

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД»
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Кафедра _____**

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри

«__» _____ 2026 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

на тему: **«Вплив дитячих травм на формування дорослої особистості»**

Студентки Миронюк Діани Василівни
курсу IV

групи ТУкв-8-22-Б1ПС(4.0здс)

спеціальності 053 «Психологія»

Керівник: кандидат пед. наук, доцент
Федоров О.В.

Оцінка:

Національна шкала _____

Кількість балів: _____ ECTS _____

Члени комісії _____

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

м. Київ – 2026 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДОРΟΣЛОЇ ОСОБИСТОСТІ	7
1.1. Поняття дитячої психологічної травми	7
1.2. Види дитячої психологічної травми та її психологічні наслідки	11
1.3. Психологічні механізми впливу дитячої психологічної травми на формування дорослої особистості	15
1.4. Прояви наслідків дитячої психологічної травми в дорослому віці	19
1.5. Фактори, що впливають на глибину та характер наслідків дитячої психологічної травми	24
1.6. Роль резиліентності у формуванні дорослої особистості після травми	26
1.7. Психологічні підходи до корекції наслідків дитячої психологічної травми	27
1.8. Профілактика дитячої психологічної травми та її наслідків	34
1.9. Довгострокові наслідки дитячої психологічної травми у дорослому житті	40
Висновки до розділу 1	44
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДОРΟΣЛОЇ ОСОБИСТОСТІ	46
2.1. Організація та етапи дослідження	46
2.2. Методи та методики дослідження	49
2.3. Обробка та аналіз результатів	52
2.4. Інтерпретація результатів і практичні рекомендації	58
Висновки до розділу 2	63
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	75

ВСТУП

Проблематика впливу дитячої психологічної травми на формування дорослої особистості належить до числа найбільш актуальних у сучасній психологічній науці та практиці. Дитинство є критично важливим періодом розвитку, коли закладаються базові уявлення про себе й інших, формуються первинні моделі прив'язаності, способи емоційної регуляції, навички подолання стресу та первинні переконання щодо безпечності світу. Натомість дитяча психологічна травма (емоційне або фізичне нехтування, психологічне насильство, втрати, нестабільність сімейної системи, хронічний стрес, відсутність підтримки значущого дорослого тощо) може порушувати природний хід психічного розвитку, створюючи умови для формування дезадаптивних стратегій взаємодії зі світом. У дорослому віці це здатне проявлятися у складнощах із довірою та близькістю, підвищеній тривожності, труднощах саморегуляції, напружених міжособистісних стосунках, нестійкій самооцінці, виражених захисних реакціях та неефективних копінг-стратегіях.

Актуальність обраної теми зумовлена також практичним запитом суспільства на психологічну підтримку та профілактику віддалених наслідків ранньої травматизації. У практиці психологічного консультування та психотерапії дедалі частіше зустрічаються звернення дорослих клієнтів, проблеми яких (емоційна залежність, уникнення близькості, повторювані деструктивні сценарії у стосунках, вигорання, хронічне відчуття провини або сорому, труднощі з прийняттям рішень) мають витoki у досвіді дитинства. Водночас у науковому полі зберігається потреба в уточненні психологічних механізмів, через які дитяча психологічна травма трансформується у відносно стійкі особистісні патерни дорослої людини: як саме пережиті події пов'язані зі стилем прив'язаності, які копінг-стратегії стають провідними, як формуються та

активуються дезадаптивні схеми й режимні стани, і як ці змінні взаємопов'язані між собою, що й утворює проблемну ситуацію: за наявності очевидної практичної значущості теми зберігається потреба у більш системному описі зв'язків між характеристиками дитячої психологічної травми та процесами формування дорослої особистості.

Стан теоретичного й практичного опрацювання проблеми свідчить, що сучасні підходи у психології розглядають дитячу травматизацію не лише як "подію минулого", а як досвід, який може закріплюватися у вигляді когнітивно-емоційних схем, переконань та поведінкових стратегій. Зокрема, теорія прив'язаності пояснює, як ранні взаємини з дорослими формують базові моделі близькості й довіри; транзакційні концепції стресу та копінгу описують, як людина оцінює загрозу та обирає способи подолання; схема-терапевтичний підхід дозволяє інтерпретувати довготривалі наслідки травматизації через формування ранніх дезадаптивних схем і режимів функціонування. У практичному вимірі ці положення допомагають глибше розуміти причини повторюваних труднощів у дорослих і підбирати обґрунтовані напрями психологічної допомоги.

Об'єкт дослідження – психологічні наслідки дитячої психологічної травми в структурі дорослої особистості.

Предмет дослідження – взаємозв'язок між характеристиками дитячої психологічної травми та психологічними процесами формування дорослої особистості (копінг-стратегіями, стилем прив'язаності, домінуванням схема-режимів).

Мета дослідження – визначити та описати закономірності впливу дитячої психологічної травми на психологічні процеси формування дорослої особистості (копінг, прив'язаність, схема-режими) та обґрунтувати практичні рекомендації щодо психологічної допомоги і профілактики негативних наслідків травми.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння дитячої психологічної травми та окреслити її ключові ознаки.
2. Розкрити психологічні механізми впливу дитячої психологічної травми на формування дорослої особистості (емоційна регуляція, когнітивні схеми, поведінкові стратегії, міжособистісні патерни).
3. Дібрати та застосувати психодіагностичний інструментарій для вивчення психологічних процесів формування дорослої особистості та характеристик дитячої психологічної травми.
4. Інтерпретувати результати дослідження та сформулювати практичні рекомендації щодо психологічної підтримки дорослих із наслідками дитячої психологічної травми (напрями роботи з прив'язаністю, копінгом, режимами та ресурсами).

Теоретична основа дослідження ґрунтується на положеннях теорії прив'язаності, транзакційного підходу до стресу та копінгу і схема-орієнтованого підходу, а також загальнопсихологічних уявленнях про розвиток особистості, емоційну регуляцію та адаптацію.

Методологічна база дослідження включає *теоретичні методи* (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація) та *емпіричні методи* (опитування з використанням психодіагностичних методик). *Інструментарій дослідження*: опитувальник способів копінгу Річард Лазарус; шкала прив'язаності дорослих Adult Attachment Scale; опитувальник схема-режимів Джеффри Янг; авторський опитувальник для збору соціально-демографічних даних та структурованої самооцінки аспектів дитячого досвіду. Методи обробки даних: описова статистика, кореляційний аналіз, порівняння груп (за потреби) та інші методи математичної статистики відповідно до дизайну дослідження.

Теоретична значущість результатів полягає в уточненні уявлень про психологічні механізми, через які дитяча психологічна травма впливає на

дорослу особистість, а також у систематизації зв'язків між травматичним досвідом дитинства і психологічними процесами формування дорослої особистості.

Практична значущість результатів визначається можливістю використання отриманих даних у психологічному консультуванні та психотерапії дорослих із наслідками дитячої психологічної травми, а також у профілактичних програмах (психоосвіта, тренінги емоційної регуляції, підтримка сімейного середовища), спрямованих на зниження довгострокових негативних наслідків травматизації.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДОРΟΣЛОЇ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Поняття дитячої психологічної травми

Дитяча психологічна травма є складним явищем у психологічній науці, що охоплює психічні, емоційні та поведінкові порушення, які виникають у дитини внаслідок пережитих стресових або травматичних подій, що перевищують її адаптивні можливості [55]. Такі події можуть включати фізичне, емоційне чи сексуальне насильство, хронічні сімейні конфлікти, занедбання базових потреб, тривалу втрату значущих дорослих або нестабільність соціального середовища [16]. Вплив травми не обмежується моментальним стресом, а формує когнітивно-емоційні схеми та поведінкові патерни, які залишаються стійкими протягом життя [59]. Дитяча травма часто є прихованою і проявляється через складні моделі поведінки, не завжди пов'язані з конкретною подією, але відображають хронічний психологічний дискомфорт. Важливо враховувати, що травма може виникати не лише через явне насильство, а й через відсутність емоційної підтримки та стабільності, що підкреслює необхідність ранньої діагностики [2].

Різні наукові підходи до визначення поняття дитячої психологічної травми підкреслюють її багатовимірний характер і вплив на розвиток особистості [55]. Біопсихологічний підхід розглядає травму як порушення нейробіологічних механізмів реагування на стрес, що впливає на розвиток мозку та нервової системи [51]. Психодинамічний підхід акцентує увагу на внутрішніх конфліктах, які виникають у дитини внаслідок травматичних переживань, і на формуванні базових емоційних схем [6]. Когнітивно-біхевіоральна перспектива визначає травму через дезадаптивні переконання та поведінкові патерни, що зберігаються у дорослому віці [29]. Теорія

прив'язаності показує, як травматичний досвід впливає на формування моделей довіри та безпеки у міжособистісних стосунках [52]. Транзакційний підхід до стресу та копінгу пояснює, як дитина оцінює загрозу і вибирає адаптивні або дезадаптивні стратегії подолання [36].

Табл. 1.1 систематизує основні наукові підходи до визначення поняття дитячої психологічної травми і демонструє, як кожен з них акцентує увагу на різних аспектах травматичного досвіду.

Таблиця 1.1.

Наукові підходи до визначення поняття дитячої психологічної травми

Науковий підхід	Основна характеристика	Джерела
Біопсихологічний	Порушення нейробіологічних механізмів реагування на стрес, зміни мозкової структури	[51]
Психодинамічний	Внутрішні конфлікти та емоційні схеми, що формуються під впливом травми	[6]
Когнітивно-біхевіоральний	Дезадаптивні переконання та поведінкові патерни, що зберігаються у дорослому віці	[29]
Теорія прив'язаності	Вплив травми на формування моделей довіри та безпеки у міжособистісних стосунках	[52]
Транзакційний підхід до стресу	Оцінка загрози та вибір адаптивних або дезадаптивних стратегій подолання	[36]

Дитяча психологічна травма має багаторівневу структуру, яка включає безпосередні та віддалені наслідки [4]. Безпосередні прояви – страх, тривога, роздратування, агресивність та порушення емоційної регуляції. Віддалені наслідки у дорослому віці – низька самооцінка, труднощі у формуванні близьких стосунків, повторювані дезадаптивні патерни поведінки та когнітивні спотворення [51]. Травматичний досвід змінює реакції на стрес і визначає структуру пізнання та сприйняття себе і світу [55]. Розуміння цих механізмів критично для прогнозування наслідків у дорослому житті [2].

Концепція ACE (Adverse Childhood Experiences) систематизує форми негативного досвіду у дитинстві [54]. Вона охоплює фізичне, емоційне та сексуальне насильство, занедбання, конфлікти у сім'ї, розлучення батьків, втрату близьких та інші хронічні стресогенні фактори. Накопичення ACE прямо корелює з підвищеною ймовірністю психічних порушень у дорослому віці, включаючи депресію, тривожність та порушення міжособистісних стосунків [41]. Кожен додатковий негативний досвід підсилює формування стійких дезадаптивних когнітивно-емоційних схем, що підкреслює значущість ранньої діагностики і психопрофілактики [35].

Емоційне насильство включає критику, приниження та ігнорування емоційних потреб дитини [2]. Психологічні наслідки – низька самооцінка, підвищена тривожність, страх близькості, труднощі у міжособистісних стосунках [55]. Вплив на когнітивні схеми визначає сприйняття себе і світу [17]. У дорослому віці проявляється надмірною самокритикою та соціальним униканням. Психотерапія спрямована на реконструкцію когнітивно-емоційних схем і розвиток адаптивних стратегій регуляції емоцій [14].

Фізичне насильство – побиття та тілесні покарання [31]. Наслідки – страх, агресивність, формування негативного образу себе та порушення довіри до дорослих [35]. На когнітивному рівні – спотворене сприйняття загрози та підвищена тривожність. Поведінкові наслідки – уникання ризику або агресивна поведінка. Фізичне насильство у ранньому віці підвищує ризик повторюваних проблем у стосунках у дорослому житті [50].

Сексуальна травма включає неприпустимі сексуальні контакти або експлуатацію дитини [17]. Вона має наслідки на емоційному, когнітивному та соціальному рівнях. Дорослі, які пережили сексуальну травму, можуть відчувати посттравматичний стрес, труднощі з формуванням прив'язаності та проблеми у стосунках [55]. Когнітивні спотворення включають неправильне сприйняття сексуальності та власної цінності [51]. Терапевтичні методи

включають роботу з емоційною регуляцією та розвиток безпечних моделей взаємодії [14].

Занедбання проявляється у відсутності догляду, підтримки та задоволення базових потреб [16]. Наслідки – тривожність, емоційна незрілість, проблеми у соціалізації [36]. Діти, які пережили занедбання, формують стійкі когнітивно-емоційні схеми, що обмежують адаптивну поведінку у дорослому віці [41]. Поведінкові наслідки – уникання близьких стосунків або імпульсивність [55]. Психотерапевтична робота спрямована на створення безпечного середовища та формування адаптивних емоційних зв'язків [14].

Таким чином, дитяча психологічна травма є багатовимірним явищем, що включає різні види негативного досвіду, формує стійкі когнітивно-емоційні та поведінкові схеми, визначає моделі прив'язаності і копінг-стратегії, і саме через комплексний вплив цих чинників вона суттєво впливає на розвиток та функціонування дорослої особистості.

1.2. Види дитячої психологічної травми та її психологічні наслідки

Дитяча психологічна травма проявляється у різноманітних формах, що залежать від характеру негативного досвіду, його тривалості та соціального контексту [55]. Науковці виділяють кілька основних видів травми, які найбільшою мірою впливають на формування дорослої особистості: емоційне, фізичне та сексуальне насильство, занедбання, хронічний стрес та втрати близьких [2]. Кожен вид травми має специфічні прояви у психіці дитини, що формують стійкі когнітивно-емоційні схеми, поведінкові патерни та моделі прив'язаності. Визначення видів травми дозволяє систематизувати наслідки, що полегшує прогнозування розвитку дорослої особистості та підбір ефективних психотерапевтичних методів [31]. Такий підхід дає змогу не лише описати травму, а й розробити профілактичні та корекційні програми для дорослих, які пережили ранню травматизацію [41].

Емоційне насильство в дитинстві включає постійну критику, приниження, ігнорування емоційних потреб або надмірну емоційну контрольованість [2]. Психологічні наслідки цього виду травми проявляються у формуванні низької самооцінки, підвищеної тривожності, страху близькості та труднощів у міжособистісних стосунках у дорослому віці [55]. На когнітивному рівні емоційна травма формує дезадаптивні переконання щодо себе і світу, що обмежує адаптивну поведінку. Поведінкові наслідки включають уникання соціальної взаємодії або надмірну самокритичність [17]. Психотерапія спрямована на реконструкцію когнітивно-емоційних схем і розвиток навичок регуляції емоцій [14]. Емоційне насильство вважається найбільш поширеним видом травми і часто поєднується з іншими типами травм [55].

Фізичне насильство охоплює побиття, тілесні покарання та інші форми агресивного впливу на дитину [31]. Вплив фізичного насильства проявляється у вигляді страху, агресивності, формуванні негативного образу себе та порушенні довіри до дорослих [35]. На когнітивному рівні травма призводить до

спотвореного сприйняття загрози та підвищеної тривожності. Поведінкові прояви включають уникання ризику або агресивну поведінку як спосіб самозахисту [55]. Дослідження свідчать, що фізичне насильство підвищує ймовірність повторюваних проблем у міжособистісних стосунках у дорослому віці [50].

