

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

Кафедра психології

ВПЛИВ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ
В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

ТКАЧЕНКО ТЕТЯНИ ОЛЕКСАНДРІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри _____

«__» _____ 2026 р.

Науковий керівник:

Лавлінський Р.О.

кандидат філософських наук, доцент
кафедри

Рецензент:

ПІБ

науковий ступінь

вчене звання

Київ 2026

Реєстрація

номер

дата, підпис лаборанта кафедри**Рекомендовано
до захисту****Р.О. Лавлінський**

підпис наукового керівника

ініціали, прізвище наукового керівника**Результат захисту**

оцінка

дата захисту**Голова ЕК****О.М. Шпортун**

підпис

ініціали, прізвище**Члени ЕК****Я.М. Раєвська**

підпис

ініціали, прізвище**М.С. Ятчук**

підпис

ініціали, прізвище**Р.О. Лавлінський**

підпис

ініціали, прізвище**Секретар ЕК****К.Р. Собченко**

підпис

ініціали, прізвище

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

Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність Психологія
курс II (магістратура)

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Ткаченко Тетяни Олександрівни

1. Тема роботи: **Вплив дитячих травм на розвиток особистості в дорослому віці.**

2. Цільова установка: дослідити особливості впливу дитячих травм на розвиток особистості у дорослому віці та розробити психологічні рекомендації для подолання негативного впливу дитячої травми на базі практики в Центрі психологічного консультування та психокорекції МАУП; вихідні дані: матеріали професійної та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.

3. Перелік графічного матеріалу 6табл., 19 рис.

4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант	Підпис, дата
	(Прізвище, ініціали)	
Завдання видав		Завдання прийняв
Розділ 1		Лавлінський Р.О.
Розділ 2		Лавлінський Р.О.
Розділ 3		Лавлінський Р.О.

5. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретичні аспекти впливу дитячих травм на розвиток особистості в дорослому віці.

Розділ 2. Емпіричне дослідження впливу дитячих травм на розвиток особистості в дорослому віці.

Розділ 3. Методи корекції наслідків впливу дитячих травм на розвиток особистості в дорослому віці.

Висновок

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

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

9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026
----	--	-----------------	-----------------

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Лавлінський Р.О.)

Завдання прийняв(ла)

до виконання

здобувач(ка) _____ (Ткаченко Т.О.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 115 с., 19 рис., 6 табл., 77 джерел, 4 додатки.

Тема: «Вплив дитячих травм на розвиток особистості в дорослому віці».

Об'єкт дослідження: розвиток особистості в дорослому віці

Предмет дослідження: дослідження впливу дитячих травм на розвиток особистості в дорослому віці.

Мета дослідження: дослідити особливості впливу дитячих травм на розвиток особистості у дорослому віці та розробити психологічні рекомендації для подолання негативного впливу дитячої травми.

Гіпотеза дослідження: дитячі психотравми здійснюють негативний вплив на розвиток особистості в дорослому віці у вигляді заниженої самооцінки, труднощів у соціальній взаємодії, підвищеного рівня тривожності, зниженої життєстійкості.

Методи дослідження: - *теоретичні:* аналіз, синтез, порівняння та узагальнення представлених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану проблеми дослідження;

- *емпіричні:* спостереження, анкетування, опитування «Анкета негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (ACE) модифікована в ред. Власової О. І., Родіної Н. В. й інших; «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R); «Проективна методика «Дерево» на визначення самооцінки та адаптації»; «ШКАЛА за М. Розенбергом на визначення самооцінки»; «Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона»;

- *методи описового аналізу:* описова статистика, математична обробка здійснювались за допомогою комп'ютерного пакета статистичних програм Excel.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: особистість, травма, дитяча психотравма, травматичні події, негативний дитячий досвід, резильєнтність

KEYWORDS: personality, trauma, childhood trauma, traumatic events, adverse childhood experience, resilience

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	15
1.1. Теоретичний аналіз поняття особистості у наукових працях психологів	15
1.2. Теоретичний аналіз поняття травми, її видів та наслідків дії .	26
1.3. Моделі впливу дитячих психотравм на розвиток особистості.	43
ВИСНОВОК до першого розділу	49
 РОЗДІЛ 2. ЕМПЕРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	 51
2.1 Опис методик дослідження дитячої травми на розвиток особистості.....	51
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів в ході емпіричного дослідження	58
ВИСНОВОК до другого розділу	77
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ	80
3.1. Методологічні засади подолання наслідків дитячої травми...	80
3.2 Техніки для подолання негативного впливу дитячої травми ..	83
ВИСНОВОК до третього розділу	98
ВИСНОВКИ.....	99
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	103
ДОДАТКИ	110

ВСТУП

Сучасний стан українського суспільства характеризується високим рівнем невизначеності, зумовленим тривалою військовою агресією, масштабними міграційними процесами, соціально-економічною нестабільністю та кризою сімейних інституцій. Ці чинники актуалізують необхідність поглибленого вивчення травматичного досвіду особистості та пошуку механізмів збереження її життєстійкості.

Війна невпинно загострює умови непередбачуваності життя, що ускладнює стан тривожності особистості, яка змушена перебувати в процесі постійних змін. За таких умов адаптивні можливості індивіда стають ключовим фактором стійкості функціонування його психічної системи.

Критичний стан ментального здоров'я населення, що має довготривалий вплив на підростаюче покоління та сталий розвиток нації, висуває перед фахівцями допомагаючих професій нагальні завдання. Пріоритетним постає вивчення каузальних зв'язків між дитячим травматичним досвідом та особливостями соціально-психологічного функціонування особистості у дорослому віці.

Дитячий період онтогенезу є критично важливим етапом, що закладає фундамент архітектури особистості та визначає траєкторію її подальшого розвитку. У цьому контексті особливої гостроти набуває проблема дитячого травматичного досвіду, який виступає деструктивним чинником у процесі формування самосвідомості індивіда. Дія психотравми, отриманої в ранньому віці, не обмежується часовими межами дитинства, а тому з часом, може трансформуватися у стійкі патерни поведінки, які будуть завдавати життєві орієнтири у майбутньому людини.

Науковий інтерес до зазначеної проблематики зумовлений глибиною впливу психотравмуючих подій на ціннісно-смыслову сферу особистості, її самооцінку, систему соціальних взаємодій та здатність до побудови

гармонійних міжперсональних відносин. Тому серед західних науковців даній темі присвячені праці З. Фройда, Дж. Боулбі, П. Левіна, Б. Ван дер Колка, Д. Калшеда, Дж. Герман, Д. Бредшоу, В. Дж. Феліччі, Д. Наказава та інших.

В Україні дослідженням психологічної травми та її впливом на особистість займалися Туриніна О.Л., Спицька Л.В., Грись А.М., психотравмуючий досвід дитини досліджували Целікова Ю.А., Оксютович М.О., Сабадуха В.О., Князев В., Зеленін В., Шеремет В.В., Оверчук В.А., Кушнір Ю.В., Мілютіна К.Л., Родіна Н.В., Власова О.І. та інші. Вплив батьківських концепцій на особистість дітей вивчали Скиба С., Дмитришин М. Верстелле Л.Ф.

Дослідження показують, що значна частина дорослого населення України має досвід травматичних подій у дитинстві, що корелює з фізичними та психічними проблемами, основними видами яких є емоційне, фізичне та сексуальне насильство [52]

Попри зазначені напрацювання в галузі психології травми, залишається недостатньо розв'язаним питання неоднакового результату впливу дитячого травматичного досвіду на дорослу особистість. З одного боку, теорія прив'язаності Джона Боулбі, праці Джудіт Герман, Бессела ван дер Колка, Вінсента Дж. Феліччі та Роберта Анда переконливо доводять каузальний зв'язок між дитячими травматичними переживаннями насильства, емоційного ігнорування, відчуття покинутості та розвитком негативних когнітивних схем, соціальної тривожності й психосоматичних розладів у зрілому віці. З іншого боку, спостерігається феномен варіативності наслідків: частина індивідів, попри отриманий негативний дитячий досвід, не виявляє деструктивних патернів, натомість демонструючи високий рівень резильєнтності та ефективні стратегії подолання (coping skills).

Також варто зазначити, що більшість досліджень, присвячених цим темам, проведені переважно американськими вченими в контексті їхньої культури. Отже, важливим є створення відповідних психодіагностичних

інструментів, адаптованих до соціально-культурних особливостей українського суспільства.

Враховуючи зазначене, наукова проблема полягає у необхідності глибшого вивчення чинників, що визначають вибір психікою шляху між деструктивною детермінацією травмою та формуванням адаптивної стійкості особистості.

Таким чином, дослідження механізмів впливу дитячих травм у поєднанні з аналізом ресурсів індивідуальної життєстійкості є критично важливим для сучасної психологічної практики. Значущість цієї проблеми підсилюється негативними соціальними наслідками непереробленого травматичного досвіду, що вимагає розробки науково обґрунтованих підходів до діагностики та корекції відтермінованих наслідків дитячих травм.

Мета дослідження. Дослідити особливості впливу дитячих травм на розвиток особистості у дорослому віці та розробити психологічні рекомендації для подолання негативного впливу дитячої травми.

Відповідно до поставленої мети було сформульовано наступні **завдання дослідження:**

1. Провести теоретичний аналіз та визначити поняття феномену особистості та дитячих психотравм.
2. Розглянути та виявити моделі впливу дитячих психотравм на розвиток особистості.
3. Підібрати методики та провести емпіричне дослідження та описати результати впливу негативного дитячого досвіду на розвиток особистості в дорослому віці (його самооцінку та життєстійкість).
4. Визначити механізми впливу дитячих травм на розвиток особистості та виявити ресурси індивідуальної життєстійкості.
5. Розробити програму психологічної допомоги для зниження негативних наслідків дитячих психотравм і покращення психосоціальної адаптації.

Об'єкт дослідження: розвиток особистості в дорослому віці

Предмет дослідження: дослідження впливу дитячих травм на розвиток особистості в дорослому віці.

Гіпотеза дослідження: дитячі психотравми здійснюють негативний вплив на розвиток особистості в дорослому віці у вигляді заниженої самооцінки, труднощів у соціальній взаємодії, підвищеного рівня тривожності, зниженої життєстійкості.

Методи дослідження:

- *теоретичні*: аналіз, синтез, порівняння та узагальнення представлених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану проблеми дослідження;

- *емпіричні*: спостереження, анкетування, опитування

1) **«Анкета негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ)** модифікована в ред. Власової О. І., Родіної Н. В. й інших;

2) **«Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R);**

3) **«ШКАЛА за М. Розенбергом на визначення самооцінки»;**

4) **«Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона» (CD-RISC);**

- *методи описового аналізу*: описова статистика, математична обробка здійснювались за допомогою комп'ютерного пакета статистичних програм Excel.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що при підбрані методик було розроблено попереднє анкетування, яке додало інформативності щодо особистості респондентів.

Також при складанні методик було сформовано викладення питань по блоках, що дало можливість побачити чітку графічну картину результатів. А саме: в «Анкеті негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ) було виокремлено *БЛОК.1 «Шкала проживання у дисфункціональній сім'ї», БЛОК.2 «Шкала деструктивного ставлення оточення», БЛОК.3 «Шкала соціально-емоціональної занедбаності»* (до якого входили і питання про залучення до раннього статевого життя. Окрім цього у «Шкалі оцінки впливу

травматичної події» (IES-R) питання були сформовані у *БЛОК.1 «Шкала вторгнення», БЛОК.2 «Шкала уникнення», БЛОК.3 «Шкала збудливість»*.

Таким чином, було виявлено специфіку впливу дитячого травматичного досвіду на розвиток особистості та адаптацію у дорослому віці.

Дістало подальший розвиток та було підтверджено вплив несприятливого дитячого досвіду на процес формування особистості шляхом деформації базових уявлень про себе, меншої соціальної адаптивності. Також було виявлено, що деякі особистості з негативним дитячим досвідом в дорослому віці можуть виробити резильєнтність і навчитися навичок подолання, які дозволяють упоратися з труднощами, усвідомити та інтегрувати перенесений досвід.

Практичне значення виявлення специфіки впливу дитячого травматичного досвіду на розвиток особистості може сприяти створенню відповідних психодіагностичних інструментів, адаптованих до соціально-культурних особливостей українського суспільства, глибшому вивченню чинників, що визначають вибір психікою шляху між деструктивним впливом травми та формуванням адаптивної стійкості.

Окрім цього, розроблена Програма психологічної допомоги «Усвідомлення та подолання наслідків негативного дитячого досвіду» може застосовуватися у роботі психологів, психотерапевтів і соціальних працівників для надання допомоги дорослим із дитячими психологічними травмами. Результати емпіричного дослідження сприятимуть розробці більш ефективних методів підтримки психосоціальної адаптації, а також можуть бути інтегровані у програми реабілітаційних центрів та тренінги з особистісного розвитку

Експериментальна база дослідження - Центр психологічного консультування та психокорекції МАУП. Емпіричне дослідження проводилося за добровільної участі респондентів, онлайн за допомогою Google Forms, що забезпечило охоплення широкої аудиторії, доступність, конфіденційність. Респонденти залучались через соціальні мережі, електронну пошту та

професійні спільноти. В опитуванні взяли участь 40 респондентів віком від 19 до 76 років, середній вік респондентів 45 років.

Апробація результатів дослідження здійснювалася шляхом їх представлення на Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання розвитку особистості в умовах трансформації суспільства», яка відбувалася у змішаному форматі (онлайн і очно) 23-24 квітня 2026 року, м. Хмельницький, Україна [///]

Структура роботи : 115 с., 19 рис., 6 табл., 77 джерел, 4 додатки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

1.1. Теоретичний аналіз поняття особистості у наукових працях психологів

Дитина народжуючись, як індивід, і з часом, усвідомлюючи свої риси, свою унікальність, завдяки спілкуванню в суспільстві, набуває особливі якості, які роблять її особистістю. Набираючи соціального досвіду людства, вона адаптується до системи суспільних відносин, що формують її потреби, інтереси, світогляд, переконання, тобто розвивають її як особистість. Бех І. Д. зазначав: «особистість усвідомлює, що її власне життя глибоко та різнобічно пов'язане із суспільним, адже творення власного життя поза суспільним втрачає будь-який сенс.» [4]

Джерелом формування особистості є соціальний досвід, що засвоюється через діяльність та спілкування, а також соціальне середовище, виховання та спадковість. Особистість розвивається в процесі взаємодії людини з іншими людьми, навчання, самовиховання та соціалізації, формуючи свій унікальний психологічний профіль і складає внутрішній світ людини з її думками, почуттями, поведінкою та сприйняттям навколишнього світу. Можна сказати, що в процесі свого формування особистість через міжособистісні стосунки, набуває своїх індивідуальних «тонких налаштувань».

Як зазначає психологічна енциклопедія, особистість це комплексна концепція, що відображає унікальні характеристики і включає різні аспекти:

1. Психологічні риси: такі як характер, темперамент, емоційна стійкість, інтелектуальні здібності, творчість та інші психічні характеристики.

2. Соціальна поведінка: включає ставлення до інших людей, роль у групі, комунікаційні навички, адаптацію до соціальних норм і цінностей.

3. Мотивація і цілі: особисті цілі, мотиви та цінності визначають, що є важливим для людини і що її рухає до досягнення успіху та задоволення.

4. Самосвідомість: здатність розуміти себе, свої переконання, сильні і слабкі сторони, а також вплив своїх дій на інших.

5. Самореалізація: постійне прагнення до розвитку та вдосконалення, досягнення свого потенціалу і самоактуалізації. [36]

Фундаментальні засади дослідження особистості у психології були закладені в межах психоаналітичного підходу З. Фройдом, який розглядав структуру особистості через призму конфлікту між інстинктивними потягами та соціальними нормами. У своїй праці «Я та Воно» він виокремив структурні компоненти психіки, де «Я» (Его) виступає посередником між внутрішнім світом та зовнішньою реальністю [50].

Єдиним, що об'єднує у психоаналітичних (глибинних) теоріях особистості представників цього напрямку таких, як З. Фройд, К. Юнг, А. Адлер, К. Хорні, Е. Фромм, Г. Салліван й інших, є визнання істотної ролі несвідомого в структурі особистості людини: воно присутнє у всіх індивідуальних уявленнях про внутрішню, психологічну будову особистості.

В когнітивній психології структура особистості, представлена в працях Д. Келлі і Дж. Роттера. Келлі, використовує для характеристики структури особистості, по суті, тільки одне поняття – “особистісний конструкт” і представляє особистість, як систему конструктів. Більш різноманітною і багатою за змістом виглядає структура особистості в працях Дж. Роттера. Для її опису він використовує терміни “потреба” “очікування”, “цінність”, “поведінковий потенціал”, “значимість підкріплення”, “локус контролю” [37].

Подальший розвиток поняття особистості відбувався через зміщення акценту на її свідому та соціальну складові. К. Роджерс, представник гуманістичного напрямку, ввів поняття «Я-концепції», як динамічної системи уявлень індивіда про самого себе, що формується в процесі взаємодії із соціумом. Згідно з Роджерсом, «Я-концепція» охоплює «Я-реальне» та «Я-

ідеальне», а ступінь узгодженості між ними визначає рівень психологічного благополуччя особистості [40].

Е. Берн розглядав особистість у межах розробленого ним трансакційного аналізу, що виріс із психоаналізу, проте став самостійним напрямом, який базується на теорії его-станів. Він розширив уявлення «Я-концепції» через концепцію его-станів, акцентуючи увагу на важливості ранніх життєвих сценаріїв у формуванні особистісної структури. Е. Берн стверджував, що особистість кожної людини складається з трьох станів «Я», які постійно змінюють один одного в процесі спілкування: «Батько», що копіює поведінку батьківських фігур (контроль, турбота, критичність); «Дорослий», що здійснює об'єктивно обробку інформації, аналізує реальності «тут і зараз»; «Дитина», яка дає збережені реакції та почуття з дитинства (творчість, страх, спонтанність, бунт). А особистість ще в ранньому дитинстві під впливом батьків приймає «сценарне рішення» про те, як вона проживе своє життя (сценарій переможця, невдахи тощо) [3].

У вітчизняній психологічній школі категорія особистості розглядається через системно-діяльнісний та суб'єктно-ціннісний підходи. Так, видатний психолог та філософ, чия робота тісно пов'язана з Україною, С. Л. Рубінштейн обґрунтував принцип єдності свідомості та діяльності, визначаючи особистість як сукупність внутрішніх умов, крізь які заломлюються зовнішні впливи [42]. З ім'ям С. Л. Рубінштейна у психології пов'язують поняття «спрямованість особистості». На його думку, спрямованість являє собою динамічні тенденції, які, як мотиви поведінки, визначають людську діяльність. Наука розглядає спрямованість особистості як один із показників цілісності природи людини, що визначає її здатність до постановки та досягнення мети, здійснює організуючий вплив на компоненти структури особистості, психічні стани і пізнавальні, емоційні, вольові психічні процеси. Вона виявляється через конкретну діяльність, вчинки і поведінку, спрямовує рух особистості в соціальному просторі та часі.

Г. С. Костюк акцентував увагу на розвитку особистості як саморегульованої системи, що формується у процесі виховання та навчання, де «Я-концепція» є ядром самосвідомості [21].

Сучасна українська психологія розглядає особистість як цілісну відкриту систему. Видатний український психолог Максименко С.Д. вказував на особистість як на людину з розвиненими функціональними новоутвореннями, яка має свій унікальний і неповторний внутрішній світ, здатна до саморозвитку, самовизначення, саморегуляції в діяльності і поведінці. Розглядаючи особистість через призму генетичного методу, Максименко С.Д. виділяв такі її ключові аспекти:

функціональні новоутворення — психічні структури, що виникають у процесі життя та навчання;

нужду (потребу) — як джерело активності особистості;

саморозвиток — здатність людини самотійно «добудовувати» свою психіку. За визначенням Максименко С. Д. *«особистість»* – це форма існування психіки людини, яка являє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ». У своїх працях Максименко С. Д. досліджував генетичну психологію особистості та її життєвий шлях, висвітлюючи механізми саморозвитку [27]. Т. С. Яценко у контексті глибинної психології аналізує цілісність особистості через взаємозв'язок свідомих та несвідомих компонентів «Я-концепції» [58].

Мироненко О. С. розглядає «Я-концепцію», як динамічну систему уявлень особистості про себе, яка розвивається протягом життя під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх факторів, і містить усвідомлення своїх фізичних, інтелектуальних та соціальних якостей. Він виділяє наступні ключові чинники, що впливають на формування «Я-концепції» :

Взаємодія з навколишнім середовищем та соціумом, що включає вплив значущих інших (батьків, однолітків, вчителів).

Самооцінка та рівень домагань, тобто внутрішні психологічні механізми, що корегують уявлення про себе.

Психологічні захисти - система адаптивних реакцій особистості: Встановлено, що існує прямий взаємозв'язок між типом «Я-концепції» та механізмами психологічного захисту, які людина використовує для збереження цілісності свого «Я» [28].

Особистості з різними «Я-концепціями» по-різному сприймають світ: спотворено чи вірно, правильно чи неправильно. Коли «Я-реальне» і «Я-ідеальне» не збігаються, це призводить до незадоволення і розчарування.

Люди з негативною або нестабільною «Я-концепцією» можуть відчувати постійний стрес і незадоволеність життям. В такому стані вони можуть відчувати себе неспроможними досягати успіху, через це, - уникати нових викликів, боятися ризику. Це може призвести до відчуття внутрішньої конфліктності і низької самооцінки, що ускладнює їхні відносини з оточуючими та загальний стан психічного здоров'я.

У разі виникнення в особи конфлікту між «Я-реальним» та «Я-ідеальним» відбувається ряд змін (рис. 1.1).

