип демонструє незалежність та емоційну відстороненість, тоді як «Підозрілий» тип проявляється у настороженості та недовірі до соціального оточення.

Найменш поширеним є «Підлеглий» тип (2 особи, 3,3 %), що свідчить про низьку схильність до покірності та уникнення конфліктів у досліджуваній групі. Варто зазначити, що «Залежний» тип міжособистісної взаємодії серед респонденток не виявлено.

Таким чином, результати дослідження вказують на біполярність у моделях міжособистісної взаємодії жінок із дитячими травмами: від вираженого прагнення до домінування та контролю до орієнтації на доброзичливість та соціальне прийняття. Значна частина досліджуваних демонструє тенденції до агресивної або жертвовної поведінки, що може суттєво впливати на якість їхніх стосунків та потребувати подальшої психологічної корекції.

Таблиця 2.5

Дослідження типів міжособистісної взаємодії у жінок з дитячими травмами (оцінка партнера)

Тип міжособистісної взаємодії	К-ть осіб	%
Авторитарний	34	56.7
Егоїстичний	4	6.7
Агресивний	4	6.7
Підозрілий	4	6.7
Підлеглий	2	3.3
Залежний	2	3.3
Доброзичливий	4	6.7
Альтруїстичний	6	10.0

Аналіз сприйняття респондентками своїх шлюбних партнерів (див. табл. 2.5) засвідчив безумовне домінування «Авторитарного» типу міжособистісної взаємодії (34 особи, 56.7%). Така статистика вказує на те, що більшість жінок із травматичним досвідом ідентифікують своїх чоловіків як сильних, рішучих особистостей, схильних до домінування, директивного стилю управління стосунками та нав'язування власної волі.

Другу рангову позицію посідає «Альтруїстичний» тип (6 осіб, 10.0%), що характеризується проявами доброзичливості, гіпервідповідальності та прагненням піклуватися про благополуччя оточення. Цей патерн поведінки інтерпретується як антипод авторитарності, демонструючи здатність партнера до емпатії, співпереживання та надання підтримки.

Типи «Егоїстичний», «Агресивний», «Підозрілий» та «Доброзичливий» мають значно меншу репрезентативність у вибірці (по 4 особи, 6.7% кожний). «Егоїстичний» тип відображає егоцентричну орієнтацію на власні потреби, «Агресивний» — ворожість і жорсткість у комунікації, «Підозрілий» — недовіру та скептицизм, тоді як «Доброзичливий» — кооперативну налаштованість, поєднану з певною обережністю у соціальних контактах.

Найнижчу частоту прояву зафіксовано для «Підлеглого» та «Залежного» типів (по 2 особи, 3.3% кожний). Партнери з такими характеристиками сприймаються респондентками як конформні, схильні до пасивності або надмірної емоційної залежності, що нівелює їхню роль у процесах прийняття рішень в межах сімейної системи.

Додатково здійснено аналіз структури міжособистісної взаємодії за базовими векторами «Домінування» та «Дружелюбність». Отримані емпіричні дані узагальнено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Дослідження особливостей міжособистісної взаємодії у жінок з дитячими травмами

Параметри міжособистісної взаємодії		Позитивне значення		Негативне значення	
		К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
Самооцінка	Домінування	44	73,3	16	26,7
	Дружелюбність	38	63,3	22	36,7
Оцінка партнера	Домінування	56	93,3	4	6,7
	Дружелюбність	20	33,3	40	66,7

Самооцінка учасниць демонструє позитивне значення параметра «Домінування» у 44 жінок (73.3%). Подібна тенденція відображає їхнє прагнення до лідерства в комунікації, домінування та ухвалення рішень. Негативне значення цього параметра зафіксовано у 16 осіб (26.7%), що

вказує на схильність до підпорядкування, уникнення відповідальності та відмови від лідерської ролі.

Позитивне значення параметра «Дружелюбність» притаманне 38 жінкам (63.3%). Такий розподіл свідчить про орієнтацію на формування доброзичливих, гармонійних відносин та співпрацю з іншими. Негативне значення виявлено у 22 учасниць (36.7%), що відповідає агресивно-конкурентній позиції, яка ускладнює взаємодію та співпрацю з оточенням.

Оцінка партнерів фіксує позитивне значення параметра «Домінування» у 56 осіб (93.3%). Цей показник характеризує партнерів як лідерів, здатних контролювати ситуацію та ухвалювати відповідальні рішення. Негативне значення за цим параметром спостерігається лише у 4 учасниць (6.7%).

Параметр «Дружелюбність» отримує позитивне значення від 20 учасниць (33.3%), що відображає готовність партнерів до співпраці та встановлення доброзичливих відносин. Негативне значення зафіксовано у 40 осіб (66.7%), що вказує на агресивність або дистанційованість партнерів у комунікації.

Аналіз результатів підтверджує схильність жінок із дитячими травмами до домінування та доброзичливості в самооцінці, тоді як у партнерах переважно виділяють домінування за недостатньої доброзичливості. Така асиметрія може сигналізувати про напругу в стосунках, що вимагає подальшого вивчення.

Виявлення особливостей міжособової залежності у жінок із дитячими травмами передбачає застосування методики «Тест профілю відносин» (Relationship Profile Test, RPT) (див. табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Особливості міжособової залежності у жінок з дитячими травмами

Міжособистісні феномени	Рівні вираженості	К-ть осіб	%
Деструктивна надзалежність	Низький	16	26,7
	Середній	36	60
	Високий	8	13,3

Дисфункціональне відділення	Низький	10	16,7
	Середній	42	70
	Високий	8	13,3
Здорова залежність	Низький	10	16,7
	Середній	38	63,3
	Високий	12	20

Деструктивна надзалежність проявляється на низькому рівні у 16 жінок із дитячими травмами в стосунках (26.7%), на середньому рівні — у 36 осіб (60.0%), а на високому рівні — у 8 осіб (13.3%). Високий рівень цього параметра відображає інтенсивну потребу в емоційній близькості, підтримці та прийнятті від партнера, що часто поєднується з відчуттям безпорадності та залежності від оточення.

Дисфункціональне відділення фіксується на низькому рівні у 10 жінок (16.7%), на середньому рівні — у 42 (70.0%), а на високому рівні — у 8 (13.3%). Високий рівень вказує на труднощі в формуванні соціальних зв'язків, страх перед близькими стосунками та тенденцію до збереження незалежності за рахунок обмеження емоційної близькості.

Здорова залежність демонструє низький рівень у 10 жінок (16.7%), середній рівень — у 38 (63.3%), а високий рівень — у 12 (20.0%). Високий рівень характеризується емоційною гнучкістю, здатністю до побудови стійких відносин та своєчасним зверненням за підтримкою, що сприяє психологічній стабільності.

Аналіз свідчить про переважання середнього рівня за трьома параметрами міжособистісної залежності серед учасниць. Разом із тим, певна група жінок виявляє високі рівні деструктивної надзалежності та дисфункціонального відділення, що вимагає додаткових заходів для їхньої корекції.

Вивчення емоційного сприйняття понять «Родина», «Близькість», «Довіра», «Секс», «Вірність», «Діти», «Мій чоловік», «Взаєморозуміння» у жінок із дитячими травмами в стосунках передбачає застосування техніки репертуарної решітки Келлі (TRP) на базі 10 емоцій Ізарда. Емоції розділено

на дві групи: ПЕ (позитивні емоції) та НЕ (негативні емоції). Група ПЕ охоплює підшкали «Інтерес», «Радість», «Подив»; група НЕ — «Печаль», «Гнів», «Відраза», «Презирство», «Страх», «Сором», «Провина». Результати подано в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Особливості емоційного сприйняття у жінок з дитячими травмами, які перебувають у стосунках, %

Емоційний подразник	Позитивні емоції	Негативні емоції
Сім'я	77	23
Близькість	77	19
Довіра	71	24
Секс	76	16
Вірність	61,2	22
Діти	85,3	28
Мій чоловік	75,5	22
Взаєморозуміння	70,5	21
Всього	74	22

Для порівняльного аналізу особливостей партнерських стосунків у досліджуваних групах, ми проаналізували партнерські стосунки жінок молодого віку з урахуванням типу дитячої травми: «Зрада» та «Залишеність».

У таблиці 2.9 наведено результати аналізу впливу типів дитячих травм на рівень тривожності та уникнення близькості. Ці показники досліджено за модифікованою методикою «Досвід близьких відносин» К. Бреннан і Р. К. Фрейлі в адаптації К. В. Казанцевої.

Таблиця 2.9

Результати аналізу впливу типів дитячих травм на рівень тривожності та уникнення близькості

Тип дитячої травми	Ступінь тривожності		Ступінь уникнення близькості	
	Сер. арифм. бал	%	Сер. арифм. бал	%
«Зрада»	3,12	26	2,72	22,7
«Залишеності»	4,92	41	3,08	25,7

Аналіз результатів дослідження показує, що у жінок з дитячою травмою типу «Зрада» ступінь тривожності становить 26%. Це свідчить про рівень їхньої невпевненості у партнері, що на 15% нижче, ніж у жінок з травмою типу «Залишеність» (41%). Отже, жінки з травмою «Залишеність» демонструють значно вищий рівень невпевненості у своєму партнері. Ступінь уникнення близькості у жінок з травмою «Зрада» становить 22,7%, вказуючи на рівень дискомфорту при психологічному зближенні. Цей показник на 3% нижчий, ніж у жінок з травмою «Залишеність» (25,7%). Таким чином, останні відчувають більший дискомфорт при психологічному зближенні з партнером.

Вплив типів дитячих травм на рівень тривожності у стосунках та ступінь уникнення близькості статистично перевірено за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Результати розрахунків наведено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Розрахунок U-критерія Манна-Уїтні значущості впливу типів дитячих травм на рівень тривожності та уникнення близькості

	Тип дитячої травми		temp
	«Зрада»	«Залишеність»	
Тривожність	244,5	220,5	91,5
Уникнення близькості	260	205	107

Отримані емпіричні значення (temp = 91,5 та 107) знаходяться в зоні незначущості. При критичних значеннях 55 ($p < 0,01$) та 70 ($p < 0,05$) різниця між показниками статистично не підтверджується. Отже, вплив типів дитячих травм на рівень тривожності у стосунках та ступінь уникнення близькості є незначним.

Для визначення значущих та незначущих сфер життєдіяльності жінок з різними типами дитячих травм застосовано опитувальник «Рольові очікування та домагання у парі». Результати дослідження наведено в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Значущість сфер життєдіяльності у жінок з різним типом дитячих травм

Сімейні цінності	Значущі				Незначущі			
	«Зрада»		«Залишеність»		«Зрада»		«Залишеність»	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Інтимно-сексуальна	3	17,6	6	46,1	4	23,5	3	23,1
Особистісна ідентифікація	7	41,2	5	38,4	3	17,6	0	0
Господарсько-побутова	3	17,6	1	7,7	2	11,8	0	0
Батьківсько-виховна	6	35,3	4	30,8	0	0	1	7,8
Соціальна активність	10	58,8	5	38,4	1	5,9	1	7,8
Емоційно-психотерапевтична	10	58,8	9	69,2	0	0	0	0
Зовнішня привабливість	10	58,8	7	53,8	1	5,9	0	0

Для наочності отриманих результатів було створено діаграму значущості сфер життєдіяльності у жінок з різним типом дитячих травм, яка представлена на рис. 2.1.

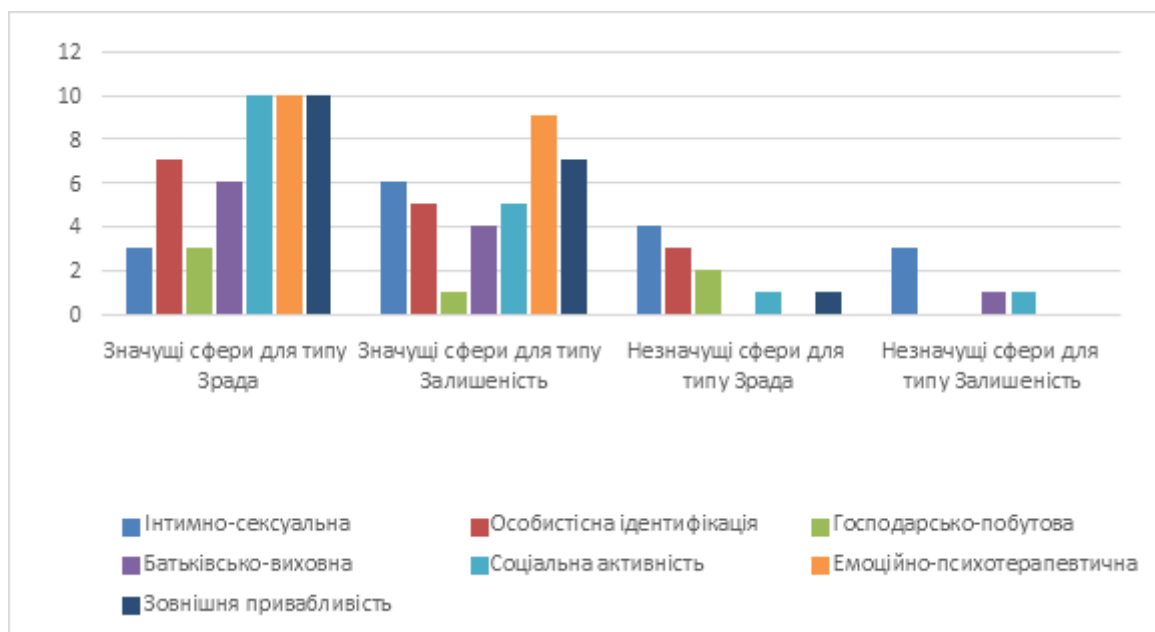


Рис. 2.1. Значущість сфер життєдіяльності у жінок з різним типом дитячих травм

Результати емпіричного дослідження демонструють, що для респонденток із травмою типу «Зрада» доміантними сферами життєдіяльності виступають соціальна активність (58,8%), емоційно-психотерапевтична взаємодія (58,8%) та зовнішня привабливість (58,8%). Периферійні позиції в ієрархії цінностей цієї групи займають особистісна ідентифікація (41,2%), батьківсько-виховна функція (35,3%), а також інтимно-сексуальна (17,6%) та господарсько-побутова (17,6%) сфери. Водночас у жінок із травмою «Залишеність» пріоритетною визначено емоційно-психотерапевтичну сферу (69,2%). Наступними за рівнем значущості є зовнішня привабливість (53,8%), інтимно-сексуальні стосунки (46,1%), особистісна ідентифікація (38,4%), соціальна активність (38,4%), батьківсько-виховна функція (30,8%) та господарсько-побутова сфера (7,7%).