Сексуальна травма охоплює неприпустимі сексуальні контакти або експлуатацію дитини [17]. Вона має наслідки на емоційному, когнітивному та соціальному рівнях. Дорослі, які пережили сексуальну травму, часто відчують посттравматичний стрес, труднощі з формуванням прив'язаності та проблеми у міжособистісних стосунках [55]. Когнітивні спотворення включають неправильне сприйняття сексуальності, довіри до інших людей та власної цінності [51]. Психотерапевтичні методи передбачають роботу з емоційною регуляцією та розвиток безпечних моделей взаємодії [14].

Занедбаня проявляється у відсутності догляду, підтримки та задоволення базових потреб дитини [16]. Наслідки включають формування тривожності, емоційну незрілість, проблеми у соціалізації та обмежені когнітивні схеми [36]. Діти, які пережили занедбаня, часто у дорослому віці демонструють уникання близьких стосунків або надмірну самостійність [41]. Психотерапевтична робота спрямована на створення безпечного середовища та формування адаптивних емоційних зв'язків [14]. Занедбаня поєднується з іншими видами травми та часто посилює їхній вплив [55].

Хронічні стресові події включають тривалі сімейні конфлікти, розлучення батьків, переїзди та інші нестабільні обставини [36]. Вони викликають тривалі стресові реакції, що впливають на формування когнітивних та емоційних схем. Дорослі, які пережили хронічний стрес у дитинстві, демонструють підвищену вразливість до тривожності, депресії та порушень міжособистісних взаємин [55]. Копінг-стратегії часто формуються у вигляді уникання проблем, емоційного відсторонення або ризикованої поведінки [31]. Психотерапія

спрямована на навчання адаптивним способам регуляції стресу та розвитку стабільних моделей поведінки [17].

Втрати близьких у дитинстві, такі як смерть або тривала відсутність значущих дорослих, мають довготривалі емоційні та соціальні наслідки [55]. Діти, які пережили втрати, формують нестійкі моделі прив'язаності, підвищену тривожність та труднощі у встановленні близьких стосунків [16]. На когнітивному рівні виникають спотворені переконання про безпеку світу та власну цінність [51]. Поведінкові прояви включають уникання соціальної взаємодії, замкнутість або ризиковану поведінку [55]. Психотерапевтичні інтервенції спрямовані на опрацювання переживань втрати та формування стійких ресурсів для адаптації у дорослому житті [14].

Таблиця 1.2.

Види дитячої психологічної травми та характерні психологічні наслідки

Вид травми	Характеристика події	Психологічні наслідки дорослого віку
Емоційне насильство	Критика, приниження, ігнорування емоційних потреб	Низька самооцінка, тривожність, страх близькості [2]
Фізичне насильство	Побиття, тілесне покарання	Агресивність, страх, порушення довіри [31]
Сексуальне насильство	Неприпустимі сексуальні контакти	Посттравматичний стрес, порушення прив'язаності [17]
Зanedбаня	Відсутність догляду та підтримки	Тривожність, емоційна незрілість, проблеми регуляції [16]
Хронічний стрес	Конфлікти, розлучення, нестабільне сімейне середовище	Підвищена вразливість до стресу, уникання проблем [36]
Втрата близьких	Смерть або тривала відсутність значущих дорослих	Тривожність, нестійкі моделі прив'язаності, соціальне відсторонення [55]

Таким чином, кожен вид дитячої психологічної травми формує унікальні когнітивно-емоційні та поведінкові патерни, які впливають на розвиток дорослої особистості, визначають її стиль прив'язаності, копінг-стратегії та соціальну адаптацію, що підкреслює важливість комплексного підходу до діагностики та психотерапевтичного втручання.

1.3. Психологічні механізми впливу дитячої психологічної травми на формування дорослої особистості

Дитяча психологічна травма впливає на формування дорослої особистості через комплекс психологічних механізмів, які включають когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні процеси [55]. Одним із основних механізмів є формування когнітивних схем, які визначають сприйняття себе, інших людей та світу. Травматичні переживання у дитинстві закріплюють негативні переконання та дезадаптивні патерни мислення, що зберігаються у дорослому віці. Такі когнітивні схеми можуть проявлятися у вигляді песимістичних очікувань, підвищеної чутливості до критики та самозвинувачення [51]. Вони формують фундамент для повторюваних дезадаптивних моделей поведінки та взаємодії з оточенням [55]. Усвідомлення цих механізмів є критично важливим для психологічної діагностики та психотерапії дорослих [14].

Другим важливим механізмом є порушення емоційної регуляції [4]. Дитяча травма може викликати стійку гіперреактивність або гіпореактивність емоційних процесів, що проявляється у надмірній тривожності, страхах, пригніченості або емоційній відстороненості [36]. Дослідження свідчать, що порушення регуляції емоцій підвищує ризик розвитку депресивних і тривожних розладів у дорослому віці [41]. Водночас проблеми з емоційною регуляцією впливають на здатність до встановлення близьких стосунків, конфліктного врегулювання та адаптивної поведінки [51]. Психотерапія у таких випадках зосереджується на навчанні стратегій регуляції емоцій та розвитку ресурсів для стабільного емоційного функціонування [17].

Ключовим механізмом є формування дезадаптивних поведінкових стратегій [31]. Діти, які пережили травму, часто вчать уникати стресових ситуацій або, навпаки, виявляють агресивні реакції для самозахисту [35]. Наведені стратегії закріплюються у дорослому віці, проявляючись у

конфліктності, униканні близьких стосунків або ризикованій поведінці [55]. Поведінкові патерни тісно взаємопов'язані з когнітивними схемами та емоційною регуляцією, формуючи комплексний механізм адаптації або дезадаптації [48]. Розуміння цих механізмів дозволяє психотерапевтам вибирати ефективні інтервенції, спрямовані на зміну стійких дезадаптивних моделей [14].

Соціальні механізми впливу включають формування моделей прив'язаності та міжособистісних стратегій [52]. Дитяча травма може призвести до тривожно-амбівалентного або унікального стилю прив'язаності, що визначає стосунки дорослої людини з близькими людьми [55]. Такий механізм взаємодії проявляється у труднощах довіри, страху близькості та емоційного відсторонення [16]. Водночас соціальні механізми впливають на копінг-стратегії та адаптивну здатність особистості у складних життєвих ситуаціях [36]. Корекція цих моделей передбачає психотерапевтичну роботу з розвитком безпечних моделей взаємодії та емоційної близькості [14].

Дитяча травма також впливає через механізм копіngu та стратегії подолання стресу [36]. Травмовані діти часто вибирають уникання проблем або емоційне відсторонення як спосіб захисту, що трансформується у дорослому віці у стійкі стратегії подолання. Такі стратегії можуть бути як адаптивними, так і дезадаптивними, залежно від контексту та підтримки дорослого оточення [51]. Дослідження показують, що ефективність копіngu тісно пов'язана з типом травми та стилем прив'язаності [17]. Психотерапія навчання адаптивним стратегіям копіngu допомагає зменшити вплив травми на доросле життя [14].

Нейропсихологічні механізми включають зміни в структурі та функціонуванні мозку, що зумовлені хронічним стресом [51]. Дитяча травма впливає на розвиток лімбічної системи, префронтальної кори та гіпокампу, що визначає регуляцію емоцій, когнітивні процеси та стратегії поведінки [55]. Такі зміни можуть призводити до підвищеної чутливості до стресу, імпульсивності та порушень пам'яті [36]. Нейропсихологічний механізм взаємодії з

когнітивними, емоційними та соціальними процесами, формуючи комплексний вплив на дорослу особистість [48]. Психотерапевтичні інтервенції враховують ці механізми при виборі методів регуляції емоцій та поведінки [14].

Іншим важливим механізмом є формування стійких когнітивно-емоційних схем [29]. Такі схеми визначають, як доросла людина сприймає себе, інших та соціальну реальність.

Травма закріплює негативні установки, переконання про небезпечність світу або власну неспроможність, що підвищує ризик психопатології. Окреслені схеми активуються під впливом стресових ситуацій, впливаючи на поведінку та міжособистісні взаємодії [55]. Психотерапія спрямована на виявлення та корекцію таких схем через когнітивні та поведінкові втручання [14].

Взаємодія всіх зазначених механізмів формує складну структуру впливу травми на дорослу особистість [55]. Когнітивні схеми, емоційна регуляція, копінг-стратегії, поведінкові та соціальні патерни тісно взаємопов'язані. Така взаємодія визначає як адаптивність, так і ризики розвитку психічних розладів у дорослому житті [36]. Комплексний аналіз механізмів дозволяє розробити цільові психотерапевтичні інтервенції, що враховують усі рівні впливу травми.

Табл. 1.3 узагальнює основні психологічні механізми впливу дитячої травми на дорослу особистість.

Таблиця 1.3.

Психологічні механізми впливу дитячої травми на дорослу особистість

Механізм	Характеристика впливу	Джерела
Когнітивні схеми	Формування дезадаптивних переконань про себе, інших та світ	[29; 51]
Емоційна регуляція	Порушення здатності контролювати та модулювати емоції	[36; 55]
Поведінкові стратегії	Уникання, агресія, ризикована поведінка	[31; 55]
Соціальні механізми	Стиль прив'язаності, труднощі у міжособистісних стосунках	[52; 16]
Копінг та стратегії	Адаптивні та дезадаптивні стратегії	[36; 55]

Механізм	Характеристика впливу	Джерела
подолання	реагування на стрес	
Нейропсихологічні механізми	Зміни у структурі мозку та функціонуванні нервових систем	[51; 48]

Таким чином, вплив дитячої психологічної травми на дорослу особистість реалізується через комплекс взаємопов'язаних когнітивних, емоційних, поведінкових, соціальних та нейропсихологічних механізмів, що формують стійкі патерни адаптації або дезадаптації та визначають психічне здоров'я дорослої людини.

1.4. Прояви наслідків дитячої психологічної травми в дорослому віці

Дитяча психологічна травма залишає глибокий слід у психіці людини і проявляється у дорослому віці у вигляді складних психологічних, поведінкових та соціальних наслідків [55]. Однією з основних категорій є порушення емоційної стабільності, яке включає тривогу, депресивні стани, страх близькості та труднощі саморегуляції [36]. Дорослі, які пережили травму, часто *не можуть впоратися з повсякденними стресовими ситуаціями, навіть якщо вони не становлять реальної загрози*. Такі емоційні порушення можуть маскуватися через надмірний контроль або перфекціонізм, що створює ілюзію адаптації [51]. Водночас стійкі емоційні проблеми визначають взаємодію особистості з оточенням та її соціальні ролі. Розуміння цих проявів дозволяє точніше діагностувати наслідки травми та підбирати психотерапевтичні стратегії. Без врахування цього аспекту психотерапія може бути малоефективною, оскільки не враховує фундаментальні емоційні порушення [17].

Соціальні прояви дитячої травми включають труднощі у встановленні та підтриманні близьких стосунків, конфлікти у сім'ї, зниження довіри до оточення та схильність до соціальної ізоляції [52]. Наприклад, дорослий може *уникати інтимної близькості або постійно перевіряти партнера на вірність через страх покинуття*. Часто повторювані негативні сценарії взаємодії з людьми стають звичними паттернами, що ускладнюють соціальну адаптацію. Тривалі соціальні наслідки проявляються у виборі токсичних партнерів, униканні дружніх контактів або невмілому управлінні конфліктами. Такі прояви також пов'язані з формуванням дезадаптивних стилів прив'язаності, що визначають характер міжособистісних взаємодій [55]. Психотерапевтичні програми для дорослих спрямовані на навчання безпечним моделям соціальної взаємодії та розвитку довіри. Вивчення соціальних наслідків допомагає

прогнозувати ризики повторення травматичних патернів у нових життєвих ситуаціях [36].

Когнітивні прояви наслідків травми включають формування негативних переконань щодо себе, інших людей та світу [29]. Дорослий може *думати, що будь-яка критика означає, що він некомпетентний або нікчемний, або бачити будь-яку ситуацію як потенційну загрозу*. Такі когнітивні схеми закріплюються у дорослому віці та визначають способи оцінки ризиків, прийняття рішень і планування дій. Вони тісно взаємодіють із емоційною регуляцією та соціальними навичками, формуючи комплексний механізм дезадаптації. Постійне активування негативних переконань може посилювати симптоми тривожності та депресії, ускладнювати навчання та професійний розвиток [51]. Психотерапія передбачає корекцію цих когнітивних схем через навчання адаптивним моделям мислення [14].

Поведінкові прояви наслідків травми проявляються у вигляді уникання конфліктів, ризикованої або агресивної поведінки, надмірної самостійності чи надмірного контролю [31]. Наприклад, дорослий може *не висловлювати свою думку на роботі через страх покарання або критику, або часто вступати в конфлікти з колегами без очевидної причини*. Такі патерни є адаптивними у дитинстві, але у дорослому віці стають дезадаптивними, перешкоджаючи професійному та соціальному функціонуванню [55]. Поведінка взаємопов'язана з когнітивними схемами та емоційними реакціями, формуючи повторювані деструктивні патерни [48]. Психотерапія допомагає розвивати нові адаптивні стратегії поведінки та навички самоконтролю [14].

Дитяча травма впливає на копінг-стратегії та механізми подолання стресу [36]. Дорослі, які пережили травму, часто застосовують дезадаптивні способи: *емоційне відсторонення, надмірна зайнятість роботою чи уникання конфліктів*, що обмежує здатність адекватно реагувати на життєві виклики та підвищує ризик психопатології [55]. Виявлення цих стратегій дозволяє психотерапевтам

навчати адаптивним способам подолання стресу, зміцнюючи емоційні та соціальні ресурси [14]. Розвиток ефективних копінг-стратегій є критично важливим для стабільної соціальної та емоційної функціональності [51].

Нейропсихологічні наслідки дитячої травми включають зміни в структурі та функціонуванні мозку, зокрема лімбічної системи, префронтальної кори та гіпокампу [51]. Такі зміни визначають регуляцію емоцій, когнітивні процеси та поведінкові патерни [55]. Наприклад, дорослий може *миттєво реагувати гнівом на дрібні подразники або не помічати важливі деталі під час роботи через порушення концентрації*. Такі наслідки взаємодіють з когнітивними схемами та соціальними моделями поведінки, формуючи комплексний механізм впливу травми на дорослу особистість [48]. Психотерапевтичні втручання враховують нейропсихологічні аспекти під час вибору методів регуляції емоцій та поведінки [14].

Стійкі емоційні стани є одним із проявів наслідків травми [55]. Наприклад, дорослий може *постійно відчувати тривогу перед прийняттям важливих рішень або перебільшено реагувати на критику*, що ускладнює міжособистісні стосунки та соціальну адаптацію. Такі стани часто підтримуються дезадаптивними когнітивними схемами і поведінковими патернами. Психотерапевтичні методи спрямовані на розвиток навичок саморегуляції та зменшення інтенсивності негативних емоцій [14].

Повторювані дезадаптивні моделі взаємодії зі світом формуються як наслідок травматичного досвіду [52]. Наприклад, дорослий може *вибирати токсичних партнерів або повторювати конфліктні сценарії у стосунках*, навіть коли об'єктивних причин для цього немає [55]. Психотерапевтична робота передбачає зміну цих моделей та розвиток нових адаптивних стратегій взаємодії.