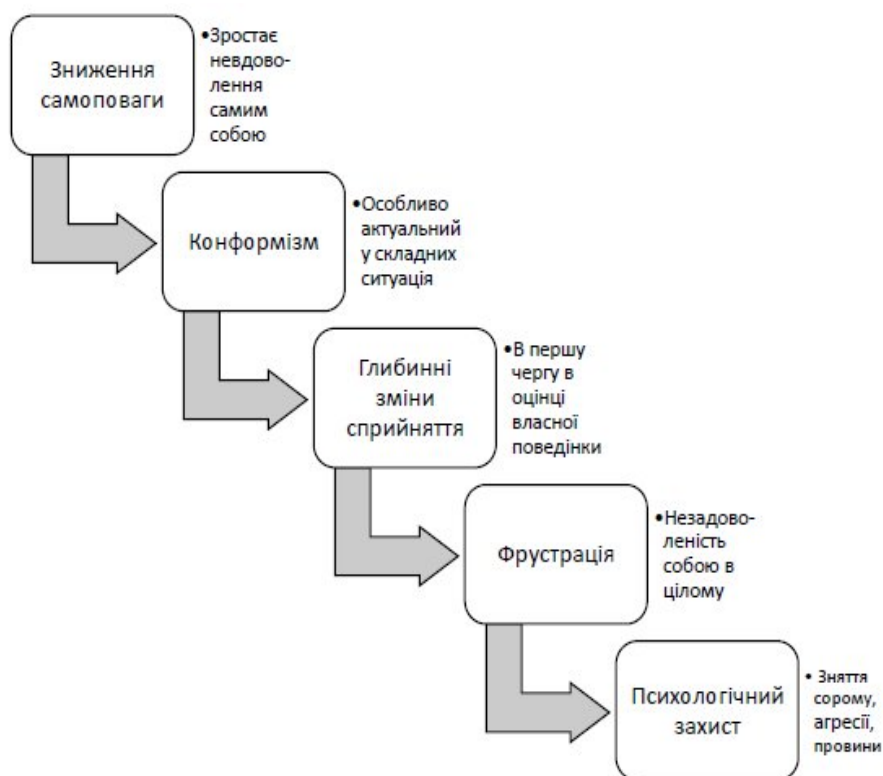


Рис. 1.1. Зміни, які відбуваються у психіці особи за конфлікту «Я-реальним» та «Я-ідеальним» [44]

Трансформація «Я-концепції» особистості може мати дві протилежні форми - конструктивну або деструктивну, що полягає у зміні системи уявлень про себе. Це відбувається під впливом п'яти груп факторів:

- 1) Особистісні чинники, такі як характеристики особистості, ставлення до себе та до змін, центральні структури Я і соціальна орієнтованість особистості.
- 2) Соціально-демографічні чинники, такі як вік, сімейний стан, наявність дітей і родинна ситуація, в якій особистість зросла і була соціалізована.
- 3) Освітньо-професійні чинники, які включають освіту, спеціалізацію, досвід роботи за спеціальністю та задоволення від професійного досвіду.
- 4) Середовище та рівень комфорту особистості в її поточних життєвих умовах.
- 5) Досвід декретної відпустки, включаючи тривалість і особливості такого періоду відпочинку.

Родина, в якій зростала особистість, відіграє важливу роль у формуванні Я-концепції, оскільки вона є джерелом первинної соціалізації та значною мірою впливає на розвиток особистості [23].

«Я-концепція» значною мірою формується під впливом зовнішніх чинників, проте коли вона є сформованою, вона набуває самостійного значення — людина, підпорядковуючись їй, розуміє саму себе і світ навколо. Як внутрішній фільтр, «Я-концепція» дає змогу осмислювати всі життєві навчання та придбані досвіди [30].

Точного визначення рамок дорослості особистості не існує. Дослідники приходили до висновку, що це індивідуальні межі віку. Тому поняття дорослості в сучасній психологічній науці визначають як віковий період досягнення людиною її максимального потенціалу та піку власних можливостей. У цей період людина визначає власну життєву позицію,

підпорядковується суспільним нормам та стає одиницею соціуму, при цьому «Я-концепція» розвивається протягом життя.

Другим ключовим чинником «Я-концепції» є самооцінка. Вона виступає як одна з найважливіших складових ядерної частини внутрішнього світу людини – її Я. Самооцінка починає формуватись в ранньому дитинстві, набуває сформованості в підлітковий період і є проявом самосвідомості індивіда; відображає його ідентичність.

Самооцінка впливає на емоційний стан, взаємовідносини з оточенням, успіхи у навчанні та розвиток творчих здібностей. Якщо в дитини низька самооцінка, то вона боїтиметься братись за складні справи, адже не матиме віри в успіх. Таким чином, низька самооцінка впливає на рівень утвердження дитини, віру в себе (Рис. 1.2.) [44].

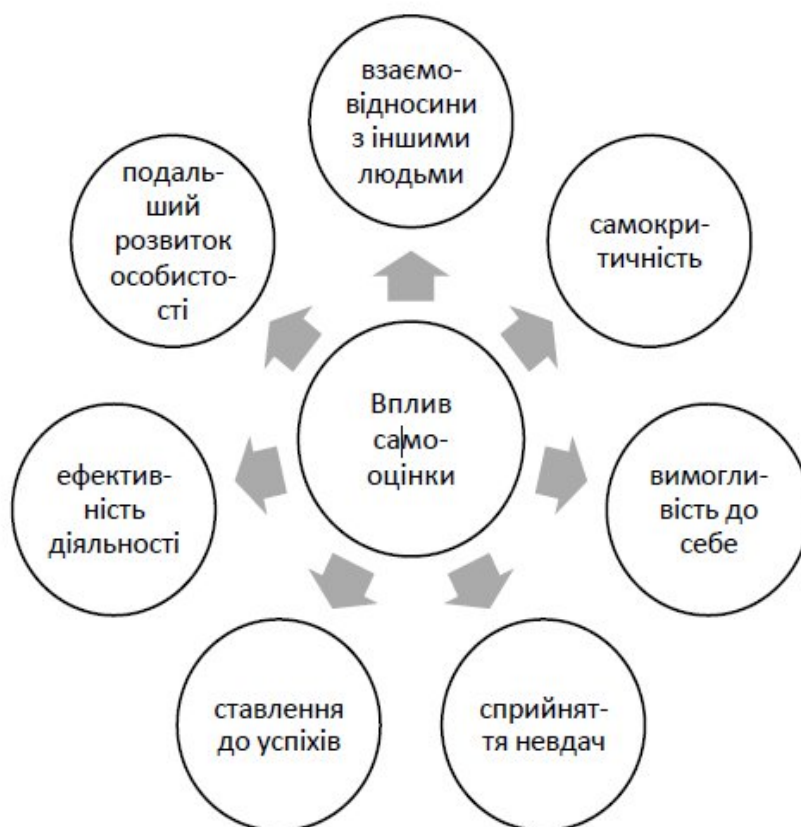


Рис.1.2. Сфери впливу самооцінки особистості

Отже, **особистість** є динамічною структурою, яка являє собою цілісність, що включає в себе всі її психічні (свідомі і несвідомі) і непсихічні складові, що становлять собою загалом нову форму існування психіки людини. Вона формується в процесі свідомої діяльності й спілкування людини, а тому є соціально зумовленою системою психічних якостей індивіда, яка може змінюватись з часом під впливом зовнішніх умов і внутрішнього розвитку.

Через особливість феномену особистості, який має одним із ключових своїх чинників взаємодію з навколишнім середовищем та соціумом, вплив батьків або інших дорослих піклувальників, вчителів, однолітків на розвиток особистості є дуже значущим. А тому будь-які психологічні травми, а особливо отримані в дитинстві, незалежно від їх виду, чинять серйозний вплив на процес соціалізації. Виникають труднощі з отриманням друзів, у спілкуванні з новими людьми, адаптацією до нових умов колективу.

Як зазначають Скиба С.А., Дмитришин М.В., проблема заниженої самооцінки у дорослих переважно завжди коренями сягає дитинства, бо діти ще не сформували власної системи цінностей, а батьки, які є найближчими людьми і авторитетом для дитини, своїми нездоровими токсичними стосунками можуть досить сильно травмувати своїх дітей. При цьому самотійно дитина, зазвичай, не може подолати вплив токсичних батьків. Це можливо лише у виняткових випадках дітей із дуже сильною волею та характером. Ключова риса токсичності – це суперечність, а тому такі батьки своїми суперечливими вказівками можуть практично розривати дитину. Вони можуть як бути геть байдужими до своїх (часом небажаних) дітей і не проявляти належної турботи, ласки чи любові, або ж навпаки, проявляти гіперопіку, і як наслідок, дитина має дуже високі шанси вирости з психологічними проблемами, негативним ставленням до себе, купою комплексів та заниженою самооцінкою.

Вчені виявили, що негативний, зокрема, психотравмуючий досвід сімейних взаємин призводить до численних порушень життєвих перспектив

особистості: у дорослому віці вона має схильність до віктимізації та відтворення у власній сім'ї загального стилю або окремих елементів взаємовідносин, які травмували її в дитинстві (Скиба С., Дмитришин М., Л.Ф. Верстелле Л.Ф.). Токсичними відносинами травма наноситься, як на фізичному, так і на моральному рівні.

В таблиці 1.1. показано риси токсичних батьків.

Таблиця 1.1.

Риси токсичних батьків № з/п	Риса	Прояв риси
1.	«Не будь собою»	• бажання батьків через дітей реалізувати власні не виконані плани; • змушування до певної поведінки начебто для блага дитини; • навішування на дитину ярликів та некоректні порівняння;
2.	«Не будь дитиною»	• перекладання на дітей батьківських проблем; • ставлення до дитини як до дорослого із перекладання відповідальності; • небажання дати дитині можливість приймати власні рішення, підштовхування до потрібних батькам рішень
3.	«Не виростай»	• бажання, щоб дитина завжди залишалась маленькою (ставлення відповідне); • переймання на себе рішень та функцій дитини («я знаю краще»); • відсутність іншої самореалізації батьків, окрім, власне, самого батьківства
4.	«Не приховуй»	• бажання у всьому максимально контролювати дитину; • втручання в особистий простір дитини (навіть у її вже дорослому житті); • використання отриманої інформації проти самої дитини

Як вказує в своїй праці «Вплив дитячого досвіду на особистісну зрілість» Мілютіна К.Л., за останні десятиліття проведено дослідження рівнів формування прихильності (Neufeld, 2004), стилів батьківського виховання й дослідження компетенції, адаптації підлітків, які виховувалися в різних стилях (Baumrind, 2010), а також висунуто теорію міжособистісної прихильності-відсторонення (IPARTheory R. Rohnera, 2021) (тут переклади з англійської прихильність-відсторонення і прийняття-відкидання вважаємо одним і тим же

впливом) додатково до теорії прихильності (J. Bowlby, 1983), проведено дослідження, які підтвердили наявність синдрому прийняття-відкидання в багатьох країнах світу (США, Індія, Бахрейн, Ямайка, Естонія, Корея, Нігерія, Непал, Бангладеш, Туреччина, Фінляндія, Іран, Барбадос, Єгипет, Кувейт, Чехія, Пакистан, Пуерто-Ріко), відбулися масштабні дослідження впливу батьківського ставлення і його наслідків для дітей і підлітків, а також вплив на результати «прихилення-відсторонення» взаємин між батьками, їх престижу (ставлення одне до одного, соціальної ролі), різних вікових груп дітей і підлітків (Kobasa&Maddi&Kahn, 1982; Carrasco&Rohner, 2012; Khaleque&Rohner, 2012; Carrasco&Holdago-Tello, 2019). Результати цих досліджень показали, що міжособистісні стосунки батьків формують зв'язок між сприйнятим батьківським (материнським і/або батьківським) прийняттям-відстороненням та адаптацією дітей у пізньому дитинстві й ранньому підлітковому віці. В Україні Мілютіною К.Л. проведено таке дослідження, що виявило сенситивні періоди капсулювання дитячих травм, які впливають на життєвий шлях особистості: періоди 3–6 років і підлітковий вік [29].

1.2. Теоретичний аналіз поняття травми, її видів та наслідків дії

Тема психологічної травми, її наслідкам та подолання актуальна для психологічної науки. Існує велика кількість різноманітних досліджень, присвячених наслідкам перенесеної людиною психічної травми.

Поняття травми випливає з ранніх праць З. Фрейда та дофройдівських робіт Ж. М. Шарко та Ж. Брейєра. Саме З. Фрейдом було створено першу психоаналітичну теорію травми, де травма розглядалася як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, прорив захисного бар'єру («протиболісного щита») психіки внаслідок дії надмірного зовнішнього подразника, з яким Его не може впоратися і який чинить патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям невротичних розладів. На його думку, джерело травми було не в зовнішній події, а в самій психіці, у розщепленні Его, до якого приводить травматична тривога, заснована на несвідомих фантазіях [49].

Як зазначає Растроста Г.Б., екстремальна ситуація для тих, хто її переживає, може стати кризовою, стресовою, травматичною і викликати відповідно кризу, стрес, психотравму.

Термін «криза» (від грецьк. krisis – рішення, поворотний пункт, вихід) означає тяжкий перехідний стан людини, що викликаний внутрішнім чи зовнішнім чинником або різкою зміною статусу власного життя.

Зазвичай виділяють три типи кризи: невротичну кризу, кризу розвитку та травматичну. **Невротичні кризи** спричиняються внутрішніми передумовами особистості і пов'язані з її досвідом. **Кризи розвитку** (або вікові кризи) виникають при переході від одного вікового періоду до іншого.

Травматичні кризи виникають у відповідь на психотравмуючу ситуацію [39].

Як зазначає Шеремет В.В., психотравмувальна ситуація – це надзвичайна подія, що викликає сильний негативний вплив і психоемоційну

напругу, несе загрозу для життя людини та потребує від неї великих зусиль для подолання її наслідків [53]

Герасименко Л.О. зазначає наступну динаміку переживання травмуючої ситуації:

Перший етап (короткочасний та нетривалий) — фаза заперечення, або шоку.

Другий етап — фаза агресії і провини.

Третій етап — фаза депресії.

Четвертий етап — фаза зцілення. Їй властиве повне (свідоме й емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя.

Наслідком травмуючої ситуації, як правило, стає психічна травма.

За визначенням Герасименко Л.О. психічна травма — життєва подія чи ситуація, що зачіпає суб'єктивно значимі аспекти життєдіяльності людини, викликаючи глибокі емоційні переживання[11]

Дослідниця Л. Заграй вказує, що «психологічна травма є результатом персоналізованої інтерпретації ситуації, що передбачає здатність контролювати чи регулювати її, а також знижувати невизначеність або вразливість». Таким чином, психологічна травма виникає внаслідок життєвих подій, які викликають тривале переживання негативних емоцій, але варто зазначити, що в контексті переживань ідеться насамперед про інтерпретацію та відображення ситуації чи події, що призвели до травматичного досвіду.

Аналізуючи поняття травми Паливода Л.І приходять до висновку, що в працях сучасних психологів і психіатрів відсутнє чітке розмежування понять «психічна травма», «психологічна травма», «травма втрати». Спільним в них є те, як вони описують психотравмуючі ситуації, їхню руйнівну дію на психіку людини та шляхи її подолання. Також спільним є те, що їх виникнення пов'язане, перш за все, з обставинами життя і подіями, які виходять за межі досвіду індивіда, та болісними переживаннями – відчуттям безпорадності та жаху [34]

Психічна травма, з точки зору сучасної психології, визначається як негативний досвід, який тісно пов'язаний з інтенсивними емоційними переживаннями, такими як страх, сором, відчуття самотності. Дослідники трактують психологічну травму через концепцію “тріади психотравми, що включає три взаємопов'язані складові: негативний вплив травматичної події, емоційні реакції, які вона викликає, та наслідки цієї взаємодії для психічного стану індивіда. Такий підхід дозволяє здійснити комплексний аналіз процесу формування психотравми, акцентуючи увагу не лише на зовнішніх стресових чинниках, але й на емоційних переживаннях особи, а також на довготривалих впливах на її психічне здоров'я [39]

Викладене в психологічному словнику визначення травми психічної також підкреслює особисту значущість для психіці людини дії, яка її травмує, вказуючи, що це травма, яка виникла в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації і здатна через недостатність механізмів психологічного захисту та за наявності певних рис особистості, призвести до розвитку психічного захворювання [43]

Також і видатна українська вчена Яценко Т. С. акцентує увагу, що емоційні переживання набувають травматичного характеру не стільки внаслідок їх систематичності або повторюваності, а через їх значущість для особистості. Подія стає травмою, коли вона торкається базових потреб особистості (наприклад, потреби в любові, безпеці, визнанні). Несвідоме «консервує» не саму подію, а той нестерпний емоційний стан, який виник через її високу значущість. Систематичність може посилити ефект, але навіть одноразова подія, якщо вона сприймається як «крах світу», деформує життєві перспективи людини [57]

Кочарян О.Р. дає таке визначення психотравми - це шкода, якої завдано психічному здоров'ю індивіда після посиленого впливу стресових, гостроемоційних впливів або несприятливих факторів. Він розглядає психотравму не просто як подію, а як руйнівний процес, що призводить до

порушення цілісності особистості. Кочарян О.Р виділяє три головні ознаки такої травми:

1. Потужність впливу (екстремальність ситуації).
2. Тривалість (якщо це хронічний стрес).
3. Суб'єктивна значущість (як саме людина інтерпретує цю подію)

[22]

З психологічної точки зору психічна травма –це порушення цілісності функціонування психіки, спричинене такою ситуацією, яка суб'єктивно інтерпретується як непереборна та незвичайна внаслідок недостатності захисних механізмів; викликає в подальшому глибокі емоційні переживання (Н. Тарабріна, Л. Трубіцина, Н. Саржвеладзе, І. Погодіна). У цьому контексті важливим критерієм виникнення травми є не сама травмуюча подія, а суб'єктивна її інтерпретація (Н. Пов'якель, Л. Пергаменщик, С. Гончарова, М. Яковчук) [34]

Джон Боулбі пов'язував поняття травми з порушенням прив'язаності. Для нього психотравма — це передусім досвід розлуки або втрати безпечної фігури, або жорстокого поводження з боку об'єкта прив'язаності, що призводить до руйнування «внутрішньої робочої моделі» світу як безпечного місця та формує стійку тривогу чи відстороненість. [5].

Представник нейробіологічного та тілесно-орієнтованого підходу Бессел ван дер Колк довів, що травма «закарбовується» у соматичних відчуттях та змінює архітектуру мозку (гіперактивність амігдали, деградація гіпокампу), змушуючи організм жити в стані постійної загрози навіть у безпеці. Він акцентує на тому, що травма — це не спогад про минуле, а стан організму, що відчуває загрозу «тут і зараз», фізичне переналаштування мозку та тіла на виживання. Це досвід, який змінює сприйняття реальності, роблячи людину нездатною розрізняти минуле і теперішнє [20]

Інший представник цього підходу Пітер Левін розглядає травму як заблоковану в нервовій системі біологічну енергію, що не була реалізована в

реакції «бий або біжи». Він наголошує на феномені «завмирання» як основі травматичного симптому. За його визначенням травма — це біологічний стан, заблокований у часі [26]

Джудіт Герман — психіатр із Гарварду, яка декілька десятиліть допомагала жінкам, які пережили сексуальне насилля, включаючи насилля у дитячому віці та домашнє насилля, ввела поняття комплексної травми (КПТСР), висвітливши роль насильства в близьких стосунках. Вона визначає травму, як досвід безсилля та втрати контролю перед обличчям непереборної сили. Вона довела, що травма руйнує базову довіру, та віру в те, що життя має сенс і для подолання цих наслідків необхідна трифазне відновлення (безпека, реконструкція, реінтеграція) [12]

Представник юнгіанського психоаналізу Дональд Калшед описує травму, як розкол між «духом» особистості та її тілесним досвідом. Він досліджує внутрішній світ травми через архетипи, описуючи «систему самозбереження», яка захищає вразливе ядро особистості ціною її ізоляції від реальності[18]

Джон Бредшоу говорить про травму, як «поранення» внутрішньої дитини внаслідок виховання у дисфункціональній родині. Автор зосередився на концепції «Пораненої Внутрішньої Дитини», пов'язуючи травму з токсичним соромом, що передається через сімейні системи. [6]

Вітчизняні дослідники (Л. В. Спицька, В. В. Зеленін, Т. С. Яценко) визначають травму, як руйнування життєвої цілісності особистості внаслідок екстремальних соціально-політичних подій (війни, міграції). Це стан дезадаптації, що вимагає мобілізації внутрішніх ресурсів (резильєнтності) для інтеграції катастрофічного досвіду в нову картину світу. фокусуються на особливостях травматизації в умовах війни та соціальної нестабільності, досліджуючи механізми резильєнтності та посттравматичного зростання. [47]

Існує багато різних типологій психологічних травм, кожна з яких описує певні аспекти травматичних переживань. Розглянемо деякі з них:

1. монотравма (спричинена однією поодинокую подією, яка має значний вплив на психіку людини);

2. мультитравма (охоплює кілька різних травм, які відбуваються в певний період часу, накопичуючи негативний вплив на психічне здоров'я);

3. секвенційна травма (пов'язана з серією травматичних подій, які повторюються протягом часу, що може посилювати їхній вплив на психіку);

4. екзистенційна травма (події, які не тільки завдають фізичної шкоди, але й створюють загрозу для життя та існування людини, викликаючи глибокі екзистенційні переживання);

5. бойова травма (виникає в результаті участі в бойових діях, де психологічний вплив на особистість може бути особливо руйнівним через стрес, насильство та небезпеку);

6. травма втрати (включає переживання, пов'язані з втратою близьких, важливих для людини аспектів життя);

7. травма розвитку (відбувається внаслідок незадоволення базових емоційних потреб у дитинстві або під час важливих етапів розвитку, що може призвести до проблем у формуванні особистості);

8. травма ідентичності (пов'язана з переживаннями несправедливості, приниження чи порушенням особистісних кордонів, що може вплинути на почуття власної цінності);

9. травма взаємин (охоплює психологічні ушкодження, спричинені руйнівними стосунками) [24].

Наступна типологія психологічних травм аспектує динаміку виникнення та рольові позиції індивіда, поділяючи їх на:

1. Гостра травма, що виникає в результаті сильного стресу спричиненого раптовою подією, як приклад, це може бути автомобільна аварія, фізичне та сексуальне насилля.

2. Хронічна травма виникає внаслідок постійного перебування в стресових умовах, які часто повторюються. Як приклад, це може бути домашнє насилля, булінг.

3. Комплексна травма виникає, коли людина проживає чисельні стресові події, які трапляються одна за одною, і ніяк не можна на них вплинути. В людини може з'являтися відчуття пастки, а у майбутньому вона може втратити відчуття безпеки, розвинути сильну тривожність.