Спільною тенденцією для обох вибірок виявлено низьку суб'єктивну значущість інтимно-сексуальної сфери (23,5% для групи «Зрада» та 23,1% для групи «Залишеність»), що може свідчити про нівелювання важливості сексуального компонента шлюбу жінками із зазначеними типами травм. Враховуючи потенційні дисгармонії в інтимному житті партнерів, актуалізується потреба у підвищенні рівня статевої компетентності та формуванні науково обґрунтованих уявлень про культуру інтимних взаємин задля мінімізації непорозумінь.

Статистичну верифікацію впливу типів дитячих травм на ієрархію сфер життєдіяльності у партнерстві здійснено із застосуванням U-критерію Манна-Уїтні. Отримані результати узагальнено в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Розрахунок U-критерія Манна-Уїтні значущості впливу типів дитячих травм на рівень значущості сфер життєдіяльності у партнерстві

Сімейні цінності	Тип дитячої травми		temp
	«Зрада»	«Залишеність»	
Інтимно-сексуальна	243,5	221,5	90,5
Особистісна ідентифікація	244	221	91
Господарсько-побутова	299	166	75

Батьківсько-виховна	293,5	171,5	80,5
Соціальна активність	290,5	174,5	83,5
Емоційно-психотерапевтична	279	186	95
Зовнішня привабливість	273,5	191,5	100,5

Отримані емпіричні значення темп свідчать про відсутність статистично значущої різниці між показниками, оскільки вони знаходяться в зоні незначущості (критичні значення: 55 для $p < 0,01$ та 70 для $p < 0,05$). Таким чином, вплив дитячих травм типів «Зрада» та «Залишеність» на значущість сфер життєдіяльності у партнерстві у жінок, які перебувають у стосунках, є незначним.

Для дослідження впливу дитячих травм «Зрада» та «Залишеність» на особливості міжособових відносин у жінок, які перебувають у стосунках, використано методику інтерперсональної діагностики міжособових відносин Т. Лірі в адаптації Л. Н. Собчик. Результати дослідження представлено в таблицях 2.13 та 2.14.

Таблиця 2.13

Дослідження типів міжособистісної взаємодії у жінок з дитячими травмами (самооцінка)

Тип міжособистісної взаємодії	Тип дитячої травми			
	«Зрада»		«Залишеність»	
	К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
Авторитарний	7	41,2	2	15,4
Егоїстичний	1	5,9	1	7,7
Агресивний	3	17,6	2	15,4
Підозрілий	1	5,9	1	7,7
Підлеглий	0	0	1	7,7
Залежний	0	0	0	0
Доброзичливий	4	23,5	5	38,5
Альтруїстичний	2	11,8	2	15,4

Отже, бачимо, що за самооцінкою досліджуваних (див. табл. 2.13), серед жінок з типом дитячої травми «Зрада», найбільше наявний тип міжособистісної взаємодії «Авторитарний» (41,2 %). Далі за проявами у жінок даного типу йдуть такі типи міжособистісної взаємодії:

«Доброзичливий» (23,5 %), «Агресивний» (17,6 %), «Альтруїстичний» (11,8 %), «Підозрілий» (5,9 %). Серед жінок з типом дитячої травми «Залишеності», найбільше наявний тип міжособистісної взаємодії «Доброзичливий» (38,5 %). Далі за проявами у жінок даного типу йдуть такі типи міжособистісної взаємодії: «Авторитарний» (15,4 %), «Агресивний» (15,4 %), «Альтруїстичний» (15,4 %), «Егоїстичний» (7,7 %), «Підозрілий» (7,7 %), «Підлеглий» (7,7 %).

Таблиця 2.14

Дослідження типів міжособистісної взаємодії у жінок з дитячими травмами (оцінка партнера)

Тип міжособистісної взаємодії	Тип дитячої травми			
	«Зрада»		«Залишеність»	
	К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
Авторитарний	12	70,6	5	38,5
Егоїстичний	1	5,9	1	7,7
Агресивний	1	5,9	1	7,7
Підозрілий	1	5,9	1	7,7
Підлеглий	0	0	1	7,7
Залежний	0	0	1	7,7
Доброзичливий	1	5,9	1	7,7
Альтруїстичний	1	5,9	2	15,4

Згідно з оцінками партнерів (табл. 2.14), у жінок з дитячою травмою «Зрада» переважає авторитарний тип міжособистісної взаємодії (70,6%). Менш виражені такі типи, як егоїстичний, агресивний, підозрілий, доброзичливий та альтруїстичний (по 5,9% кожен). У жінок з травмою «Залишеність» також домінує авторитарний тип (38,5%), але менш виражено. Інші типи розподілені наступним чином: альтруїстичний (5,9%), егоїстичний (7,7%), агресивний (7,7%), підозрілий (7,7%), підлеглий (7,7%), залежний (7,7%) та доброзичливий (7,7%).

Проведено аналіз за параметрами міжособистісної взаємодії «Домінування» та «Дружелюбність». Результати представлено в таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Дослідження особливостей міжособистісної взаємодії у жінок з дитячими травмами

Параметри міжособистісної взаємодії		Тип дитячої травми							
		«Зрада»				«Залишеність»			
		Позитивне значення		Негативне значення		Позитивне значення		Негативне значення	
		К-ть осіб	%	К-ть осіб	%	К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
Самооцінка	Домінування	16	94,1	1	5,9	6	46,2	7	53,8
	Дружелюбність	10	58,8	7	41,2	9	69,2	4	30,8
Оцінка партнера	Домінування	17	100	0	0	11	84,6	2	15,4
	Дружелюбність	7	41,2	10	58,8	3	23,1	10	76,9

Результати самооцінювання за шкалою «Домінування» засвідчують, що у групі «Зрада» 16 респонденток (94,1%) мають позитивні показники, що вказує на виражене прагнення до лідерства; негативне значення зафіксовано лише в одній особі (5,9%). Натомість у групі «Залишеність» позитивний полюс шкали характерний для 6 жінок (46,2%), тоді як негативний виявлено у 7 осіб (53,8%), що свідчить про тенденцію до підпорядкування. Таким чином, досліджуваним із травмою «Зрада» притаманна орієнтація на домінування, тоді як жінки з травмою «Залишеність» частіше схильні займати підлеглу позицію.

Аналіз параметра «Дружелюбність» (самооцінка) демонструє, що позитивні значення, які відображають прагнення до доброзичливої взаємодії, властиві 10 жінкам (58,8%) із групи «Зрада» та 9 жінкам (69,2%) із групи «Залишеність». Негативні показники, що маркують агресивно-конкурентну налаштованість, виявлено у 7 осіб (41,2%) групи «Зрада» та 4 осіб (30,8%) групи «Залишеність». Узагальнюючи дані, можна стверджувати, що респондентки обох груп декларують прагнення до встановлення доброзичливих стосунків, однак у групі «Залишеність» ця інтенція виражена рельєфніше.

Згідно з оцінками партнерів, усі 17 жінок (100%) групи «Зрада» та 11 жінок (84,6%) групи «Залишеність» отримали позитивні бали за шкалою «Домінування». Це вказує на те, що партнери ідентифікують їх як домінуючих особистостей. Негативне значення зафіксовано лише щодо 2 жінок (15,4%) із групи «Залишеність». Отже, у сприйнятті партнерів представниці обох груп, особливо категорії «Зрада», постають як особи з високим рівнем домінуючості.

У контексті параметра «Дружелюбність» (зовнішня оцінка партнерами) позитивні значення отримали 7 жінок (41,2%) із групи «Зрада» та 3 жінки (23,1%) із групи «Залишеність». Негативні показники, що свідчать про сприйняття особи як агресивно-конкурентної, виявлено у 10 респонденток (58,8%) групи «Зрада» та 10 респонденток (76,9%) групи «Залишеність». Це дозволяє констатувати, що партнери схильні приписувати жінкам обох груп, а надто групи «Залишеність», агресивно-конкурентну модель поведінки.

Для верифікації статистичного зв'язку між параметрами «Домінування» та «Дружелюбність» і типами дитячої травми («Зрада» та «Залишеність») застосовано кутове перетворення Фішера. Результати розрахунків наведено в таблиці 2.16.

Аналіз даних самооцінки показує, що емпіричне значення $= 3,138\$$ потрапляє в зону значущості. Це підтверджує наявність статистично достовірного зв'язку між параметром «Домінування» та типом травматизації: жінки з травмою «Зрада» демонструють вірогідно вищі показники, що відображає їхнє прагнення до лідерства у комунікації, тоді як респондентки з травмою «Залишеність» схильні до негативних значень, що вказує на патерн підпорядкування. Водночас отримане емпіричне значення для шкали «Дружелюбність» становить $= 0,589\$$, що перебуває в зоні незначущості. Це свідчить про відсутність статистично підтвердженої залежності між рівнем дружелюбності та досліджуваними типами дитячих травм.

Таблиця 2.16

Залежність параметрів міжособистісної взаємодії «Домінування» та «Дружелюбність» від типів дитячої травми жінок «Зрада» та «Залишеність»

Параметри міжособистісної взаємодії		ф*емп	Тип дитячої травми			
			«Зрада»		«Залишеність»	
			Позитивне значення	Негативне значення	Позитивне значення	Негативне значення
			К-ть осіб	К-ть осіб	К-ть осіб	К-ть осіб
Самооцінка	Домінування	3,138	16	1	6	7
	Дружелюбність	0,589	10	7	9	4
Оцінка партнера	Домінування	1,39	17	0	11	2
	Дружелюбність	1,061	7	10	3	10

Примітка: критичні значення ф* складають: ф*кр =1,64 для р0,05, ф*кр =2,31 для р0,01.

Емпіричні значення ф* (1,39 та 1,061), отримані за оцінкою партнерів, знаходяться в зоні незначущості. Це вказує на відсутність залежності між параметрами «Домінування» та «Дружелюбність» і типами дитячої травми («Зрада» та «Залишеність»).

Для виявлення особливостей міжособової залежності при різних типах дитячих травм застосовано методику «Тест профілю відносин» (Relationship Profile Test, RPT). Результати дослідження наведено в таблиці 2.17.

Таблиця 2.17

Різниця між різними типами дитячих травм в особливостях міжособової залежності

Міжособистісні феномени		Тип дитячих травм			
		«Зрада»		«Залишеність»	
		К-ть осіб	%	К-ть осіб	%
Деструктивна надзалежність	Низький	5	29,4	3	23,1
	Середній	12	70,6	6	46,1
	Високий	0	0	4	30,8
Дисфункціональне відділення	Низький	1	5,9	4	30,8
	Середній	13	76,5	8	61,5
	Високий	3	17,6	1	7,7
Здорова залежність	Низький	2	11,8	3	23,1
	Середній	11	64,7	8	61,5
	Високий	4	23,5	2	15,4

Емпіричний аналіз показників деструктивної надзалежності виявив специфіку її розподілу в досліджуваних групах. У когорті респонденток із травмою «Зрада» домінує середній рівень (70,6%, 12 осіб), тоді як низький зафіксовано у 29,4% (5 осіб); високий рівень у цій вибірці відсутній. Натомість у групі «Залишеність» структуру показників розподілено інакше: низький рівень виявлено у 23,1% (3 особи), середній — у 46,1% (6 осіб), а високий — у 30,8% (4 особи). Варто наголосити, що високий рівень деструктивної надзалежності корелює з гіпертрофованою потребою в емоційній близькості, перманентним пошуком підтримки від партнера та стійким відчуттям безпорадності незалежно від об'єктивних обставин.

Дослідження параметрів дисфункціонального відділення демонструє наступну диференціацію. Для групи «Зрада» характерна превалююча частка осіб із середнім рівнем (76,5%, 13 осіб), тоді як низький рівень становить 5,9% (1 особа), а високий — 17,6% (3 особи). У групі «Залишеність» показники зміщуються: низький рівень фіксується у 30,8% (4 особи), середній — у 61,5% (8 осіб), високий — лише у 7,7% (1 особа). Високі показники за цією шкалою свідчать про ускладнення у побудові близьких

взаємин та наявність неусвідомлюваного страху поглинання партнером («втрати себе»). Така поведінкова стратегія, як правило, детермінована раннім травматичним досвідом, що закріпив настанову про пріоритетність автономії та самодостатності над інтимністю.

Оцінка сформованості здорової залежності дозволила встановити такі тенденції. У вибірці з травмою «Зрада» низький рівень властивий 11,8% жінок (2 особи), середній — 64,7% (11 осіб), високий — 23,5% (4 особи). У групі «Залишеність» низький рівень спостерігається у 23,1% (3 особи), середній — у 61,5% (8 осіб), а високий — у 15,4% (2 особи). Високий рівень цього конструкту відображає адаптивну гнучкість у міжособистісній взаємодії, здатність конструктивно звертатися за допомогою та компетентність у розбудові тривалих емоційних зв'язків.

З метою статистичної верифікації впливу типу дитячої травми на особливості міжособової залежності (зокрема на рівні деструктивної надзалежності, дисфункціонального відділення та здорової залежності) застосовано t-критерій Стьюдента.

Таблиця 2.18

Підрахунок t-критерію Стьюдента залежності рівнів деструктивної надзалежності, дисфункціонального відділення, здорової залежності від типу дитячої травми

	Тип дитячої травми		temp
	«Зрада»	«Залишеність»	
Деструктивна надзалежність	25,18	31,77	2,4
Дисфункціональне відділення	32,76	31	0,9
Здорова залежність	35,82	33,38	1,3

Емпіричні значення temp для деструктивної надзалежності знаходяться в зоні невизначеності, тоді як для дисфункціонального відділення та здорової залежності – в зоні незначущості (критичні значення: 2,05 для $p < 0,05$ та 2,76 для $p < 0,01$). Отже, статистично значущого впливу типів дитячої травми на

рівні деструктивної надзалежності, дисфункціонального відділення та здорової залежності у стосунках не виявлено.

Для дослідження впливу дитячих травм «Зрада» та «Залишеність» на емоційне сприйняття таких понять, як «Родина», «Близькість», «Довіра», «Секс», «Вірність», «Діти», «Мій чоловік», «Взаєморозуміння», використано техніку репертуарної решітки Келлі (TRP) на основі 10 емоцій Ізарда, розподілених на дві групи: позитивні емоції (ПЕ) – «Інтерес», «Радість», «Подив» та негативні емоції (НЕ) – «Печаль», «Гнів», «Відраза», «Презирство», «Страх», «Сором», «Провина». Результати дослідження представлено в таблиці 2.19.

Таблиця 2.19

Особливості емоційного сприйняття у жінок, які перебувають у стосунках, з різним типом дитячих травм, %

Емоційний подразник	Позитивні емоції		Негативні емоції	
	Тип дитячої травми			
	«Зрада»	«Залишеність»	«Зрада»	«Залишеність»
Сім'я	80,5	73	19,2	26,8
Близькість	79,5	74,6	16,4	21,1
Довіра	70,6	72,3	18,6	29,4
Секс	78,4	74,1	13	19,9
Вірність	66,8	55,6	16,6	27,1
Діти	89,1	81,5	24	31,6
Мій чоловік	78,6	72,5	20,2	23,4
Взаєморозуміння	76,4	64,6	19,4	22
Всього	77,5	71	18,4	25,2

Для наочності отриманих результатів було створено діаграми особливостей емоційного сприйняття у жінок, які перебувають у стосунках, з різними типами дитячих травм, які представлені на рис. 2.2, 2.3 та 2.4.