Комплексний аналіз наслідків дитячої травми демонструє тісну взаємозв'язок когнітивних, емоційних, поведінкових, соціальних та нейропсихологічних сфер, що дозволяє створювати цільові психотерапевтичні

інтервенції та програми підтримки дорослих із наслідками ранньої травматизації [36]. Системний підхід підкреслює необхідність одночасної роботи з усіма сферами для досягнення стабільної адаптації та психічного здоров'я [14].

Таблиця 1.4.

Прояви наслідків дитячої психологічної травми у дорослому віці

Сфера прояву	Основні характеристики наслідків	Приклади курсивом	Джерела
Когнітивна	Негативні переконання про себе, інших та світ	<i>“Я ніколи не впораюся з проблемою”</i>	[29; 51]
Емоційна	Тривога, депресія, страхи, емоційна нестабільність	<i>“Мене охоплює паніка перед важливими рішеннями”</i>	[36; 55]
Поведінкова	Уникання, агресивність, ризикована поведінка	<i>“Я уникаю спілкування з колегами через страх критики”</i>	[31; 55]
Соціальна	Труднощі у стосунках, конфлікти, низька довіра	<i>“Я постійно вибираю токсичних партнерів”</i>	[52; 16]
Копінг-стратегії	Деадаптивні способи подолання стресу: уникання, відсторонення	<i>“Я відволікаюся на роботу, щоб не думати про проблеми”</i>	[36; 55]
Нейропсихологічна	Зміни в структурі мозку та функціонуванні, підвищена чутливість до стресу	<i>“Я миттєво реагую гнівом на дрібні подразники”</i>	[51; 48]

Таким чином, наслідки дитячої психологічної травми у дорослому віці проявляються комплексно у когнітивних, емоційних, поведінкових, соціальних та нейропсихологічних сферах, формуючи стійкі деадаптивні моделі та

визначаючи психічне здоров'я, соціальну адаптацію і міжособистісні взаємодії дорослої особистості.

1.5. Фактори, що впливають на глибину та характер наслідків дитячої психологічної травми

Вплив дитячої психологічної травми на формування дорослої особистості не є універсальним або однаковим для всіх індивідів, оскільки він визначається сукупністю факторів, які можуть як посилювати, так і пом'якшувати її наслідки. Різні дослідження показують, що одна й та сама травматична подія може мати різний вплив залежно від індивідуальних особливостей дитини, соціального середовища, рівня підтримки та тривалості травматичного впливу. Саме тому сучасна психологія приділяє значну увагу вивченню модифікуючих факторів, які визначають траєкторію розвитку особистості після травматичного досвіду.

Одним із ключових факторів є **інтенсивність і тривалість травматичного впливу**. Короткочасні травматичні події можуть мати менш глибокі наслідки порівняно з хронічною травматизацією, яка формує стійкі дезадаптивні моделі поведінки. Особливо небезпечним є тривалий стрес у сімейному середовищі, який призводить до постійної активації системи “загрози”, що впливає на розвиток нервової системи.

Не менш важливим є **вік дитини на момент травматизації**. Чим раніше відбувається травматичний вплив, тим більший його потенційний вплив на формування базових структур особистості. У ранньому дитинстві формуються основи довіри до світу, тому травма в цей період може призводити до глибоких порушень прив'язаності.

Також важливу роль відіграють **індивідуальні психологічні особливості**, такі як рівень емоційної чутливості, темперамент, когнітивні здібності та здатність до саморегуляції. Діти з високою емоційною реактивністю більш схильні до розвитку тривожних і депресивних станів у майбутньому.

Окрім цього, значущим є **наявність соціальної підтримки**. Навіть за умов травматичного досвіду підтримка хоча б одного значущого дорослого

може суттєво зменшити негативні наслідки. Соціальна підтримка виступає буфером, який допомагає дитині адаптуватися до складних обставин.

Таким чином, вплив дитячої травми є результатом взаємодії багатьох факторів, що визначають індивідуальний шлях розвитку особистості.

1.6. Роль резилієнтності у формуванні дорослої особистості після травми

Резилієнтність є однією з ключових категорій сучасної психології, що пояснює, чому деякі люди, переживши травматичний досвід у дитинстві, демонструють високий рівень адаптації у дорослому житті. Вона визначається як здатність особистості ефективно долати труднощі, адаптуватися до змін і відновлювати психологічну рівновагу після стресових подій.

Формування резилієнтності є складним процесом, що залежить від поєднання внутрішніх і зовнішніх ресурсів. До внутрішніх ресурсів належать самооцінка, впевненість у собі, емоційна стабільність і здатність до саморегуляції. Зовнішні ресурси включають підтримку з боку сім'ї, друзів і соціального оточення.

Особливу роль у розвитку резилієнтності відіграє **досвід успішного подолання труднощів**. Коли дитина стикається з проблемами і отримує можливість їх вирішувати за підтримки дорослих, у неї формується відчуття компетентності та впевненості у власних силах.

У дорослому віці резилієнтність проявляється у здатності:

- ефективно справлятися зі стресом
- будувати здорові міжособистісні стосунки
- зберігати психологічну стабільність
- адаптуватися до змін

Важливо зазначити, що резилієнтність не означає повну відсутність негативних наслідків травми. Вона скоріше визначає здатність людини жити повноцінним життям, незважаючи на пережитий досвід.

1.7. Психологічні підходи до корекції наслідків дитячої психологічної травми

Сучасна психологічна наука розглядає наслідки дитячої психологічної травми як складне багаторівневе явище, що охоплює когнітивну, емоційну, поведінкову та нейропсихологічну сфери функціонування особистості, що зумовлює необхідність комплексного підходу до їх корекції. Травматичний досвід, пережитий у дитинстві, не лише впливає на актуальний психічний стан людини, але й формує стійкі моделі сприйняття реальності, взаємодії з іншими людьми та реагування на стресові ситуації, які зберігаються у дорослому віці та можуть обмежувати адаптаційні можливості особистості.

Одним із найбільш поширених напрямів психологічної допомоги є когнітивно-біхевіоральний підхід, який базується на уявленні про те, що емоційні та поведінкові реакції людини визначаються її інтерпретацією подій. У контексті дитячої травми формуються дезадаптивні переконання, що можуть набувати глобального характеру і впливати на всі сфери життя, включаючи міжособистісні відносини, професійну діяльність та самооцінку. Такі переконання часто мають характер узагальнень, наприклад, сприйняття світу як небезпечного або себе як неспроможного досягати успіху. Психотерапевтична робота в межах цього підходу спрямована на виявлення, аналіз і зміну таких когнітивних структур, що дозволяє зменшити інтенсивність негативних емоцій і сформувати більш адаптивні поведінкові стратегії. Важливою складовою є також розвиток навичок саморегуляції, які допомагають людині ефективно справлятися зі стресом.

Поряд із цим значне місце у роботі з наслідками травми займає психодинамічний підхід, який акцентує увагу на глибинних, часто неусвідомлених процесах, що формуються у ранньому дитинстві. Відповідно до цього підходу, травматичний досвід може витіснятися зі свідомості, однак продовжує впливати на поведінку та емоційний стан через внутрішні конфлікти,

які не були вирішені. Особливе значення має аналіз ранніх відносин із значущими дорослими, оскільки саме вони формують базові уявлення про себе та інших. У процесі терапії відбувається поступове усвідомлення витіснених переживань, що дозволяє інтегрувати травматичний досвід у цілісну структуру особистості та зменшити його деструктивний вплив.

Сучасні інтегративні підходи, зокрема схема-терапія, розглядають наслідки дитячої травми як результат формування ранніх дезадаптивних схем, які впливають на сприйняття реальності та поведінку людини. Ці схеми є стійкими патернами, що формуються у відповідь на незадоволення базових емоційних потреб дитини, таких як потреба у безпеці, прийнятті, підтримці та автономії. У дорослому віці вони можуть проявлятися у вигляді хронічного почуття покинутості, недовіри до інших, низької самооцінки або страху близькості. Робота з такими схемами передбачає не лише їх усвідомлення, але й емоційне опрацювання та формування нових, більш адаптивних моделей взаємодії.

Останніми роками все більшого значення набувають підходи, що враховують тілесний аспект травми. Дослідження у сфері нейропсихології свідчать про те, що травматичний досвід фіксується не лише у психічних структурах, але й у функціонуванні нервової системи, що проявляється у підвищеній тривожності, гіперчутливості до стресових стимулів або, навпаки, емоційному притупленні. У зв'язку з цим ефективними є методи, спрямовані на відновлення регуляції нервової системи, зокрема робота з тілесними відчуттями, дихальні техніки та практики усвідомленості. Вони дозволяють знизити рівень фізіологічного напруження та сприяють відновленню відчуття безпеки.

Важливо підкреслити, що жоден із зазначених підходів не є універсальним, і ефективність психотерапевтичної допомоги значною мірою залежить від індивідуальних особливостей клієнта, характеру травматичного

досвіду та рівня його усвідомлення. Саме тому сучасна практика все частіше використовує інтегративні моделі, які поєднують різні методи та техніки, забезпечуючи комплексний вплив на всі рівні функціонування особистості. Такий підхід дозволяє не лише зменшити симптоми, але й сприяє глибоким особистісним змінам, формуванню нових життєвих стратегій та підвищенню якості життя.

Таким чином, психологічна корекція наслідків дитячої травми є складним і тривалим процесом, що потребує системного підходу, професійної підтримки та активної участі самої особистості. Ефективна терапія спрямована не лише на подолання негативних наслідків травми, але й на розвиток внутрішніх ресурсів, що забезпечують стійкість і здатність до адаптації у різних життєвих ситуаціях.

Важливим аспектом є також формування терапевтичного альянсу, який виступає основою будь-якого ефективного психологічного втручання. Довіра між клієнтом і терапевтом створює умови для відкритого обговорення травматичного досвіду, що є необхідною умовою його опрацювання. У цьому контексті особливого значення набуває емпатійне ставлення, прийняття та безумовна підтримка, які сприяють відновленню базового відчуття безпеки, часто порушеного у дитинстві.

Не менш важливою є роль емоційної регуляції у процесі корекції наслідків травми. Особи, які пережили травматичний досвід у дитинстві, часто мають труднощі з ідентифікацією та вираженням власних емоцій, що може проявлятися у вигляді емоційної лабільності або, навпаки, емоційного «оніміння». Тому одним із завдань психотерапії є розвиток здатності до усвідомлення власних емоційних станів, їх прийняття та конструктивного вираження. Це досягається через використання різноманітних технік, спрямованих на підвищення рівня емоційної компетентності.

Крім того, важливу роль у процесі корекції відіграє робота з міжособистісними відносинами. Дитяча травма часто призводить до

формування дезадаптивних моделей взаємодії, що проявляються у труднощах довіри, страху близькості або залежності від інших людей. У дорослому житті це може ускладнювати побудову стабільних і гармонійних відносин. Психотерапія дозволяє не лише усвідомити ці патерни, але й сформувані нові, більш адаптивні способи взаємодії, що базуються на взаємній повазі, довірі та емоційній відкритості.

Особливу увагу слід приділити впливу травми на самооцінку та ідентичність особистості. Травматичний досвід у дитинстві часто супроводжується формуванням негативного образу «Я», що може проявлятися у почутті меншовартості, провини або сорому. У процесі психотерапії важливим завданням є реконструкція позитивного образу себе, розвиток самоприйняття та формування адекватної самооцінки. Це сприяє підвищенню впевненості у власних силах і готовності до активної життєвої позиції.

Також необхідно враховувати, що процес корекції наслідків дитячої травми є тривалим і не завжди лінійним. Можливі періоди регресу або загострення симптомів, що є природною частиною терапевтичного процесу. Важливою умовою ефективності є систематичність роботи та підтримка мотивації клієнта до змін. У цьому контексті значення має не лише професійна допомога, але й підтримка з боку соціального оточення.

Сучасні дослідження також підкреслюють значення мультидисциплінарного підходу до роботи з травмою, який передбачає взаємодію психологів, психотерапевтів, психіатрів та соціальних працівників. Такий підхід дозволяє врахувати всі аспекти впливу травматичного досвіду та забезпечити комплексну допомогу, спрямовану на відновлення психічного здоров'я та соціального функціонування особистості.

Окремим напрямом є використання групових форм роботи, які дозволяють створити середовище підтримки та взаєморозуміння. Участь у терапевтичних групах дає можливість людині побачити, що її досвід не є

унікальним, що сприяє зниженню почуття ізольованості та сорому. Крім того, групова взаємодія дозволяє відпрацьовувати нові моделі поведінки у безпечному середовищі.

Узагальнюючи, можна зазначити, що психологічна корекція наслідків дитячої травми є складним, багатовимірним процесом, який потребує індивідуального підходу, професійної підтримки та активної участі самої особистості. Поєднання різних психотерапевтичних методів, розвиток емоційної регуляції, робота з міжособистісними відносинами та формування позитивного образу «Я» є ключовими компонентами ефективного подолання наслідків травматичного досвіду та досягнення психологічного благополуччя.

1.7.1. Особливості психотерапевтичного процесу при роботі з наслідками дитячої травми

Психотерапевтичний процес у роботі з наслідками дитячої психологічної травми має низку специфічних особливостей, що відрізняють його від роботи з іншими психологічними проблемами. Насамперед це пов'язано з тим, що травматичний досвід часто має глибоко інтегрований характер і впливає на базові структури особистості, включаючи систему переконань, емоційні реакції та моделі поведінки. У зв'язку з цим терапевтичний процес вимагає особливої обережності, поступовості та чутливості до внутрішнього стану клієнта.

Однією з ключових характеристик такого процесу є необхідність формування відчуття безпеки. Для осіб, які пережили травму в дитинстві, світ часто сприймається як небезпечний і непередбачуваний, тому створення стабільного і довірливого терапевтичного середовища є першочерговим завданням. Це досягається через послідовність дій терапевта, чіткість меж та емпатійне ставлення.

Важливою складовою є також темп роботи. Надто швидке занурення у травматичні спогади може призвести до повторної травматизації, тоді як

надмірне уникання цієї теми — до зниження ефективності терапії. Тому оптимальним є поступове опрацювання травматичного матеріалу з урахуванням готовності клієнта.

Окрім цього, терапевтичний процес часто включає роботу з почуттям сорому, провини та безпорадності, які є типовими для осіб із травматичним досвідом. Ці емоції можуть бути настільки інтенсивними, що людина намагається їх уникати, що ускладнює процес усвідомлення і опрацювання травми.

Таким чином, психотерапевтичний процес у даному контексті є тривалим і багатокомпонентним, що вимагає високого рівня професійної підготовки спеціаліста та активної участі клієнта.

1.7.2. Роль самодопомоги та особистісного розвитку у подоланні наслідків травми

Поряд із професійною психологічною допомогою важливу роль у подоланні наслідків дитячої травми відіграє самодопомога та активна позиція самої особистості. Самодопомога включає різноманітні стратегії та практики, спрямовані на підвищення рівня психологічного благополуччя, розвиток емоційної регуляції та зміцнення внутрішніх ресурсів.

Одним із ключових аспектів є розвиток усвідомленості, яка дозволяє людині краще розуміти власні емоції, думки та поведінкові реакції. Практики усвідомленості сприяють зниженню рівня тривожності та підвищенню здатності до саморегуляції.

Важливим є також формування здорового способу життя, що включає фізичну активність, режим сну та збалансоване харчування. Фізичний стан організму безпосередньо пов'язаний із психічним здоров'ям, тому його підтримка є важливою складовою загального благополуччя.

Крім того, значну роль відіграє розвиток соціальних зв'язків. Підтримка з боку друзів, родини або спільнот сприяє зменшенню відчуття ізолюваності та підвищує рівень емоційної стабільності.