4. Вторинна травма виникає, коли людина стає свідком страждань інших людей. Вона може виникати через втому від співчуття та емпатії, скерованої на інших. Як приклад це можуть бути люди, чиї професії пов'язані з допомогою та реагуванням на хаос.

5. Травма дитинства з'являється, коли дитина стає свідком або учасником складних травмуючих ситуацій. Така травма може вплинути на подальший розвиток. До прикладу травм належить насилля, розлучення батьків, емоційна самотність [1]

Емоційні переживання, що залишили глибокий слід в у психіці дитині та поранили її, стають **дитячими травмами**.

Лікар-дослідник із США Вінсент Дж. Фелліччі, який звернув увагу на те, що більшість його пацієнтів пригадували негативні дитячі спогади, які, за припущенням лікаря, призводили як до соматичних, так і до психологічних змін особистості, провів разом з лікарем Робертом Андом у 1990 році в дослідження, в якому прийняли участь 17000 із 26000 пацієнтів.

Ними була розроблена анкета, яка увійшла в історію як ACE (adverse childhood experience - негативній дитячий досвід). Це були питання щодо фізичного та емоційного дискомфорту, пережитих особистістю в межах родини та потенційних несприятливих життєвих обставин. І не зважаючи на те, що більшість пацієнтів були адаптованими та успішними представниками середнього класу, результати анкетування показали, що лише невелика частина опитаних могла поділитися спогадами про безтурботне дитинство.

Зв'язок між пережитим стресом та типами захворювань чи зловживань був незаперечним. Висновок дослідників був очевидним – негативний дитячий досвід здатен заподіяти шкоду як фізичному, так і психічному здоров'ю людей, у більшості випадків з відстрочкою в десятиліття [31], [76]

Отримані Мілютіною К.Л. результати досліджень свідчать, що самого проживання в дисфункціональній родині недостатньо для негативного впливу на дорослу особистість, тоді як негативне ставлення та занедбаність можуть залишати свій слід у дорослості. Це підтверджує IPARTheory Р.П. Ронера [73], тому що в списку ознак комплексу притягнення-відкидання входить емоційна нечуйність, тобто відсутність рефлексії, й емоційна нестабільність, тобто відсутність регуляції. Крім того, це підтверджують висновки М. Селігмана (теорію вивченої безпомічності) [75], а також описані наслідки НДД експертами з негативного дитячого досвіду Д. Наказавою [71] та Ш. Арабі [59].

Негативний дитячий досвід – досвід зовсім іншого кшталту. Це лякаючі хронічні, непередбачувані чинники стресу, коли дитина немає підтримки дорослого, підтримки в переживанні важких почуттів. І тут ми маємо провести аналогію з дослідом над собаками (Seligman&Peterson&Maier, 1995), які демонструють вивчену безпомічність і придушення волі. Аналогічна ситуація відбувається в психіці людини з негативним дитячим досвідом

Як зазначає Туриніна О. Л. упродовж останніх десятиліть досвід хронічної травматизації у ранньому дитинстві перебуває у фокусі інтенсивних наукових досліджень, і отримані дані щодо наслідків, які спричиняє досвід хронічної травматизації можна відобразити такою схемою (Рис. 1.3.)

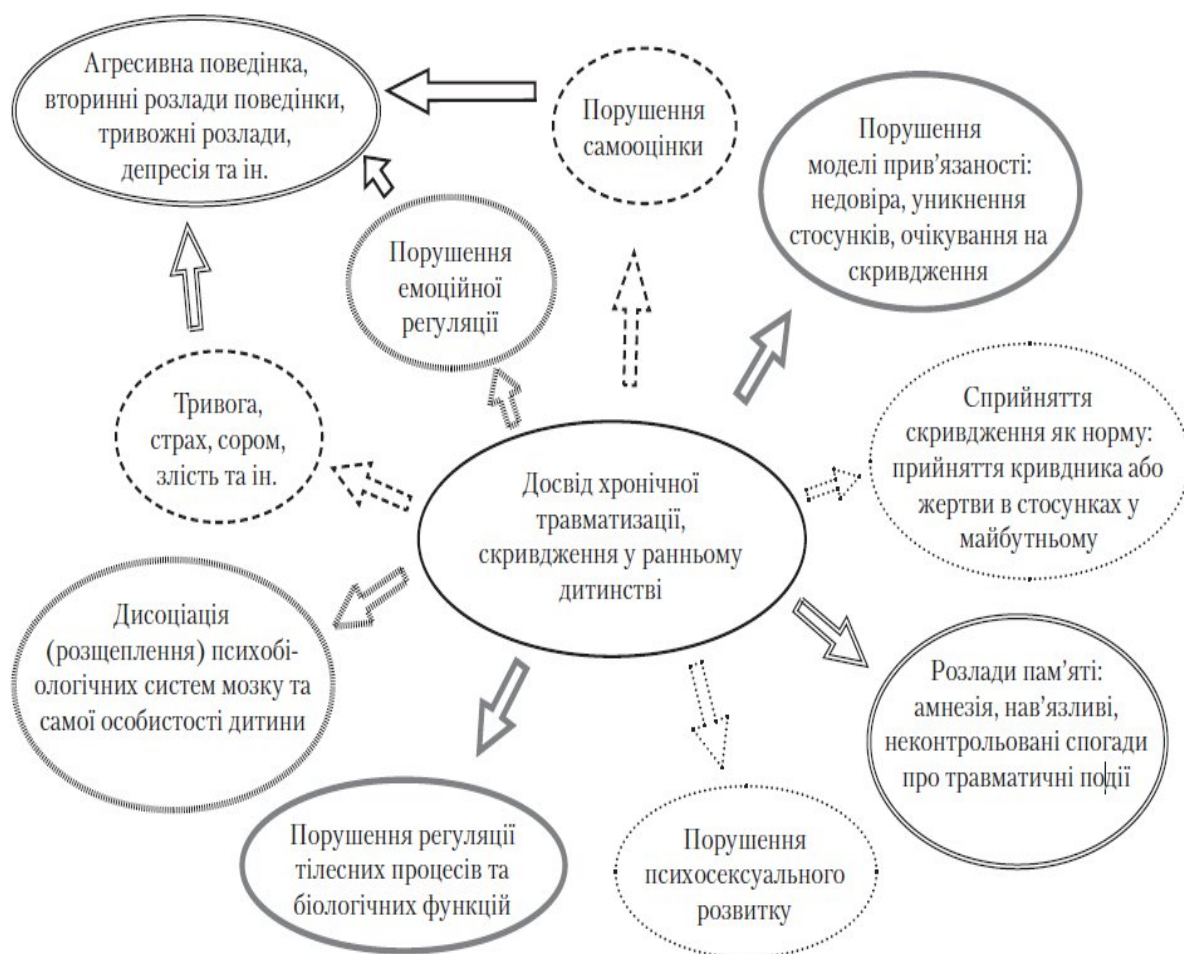


Рис. 1.3. Наслідок впливу хронічної травматизації на психологічний розвиток дитини[49]

Таким чином, вплив хронічної дитячої травми на особистість може спричиняти:

1. Дезорганізацію прив'язаності та психіки. Коли травма від близьких людей створює нестерпний парадокс: джерело безпеки водночас є джерелом загрози. Це призводить до фрагментації свідомості (дисоціації), де пам'ять, емоції та особистість розпадаються на окремі, не пов'язані між собою «частки».

2. Психобіологічні дерегуляція. Коли тіло перебуває у стані постійної «мобілізації» та очікування нападу. Хронічний стрес порушує роботу нейрогормональної системи, що виливається у:

- Проблеми зі сном та харчуванням.

- Психосоматичні захворювання та зниження імунітету.
- Когнітивні розлади (порушення уваги, планування та контролю імпульсів).

3. Викривлення сприйняття та пам'яті. Коли травматичні спогади не інтегруються: вони або повністю забуваються (амнезія), або раптово повертаються у формі болючих «флешбеків». Світ сприймається як ворожий, що породжує тотальну недовіру до людей і приписування їм агресивних мотивів.

4. Порушення соціальної та інтимної поведінки. Коли норми стосунків викривлюються. Дитина може засвоїти насильство як єдину модель взаємодії, обираючи в майбутньому роль агресора або жертви. Сексуальна травматизація призводить до передчасної сексуалізації поведінки та порушення тілесних кордонів.

5. Емоційна нестабільність та ризики. Коли внутрішній світ переповнений болем, соромом і провиною. Нездатність опанувати ці почуття призводить до:

- Емоційного «оніміння» або спалахів люті.
- Самопошкодження (селф-харм) та залежностей (алкоголь, наркотики) як спроб саморегуляції.
- Високого ризику розвитку психічних розладів (депресія, межовий розлад особистості, розлад харчової поведінки) у дорослому віці.

Отже, досвід хронічної травматизації, скривдження у ранньому дитинстві — це не просто «погані спогади», а системне порушення, яке може змінювати архітектуру мозку, змушуючи людину жити в режимі виживання замість режиму розвитку.

Наслідки дитячих психотравм проявляються в різних аспектах життя дитини. На емоційному рівні— це страх та фобії, на когнітивному рівні спостерігається зниження уваги, порушення пам'яті, затримці в

інтелектуальному розвитку, на поведінковому рівні можуть проявлятися впертість, агресивність, ворожість, конфліктність.

Дослідження науковців підтверджують, що причиною дитячої травми, може стати будь-яка подія, що має високу значимість в очах дитини і такі травми, як насильство, емоціональне ігнорування, втрата прив'язаності значно впливають на формування особистості в дорослому віці. Дитяча психіка ще не вміє контролювати і регулювати свої емоції, усвідомлювати свої межі та захищати їх, не вміє будувати стабільні взаємини з іншими людьми, не вміє захистити себе, а тому вразлива.

Шеремет В.В. наводить у таблиці (Таб. 1.2.) різні види впливу дитячих психотравм на формування дорослого «Я-стану» [53]

Тип дитячої психотравми	Наслідки в дитинстві	Порушення стану (складності) в дорослому житті
Емоційне ігнорування	Емоційна депривація Алопсихічна невпевненість Порушення прихильності	Алекситимія Низька самооцінка Уникнення близькості
Фізичне насильство	Гіперзбудження Формування дистресових розладів	Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) Агресивність / пасивність Ригідність у конфліктах
Словесне приниження	Формування когнітивних викривлень «Я нікчемний», «Мене вважають нікчемою», «Мене ніхто не любить» Ппочуття неповноцінності Потреба в постійному схваленні	Перфекціонізм Соціальна тривожність Негативна когнітивна схема щодо себе й інших
Втрата батьків / розрив стосунків	Розлад прихильності (дезорганізована) Прив'язаність Страх самотності	Залежність у стосунках (кодепенденція) Емоційна нестабільність Страх відторгнення
Нестабільне сімейне середовище	Постійна тривога Нестабільне почуття «Я» Відчуття небезпеки	Труднощі у прийнятті рішення (амбівалентність) Надмірний контроль або уникання відповідальності

Таблиця 1.2. впливу дитячих психотравм на формування дорослого «Я-стану»

Також за фактором формування дитячі психотравми можна розділити на наступні групи:

1. В результаті захворювання. Коли дитина відчувала себе безпорадним, слабким, переживала страх, - подорослішавши може відчувати тривожність, депресію, вишукуючи найменші симптоми, бути надмірно уважним до свого здоров'я.

2. В результаті насильницьких дій з боку дорослих (фізичних або емоційних). Може сформуватися страх, невпевненість в собі, боязнь висловлювати свої думки через критику, низька самооцінка, розлади харчової поведінки, самоушкодження (самопорізи, обкушування нігтів, пірсинг) або агресивність і ненависть до всього світу.

3. В результаті зради з боку дорослих. Через розлучення батьків, несправедливість до дитини і один до одного — формується почуття провини, складнощі у взаєминах з соціумом.

4. В результаті ігнорування уваги до дитини. Коли в ранньому дитинстві не було отримано любові, ласки, прийняття, турботи і тактильних контактів, то в дорослому стані можуть виникати труднощі з розумінням власних почуттів (алекситимія), проявом таких дій до інших людей, що ускладнить міжособистісні стосунки і з протилежною статтю, і власними дітьми.

5. В результаті смерті родича. При відсутності «контейнерування» почуттів дитини дорослим, психіка дитини може зафіксувати біль, але не розуміти емоції і почуттів, які переживає. Наслідком цієї травми в дорослому віці може бути відчуття покинутості, нерозуміння своїх емоцій при яскравих подіях в житті, коли виникатиме відчуття «затопленості» емоціями, нерозуміння себе та інших, замикання в собі.

6. В результаті залежності батьків. Коли дитина, надана сама собі і постійно відчуває свою відповідальність за дорослих, може сформуватися в дорослому віці надмірний контроль, obsесивно-компульсивні розлади або інший полюс цієї риси – уникання відповідальності в житті.

Аналіз дитячих травм показує наскільки важливий «емоційний інтелект», який допомагає переробити власні важкі переживання від травми. Це поняття було популяризоване Д. Гоулманом та охоплює здатність людини розпізнавати власні емоції, усвідомлювати їх зміст, регулювати емоційні стани та ефективно ними керувати. Крім того, емоційний інтелект передбачає розуміння емоційних переживань інших, що сприяє продуктивній міжособистісній взаємодії. Складовими емоційного інтелекту є самосвідомість, саморегуляція, мотивація, емпатія та соціальна компетентність.

Досліджуючи емоційний інтелект, як життєвий ресурс особистості, було відзначено, що він виступає значущим предиктором суб'єктивного економічного благополуччя, рівня саморегуляції поведінки та копінг-стратегій, бо в регулюванні життя людини вирішальне значення займає ідентифікація та свідоме управління емоціями, які є складовими емоційного інтелекту [14].

Дослідники Родченко Л., Друзь О. в своїй праці надають наступну схему емоційного інтелекту (Рис. 1.4.)

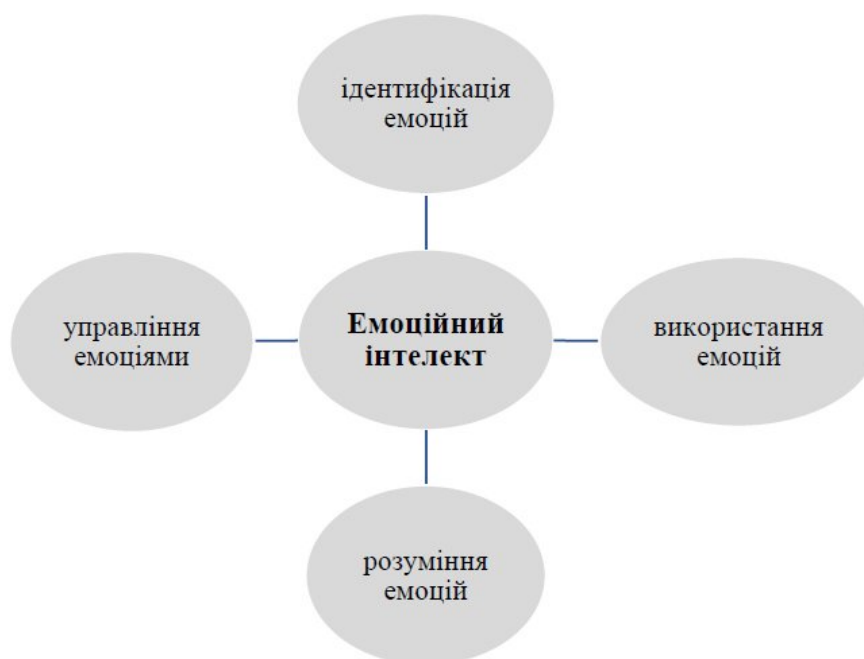


Рис. 1.4. Компоненти емоційного інтелекту [41]

Також прояви психологічної травми можна поділити за ознаками на дві групи: з *психологічними симптомами* та з *фізіологічними симптомами*.

До **психологічних симптомів** травми можна віднести: різкі скачки настрою; почуття провини; тривожність; нав'язливі дії; відчуття покинутості; розгубленість і порушення концентрації уваги; замкнутість.

До **фізіологічних симптомів** травми можна віднести: порушення сну; пришвидшене серцебиття; підвищену стомлюваність і знижену працездатність; м'язову напругу; метушливість в поведінці.

Психотравмувальна ситуація –надзвичайна подія, що викликає сильний негативний вплив і психоемоційну напругу, може також викликати і тривожні розлади.

Гайдабрус А. В. говорячи про розлад, який розвивається внаслідок надзвичайно загрозливої або жахливої події або серії подій - Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), відмічає нововведення у новій редакції Міжнародної класифікації хвороб (МКХ - 11) у вигляді нового поняття комплексний ПТСР (кПТСР).

До симптомів кПТСР окрім симптомів ПТСР, ще додатково включають:

- почуття сорому або провини;
- хворому важко контролювати свої емоції;
- періоди втрати уваги і концентрації (дисоціації);
- фізичні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, біль у грудях і біль у животі;
- відсторонення від друзів і сім'ї;
- труднощі міжособистісних відносин;
- деструктивна або ризикована поведінка, наприклад, зловживання алкоголем або вживання наркотичних речовин;
- суїцидальні думки, дії.

Таким чином, даний розлад включає окрім симптомів ПТСР - переживанням травматичних подій у сьогоденні у вигляді яскравих

інтрузійних спогадів, уникнення думок і спогадів про подію (події) або уникнення діяльності або ситуацій, що нагадують подію (події), стійке відчуття поточної загрози, ще й ознаки психосоціального та фізичного благополуччя - почуття сорому або провини, важкість контролю своїх емоцій, періоди втрати уваги і концентрації (дисоціації), фізичні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, біль у грудях і біль у животі, відсторонення від друзів і сім'ї, труднощі міжособистісних відносин, деструктивна або ризикована поведінка, наприклад, зловживання алкоголем або зловживання наркотиками, суїцидальні думки, дії [10]

Проте не всі, хто пережив емоційну травму в дитинстві, страждатимуть від згубних наслідків у дорослому віці, бо від захисних механізмів особистості та від зовнішнього середовища залежить чи стане для людини ситуація травмуючою. Певні особистості можуть виробити навички життестійкості та навіть, психологічного росту.

О. Штепа виділяє десять експлікованих рис **зрілої особистості**: відповідальність, глибинність переживань, синергічність, автономність, контактність, самоприйняття, креативність, толерантність, децентрацію, життєву філософію. Також вона визначає психологічні механізми, що детермінують особистісну зрілість як процес, а саме: інтенційність, тобто активне самовизначення, створення людиною самої себе й усвідомлення себе самостворювальною; когерентність як уміння самому собі порадити; рефлексія як уміння людини давати собі самій звіт стосовно своїх дій, думок, почуттів; прегнантність як прагнення до врівноваженості, упорядкованості, завершеності. На її думку, здатність особистості і бажання цих процесів, керування цими психічними механізмами є теж показниками зрілої особистості [54], [55], [56]

Також Шеремет В.В. перераховує такі процеси, що ведуть до формування стабільного «Я-стану дорослого»: інтеграція досвіду (процес обробки емоційних, когнітивних і соціальних переживань, що накопичуються

з дитинства, підліткового віку та реального життя); переосмислення травматичного досвіду (дитячих психічних травм через призму дорослої особистості); звільнення від емоційних бар'єрів (розвиток емоційної стійкості, усвідомлення та здорове вираження емоцій; підвищення самоусвідомлення (розуміння своїх сильних і слабких сторін, а також механізмів, які можуть призвести до повторення помилок. Це основа для здорової самооцінки й самопідтримки); адаптація до реальних умов (здатність адаптуватися до реальних життєвих умов, брати відповідальність за свої вчинки й будувати відносини на основі чесності, відкритості та взаємоповаги); робота з невирішеними страхами (використання стратегій як когнітивно-поведінкової терапії або медитації; розвиток емоційної регуляції (здатність ефективно керувати своїми емоціями в стресових ситуаціях, контролюючи імпульсивні реакції і будуючи конструктивні відносини навіть у складних обставинах [53]

Отже, володіючи різними ресурсами зрілої особистості, люди по різному відновлюються після стресових ситуацій, і науковці доводять, що цьому сприяє певна властивість психіки, а саме - **резильєнтність**.

Радчук Г., здійснюючи теоретичний аналіз цього феномену, зазначає, що для розвитку резильєнтності важливо враховувати як зовнішні (соціальна компетентність, сприятливе сімейне середовище, соціальна підтримка), так і внутрішні (адаптивність (прийняття, відкритість, гнучкість, винахідливість); витривалість (зосередженість на завданні, самоконтроль); самоефективність; позитивний емоційний фон) чинники.

Основою розвитку резильєнтності особистості можуть стати наступні внутрішні індивідуальні ресурси особистості (фізична активність, вираження емоцій, соціальні зв'язки, віра, творчість і когнітивні стратегії).

Резильєнтність трактується як спроможність людини долати стреси, відновлюватися після пережитих труднощів, адаптуватися до складних життєвих ситуацій. Така особистість, переживши травму, переосмислює життя, змінює свої цінності та стає більш стійкою. Цей феномен психологи ще

називають посттравматичним зростанням, коли люди, які пережили важкі випробування, змогли краще усвідомити власну силу, віднайти нові сенси в житті та бути більш підготовленими до майбутніх викликів. Резильєнтність включає такі компоненти: емоційна стійкість, когнітивна гнучкість, ціннісні установки, адекватна самооцінка, адекватна культурна самоідентифікація.

При цьому, як уточнюють Д. Асонов та О. Хаустова, щодо понять, близьких за змістом до резильєнтності – стресостійкості та життєстійкості, то під стресостійкістю варто розуміти механізми, які попереджають перехід від адаптивних реакцій на стрес до неадаптивних, тоді як резильєнтність охоплює механізми та процеси, що прискорюють повернення до початкового стану вже після певного періоду дезадаптивного реагування та, за певних умов, зростання особистості. Що ж стосується копінгу та життєстійкості, їх розуміють як фактори резильєнсу, що можуть якісно змінювати цей процес, прискорювати його чи сповільнювати [2].