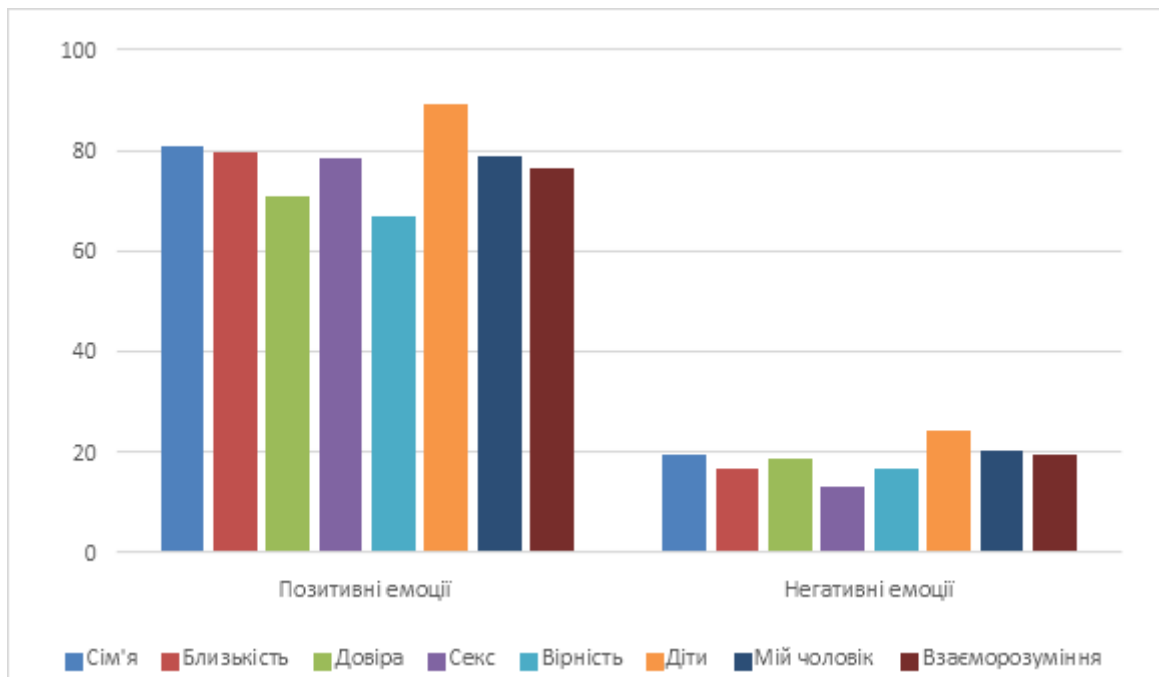


Рис. 2.2. Особливості емоційного сприйняття у жінок, які перебувають у стосунках, з типом дитячої травми «Зрада», %

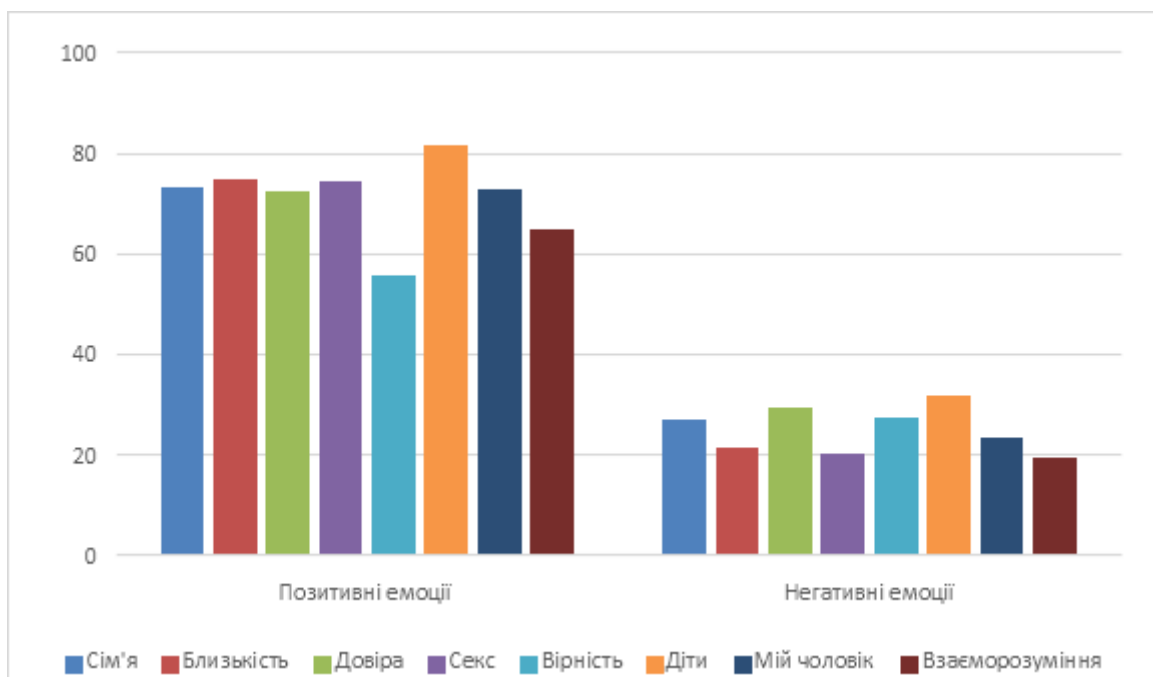


Рис. 2.3. Особливості емоційного сприйняття у жінок, які перебувають у стосунках, з типом дитячої травми «Залишеність», %

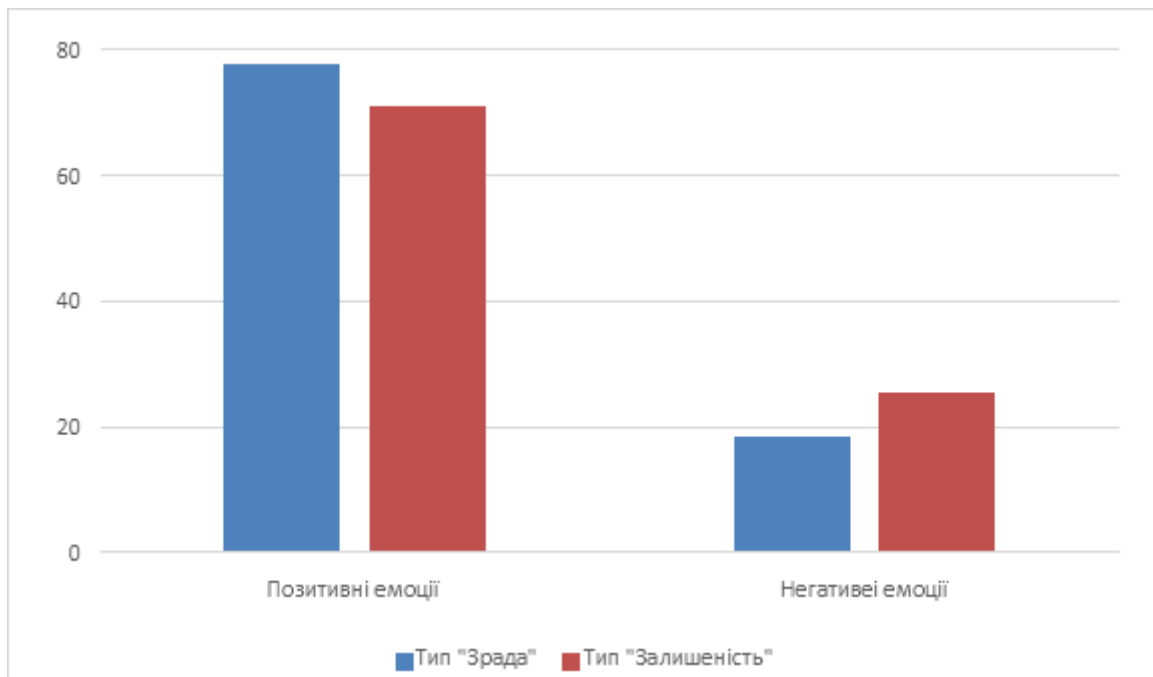


Рис. 2.4. Особливості емоційного сприйняття у жінок, які перебувають у стосунках, з різними типами дитячих травм, %

Отже, у жінок з травмою «Зрада» найвищий рівень позитивних емоцій викликають концепти «Діти» (89,1%) та «Сім'я» (80,5%), найнижчий – «Вірність» (66,8%) і «Довіра» (70,6%). Концепти «Діти» (24%) та «Мій чоловік» (20,2%) провокують найбільше негативних емоцій, а «Секс» (13%) – найменше (див. рис. 2.2). У групі з травмою «Залишеність» лідером за позитивними емоціями є поняття «Діти» (81,5%), аутсайдерами – «Вірність» (55,6%) та «Взаєморозуміння» (64,6%). Найбільше негативних емоцій викликають «Діти» (31,6%) та «Довіра» (29,4%), найменше – «Секс» (19,9%) (див. рис. 2.3).

Позитивні та негативні емоційні реакції на стимули у жінок обох груп, які перебувають у стосунках, з різними типами дитячих травм, загалом подібні. Проте, у жінок з травмою «Зрада» позитивні емоції виражені сильніше (77,5%), ніж у жінок з травмою «Залишеність» (71%). Натомість у жінок з травмою «Залишеність» негативні емоції проявляються інтенсивніше (25,2%), ніж у жінок з травмою «Зрада» (18,4%) (див. рис. 2.4).

Зв'язки між емоціями та стимулами у жінок, що перебувають у стосунках, з різними типами дитячих травм визначено за допомогою кластерного аналізу за принципом «ближнього сусіда». Результати кластерного аналізу з використанням техніки репертуарної решітки Келлі наведено в таблиці 2.20.

Таблиця 2.20

Зв'язки між емоціями та емоційними подразниками у жінок з дитячими травмами, що перебувають у стосунках, з використанням кластерного аналізу

Емоційний подразник	Відстань між кластерами, P	Кластери
Сім'я	3,51	1,2,3; 4,8,5,10,6,7,9
Близькість	5,28	1,2,3; 4,5,8,9,10,6,7
Довіра	4,403	1,2,3; 4,8,5,10,6,9,7
Секс	5,94	1,2,3; 4,5,9,10,7,8,6
Вірність	5,459	1,3,4,5,6,7,9,10,8; 2
Діти	4,616	1,2,3,8; 4,5,9,10,6,7
Мій чоловік	4,919	1,2,3; 4,5,8,10,6,7,9
Взаєморозуміння	3,143	1,2; 3,4,5,6,7,8,10,9

Примітка: «Цікавість» (1), «Радість» (2), «Подив» (3), «Печаль» (4), «Гнів» (5), «Відраза» (6), «Презирство» (7), «Страх» (8), «Сором» (9), «Провина» (10).

Отже, виявлено кластери, що найчастіше трапляються та об'єднуються у дві групи емоцій: 1 група – «Цікавість», «Радість», «Подив»; 2 група – «Печаль», «Гнів», «Відраза», «Презирство», «Страх», «Сором», «Провина». Саме для таких емоційних подразників, як «Сім'я», «Близькість», «Довіра», «Секс» та «Мій чоловік», можна розділити емоції жінок на позитивні та негативні.

Цікавим є факт, що для емоційного подразника «Діти» в одну групу об'єдналися емоції, що знаходяться на одному значущому рівні – «Цікавість», «Радість», «Подив» та «Страх». Це свідчить про те, що негативна емоція «Страх» за дитину рівнозначна позитивним емоціям та є однією з найбільш значущих стосовно дітей у жінок з дитячими травмами.

Також, стосовно емоційного подразника «Взаєморозуміння» емоція «Подив» розташована поруч з негативними емоціями, що вказує на її неприємний характер у контексті взаєморозуміння у стосунках.

Висновки до другого розділу

У другому розділі представлено результати емпіричного дослідження впливу травматичного досвіду дитинства на структурні компоненти особистості жінок дорослого віку. Експериментальну вибірку склали 60 жінок віком від 25 до 44 років, які є матерями учнів Школи I-III ступенів №259 Деснянського району міста Києва. Дослідження реалізовувалося у дистанційному форматі із застосуванням комплексу стандартизованих психодіагностичних методик.

За результатами застосування методики «П'ять травм» (Л. Бурбо) встановлено структуру травматичного досвіду респонденток. Домінуючими типами травм виявилися «Зрада» (28,3%) та «Залишеність» (21,7%), менш поширеними — «Несправедливість» (20%), «Прийиження» (16,7%) та «Відкидання» (13,3%). На основі отриманих даних для поглибленого порівняльного аналізу особистісних деформацій було сформовано дві експериментальні групи: жінки з травмою «Зради» та жінки з травмою «Залишеності».

Діагностика емоційної сфери (модифікована методика «Досвід близьких відносин») засвідчила, що наявність дитячої травми корелює з рівнем базової тривожності особистості. У 20% респонденток зафіксовано підвищений рівень тривожності, що свідчить про нестійкість «Я-концепції» та вразливість до стресових чинників. Водночас 96,7% жінок демонструють низький рівень уникнення близькості, що вказує на збережену потребу в соціальній підтримці та афіліації. Порівняльний аналіз показав, що особистість жінок із травмою «Залишеності» характеризується меншою емоційною стійкістю порівняно з групою «Зради».

Аналіз ціннісно-сислової сфери (опитувальник «Рольові очікування

та домагання у парі») виявив специфічну ієрархію пріоритетів. Найбільшу особистісну значущість для травмованих жінок мають емоційно-психотерапевтична підтримка (63,3%), зовнішня привабливість (56,7%) та соціальна активність (50%). Це свідчить про те, що самооцінка та відчуття власної цінності цих жінок значною мірою залежать від зовнішнього підкріплення та емоційного комфорту. Низька значущість інтимно-сексуальної сфери (30%) може вказувати на наявність блоків тілесності та труднощів у прийнятті власної жіночності внаслідок травми.

Дослідження характерологічних особливостей та стилю взаємодії (методика Т. Лірі) дозволило виявити полярні тенденції. У самосприйнятті жінок домінують авторитарний (30%) та доброзичливий (30%) типи. При цьому жінки з травмою «Зради» схильні до формування домінантних, контролюючих рис характеру (як гіперкомпенсація травми), тоді як жінки з травмою «Залишеності» демонструють конформність та схильність до підпорядкування. Проекція авторитарних рис на партнерів (56,7%) свідчить про дію захисних механізмів особистості.

Оцінка особистісної автономії (методика «Тест профілю відносин») виявила проблеми з встановленням здорових кордонів. Більшість респонденток демонструють середній рівень деструктивної надзалежності (60%) та дисфункціонального відділення (70%). Це вказує на те, що дитяча травма перешкоджає формуванню зрілої автономії, змушуючи особистість коливатися між страхом поглинання та страхом самотності. У жінок із травмою «Залишеності» тенденція до залежної поведінки виражена значно сильніше.