Таким чином, самопомога є важливим доповненням до психотерапії та сприяє більш ефективному подоланню наслідків травматичного досвіду.

1.8. Профілактика дитячої психологічної травми та її наслідків

Профілактика дитячої психологічної травми є одним із найважливіших напрямів сучасної психології, педагогіки та соціальної політики, оскільки вона спрямована на забезпечення гармонійного розвитку особистості та запобігання формуванню дезадаптивних моделей поведінки у майбутньому. Враховуючи те, що дитинство є критичним періодом розвитку, у якому закладаються основи емоційного, когнітивного та соціального функціонування, створення безпечного і підтримуючого середовища є ключовою умовою психічного благополуччя.

Одним із основних напрямів профілактики є підвищення рівня психологічної культури батьків та осіб, що здійснюють виховання дитини. Батьківське ставлення, стиль виховання та емоційна доступність дорослих мають вирішальний вплив на формування у дитини відчуття безпеки, довіри до світу та впевненості у власних силах. Негативні форми виховання, такі як емоційна холодність, надмірна критика або насильство, можуть стати джерелом травматичного досвіду, який у подальшому впливає на формування особистості. Тому важливим є розвиток у батьків навичок емоційної підтримки, ефективної комунікації та конструктивного вирішення конфліктів.

Не менш значущу роль у профілактиці відіграють освітні установи, які є важливим соціальним середовищем для дитини. Школа та інші навчальні заклади можуть не лише забезпечувати освітній процес, але й виконувати функцію психологічної підтримки, створюючи умови для розвитку емоційного інтелекту, соціальних навичок та здатності до саморегуляції. Важливим аспектом є впровадження програм, спрямованих на попередження булінгу, розвиток толерантності та формування безпечного середовища, у якому кожна дитина відчуває себе прийнятою та захищеною.

Соціальний рівень профілактики передбачає реалізацію державних програм, спрямованих на підтримку сімей, що перебувають у складних

життєвих обставинах, а також захист прав дітей. Ефективна соціальна політика включає доступ до психологічної допомоги, соціальних послуг та освітніх ресурсів, що дозволяють зменшити ризик виникнення травматичних ситуацій. Особливу увагу слід приділяти сім'ям із високим рівнем ризику, де існує ймовірність насильства або нехтування потребами дитини.

Важливим напрямом профілактики є також розвиток у дітей навичок емоційної регуляції та стресостійкості. Навчання дітей розпізнавати власні емоції, виражати їх конструктивним способом та справлятися зі складними ситуаціями сприяє формуванню психологічної стійкості. Розвиток цих навичок дозволяє зменшити негативний вплив потенційно травматичних подій і сприяє більш ефективній адаптації до змін.

Окремо слід відзначити значення раннього виявлення ознак травматизації. Своєчасне реагування на зміни у поведінці або емоційному стані дитини дозволяє запобігти розвитку більш серйозних психологічних проблем. У цьому контексті важливою є співпраця між батьками, педагогами та психологами, яка забезпечує комплексний підхід до підтримки дитини.

Профілактика також передбачає формування у суспільстві культури ненасильницького спілкування та поваги до прав дитини. Поширення знань про психологічне благополуччя, важливість емоційної підтримки та недопустимість насильства сприяє створенню середовища, у якому ризик травматизації значно знижується.

Таким чином, профілактика дитячої психологічної травми є багаторівневим процесом, що охоплює сімейний, освітній та соціальний рівні. Її ефективність залежить від узгоджених дій різних інституцій та активної участі суспільства загалом. Комплексний підхід до профілактики дозволяє не лише зменшити кількість травматичних випадків, але й сприяє формуванню психологічно здорового покоління, здатного до гармонійного розвитку та ефективної адаптації у сучасному світі.

ефективність профілактики дитячої психологічної травми значною мірою залежить від своєчасності втручання та системності заходів, які реалізуються на різних рівнях соціального середовища. Важливою умовою є не лише реагування на вже наявні проблеми, але й формування таких умов розвитку дитини, які мінімізують ймовірність виникнення травматичних ситуацій. У цьому контексті профілактика набуває випереджального характеру і спрямовується на створення стабільного, передбачуваного та емоційно безпечного середовища.

Одним із ключових напрямів є розвиток батьківської компетентності, що передбачає формування у дорослих розуміння психологічних потреб дитини на різних етапах її розвитку. Недостатня обізнаність батьків щодо особливостей емоційного розвитку дітей часто призводить до використання неефективних або навіть травматичних методів виховання, таких як ігнорування емоцій, надмірний контроль або покарання. Просвітницькі програми, тренінги для батьків та психологічне консультування сприяють формуванню більш чутливого та підтримуючого стилю взаємодії з дитиною, що значно знижує ризик психологічної травматизації.

Важливим аспектом профілактики є також розвиток у дітей навичок соціальної взаємодії та комунікації. Діти, які вміють конструктивно висловлювати свої потреби, встановлювати межі та вирішувати конфлікти, є менш вразливими до негативного впливу соціального середовища. У цьому контексті значну роль відіграють освітні програми, спрямовані на розвиток емоційного інтелекту, емпатії та толерантності. Такі програми сприяють формуванню сприятливого психологічного клімату в колективі та зменшують ризик виникнення булінгу.

Необхідно також враховувати вплив сучасних соціокультурних умов на формування психологічного благополуччя дітей. Зростання інформаційного навантаження, активне використання цифрових технологій та соціальних мереж

створюють нові виклики, які можуть виступати джерелом стресу та психологічної напруги. У зв'язку з цим важливим є формування у дітей навичок критичного мислення, інформаційної гігієни та безпечної поведінки в цифровому середовищі.

Окрему увагу слід приділити ролі педагогів та інших фахівців, які працюють з дітьми. Вони часто є першими, хто може помітити зміни у поведінці або емоційному стані дитини, що свідчать про можливу травматизацію. Тому підвищення їхньої професійної компетентності у сфері психології травми, а також розвиток навичок раннього виявлення та реагування є важливим елементом профілактики. Співпраця між педагогами, психологами та батьками забезпечує комплексний підхід до підтримки дитини.

Важливим напрямом є також створення системи доступної психологічної допомоги, яка дозволяє дітям та їхнім сім'ям отримати підтримку на ранніх етапах виникнення проблем. Наявність шкільних психологів, кризових центрів та гарячих ліній значно підвищує можливості для своєчасного втручання та зменшення негативних наслідків травматичного досвіду.

Крім того, значення має формування у суспільстві культури турботи про психічне здоров'я. Подолання стигматизації звернення за психологічною допомогою, популяризація знань про емоційне благополуччя та підтримка відкритого обговорення психологічних проблем сприяють створенню умов, у яких люди не бояться звертатися по допомогу.

Не менш важливим є врахування індивідуальних особливостей дітей у процесі профілактики. Різні діти по-різному реагують на однакові ситуації, тому підхід до профілактичної роботи має бути диференційованим. Особливу увагу слід приділяти дітям із підвищеним рівнем тривожності, емоційною вразливістю або тим, хто перебуває у складних життєвих обставинах.

Узагальнюючи, можна зазначити, що профілактика дитячої психологічної травми є комплексним і багаторівневим процесом, що потребує координації

зусиль сім'ї, освітніх установ, соціальних служб та суспільства загалом. Ефективна профілактика дозволяє не лише зменшити ризик виникнення травматичних ситуацій, але й створює умови для гармонійного розвитку особистості, формування її психологічної стійкості та здатності до адаптації у сучасному світі.

1.8.1. Формування психологічно безпечного середовища як основа профілактики

Одним із ключових напрямів профілактики дитячої психологічної травми є створення психологічно безпечного середовища, у якому дитина може розвиватися без страху, тривоги та постійного емоційного напруження. Таке середовище характеризується стабільністю, передбачуваністю та наявністю підтримки з боку дорослих.

Психологічна безпека передбачає, що дитина має можливість відкрито виражати свої емоції, не побоюючись осуду або покарання. Вона також включає повагу до індивідуальності дитини, її потреб та особливостей розвитку.

Важливим елементом є наявність чітких і зрозумілих правил, які створюють відчуття порядку і стабільності. Водночас ці правила мають бути гнучкими і враховувати вікові та індивідуальні особливості дитини.

Також значну роль відіграє емоційна доступність дорослих, які повинні бути готовими вислухати дитину, підтримати її та допомогти у складних ситуаціях. Саме через взаємодію з дорослими формується базове відчуття довіри до світу.

У освітньому середовищі розвиток емоційної компетентності може здійснюватися через спеціальні програми, тренінги та інтерактивні методи навчання. Це сприяє формуванню навичок емпатії, співпраці та конструктивного вирішення конфліктів.

Таким чином, розвиток емоційної компетентності є важливим елементом профілактики, що забезпечує сильне підвищення адаптаційних можливостей особистості її характеру та ще багато як сприяє на її гармонійному розвитку.

1.8.2. Розвиток емоційної компетентності як профілактичний ресурс

Розвиток емоційної компетентності є важливим профілактичним ресурсом, який дозволяє зменшити ризик негативних наслідків травматичних подій. Емоційна компетентність включає здатність розпізнавати, розуміти та регулювати власні емоції, а також адекватно реагувати на емоції інших людей.

Формування цих навичок починається у ранньому дитинстві та значною мірою залежить від взаємодії з батьками та іншими значущими дорослими. Діти, які отримують підтримку у вираженні своїх емоцій, краще справляються зі стресовими ситуаціями та мають вищий рівень психологічної стійкості.

1.9. Довгострокові наслідки дитячої психологічної травми у дорослому житті

Дитяча психологічна травма має не лише короточасний вплив на психоемоційний стан дитини, але й визначає особливості розвитку особистості у довгостроковій перспективі. Наслідки травматичного досвіду можуть проявлятися у різних сферах життєдіяльності дорослої людини, включаючи емоційну, когнітивну, поведінкову та соціальну. При цьому важливо зазначити, що ці наслідки не завжди є очевидними або усвідомленими, оскільки вони можуть маскуватися під інші психологічні труднощі або сприйматися як індивідуальні особливості характеру.

Одним із найбільш поширених проявів довгострокового впливу дитячої травми є порушення емоційної сфери. Особи, які пережили травматичний досвід у дитинстві, часто характеризуються підвищеним рівнем тривожності, схильністю до депресивних станів, емоційною нестабільністю або, навпаки, емоційною відстороненістю. Такі особливості зумовлені порушенням процесів емоційної регуляції, що формуються у ранньому віці під впливом несприятливих умов розвитку. У дорослому житті це може проявлятися у труднощах із розпізнаванням власних емоцій, їх адекватним вираженням та контролем.

Когнітивна сфера також зазнає значного впливу дитячої травми. У процесі розвитку формуються стійкі переконання щодо себе, інших людей та світу загалом. Травматичний досвід може призводити до формування негативних когнітивних схем, таких як переконання у власній неспроможності, недовіра до інших або очікування небезпеки. Ці переконання впливають на прийняття рішень, інтерпретацію подій та поведінку, часто обмежуючи можливості особистісного розвитку.

Особливе місце займають поведінкові наслідки травми. У дорослому віці вони можуть проявлятися у вигляді уникання складних ситуацій, труднощів у

прийнятті рішень, імпульсивності або агресивної поведінки. Такі поведінкові патерни формуються як спосіб адаптації до травматичного досвіду, однак у подальшому можуть ускладнювати соціальну адаптацію та знижувати якість життя.

Соціальна сфера також є вразливою до впливу дитячої травми. Одним із ключових аспектів є формування стилю прив'язаності, який визначає характер міжособистісних відносин у дорослому житті. Негативний досвід взаємодії з батьками або іншими значущими дорослими може призводити до розвитку тривожного або унікального стилю прив'язаності, що ускладнює побудову стабільних і довірливих стосунків. Особи з таким досвідом можуть відчувати страх близькості, труднощі у вираженні емоцій або залежність від інших.

Крім того, дитяча травма може впливати на професійну сферу життя. Низька самооцінка, страх невдачі або труднощі у взаємодії з колегами можуть обмежувати кар'єрний розвиток та професійну реалізацію. У деяких випадках це може призводити до уникання відповідальності або, навпаки, до надмірного прагнення досягнень як способу компенсації внутрішніх переживань.

Необхідно також враховувати вплив травми на фізичне здоров'я. Хронічний стрес, пов'язаний із травматичним досвідом, може призводити до порушення роботи нервової, ендокринної та імунної систем, що підвищує ризик розвитку психосоматичних захворювань. Таким чином, дитяча травма має комплексний вплив, що охоплює як психічні, так і фізіологічні аспекти функціонування організму.

Водночас важливо підкреслити, що наявність травматичного досвіду не визначає однозначно негативний сценарій розвитку особистості. Значну роль відіграють індивідуальні ресурси, рівень соціальної підтримки та можливість отримання психологічної допомоги. За сприятливих умов особистість здатна не лише подолати наслідки травми, але й розвинути нові адаптивні якості, такі як стійкість, емпатія та здатність до саморефлексії.

Таким чином, довгострокові наслідки дитячої психологічної травми є багатовимірними та проявляються у різних сферах життєдіяльності дорослої людини. Їх розуміння є важливим для розробки ефективних стратегій психологічної допомоги, профілактики та підтримки, спрямованих на забезпечення гармонійного розвитку особистості та підвищення якості життя.

Однією з найважливіших сфер, на яку впливає дитяча психологічна травма, є система міжособистісних відносин у дорослому віці. Саме у дитинстві закладаються базові моделі взаємодії з іншими людьми, формуються уявлення про довіру, близькість, безпеку та прийняття. Травматичний досвід, пов'язаний із порушенням цих базових потреб, може мати тривалий вплив на здатність особистості будувати гармонійні соціальні зв'язки.

Одним із ключових механізмів такого впливу є формування стилю прив'язаності. Якщо у дитинстві взаємодія з батьками або іншими значущими дорослими була нестабільною, непередбачуваною або супроводжувалася емоційним відторгненням, у дитини формується небезпечний стиль прив'язаності. У дорослому віці це може проявлятися у вигляді тривожності у стосунках, страху втрати партнера або, навпаки, уникання близькості та емоційної дистанційованості.

Особи, які пережили травматичний досвід у дитинстві, часто мають труднощі з довірою до інших людей. Вони можуть сприймати соціальне середовище як потенційно небезпечне, що призводить до обмеження контактів або формування поверхневих відносин. У деяких випадках це проявляється у надмірній підозрливості або очікуванні негативного ставлення з боку інших, навіть за відсутності об'єктивних підстав.

Водночас можливий і протилежний варіант розвитку, коли людина прагне надмірної близькості та залежності від інших. Така поведінка може бути зумовлена дефіцитом емоційної підтримки у дитинстві та прагненням компенсувати цей дефіцит у дорослому житті. Однак це часто призводить до

формування нездорових, співзалежних відносин, у яких порушуються особистісні межі.

Особливу увагу слід приділити труднощам у вираженні емоцій у міжособистісних відносинах. Особи з травматичним досвідом можуть мати обмежений репертуар емоційних реакцій або уникати відкритого вираження почуттів через страх бути відкинутими чи незрозумілими. Це ускладнює комунікацію та може призводити до конфліктів або непорозумінь.

Крім того, дитяча травма впливає на здатність до встановлення особистісних меж. Людина може або надмірно захищати свої межі, не допускаючи інших до близького контакту, або, навпаки, не вміти їх відстоювати, що робить її вразливою до маніпуляцій і психологічного тиску. У обох випадках це негативно впливає на якість міжособистісних відносин.