Отже, резильєнтність є динамічною властивістю особистості і тому важливо її розвивати. Вона охоплює комплекс когнітивних, емоційних, адаптивних рис, що гарантують не лише здатність людини протистояти негативному впливу стресів, але й здатність долати ці важкі періоди, травматичних подій конструктивним шляхом, відновлюючись і зберігаючи в несприятливих ситуаціях стабільний рівень психічного функціонування, а також демонструючи посттравматичне зростання [38]

1. 3. Моделі впливу дитячих психотравм на розвиток особистості

Моделі впливу дитячих травм на психосоціальний розвиток особистості вказують на механізми, через які ранній травмуючий досвід може призвести до тривалих змін у розвитку особистості, її аспектів, таких як самооцінка, здатність до емоційної регуляції, міжособистісних відносин. У науковій літературі виділяють кілька ключових моделей, що пояснюють цей вплив, кожна з яких акцентує увагу на різних компонентах проблеми. Ось декілька з них.

Біопсихосоціальна модель Дж. Енгель та Дж. Романо є інтегративним підходом у розумінні впливу дитячих травм. Ця модель пояснює, як взаємодія біологічних, психологічних та соціальних факторів формує довготривалі наслідки емоційних травм. Вона складається з трьох ключових компонентів :

- **Біологічний компонент.** Хронічний стрес, спричинений травматичними подіями, призводить до змін у гіпоталамо-гіпофізарно-адреналовій (ГГА) осі, що відповідає за регуляцію стресових реакцій. У дітей, які зазнали травматизації, спостерігається підвищений рівень кортизолу, що з часом може призводити до змін у структурі мозку, включно зі зменшенням об'єму гіпокампа та порушенням функцій префронтальної кори. Це обмежує здатність до когнітивного контролю та емоційної регуляції.

- **Психологічний компонент.** Дитина, яка зазнала емоційного насильства або нехтування, схильна до формування дезадаптивних когнітивних схем, таких як “Я недостойний любові”, або “Світ небезпечний”. Ці переконання впливають на самооцінку, очікування від інших людей і загальну життєву стратегію.

- **Соціальний компонент.** Травматичні події знижують здатність дитини до соціальної інтеграції через дефіцит навичок комунікації та довіри. У дорослому віці це проявляється проблемами у формуванні близьких

стосунків, уникненням соціальних контактів або надмірною залежністю від інших людей.

Ця модель дає змогу розглядати дитячі травми як явище, що має багатофакторний характер, з урахуванням, як індивідуальних особливостей, так і соціального середовища [46].

В основі моделі **Теорія прив'язаності Дж. Боулбі**, яка є фундаментальною для розуміння впливу ранніх травм на соціально-емоційний розвиток дитини, лежить концепція внутрішніх робочих моделей (ВРМ). Дж.Боулбі стверджував, що дитина, яка розвиває **безпечну прив'язаність** із опікуном, отримує базове відчуття довіри до світу і в подальшому в житті формує такий самий тип прив'язаності в стосунках з іншими.

У випадках отримання дитячої психотравми (розлука з матір'ю, ігнорування емоційних потреб дитини або жорстоке поводження), базова безпека дитини руйнується. Це призводить до формування дезорганізованого або **тривожно-уникаючого типу прив'язаності**. Травма деформує очікування дитини від світу: вона починає сприймати інших як загрозу, а себе як невартисну любові істоту. Це стає жорстким психологічним каркасом, що зумовлює деструктивні міжособистісні стосунки у дорослому віці.

- **Тривожно-амбівалентна прив'язаність**. Виникає, коли догляд за дитиною є непослідовним або непередбачуваним. Дорослі, що мали такий досвід, часто демонструють надмірну залежність від партнерів та емоційну нестабільність.

- **Дезорганізована прив'язаність**. Найчастіше пов'язана з насильством чи втратою, цей стиль прив'язаності характеризується глибоким конфліктом між прагненням до близькості та страхом перед нею. У дорослих це призводить до труднощів у формуванні стабільних стосунків [61]

Модель внутрішнього світу травми Дональда Калшеда.

Калшед, представник юнгіанського аналізу, пропонує модель архаїчної системи самозбереження. у своїй праці «Внутрішній світ травми» він пише,

що поняття «психотравма» використовується для позначення будь-якого переживання, що викликає величезні душевні страждання. Калшед констатує, що психічна травма виникає не тільки внаслідок зовнішніх травмівних подій, а і з причини внутрішньої роботи самої психіки.

Коли дитина переживає нестерпну травму, її психіка розщеплюється.

Психіка реагує на зовнішню травмівну подію за такою схемою: спочатку психіка трансформує зовнішню травму під внутрішню «самотравмуючу силу», а потім відбувається малігнізація, «злоякісне переродження» психологічних захистів, які перетворюються із системи самозбереження психіки на систему її самознищення. Психічні захисти переходять на примітивний «архаїчний» рівень (відхід від реальності, розщеплення, аутизм, трансові стани, виникнення множинних ідентичностей, стереотипних реакцій, втрата сенсу існування). Психіка регресує. Тому звернення до раціональної частини виявляється дуже скрутним. Друга лінія захистів, тобто примітивні «архаїчні» захисти, покликана відредагувати травму та запобігти руйнуванню особистості. Головний висновок, якого дійшов Д. Калшед, полягає в тому, що травмована психіка продовжує травмувати саму себе через синдром нав'язливого повторення. Так, травмовані люди починають постійно виявляти себе такими в життєвих ситуаціях, в яких вони піддаються повторній травматизації.

Після травми всередині психіки утворюється структура, яку Калшед назвав системою самозбереження або архетиповою системою самозбереження. Система самозбереження складається з двох внутрішніх фігур (субособистостей/станів): «Фігура Наївної дитини» і «Фігура Захисника/Переслідувача». Мета системи самозбереження - не допустити повторення травматичного досвіду в реальності.

Калшед порівнює цю систему з імунітетом фізичного тіла. Функціонуючи подібно до імунної системи організму, система самозбереження активно атакує об'єкти, які розпізнають як "чужорідні" або

"небезпечні". Частини переживання, що містять почуття вразливості й незахищеності, розглядаються як "небезпечні" елементи і, відповідно, піддаються атаці. Ці атаки призначені для того, щоб зруйнувати надії на встановлення реальних об'єктних стосунків і занурити пацієнта ще глибше у світ фантазій. Так само, як імунна система може помилково атакувати той самий організм, який вона покликана захищати (аутоімунний розлад), так і система самозбереження може перетворитися на "систему саморуйнування", занурити внутрішній світ у жахіття переслідування й аутоагресії. Це пояснює феномен дисоціації та внутрішнього опору до зцілення.

Ця система самозбереження націлена захищати від повторення травматичного досвіду, але водночас провокує його повторення. Таким чином, у неї подвійна природа [18]

Соматична модель травми Пітера Левіна є ключовою в його підході до розуміння травматичних переживань, і вона ґрунтується на розумінні фізіологічних і психологічних процесів, що відбуваються під час гострого стресу.

Левін розглядає травму не як психологічну патологію, а як біологічну незавершеність. Його модель базується на концепції заблокованої енергії в нервовій системі. Дитяча травма виникає, коли дитина не може реалізувати інстинктивні реакції «боротьби або втечі» через безпорадність. Ці біологічні реакції є еволюційно закріпленими механізмами, що забезпечують швидку мобілізацію ресурсів організму для виживання: збільшується рівень адреналіну, частота серцебиття, приток крові до м'язів тощо. В ідеалі, після того як загроза минає, організм повертається до нормального стану, а стресові гормони виводяться з системи. Однак, якщо людина стикається з травматичною ситуацією, у якій реакція боротьби чи втечі не може бути здійснена (наприклад, коли людина переживає насильство, аварію або природне лихо), реакція може «заморозитися». Це означає, що нервова система не може нормально «пережити», стресовий момент і відновити свою рівновагу.

Це стан, коли емоції та фізіологічні реакції на стресову ситуацію залишаються зафіксованими в тілі і нервовій системі, не дозволяючи організму відновитися. Це фізіологічне «замороження» може мати довготривалі наслідки для психічного і фізичного здоров'я людини, оскільки невивільнена енергія від реакції боротьби/втечі залишається в організмі. Левін називає це “порушенням нормальної нервової системи,,, де організм продовжує знаходитися в стані високої готовності, навіть після того, як реальна загроза вже минула.

Такий заморожений стан може проявлятися у вигляді тривожних розладів, панічних атак, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психосоматичних симптомів. Люди, що пережили емоційну травму, можуть відчувати труднощі у зв'язку з неадекватною емоційною реакцією на звичайні стресові ситуації або, навпаки, через відчуття емоційної відчуженості та відсутності переживань. Розвиток особистості гальмується через те, що нервова система залишається в режимі виживання, що унеможливорює вищі когнітивні та соціальні функції [71]

Для порівняння описані моделі впливу дитячих травм зібрані в таблицю (Таб 1.3.), яка демонструє мультидисциплінарний підхід до проблеми дитячої психотравми і дозволяє побачити повну картину: від біологічних механізмів до глибинних структур психіки та соціальних зв'язків.

Таб. 1.3. Порівняльна таблиця моделей впливу психотравми

Автор	Акцент моделі	Механізм впливу травми	Наслідок для розвитку особистості
Дж. Енгель	Біопсихосоціальний	Системна взаємодія біології (мозок), психології (сприйняття) та соціуму (підтримка).	Порушення цілісного функціонування та схильність до соматичних і психічних розладів.
Дж. Боулбі	Соціальний (Прив'язаність)	Руйнування базової довіри до значущого дорослого та «внутрішніх робочих моделей».	Дезорганізована прив'язаність, страх близькості, деформація міжособистісних стосунків.
Д. Калшед	Внутріпсихічний (Дисоціативний)	Архаїчне розщеплення психіки на «невинну частку» та внутрішнього «тирана-захисника».	Дисоціація, ізоляція від реальності, внутрішній опір змінам та «самотерор».
П. Левін	Біологічний (Соматичний)	Блокування енергії виживання в нервовій системі через неможливість реакції «бий/біжи».	Фіксація тіла в стані заціпеніння, психосоматика, хронічна тривожність.

ВИСНОВОК до першого розділу

Теоретичний аналіз показав, що особистість є цілісною, відкритою системою, яка формується у процесі соціалізації, діяльності та спілкування. Вона не є статичним утворенням, а являє собою динамічну структуру, що інтегрує біологічні задатки (спадковість), соціальне середовище та виховання. Ключовим ядром особистості є «Я-концепція» — система уявлень про себе, яка виконує роль внутрішнього фільтра для осмислення життєвого досвіду. Згідно з поглядами С. Д. Максименка та Г. С. Костюка, особистість здатна до саморегуляції та саморозвитку, що дозволяє їй формувати унікальний внутрішній світ та «тонкі налаштування» через взаємодію з іншими людьми.

Також було визначено, що дитяча психотравма — це не просто зовнішня подія, а суб'єктивно значуща інтерпретація надзвичайного впливу, що спричиняє прорив захисного бар'єру психіки. Травматичність події визначається не лише її інтенсивністю, а насамперед емоційною реакцією та значенням для індивіда. Психотравма в дитинстві має деструктивний вплив на формування «Я-концепції», призводячи до заниженої самооцінки, відчуття внутрішньої конфліктності та порушення життєвих перспектив. Нейробіологічні дослідження (Б. ван дер Колк) підтверджують, що такий досвід «закарбовується» на соматичному рівні, змінюючи архітектуру мозку та фіксуючи дитину в стані постійної загрози.

Важливим підсумком є те, що вплив травми не є фатальним. Подальший розвиток особистості залежить від її внутрішніх ресурсів, зокрема резильєнтності — здатності відновлюватися та адаптуватися до труднощів. Завдяки мобілізації когнітивних, емоційних та соціальних ресурсів можливе не лише зцілення, а й посттравматичне зростання, що веде до переосмислення цінностей та набуття нової психологічної стійкості.

Розгляд моделей впливу дитячих психотравм дозволив виявити мультидисциплінарний характер цієї проблеми.

Здійснений аналіз підкреслює важливість подальшого дослідження наслідків дитячих психотравм, оскільки їхній вплив охоплює широкий спектр психосоціальних аспектів, що визначають якість дорослого життя. Зокрема, недостатня увага до цього питання може ускладнювати своєчасну діагностику та профілактику психічних розладів, що виникають через травматичний досвід у дитинстві. Глибше вивчення механізмів цих впливів є необхідним для розробки ефективних терапевтичних підходів та програм психологічної підтримки.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПЕРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

2.1. Опис методик дослідження дитячої травми на розвиток особистості

Для дослідженні впливу дитячої травми на розвиток особистості в дорослому віці було використано комплекс психодіагностичних інструментів, що забезпечують різнобічне та глибоке дослідження цього явища. Окрім цього, було розроблено **попереднє анкетування**, яке додало інформативності щодо особистості респондентів.

Однією з перших методик, використаних у дослідженні, стала «**Анкета негативного дитячого досвіду**» (ОНДД) (АСЕ) модифікована в ред. Власової О. І., Родіної Н. В. й інших [9]

Анкета, яка увійшла в історію як ACE (adverse childhood experience - негативній дитячий досвід) була розроблена в 1990 р. в США В. Дж. Фелліччі та Р. Андом і містила 10 запитань. Це були питання щодо фізичного та емоційного дискомфорту, пережитих особистістю в межах родини та потенційних несприятливих життєвих обставин. Не зважаючи на те, що більшість пацієнтів були адаптованими та успішними представниками середнього класу, результати анкетування вразили дослідників, адже лише невелика частина опитаних могла поділитися спогадами про безтурботне дитинство. Зв'язок між пережитим стресом та типами захворювань чи зловживань був незаперечним. Висновок дослідників був очевидним – негативний дитячий досвід здатен заподіяти шкоду як фізичному, так і психічному здоров'ю людей, у більшості випадків з відстрочкою в десятиліття

Вплив негативного дитячого досвіду на здоров'я дорослої особистості є проблемою сьогодення в Україні. У зв'язку з цим важливим було створення відповідних психодіагностичних інструментів, які були б адаптовані до соціально-культурних особливостей середовища. Модифікація і

стандартизація та **Анкети негативного дитячого досвіду (ACE)** була адаптована до україномовного опитувальника, що вимірює травмуючі події дитинства. О. І. Власовою, Н. В. Родіною, Ю. О. Целіковою, Л. К. Ворніковою, Ю. О. Тихоненко. В процесі було здійснено та узгоджено переклад, модифікацію питань і апробацію опитувальника; перевірено надійність (метод розщеплення або автономних частин, α Кронбаха), виявлено внутрішню структуру та виокремлено шкали (факторний аналіз), які були перевірені на внутрішню узгодженість. За допомогою факторного аналізу підтверджена конструктна валідність. Опитувальник Несприятливого дитячого досвіду був стандартизований за допомогою обчислення процентильних рангів, нормалізації Z-балів та надання значень станайнів відповідних рівнів.

Таким чином, в редакції ред. Власової О. І., Родіної Н. В. й інш. змістовний опису шкал був наступним:

Шкала 1. Проживання у дисфункціональній сім'ї (питання: 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21). Шкала вміщує випадки коли особа віком до 18 років проживала із батьками або іншими співмешканцями, які: зловживали наркотичними речовинами або алкоголем; були розлучені або жили окремо; страждали психічними розладами; намагались скоїти самогубство; відрізнялись жорстоким ставленням по відношенню до членів родини, як норма поведінки: потрапляли до в'язниці; не мали змоги забезпечити базові потреби дитини. Отже, шкала описує особливості внутрішньо сімейної ситуації, як такої, що є неспроможною надати позитивний дитячий досвід.

Шкала 2. Деструктивне ставлення оточення (питання: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 14, 22, 23). До шкали увійшли випадки, коли, особа молодша 18 років стикалась з: частими образами, сварками та приниженнями; страхом фізичної шкоди; частим побиттям, хапанням, штовханням, киданням предметів; побиттям до синців чи ушкоджень; відчуттям нелюбові та байдужості; відчуттям, що батьки приділяють менше уваги, ніж сиблінгам;

відсутністю підтримки, близькості в родині; відсутністю особи, яка могла б захистити: використанням мовчання як методу покарання; цькуванням та насильством в школі. Шкала розкриває особливості психологічного стану особистості, яка зростала в дефіциті уваги, приймаючого ставлення, підтримки. А також зачіпає ситуації використання фізичного та психологічного насилля в якості методу виховання.

Шкала 3. Залучення до раннього статевого життя (питання 5,6). Шкала охоплює ситуації, коли в дитинстві (до 18 років) людина стикалась із статевими домаганнями від особи, яка старша за неї більш як на 5 років, її успішними та неуспішними спробами скоїти статевий акт. Дана шкала, виявляє ранній статевий досвід дитини та її раннє дорослішання.

Шкала 4 (Додаткова). Соціально-емоційна занедбаність (містила **повторно** питання 5, 6, 13, 19, 21, 23). Винесено розподіл запитань окремою таблицею.

В результаті отримано вдосконалену україномовну версію англомовної анкети, в яку увійшло 22 запитання, що формують три основних та одну додаткову шкалу. Україномовна версія опитувальника **Несприятливого дитячого досвіду (ОНДД)** характеризується високою конструктивною валідністю та надійністю.

Анкетою в редакції ред. Власової О. І., Родіної Н. В. й інш. передбачався наступний розподіл балів (Таб. 2.1.)

Таблиця 2.1. Розподіл балів за шкалами ОНДД

Шкала/ значення	Загальний рівень НДД	Проживання у дисфункціональній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність
норма	0-9	0-5	0-4	0	0-2
не норма	10-22	5-10	5-10	2	3-6

[9]

При застосуванні в емпіричному дослідженні даної модифікованої «Анкеті негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ), автором дослідження було сформовано викладення питань у три блоки, замість чотирьох, де питання не повторювались, що дало можливість побачити чітку графічну картину результатів.

А саме: в «Анкеті негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ) було виокремлено *БЛОК.1 «Шкала проживання у дисфункціональній сім'ї»* (питання 11,12,13,15,16,17,18,19,20,21),

БЛОК.2 «Шкала деструктивного ставлення оточення» (питання 1,2,3,4,8,9,10,14,22),

БЛОК.3 «Шкала соціально-емоціональної занедбаності» (питання 7 та питання 5,6 про залучення до раннього статевого життя).

У зв'язку із таким розподілом по трьох блоках, було відповідно змінено і таблицю розподілу балів (Таб. 2.2.)

Таблиця 2.2.Розподіл балів за шкалами ОНДД

Шкала/ значення	Загальний рівень НДД	Проживання у дисфункціональній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Соціально-емоційна занедбаність з врахуванням питань залучення до раннього статевого життя
норма	0-9	0-5	0-4	0-1
не норма	10-22	5-10	5-10	1-2

2. Для вивчення оцінки впливу травматичної події була обрана методика: **«Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) [11]**

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) – клінічна тестова методика, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості. Методика була опублікована в 1979 році М. Горовицем зі співавторами (М.Horowitz, N.Wilner, W.Alvarez, 1979). По суті, це була перша тестова

методика присвячена ПТСР, що базувалася одночасно на теоретичних дослідженнях і клінічній апробації, причому це було зроблено ще до прийняття ПТСР в якості окремої діагностичної одиниці в DSM-III.

Незважаючи на популярність шкали і численні емпіричні підтвердження її надійності та валідності, Д. Вейс з колегами (D.S.Weiss, C. R.Marmar, T.Metzler) у 1995 році прийшли до висновку, що IES може бути більш корисною, якщо вона діагностуватиме не лише такі симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперзбудження, які увійшли у діагностичний критерій DSM-IV і є складовою частиною психологічної реакції на травматичні події. Таким чином, була зроблена спроба перегляду оригінальної IES.

Шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються на три шкали:

«вторгнення», «уникнення» і «збудливість». Кожен пункт оцінюється як «ніколи» (0 балів), «зрідка» (1 бал), «інколи» (3 бали) або «часто» (5 балів).

Ця методика фактично стала відповідним інструментом для вимірювання суб'єктивної реакції на конкретну подію протягом останнього місяця.

При застосуванні в емпіричному дослідженні даної методики автором дослідження питання були одразу для наочності сформовані у *БЛОК.1 «Шкала вторгнення»*, *БЛОК.2 «Шкала уникнення»*, *БЛОК.3 «Шкала збудливість»*.

Всі пункти мають пряме значення, значення шкали підраховується простим підсумовуванням відповідей пунктів.

Інтерпретація:

Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «збудження»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

3. Методика «Шкала самооцінки» за М. Розенбергом, адаптовано Ш. Тейлор, Л. Піпло, Д. Сірсом [15]

Інструкція: Вкажіть, будь ласка, чи є особисто для Вас кожний із пунктів правильним (П), або неправильним (Н)

- 1 Я відчуваю, що володію багатьма хорошими властивостями.
- 2. Я відчуваю, що мені особливо нічим гордитися
- 3. Інколи я думаю, що зовсім поганий (-а)
- 4. Я відчуваю себе гідною людиною, принаймні не гіршим (-шою) за інших
- 5. Загалом я відчуваю, що є невдахою
- 6. Здебільшого, я задоволений (-а) собою.

Ключ: Якщо Ви поводитися із твердженням 1, 4, 6 , - то маєте високу самооцінку

Коли ви згодні з висловами 2, 3, 5, - то у Вас переважає низька самооцінка

Тлумачення: Згідно із цією шкалою видно, що ці твердження допомагають визначити загальну оцінку, яку люди себе ставлять. Так індивіди із високою самооцінкою мають про неї чітке уявлення.

4. Методика “Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона” розкриває основні положення україномовної версії опитувальника “Connor-Davidson Resilience Scale” (Connor and Davidson, 2003; Davidson, 2018) із 10 пунктів. [48]

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона – це тест, який вимірює життєстійкість або те, наскільки добре людина здатна оговтатися після стресових подій, трагедії чи травми. Життєстійкість дає нам здатність процвітати перед обличчям негараздів. Ті, хто є стійкими, краще здатні переживати життєві та психологічні травми.

Шкала життєстійкості Коннора- Девідсона вимірює кілька компонентів життєстійкості:

1. Здатність адаптуватися до змін.
2. Здатність справлятися з тим, що трапляється.
3. Здатність справлятися зі стресом.
4. Здатність залишатися зосередженим і ясно мислити.
5. Здатність не впадати у відчай перед обличчям невдачі.

6. Здатність справлятися з неприємними почуттями, такими як гнів, біль або смуток.

Інтерпретація: Шкала складається з 10 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою (0-4), де вищі бали свідчать про більшу життестійкість.

Загальний бал респондента може варіюватися від 0 до 40.