Аналіз когнітивно-емоційного сприйняття (техніка репертуарних решіток) показав амбівалентність у ставленні до ключових життєвих понять. Попри загальне домінування позитивного емоційного фону (перевага на 52%), фіксуються глибинні емоційні конфлікти у сферах «Довіра» та «Діти». Це підтверджує, що травматичний досвід продовжує впливати на світосприйняття дорослої жінки, породжуючи внутрішню напругу.

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження, можна стверджувати, що дитячі психотравми чинять системний деструктивний вплив на розвиток особистості в дорослому віці. Цей вплив проявляється на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях, формуючи специфічні адаптаційні стратегії: від гіперконтролю та домінування (при травмі «Зради») до емоційної залежності та тривожності (при травмі «Залишеності»). Виявлені особистісні деформації потребують цілеспрямованої психологічної корекції для відновлення психологічного ресурсу та гармонізації внутрішнього світу жінок.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ НАСЛІДКІВ ДИТЯЧИХ ТРАВМ У СТРУКТУРІ ОСОБИСТОСТІ ДОРΟΣЛОГО

3.1 Обґрунтування та зміст програми психологічної корекції особистісних деструкцій, зумовлених дитячими травмами

У сучасній психологічній практиці виокремлюють низку форм надання фахової допомоги: психологічне консультування, індивідуальна психотерапія, соціально-психологічний тренінг та групи підтримки. Консультування переважно орієнтоване на інформування та вирішення локальних життєвих труднощів клієнта. Індивідуальна психотерапія являє собою пролонгований процес, націлений на глибинну трансформацію особистості та опрацювання травматичного досвіду. Соціально-психологічний тренінг фокусується на формуванні конкретних поведінкових навичок без занурення в глибинні пласти психіки. Група підтримки виступає проміжною ланкою, що дозволяє інтегрувати особистісний досвід учасників із застосуванням психотерапевтичних технік, оптимізуючи функціонування особистості завдяки ресурсам групової динаміки. Група підтримки — це мала терапевтична спільнота з відносно гомогенним складом учасників, об'єднаних схожою проблематикою. Чисельність такої групи зазвичай є лімітованою [51].

Психологічний супровід у межах програми корекції наслідків дитячих травм у структурі особистості дорослих жінок мав свою специфіку, детерміновану предметом, метою та завданнями дослідження, а також професійною позицією психолога щодо індивідуальної траєкторії розвитку особистості. Методологічну основу роботи склали принципи особистісно-орієнтованого та когнітивно-поведінкового підходів. Особистісно-орієнтований стиль передбачав центрування на унікальному внутрішньому світі жінки, з акцентом на емпатійному розумінні її переживань. Когнітивно-

поведінкова складова забезпечувала структурування процесу змін через механізми соціального навчіння та реструктуризації когнітивних схем.

Попри різноманіття поглядів на сутність психологічного консультування, фахівці єдині в тому, що це професійна взаємодія, спрямована на вирішення актуальних проблем клієнта. Дискусійним залишається питання демаркації консультування та психотерапії. Одні дослідники розглядають консультування як роботу з більш поверхневими шарами психіки (наприклад, ситуативними труднощами), що має на меті розширення усвідомлення проблеми. Інші ж трактують його як форму психотерапії, ключовим завданням якої є допомога особистості у віднайденні автентичного Я та інтеграції травматичного досвіду [21].

У нашому дослідженні термін «психологічне консультування» (слідом за В. Бінас, Б. Мастеровим та ін.) інтерпретується як синонім психологічного супроводу особистості в процесі її посттравматичного зростання. Залежно від етапу роботи, цілями консультування виступали трансформація самосвідомості (формування самоприйняття, відновлення базової довіри до світу, розвиток відповідальності за власне життя) та поведінкові зміни (опанування конструктивних копінг-стратегій).

Психологічна корекція в межах розробленої програми була спрямована на відновлення цілісності Я-концепції жінок, розвиток емоційної компетентності та формування адаптивних моделей взаємодії із соціумом, що сприяло нівелюванню деструктивного впливу дитячих травм.

Програма психологічної корекції особистісних деструкцій, зумовлених дитячими травмами, структурно складалася з чотирьох блоків:

1. Інформаційно-діагностичний блок. Цей етап включав психоедукацію та вправи, спрямовані на знайомство, створення атмосфери безпеки та довіри в групі, а також первинний аналіз впливу травматичного досвіду на життя учасниць. Блок містив діагностичний компонент: моніторинг актуального стану, збір анамнезу та проведення необхідних тестових процедур. Психолог спільно з учасницями визначав вектори роботи,

розподіляв відповідальність та встановлював межі терапевтичного альянсу. Цілі та завдання конкретизувалися для кожної учасниці, проте генеральною метою було сприяння прийняттю власної життєвої історії, усвідомлення зв'язку між минулим досвідом та теперішніми труднощами. Жінкам надавалася можливість переосмислити свої стосунки з собою та світом, взяти авторство за власне життя та трансформувати деструктивні сценарії. Ми прагнули забезпечити необхідну підтримку, гнучко адаптуючи інтервенції відповідно до ресурсності учасниць, створюючи сприятливе середовище для особистісних змін.

2. Комунікативно-ресурсний блок. Цей модуль програми був орієнтований на розвиток навичок конструктивної комунікації, емпатії та рефлексії. Передбачалося опанування технік, що сприяють гармонізації міжособистісної взаємодії та підвищенню комунікативної компетентності. На основі діагностичних даних визначалися умови, необхідні для формування позитивного самоствавлення та довіри до оточення. Розроблялися індивідуальні та групові стратегії підтримки, адаптовані до потреб жінок з різними типами травм. Для учасниць із глибокими травмами (наприклад, «Зради» чи «Прийиження») створювалися спеціальні умови для безпечного відреагування емоцій.

3. Ціннісно-смиловий блок. Цей етап передбачав глибинний аналіз життєвих цінностей, цілей та смислів, а також роботу з підвищенням адаптаційного потенціалу особистості. Процес відновлення розглядався як тривала, поетапна трансформація. Аналіз динаміки змін включав оцінку прогресу як в межах окремих сесій, так і протягом усього курсу корекції. Для візуалізації процесу використовувалася метафора «подорожі героя» від травми до зцілення. Робота включала вирішення трьох завдань: діагностика «точки відліку» (усвідомлення сутності травми та її впливу); визначення «бажаного пункту призначення» (формування образу цілісного Я); вибір маршруту (планування кроків до змін). Це відповідало моделі: діагностика —

прийняття рішення — трансформація, що є базовою для багатьох інтегративних підходів [46].

4. Блок інтеграції та розвитку навичок саморегуляції. Основними методами роботи були терапевтичні бесіди, наративні практики, психодрама, рольове моделювання, аналіз життєвих сценаріїв та методи арт-терапії. Для забезпечення зворотного зв'язку використовувалися техніки «соціометрія в дії», «скульптура сім'ї», що дозволяли учасникам візуалізувати свої внутрішні стани та стосунки у просторі. Вибір інструментарію залежав від глибини опрацювання проблеми. На початкових етапах застосовувалися техніки стабілізації та ресурсування, що сприяло формуванню довіри. На глибших рівнях, що вимагали роботи з неусвідомленим матеріалом, використовувалися методи гештальт-терапії та психодрами. Загалом корекційна робота базувалася на інтеграції гуманістичного, екзистенціального та когнітивно-поведінкового підходів, мотивуючи жінок до переосмислення травматичного досвіду та побудови гармонійного життя. Представники системного підходу (М. Боуен, В. Сатір) розглядали особистість у контексті її сімейної системи, де непропрацьовані травми передаються трансгенераційно [51]. Завдяки обраним стратегіям відбувалася поступова гармонізація внутрішнього світу учасниць та зниження рівня психологічного дистресу.

У процесі корекції ми спиралися на реконструкцію суб'єктивного образу світу особистості. Цей образ розглядається дослідниками (Е. Кассіер, С. Кріпнер) як індивідуальний міф про себе та буття. Центральним елементом цього утворення є «Образ Я» — система уявлень про власну сутність. Іншими компонентами виступають образ Іншого та образ Світу, що на глибинному рівні проявляється у почутті онтологічної безпеки. Травма викривлює цей міф, тому стратегія корекції полягала в його реконструкції. Психолог допомагав жінкам усвідомити вплив травми на їхнє світосприйняття, сприяв самопізнанню та розвитку рефлексії. Це дозволяло

учасникам зрозуміти власні мотиви, почуття та конфлікти, освоїти нові, адаптивні моделі поведінки.

Варто зазначити, що у сучасній психотерапії спостерігається тенденція до інтеграції методів. Орієнтуючись на полімодальний підхід, ми синтезували різні техніки, адаптуючи їх до індивідуальних потреб кожної учасниці, не обмежуючись рамками однієї школи. Як зазначають Г.С. Кочарян і О.С. Кочарян, адаптація особистості іноді досягається ціною внутрішніх деформацій, тому важливо працювати саме з глибинними особистісними структурами [52].

Високу ефективність продемонструвала когнітивно-поведінкова модель корекції. Вона базується на теоріях соціального научіння (А. Бандура, Дж. Роттер) та когнітивних моделях емоційних розладів (А. Бек, А. Елліс). А. Бандура наголошував на важливості самоефективності — віри людини у здатність контролювати події свого життя. Когнітивно-поведінковий підхід розглядає психологічні проблеми як наслідок дисфункційних переконань та когнітивних викривлень, сформованих у травматичному досвіді. Терапія спрямована на ідентифікацію та корекцію цих помилкових суджень, що дозволяє змінити емоційні реакції та поведінку. Це змінює позицію жінки з «жертви обставин» на активного творця власного життя.

Модель когнітивно-поведінкової корекції наслідків травми включає взаємозв'язок між когнітивним (переконання), емоційним (почуття) та поведінковим (дії) компонентами. В її основу покладено проблемно-орієнтований підхід, що фокусується на аналізі причин проблеми та пошуку ефективних рішень. Це дозволяє працювати з конкретними проявами травми (наприклад, тривожністю чи уникненням) у режимі «тут і тепер». Переваги використання КПТ-технік у роботі з травмою полягають у їхній структурованості, емпіричній доказовості та спрямованості на зміну дисфункційних патернів. Учасниці брали активну участь у постановці цілей та виконанні домашніх завдань, що сприяло закріпленню нових навичок.

Завдяки модифікації деструктивних думок відбувалося зниження емоційної напруги та покращення якості життя.

Ефективність програми забезпечувалася дотриманням принципів системності, етапності та орієнтації на особистісний ресурс. Загальна логіка побудови занять передбачала поступове ускладнення завдань, що стимулювало особистісне розкриття та інтеграцію нового досвіду.

Нижче наведено комплекс вправ для психокорекції особистісних деструкцій, зумовлених дитячими травмами, розроблений на основі методик Т.В. Говорун, О.І. Донець, Ю.А. Завацького та адаптований нами відповідно до мети дослідження.

Вправа 1. «Ім'я як мелодія душі»

Мета: знайомство, створення атмосфери довіри, діагностика емоційного стану.

Зміст вправи: Вправа використовувалася на початку занять для налаштування групи на роботу. Ведучий пропонував учасницям уявити, якою музичною композицією могло б бути їхнє ім'я. Чи це був би сучасний хіт, класична симфонія, народна пісня чи, можливо, джазова імпровізація? Якою б вона була за настроєм — меланхолійною, енергійною, ніжною чи драматичною? Хто б її виконував і в яких життєвих обставинах вона б звучала найдоречніше? Задіяний механізм проєкції дозволяв оперативно отримати інформацію про актуальний психоемоційний стан кожної жінки, рівень її самоприйняття та внутрішньої гармонії, а також сприяв формуванню безпечного простору в групі.

Вправа 2. «Особистісна візитівка»

Мета: знайомство, актуалізація Я-концепції, підвищення самоцінності.

Зміст вправи: Ведучий пропонував учасницям назвати своє ім'я та дібрати один прикметник, який найповніше характеризує їхню унікальну особистість на даний момент. Необхідно було коротко пояснити, чому обрано саме цю якість і як вона допомагає в житті. Після виконання завдання по колу, ведучий пропонував представити себе через призму своєї

жіночності, обравши характеристику, яка розкриває їхню сутність як Жінки. Під час обговорення акцентувалася увага на тому, що жіночність — це не набір стереотипних рис, а індивідуальне переживання себе, яке може включати силу, мудрість, ніжність, стійкість та багатогранність. Це допомагало учасницям відійти від травматичного досвіду знецінення та побачити свою цінність.

Вправа 3. «Трансформація обмежуючих переконань»

Мета: розвиток рефлексії, ідентифікація та корекція ірраціональних установок, сформованих внаслідок травматичного досвіду.

Зміст вправи: Ведучий ініціював обговорення того, як дитячі травми формують хибні уявлення про себе та світ. Учасницям пропонувалося проаналізувати список з 12 поширених ірраціональних ідей (за А. Еллісом) та визначити, які з них резонують з їхнім життям:

1. Я повинна подобатися всім, щоб почуватися цінною.
2. Якщо я помилилася, я заслуговую на покарання.
3. Це катастрофа, коли все йде не за моїм сценарієм.
4. Мої емоції повністю залежать від дій інших людей.
5. Світ небезпечний, тому я маю постійно контролювати все навколо.
6. Легше уникати труднощів, ніж брати відповідальність за своє життя.
7. Мені потрібен хтось сильніший, щоб я могла на нього спертися.
8. Я маю бути ідеальною матір'ю, дружиною та професіоналом.
9. Моє минуле (дитячі травми) назавжди визначило моє майбутнє.
10. Я можу бути щасливою, тільки якщо зміняться мої близькі.
11. Краще плисти за течією і не висовуватися.
12. Я не можу керувати своїми почуттями, вони сильніші за мене.

Учасницям пропонувалося скласти власний список таких "токсичних" думок. Потім ведучий ставив трансформаційні запитання: «Як змінилося б ваше життя, якби ви відмовилися від цього переконання?» та «Які нові можливості

відкриваються, якщо діяти всупереч цьому страху?». Вправа спрямована на формування нових, адаптивних когнітивних схем.

Вправа 4. «Аукціон особистісних якостей»

Мета: корекція самооцінки, прийняття своїх "тіньових" сторін, інтеграція особистості.

Зміст вправи: Ведучий оголошував: «У кожної з нас є риси, які ми вважаємо своїми перевагами, і ті, яких ми соромимося або вважаємо недоліками. Часто ці "недоліки" є наслідком травматичного захисту. Сьогодні ви маєте можливість "продати" надмірний прояв певних якостей і "купити" ті ресурси, яких вам бракує». Учасниці презентували свої "лоти", пояснюючи, як ця якість (наприклад, гіперконтроль чи недовіра) допомагала їм виживати раніше, але заважає зараз. Важливо було наголосити, що ми не позбуваємося частини себе, а трансформуємо її інтенсивність. Процес "купівлі-продажу" дозволяв усвідомити цінність кожної риси та сформувані більш цілісне та приймаюче ставлення до себе.