Не менш важливим є вплив травми на вибір партнерів та відтворення моделей поведінки. Часто спостерігається тенденція до повторення знайомих сценаріїв взаємодії, навіть якщо вони є деструктивними. Це пов'язано з тим, що людина несвідомо відтворює ті моделі, які були засвоєні у дитинстві, оскільки вони є для неї звичними і передбачуваними.

Водночас варто зазначити, що усвідомлення цих патернів та робота над ними дозволяє змінити якість міжособистісних відносин. Психотерапія, розвиток емоційної компетентності та підтримка з боку соціального оточення сприяють формуванню більш здорових моделей взаємодії.

Таким чином, вплив дитячої психологічної травми на міжособистісні відносини у дорослому віці є комплексним і проявляється у різних аспектах соціальної взаємодії. Розуміння цих процесів є важливим для розробки ефективних стратегій психологічної допомоги та підтримки, спрямованих на покращення якості життя особистості.

Висновки до розділу 1

У межах теоретичного аналізу встановлено, що дитяча психологічна травма є багатовимірним явищем, що охоплює різні види негативного досвіду, включно з емоційним, фізичним, сексуальним насильством, занедбанням, хронічним стресом та втратою значущих дорослих. Кожен вид травми має специфічні прояви у психіці дитини та закладає базу для формування стійких когнітивно-емоційних схем, поведінкових стратегій та моделей прив'язаності. Теоретичний аналіз різних наукових підходів дозволяє виділити біопсихологічні, психодинамічні, когнітивно-біхевіоральні та соціальні аспекти травми, що взаємопов'язані та формують комплексний вплив на подальший розвиток особистості.

Проаналізовано психологічні механізми, через які дитяча травма впливає на формування дорослої особистості. До таких механізмів належать порушення когнітивних схем, дезадаптивні стратегії поведінки, проблеми емоційної регуляції, особливості копінгу та соціальні моделі взаємодії, а також нейропсихологічні зміни. Вони визначають не лише психічний стан дорослої людини, а й її соціальну адаптацію, здатність будувати близькі стосунки, ефективно вирішувати проблеми та регулювати емоції. У комплексі ці механізми формують стійкі патерни поведінки, які можуть бути як адаптивними, так і дезадаптивними залежно від індивідуальних ресурсів та соціального контексту.

Встановлено, що прояви дитячої психологічної травми у дорослому віці охоплюють когнітивну, емоційну, поведінкову, соціальну та нейропсихологічну сфери, що визначає широкий спектр віддалених наслідків, які включають низьку самооцінку, підвищену тривожність, повторювані деструктивні моделі взаємодії та проблеми у міжособистісних стосунках. Теоретичні висновки розділу підкреслюють необхідність комплексного підходу до діагностики та

психотерапевтичного втручання, що враховує різні види травми та механізми її впливу, а також закладають основу для емпіричного дослідження, яке спрямоване на вивчення конкретних психологічних проявів і закономірностей трансформації травматичного досвіду у дорослому житті.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ ДОРΟΣЛОЇ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Організація та етапи дослідження

Організація емпіричного дослідження впливу дитячої психологічної травми на формування дорослої особистості передбачає чітке визначення об'єкта, предмета, мети та завдань дослідження. Об'єктом дослідження є психологічні наслідки дитячої травми в структурі дорослої особистості, а предметом – взаємозв'язок між характеристиками травматичного досвіду та психологічними процесами формування дорослої особистості, включно з когнітивними схемами, емоційною регуляцією, стилем прив'язаності та копінг-стратегіями. Для досягнення мети дослідження було необхідно систематизувати теоретичні підходи, обрати відповідні психодіагностичні інструменти, а також розробити методику збору даних, яка забезпечує надійність і валідність результатів.

Дослідження було організовано у декілька логічно послідовних етапів. Перший етап передбачав планування експериментальної роботи, включно з формулюванням гіпотез, визначенням вибірки та підбором психодіагностичних методик. Було проведено попереднє тестування інструментів на невеликій пілотній групі для перевірки зрозумілості питань і технічної працездатності опитувальників. Другий етап включав основний збір даних, що здійснювався за допомогою стандартизованих методик та авторського опитувальника, який дозволяв враховувати соціально-демографічні та психологічні чинники [10]. На цьому етапі досліджувані заповнювали опитувальники у контрольованих умовах, а результати фіксувалися для подальшої обробки.

Третій етап дослідження передбачав обробку отриманих даних і їх первинний аналіз. Використовувалися методи описової статистики, що

дозволяло оцінити розподіл показників, середні значення, дисперсію та варіації отриманих результатів. Для визначення зв'язків між різними психологічними характеристиками застосовувався кореляційний аналіз, що допомагав виявити взаємозв'язки між травматичним досвідом у дитинстві та проявами дорослої особистості. Додатково використовувалися порівняння груп за певними ознаками, що дозволяло оцінити вплив різних типів травми на психічні процеси та поведінкові патерни [10].

Четвертий етап включав інтерпретацію результатів і формування висновків, що дозволяло зіставити емпіричні дані з теоретичними положеннями та перевірити гіпотези дослідження. Особлива увага приділялася визначенню практичної значущості отриманих даних, їх використанню у психологічному консультуванні та психотерапії дорослих із наслідками дитячої травми. На цьому етапі також розроблялися рекомендації щодо профілактики негативних наслідків травматизації та корекції дезадаптивних моделей поведінки [14].

Вибірка дослідження була сформована з урахуванням критеріїв включення та виключення для забезпечення репрезентативності та достовірності результатів. Основними критеріями були: вік респондентів від 25 до 45 років, наявність або відсутність досвіду дитячої психологічної травми, відсутність гострих психічних розладів, здатність самостійно заповнювати опитувальники та надавати інформовану згоду. Загальна чисельність вибірки становила 120 осіб, що дозволяло провести статистично значущі порівняння та кореляційний аналіз [10].

Особливу увагу було приділено етичним аспектам дослідження. Усі респонденти добровільно надавали інформовану згоду, були поінформовані про мету та процедуру дослідження, а також мали можливість відмовитися від участі у будь-який момент. Дані оброблялися конфіденційно, а результати були анонімізовані для захисту приватної інформації учасників. Крім того, передбачалася психологічна підтримка для респондентів, які могли відчувати

дискомфорт під час заповнення опитувальників, пов'язаних із пережитими травмами [14].

Реалізація організаційних етапів дослідження забезпечила системний підхід до збору та аналізу даних. Поєднання стандартизованих методик та авторського опитувальника дозволило охопити як психоемоційні, так і соціально-демографічні чинники, що впливають на формування дорослої особистості. Така організаційна структура дозволила мінімізувати похибки збору даних, забезпечити репрезентативність вибірки та підвищити надійність результатів.

Отримані дані були структуровані для подальшого аналізу та інтерпретації, що включало кодування відповідей, формування підсумкових показників та підготовку таблиць і графіків для наочного представлення результатів. Кожен етап був документований, що забезпечило прозорість методології та можливість повторного дослідження або порівняння з подібними емпіричними роботами. Такий підхід підвищує валідність висновків і їх практичну значущість [10].

Таким чином, організація дослідження та чітке дотримання послідовності етапів – від планування та формування вибірки до збору даних, їх обробки та інтерпретації – забезпечило системне вивчення впливу дитячої психологічної травми на дорослу особистість. Структурований підхід дозволив оцінити взаємозв'язки між характеристиками травми та психічними процесами, виділити закономірності та підготувати базу для формулювання практичних рекомендацій у психологічному консультуванні та психотерапії. Ефективна організація дослідження заклала основу для подальшого аналізу результатів у підрозділах 2.2–2.4 та забезпечила надійність і об'єктивність отриманих висновків.

2.2. Методи та методики дослідження

Для вивчення впливу дитячої психологічної травми на формування дорослої особистості було застосовано комплекс методів та методик, що забезпечують комплексну оцінку когнітивних, емоційних, поведінкових і соціальних аспектів [55]. Теоретичні методи включали аналіз, синтез, порівняння та систематизацію літературних джерел, що дозволило уточнити поняття дитячої психологічної травми та визначити психологічні механізми її впливу на дорослу особистість. Емпіричні методи включали опитування, стандартизовані психодіагностичні методики та авторські анкети, що забезпечували кількісне та якісне вимірювання психологічних характеристик досліджуваних [14]. Такий підхід дозволяв оцінювати не лише наявність травматичного досвіду, а й його психологічні наслідки у дорослому віці, включно з копінг-стратегіями, стилем прив'язаності та схемо-режимами.

Основним інструментарієм дослідження були стандартизовані методики, які мають перевірену валідність і надійність. Для оцінки стилю прив'язаності дорослих використовувалася шкала *Adult Attachment Scale*, яка дозволяє визначити тип прив'язаності та рівень безпеки у міжособистісних стосунках (Додаток А) [52]. Наприклад, дорослий респондент міг *позначити, що він часто боїться близькості та уникає відкритих емоційних проявів*, що є показником тривожно-амбівалентного стилю прив'язаності.

Для оцінки способів копінгу застосовувався *опитувальник Лазаруса*, який дозволяє визначити домінуючі стратегії подолання стресу, включно з адаптивними та дезадаптивними, що дозволяє відстежити, як дитячі травми формують стійкі патерни реагування на стресові ситуації (Додаток Б).

Для дослідження ранніх дезадаптивних схем і режимів функціонування застосовувався *опитувальник схема-режимів Джеффри Янг*, котрий дозволяє оцінити ступінь закріплення дезадаптивних когнітивно-емоційних та поведінкових моделей (Додаток В) [51]. Наприклад, респондент міг *визначити,*

що часто відчувається покинутим або відчуває надмірну потребу у контролі над іншими, що відображає активацію відповідних схема-режимів. Використання цієї методики дає змогу не лише кількісно оцінити рівень травматичного впливу, а й визначити психологічні механізми, що підтримують дезадаптивну поведінку у дорослому житті.

Авторський опитувальник для збору соціально-демографічних даних і структурованої самооцінки дитячого досвіду дозволяв враховувати додаткові чинники впливу, такі як сімейна структура, рівень підтримки з боку значущих дорослих, наявність хронічного стресу чи конфліктів у дитинстві, що забезпечувало комплексний підхід до збору даних і давало змогу зіставляти прояви дорослої особистості з характеристиками травматичного досвіду (Додаток Г). Наприклад, респондент міг *вказати, що у дитинстві часто залишався без уваги батьків під час конфліктних ситуацій*, що дозволяло оцінити рівень емоційного занедбання.

Методи обробки даних включали описову статистику, кореляційний аналіз, порівняння груп та регресійні моделі для виявлення взаємозв'язків між характеристиками дитячої травми та психологічними процесами [55]. Описова статистика дозволяла оцінити розподіл показників і середні значення, тоді як кореляційний аналіз допомагав виявити зв'язки між травматичним досвідом і проявами дорослої особистості. Наприклад, можна було визначити, що *вищий рівень емоційного занедбання у дитинстві корелює з підвищеною тривожністю та небезпекою уникання близькості у дорослому віці*.

Для перевірки гіпотез використовувалися порівняння груп за наявністю або відсутністю досвіду травми, а також аналіз внутрішніх взаємозв'язків між змінними, що дозволяло визначити статистично значущі відмінності та взаємозалежності, що сприяло точному опису закономірностей впливу травми на дорослу особистість. Наприклад, *група дорослих, які пережили фізичне*

насильство в дитинстві, демонструвала більш виражені дезадаптивні схеми уникання порівняно з групою без травматичного досвіду.

Особливу увагу було приділено етичним аспектам використання методів і методик. Всі респонденти добровільно давали згоду на участь, отримували пояснення про мету дослідження, могли у будь-який момент відмовитися від участі та мали доступ до психологічної підтримки при емоційному дискомфорті, що забезпечило не лише етичну сторону дослідження, а й достовірність отриманих даних, оскільки респонденти більш відкрито і чесно відповідали на питання.

Розроблена система методів і методик дозволила комплексно оцінити вплив дитячої психологічної травми на дорослу особистість, враховуючи когнітивні, емоційні, поведінкові, соціальні та нейропсихологічні аспекти. Використання стандартизованих інструментів і авторського опитувальника забезпечило репрезентативність і надійність результатів. Такий підхід дозволяє не лише кількісно виміряти прояви травми, а й виявити механізми, які забезпечують трансформацію раннього досвіду у стійкі патерни дорослої особистості.

Таким чином, комплекс методів і методик дослідження забезпечив системну оцінку впливу дитячої травми на дорослу особистість, дозволив виявити взаємозв'язки між травматичним досвідом і проявами дорослої психіки, а також заклав основу для формулювання практичних рекомендацій щодо психологічної підтримки та профілактики негативних наслідків травматизації.

2.3. Обробка та аналіз результатів

У ході дослідження було опрацьовано дані 120 респондентів, які пройшли стандартизовані опитувальники та авторський інструментарій. Результати свідчать, що понад 65 % учасників мали досвід щонайменше одного виду дитячої психологічної травми, що проявлялося у відчутті емоційного занедбання, страху близькості або конфліктних сімейних ситуаціях. Аналіз соціально-демографічних характеристик показав, що травматичний досвід зустрічався приблизно однаково серед чоловіків та жінок, але більш виражений вплив на когнітивні та емоційні прояви спостерігався у віковій групі 25–35 років. Респонденти, які зазначили наявність хронічного стресу у дитинстві, частіше демонстрували труднощі з емоційною регуляцією та низьку впевненість у власних силах.

Визначення стилю прив'язаності серед респондентів показало, як дитячий травматичний досвід впливає на формування дорослих моделей міжособистісних взаємодій, що відображено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Розподіл стилів прив'язаності серед респондентів (Adult Attachment Scale)

Стиль прив'язаності	Кількість респондентів	Відсоток від загальної вибірки (%)
Тривожно-амбівалентний	50	42
Унікальний	33	28
Безпечний	37	30
Всього	120	100

Аналіз табл. 2.1 показує, що найбільша частка респондентів (42 %) характеризується тривожно-амбівалентним стилем прив'язаності, що свідчить про високий рівень тривоги у міжособистісних стосунках та надмірну потребу у контролі партнерів. Статистично помітна група респондентів (28 %) демонструє

унікальний стиль прив'язаності, що вказує на схильність до емоційного відсторонення та обмеженої соціальної взаємодії, тоді як лише 30 % мають безпечний стиль, притаманний людям з більш стабільною емоційною регуляцією та здатністю довіряти.

Кореляційний аналіз показав прямий зв'язок між рівнем емоційного занедбаня у дитинстві та типом прив'язаності у дорослому віці ($r = 0,53$, $p < 0,01$). Респонденти, які зазначили часте ігнорування їхніх емоцій у дитинстві, переважно демонстрували тривожно-амбівалентний або унікальний стиль прив'язаності, тоді як особи без вираженого травматичного досвіду частіше мали безпечний стиль, що підтверджує значний вплив раннього емоційного досвіду на формування стійких моделей міжособистісної взаємодії у дорослому житті.

Для оцінки домінуючих способів подолання стресу у дорослих респондентів використовувався опитувальник способів копіngu Лазаруса, що дозволяє визначити адаптивні та дезадаптивні стратегії реагування на стресові ситуації (табл. 2.2).

Таблиця 2.2.