Можливі варіанти відповідей: 0 – «Зовсім не вірно», 1 – «Рідко вірно», 2 – «Іноді вірно», 3 – «Часто вірно», 4 – «Майже завжди вірно».

Окрім стандартизованих методик, у межах дослідження було розроблено авторське анкетування, яке подано у додатку А. Авторське анкетування спрямоване на деталізацію результатів і забезпечує більш глибоке розуміння індивідуальних аспектів впливу дитячого досвіду.

Усі використані методики пройшли апробацію та є надійними інструментами для дослідження психологічних наслідків дитячих травм. Комплексність застосованих інструментів дозволила отримати як кількісні, так і якісні дані, що сприяє повноцінному аналізу впливу дитячих травм на розвиток особистості у дорослому віці.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів в ході емпіричного дослідження

Дослідження проводилося за допомогою опитування, створеного в середовищі Google Forms. Вибір онлайн-формату був зумовлений його доступністю, економічністю та можливістю охоплення широкої аудиторії, доступність, конфіденційність. Респонденти залучались через соціальні мережі, електронну пошту та професійні спільноти. Загалом у дослідженні взяли участь 40 респондентів, які погодились заповнити анкету добровільно.

У межах анкетування першим питанням визначався вік респондентів.

В опитуванні взяли участь 40 респондентів віком від 19 до 76 років, середній вік респондентів 45 років. (Рис.2.1.)

1.1. Скільки Вам повних років

40 ОТВЕТОВ

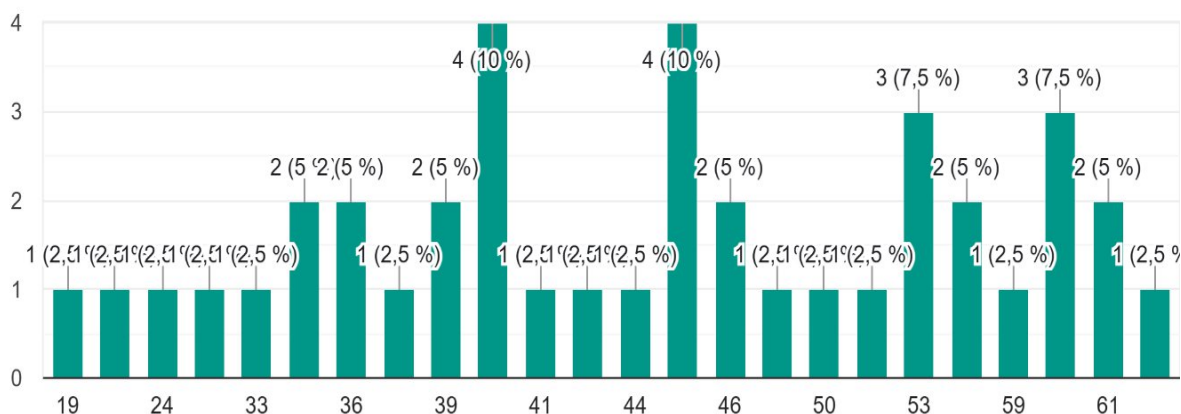


Рис.2.1. розподіл вікової категорії респондентів.

Наступним питанням анкетування було визначення статі респондентів. Як відображено на (рис. 2.2.), більшість опитаних склали жінки, частка яких становить 72% від загальної вибірки. Це свідчить про суттєву перевагу жіночих відповідей у дослідженні і може бути пов'язано як і з тим, що чоловіки мають меншу готовність ділитися особистими спогадами про дитинство, так і

з тим, що дослідження проводиться під час воєнних дій, а частина чоловіків знаходиться на фронті.

1.2. Стать

40 ответов

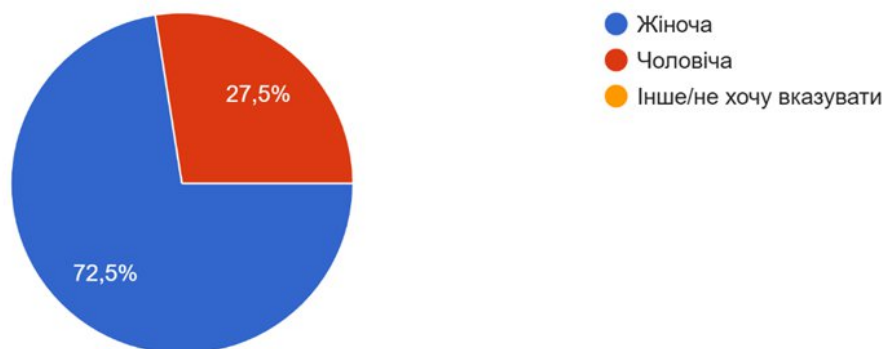


Рис. 2.2 показник статі опитуваних

Наступні чотири питання анкети були взаємопов'язані та дозволили комплексно оцінити рівень освіти, сімейний стан, в якій родині до 18-років виховувався, соціально-економічний статус.

За рівнем освіти домінуючим варіантом відповіді стала **вища освіта-92,5%**, і з яких за рівнем спеціаліст/магістр - 75%, та за рівнем бакалавр 17,5%, решта, - мають середню -7,5%. Ці дані свідчать про високий освітній рівень більшості опитаних.

Більшість респондентів зазначила, що перебуває у стосунках **-75%**, це свідчить про вміння будувати відносини. При цьому **75%** опитаних до 18 років **виховувались у повній родині**. Це може свідчити про наявність моделі родини в уявленні респондентів з дитячих літ від батьків.

75% респондентів відповіли, що вони працюють, із яких 40% - за наймом, а 15% - підприємці чи самозайняті особи. Такий показник пов'язаний з рівнем освіти та свідчить про стабільне становище респондентів у професійній сфері.

На питання стосовно тривалості професійного досвіду в вашій галузі 75% відсотків відповіли «більше 10 років», а 15% - «від 4 до 6 років», що свідчить про тривалий професійний досвід респондентів у вибраній галузі, та про те, що значна частина учасників змогла реалізувати себе у професійній діяльності, працюючи у сфері, на яку навчалися (Рис. 2.3.).

1.7. Тривалість професійного досвіду у Вашій галузі:

40 ответов

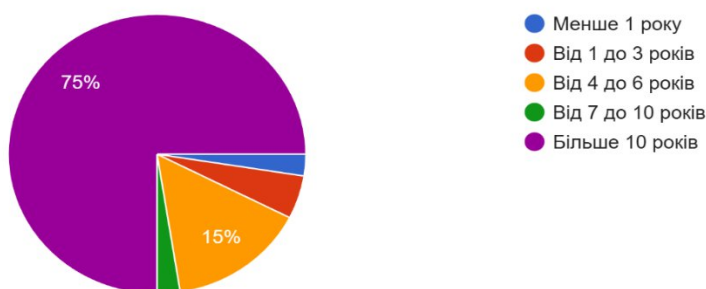


Рис. 2.3. тривалості професійного досвіду в вашій галузі

На наступне питання анкети – з яких причин Ви найчастіше відчуваєте тривогу (де можна було обирати декілька варіантів), -72,5% респондентів обрали відповідь – «війна», 47,5% - «сім'я», 52,5% -«робота», це свідчить про те, що головний чинник тривоги під час війни – це сама війна, та страхи за родину і її забезпечення (Рис. 2.4.).

1.8 З яких причин Ви найчастіше відчуваєте тривогу (можна обрати декілька варіантів)

40 ответов

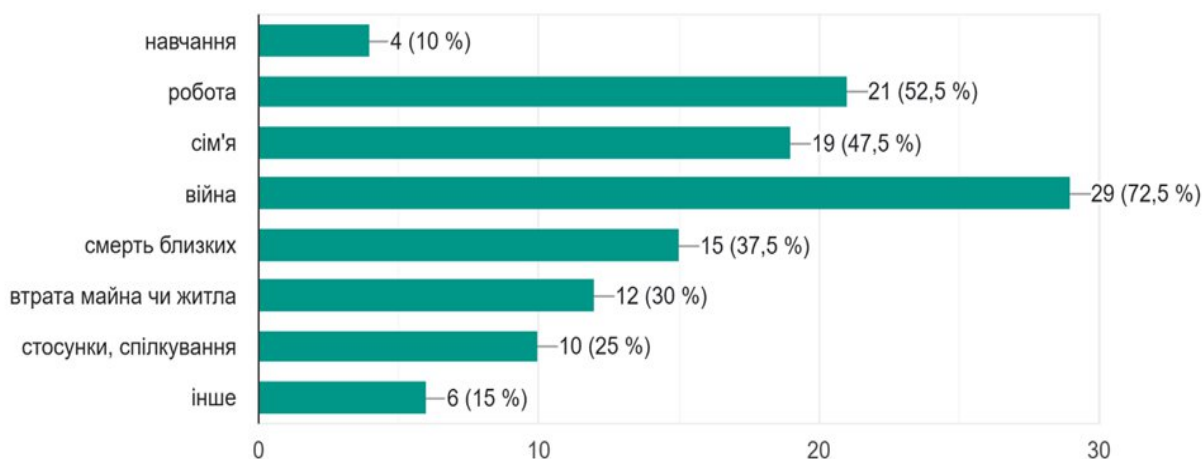


Рис. 2.4. причини відчуття тривоги

Наступне запитання анкети стосувалося визначення ресурсів чи видів підтримки, які, найбільше сприяють відчуттю загального благополуччя опитаних. Це питання також містило можливість обирати одночасно декілька варіантів відповідей серед наступних варіантів: «1. Спілкування з близькими (сім'я, друзі), 2. Підтримка з боку колег або однодумців, 3. Професійна допомога (коуч, психолог, психіатр), 4. Освіта та саморозвиток (курси, тренінги, хобі), 5. Доступ до інформації та нових знань (книги, освітні платформи), 6. Фізична активність (спорт, йога, прогулянки), 7. Здоровий спосіб життя (правильне харчування, здоровий сон), 8. Духовні практики (медитація, релігія), 9. Творча діяльність (мистецтво, музика, письмо), 10. Волонтерство або допомога іншим, 11. Час на відпочинок і розслаблення (хобі, читання, подорожі), 12. Фінансова стабільність та безпека, 13. Інше:», що дозволило респондентам зазначити важливі для них ресурси (Рис. 2.5.)

1.9. Які ресурси чи види підтримки, на Вашу думку, найбільше сприяють Вашому загальному благополуччю? (можна обрати декілька варіантів)

40 ответов



Рис. 2.5. розподіл ресурсів чи видів підтримки, які, найбільше сприяють відчуттю загального благополуччя

За результатами, відображеними на рис. 2.5. видно, що найбільш значущим ресурсом респонденти визначили спілкування з близькими, яке набрало 87,5% відповідей. Це підкреслює важливість міжособистісних стосунків, соціальної підтримки та емоційного зв'язку у забезпеченні загального благополуччя.

На другому місці за значущістю є фінансова стабільність, яку обрали 70% респондентів. Цей результат свідчить про те, що матеріальна забезпеченість та економічна стабільність є важливими факторами, які впливають на суб'єктивне сприйняття благополуччя.

Інші варіанти відповідей отримали нижчі показники, результати яких представлені наочно у відповідній діаграмі.

Наступне питання про емоції від і спогадів про дитинство виявили тенденцію до позитивного емоційного ставлення більшості респондентів.

На питання «Які емоції та почуття у Вас виникають, коли згадуєте своє дитинство?», - 35 % учасників зазначили «радість і теплі спогади», а 47,5% обрали варіант «ностальгія і легкий смуток», що в загалом свідчить про емоційно сприятливе або нейтрально-позитивне сприйняття періоду дитинства у 82,5% опитуваних, тоді як «байдужість або нейтральні емоції відчували 7,5% учасників, а тривогу і смуток відчували по 5% респондентів.

На запитання про те, що люди відчуються у ситуаціях невизначеності або під тиском, більшість респондентів (75%) зазначили, що почуваються «погано» і «дуже погано», тоді як 22% - відповіли, що почуваються нейтрально. Цей показник свідчить про те, що для більшості людей характерна негативна реакція на відсутність чітких орієнтирів або зовнішній тиск. Такий стан зазвичай викликає у них почуття дискомфорту, напруження, а іноді й тривоги.

Також зазначений показник відповіді більшості учасників вказує на їхню потребу у впевненості щодо власних дій та прийнятих рішень. Надмірний контроль з боку інших сприймаються ними, як обмеження їхньої автономії, що

негативно впливає на емоційний стан. Це може бути пов'язано з бажанням людей відчувати контроль над своїм життям та ситуацією, у якій вони перебувають. Погане самопочуття в таких умовах може також вказувати на низький рівень витривалості до невизначеності або недостатні навички емоційної регуляції у стресових ситуаціях.

Результати відповідей на запитання “Як часто Ви готові пробувати нові способи дій, щоб вирішити складні ситуації?,,, свідчать про те, що, незважаючи на загальний низький рівень витривалості до невизначеності або недостатні навички емоційної регуляції у стресових ситуаціях,- більшість респондентів 57,5% завжди і зазвичай виявляють готовність до змін. Ці результати можуть свідчити про те, що попри загальну потребу в стабільності та впевненості, більшість людей готові виходити із зони комфорту якщо вони знатимуть про потенційні ризики. Це узгоджується з теорією адаптивності та концепцією поведінкових змін, де поінформованість та наявність підтримки є критичними факторами, що сприяють більшій готовності до нововведень і експериментів.

Аналіз відповідей на запитання анкети про те, як вони оцінюють стосунки з іншими людьми показує, що більшість респондентів (72,5%) оцінили їх як добрі, 22,5 % - як нейтральні, і тільки 5% - як напружені. Це означає, що значна частина опитаних демонструє високу соціальну компетентність та вміння налагоджувати контакти з оточенням.

На запитання “Як Ви зазвичай справляєтесь із несподіваними труднощами у житті?,, (Рис. 2.6.) більшість респондентів -55% зазначили, що намагаються самотійно аналізувати ситуацію і здебільшого не діляться своїми проблемами з іншими, інша частина – 52,5% вказала, що шукає підтримку у близьких. Це свідчить, що для більшості опитуваних важливі міжособистісні стосунки і вони є ресурсом, і майже у рівній мірі – інша більшість респондентів схильні до прояву ізоляції , а також звички спиратися на самого себе у складних ситуаціях.

Водночас 37,5% респондентів розглядають життєві негаразди як стимул до особистісного зростання, наголошуючи на прагненні вдосконалювати себе та рухатися вперед. Це свідчить про наявність активної життєвої позиції та високого рівня внутрішньої мотивації.

Загальний аналіз цих даних дозволяє зробити кілька висновків. По-перше, домінування стратегії самостійного аналізу може бути показником індивідуалізму чи низького рівня довіри до соціального оточення в критичних ситуаціях. По-друге, позитивне сприйняття труднощів як стимулу для розвитку демонструє зрілість багатьох респондентів у підході до вирішення проблем.

1.14. Як Ви зазвичай справляєтесь з несподіваними труднощами у житті? Виберіть один або кілька варіантів:

40 ответов

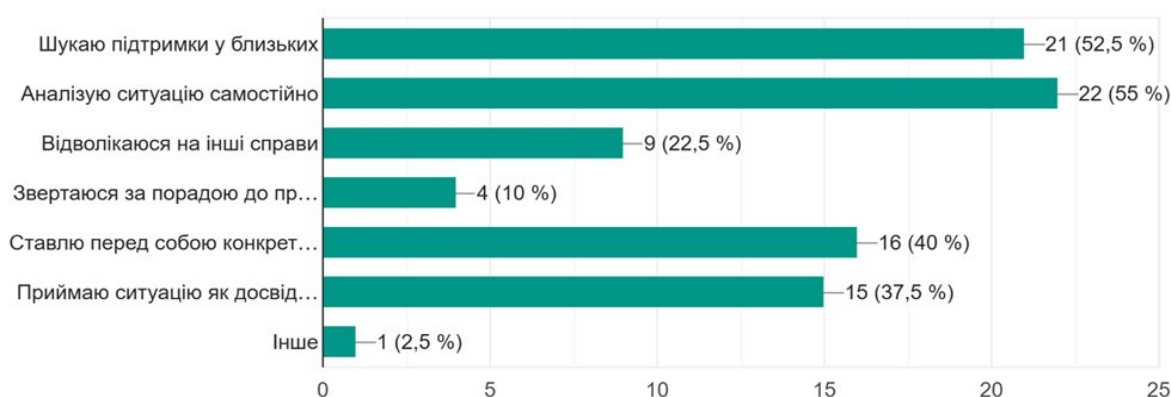


Рис. 2.6. Відповіді на запитання “Як Ви зазвичай справляєтесь із несподіваними труднощами у житті?”

Результати запитання про важливість підтримки та схвалення з боку оточуючих – 72,5% з яких відповіли, що для них це «важливо, але не завжди, залежить від ситуації», - показали на помірний рівень важливості схвалення від оточення у більшості респондентів

Така група осіб може враховувати поради оточення, але при цьому здатна самостійно приймати рішення, що свідчить про наявність певного рівня внутрішньої впевненості та автономії в процесі прийняття рішень та гнучкість

у підході до соціальних взаємодій вказує на рівень соціальної компетентності та здатність до контекстуального адаптування.

Натомість для 15% респондентів думка оточуючих є критично важливою, і вони мають схильність до постійної потреби у похвалі та згоди з боку інших. Ці респонденти мають значну внутрішню невпевненість у своїй правоті та здатності приймати самостійні рішення. Це може бути пов'язано з низьким рівнем самооцінки або високим ступенем залежності від зовнішніх підтверджень своєї компетентності, що корелює з концепцією “залежної особистості”, у психоаналітичній теорії, де потреба у схваленні з боку інших є основним мотивом поведінки.

Результат анкетування про загальний емоційний фон у сім'ї показав, що у більшості респондентів 47,5 %— переважала підтримка, багато любові або атмосфера була спокійною та комфортною. Це свідчить про наявність стабільної емоційної підтримки в дитинстві, що є важливим фактором для розвитку позитивної самооцінки та емоційної стійкості в подальшому житті. Теоретично такі умови є сприятливими для формування здорових міжособистісних відносин, а також для розвитку емоційної компетентності і соціальної адаптації, оскільки стабільний емоційний фон в родині позитивно впливає на психічне здоров'я та здатність до ефективного вирішення проблем.

25% респондентів- зазначили, що стосунки здебільшого були стримані, це може свідчити про прояви холодності у стосунках, а у 27,5% - напруженість виникала або час від часу, або часто виникали конфлікти. Такі сімейні умови можуть бути пов'язані з проблемами в міжособистісному спілкуванні батьків, що впливає на емоційне самопочуття дітей.

Загальний розподіл результату про емоційний фон в сім'ї можна побачити на (рис. 2.7.)

1.16. Як би Ви описали загальний емоційний фон у сім'ї під час дитинства?

40 ответов

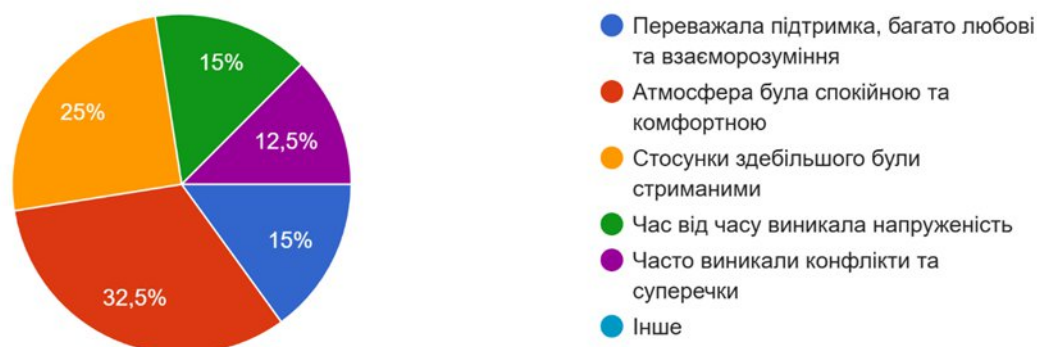


Рис. 2.7. Загальний розподіл результату про емоційний фон в сім'ї

На запитання анкеті «Чи звертались Ви за психологічною допомогою?», 27,5% підтвердили своє звернення за допомогою, тоді, як більшість – 72,5% - не звертались. Показник звернення за психологічною допомогою може впливати на результати подальшого опитування.

При дослідженні за методикою «Анкета негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ)» у блоці питань за «Шкала проживання у дисфункціональній сім'ї», до якого входили наступні питання:

«2.11. Чи можна сказати, що батьки не дбали про Вас належним чином через надмірне вживання алкоголю/наркотичних речовин?

2.12. Ви часто приходили до школи у брудному та старому одязі, не мали їжі?

2.13. Чи Ви часто відчували (до 18 років), що не було когось, хто б Вас захистив?

2.15. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих бодай одноразово погрожував ножом або рушницею Вашій мамі або іншим членам родини?

2.16. До того, як Вам виповнилось 18 років, Ваші батьки жили окремо або були розлучені?

2.17. Хтось з тих з ким Ви жили в дитинстві страждав психічними розладами?

2.18. Хтось з тих з ким Ви жили в дитинстві потрапив до в'язниці?

2.19. Хтось з тих з ким Ви жили в дитинстві намагався скоїти самогубство?

2.20. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто Вас закривав у кімнаті або прив'язував?

2.21. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто не розмовляв із Вами більше декількох годин в якості покарання?

Інше/жодне не відповідає»

Цей блок питань мав формат множинного вибору, що дозволило респондентам зазначити декілька важливих для них аспектів.

більшість відповідей – 52,5% свідчить про відсутність зазначеного у питаннях негативного дитячого досвіду. Загальний результат розподілення значень можна побачити на (Рис.2.8.)