Вправа 5. «Мої ресурси та суперсили»

Мета: актуалізація внутрішніх опор, підвищення віри у власні сили, фокусування на позитивному досвіді.

Зміст вправи: Жінкам пропонувалося скласти список своїх досягнень, умінь та сильних сторін характеру. Важливо було згадати ситуації, де вони проявили стійкість, мудрість чи доброту, незважаючи на травматичний досвід. Учасниці ділилися своїми "суперсилами" з групою, отримуючи підтримку та визнання. Це допомагало змістити фокус уваги з "я травмована" на "я сильна і здатна долати труднощі".

Вправа 6. «Конструювання бажаного майбутнього»

Мета: формування позитивної життєвої перспективи, вихід за межі травматичного сценарію.

Зміст вправи: Учасницям пропонувалося здійснити уявну подорож у майбутнє (через 5–10 років). Завдання полягало в тому, щоб детально візуалізувати своє життя: як вони виглядають, чим займаються, які люди їх

оточують, що вони відчувають. Особливий акцент робився на стані внутрішньої свободи та щастя. Після візуалізації проводилося обговорення. Якщо хтось уявляв негативний сценарій (що характерно для травмованих осіб), проводилася робота з корекції образу майбутнього, пошук ресурсів для зміни траєкторії руху.

Вправа 7. «Авторство власного життя»

Мета: повернення локусу контролю, перехід з позиції Жертви в позицію Автора.

Зміст вправи: Учасницям пропонувалося озвучити будь-яке твердження, що стосується їхніх почуттів чи дій, і завершити його фразою: «...і я беру на себе відповідальність за це». Наприклад: «Я злюся на своїх дітей, і я беру на себе відповідальність за це». Також практикувалася заміна слів-маркерів безпорадності: «я не можу» на «я не хочу» (або «я поки що не готова»), «але» на «і». Це допомагало усвідомити, що навіть у складних обставинах у них є вибір і влада над своїми реакціями.

Вправа 8. «Ціна стереотипів»

Мета: аналіз впливу соціальних та гендерних стереотипів на самореалізацію жінки.

Зміст вправи: Ведучий пропонував проаналізувати поширені стереотипи (наприклад, «Жінка повинна терпіти заради сім'ї», «Хороша мати жертвує всім заради дітей»), зосередившись на тому, яку ціну платить жінка за слідування цим установкам. Учасниці визначали, які з цих стереотипів були нав'язані їм у дитинстві травмованими батьками. Основним висновком вправи ставало усвідомлення того, що сліпе дотримання чужих правил обмежує їхній розвиток та щастя, і вони мають право створювати власні правила життя.

Вправа 9. «Нова Я»

Мета: інтеграція нового досвіду, формування цілісного образу відновленої особистості.

Зміст вправи: Жінкам пропонувалося, спираючись на отримані знання та інсайти, створити образ «Нової Я» — жінки, яка зцілила свої травми. Учасниці описували або малювали цей образ, зазначаючи, як вона поводить себе, як реагує на стрес, як будує стосунки. У групі обговорювалися сумніви та страхи, що можуть виникати на шляху до цього образу. Ведучий допомагав знайти конкретні кроки, які можна зробити вже сьогодні, щоб наблизитися до бажаного стану.

Вправа 10. «Внутрішній Чоловік та Внутрішня Жінка»

Мета: гармонізація внутрішнього простору, робота з проєкціями батьківських фігур.

Зміст вправи: Учасницям пропонувалося ознайомитися з юнгіанськими поняттями «Аніма» та «Анімус». Ведучий пропонував уявити свого Внутрішнього Чоловіка (який часто несе риси реального батька або травматичного досвіду з чоловіками) та Внутрішню Жінку. Завдання полягало в тому, щоб налагодити діалог між цими частинами, трансформувати ворожість чи байдужість у підтримку та співпрацю. Це дозволяло опрацювати внутрішні конфлікти та досягти більшої цілісності, не шукаючи підтвердження своєї цінності зовні.

Вправа 11. «Колесо життєвих ролей»

Мета: аналіз балансу життєвих сфер, розвиток саморефлексії.

Зміст вправи: Учасницям пропонувалося виписати всі соціальні ролі, які вони виконують (мама, дружина, донька, професіонал, подруга тощо), та оцінити ступінь задоволеності кожною з них. Важливо було визначити, які ролі є нав'язаними травматичним досвідом (наприклад, роль «Рятівниці» чи «Жертви»), а які є ресурсними. У парах жінки обговорювали, які зміни вони хотіли б внести у свій рольовий репертуар, щоб жити більш повним та гармонійним життям. Особлива увага приділялася почуттям, що виникали в процесі аналізу.

3.2 Аналіз ефективності впровадження корекційної програми психологічної корекції особистісних деструкцій

Контрольний етап експериментального дослідження було реалізовано через три місяці після завершення впровадження програми психологічної корекції «Відновлення особистісного ресурсу». До повторної діагностики були залучені респондентки експериментальної групи — матері учнів, у яких було ідентифіковано домінуючі типи травматичного досвіду «Зрада» та «Залишеність». Метою цього етапу стала перевірка стійкості отриманих результатів та оцінка відтермінованих ефектів корекційного впливу на структуру особистості жінок. Порівняльний аналіз даних констатувального та контрольного зрізів дозволив виявити наступну позитивну динаміку досліджуваних показників.

Результати аналізу впливу типів дитячих травм на рівень тривожності та уникнення близькості, що були досліджені за модифікованою методикою «Досвід близьких відносин» К. Бреннан і Р. К. Фрейлі після психокорекції, представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Результати аналізу впливу типів дитячих травм на рівень тривожності та уникнення близькості після психокорекції

Тип дитячої травми	Ступінь тривожності (%)		Ступінь уникнення близькості (%)	
	До корекції	Після корекції	До корекції	Після корекції
«Зрада»	26%	18%	22,7%	17,4%
«Залишеність»	41%	28%	25,7%	19,3%

Аналіз емпіричних даних, отриманих після реалізації корекційної програми, демонструє позитивну динаміку зниження рівнів тривожності та уникнення близькості в обох експериментальних групах. Зокрема, у респонденток із травмою типу «Зрада» показник тривожності знизився з 26%

до 18%, а індекс уникнення близькості — з 22,7% до 17,4%. Зазначені статистичні зміни інтерпретуються як індикатор зростання впевненості у надійності партнера та підвищення готовності до встановлення глибокого психологічного контакту.

У вибірці жінок із травмою «Залишеність» трансформаційні процеси виявилися ще більш вираженими: рівень тривожності зменшився з 41% до 28%, а показник уникнення близькості — з 25,7% до 19,3%. Отримані результати підтверджують суттєву мінімізацію страху відторгнення (покинутості) та свідчать про відновлення здатності до побудови конструктивних довірливих взаємин.

З метою діагностики динаміки ціннісних пріоритетів та ієрархії сфер життєдіяльності після психокорекційного втручання здійснено повторне тестування за методикою «Рольові очікування та домагання у парі». Узагальнені результати цього етапу дослідження відображено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Значущість сфер життєдіяльності у жінок з різним типом дитячих травм після психокорекції (%)

Сімейні цінності	«Зрада» (%)		«Залишеність» (%)	
	До корекції	Після корекції	До корекції	Після корекції
Інтимно-сексуальна	17,6	35,3	46,1	69,2
Особистісна ідентифікація	41,2	58,8	38,4	61,5
Господарсько-побутова	17,6	29,4	7,7	23,1
Батьківсько-виховна	35,3	52,9	30,8	53,8
Соціальна активність	58,8	70,6	38,4	53,8
Емоційно-психотерапевтична	58,8	76,5	69,2	84,6
Зовнішня привабливість	58,8	70,6	53,8	69,2

Отримані емпіричні дані демонструють зростання суб'єктивної значущості всіх сфер життєдіяльності в обох досліджуваних групах після завершення психокорекційної роботи. Найбільш виражена позитивна динаміка простежується в інтимно-сексуальній сфері: показники зросли з 17,6% до 35,3% у респонденток із травмою «Зрада» та з 46,1% до 69,2% у жінок із травмою «Залишеність». Зазначені зміни інтерпретуються як наслідок успішного опрацювання глибинних страхів та психологічних бар'єрів, детермінованих ранньою травматизацією.

Паралельно фіксується істотне підвищення показників за шкалами особистісної ідентифікації, батьківсько-виховної функції та господарсько-побутової сфери. Це свідчить про гармонізацію ціннісно-рольової архітекτονіки сім'ї та поглиблення ідентифікації з шлюбним партнером.

Емоційно-психотерапевтична сфера утримує статус домінантної в ієрархії цінностей обох груп, досягнувши рівня 76,5% у вибірці з травмою «Зрада» та 84,6% у вибірці з травмою «Залишеність». Цей факт підтверджує пріоритетну роль психологічної підтримки та емоційної інтимності у структурі подружньої взаємодії досліджуваних жінок.

З метою відстеження динаміки патернів міжособистісної взаємодії після реалізації програми психокорекції здійснено повторне тестування за методикою Т. Лірі. Результати діагностики систематизовано в таблицях 3.3 та 3.4.

Таблиця 3.3

Дослідження типів міжособистісної взаємодії у жінок з дитячими травмами після психокорекції (самооцінка) (%)

Тип міжособистісної взаємодії	«Зрада» (%)		«Залишеність» (%)	
	До корекції	Після корекції	До корекції	Після корекції
Авторитарний	41,2	23,5	15,4	7,7
Егоїстичний	5,9	0,0	7,7	0,0

Агресивний	17,6	5,9	15,4	7,7
Підозрілий	5,9	0,0	7,7	0,0
Підлеглий	0,0	5,9	7,7	15,4
Залежний	0,0	5,9	0,0	7,7
Доброзичливий	23,5	41,2	38,5	53,8
Альтруїстичний	11,8	17,6	15,4	23,1

Таблиця 3.4

Дослідження типів міжособистісної взаємодії у жінок з дитячими травмами після психокорекції (оцінка партнера) (%)

Тип міжособистісної взаємодії	«Зрада»		«Залишеність»	
	<i>До корекції</i>	<i>Після корекції</i>	<i>До корекції</i>	<i>Після корекції</i>
Авторитарний	70,6	41,2	38,5	23,1
Егоїстичний	5,9	0,0	7,7	0,0
Агресивний	5,9	0,0	7,7	0,0
Підозрілий	5,9	0,0	7,7	0,0
Підлеглий	0,0	5,9	7,7	15,4
Залежний	0,0	5,9	7,7	15,4
Доброзичливий	5,9	23,5	7,7	23,1
Альтруїстичний	5,9	23,5	15,4	30,8

Аналіз емпіричних даних, отриманих на контрольному етапі експерименту, засвідчує суттєву трансформацію патернів міжособистісної взаємодії. В обох досліджуваних групах фіксується статистично значуща деактуалізація авторитарного типу ставлення як у структурі самооцінки (зниження показників з 41,2% до 23,5% у групі «Зрада» та з 15,4% до 7,7% у групі «Залишеність»), так і в оцінках партнерів (з 70,6% до 41,2% та з 38,5% до 23,1% відповідно).

Паралельно спостерігається позитивна динаміка за шкалами просоціальної поведінки. Зокрема, у самооцінці респонденток зросли індекси

доброзичливості (з 23,5% до 41,2% та з 38,5% до 53,8%) та альтруїзму (з 11,8% до 17,6% та з 15,4% до 23,1%). У сприйнятті партнерів ці тенденції виявлено ще рельєфніше: показники доброзичливості підвищилися з 5,9% до 23,5% у групі «Зрада» та з 7,7% до 23,1% у групі «Залишеність», а рівень альтруїзму зріс із 5,9% до 23,5% та з 15,4% до 30,8% відповідно.

Якісною характеристикою післякорекційного профілю є поява маркерів підлеглості та залежності, які на констатувальному етапі були нівельовані. Цей факт інтерпретується як розширення репертуару рольової поведінки, що включає здатність до адаптивної гнучкості та конструктивних компромісних рішень у межах діади.

Узагальнюючи динаміку змін, можна констатувати векторний зсув від домінантно-агресивних і підозріло-егоїстичних стратегій до афіліативних (доброзичливо-альтруїстичних) та адаптивно-залежних моделей. Зазначена трансформація свідчить про гармонізацію системи міжособистісної взаємодії та формування передумов для побудови здорових партнерських стосунків.

З метою верифікації динаміки показників міжособової залежності після реалізації програми психокорекції повторно застосовано методику «Тест профілю відносин». Отримані результати систематизовано в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Особливості міжособової залежності у жінок з дитячими травмами після психокорекції (%)

Міжособистісні феномени	Рівні вираженості	«Зрада» (До корекції)	«Зрада» (Після корекції)	«Залишеність» (До корекції)	«Залишеність» (Після корекції)
Деструктивна надзалежність	Низький	29,4	52,9	23,1	46,2
	Середній	70,6	47,1	46,1	53,8
	Високий	0,0	0,0	30,8	0,0
Дисфункціональне відділення	Низький	5,9	23,5	30,8	53,8
	Середній	76,5	70,6	61,5	46,2
	Високий	17,6	5,9	7,7	0,0
Здорова залежність	Низький	11,8	0,0	23,1	7,7
	Середній	64,7	58,8	61,5	61,5
	Високий	23,5	41,2	15,4	30,8

Аналіз даних, наведених у таблиці 3.5, демонструє якісну трансформацію сфери міжособистісної залежності після реалізації психокорекційної програми. Найбільш виражена позитивна динаміка зафіксована за шкалою деструктивної надзалежності: частка респонденток із низьким рівнем зросла з 29,4% до 52,9% у групі «Зрада» та з 23,1% до 46,2% у групі «Залишеність». Прикметно, що високий рівень цього показника, який на констатувальному етапі був властивий 30,8% жінок із травмою «Залишеність», після корекції повністю нівельовано.

Паралельно відзначено суттєву редукцію проявів дисфункціонального відділення: представництво низького рівня збільшилося з 5,9% до 23,5% та з 30,8% до 53,8%, тоді як високий рівень знизився з 17,6% до 5,9% та з 7,7% до 0% відповідно.

Водночас спостерігається інтенсифікація показників здорової залежності, передусім її високого рівня — з 23,5% до 41,2% у вибірці

«Зрада» та з 15,4% до 30,8% у вибірці «Залишеність». Це свідчить про розширення адаптаційного потенціалу жінок, відновлення здатності до побудови повноцінних емоційних зв'язків та гнучкої взаємодії з партнером.

Узагальнюючи отримані результати, можна констатувати тенденцію до зближення профілів міжособистісної взаємодії у жінок із травмами «Зрада» та «Залишеність» за більшістю параметрів. Разом з тим, збереження певних відмінностей у перцепції та поведінкових патернах вказує на стійкість глибинних особистісних конструктів, детермінованих специфікою травматичного досвіду.