Розподіл копіng-стратегій серед респондентів

Стратегія копіngu	Кількість респондентів	Відсоток від загальної вибірки (%)
Уникання проблем	46	38
Емоційне відсторонення	32	27
Активне вирішення проблем	25	21
Пошук соціальної підтримки	17	14
Всього	120	100

Аналіз табл. 2.2 показує, що найбільша частка респондентів (38 %) застосовує дезадаптивну стратегію уникання проблем, що проявляється у

відкладанні рішень, ігноруванні конфліктних ситуацій або відмові від активного вирішення складних питань. Дещо менша група (27 %) демонструє емоційне відсторонення, що вказує на схильність до ізоляції та приховування власних емоцій у складних ситуаціях. Лише 21 % респондентів активно вирішують проблеми, а 14 % надають перевагу пошуку соціальної підтримки, що свідчить про більш адаптивні способи копінгю.

Кореляційний аналіз показав, що високий рівень емоційного занедбання у дитинстві прямо пов'язаний із використанням дезадаптивних копінг-стратегій ($r = 0,49, p < 0,01$). Респонденти, які зазначили часте ігнорування їхніх емоцій у дитинстві, переважно застосовують уникання проблем або емоційне відсторонення у дорослому віці. Ті, хто не мав вираженого травматичного досвіду, частіше обирають активне вирішення проблем або пошук соціальної підтримки, що підтверджує вплив раннього дитячого досвіду на формування стійких моделей подолання стресу.

Для оцінки ранніх дезадаптивних схем та режимів функціонування дорослих респондентів застосовувався опитувальник схема-режимів Джеффри Янг, який дозволяє визначити активність ключових дезадаптивних патернів, що сформувалися у дитинстві (табл. 2.3).

Таблиця 2.3.

Розподіл дезадаптивних схем серед респондентів

Дезадаптивна схема	Кількість респондентів	Відсоток від загальної вибірки (%)
Покинутість / нестача підтримки	48	40
Недосконалість / сором	35	29
Недовіра / зловживання	25	21
Надмірна залежність / незрілість	12	10
Всього	120	100

Аналіз табл. 2.3 демонструє, що найбільша група респондентів (40 %) активізує схему “покинутість/нестача підтримки”, що проявляється у страху залишитися без допомоги або підтримки у стосунках. Значна частка (29 %) демонструє схему “недосконалість/сором”, що проявляється у самозвинуваченні та відчутті власної неповноцінності. Приблизно 21 % респондентів активізують схему “недовіра/зловживання”, що проявляється у підозрілості, скепсисі до намірів інших людей та прагненні контролювати оточення. Найменша частка (10 %) демонструє схему “надмірна залежність/незрілість”, що відображає сильну потребу у підтримці і труднощі з прийняттям самостійних рішень.

Для наочного відображення взаємозв'язків між дитячою травмою, дезадаптивними схемами та копінг-стратегіями було проведено кореляційний аналіз, результати якого узагальнено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Кореляційний аналіз взаємозв'язку дитячої травми, дезадаптивних схем та копінг-стратегій

Показник	Кореляція (r)	Рівень значущості (p)	Напрямок зв'язку
Дитяча травма – дезадаптивні схеми	0,52	< 0,01	Прямий
Дитяча травма – дезадаптивні копінг-стратегії	0,49	< 0,01	Прямий
Дезадаптивні схеми – дезадаптивні копінг-стратегії	0,48	< 0,01	Прямий

Аналіз табл. 2.4 показав, що рівень дезадаптивних схем у дорослих респондентів прямо корелює з наявністю дитячої травми ($r = 0,52$, $p < 0,01$). Наведене свідчить про те, що респонденти, які зазнали комбінації фізичного та емоційного насильства або хронічного емоційного занедбання у дитинстві, частіше демонструють активацію схем “покинутість” та “недовіра/зловживання”. Навпаки, респонденти без травматичного досвіду

мають низьку активацію дезадаптивних схем, що свідчить про відсутність стійких негативних когнітивно-емоційних патернів у дорослому віці.

Крім того, встановлено прямий зв'язок між дезадаптивними схемами та дезадаптивними копінг-стратегіями ($r = 0,48, p < 0,01$), а також між дитячою травмою та дезадаптивними копінг-стратегіями ($r = 0,49, p < 0,01$). Отримані дані підтверджують, що ранній травматичний досвід формує не лише когнітивно-емоційні патерни, а й стійкі стратегії реагування на стресові ситуації у дорослому віці. Наприклад, респонденти з вираженим травматичним досвідом у дитинстві часто уникають складних ситуацій, відсторонюються від емоцій або намагаються контролювати оточення, що у комплексі впливає на їхню адаптивність і соціальні взаємодії. Результати створюють основу для формулювання практичних рекомендацій щодо психотерапевтичного втручання та підтримки дорослих із наслідками дитячої травми.

Аналіз соціально-демографічних факторів показав, що вплив дитячого травматичного досвіду проявляється у дорослому віці як у чоловіків, так і у жінок, проте деякі психологічні прояви мали гендерні відмінності (табл. 2.5).

Таблиця 2.5.

Розподіл проявів травми за статтю та віком респондентів

Показник	Чоловіки (n=58)	Жінки (n=62)	25–35 років (n=67)	36–45 років (n=53)
Підвищена тривожність (%)	43	41	48	35
Агресивність / імпульсивність (%)	29	17	22	24
Емоційне відсторонення / ізоляція (%)	19	26	15	30
Когнітивні прояви (негативні переконання) (%)	21	22	18	27
Використання дезадаптивних копінг- стратегій (%)	37	34	39	32

Аналіз табл. 2.5 показав, що чоловіки частіше демонстрували прояви агресивності та імпульсивності (29 % проти 17 % у жінок), тоді як жінки більшою мірою проявляли емоційне відсторонення та схильність до ізоляції (26 % проти 19 % у чоловіків). Інші прояви, такі як підвищена тривожність, когнітивні переконання та використання дезадаптивних копінг-стратегій, спостерігалися приблизно однаково у обох статей, що свідчить про загальний вплив травматичного досвіду незалежно від гендеру. Отримані дані вказують на наявність гендерних модифікацій у формі проявів психологічного дискомфорту.

Віковий аналіз показав, що респонденти 25–35 років демонстрували більш виражені емоційні прояви травми, зокрема підвищену тривожність і використання дезадаптивних стратегій копінгу (48 % і 39 % відповідно). У віковій групі 36–45 років переважали когнітивні та поведінкові прояви, включно з негативними переконаннями та емоційним відстороненням (27 % і 30 % відповідно), що дозволяє стверджувати про наявність вікових модифікацій у прояві наслідків дитячої травми, що свідчить про поступову трансформацію емоційного досвіду у більш когнітивно-поведінкові патерни з віком.

Отже, обробка та аналіз отриманих даних показала, що дитяча психологічна травма суттєво впливає на різні аспекти дорослої психіки. Виявлено закономірності між характером травми та типами прив'язаності, копінг-стратегіями, когнітивними та емоційними схемами. Результати підрозділу 2.3 створюють основу для подальшої інтерпретації даних у підрозділі 2.4 та формування практичних рекомендацій щодо психологічної підтримки дорослих, які пережили дитячі травматичні події.

2.4. Інтерпретація результатів і практичні рекомендації

Аналіз результатів Adult Attachment Scale (табл. 2.1) показав, що 42 % респондентів із дитячим травматичним досвідом мають тривожно-амбівалентний стиль прив'язаності, а 28 % – унікальний стиль. Лише 30 % респондентів без травматичного досвіду демонстрували безпечний стиль. Наведене свідчить про те, що дитячий травматичний досвід безпосередньо впливає на формування дорослих моделей прив'язаності. Пояснення цього полягає в тому, що ранні переживання емоційного або фізичного занедбання формують базові переконання про ненадійність інших і небезпеку близькості. Як наслідок, дорослі, які зазнали травми, частіше виявляють страх втрати, надмірну потребу контролю або емоційне відсторонення, що і підтверджується статистикою.

Результати опитувальника Лазаруса (табл. 2.2) показали, що 38 % респондентів застосовують дезадаптивну стратегію уникання проблем, а 27 % – емоційне відсторонення. Активне вирішення проблем обрали лише 21 %, а пошук соціальної підтримки – 14 %. Така тенденція пояснюється тим, що травматичний досвід у дитинстві формує тривогу та відчуття безпорадності, через що дорослі у складних ситуаціях надають перевагу униканню та відстороненню, замість активного вирішення проблем. Респонденти без травми демонструють більшу схильність до адаптивного копіngu, оскільки їхній емоційний досвід у дитинстві забезпечував відчуття безпеки та підтримку.

Дані опитувальника схема-режимів Янг (табл. 2.3) показали, що 40 % респондентів активізують схему “покинутість/нестача підтримки”, 29 % – “недосконалість/сором”, а 21 % – “недовіра/зловживання”. Такий розподіл пояснюється тим, що рання травма створює стійкі когнітивно-емоційні патерни, які доросла людина активує у стресових або міжособистісних ситуаціях. Респонденти, які пережили комбінації фізичного та емоційного насильства,

демонструють більш виражену активацію цих схем, тоді як респонденти без травми – низький рівень дезадаптивних схем.

Кореляційний аналіз (табл. 2.4) підтвердив, що рівень дезадаптивних схем прямо корелює з дитячою травмою ($r = 0,52$, $p < 0,01$) та дезадаптивними копінг-стратегіями ($r = 0,48-0,49$, $p < 0,01$). Такі дані означають що ранній травматичний досвід формує комплекс стійких психологічних патернів: активні дезадаптивні схеми поєднуються з використанням неефективних способів подолання стресу. Така закономірність пояснюється тим, що травматичні переживання формують тривогу, недовіру і страх близькості, що в дорослому віці проявляється у стійких стратегічних та емоційних моделях поведінки.

Соціально-демографічний аналіз (табл. 2.5) показав, що чоловіки частіше демонструють агресивність та імпульсивність (29 % проти 17 % у жінок), тоді як жінки частіше проявляють емоційне відсторонення та ізоляцію (26 % проти 19 % у чоловіків). Віковий фактор показав, що респонденти 25–35 років більш схильні до емоційних проявів травми, а респонденти 36–45 років – до когнітивних та поведінкових проявів. Така різниця пояснюється тим, що з віком емоційна реактивність частково стабілізується, а негативні переконання та дезадаптивні моделі закріплюються у поведінкових патернах.

Загалом отримані результати демонструють, що дитяча травма впливає на дорослу особистість через комплекс механізмів: формування дезадаптивних когнітивно-емоційних схем, розвиток неефективних копінг-стратегій, зміни у стилі прив'язаності та специфічні прояви у поведінці, які підкріплюються соціально-демографічними факторами. Результати підтверджують, що наслідки травми стійкі, взаємопов'язані та мають різну інтенсивність залежно від типу травми, статі та віку.

На основі результатів дослідження дорослих з дитячим травматичним досвідом рекомендовано комплексний підхід у психологічному консультуванні та психотерапії, який одночасно враховує когнітивні, емоційні, поведінкові та

соціальні аспекти. Важливо працювати з дезадаптивними схемами, що сформувалися у дитинстві, особливо з патернами “покинутість/нестача підтримки” та “недовіра/зловживання”, оскільки саме вони визначають стійкі страхи близькості та схильність до контролю оточення. Терапевтична робота повинна включати методи когнітивної реструктуризації, які допомагають коригувати негативні переконання та формувати адаптивні моделі мислення, а також практики саморегуляції для зменшення тривожності та підвищення емоційної стабільності.

Для корекції стилю прив’язаності дорослих рекомендовано використовувати інтервенції, спрямовані на розвиток безпечних моделей взаємодії та довіри. Респонденти з тривожно-амбівалентним або унікальним стилем потребують поступового формування навичок відкритого емоційного спілкування та навчання здоровим стратегіям побудови близьких стосунків. Практики групової терапії або супервізованих тренінгів соціальних навичок можуть допомогти відпрацювати взаємодію у безпечному середовищі та зменшити страх відторгнення або покинуття.

Окрему увагу слід приділяти корекції дезадаптивних копінг-стратегій. Респонденти, які використовують уникання проблем або емоційне відсторонення, потребують навчання активному вирішенню життєвих завдань, постановці конкретних цілей та навичкам ефективного планування. Під час психотерапії доцільно поєднувати роботу з копінгом із зміною схем та емоційною регуляцією, оскільки ці механізми тісно взаємопов’язані і разом визначають адаптивність дорослої особистості. Практично це може включати використання технік моделювання поведінки, рольових ігор, релаксаційних та дихальних вправ.

Гендерні особливості також потребують врахування у терапевтичному процесі. Чоловіки, які проявляють більшу агресивність або імпульсивність, потребують цільових методів контролю гніву, розвитку терпіння та навичок

конструктивної комунікації. Жінки з тенденцією до емоційного відсторонення або ізоляції потребують підтримки у вираженні емоцій, розвитку здатності відкрито просити допомогу та будувати довірливі взаємини. Такий індивідуальний підхід дозволяє максимально ефективно знижувати дезадаптивні прояви та покращувати соціальну адаптацію.

Вікові особливості слід враховувати під час формування інтервенцій. Молодші дорослі (25–35 років), у яких прояви емоційної реактивності більш виражені, потребують посиленого фокусу на стабілізації емоційного стану та навчанні адаптивним способам регулювання стресу. Старші респонденти (36–45 років) переважно демонструють когнітивні та поведінкові прояви, тому терапевтична робота повинна включати корекцію негативних переконань, зміни повторюваних поведінкових патернів та тренінги для розвитку самостійності й усвідомленого вибору стратегій поведінки.

Комплексна психотерапевтична програма повинна поєднувати індивідуальні сесії, групові заняття та психоосвітні тренінги. Індивідуальна робота дозволяє опрацьовувати особистісні травми та дезадаптивні схеми, тоді як групові та тренінгові заходи сприяють розвитку соціальних навичок, практики безпечної прив'язаності та адаптивних способів подолання стресу. Таке поєднання дозволяє одночасно працювати з когнітивними, емоційними, поведінковими та соціальними аспектами, що забезпечує цілісний підхід до корекції наслідків дитячої травми.

Рекомендовано регулярно оцінювати прогрес терапії за допомогою повторних психодіагностичних методик, що дозволяє відстежувати зміну рівня тривожності, активації дезадаптивних схем, копінг-стратегій та стилю прив'язаності. Також важливо підбирати індивідуальні вправи та завдання відповідно до динаміки змін, що забезпечує безперервний розвиток адаптивних моделей та підвищує ефективність втручання.

Таким чином, практичні рекомендації ґрунтуються на комплексному аналізі результатів дослідження та спрямовані на корекцію дезадаптивних патернів, розвиток адаптивних копінг-стратегій, стабілізацію емоційного стану та формування безпечного стилю прив'язаності, з урахуванням індивідуальних, гендерних та вікових особливостей респондентів. Впровадження цих рекомендацій у психологічній практиці дозволяє значно підвищити ефективність психотерапевтичного втручання та покращити соціальну та емоційну адаптацію дорослих, які пережили дитячі травматичні події.

Висновки до розділу 2

Емпіричне дослідження підтвердило, що дитячий травматичний досвід має значущий вплив на формування дорослої особистості у різних психічних і поведінкових сферах. Учасники дослідження з травматичним досвідом демонстрували переважання тривожно-амбівалентного або унікального стилю прив'язаності, що характеризується підвищеною тривожністю, страхом втрати близьких, емоційним відстороненням та труднощами у встановленні довірчих стосунків. Водночас респонденти без травматичного досвіду частіше мали безпечний стиль прив'язаності, що свідчить про роль ранніх переживань у формуванні міжособистісних моделей дорослої особистості.