БЛОК 1. Оберіть зі списку та позначте всі твердження (що буде відповідати відповіді "так"), які стосуються періоду Вашого життя до того моменту, як Вам виповнилось 18 років
40 ответов

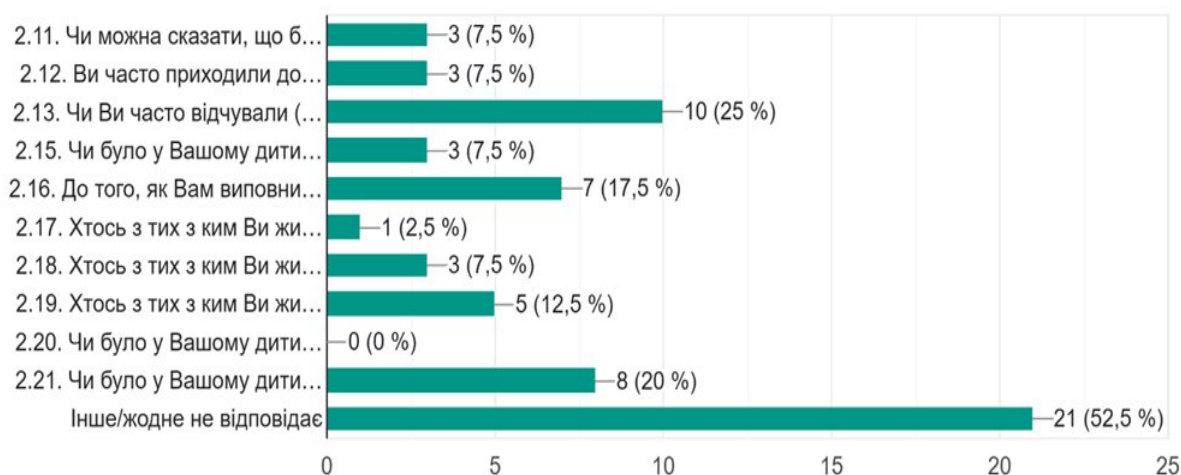


Рис. 2.8. Загальний результат розподілення значень за «Шкала проживання у дисфункціональній сім'ї»,

У блоці питань «*Шкала деструктивного ставлення оточення*», до якого входили наступні питання:

«2.1. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто вас ображав, сварив або принижував?

2.2. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих поведив себе таким чином, що Ви боялися фізичної шкоди?

2.3. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто бив, хапав, штовхав або кидав у Вас що-небудь?

2.4. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто або бодай одноразово побив так, що залишились синці або ушкодження?

2.8. Чи часто Ви відчували, що Ваші брати та сестри отримують більше уваги батьків, ніж Ви?

2.9. Члени Вашої родини не були близькими, не підтримували один одного?

2.10. Ви (до 18 років) жили з кимось, хто зловживав алкоголем або наркотиками?

2.14. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто бив, хапав, штовхав Вашу маму або інших членів родини?

2.22. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб Ви були жертвою цькування або насильства у школі?

Інше/жодне не відповідає»

Більшість відповідей – 35% свідчить про відсутність зазначеного у питаннях негативного дитячого досвіду. Загальний результат розподілення значень можна побачити на (Рис.2.9.)

БЛОК 2 Оберіть зі списку та позначте всі твердження (що буде відповідати відповіді "так"), які стосуються періоду Вашого життя до того моменту, як Вам виповнилось 18 років
40 ответов



Рис. 2.9. Загальний результат розподілення значень за «Шкала деструктивного ставлення оточення»

У блоці питань «Шкала соціально-емоціональної занедбаності», до якого входили наступні питання:

«2.5. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з осіб, старший більш як на 5 років, хоч би одноразово торкався до Вас з сексуальним наміром?

2.6. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось, з осіб старший більш як на 5 років, намагався скоїти або мав з Вами статевий акт (оральний, анальний, вагінальний)?

2.7. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб ви часто відчували що Вас не люблять, до Вас байдужі?

Інше/жодне не відповідає»

більшість відповідей – 55% свідчить про відсутність зазначеного у питаннях негативного дитячого досвіду. Загальний результат розподілення значень можна побачити на (Рис.2.10.)

БЛОК 3 Оберіть зі списку та позначте всі твердження (що буде відповідати відповіді "так"), які стосуються періоду Вашого життя до того моменту, як Вам виповнилось 18 років
40 ответов

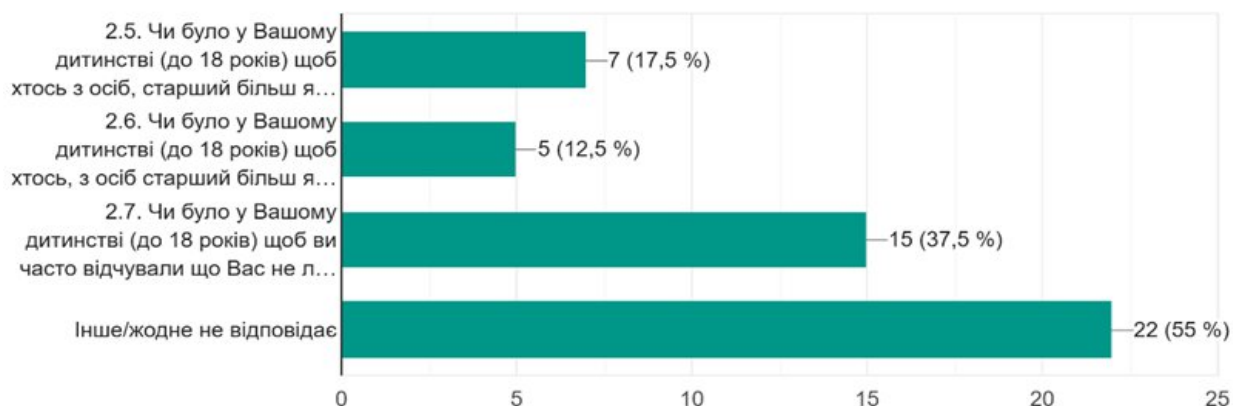


Рис. 2.10. Загальний результат розподілення значень за «Шкала соціально-емоціональної занедбаності».

Результати опитування за методикою «Анкета негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ)» можна побачити у Таблиці 2.3.

№	Шкали	Рівень вираженості	Кількість	Відсоток
1	Загальний рівень НДД	Норма	36	90%.
		Не норма	4	10%.
2	Проживання у дисфункціональній сім'ї	Норма	37	92,5%
		Не норма	3	7,5%
3	Деструктивне ставлення оточення	Норма	36	90%
		Не норма	4	10%
4	Соціально-емоційна занедбаність з врахуванням залучення до раннього статевого життя	Норма	34	85%
		Не норма	6	15%

Таб. 2.3. результатів опитування через методику «Анкета негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ)»

Як видно із таблиці (Таб. 2.3.) результатів опитування через методику **«Анкети негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ)»** загальний рівень негативного дитячого досвіду 90% респондентів перебуває в межах норми і тільки 10% опитуваних отримали високу дозу негативного досвіду в дитинстві. Такий результат корелює із раніше зазначеними в анкеті загальним результатом про емоційно сприятливе або нейтрально-позитивне сприйняття періоду дитинства у 82,5% опитуваних та із показником оцінки стосунків з іншими людьми, як «добрі» у 72,5% респондентів.

Показово, що за результатами опитування через методику **«Анкети негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ)»** 82,5% отримали хоча б один вид негативного дитячого досвіду (НДД), але в дозі, яка перебуває в рамках норми, а про враження безтурботного дитинства з відсутністю негативного дитячого досвіду за методикою показало - 17,5%.

Попри це незначна кількість - 7,5% респондентів отримали травматичний досвід через проживання у дисфункціональній сім'ї, а отже, особливість внутрішньої сімейної ситуації була такою, що неспроможна надати достатньо позитивного дитячого досвіду, бракувало уваги, натомість відчувалося емоційне нехтування потребами дитини.

Ще 10% опитуваних -отримали негативний дитячий досвід від деструктивного ставлення оточення, що свідчить про особливість психологічного стану цих дітей, які зростали в дефіциті уваги, приймаючого ставлення, підтримки, а також в атмосфері використання фізичного та психологічного насилля в якості методу виховання.

А 15% респондентів стикнулися с деструктивним раннім статевим досвідом, а також не відчували любові.

При дослідженні за методикою **«Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R)** у блоці питань за *«Шкалою вторгнення(інтрузія)»* результат показав, що більшість респондентів мали незначну ступінь вираженості

симптомів вторгнення травматичної події за останній місяць, що можна побачити на (Рис 2.11.)



Рис. 2.11. Загальна картина значення за «Шкалою вторгнення(інтрузія)»

При дослідженні за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) у блоці питань за «Шкалою «уникнення» результат показав, що



Рис. 2.12. Загальна картина значення за «Шкалою «уникнення»

більшість респондентів не виявило ознак вираженості симптомів «уникнення» травматичної події за останній місяць, що можна побачити на (Рис 2.12.)

При дослідженні за методикою «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) у блоці питань за «Шкалою збудливості» результат показав, що більшість респондентів мали незначну ступінь вираженості симптомів «збудливості» від травматичної події за останній місяць, що можна побачити на (Рис 2.13.)

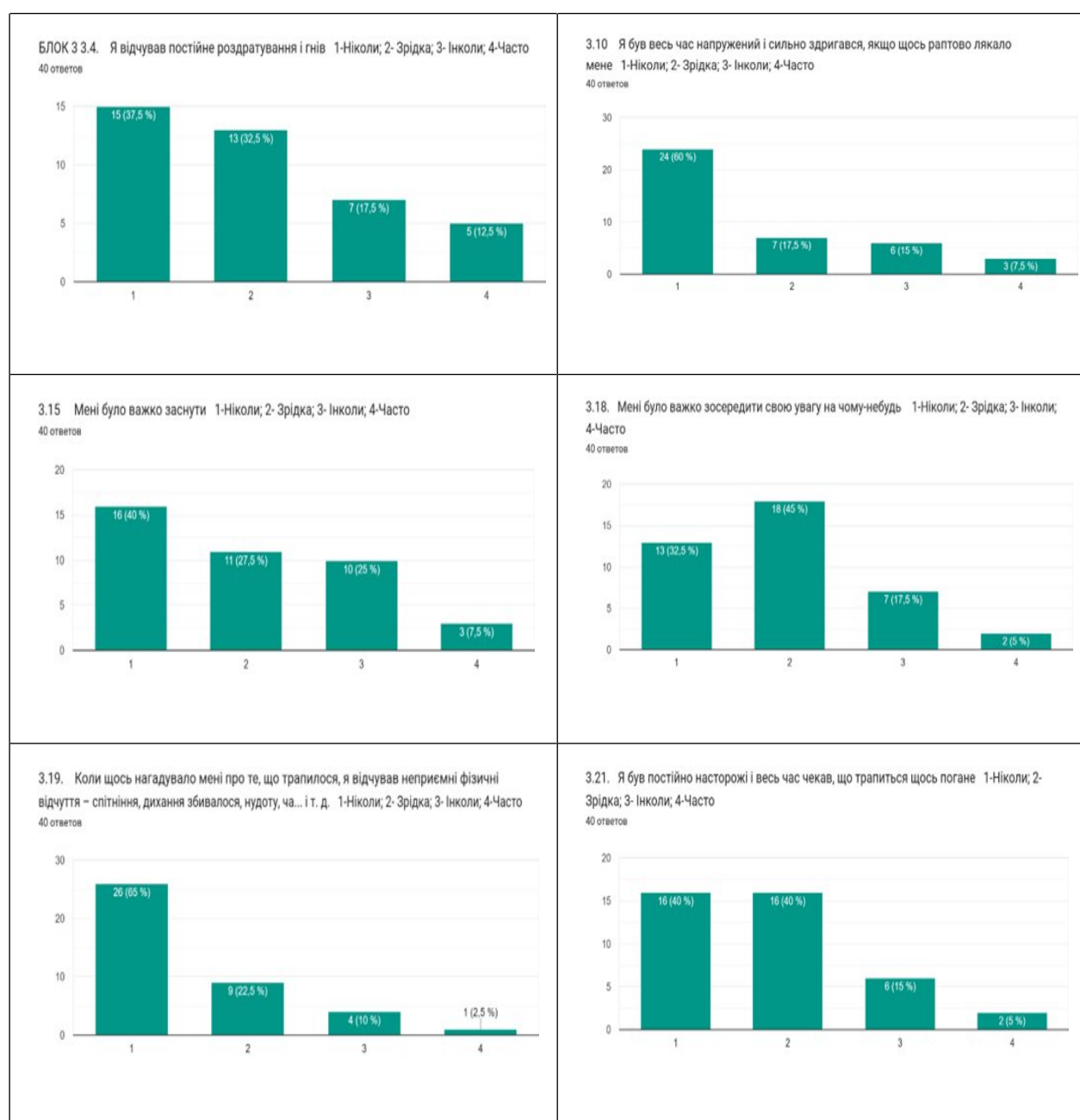


Рис. 2.13. Загальна картина значення за «Шкалою «збудливість»

При дослідженні за методикою «Шкала самооцінки» за М. Розенбергом [15] результат показав, що більшість респондентів (75%), - мали високу самооцінку, обираючи твердження «що володіють багатьма хорошими властивостями», 55%, - що «відчувають себе гідною людиною», 52,5%, - «здебільше задоволені собою», що можна побачити на (Рис 2.14.)

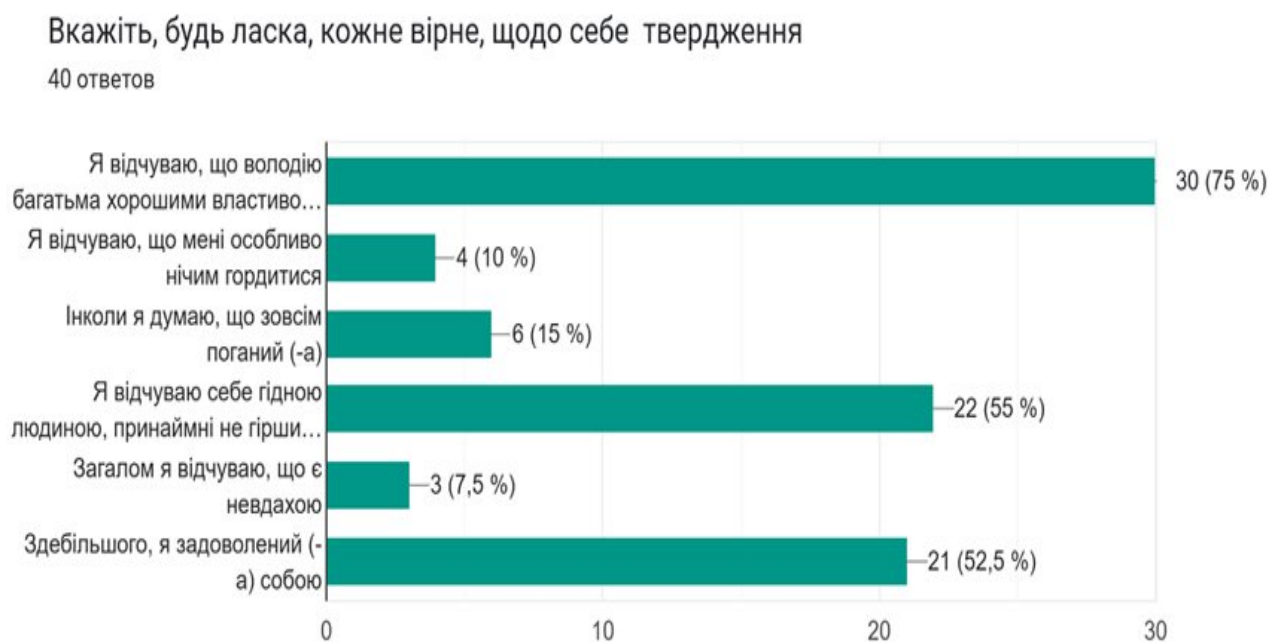


Рис. 2.14. Загальна картина значення «Шкала самооцінки» за М. Розенбергом.

При дослідженні за методикою Шкала життєстійкості Коннора - Девідсона результат показав, що більшість респондентів мали високий рівень життєстійкості, що можна побачити на (Рис. 2.15.)

Такий результат свідчить про добру здатність більшості респондентів адаптуватися до змін, справлятися з тим, що трапляється, здатність справлятися зі стресом, залишатися зосередженим і ясно мислити, не впадати у відчай перед обличчям невдачі, справлятися з неприємними почуттями, такими як гнів, біль або смуток.



**Рис. 2.15. Загальна картина значення життєстійкості за методикою
Шкала життєстійкості Коннора -Девідсона**

ВИСНОВОК до другого розділу

За проведеним емпіричним дослідженням аналіз отриманих даних дозволяє виявити закономірності функціонування психіки респондентів через застосування трьох методик: «Анкети негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (ACE)»ACE (НДД), Шкали оцінки впливу травматичної події» IES-R та Шкалу життєстійкості Коннора -Девідсона CD-RISC.

Так статистичні дані, отримані в ході дослідження, вказують на пряму кореляцію між обсягом дитячої травматизації та інтенсивністю симптомів травматичної події у дорослому віці. Щодо групи із загальним рівнем НДД (90%), то показники за анкетною ACE, що перебувають у межах норми, - чітко корелюють із низькими балами за шкалами інтрузії, уникнення та збудливості (IES-R). Це свідчить про те, що відсутність критичної дози ранньої травматизації сприяє збереженню цілісності психологічного захисного бар'єру, так званого «протиболісного щита» за Фройдом.

Щодо групи (10%) із високою доза НДД (фізичне/психологічне насилля, деструктивний статевий досвід — 15%), то теоретично мала б виражатися у високих показниках впливу травматичних подій IES-R. Проте, загальний результат Шкали IES-R показує «незначну ступінь вираженості симптомів». Це може вказувати на ефективну роботу механізмів витіснення або високу адаптивну здатність вибірки, також необхідно врахувати, що 27,5% респондентів зазначали, що звертались за психологічною допомогою.

Щодо загальних високих показників значень життєстійкості (CD-RISC), то це узгоджується із тим, що загальний рівень НДД (90%) – складає група з показниками в межах норми негативного дитячого досвіду, при цьому 17,5% показали взагалі відсутність негативного дитячого досвіду, а у 82,5% респондентів виявився тільки один вид НДД, що вважається в межах низької дози.

Загальний високий рівень життєстійкості за Коннором-Девідсоном (CD-RISC), пояснює, чому при наявності негативних епізодів у минулому (НДД), актуальний стан респондентів (за IES-R) характеризується відсутністю симптомів «вторгнення» чи «уникнення». Життєстійкість виступає як внутрішній ресурс, що дозволив інтегрувати травматичний досвід без перетворення його на хронічний ПТСР.

Показник відповідей попереднього анкетування респондентів - 72,5%, які оцінюють свої стосунки з іншими людьми, як «добрі», корелює з високим рівнем життєстійкості, підтверджуючи тезу про те, що наявність безпечної прив'язаності та підтримки є базою для формування резильєнтності.

Виявлений сегмент респондентів, що зазнали емоційного нехтування (7,5%) та насилля (10%), формує групу з потенційно вразливою «Я-концепцією». Оскільки загальний рівень життєстійкості у вибірці високий, можна припустити, що маючи середній вік респондентів 45 років, використовують компенсаторні стратегії для підтримки психічної стійкості та здатності адекватно мислити, навіть якщо навколо відбуваються стресові події.

Проведений аналіз дозволяє сформулювати наступний науковий висновок:

Результати дослідження демонструють стійку систему взаємозв'язків між генезисом особистості (досвід дитинства) та її актуальним адаптивним потенціалом. Встановлено, що домінуючим чинником збереження ментального здоров'я у вибірці є високий рівень життєстійкості, який нівелює патогенний вплив помірного негативного дитячого досвіду (виявленого у 82,5% опитаних).

Низька вираженість загальних симптомів інтрузії та уникнення за шкалою IES-R на фоні наявності НДД підтверджує ефективність внутрішніх копінг-ресурсів особистості. Це свідчить про те, що життєстійкість функціонує як буфер, що запобігає хроніфікації травматичного стресу. Емоційно сприятливе сприйняття дитинства та якості міжособистісних стосунків (72,5%)

виступають фундаментальними детермінантами формування резильєнтності, що дозволяє особистості успішно адаптуватися навіть за наявності окремих несприятливих життєвих обставин.

Виявлена група з високою дозою НДД (10%) потребує особливої уваги, оскільки за умови зниження загального рівня життєстійкості (під впливом нових стресорів), відкладені наслідки дитячих травм можуть актуалізуватися у вигляді психосоматичних чи тривожних розладів.

Таким чином, підтверджено гіпотезу про те, що не сама наявність негативної події, а інтеграція її в структуру особистості через механізми життєстійкості визначає подальший психосоціальний розвиток індивіда.

РОЗДІЛ 3. МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ

3.1. Методологічні засади подолання наслідків дитячої травми

Психотерапевтичний метод— це сукупність прикладних психологічних знань та прийомів, які використовує психотерапевт для психологічних інтервенцій. Кожен метод має свою теоретичну базу – концепції, принципи, моделі, цінності тощо. А також власні техніки та інші шляхи інтеграції теоретичних знань в життя клієнта. Є методи, які побудовані виключно на розмові, а є методи, які застосовують більш опосередкований вплив на клієнта (наприклад, гіпнотерапія чи психодрама). Метод може належати до певного напрямку: гуманістичного, психодинамічного когнітивно-поведінкового, або ж може поєднувати в собі ознаки кількох напрямів і вважатися полімодальним. [33]

За відсутності своєчасної професійної інтервенції особистість, що зазнала травматизації у дитинстві, формується під впливом деструктивних переживань, які закріплюються через механізми психологічного захисту. Травматичний досвід деформує емоційну, когнітивну та соціальну сфери, що маніфестується у дорослому віці через порушення самооцінки, емоційну лабільність та дезадаптивні стратегії міжособистісної взаємодії. Високий ризик розвитку афективних розладів, тривожних станів та ПТСР часто супроводжується соматизацією афекту — формуванням «м'язового панцира» та комплексу «вимкненого тіла», що є наслідком хронічного блокування фізичного та емоційного болю.

Ефективна психологічна допомога в контексті подолання наслідків негативного дитячого досвіду повинна базуватися на принципах емпатійності, безпеки та поступової десенсибілізації травматичного стану. Демонстрація безумовної підтримки є базовою умовою для відновлення довіри клієнта до світу та подолання екзистенційного страху.

Сучасна психологічна практика пропонує широкий спектр інтегративних підходів, що дозволяють працювати з травмою на різних рівнях: вербальному, символічному та тілесному.

Так, наприклад **Арт-терапія** надає зцілюючого ефекту через творчу проєкцію. Арт-терапія є одним із найбільш гуманних та «м'яких» методів роботи з важкими переживаннями. Вона дозволяє обійти «цензуру свідомості» та висловити пригнічені емоції через образотворчу діяльність, ліплення або конструювання. Через несвідоме перенесення успіху у творчості на життєвий досвід сприяє реструктуризації «Я-концепції». Можливість безпечного контакту з травмою без необхідності негайного вербального опису болючих подій.