Інтеграція результатів контрольного етапу дослідження підтверджує статистично значущі позитивні зрушення за всіма ключовими індикаторами міжособистісної взаємодії. Домінантою корекційного впливу стало зниження рівня тривожності, уникнення близькості, авторитарності та деструктивної надзалежності на тлі зростання суб'єктивної ваги інтимно-сексуальної сфери, особистісної ідентифікації, емоційно-психотерапевтичної підтримки, а також показників доброзичливості та здорової залежності.

Таким чином, результати повторної діагностики верифікують ефективність розробленої психокорекційної програми, спрямованої на оптимізацію міжособистісних взаємин у жінок із дитячими травмами. Статистично підтвержені зміни свідчать про якісне покращення партнерської комунікації, гармонізацію емоційних зв'язків, зростання рівня взаємної довіри та формування адаптивних стратегій взаємодії.

Опрацювання глибинних інтрапсихічних конфліктів, пов'язаних із ранньою травматизацією, уможливило подолання деструктивних патернів поведінки, редукцію надмірної тривожності та залежності, а також інтеграцію ефективних комунікативних стратегій. Ключовим досягненням психокорекції визначено відновлення здатності до побудови зрілих емоційних стосунків, що ґрунтуються на взаємній повазі, прийнятті та принципах здорової взаємозалежності.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі магістерської роботи представлено теоретико-методологічне обґрунтування, змістове наповнення та аналіз ефективності апробації програми психологічної корекції деформацій особистісного розвитку жінок, зумовлених травматичним досвідом дитинства.

Розроблена психокорекційна програма «Відновлення особистісного ресурсу» базувалася на полімодальному підході, інтегруючи принципи гуманістичної, екзистенціальної та когнітивно-поведінкової психології. Стратегія втручання передбачала поєднання різноманітних форм роботи (групова динаміка, індивідуальне консультування, елементи травмотерапії та арт-терапії). Ключовими принципами побудови програми виступили системність, етапність, диференційований підхід до різних типів травм та орієнтація на активацію внутрішніх ресурсів особистості. Реалізація програми спиралася на принципи безпеки, конфіденційності, діалогічності та спрямованості на усвідомлені особистісні зміни.

Структурно програма складалася з чотирьох логічно пов'язаних блоків:

1. інформаційно-діагностичний (психоедукація щодо впливу травми, створення атмосфери довіри та безпеки);
 2. комунікативно-ресурсний (розвиток емоційного інтелекту, емпатії та навичок самопідтримки);
 3. ціннісно-смысловий (реконструкція деструктивних когнітивних схем, робота з «Я-концепцією» та відновленням самоцінності);
 4. інтеграційний (формування навичок саморегуляції, асертивної поведінки та закріплення нових патернів реагування).
- Методичний інструментарій включав групові дискусії, психодраматичні етюди, нарративні практики, техніки когнітивної реструктуризації та релаксаційні вправи.

Результати контрольного діагностичного зрізу засвідчили статистично значущі позитивні зрушення за всіма досліджуваними параметрами у жінок

експериментальної групи. Зокрема, зафіксовано суттєве зниження рівня особистісної та ситуативної тривожності, зменшення проявів деструктивної залежності та авторитарності, а також нівелювання страху перед емоційною близькістю. Натомість спостерігається зростання показників самоприйняття, емоційної стійкості, автономії та здатності до побудови гармонійних стосунків.

Психокорекційний вплив дозволив учасницям пропрацювати болісний досвід минулого, трансформувати дисфункційні життєві сценарії та сформувати адаптивні копінг-стратегії. Якісний аналіз результатів вказує на гармонізацію внутрішнього світу жінок, підвищення рівня їхньої психологічної безпеки та відновлення довіри до себе і світу.

Водночас варто зазначити, що попри виражену позитивну динаміку, певні глибинні особистісні патерни (особливо у жінок з травмами «Зради» та «Залишеності») виявилися більш стійкими до змін. Це підтверджує складність феномену дитячої травми та вказує на необхідність пролонгованого психологічного супроводу для остаточної інтеграції травматичного досвіду.

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що результати формувального експерименту підтвердили висунуту гіпотезу та довели високу ефективність розробленої програми психологічної корекції для відновлення особистісного потенціалу та покращення якості життя жінок, які мають в анамнезі дитячі психологічні травми.

ВИСНОВКИ

У магістерському дослідженні здійснено комплексний аналіз впливу дитячих психологічних травм на генезу та структурну організацію особистості жінок зрілого віку.

Перший розділ присвячено теоретико-методологічній експлікації проблеми впливу ранньої травматизації на особистісне становлення дорослої людини. Визначено сутність дитячої психотравми як інтенсивного емоційного переживання, спричиненого дією деструктивних стресорів, що негативно трансформує «Я-концепцію». Систематизовано основні види та детермінанти травматизації в онтогенезі, зокрема: жорстоке поводження, емоційну депривацію, фізичне та сексуальне насильство, втрату значущих об'єктів прихильності, адиктивну поведінку батьків. Обґрунтовано, що залежно від етіології, глибини, хронології та тривалості впливу, дитячі травми зумовлюють широкий спектр віддалених деструктивних наслідків на поведінковому та особистісному рівнях.

У роботі концептуалізовано провідні теоретичні підходи до розуміння механізмів формування посттравматичних деформацій характеру. Психоаналітична парадигма (З. Фрейд, Д. Віннікот, М. Кляйн) інтерпретує травму як фіксацію на певній стадії психосексуального розвитку, що призводить до інфантилізації структури особистості та ригідності захисних механізмів. Теорія прив'язаності (Дж. Боулбі, М. Ейнсворт) розглядає особистісні дисфункції (тривожність, низьку самооцінку) як наслідок порушення ранніх емоційних зв'язків із батьками. Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек, А. Елліс) акцентує увагу на формуванні неадаптивних когнітивних схем та ірраціональних переконань, що блокують самореалізацію в дорослому віці.

Детально проаналізовано концепцію Л. Бурбо щодо п'яти базових травм (покинутості, зради, приниження, несправедливості, відторгнення), які виникають внаслідок фрустрації вітальних потреб дитини та інспірують формування характерних «травматичних масок». Серед найбільш поширених

наслідків виокремлено емоційну лабільність, невпевненість, патологічну залежність або ригідність, а також глибокі інтрапсихічні конфлікти. Теоретичний синтез дозволив підтвердити гіпотезу про деструктивний вплив дитячих психотравм на цілісність особистості жінки та визначити психологічні механізми цього процесу.

У другому розділі викладено результати емпіричної верифікації впливу дитячих травм на особистісні характеристики. До вибіркової сукупності увійшли 60 жінок віком 25–44 років (матері учнів Школи I-III ступенів №259 м. Києва). Застосування методики Л. Бурбо дозволило виявити диференційовану структуру травматизації з домінуванням травм «Зрада» (28,3%) та «Залишеність» (21,7%), що зумовило вибір цих груп для порівняльного аналізу.

Діагностика за методикою «Досвід близьких відносин» засвідчила, що майже чверть респонденток демонструє високі показники тривожності та уникнення. Це вказує на порушення емоційної регуляції та викривлення самосприйняття, детерміновані травмами покинутості та зради. Водночас у групі «Залишеність» зазначені показники є статистично вищими, що свідчить про глибший рівень особистісної дезадаптації.

Аналіз ціннісно-рольової сфери (методика «Рольові очікування та домагання») виявив спільну для обох груп тенденцію до домінування потреби в емоційній підтримці, що сигналізує про дефіцит ресурсів саморегуляції. Натомість інтимно-сексуальна сфера визначена як найменш значуща, що може інтерпретуватися як наслідок психологічних блоків та неприйняття тілесності, сформованих травматичним досвідом.

Дослідження міжособистісної взаємодії (методика Т. Лірі) продемонструвало специфічні відмінності у характерологічних профілях груп. Жінкам із травмою «Зрада» притаманна статистично значуща авторитарність, прагнення до домінування та гіперконтролю як захисних механізмів «Я». Натомість для жінок із травмою «Залишеність» характерними є конформність, орієнтація на соціальне схвалення та

схильність до підпорядкування. Зазначені патерни розглядаються як закріплені стратегії виживання: через агресивну експансію або через відмову від автономії.

Окремої уваги заслуговує феномен деструктивної надзалежності, виявлений у третини жінок із травмою «Залишеність». Цей стан характеризується слабкістю Его, страхом самотності та нездатністю до опори на себе, що є наслідком порушення процесу сепарації-індивідуації та фіксації на незадоволених потребах раннього дитинства.

Використання модифікованої репертуарної решітки Келлі виявило амбівалентність емоційного ставлення до себе та родини на тлі загального позитивного фону. Зафіксовано високий рівень неусвідомлюваного страху та тривоги, що інтерпретується як проекція травматичного досвіду на майбутнє та індикатор наявності невирішених внутрішніх конфліктів.

Узагальнення емпіричних даних підтвердило специфічність впливу різних типів травм: «Зрада» корелює з формуванням домінантності, ригідності та недовіри, тоді як «Залишеність» детермінує тривожність, невпевненість та залежність. Спільними наслідками є дисморфія самооцінки та зниження здатності до емоційної саморегуляції, що узгоджується з теоретичними моделями онтогенезу особистості.

Розроблена програма психологічної корекції, що базується на інтеграції гуманістичного, когнітивно-поведінкового та екзистенційного підходів (мотиваційний, ресурсний, ціннісний, регулятивний блоки), продемонструвала високу ефективність. Поєднання групової та індивідуальної роботи забезпечило комплексний вплив на особистісні структури учасниць.

За результатами контрольного етапу в експериментальній групі зафіксовано статистично значущу позитивну динаміку: зниження рівнів тривожності, авторитарності та деструктивної залежності корелює зі зростанням самоприйняття, емоційної стійкості, автономності та компетентності у міжособистісній взаємодії.

Психокорекційні заходи сприяли опрацюванню деструктивних наслідків травматизації, відновленню особистісного ресурсу та зміцненню «Я-концепції». Це забезпечило гармонізацію внутрішнього світу респонденток та підвищення рівня їхньої психологічної безпеки.

Слід зазначити, що попри позитивну динаміку, певні структурні відмінності особистості у жінок з різними типами травм зберігаються, що вказує на глибинний характер змін та необхідність пролонгованої психотерапевтичної роботи.

Таким чином, результати магістерського дослідження теоретично обґрунтовують та емпірично підтверджують закономірності впливу дитячих травм на особистість дорослої жінки, а також демонструють ефективні шляхи відновлення психологічного благополуччя, що має важливе значення для практики психологічної допомоги в системі освіти.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бех І. Д. Психолого-педагогічні основи попередження агресивної поведінки у дітей та підлітків. Київ: Либідь, 2006. 347 с.
2. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми [Текст] : монографія / О. А. Блінов. - Київ : Талком, 2016. - 246 с.
3. Борисюк Н. П. Психологічна допомога дітям з травматичним досвідом. *Практична психологія*. Київ: Ніка-Центр, 2018. 192 с.
4. Бреусенко-Кузнєцов О.А., Вознесенська О.Л., Найдьонова Л.А., Скнар О.М., Чуприков А.П. Простір арттерапії: ресурси зцілення: матеріали XI міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 3-4 квітн. 2014 р. Київ, Золоті ворота, 2014. С. 198.
5. Бриндіков ЮЛ. Арттерапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій. Науковий вісник ужгородського університету. Сер. Педагогіка. Соціальна робота. 2017. № 2. С. 42-45.
6. Бурбо Ліз. П'ять травм і масок, які заважають бути собою. Харків: КСД, 2021. 256 с.
7. Вовканич М. Д. Технології соціально-психологічної роботи з клієнтами, які схильні до суїциду [Текст] : навч.-метод. посібник / М. Д.Вовканич - Ужгород : УНУ, 2012. – 122 с.
8. Вознесенська О. Л. Можливості арт-терапії в подоланні психічної травми. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій*. Київ: Міленіум. 2015. С. 98-111
9. Вплив дитячої травми на психічне здоров'я. У Психолога. URL: <https://upsihologa.com.ua/vpliv-dityachoyi-travmi-na-psihichne-zdorov-35medvedv.html>
10. Вплив сімейного виховання на формування особистості дитини. <https://vseosvita.ua/library/vpliv-simejnogo-vihovanna-na-formuvanna-osobistosti-ditini-2210.html>

11. Гаврилець І. Г. Психофізіологія людини в екстремальних ситуаціях: навчальний посібник. Київ: ЗАТ «Віпол», 2006. 188 с.
12. Гаврилова А. Ю. Вплив травматичних подій на розвиток дитини. Харків: Основа, 2020. 176 с.
13. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору [Текст] / д-р Джудіт Герман ; з англ. пер. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. - Львів : Старий Лев, 2015. - 413с.
14. Горбунова В.В. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Львів: Інститут психічного здоров'я. УКУ, 2016. 25 с.
15. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання [Електронний ресурс] / Н. Є. Гоцуляк // Збір. наук. праць Національної академії Державної прикордонної служби України. - 2015. - № 1. - С. 378-390. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnarv_ppn_2015_1_31 - (Серія: Педагогічні та психологічні науки).
16. Гошовський Я., Гошовська Д. Т. Перевентивно-корекційна допомога депривованим дітям із симптомами психоемоційного вигорання. Психологічні перспективи. 2019. № 34. С. 24–35.
17. Гуменюк О. Особливості ситуативного та вікового розвитку Я-концепції. *Педагогічна та вікова психологія*. 2005. №1. с. 46-62. http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/7213/1/ox_1_2005.pdf
18. Гундертайло Ю. Д. Використання арт-терапевтичних методів для накопичення ресурсів особами, що пережили травматичні події. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій*. Київ: Міленіум. 2015. С. 57-67
19. Дитяча психологічна травма (у дітей та дорослих). *Alexus*, 2021. URL: <https://alexus.com.ua/dityacha-psixologichna-travma-u-ditej-i-doroslix/>
20. Дитяча психосоматика та її причини. Фонд Рената Ахметова. URL: <https://akhmetovfoundation.org/news/dytyacha-psyhosomatyka-ta-ii->

[prychyny](#)

21. Дубчак О. В. Методи арттерапії в роботі з дітьми, які зазнали психотравмуючого досвіду. Львів: Палітра, 2019. 164 с.
22. Єрмак Г. Виховання моральних якостей дітей засобом традиційних сімейних цінностей / Г. Єрмак, І. Колесникова. *Психолого-педагогічні проблеми сучасної школи*. 2020. Вип. 1(1). С. 59-65. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppps_2020_1\(1\)_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppps_2020_1(1)_9)
23. Ільченко Т. І. Особливості психокорекції травматичних спогадів у дітей. Київ: Наукова думка, 2021. 198 с.
24. Кириленко Т. С. Психологія травмуючих ситуацій [Текст] : навч. посіб. для студентів ВНЗ / Т. С. Кириленко. - К.: Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка, 2014. - 135 с.
25. Кириленко Т.С. Пошук гармонії. Емоційні переживання та стани особистості. Київ: КНУ. 2004. 100с.
26. Кириленко Т.С. Психологічні проблеми переживань травмуючих ситуацій. Матеріали конференції «Психологія життєвої кризи особистості». *Журнал «Наукові студії із соціальної та політичної психології»*. Вип.4(7). Київ, 2000.
27. Клименко Л. П. Агресивність як характеристика соціально-психологічної адаптації особистості. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки, 2016.
28. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання: монографія; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
29. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К.: 7БЦ, 2023. 175 с.
30. Криволапчук Т. М. Емоційні травми у дітей дошкільного віку: діагностика та корекція. Харків: Ранок, 2020. 176 с.