Результати дослідження показали, що дитяча травма впливає на копінг-стратегії та активність дезадаптивних схем. Респонденти з травмою частіше застосовували уникання проблем та емоційне відсторонення як способи подолання стресу, а також демонстрували активізацію схем «покинутість», «недосконалість/сором» та «недовіра/зловживання», що свідчить про формування стійких дезадаптивних патернів, які обмежують адаптивність та соціальну функціональність дорослих. Виявлені закономірності підкреслюють взаємозв'язок між типом дитячого травматичного досвіду та специфічними психологічними проявами у дорослому віці.

Соціально-демографічний аналіз показав, що прояви наслідків травми частково модифікуються статтю та віком: чоловіки демонструють більшу схильність до агресивності та імпульсивності, жінки – до емоційного відсторонення та ізоляції; молодші дорослі переважно проявляють емоційну реактивність, тоді як старші – когнітивні та поведінкові патерни. Такі дані дозволяють стверджувати, що вплив дитячої травми проявляється комплексно, поєднуючи когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти, і потребує

диференційованого підходу при психотерапевтичному втручанні та психологічній підтримці.

ВИСНОВКИ

Проведений теоретичний аналіз показав, що дитяча психологічна травма є багатовимірним явищем, яке включає емоційне та фізичне занедбання, психологічне насильство, втрати та хронічний стрес.

1. В ході дослідження було проаналізовано наукові підходи до розуміння дитячої психологічної травми та окреслено її ключові ознаки. Було визначено, що травма охоплює емоційне та фізичне занедбання, психологічне насильство, втрати та хронічний стрес, що призводять до формування стійких негативних когнітивно-емоційних патернів та дезадаптивних поведінкових стратегій у дорослому віці. Такий комплексний вплив визначає базові психологічні механізми, які лежать в основі подальшого розвитку особистості.

2. Дослідження психологічних механізмів впливу дитячої травми показало, що вона формує специфічні моделі емоційної регуляції, когнітивні схеми, поведінкові стратегії та міжособистісні патерни. Респонденти з травматичним досвідом частіше демонструють тривожно-амбівалентний або унікальний стиль прив'язаності, дезадаптивні копінг-стратегії та активацію ранніх дезадаптивних схем, що пояснюється формуванням стійких страхів, недовіри та емоційного відсторонення внаслідок травматичних подій у дитинстві.

3. Було підібрано та застосовано комплекс психодіагностичних методик для вивчення формування дорослої особистості та характеристик дитячої травми. Використання Adult Attachment Scale, опитувальника Лазаруса, схема-режимів Янг та авторського опитувальника дозволило комплексно оцінити когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні прояви травми у дорослому віці, встановити кореляційні зв'язки між травматичним досвідом і психологічними патернами та виявити модифікації залежно від статі та віку респондентів.

4. Інтерпретація результатів дослідження та аналіз практичних наслідків дозволили сформулювати рекомендації щодо психологічної підтримки дорослих із дитячою травмою. Результати показують необхідність комплексного психотерапевтичного втручання, яке включає корекцію дезадаптивних схем, розвиток безпечного стилю прив'язаності, навчання адаптивним копінг-стратегіям та врахування індивідуальних, гендерних і вікових особливостей для підвищення ефективності психологічної допомоги та стабілізації емоційного стану.

Отже, результати теоретичного та емпіричного дослідження підтвердили, що дитячий травматичний досвід є важливим фактором формування дорослої особистості, що впливає на емоційну регуляцію, когнітивні переконання, поведінкові стратегії та міжособистісні взаємодії. Узагальнені висновки роботи створюють підґрунтя для подальших наукових досліджень у сфері психотерапевтичного втручання та профілактики негативних наслідків ранньої травматизації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бурбо Ліз. П'ять травм і масок, які заважають бути собою. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2021. 256 с.
2. Власова О., Потонська О. Аналіз впливу дитячих страхів на формування стереотипів дорослої людини. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Київ, 2021. Вип. 1 (7). С. 57–61.
3. Грузинова К.М. Опитувальник світоглядної пластичності особистості. Габітус. 2022. № 42. С. 124–131 URL: <http://habitus.od.ua/journals/2022/42-2022/21.pdf>.
4. Дзюбинська М. Я., Осіпова Л. М. Вплив дитячої психотравми на рівень тривожності пацієнтів з невротичними розладами. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024. № 4. С. 123–129. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2024.4.5
5. Дідик Н. Феномен особистісної зрілості в інтерпретації українських дослідників. Молодий вчений. 2014. № 1 (3). С. 128–131.
6. Дробот О. Психодинамічна терапія: когнітивний аспект психокорекції депресивних станів в юнацькому віці. Scientific Collection «InterConf+». 2023. Вип. 35 (163). С. 111–120. DOI: 10.51582/interconf.19-20.07.2023.011.
7. Кобець О. В. Психотерапія посттравматичного стресового розладу у зарубіжних дослідженнях: на шляху до каністерапії. Вісник Національного університету оборони України. 2024. № 1 (77). С. 53–62. DOI: 10.33099/2617-6858-24-77- 1-53-61.
8. Максименко К. С. Психічні стани як вияв існування особистості. Наукові записки. 2005. № 26. С. 62–67.
9. Марценковський І. А., Марценковська І. І. Біполярний розлад: діагностика і терапія (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги). Український медичний часопис. 2018. № 2 (1). С. 81–89.

10. Мілютіна К.Л. Модель емпіричного дослідження наслідків дитячого досвіду у дорослому житті. Проблеми сучасної психології. 2018. № 2. С. 78–82.
11. Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ) / О.І. Власова й інші. Офтальмологічний журнал Серія «Педагогіка. Психологія. Медицина». 2022. № 1 (504). С. 63–72.
12. Напрєєнко О. К., Марценковський Д. І. Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. Неврологія, психіатрія, психотерапія. 2019. № 1 (48). С. 20 – 28.
13. Оксютрович М. О., Сабадуха В. О. Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому. Педагогічна та вікова психологія. 2023. Т. 34 (73), № 5. С. 102–110. DOI: 10.32782/2709-3093/2023.5/11
14. Ордатій Н., Ангельська В., Гуменюк Н. EMDR метод психотерапії з доведеною ефективністю. Психосоматична медицина та загальна практика. 2024. Т. 9, № 2. С. 1–5. DOI: 10.26766/pmgrp.v9i2.524
15. Півень М.А. Структурні особливості емоційної зрілості особистості : дис. ... канд. психол. Наук. Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського. Харків, 2016. 244 с.
16. Підчасов Є. В., Чепелева Н. І. Вплив пролонгованих травматичних подій (військових подій) на емоційну сферу дитини. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: зб. матеріалів VII Всеукр. наук.-практ. конф. Львів, 28 жовтня 2022 р. 2022. С. 276–279.
17. Розов В. І. Методи та техніки психологічної роботи з опрацювання травматичного досвіду. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024. № 2. С. 46–52. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2024.2.9.
18. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2012. № 1 (36). С. 25–30.

19. Сохор Н., Ясній О., Смашна О., Гашімова Н. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків (огляд літератури). Психосоматична медицина та загальна практика. 2024. Т. 9, № 1 (153). С. 16–19. DOI: 10.26766/pmgrp.v9i1.471

20. Титаренко Т.М. Життєві домагання особистості: феноменологічний та структурно-функціональний підходи. Психологія і суспільство. 2004. № 4. С. 128–145.

21. Штепа О.С. Диспозиційна модель особистісної зрілості : дис. ... канд. психол. наук. Львів, 2006. 289 с.

22. Штепа О.С. Особистісна зрілість: Модель. Опитувальник. Тренінг : монографія. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2008. 210 с.

23. Штепа О.С. Пропріум зрілої особистості. Практична психологія та соціальна робота. 2004. № 2. С. 26–35.

24. Agnew Blais J., Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016. Т. 3, № 4. С. 342–349. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00544-1

25. Alloy L. B., Abramson L. Y., Smith J. M. та ін. Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2006. Т. 9, № 1. С. 23–64. DOI: 10.1007/s10567-006-0002-4.

26. Aoki Y., Yaju Y., Utsumi T. та ін. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022. Т. 11, № 11. Article CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.

27. Araby S. *Becoming the Narcissist's Nightmare*. SCW Archer Publishing, 2016. 598 p.

28. Baumrind D., Larzelere R.E., Owens E.B. Effects of preschool parents' power assertive patterns and practices on adolescent development. *Parent. Sci. Pract.* 2010. № 10. 157–201.

29. Beck A. T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry.* 2008. T. 165, № 8. C. 969–977. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721.

30. Carrasco M.A., Holdago-Tello F.P. Parental acceptance and children's psychological adjustment: The moderating effects of interpersonal power and prestige across age. *PLoS One.* 2019. № 14 (4). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6459494>

31. Ekinçi S., Kandemir H. Childhood trauma in the lives of substance dependent patients: the relationship between depression, anxiety and self esteem. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2015. T. 69, № 4. C. 249–253. DOI: 10.3109/08039488.2014.981856.

32. Goldstein T. R., Merranko J., Rode N. та ін. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2024. T. 81, № 1. C. 15–24. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.3399.

33. Halmoy A., Ring A. E., Gjestead R. та ін. Dialectical behavioral therapy based group treatment versus treatment as usual for adults with attention deficit hyperactivity disorder: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2022. T. 22. Article 738. DOI: 10.1186/s12888-022-04356-6

34. Hammen C. Risk factors for depression: an autobiographical review. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2018. T. 14. C. 1–28. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811.

35. Heim C., Nemeroff C. B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry.* 2001. T. 49, № 12. C. 1023–1039. DOI: 10.1016/S0006-3223(01)01157X

36. Huh H. J., Kim K. H., Lee H.-K., Chae J.-H. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: the mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*. 2017. T. 213. C. 44–50. DOI: 10.1016/j.jad.2017.02.009.

37. Jones B. D. M., Umer M., Kittur M. E. та ін. A systematic review on the effectiveness of dialectical behavior therapy for improving mood symptoms in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2023. T. 11, № 1. C. 2–11. Article 6. DOI: 10.1186/s40345-023-00288-6.

38. Kessler R. C., Berglund P., Demler O. та ін. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS R). *JAMA*. 2003. T. 289, № 23. C. 3095–3105. DOI: 10.1001/jama.289.23.3095.

39. Khaleque A. Perceived parental neglect, children's psychological maladjustment, and negative personality dispositions: A meta-analysis of multi-cultural studies. *Journal of Child and Familie Studies*. 2015. № 24 (5). P. 1419–1428.

40. Khaleque A., Rohner P.P. Transnational Relations Between Perceived Parental Acceptance and Personality Dispositions of Children and Adults : A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychol Review*. 2012. № 16. URL: <http://psr.sagepub.com/content/16/2/103>

41. Kuzminskaite E., Vinkers C. H., Milaneschi Y. та ін. Childhood trauma and its impact on depressive and anxiety symptomatology in adulthood: a 6-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2022. T. 312. C. 322–330. DOI: 10.1016/j.jad.2022.06.057

42. Li X., Tian Y., Chen H. та ін. The associations of social health, self-injurious thoughts and behaviors with or without childhood trauma: a UK biobank study. *Journal of Affective Disorders*. 2024. T. 359. C. 145–157. DOI: 10.1016/j.jad.2024.05.077.

43. Mandelli L., Petrelli C., Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: a meta analysis of published literature. *European Psychiatry*. 2015. T. 30, № 6. C. 665–680. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.007

44. McCrory E., Foulkes L., Viding E. Social thinning and stress generation after childhood maltreatment: a neurocognitive social transactional model of psychiatric vulnerability. *The Lancet Psychiatry*. 2022. T. 9, № 10. C. 828–833. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00202-4

45. McKay M. T., Cannon M., Chambers D. та ін. Childhood trauma and adult mental disorder: a systematic review and meta analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021. T. 143, № 3. C. 189–205. DOI: 10.1111/acps.13268.

46. McKay M. T., Kilmartin L., Meagher A. та ін. A revised and extended systematic review and meta-analysis of the relationship between childhood adversity and adult psychiatric disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2022. T. 156. C. 268–283. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.10.015.

47. McLaughlin K. A., Koenen K. C., Bromet E. J. та ін. Childhood adversities and post-traumatic stress disorder: evidence for stress sensitisation in the World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*. 2017. T. 211, № 5. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.197640.

48. McLaughlin K. A., Lambert H. K. Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*. 2017. T. 14. C. 29–34. DOI: 10.1016/j.copsyc.2016.10.004.

49. Meterelliyoz K. Ş., Uluyol Ö. B. Childhood traumas and depressive symptoms: the moderating role of anxiety sensitivity. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2024. T. 20. C. 1889–1900. DOI: 10.2147/NDT.S478681.

50. Nelson J., Klumparendt A., Doebler P., Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017. T. 210, № 2. C. 96–104. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.180752.

51. Nemeroff C. B. *Paradise Lost: The neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect*. *Neuron*. 2016. T. 89, № 5. С. 892–909. DOI: 10.1016/j.neuron.2016.01.019

52. Neufeld G., Mate G. *Hold on to your kids*. Ebury Publishing, 2019. 352 p.

53. Palmier Claus J. E., Berry K., Bucci S. та ін. Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2016. T. 209, № 6. С. 454–459. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.179655.

54. Sasaki N., Watanabe K., Kanamori Y. та ін. Effects of expanded adverse childhood experiences including school bullying, childhood poverty and natural disasters on mental health in adulthood. *Scientific Reports*. 2024. T. 14, № 1. Article 12015. DOI: 10.1038/s41598-024-62634-7.

55. Shonkoff J. P., Garner A. S. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012. T. 129, № 1. С. e232–e246. DOI: 10.1542/peds.2011-2663.

56. Silverman W. K., Ortiz C. D., Viswesvaran C. та ін. Evidence based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2008. T. 37, № 1. С. 156–183. DOI: 10.1080/15374410701818293.

57. Syer S., Clarke M., Healy C. та ін. The association between familial death in childhood or adolescence and subsequent substance use disorder: a systematic review and meta analysis. *Addictive Behaviors*. 2021. T. 120. Article 106936. С. 1–9. DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.106936.

58. Teicher M. H., Samson J. A., Anderson C. M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*. 2016. T. 17, № 10. С. 652–666. DOI: 10.1038/nrn.2016.111. 7

59. Van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking, 2014. 464 p.

60. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Методика Adult Attachment Scale (AAS)

Інструмент: Adult Attachment Scale (AAS) – 18 тверджень за 5-бальною шкалою Лайкерта (1 – зовсім не відповідає, 5 – повністю відповідає).

Вибірка: 120 респондентів, чоловіки – 58, жінки – 62; вік 25–45 років; включено дорослих без гострих психічних розладів, які можуть самотійно заповнювати опитувальник.

Процедура:

Інформована згода учасників.

Індивідуальне заповнення опитувальника.

Анонімне фіксування відповідей.

Обробка даних:

Кодування тверджень: 1–5 балів.

Розрахунок середнього бала по трьох шкалах:

Близькість

Тривога

Уникання

Класифікація стилів прив'язаності:

Безпечний: висока близькість, низькі тривога та уникання

Тривожно-амбівалентний: висока тривога і близькість, середнє/високе уникання

Унікальний: високі уникання, низькі близькість та тривога

Описова статистика: середнє, медіана, стандартне відхилення.

Кореляційний аналіз: дитяча травма ↔ шкали AAS (коефіцієнт Пірсона r).

Порівняння груп: t-критерій Стьюдента за наявністю/відсутністю травми.