Пісочна терапія (Sandplay): символічне самовідновлення. Метод, заснований на юнгіанському підході, активізує внутрішні ресурси психіки до самозцілення. Через створення «пісочних світів» дозволяє клієнту екстерналізувати внутрішні конфлікти, програти травматичні сценарії та зняти психоемоційне напруження у безпечному просторі гри.

Тілесно-орієнтована та соматична психотерапія. Цей напрям (включаючи підходи П. Левіна) розглядає тіло як сховище травматичного досвіду. Через роботу з диханням, м'язовими затисками та глибинними відчуттями дозволяє вивільнити заблоковану енергію виживання. Таким чином, відбувається зцілення душі через роботу з тілесними кодами почуттів, відновлення цілісності психосоматичних процесів.

Окрім зазначених підходів, у роботі з дитячими психотравмами доцільно використовувати такі методи:

1. Екзистенціальна терапія (І. Ялом) фокусується на пошуку сенсів після пережитого страждання. Допомагає клієнту прийняти відповідальність за своє теперішнє життя, незважаючи на травми минулого. Робота спрямована на подолання страху ізоляції та безглуздості існування, що часто супроводжують травмовану особистість.

2. Метод десенсибілізації та переробки рухом очей (EMDR) один із найбільш доведених методів роботи з ПТСР. За допомогою білатеральної стимуляції (рухи очей, простукування) допомагає мозку «переробити» заблоковані травматичні спогади, знижуючи їх емоційну інтенсивність та переводячи їх у розряд звичайного наративного минулого.

3. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) орієнтована на травму, спрямована на ідентифікацію та зміну деструктивних когнітивних схем (наприклад: «Я винен у тому, що сталося», «Світ небезпечний»). Метод допомагає виробити нові, адаптивні копінг-стратегії та змінити поведінкові патерни уникнення.

4. Гештальт-терапія орієнтована на відновлення контакту клієнта з його актуальними потребами «тут і тепер». Особлива увага приділяється «завершенню незавершених гештальтів» — емоційному відреагуванню ситуацій з минулого, які забирають енергію особистості в теперішньому.

5. Казкотерапія (Символдрама) ефективна у роботі з «внутрішньою дитиною». Використання метафор та архетипічних сюжетів дозволяє знайти внутрішні ресурси (чарівні помічники, магічні предмети) для подолання «чудовиськ» минулого, що особливо важливо для клієнтів з глибокою дисоціацією.

Таким чином, вибір методу залежить від типу травми, віку клієнта та рівня його життєстійкості. Інтеграція тілесних, творчих та когнітивних технік забезпечує найбільш стійкий терапевтичний результат, дозволяючи особистості не лише адаптуватися, а й досягти посттравматичного зростання.

3.2 Техніки для подолання негативного впливу дитячої травми

Опрацювання дитячих травм може бути складним і тривалим процесом. Для початку важливо визначити, яка саме травма відбулася і які її наслідки. Далі необхідно звернутися до фахівця - психолога або психотерапевта, який допоможе розібратися в емоційних реакціях і надати необхідну підтримку.

Фахівцю важливо створити безпечний простір для Клієнта, де можна відкрито висловлюватися і розмовляти про власні почуття та емоції.

Для подолання наслідків впливу негативного дитячого досвіду може бути запропонована наступна **Програма психологічної допомоги: «Усвідомлення та подолання наслідків негативного дитячого досвіду»**, яка може застосовуватися у роботі психологів, психотерапевтів і соціальних працівників для надання допомоги дорослим із дитячими психологічними травмами. Результати емпіричного дослідження сприятимуть розробці більш ефективних методів підтримки психосоціальної адаптації, а також можуть бути інтегровані у програми реабілітаційних центрів та тренінги з особистісного розвитку

1. Діагностичний етап.

Техніка «Колесо травматизації»

Завдання: На листі паперу ф.А4 намалуйте велике коло та поділіть його навхрест осями координат спочатку на 4, а потім на 8 рівних зон. Кожну ось підпишіть: «Фізичний стан», «Емоційна стабільність», «Сексуальність», «Соціальні зв'язки», «Відпочинок і відновлення», «Відносини з матір'ю», «Відносини з батьком»

Нижче наведені 10 професійних тверджень для кожної сфери, які оцінюються 1 балом:

1. Фізичний стан

1. Я маю стабільний високий рівень енергії протягом дня.
2. Я займаюся фізичною активністю щонайменше 3 рази на тиждень.

3. Моє харчування збалансоване та відповідає потребам мого організму.
4. Я швидко відновлююсь після фізичних навантажень або стресових ситуацій.
5. Я рідко чи ніколи не відчуваю болю або дискомфорту у тілі.
6. Я сплю не менше 7-8 годин на добу та відчуваю якісний сон.
7. Я регулярно проходжу медичні огляди і дбаю про профілактику здоров'я.
8. Я успішно контролюю хронічні захворювання або реабілітуюсь після травм.
9. Мій фізичний стан позитивно впливає на мою щоденну продуктивність.
10. Я маю чіткі плани щодо покращення свого фізичного стану у найближчому майбутньому.

2. Емоційна стабільність

1. Я здатен(на) ефективно управляти своїми емоціями у складних ситуаціях.
2. Я рідко відчуваю тривогу або надмірний стрес протягом дня.
3. Я швидко відновлююсь після емоційних переживань чи конфліктів.
4. Мені властивий позитивний настрій більшість часу.
5. Я усвідомлюю та приймаю свої емоції без зайвого самокритицизму.
6. У стресових ситуаціях я зберігаю спокій і здатен(на) приймати зважені рішення.
7. Я відкрито спілкуюся про свої емоції з близькими або колегами.
8. Я вмію ефективно розслаблятися та відновлювати емоційний баланс.
9. Я відчуваю внутрішню гармонію і задоволення від життя на регулярній основі.
10. Я маю стратегії для попередження емоційного вигорання та підтримки стабільності.

3. Сексуальність

1. Я відчуваю комфорт і прийняття свого сексуального «я».

2. Мої сексуальні потреби та бажання збігаються з моїм партнером або я задоволений(на) своєю сексуальністю.
3. Я маю відкриту та чесну комунікацію щодо сексуальності у своїх близьких стосунках.
4. Я позитивно ставлюсь до своєї фізичної та сексуальної привабливості.
5. Я відчуваю емоційний комфорт та безпеку під час інтимних стосунків.
6. Я свідомо піклуюсь про своє сексуальне здоров'я.
7. Я вмію висловлювати свої сексуальні бажання та межі без страху чи сорому.
8. Я відчуваю задоволення від своєї сексуальної активності або відсутності такої, якщо це мій свідомий вибір.
9. Я готовий(на) навчатися і розвивати свою сексуальність і інтимні стосунки.
10. Моя сексуальність позитивно впливає на моє самопочуття і якість життя.

4. Соціальні зв'язки

1. Я маю стабільний та підтримуючий коло близьких друзів.
2. Я регулярно підтримую контакт з родиною.
3. Я відчуваю себе прийнятим(ою) та цінним(ою) у своєму соціальному оточенні.
4. Мені комфортно висловлювати свої думки та почуття в соціальних взаємодіях.
5. Я вмію ефективно вирішувати конфлікти у міжособистісних стосунках.
6. Мої соціальні зв'язки допомагають мені долати стрес та труднощі.
7. Я активно створюю нові знайомства та розширюю коло спілкування.
8. Я отримую емоційну підтримку від близьких та колег.
9. Я інвестую час і зусилля у підтримку існуючих соціальних зв'язків.
10. Мої соціальні зв'язки сприяють моєму професійному і особистісному розвитку.

5. Відпочинок і відновлення

1. Я регулярно виділяю час для повноцінного відпочинку протягом тижня.
2. Мій відпочинок сприяє зняттю фізичної та емоційної напруги.

3. Я приділяю увагу якості сну і дотримуюся режиму сну.
4. Я усвідомлено практикую релаксаційні техніки для відновлення сил.
5. Мій відпочинок включає активності, які приносять мені задоволення і розраду.
6. Я уникаю роботи чи думок про роботу під час періодів відпочинку.
7. Я забезпечую збалансований розподіл праці і відпочинку протягом дня.
8. Я відчуваю себе енергійним(ою) і свіжим(ою) після відпочинку.
9. Мої відпочинкові практики допомагають мені зберігати мотивацію та продуктивність.
10. Я підтримую здоровий баланс між активним відпочинком і релаксацією.

6. Особистісний розвиток

1. Я ставлю перед собою чіткі цілі для особистого розвитку.
2. Я регулярно інвестую час у навчання та здобуття нових знань.
3. Я відкритий(а) до отримання конструктивного зворотного зв'язку.
4. Я усвідомлено розвиваю свої сильні сторони і працюю над слабкими.
5. Я практикую саморефлексію для аналізу власних дій і результатів.
6. Я активно шукаю можливості для професійного та особистого зростання.
7. Я вмію ефективно планувати свій розвиток і слідкую за прогресом.
8. Я готовий(а) виходити із зони комфорту для досягнення нових вершин.
9. Я дбаю про розвиток навичок емоційного інтелекту і комунікації.
10. Я інтегрую уроки та досвід у своє повсякденне життя для кращої версії себе.

7. Відносини з матір'ю

1. Я маю відкритий і чесний емоційний зв'язок із матір'ю.
2. Я регулярно підтримую контакт і спілкуюся з матір'ю.
3. Ми вміємо вирішувати конфлікти конструктивно і з повагою.
4. Я відчуваю підтримку та розуміння з боку матері.
5. Я вмію виражати свої почуття і потреби у стосунках з матір'ю.
6. Наші взаємини сприяють моєму емоційному благополуччю.

7. Я ціную спільний час і створюю моменти для зближення з матір'ю.
8. Я приймаю матір такою, якою вона є, без надмірної критики.
9. Ми підтримуємо одне одного у важкі часи.
10. Наші відносини базуються на довірі і взаємоповазі.

8. Відносини з татом

1. Я маю відкритий і щирий емоційний зв'язок із татом.
2. Я регулярно підтримую контакт і спілкуюся з татом.
3. Ми вміємо конструктивно вирішувати конфлікти в наших стосунках.
4. Я відчуваю підтримку та розуміння з боку батька.
5. Я можу виражати свої почуття і потреби у відносинах із татом.
6. Наші взаємини позитивно впливають на моє емоційне благополуччя.
7. Я ціную час, проведений разом, і прагну створювати спільні моменти.
8. Я приймаю тата таким, яким він є, без зайвої критики.
9. Ми підтримуємо одне одного у складні життєві моменти.
10. Наші відносини ґрунтуються на довірі та взаємній повазі.

Підрахуйте бали по кожному блоку. Оцінювання за цими шкалами допомагає виявити дисбаланси та спрямувати ресурси на підтримку професійного і особистого благополуччя.

Потім необхідно створити малюнок коду відповідно до відповідей за шкалами з блоків вище. Цей етап роботи з практикою передбачає оцінку не тільки кількісного (накопичувального) травматичного досвіду, але й його емоційної інтенсивності. Це можна відобразити на малюнку коду різними кольорами.

Підрахуйте бали (відповіді “Так”) у кожному блоці:

- червоний – інтенсивний, вкрай болісний досвід,
- жовтий – досвід, який суттєво вплинув,
- зелений – досвід, який незначно вплинув.

Таким чином, кількість відповідей «так» з кожного блоку наноситься на відповідну шкалу малюнка. Після завершення діагностичної практики всі точки, відмічені на малюнку, з'єднуються.

Таким чином можна побачити «карту» різних зон життя, де втрачається енергія, і де ресурсні зони життя. [17]

2. Етап опрацювання травмованої сфери життя

Зосередьтесь на той сфері життя, котра на малюнку у зоні ризику: червоний колір (або жовтий) на малюнку. Яка саме сфера “тут і зараз” потребує вашої уваги, або найбільш травматична у вашому житті? Думайте про неї, слухайте себе: Своє тіло, думки, емоції?

- Які травматичні спогади проявились? Ситуації? Події?
- Оберіть одну травматичну подію, або травматичний досвід, який тривав більше за часом, ніж одна ситуація.
- Техніка «**Напишіть вашу емоційну історію**» цього психологічно - травматичного для вас досвіду за схемою:

“Жив-був/Жила-була (Ваше ім'я)..., і була з нею(ним) така ситуація...., і побачив(ла) він(вона), що..., і відчувала(в) вона(він) себе...., і згодом це вплинуло на...., і життя змінилось, І зробив(ла) висновки, що..., але це дало йому(їй) можливість стати (бути)...., і тепер його (її) сили (“скіли”) у....

На цьому етапі можна використовувати будь-які техніки, що дають можливість відкрито виразити свої почуття:

Це може бути **Техніка «Порожній стілець»**. [19]

Ця одна з найпоширеніших технік гештальттерапії і психодрами. Консультант ставить стілець навпроти клієнта і пропонує помістити на нього відсутню особу або окрему рису характеру, значиму емоцію: «Спробуйте уявити, що на цьому стільці сидить ...»

Можливість звернутися до уявного співрозмовника дозволяє клієнту висловити все, що хочеться, все, що наболіло, висловити свої почуття, виплеснути негативні емоції.

Потім Клієнт «сідає» на цей умовний «порожній стілець» і починає говорити від імені тієї особи, з якою щойно розмовляв сам.

Таким чином Клієнт побачить і точку зору свого співрозмовника.

Також це може бути **Техніка «Телефонна розмова»** [8]

Клієнта просять зателефонувати для розповіді з проблемної ситуації. Консультант просить описати місце, де знаходиться телефон, набрати номер, тримати в руці трубку і почати розмову такими словами: «Алло, говорить ... Дзвоню тобі, щоб ...»

Клієнта спонукають говорити все, що приходить в голову, навіть більш відкрито, ніж у реальному спілкуванні. Розмова займає близько 10 хвилин. Вона не є повторенням реальних розмов у минулому.

Мета даної техніки - полегшити відкрите вираження почуттів по відношенню до кривдника, вийти з емоційного замішання і визначити своє ставлення до реальних подій.

Техніка «Лист до своєї Внутрішньої Дитини» [6]

Зразкова структура листа внутрішній дитині:

1.Звернення : Почніть лист із теплих і лагідних слів, звертаючись безпосередньо до своєї внутрішньої дитини (наприклад, звернення на ласкаву форму дитячого імені або «Дорога моя внутрішня дитино», «Любий малюк»).

2.Визнання почуттів : Опишіть, що бачите і розумієте емоції, які живуть у цій частині вас, наприклад: «Я знаю, що тобі іноді буває сумно і страшно».

3.Підтримка і розуміння : Висловіть співчуття і прийняття: «Ти маєш право відчувати все, що відчуваєш. Я поруч і готовий(а) підтримати тебе».

4. Запевнення в безпеці : Підкресліть, що внутрішня дитина зараз у безпеці: «Я піклуюся про тебе і зроблю все, щоб ти почувалася захищеною».

5.Пропозиція підтримки : Запропонуйте конкретну допомогу чи підтримку: «Якщо тобі страшно, давай разом зробимо глибокий вдих» або «Розкажи мені, про що хочеш поговорити».

6.Заклучні слова :Підсумуйте лист теплими побажаннями, наприклад: «Я люблю тебе і завжди буду поряд», «Дякую тобі за те, що ти є».

Техніка «Рюкзак». [16] Уявіть, що ви разом з рюкзаком або валізою вийшли з міста. Зійшли на пагорб і останній раз оглянули покинуте місто цілком. Подивіться на нього уважно, запам'ятайте його таким, з пагорба. Він прекрасний і жахливий одночасно, ім'я йому — Дитинство.

Але ви вже не там. Тепер покладіть на землю свій рюкзак, присядьте на пагорбі, погляньте на навколишній пейзаж, якщо треба, підправте його (він повинен бути приємним для вас). Відкрийте рюкзак і розкладіть на землі його вміст. Уважно, не поспішаючи огляньте все, що у вас там є. Це «проблеми з дитинства». Кожен набір, звичайно, індивідуальний. У кого-то вміст зайняло весь пагорб («мене не розуміли», «мені не дозволяли», «мене не змусили» і т. д.), А у кого-то в вузлику лежить всього одна річ: «Мама, мама, що ж ти так рано померла ?! І я не встиг тобі сказати, як я любив тебе! ...»

І ось ви дивитеся уважно на те, що ви винесли з міста на ім'я Дитинство, і прямо на цьому пагорбі приймаєте рішення, що з цього ви візьмете з собою в подальшу ваше життя, а що залишите тут, в передмістях, де йому саме і місце.

І якщо ви вирішуйте: це візьму! — то це вже ваш вибір і ваша особиста відповідальність. І більше нічия. Ваші батьки тут ні при чому, це ви, доросла людина, вирішили, що візьмете з собою татове уїдливе: «Знаєш, синку, ти тільки від скромності НЕ помри!» (Вам знадобиться, ви вже знаєте, що дійсно схильні перебільшувати власні заслуги). І це ви за своїм вибором все життя будете говорити і говорити про любов своєї померлої матері і плакати про неї світлими сльозами (хто напевно знає, як насправді влаштований світ — раптом вона все-таки почує і порадіє?).

Все це ваш вибір. Ваша подальша життя. Ви — особистість. Берете легший або залишився колишнім після ревізії вузлик і йдете вперед по своїй дорозі.

Кожен Клієнт індивідуальний і кожний випадок опрацювання травми потребує свого орієнтованого на Клієнта методу і технік.

Техніка «Ослаблення травматичного інциденту» [35]. Це дуже ефективна техніка втручання при кризі. Її автор - Франк Джербод. Техніка ослаблення травматичного інциденту (**ОТІ**) складається з візуалізації, повторного переживання травми (без переривань, інтерпретацій і коментарів). Можна направити роботу на одну окрему подію або на серію подій, об'єднаних загальною темою, яка прямо пов'язана з травмою. Цей метод дозволяє когнітивно переоцінити травматичні події.

Дана техніка передбачає нейтральність консультанта. Клієнт тут є «глядачем», консультант тільки створює умови для процедури «перегляду». Для роботи необхідно, щоб клієнт був досить бадьорим на початку сеансу, довіряв консультанту і бажав вирішувати проблему. Консультант повинен надати

клієнту безпечне терапевтичне оточення, а також переконатися в тому, що він хоче працювати з проблемою.

Місце для «перегляду» має бути ізольованим, щоб ходу роботи нічого не заважало. Процедура може зайняти багато часу, але ні консультант, ні клієнт не повинні поспішати. Спілкування з клієнтом чітко структуроване і не передбачає жодних інтерпретацій. Консультант нейтральний, він приймає без коментарів все, що б клієнт не говорив. Консультант не повинен дозволяти собі оцінку ні в якому вигляді. Можливо, клієнт почне загрожувати консультанту, але і в цьому випадку не повинно бути жодних обговорень. Якщо у консультанта виникають емоційні реакції, їх не слід проявляти. У клієнта може бути сильна емоційна реакція, він може захотіти зупинитися, тоді консультант йому повинен допомогти продовжувати роботу, щоб знову зустрітися з тим, що він пережив під час травматичної події. Завдання консультанта - довести сесію до успішного завершення.

Техніка проведення ОТІ дуже проста. Консультант пояснює основні правила і описує процедуру: «Вам потрібно слідувати інструкції і робити те, що я скажу. Ми повинні працювати, не перериваючись. Ваше завдання -

згадати епізод і пройти через нього багато разів. Працюємо до результату, зупинимося, коли відчуєте себе краще. Можливо, вам захочеться зі мною щось обговорити, запитати, але цього ми не будемо робити. Я не буду давати порад, не буду оцінювати вас. Що було - те було. Зараз перед нами стоїть завдання зробити так, щоб ці спогади не заважали жити. Ми не будемо докладно обговорювати ваш випадок, я поясню, що потрібно робити. Вам не слід з будь-ким обговорювати те, що станеться на сесії».

Процедура ОТІ. Інструкції консультанта: «Згадайте травматичний інцидент. Уявіть собі, що ви дивитеся про це фільм на відео. Перегляньте подію і скажіть:

1 крок. Коли це сталося?

2 крок. Де це сталося?

3 крок. Як довго це тривало? Якщо це ланцюжок подій, згадайте першу.

4 крок. Поверніться до початку інциденту.

5 крок. Увімкніть кнопку «відео», почніть перегляд. (Якщо необхідно, закрийте очі.) Що ви уявляєте, бачите, відчуваєте? Коротко розкажіть про це.

6 крок. Перегляньте подію, пройдіть через інцидент до кінця. Дайте мені знати, коли завершите перегляд.

7 крок. Скажіть, що сталося? Що ви уявляєте, бачите, чуєте, відчуваєте? Коротко розкажіть про це.

8 крок. Вам потрібно пройти через цей епізод багато разів. Це схоже на повторний перегляд фільму, коли його дивишся кілька разів і помічаєш все більше деталей і реагуєш менш емоційно. Скажіть вголос «початок», коли повернетесь до початку епізоду, перегляньте епізод знову. Можете розповісти те, що захочете, можете повідомляти тільки про нові деталі, які ви помічаєте при повторному перегляді. Коли закінчите перегляд, знову повертайтеся до початку. Пройдіть все до кінця.

9 крок. Після того як ви кілька разів всі перегляньте, я хочу дізнатися, краще вам або гірше. Інцидент стає легшим чи важчим? »

Якщо клієнт говорить, що стало легше, необхідно почати спочатку; якщо важче чи без змін, консультант питає: «Може, інцидент почався раніше?» При позитивній відповіді слід попросити повернутися до передував епізоду, пройшовши кроки 5-8.

Якщо клієнт не може згадати попередній епізод, слід запитати клієнта, чи є в його досвіді що-небудь, що нагадує ситуацію травми? Якщо відповідь позитивна, консультант просить клієнта згадати цю подію, свої почуття, думки. У цьому випадку слід повторити кроки 1-8.

Коли у консультанта створюється враження, що клієнт досяг «фіналу», він задає питання типу: «Як інцидент представляється вам тепер? Чи усвідомлюєте ви, які рішення приймали під час події? », «Чи є щось, що ви хотіли б запитати або сказати до кінця сесії?».