31. Кузьміна Н. М. Агресивна поведінка підлітків як соціально-психологічна проблема. Київ: Наукова думка, 2017.
32. Лебідь Т. І. Емоційна регуляція агресивності у студентському середовищі. *Психологія особистості*, 2018.
33. Луценко О. І. Психологічний супровід дітей, що пережили психотравмуючі події. Київ: Інститут психології НАПН України, 2017. 204 с.
34. Максименко С. Д. Психологія агресивності. Київ: Центр навчальної літератури, 2012. 347 с.
35. Малихіна Т. О. Травма дитинства: наслідки і методи роботи в сучасній психології. Львів: Світ, 2019. 168 с.
36. Мартинюк І. А. Психологічна травма та посттравма: сутність і способи подолання [Електронний ресурс] / І. А. Мартинюк // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. - 2015. - Вип. 230. - С. 276-282. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnau_ped_2015_230_44 - (Серія: Педагогіка, психологія, філософія)
37. Матвійчук Т. Теорії особистості в зарубіжній та українській психології. Київ : Магнолія. 2023. 500 с.
38. Мироненко О.С. Психологічні чинники «Я-концепції» особистості. С. 124-133. URL: <http://appsychology.org.ua/data/jrn/v9/i11/14.pdf>
39. Михальчук Ю. О. Психологія конфліктності між структурами "Я-концепції": теоретико-практичний аспект вивчення. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Психологічні науки. 2019. Вип. 4. С. 117-123. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhpr_2019_4_17
40. Москаленко В. В. Соціальна психологія агресії. Київ: Либідь, 2009. 367 с.
41. Музиченко І. В. Психологічна травма: аналіз проблеми та шляхи подолання / І. В. Музиченко // Роль психологічної служби системи вищої освіти України у час суспільних трансформацій : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. (Львів, 19- 20 травня 2017 р.) – Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2017. –

C.119-123.

42. Ніконенко О. А. Соціально-психологічна адаптація дітей із травматичним досвідом. Київ: Грамота, 2018. 172 с.
43. Оверченко А. І. Психологія травмуючих ситуацій [Текст] : навч. посібн. / А. І. Оверченко ; Нац. акад. внутр. справ – К. : НАВС, 2013. – 179 с.
44. Олійник О. В. Психологічні чинники агресивної поведінки у дітей шкільного віку. *Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України*, 2015.
45. Орленко І., Бальбуза О. Психологічні аспекти впливу арттерапії на позитивні зміни самоствавлення у жінок. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2022. № 17 (62). С. 72-83.
46. Панок В. Г. Психологія життєвого шляху особистості : [моногр.] / В. Г. Панок, Г. В. Рудь– К. : Ніка-Центр, 2006. – 280 с.
47. Подофей С. О. Емоційний інтелект особистості й особливості його становлення. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*. 2019. № 1. С. 260-265. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-1-43>
48. Поліщук В. М. Психологія сім'ї : підручник. Суми : Університетська книга, 2021. 247 с.
49. Прийменко В. Психолого-педагогічна допомога дитині в переживанні гострої психологічної травми / В. Прийменко // Психолог. - 2007. - № 38.- С. 4-8
50. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій [Текст] : навч. посіб. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. - К. : Міленіум, 2011. – 271с.
51. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій [Текст] : метод. посіб. / [З. Г. Кісарчук та ін.] ; за заг. ред. З. Г. Кісарчук ; Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. - Київ : Логос, 2015. - 206 с.
52. Психологія особистості : навч. посіб. / уклад.: Л. А. Весельська та

ін. ; за заг. ред. д-ра філос. наук, проф., чл.-кор. НАПН України Є. М. Суліми ; Ун-т держ. фіск. служби України. Ірпінь : УДФСУ, 2021. 337 с.

53. Пустовіт Г. В. Корекція агресивної поведінки у дітей дошкільного віку. Київ: Педагогічна думка, 2018.

54. Пушкар В.А. «Я»-образи у структурі «Я»-концепції особистості – співвідношення понять у психології. С. 133-140.
<http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/123456789/2302/1/%>

55. Резнікова О.А. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно - методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія». Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2016. 135 с.

56. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії // *НейроNEWS: психоневрологія і нейропсихіатрія*. - 2012. - № 1 (36).

57. Роменець В. А. Агресія як прояв людської природи. Київ: Наукова думка, 2008.

58. Россоха О.І. Вплив сімейного виховання на формування особистості дошкільника. URL:<http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/15539/1/37.pdf>

59. Савченко І. Л. Психологічні основи роботи з дітьми, які зазнали насильства. Дніпро: Видавничий дім ДДУ, 2021. 188 с.

60. Семененко М. В. Роль сім'ї у подоланні дитячих психотравм. Одеса: Видавництво ОНУ, 2016. 200 с.

61. Сердюк Л. З. Особистісний модус самореалізації майбутніх фахівців. *Вісник післядипломної освіти*, 2014 - №10. С. 239-248

62. Сидоренко С. А. Агресивність у контексті взаємодії у підліткових групах. Київ: Вид-во КНУ імені Тараса Шевченка, 2014.

63. Сидоркіна М. Ю. Методологічні засади арт-терапії в роботі з переживанням важкої втрати. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій*. Київ: Міленіум. 2015. С. 111-121.

64. Сімейне виховання – запорука психічного здоров'я дитини. URL: <https://satanivska-gromada.gov.ua/simejne-vihovannya-zaporuka-psihichnogo-zdorovya-ditini-16-23-21-10-11-2016/>
65. Скиба С.А. «Я-образ» у складі «Я-концепції» /С.А. Скиба, М.В. Дмитришин. *Збірник тез доповідей науково-практичної конференції «Ключові результати сучасної науки».*
66. Ставицька С.О. Самооцінка реалізації життєвих цілей особистості у процесі розвитку самосвідомості. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова.* Серія 12 : Психологічні науки. 2012. Вип. 37. С. 14-20. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2012_37_6
67. Столяренко О. Б. Психологія особистості : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
68. Татенко В. А. Психологія у суб'єктному вимірі : монографія. Київ : Видавничий центр «Просвіта», 1996. 404 с.
69. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості. Київ: Либідь. 2003. 376 с.
70. Тімченко О.В. Кризова психологія.: навчальний посібник. Харків: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2010. 383 с.
71. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с. Бібліогр.: с. 149–159.
72. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст] : навч. посіб. / Р. П. Федоренко. – Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. – 260 с.
73. Федоришина И.Л. Влияние образа «Я» на особенности профессионального самоопределения старшеклассников: Дис...канд. психол. наук. Киев, 1990. 185 с. 173
74. Федосєєва І. В. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків / І. В.Федосєєва // Молодий вчений. – 2016. – № 9.1 (36.1). – С. 161-165.
75. Халепа К.Ф. Особливості психологічної допомоги дітям, які

зазнали психологічної травми. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія: Психологічні науки. 2013. Вип. 114. С. 195-198.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2013_114_41

76. Чепелева Н. В. Соціально-психологічні аспекти переживання втрат у дитинстві. Харків: Видавництво ХНУ імені Каразіна, 2018. 200 с.

77. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.

78. Швалб Ю. М., Мироненко, І. А. Психологія агресії: підходи, проблеми, рішення. Київ: Інститут психології ім. Г.С. Костюка, 2019.

79. Шевченко А. С. Посттравматичний синдром у дітей: підходи до діагностики та терапії. Київ: Фенікс, 2018. 210 с.

80. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : метод. рек. / Музиченко І.В., Ткачук І.І. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.

81. Юрченко В. Г. Травма дитинства і формування особистості: соціально-психологічний аспект. Вінниця: ТД «Едельвейс», 2017. 178 с.

82. Яремчук О. А. Дитяча травма: підходи до розуміння та психологічна допомога. Київ: Академвидав, 2019. 192 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник «П'ять травм - самодіагностика» (на основі теорії Ліз Бурбо)

Опитувальник складається з 40 питань, на які потрібно дати відповідь в залежності від ступеню згоди з ними: “згоден”, “не згоден”.

1. Я не надто прив'язуюсь до речей.
2. Секс не належить до моїх пріоритетів.
3. Я часто відчуваю себе нікчемністю.
4. Я уникаю конфліктів.
5. Я ненавиджу привертати до себе увагу.
6. У мене мало друзів.
7. Зазвичай я мало говорю.
8. Я часто витаю в хмарах.
9. Я часто питаю думку оточуючих, перш ніж ухвалити рішення.
10. Я іноді драматизую ситуацію, щоби привернути до себе увагу.
11. У мене бувають різкі перепади настрою: підйом змінюється занепадом, і навпаки.
12. Відмови мене ранять.
13. Я уникаю холодних людей.
14. Я часто плачу, коли думаю про свої проблеми чи випробування.
15. Мені подобається кокетувати - приємно, коли мене помічають.
16. Я легко прив'язуюсь і на силу розлучаюся.
17. Я завжди беру на себе багато.
18. Я часто дозволяю себе використовувати чи дурити.
19. Мені здається, що моїх заслуг не визнають.
20. Мені важко заявляти про свої потреби.
21. Я часто відчуваю сором.
22. Я роблю все, щоб бути корисним.
23. Я вмію змусити інших сміятися з мене.
24. Мене зачіпає, коли критикують мій зовнішній вигляд, але цього не показую.
25. Якщо мої очікування виявилися обдуреними, я завжди відзначаю це для себе.
26. Мені важливо показати те, що я можу і вмію.
27. Я не виношу брехні та боягузтво.
28. Я намагаюся прораховувати події, щоби зберігати контроль над ситуацією.
29. Я вгадую, на що чекають оточуючі, щоб було легше на них впливати.
30. У мене тверді переконання і мені подобається переконувати інших.
31. Я швидко все схоплюю і починаю діяти, щоб мої здібності були

помічені.

32. Я швидше звинуватиму інших, ніж дозволю викрити себе.

33. Що б не трапилось, я ніколи не скаржусь.

34. У мене є схильність до перфекціонізму та ідеалізму.

35. Я не виношу, коли хтось у мені сумнівається.

36. Мене часто вважають за холодну людину, незважаючи на мою вразливість.

37. Поняття добра та зла для мене мають дуже велике значення.

38. Я намагаюся не демонструвати свої емоції.

39. Я часто боюся помилитись.

40. Я пишаюся своєю дисциплінованістю, але задля цього мені доводиться жорстко контролювати себе.

Модифікована методика «Досвід близьких відносин» К. Бреннан і Р. К. Фрейлі

Випробовуваному треба відповісти на кожне з 28 суджень - "так" чи "ні".

1. Якщо це необхідно, я завжди прийду на допомогу своєму коханому.
2. Я говорю своєму коханому практично про все.
3. Коли в мене зав'язуються близькі стосунки, я стаю тривожною та неспокійною.
4. Мені стає не по собі, коли коханий хоче скоротити дистанцію між нами надто сильно.
5. Я боюся, що можу залишитись сама.
6. Ми з моїм коханим справді розуміємо одне одного.
7. Я хочу бути ближчим зі своїм коханим, але щось у мені змушує триматися на відстані.
8. Мене вибиває з колії, якщо мій коханий не проводить зі мною багато часу.
9. Звертання до коханого не завжди допомагає мені, коли я відчуваю складнощі.
10. Мені часто хочеться, щоб його почуття до мене були такими ж сильними, як і мої до нього.
11. Коли мій коханий не задоволений мною, я втрачаю повагу до себе.
12. Мене засмучує, якщо коханого немає поруч у потрібний момент.
13. Я намагаюся не показувати коханому, що відчуваю в глибині душі.
14. Якщо я не можу домогтися уваги з боку коханого, я засмучуюсь чи злюся.
15. Щойно стосунки починають заходити надто далеко, мені хочеться трохи віддалитися.
16. Я часто переживаю через те, що можу втратити свого коханого.
17. Я намагаюся уникати зайвої близькості до коханого.
18. Мені часто хочеться стати з коханим єдиним цілим, повністю злитися з ним, що, можливо, відлякує його.
19. Мені легко відчувати свою залежність від коханого.
20. Я намагаюся не завантажувати коханого своїми проблемами.
21. Я волію зберігати кордони у стосунках із коханим.
22. Іноді я відчуваю, що змушую коханого показувати сильніші почуття та більше відданості.
23. Мій коханий нерідко змушує мене сумніватися у собі.
24. Мені нелегко бути відвертою зі своїм коханим.
25. Я багато хвилююся через свої стосунки.
26. Мені потрібно, щоб мій коханий постійно підтверджував свою любов до мене.
27. Я іноді боюся, що, дізнавшись мене ближче, коханий може розчаруватись і відвернутися від мене.

28. Я можу вільно попросити у улюбленої допомоги, підтримки чи поради.

Інтерпретація. Шкала тривожності включає твердження 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 23, 25, 26. Загальна оцінка складається з суми позитивних відповідей, за кожен позитивну відповідь нараховується 1 бал, максимально можлива кількість балів - 12. Шкала уникнення близькості включає як прямі твердження - 4, 7, 9, 13, 15, 17, 20, 21, 24, 27 (сумуються позитивні відповіді), і зворотні (сумуються негативні відповіді) - 2, 19.

Опитувальник «Рольові очікування та домагання у парі»

Методика спрямована на вивчення уявлень чоловіка й жінки про значимість в сімейному житті сексуальних стосунків, особистої спільності чоловіка й дружини, батьківських обов'язків, професійних інтересів кожного із членів подружжя, господарсько-побутового обслуговування, моральної й емоційної підтримки, зовнішньої привабливості партнера. Ці показники, відображаючи основні функції родини, становлять шкалу сімейних цінностей (ШСЦ). Крім того, ця методика дозволяє уточнити уявлення шлюбних партнерів про бажаний розподіл ролей між чоловіком і дружиною при реалізації сімейних функцій, об'єднаних шкалою рольових очікувань і домагань (ШРОП). Результати дослідження за методикою свідчать про ієрархію сімейних цінностей чоловіка й жінки, що дає можливість зробити висновок про їх соціально-психологічну сумісність.

Діагностика соціально-психологічної подружньої сумісності набуває особливої актуальності у будь-який кризовий період, змістом якого є рольове переструктурування подружньої пари.