Побудова таблиць і графіків для наочного відображення результатів.

Результат: Середні бали за шкалами та класифікація респондентів за стилем прив'язаності; кореляційні зв'язки з дитячою травмою; статистично значущі відмінності між групами.

Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса (адаптація Т. Крюкової)

Інструкція: Прочитайте кожне твердження та оберіть, наскільки часто ви так дієте у складних ситуаціях.

Оцінювання за шкалою:

1 – ніколи 2 – рідко 3 – іноді 4 – часто

Твердження

1. Я намагаюся проаналізувати проблему, перш ніж діяти.
2. Я уникаю людей або ситуацій, що викликають у мене стрес.
3. Я прагну контролювати свої емоції навіть у стресових обставинах.
4. Я звертаюся до друзів чи близьких за підтримкою.
5. Я звинувачую себе за те, що трапилося.
6. Я намагаюся втекти від проблеми, наприклад, через сон чи перегляд телевізора.
7. Я складаю детальний план, як вирішити проблему.
8. Я намагаюся побачити щось хороше навіть у складній ситуації.
9. Я конфліктую або злюся на інших, коли стикаюся з труднощами.
10. Я намагаюся дистанціюватися від проблеми, ніби вона мене не стосується.
11. Я тримаю свої емоції в собі.
12. Я прошу поради в інших.
13. Я відчуваю, що все залежить тільки від мене.
14. Я відволікаюся чимось приємним, аби не думати про проблему.
15. Я розглядаю кілька варіантів вирішення проблеми.
16. Я намагаюся знайти в ситуації нові можливості для росту.
17. Я висловлюю своє незадоволення відкрито.
18. Я переконую себе, що проблема мене не зачіпає.
19. Я намагаюся приховати свої почуття.
20. Я шукаю емоційної підтримки в інших.
21. Я приймаю на себе відповідальність за ситуацію.
22. Я знижую напругу за допомогою їжі, сну або ігор.
23. Я чітко формулюю цілі щодо подолання труднощів.
24. Я намагаюся знайти сенс у тому, що відбувається.
25. Я дію імпульсивно або агресивно.
26. Я применшую значення проблеми.
27. Я зосереджуюсь на тому, щоб не показувати свої почуття.
28. Я шукаю підтримки у знайомих або родичів.
29. Я аналізую свої помилки.
30. Я переключаю увагу на інші речі.

31. Я визначаю конкретні дії для вирішення ситуації.
32. Я говорю собі, що все відбувається з якоїсь причини.
33. Я намагаюся протистояти проблемі прямо.
34. Я думаю про щось інше, щоб уникнути негативних думок.
35. Я приховую свої емоції від інших.
36. Я звертаюся за допомогою до авторитетних людей.
37. Я вважаю, що частково сам винен у тому, що сталося.
38. Я прагну змінити своє ставлення до проблеми.
39. Я намагаюся змусити себе не відчувати емоцій.
40. Я розмовляю з іншими, щоб знайти вихід із ситуації.
41. Я докоряю собі за те, що трапилося.
42. Я використовую відволікання як спосіб втекти від проблеми.
43. Я логічно обмірковую проблему.
44. Я намагаюся переконати себе, що не все так погано.
45. Я дозволяю собі агресивні дії у відповідь на труднощі.
46. Я дію так, ніби проблема мене не стосується.
47. Я прагну виглядати спокійно, навіть коли мені складно.
48. Я обговорюю проблему з близькими.
49. Я визнаю свою участь у проблемі.
50. Я обираю спосіб уникнення, щоб не думати про проблему.

Рівні напруження копінгу:

- 0–33% — адаптивний копінг (низьке напруження)
- 34–66% — межовий стан (середнє напруження)
- 67–100% — дезадаптивний копінг (високе напруження)

Методика дослідження: YSQ-3 (Young Schema Questionnaire)

Інструмент: Опитувальник YSQ-3 (Young Schema Questionnaire, Дж. Янг) – стандартизований інструмент для оцінки 18 раних дезадаптивних схем у 5 категоріях.

Кількість тверджень: 90.

Шкала оцінювання: 6-бальна Лайкерт-шкала (1 – зовсім не відповідає, 6 – повністю відповідає).

Вибірка:

Загальна кількість респондентів: 120 осіб.

Стать: чоловіки – 58, жінки – 62.

Вік: 25–45 років.

Критерії включення: дорослі без гострих психічних розладів, здатні самостійно заповнювати опитувальник.

Критерії виключення: наявність неврологічних або психіатричних діагнозів, що можуть спотворити відповіді.

Процедура збору даних:

Інформована згода учасників.

Індивідуальне заповнення опитувальника в контрольованих умовах.

Анонімне фіксування відповідей.

Обробка даних:

Кодування тверджень: 1–6 балів.

Розрахунок середніх балів за кожною схемою (18 схем).

Підсумкові показники по категоріях:

Роз'єднаність та відкидання

Порушення особистої автономії та невизнання досягнень

Порушення меж

Спрямованість на інших

Надпильність та пригнічення

Класифікація вираженості схем:

1–2,9 — низька вираженість

3–4,9 — середня вираженість

5–6 — висока вираженість

Статистичний аналіз:

Описова статистика: середнє, медіана, стандартне відхилення для кожної схеми та категорії.

Кореляційний аналіз: взаємозв'язок з дитячим травматичним досвідом, стилем прив'язаності та копінг-стратегіями (коефіцієнт Пірсона, r).

Порівняння груп: респонденти з травматичним досвідом vs без травматичного досвіду; t-критерій Стьюдента для визначення статистично значущих відмінностей.

Побудова таблиць і графіків для наочного відображення рівня активації схем.

Результат:

Індивідуальні та групові середні бали за кожною з 18 схем.

Визначення домінуючих дезадаптивних схем у респондентів.

Кореляційні зв'язки між травматичним досвідом, стилем прив'язаності, копінг-стратегіями та схемами.

Статистично значущі відмінності між групами респондентів.

**Авторська анкета
для збору соціально-демографічних даних та структурованої самооцінки
аспектів дитячого досвіду**

Шановний(а) респонденте!

Вам пропонується взяти участь в опитуванні, метою якого є вивчення особливостей дитячого досвіду та його можливого впливу на формування дорослої особистості. Анкета є анонімною. Отримані дані будуть використані лише в узагальненому вигляді в наукових цілях. Просимо відповідати щиро, обираючи той варіант, який найбільше відповідає Вашому досвіду.

Інструкція. Уважно прочитайте кожне запитання та позначте одну або кілька відповідей, якщо це передбачено форматом питання. У твердженнях із шкалою оцінювання оберіть один варіант відповіді:

- 1 – ніколи
- 2 – рідко
- 3 – іноді
- 4 – часто
- 5 – дуже часто / постійно

Блок 1. Соціально-демографічні дані

1. Ваша стать:

- чоловіча
- жіноча

2. Ваш вік:

- 25–30 років
- 31–35 років
- 36–40 років
- 41–45 років

3. Ваш сімейний стан:

- неодружений / незаміжня
- одружений / заміжня
- у стосунках
- розлучений / розлучена
- вдівець / вдова

4. Ваш рівень освіти:

- середня
- фахова передвища
- незакінчена вища
- вища
- післядипломна освіта

5. Ваш професійний статус:

- працюю
- навчаюся
- поєдную роботу і навчання
- тимчасово не працюю

6. У яких умовах переважно проходило Ваше дитинство?

- у повній сім'ї
- з одним із батьків
- з родичами
- в інтернатному / іншому закладі
- інше: _____

7. Як би Ви в цілому оцінили матеріальні умови Вашої сім'ї в дитинстві?

- дуже добрі
- добрі
- середні
- нестабільні
- складні

8. Як би Ви оцінили емоційну атмосферу у сім'ї в дитинстві?

- дуже сприятлива
- переважно спокійна
- нестабільна
- напружена
- конфліктна

Блок 2. Досвід сімейного середовища в дитинстві

9. Позначте, наскільки часто у Вашому дитинстві мали місце наведені ситуації.

Я відчував(ла), що мене люблять і приймають.

- 1 2 3 4 5

Мої емоції та переживання дорослі сприймали серйозно.

- 1 2 3 4 5

Я міг(могла) звернутися по допомогу до близьких дорослих.

- 1 2 3 4 5

У сім'ї часто виникали конфлікти, сварки або напруження.

- 1 2 3 4 5

Я почував(ла) себе самотнім(ою), навіть перебуваючи поруч із близькими.

- 1 2 3 4 5

У дитинстві мені бракувало підтримки та тепла.

- 1 2 3 4 5

Я часто боявся(лася) реакції дорослих на свої слова чи вчинки.

- 1 2 3 4 5

У сім'ї були ситуації, коли мене ігнорували або емоційно відштовхували.

- 1 2 3 4 5

Мені доводилося приховувати свої почуття, щоб уникнути осуду або покарання.

1 2 3 4 5

Я відчував(ла), що в сім'ї не маю права на власну думку.

1 2 3 4 5

Блок 3. Переживання негативного дитячого досвіду

10. Чи доводилося Вам у дитинстві переживати тривалу відсутність емоційної підтримки?

так

ні

важко відповісти

11. Чи були у Вашому дитинстві ситуації частого приниження, знецінення або образливих висловлювань з боку дорослих?

так

ні

важко відповісти

12. Чи переживали Ви в дитинстві сильний страх через поведінку когось із дорослих?

так

ні

важко відповісти

13. Чи були у Вашому дитинстві тривалі сімейні конфлікти, які впливали на Ваш емоційний стан?

так

ні

важко відповісти

14. Чи відчували Ви в дитинстві, що повинні були «бути сильним(ою)» і самостійно справлятися зі своїми труднощами?

так

ні

частково

15. Чи були у Вашому житті в дитинстві значущі втрати (розлука, смерть близької людини, тривала відсутність когось із батьків)?

так

ні

16. Якщо так, у якому віці це сталося?

до 6 років

7–10 років

11–14 років

15–17 років

не стосується

17. Наскільки сильно події дитинства, на Вашу думку, вплинули на Вас у дорослому віці?

- зовсім не вплинули
- вплинули незначно
- частково вплинули
- суттєво вплинули
- дуже сильно вплинули

Блок 4. Самооцінка емоційних наслідків дитячого досвіду

Мені важко відкрито говорити про свої почуття.

- 1 2 3 4 5

Я часто відчуваю внутрішню тривогу без чіткої причини.

- 1 2 3 4 5

Я схильний(а) звинувачувати себе навіть тоді, коли ситуація від мене не залежала.

- 1 2 3 4 5

Я боюся бути покинутим(ою) або відкинутим(ою) близькими людьми.

- 1 2 3 4 5

Мені складно довіряти іншим людям.

- 1 2 3 4 5

Я часто приховую свої справжні емоції від інших.

- 1 2 3 4 5

Мене легко емоційно зачепити критикою або відмовою.

- 1 2 3 4 5

Я часто відчуваю внутрішню порожнечу або емоційну віддаленість.

- 1 2 3 4 5

Блок 5. Самооцінка міжособистісних патернів у дорослому віці

Мені складно будувати стабільні та довірливі стосунки.

- 1 2 3 4 5

Я часто боюся, що близькі люди мене залишать.

- 1 2 3 4 5

Я уникаю надто тісної емоційної близькості.

- 1 2 3 4 5

У конфліктних ситуаціях я частіше віддаляюся, ніж обговорюю проблему.

- 1 2 3 4 5

Я часто прагну контролювати ситуацію або людей, щоб почуватися безпечніше.

- 1 2 3 4 5

Я болісно реагую на дистанцію або холодність з боку інших.

- 1 2 3 4 5

Я відчуваю, що в стосунках часто повторюються схожі неприємні сценарії.

- 1 2 3 4 5

Блок 6. Самооцінка поведінкових і копінг-реакцій

У складних ситуаціях я намагаюся уникати проблеми замість її вирішення.

1 2 3 4 5

Під час стресу я закриваюся в собі та не звертаюся по допомогу.

1 2 3 4 5

Коли мені важко, я намагаюся повністю контролювати все навколо.

1 2 3 4 5

У напружених ситуаціях я можу реагувати різко або імпульсивно.

1 2 3 4 5

Мені важко заспокоїтися після конфлікту або сильного переживання.

1 2 3 4 5

Я намагаюся не думати про болючі події, навіть якщо вони продовжують впливати на мене.

1 2 3 4 5

У складних ситуаціях я можу відчувати себе безпорадним(ою).

1 2 3 4 5

Блок 7. Ресурсність і підтримка

У моєму житті є люди, яким я можу довіряти.

1 2 3 4 5

Я вмю звертатися по допомогу, коли вона мені потрібна.

1 2 3 4 5

Я відчуваю, що здатний(а) поступово долати наслідки складного досвіду.

1 2 3 4 5

Я маю внутрішні або зовнішні ресурси для подолання життєвих труднощів.

1 2 3 4 5

Я відчуваю, що мій життєвий досвід зробив мене сильнішим(ою).

1 2 3 4 5

Відкрите запитання

Які події дитинства, на Вашу думку, найбільше вплинули на Ваш характер, ставлення до себе або стосунки з іншими людьми?

Ключ для обробки авторської анкети

1. Соціально-демографічний блок

Запитання 1–8 використовуються для якісного та кількісного опису вибірки. Вони не входять до загального бала травматизації, але застосовуються

для групування респондентів за статтю, віком, сімейним станом, умовами дитинства та іншими параметрами.

2. Шкала сімейної емоційної безпеки

Пункти: 9, 10, 11

Зворотне кодування: так

Формула: 1→5, 2→4, 3→3, 4→2, 5→1

Пункти: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Зворотне кодування: ні

Підсумковий показник: сума або середнє значення.

Чим вищий бал, тим нижчий рівень емоційної безпеки у дитинстві.

3. Шкала негативного дитячого досвіду

Пункти: 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26

Кодування:

так = 2

частково / важко відповісти = 1

ні = 0

Питання 25 використовується як уточнювальний показник віку переживання значущої події.

Підсумковий показник:

0–4 бали — низька вираженість негативного дитячого досвіду

5–9 балів — помірна вираженість

10–14 балів — висока вираженість

4. Шкала емоційних наслідків

Пункти: 27–34

Усі відповіді підсумовуються без зворотного кодування.

Інтерпретація:

8–16 балів — низька вираженість емоційних наслідків

17–28 балів — помірна вираженість

29–40 балів — висока вираженість

5. Шкала міжособистісних труднощів

Пункти: 35–41

Підсумовуються без зворотного кодування.

Інтерпретація:

7–14 балів — низька вираженість труднощів

15–24 бали — помірна вираженість

25–35 балів — висока вираженість

6. Шкала дезадаптивних копінг-реакцій

Пункти: 42–48

Підсумовуються без зворотного кодування.

Інтерпретація:

7–14 балів — низька вираженість

15–24 бали — помірна вираженість

25–35 балів — висока вираженість

7. Шкала ресурсності

Пункти: 49, 50, 51, 52, 53

Підсумовуються без зворотного кодування.

Інтерпретація:

5–10 балів — низький рівень ресурсності

11–18 балів — середній рівень

19–25 балів — високий рівень

Узагальнений показник авторської анкети

Для визначення загального індексу впливу дитячого травматичного досвіду можуть бути використані такі блоки:

- шкала сімейної емоційної безпеки;
- шкала негативного дитячого досвіду;
- шкала емоційних наслідків;
- шкала міжособистісних труднощів;
- шкала дезадаптивних копінг-реакцій.

Шкала ресурсності аналізується окремо як захисний фактор.