Опис методики

Методика містить по 36 тверджень у кожному варіанті (чоловічому і жіночому) і складається з 7 шкал.

Подружжю пропонується самостійно ознайомитися з набором тверджень, що відповідають їхній статі, і висловити своє відношення до кожного твердження, використовуючи наступні варіанти відповідей: «Повністю згодний», «В цілому це вірно», «Це не зовсім так», «Це невірно».

Інструкція: «Перед Вами ряд тверджень, які стосуються шлюбу, родини, відносин між чоловіком і дружиною. Уважно прочитайте твердження тексту й оцініть ступінь своєї згоди або незгоди з ними. Вам пропонується 4 варіанти відповіді, що виражають певний ступінь згоди або незгоди із твердженням, а саме: «Повністю погоджуюсь», «В цілому це вірно», «Це не зовсім так», «Це невірно». Підбираючи варіант відповіді до кожного із тверджень, намагайтеся якомога точніше передати Вашувласну думку, а не те, що прийняте серед Ваших близьких і друзів. Свої відповіді реєструйте в спеціальному бланку».

Текст опитувальника (Жіночий варіант)

1. Настрій і самопочуття людини залежить від задоволення її сексуальних потреб.

2. Щастя в шлюбі залежить від сексуальної гармонії чоловіка й жінки.
3. Сексуальні стосунки - головне у відносинах чоловіка і дружини.
4. Головне в шлюбі - щоб у чоловіка й дружини було багато спільних інтересів.
5. Чоловік - це друг, що поділяє мої інтереси, думки, захоплення.
6. Чоловік - це насамперед друг, з яким можна поговорити про свої справи.
7. Найбільша турбота чоловіка - забезпечити матеріальний статок і побутовий комфорт родини.
8. Чоловік повинен займатися домашнім господарством нарівні із дружиною.
9. Чоловік повинен уміти обслужити себе, а не чекати, що дружина візьме на себе всі турботи про нього.
10. Чоловік повинен займатися дітьми не менше, ніж дружина.
11. Я хотіла б, щоб мій чоловік любив дітей.
12. Чоловіка я оцінюю по тому, чи гарний він батько своїм дітям.
13. Мені подобаються енергійні, ділові чоловіки.
14. Я дуже ціную чоловіків, серйозно захоплених своєю справою.
15. Для мене дуже важливо, як оцінюють на роботі ділові й професійні якості мого чоловіка.
16. Чоловік повинен уміти створювати в родині теплу, довірливу атмосферу.
17. Для мене головне - щоб мій чоловік добре розумів мене й приймав такий, яка я є.
18. Чоловік - це насамперед друг, що уважний і турботливий до моїх переживань, настрою, стану.
19. Мені подобається, коли мій чоловік красиво й модно одягається.
20. Мені подобаються гарні, високі чоловіки.
21. Чоловік повинен виглядати так, щоб на нього було приємно дивитися.
22. Найбільша турбота жінки - щоб усі члени сім'ї були доглянуті.
23. Я завжди знаю, що потрібно купити для моєї родини.
24. Я збираю корисні поради господарці: як готувати смачні страви, консервувати овочі, фрукти.
25. Головну роль у вихованні дитини завжди грає мати.
26. Я не боюся труднощів, пов'язаних з народженням і вихованням дитини.
27. Я люблю дітей і із задоволенням займаюся з ними.
28. Я прагну знайти своє місце в житті.
29. Я хочу стати висококваліфікованим фахівцем своєї справи.
30. Я пишаюся, коли мені доручають важку й відповідальну роботу.
31. Близькі й друзі часто звертаються до мене за порадою, допомогою й підтримкою.
32. Оточуючі часто довіряють мені свої лиха.
33. Я завжди щиро співчуваю, втішаю й опікую людей, які цього потребують.
34. Мій настрій у великій мірі залежить від того, як я виглядаю.
35. Я люблю гарний одяг, ношу прикраси, користуюся косметикою.

36. Я надаю великого значення своєму зовнішньому вигляду.

Обробка отриманих результатів

Шкала сімейних цінностей	№ твердження	Бал	№ твердження	Бал	Загальний показник (в балах)
Інтимно-сексуальна	1				
	2				
	3				
	=				
Особистісна ідентифікація з чоловіком	4				
	5				
	6				
	=				
Господарсько-побутова	Очікування		Домагання		
	7		22		
	8		23		
	9		24		
	=		=		
Батьківсько-виховна	10		25		
	11		26		
	12		27		
	=		=		
Соціальна активність	13		28		
	14		29		
	15		30		
	=		=		
Емоційно-психотерапевтична	16		31		
	17		32		
	18		33		
	=		=		
Зовнішня привабливість	19		34		
	20		35		
	21		36		
	=		=		

- відповідь "Повністю згоден" - 3 бали.
- відповідь "Загалом, це правильно" - 2 бали.
- відповідь "Це не зовсім так" - 1 бал.
- відповідь "Це неправильно" - 0 балів.

Таким чином, мінімальний сумарний бал за шкалою становить 0 балів, максимальний підсумковий бал за шкалою - 9 балів.

Низькі оцінки за шкалою - 0 - 3 бали;

Середні оцінки за шкалою - 4 - 6 бали;

Високі оцінки за шкалою - 7 - 9 балів.

**Методика інтерперсональної діагностики міжособових відносин Т.Лірі
(адаптація Л.Н. Собчик)**

Інструкція: Вам пропонується список характеристик. Слід уважно прочитати кожну і вирішити, чи відповідає вона вашому уявленню про себе. Якщо відповідає, то позначте її у протоколі хрестиком, якщо не відповідає - нічого не ставте. Якщо немає повної впевненості, хрестик не ставте. Як і в першому варіанті, дайте оцінку особистості Вашого чоловіка. Намагайтеся бути щирими.

1. Інші думають про нього прихильно		65. Любить давати поради	
2. Справляє враження на оточуючих		66. Справляє враження значного людини	
3. Уміє розпоряджатися, наказувати		67. Начальственно наказовий	
4. Уміє наполягти на своєму		68. Владний	
5. Володіє почуттям гідності		69. Хвалькуватий	
6. Незалежний		70. Гордовитий і самовдоволенний	
7. Здатний сам подбати про себе		71. Думає тільки про себе	
8. Може проявляти байдужість		72. Хитрий, розважливий	
9. Здатний бути суворим		73. Нетерпимий до помилок інших	
10. Строгий, але справедливий		74. Корисливий	
11. Може бути щирим		75. Відвертий	
12. Критичний до інших		76. Часто недружелюбний	
13. Любить поплакатися		77. Озлоблений	
14. Часто сумний		78. Скаржник	
15. Здатний проявляти недовіру		79. Ревнивий	
16. Часто розчаровується		80. Довго пам'ятає свої образи	
17. Здатний бути критичним до себе		81. Самобичующий	
18. Здатний визнати свою неправоту		82. Сором'язливий	
19. Охоче підкоряється		83. Безініціативний	
20. Поступливий		84. Лагідний	

21. Вдячний		85. Залежна, несамостійна	
22. Захоплюється, схильний до наслідування		86. Любить підкорятися	
23. Поважний		87. Надає іншим приймати рішення	
24. Шукає схвалення		88. Легко потрапляє в халепу	
25. Здатний до співпраці, взаємодопомоги		89. Легко піддається впливу друзів	
26. Прагне ужитися з іншими		90. Готовий довіритися будь-кому	
27. Приязний, доброзичливий		91. Схильний призначати до всіх без розбору	
28. Уважний, ласкавий		92. Всім симпатизує	
29. Делікатний		93. Прощає всі	
30. Підбадьорюючий		94. Переповнений надмірним співчуттям	
31. Чуйний на заклики про допомогу		95. Великодушний, терпимий до недоліків	
32. Безкорисливий		96. Прагне протегувати	
33. Здатний викликати захоплення		97. Прагне до успіху	
34. Користується в інших повагою		98. Чекає захоплення від кожного	
35. Володіє талантом керівника		99. Розпоряджається іншими	
36. Любить відповідальність		100. Деспотичний	
37. Впевнений в собі		101. Сноб, судить про людей лише за рангом і достатку	
38. Самовпевнений, напористий		102. Марнославний	
39. Діловий, практичний		103. Егоїстичний	
40. Любить змагатися		104. Холодний, черствий	
41. Стійкий, наполегливий, де треба		105. Уїдлиий, глузливий	
42. Невблаганний, але неупереджений		106. Злий, жорстокий	
43. Дратівливий		107. Часто гнівливий	
44. Відкритий, прямолінійний		108. Байдужий, байдужий	
45. Не терпить, щоб їм командували		109. Злопам'ятний	
46. Скептичний		110. Проїнятий духом протиріччя	

47. На нього важко справити враження		111. Впертий	
48. Образливий, делікатне		112. Недовірливий, підозрілий	
49. Легко бентежить		113. Боязкий	
50. Невпевнений у собі		114. Сором'язливий	
51. Поступливий		115. Відрізняється надмірною готовністю підкорятися	
52. Скромний		116. М'якотілий	
53. Часто вдається до допомоги інших		117. Майже ніколи нікому не заперечує	
54. Дуже шанує авторитети		118. Нав'язливий	
55. Охоче приймає поради		119. Любить, щоб його опікали	
56. Довірливий і прагне радувати інших		120. Надмірно довірливий	
57. Завжди люб'язний в обходженні		121. Прагне знайти розташування кожного	
58. Дорожить думкою оточуючих		122. З усіма погоджується	
59. Товариська, уживчивий		123. Завжди доброзичливий	
60. Добросердечний		124. Любить всіх	
51. Добрий, вселяє впевненість		125. Дуже поблажливий до оточуючих	
52. Ніжний, м'якосердий		126. Намагається утішити кожного	
63. Любить піклуватися про інших		127. Піклується про інших на шкоду собі	
54. Безкорисливий, щедрий		128. Псує людей надмірною добротою	

Обробка результатів: Ключ до опитувальника

I	1, 2, 3, 4, 33, 34, 35, 36, 65, 66, 67, 68, 97, 98, 99, 100
II	5, 6, 7, 8, 37, 38, 39, 40, 69, 70, 71, 72, 101, 102, 103, 104
III	9, 10, 11, 12, 41, 42, 43, 44, 73, 74, 75, 76, 105, 106, 107, 108
IV	13, 14, 15, 16, 45, 46, 47, 48, 77, 78, 79, 80, 109, 110, 111, 112
V	17, 18, 19, 20, 49, 50, 51, 52, 81, 82, 83, 84, 113, 114, 115, 116
VI	21, 22, 23, 24, 53, 54, 55, 56, 85, 86, 87, 88, 117, 118, 119, 120
VII	25, 26, 27, 28, 57, 58, 59, 60, 89, 90, 91, 92, 121, 122, 123, 124
VIII	29, 30, 31, 32, 61, 62, 63, 64, 93, 94, 95, 96, 125, 126, 127, 128

Після заповнення випробуваним бланка відповідей підраховуються бали по 8 октатам (кількість закреслених цифр у кожному октаті). Розмах індивідуального бала в октаті - від 0 до 16 балів.

Інтерпретація з октатів залежно від кількості балів:

0-4 бали - низький розвиток якості (якості даного октату або немає взагалі, або вони виражені дуже слабо, в подальшій інтерпретації такими даними можна знехтувати)

5-8 балів - помірний розвиток якостей даного блоку

9-12 балів - високий розвиток якостей даного блоку

13-16 балів - екстремальний розвиток якостей даного блоку

Методика визначення міжособової залежності (“Тест профілю відносин”(Relationship Profile Test, RPT)

Опитувальник складається з 30 тверджень, які розподіляються за 3 шкалами: шкала деструктивної надзалежності: ствердження № 1 - 10; шкала дисфункціонального відділення: ствердження № 11 - 20; шкала здоровій залежності: ствердження № 21 - 30.

Усі твердження опитувальника є прямими, на які потрібно дати відповідь в залежності від ступеню згоди з ними: «дуже сильно характерне для мене», «скоріш характерно для мене», «не знаю», «скоріш нехарактерне для мене», «зовсім нехарактерне для мене». Отриманий сумарний бал є підсумковим показником за шкалою, який оцінюється відповідно до тестових норм.

1. Інші люди мені здаються впевненішими, ніж я.
2. Мене легко образити критикою.
3. Необхідність відповідати за щось змушує мене хвилюватись.
4. Я почуваюся набагато комфортніше, коли хтось інший бере на себе відповідальність.
5. Інші не розуміють, наскільки їхні слова можуть мене образити.
6. Для мене важливо, щоб інші люди мене любили.
7. Я хотів би поступитися і зберегти мирні відносини з партнером, ніж відстоювати свою думку та виграти у суперечці.
8. Я щасливий, коли хтось інший керує.
9. Коли я сперечаюся з будь-ким, мене хвилює, що наші відносини можуть надовго зіпсуватися.
10. Я іноді погоджуюсь з тим, у що я насправді не вірю, щоб сподобатися іншим.
11. Інші люди хочуть надто багато від мене.
12. Коли хтось наближається до мене надто близько, я прагну віддалитися.
13. Іноді мені потрібно віддалятися від усього навколишнього.
14. Я хотів би мати більше часу для самого себе.
15. Я волю приймати рішення самостійно, не спираючись на думку інших людей.
16. Я не люблю відкривати про себе надто багато приватної інформації.
17. Я іноді боюся мотивів інших людей.
18. Я щасливий, коли працюю самостійно.
19. Для мене дуже важливо бути незалежним та самодостатнім.
20. Коли справи йдуть не дуже добре, я намагаюся сховати свої почуття та бути сильним.
21. Я вірю, що більшість людей у глибині душі добрі і мають добрі наміри.
22. Я здатний поділитися своїми потаємними думками та почуттями з людьми, яких я добре знаю.

23. Я спокійно почуваюся, коли прошу в інших допомогу.
24. Я не хвилююся, як мене сприймають інші люди.
25. Я часто йду на компроміси із людьми, які орієнтовані на співпрацю.
26. Мої стосунки з іншими саме такі, якими я й хотів би їх бачити - навіть якби я міг, я не став би нічого змінювати.
27. Я сприймаю себе як людину, здатну добре справлятися з розчаруваннями та перешкодами.
28. У відносинах з іншими мені зручно і пропонувати допомогу людям, які її потребують, і просити в інших підтримку, коли я її потребую.
29. Коли я сварюся з будь-ким, я впевнений, що наші відносини відновляться.
30. Мені легко довіряти людям.

Інтерпретація:

- 1 бал - зовсім не характерно для мене;
- 2 бали - скоріше не характерно для мене;
- 3 бали - не знаю;
- 4 бали - скоріше характерно для мене;
- 5 балів - дуже характерно для мене.

Тестові норми оцінювання

Шкали	Рівні виразності		
	Низький	Середній	Високий
Деструктивна надзалежність	10-22	23-34	35-50
Дисфункціональне відділення	10-27	28-37	38-50
Здорова залежність	10-29	30-39	40-50