Як дізнатися, що можна закінчити процедуру ОТІ? Зазвичай про це говорить видима зміна емоційних і вегетативних реакцій. Крім цього, клієнт при кожному перегляді помічає більше деталей, робить більше коментарів, висловлює більше суджень. Можна поставити запитання, чи стало йому легше.

Якщо відповідь негативна, то або подія почалося раніше, або є інші події, які пов'язані з цією.

Якщо консультанту доводиться працювати з невизначеним запитом, наприклад: «Я боюся бути серед людей», то необхідно запропонувати клієнтові переглянути останній випадок, коли він відчував це почуття, потім йти назад до первинної травми.

Отже, запропоновані технології допомагають людям згадати важкі минулі переживання й навчитися ставитися до цих спогадів без болю у теперішньому житті. Завдяки контрольованому й повторному пригадуванню люди вчаться не пов'язувати негативні емоції з об'єктами і спогадами, яких вони бояться.

Керована візуалізація є ще одним методом долання дитячої психологічної травми. Використовує уяву й образи, щоб змінити нейронну

структуру. З керованою уявою клієнт використовує праву півкулю мозку: вона відповідає за ментальну обробку інформації. Таким чином можна перебудувати старі шаблони. Берні Сігел зазначає, що ментальна уява – це не просто думати про щось, це процес, у який залучена переважно права частина. Він охоплює використання зорових, слухових і нюхових відчуттів, а також пам'ять, настрій, емоції [76].

Спортсмени використовують творчу візуалізацію для покращення своїх результатів. Перед відповідальним матчем вони уявляють, як замахуються битою або забивають м'яча.

Д. Наказава описує приклад застосування творчої візуалізації, керованої уяви: спілкування з «мудрим Я», яке дає пораненій і покинутій дівчинці (клієнтові), якою вона колись була, заспокоєння і прийняття, які так і не отримала від матері [31].

Керовану візуалізацію використовують у роботі з інтрузивними спогадами, у тому числі пов'язаними із пережитим у дитинстві насиллям. Як відомо інтрузії бувають зорові, слухові, нюхові, тактильні. Для кожної із них розроблено спеціальні техніки із використанням уяви і залученням спогадів. Наприклад, для роботи із зоровими інтрузіями використовують техніку «**Метод екрану**», «Рамкування», «Позитивна контркартинка» та ін. Наведемо деякі них [45].

EMDR (ДПРО) або десенсибілізація і переспрямування руху очей, - ефективна форма психотерапії, яка допомагає у цьому процесі. Терапію ДПРО розробила у 1990 р. Френсіс Шاپіро. Вона помітила, що коли людина під час роздумів про хворобливі переживання минулого швидко переводить погляд справа наліво, як це відбувається на найглибших стадіях сну або сну зі швидким рухом очей, - то емоції й стресові реакції, пов'язані з цими спогадами, зникають [7].

Ф.Шапіро зрозуміла, що багато пацієнтів можуть прийти на прийом до психотерапевта чи психіатра зі скаргами на тривожність, але якщо пацієнт не

повідомляє про ПТСР чи серйозну травму, лікар може ніколи і не дізнатися про їхній негативний дитячий досвід. Вчена пропонує список тверджень і якщо котресь з них спричиняє дискомфорт в тілі, пришвидшене серцебиття, ускладнене або поверхнєве дихання, це означатиме, що є непропрацьовані емоції про минулі події. Ось деякі з негативних переконань:

Я не заслуговую на любов

Я жахливий/а

Я погана людина

Я неадекватний/а

Я недостатньо хороший/а

Я потворний/а (ненавиджу своє тіло)

Я не заслуговую..

Я дурний/а (недостатньо розумний/а)

Я – розчарування

Я заслуговую смерті

Я заслуговую бути нещасним/ою

Я не такий/а, як усі (не підходжу

Я повинен/нна був/ла щось зробити

Я вчинив/ла неправильно

Я повинен/нна був/ла знати краще.

Ф.Шапіро виявила, що вона може допомогти пацієнтам безпечно звертатися до своїх негативних емоцій і перетворити ранні спогади, пов'язані з їх негативними, емоційно-руйнівними переконаннями, просто з допомогою природного процесу швидкого руху очей.

Під час сеансу ДПРО-терапії пацієнтові допомагають викликати хворобливі емоції. У процесі того, як ці емоції призводять до згадування конкретних важких переживань і виникнення глибоко вкорінених почуттів, пацієнта просять переводити погляд справа наліво або стежити за світловим малюнком, який рухається, імітуючи рух очей у глибокій фазі сну. Терапевт

керує фокусом уваги клієнта. Або ж люди можуть тримати в кожній руці маленьку паличку, яка періодично курсує справа наліво. Вчена пояснює, що у кожного у мозку є центри обробки інформації, який спрямований на те, щоб сприймати досвід, пов'язувати його з минулими спогадами й подіями у житті, обробляти цю інформацію та робити нові висновки. За допомогою ДПРО розглядаються ранні спогади, які можуть спричиняти ці почуття, поточні ситуації, які їх викликають, розглядаються наявні у пацієнта симптоми і що

потрібно зробити у майбутньому, щоб людина могла повноцінно рухатися уперед.

ДПРО-терапія імітує ті самі неврологічні процеси, які відбуваються під час фази глибокого сну й очищають мозок. Повторюване переспрямування уваги в ДПРО викликає нейробіологічний стан, схожий на глибоку фазу сну, і цей процес – як у сні, так і в ДПРО – підтримує інтеграцію мозку, яка порушується під час несприятливих ситуацій і хронічного непередбачуваного токсичного стресу. Ця інтеграція може сприяти зменшенню кількості епізодичних спогадів про травматичні події, які людина зберігає в гіпокампі, й зниженню факторів тривоги у мигдалині

Метод екрану. «Тримайте очі відкритими. Уявіть, що ви бачите екран телевізора на стіні навпроти вас. Картинка має бути чіткою. А тепер спробуйте побачити на цьому екрані спогад про вашу травматичну подію. Вдається? Добре. Картинка кольорова чи чорно-біла? Ви можете змінити її? Якщо кольорова, спробуйте зробити її чорно-білою, і навпаки. Подивіться, що станеться. Гаразд. Тепер ваша картинка має рухатися, як у фільмі. Якщо потрібно, примусьте її рухатися. Чудово. Тепер уявіть, що ви використовуєте пульт дистанційного керування, щоб поставити кадр на паузу. Запустіть картинку знову. Спробуйте перемотати її назад і подивитися, що буде. Є? Добре. Повільно прокручуйте кадр уперед, а потім спробуйте його пришвидшити. А тепер зробіть картинку нечіткою і розмитою, як при низькій якості.

Подивіться, чи вдасться вам зробити так, щоб картинка збідла й почала зникати. Тепер уявіть, що ви берете пульт від телевізора і натискаєте кнопку вимкнення».

ВИСНОВОК до третього розділу

В даному розділі були розглянуті методологічні засади подолання наслідків дитячої травми, розкрита сутність психотерапевтичного методу та психологічних інструментів.

На основі теоретичного аналізу та емпіричних даних, отриманих у ході дослідження, було визначено проблеми, з якими стикаються такі особи, що зазнали негативного дитячого досвіду та розроблено шляхи їх корекції. Розроблена і викладена **Програма психологічної допомоги: «Усвідомлення та подолання наслідків негативного дитячого досвіду»**, яка може застосовуватися у роботі психологів, психотерапевтів і соціальних працівників для надання допомоги дорослим із дитячими психологічними травмами. Результати емпіричного дослідження сприятимуть розробці більш ефективних методів підтримки психосоціальної адаптації, а також можуть бути інтегровані у програми реабілітаційних центрів та тренінги з особистісного розвитку. Індивідуалізований підхід, передбачений у програмі, дозволяє враховувати особливості кожного учасника та адаптувати стратегії роботи до їхніх потреб.

Важливим компонентом програми були техніки та вправи, спрямовані на усвідомлення наслідків дитячих травм, регуляцію емоцій, зміну деструктивних переконань і модифікацію поведінкових стратегій.

Таким чином, третій розділ підтверджує виконання відповідного завдання поставленого на початку робіт, а запропонована психологічна програма є ефективним інструментом для роботи з дорослими, які зазнали емоційних травм у дитинстві.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження було послідовно реалізовано всі п'ять завдань.

В результаті теоретичного аналізу було визначено, що особистість це відкрита, цілісна та динамічна система, є, розвиток якої детермінується взаємодією біологічних чинників та соціального середовища. Встановлено, що центральним утворенням, яке опосередковує зовнішні впливи, є «Я-концепція». Саме вона виступає внутрішнім фільтром, через який індивід інтерпретує події свого життя.

Психологічна травма в дитинстві визначена, як суб'єктивно значущий досвід, що руйнує «протиболісний щит» психіки, призводячи до нейробіологічних та психологічних деформацій, які можуть залишатися латентними до моменту активації новими стресорами у дорослому віці.

Досліджуючи емоційний інтелект, як життєвий ресурс особистості, було відзначено, що він виступає значущим предиктором суб'єктивного благополуччя, рівня саморегуляції поведінки та копінг-стратегій. Визначено поняття резильєнтності, як здатності особистості відновлюватися та адаптуватися до труднощів. Завдяки мобілізації когнітивних, емоційних та соціальних ресурсів можливе не лише зцілення, а й посттравматичне зростання, що веде до переосмислення цінностей та набуття нової психологічної стійкості.

Опрацьовано мультидисциплінарні підходи (біопсихосоціальний Дж. Енгеля, теорія прив'язаності Дж. Боулбі, соматичний підхід П. Левіна та внутрішній світ травми Д. Калшеда), що дозволило комплексно поглянути на механізми травматизації.

Розгляд класичних та сучасних моделей (Дж. Енгеля, Дж. Боулбі, П. Левіна, Д. Калшеда) дозволив з'ясувати, що травма діє системно: на біологічному рівні вона змінює архітектуру мозку (гіперактивність амігдали, соматична фіксація енергії виживання); на психологічному рівні провокує

дисоціацію та розщеплення Его; на соціальному рівні руйнує базові моделі прив'язаності та довіри до світу. Виявлено, що вирішальним чинником є не кількість чи інтенсивність подій, а їх індивідуальна значущість та здатність психіки до інтеграції цього досвіду.

Емпіричне дослідження за допомогою додаткового анкетування, методик (ОНДД) (ACE), IES-R та CD-RISC виявило складну архітектуру взаємозв'язків між минулим досвідом та теперішнім станом.

Гіпотеза дослідження про те, що дитячі психотравми здійснюють негативний вплив на розвиток особистості в дорослому віці у вигляді заниженої самооцінки, труднощів у соціальній взаємодії, підвищеного рівня тривожності, зниженої життєстійкості, підтверджена частково з важливим науковим уточненням. Емпірично доведено, що висока доза негативного дитячого досвіду (НДД) корелює з потенційною вразливістю «Я-концепції» та ризиком актуалізації психосоматичних і тривожних розладів у майбутньому (група 10%), де накопичений негативний дитячий досвід створює реальну загрозу для стабільності «Я-концепції» та провокує розвиток тривожних станів. Водночас дослідження спростувало фатальність впливу травми, було виявлено функціональну адаптацію у 82,5% респондентів, попри наявність окремих елементів НДД, спостерігається висока життєстійкість. Це свідчить про те, що негативний вплив травми може бути нівельований внутрішніми ресурсами особистості.

Виявлено, що життєстійкість може бути високою навіть за наявності травматичних епізодів у минулому. Таким чином, негативний вплив травми не є прямолінійним — він опосередковується внутрішніми ресурсами особистості. Тобто травма створює передумови для зниження життєстійкості, але не визначає її рівень однозначно.

Встановлено пряму кореляцію між якістю ранніх міжособистісних стосунків (72,5% позитивних оцінок) та рівнем актуальної життєстійкості. Це

доводить, що безпечне середовище в дитинстві є головним ресурсом формування резильєнтності.

Найважливішим висновком роботи є визначення **резильєнтності**, як системної властивості психіки, як здатності відновлюватися та адаптуватися до труднощів, завдяки мобілізації когнітивних, емоційних та соціальних ресурсів і можливості, не лише зцілюватися, а й давати посттравматичне зростання. Високий рівень життєстійкості, зафіксований у більшості респондентів (середній вік — 45 років), пояснює низьку вираженість симптомів інтрузії та уникнення. Це підкреслює здатність особистості до посттравматичного зростання: переосмислення катастрофічного досвіду як джерела внутрішньої сили та нових сенсів. Феномен резильєнтності потребує подальшого глибокого дослідження.

Безпечне дитяче середовище та якісні міжособистісні стосунки є першочерговим джерелом формування психологічної стійкості особистості, що дозволяє їй успішно проходити через кризи дорослого віку.

Виявлено, що особи віком біля 45 років часто мають розвинені компенсаторні стратегії, проте група з високим рівнем НДД (10%) залишається в зоні ризику. Це підкреслює необхідність психологічної допомоги, спрямованої не лише на «лікування» симптомів травми, а на активну розбудову ресурсів життєстійкості.

На основі виявлених закономірностей розроблено програму психологічної допомоги, яка має фокусуватися не лише на десенсибілізації травматичних спогадів, а насамперед на: зміцненні «Я-концепції» та самооцінки; розвитку навичок емоційної саморегуляції; актуалізації внутрішніх ресурсів життєстійкості та розбудові ефективних соціальних зв'язків.

Таким чином, дитячі психотравми дійсно є потужним чинником ризику для розвитку особистості, проте особистість як саморегульована система володіє потенціалом до посттравматичного зростання. Результати дослідження

доводять, що розвинена життєстійкість та вчасно надана психологічна підтримка дозволяють не лише подолати деструктивні наслідки минулого, а й досягти вищого рівня психосоціальної адаптації, інтегруючи травматичний досвід у цілісну та стійку структуру особистості. Вивчення того, чому за однакових травмуючих обставин одні особистості зазнають патологічних змін, а інші виробляють навички успішного подолання, дозволить розробити більш точні прогностичні моделі та ефективні превентивні програми підтримки ментального здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. **Анохіна В.** Психотравма: що треба знати про психологічну травму, щоб її позбутися. 25.12.23 URL: <https://mentoly.com.ua/blog/trauma>
2. **Ассонов Д., Хаустова О.** Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. № 4. DOI: 10.26766/pmgrp.v4i3-4.219
3. **Берн Е.** Ігри, у які грають люди / пер. з англ. К. Мільцевої. Харків: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016. 256 с.
4. **Бех І. Д.** Вибрані наукові праці. Виховання особистості. Т. 2. Чернівці: Букрек, 2015. 640 с.
5. **Боулбі Дж.** Створення та руйнування емоційних зв'язків / пер. з англ. Київ: Наш Формат, 2024. 280 с.
6. **Бредшоу Д.** Повернення додому: Як врятувати та вилікувати свою внутрішню дитину / пер. з англ. Київ: Сварог і К, 2020. 320 с.
7. **Брієр Д., Скот К.** Основи травмофокусованої психотерапії / наук. ред.: В. Горбунова, В. Климчук. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
8. **Вереїна Л. В.** Досвід формування позитивної емоційної орієнтації Я-образу. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. Зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. 2002. Т. IV, ч. 3. С. 34–38.
9. **Власова О. І., Родіна Н. В., Целікова Ю. О., Ворнікова Л. К., Тихоненко Ю. О.** Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ). *Офтальмологічний журнал*. 2022. № 1 (504). С. 63–72.
10. **Гайдабрус А. В.** Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. Вип. 11. С. 19–24. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psyneur_2019_11_4

11. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посібник. К.: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
12. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / пер. з англ. Львів: Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.
13. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. Серія: Педагогічні та психологічні науки. 2015. № 1(74). С. 378–390.
14. Гоулман Д. Емоційний інтелект. Харків: Vivat, 2020. 512 с.
15. Гуменюк О. Є. Психологія Я-концепції: Навчальний посібник. Тернопіль: Економічна думка, 2004. 309 с. URL: <https://api.dspace.wunu.edu.ua/api/core/bitstreams/12a2e181-a877-4318-8288-66701dcb75d2/content>
16. Дитяча психологічна травма (у дітей та дорослих). Alexis, 2021. URL: <https://alexus.com.ua/dityacha-psixologichna-travma-u-ditej-idoroslix/>
17. Кайдалова Г. Інтенсив «Психотравма-Терапія». URL: <https://ips-school.com.ua/psychotrauma-therapy>
18. Калшед Д. Внутрішній світ травми. Архетипові захисти особистісного духу / пер. з англ. А. Ковбас. Видавництво Риби на Даху, 2025. 356 с.
19. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
20. Колк Б. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть / пер. з англ. Киев: Форс Украина, 2020. 464 с.
21. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / за ред. Л. М. Проколієнко. Київ: Радянська школа, 1989. 608 с.
22. Кочарян О. Р., Кочарян А. М. Психотерапія: навчальний посібник. Київ: Каравела, 2008. 408 с.

23. **Кулікова А. О.** Особливості зміни «Я-образу» в структурі «Я-концепції» у кризових життєвих ситуаціях. *Актуальні проблеми науки та освіти*: збірник матеріалів XXI науково-практичної конференції (01 лютого 2019 р., м. Маріуполь). Маріуполь: МДУ, 2019. С. 186–187.
24. **Кухар О.** Вплив дитячих емоційних травм на психосоціальний розвиток особистості. *Актуальні задачі сучасних технологій*: зб. тез доп. XIII міжнар. наук.-практ. конф. (м. Тернопіль, 11–12 груд. 2024 р.). Тернопіль, 2024. С. 387–389. URL: https://tntu.edu.ua/storage/pages/00001070/TNTU_Aktualni_zadachi_suchasnyh_tehnologiy_2024.pdf
25. **Левін П.** Зцілення від травми / пер. з англ. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 156 с.
26. **Левін П.** Пробудження тигра: зцілення травми / пер. з англ. Київ: Колесо, 2021. 240 с.
27. **Максименко С. Д.** Генеза здійснення особистості. Київ: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. 240 с.
28. **Мироненко О. С.** Психологічні чинники формування «Я-концепції» особистості. *Актуальні проблеми психології*: Зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка. 2018. Т. IX, вип. 11. С. 124–133.
29. **Мілютіна К. Л., Мамедова О. Б.** Вплив дитячого досвіду на особистісну зрілість дорослих. *Психологія особистості*. 2025. Вип. 69, т. 1. С. 182–186. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.69.1.31>
30. **Музиченко І. В., Ткачук І. І.** Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби: метод. рек. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.
31. **Наказава Д. Д.** Уламки дитячих травм. К.: BookChef, 2022. 384 с.
32. **Оверчук В. А., Кушнір Ю. В.** Поведінкові особливості дітей, які пережили травматичний досвід. *Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору*. 2024. URL: <https://osvita.eeipsy.org>. DOI: <https://doi.org/10.38014/osvita.2024.93.24>

33. **Основи психотерапії:** навч. посіб. / М. В. Маркова та ін.; за ред. М. В. Маркової. Харків: ХНМУ, 2020. 184 с.
34. **Паливода Л. І.** Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2021. Т. 32 (71), № 6. С. 68–72. DOI: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.6/11>
35. **Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій:** метод. посібник / за ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. 207 с.
36. **Психологічна** **енциклопедія.** URL: <https://www.psykholoh.com/post/особистість-це>
37. **Психологія особистості:** навч. посібник / за заг. ред. Є. М. Суліми. Ірпінь: Університет державної фіскальної служби України, 2021. 338 с.
38. **Радчук Г.** Розвиток резильєнтності особистості. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2025. № 2 (78). С. 415–423.
39. **Растроста Г. Б.** Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації: метод. посібник. Суми: НВВ КЗ СОІППО, 2018. 64 с.
40. **Роджерс К.** Становлення особистості: погляд на психотерапію / пер. з англ. Київ: Основи, 2019. 432 с.
41. **Родченко Л., Друзь О., інші.** Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. *Психологія*. Випуск 5 (61), 2023. С. 18–24. DOI: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2023.5.3>
42. **Рубінштейн С. Л.** Основи загальної психології. М.: Пітер, 2002. 720 с.
43. **Синявський В. В., Сергєєнкова О. П.** Психологічний словник / за ред. Н. А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с.
44. **Скиба С. А., Дмитришин М. В.** Вплив батьківських концепцій та поведінки на формування негативного «Я-образу» та заниженої самооцінки у дітей: монографія. Івано-Франківськ: НАІР, 2023. 100 с.

45. **Сміт П., Дирегров А., Юле В.** Діти і війна. Навчання технік зцілення. Львів, 2022. 198 с.
46. **Солдатова О. Д.** Психологічні особливості життєвих перспектив молодих людей, які перенесли дитячі психотравми: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2021. 254 с.
47. **Спицька Л. В.** Психологічна травма в умовах воєнного стану: діагностика та реабілітація. Київ: Університет економіки та права «КРОК», 2023. 212 с.
48. **Стаднік А. В., Мельник Ю. Б.** Методичний посібник «Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона». Харків: ХОГОКЗ, 2025. URL: https://culturehealth.org/hogokz_knigi/Programs/Stadnik.Melnyk.3.2025.CD-RISC.pdf
49. **Туриніна О. Л.** Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
50. **Фрейд З.** Я та Воно / пер. з нім. Харків: Фоліо, 2022. 256 с.
51. **Хачатурян Ю. Р.** Теоретичний аналіз проблеми психотравми в дітей. *Український психологічний журнал*. 2018. № 1. С. 171–186. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ukpsj_2018_1_15
52. **Целікова Ю. А.** Ступінь прояву та види негативного дитячого досвіду серед дорослого населення України. *Проблеми сучасної психології*. 2019. № 1. С. 141–146. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2019_1_23
53. **Шеремет В. В.** Вплив дитячих психотравм на формування дорослого «Я-стану». *Наукові записки Серія: Психологія*. Вип. 1(7). DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-1-22>
54. **Штепа О. С.** Диспозиційна модель особистісної зрілості: дис. ... канд. психол. наук. Львів, 2006. 289 с.
55. **Штепа О. С.** Особистісна зрілість: Модель. Опитувальник. Тренінг: монографія. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2008. 210 с.
56. **Штепа О. С.** Пропріум зрілої особистості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. № 2. С. 26–35.

57. **Яценко Т. С.** Психологічні основи групової психокорекції: навч. посібник. Київ: Либідь, 1996. 264 с.
58. **Яценко Т. С.** Теорія і практика групової психокорекції: активне соціально-психологічне навчання. Київ: Вища школа, 2004. 679 с.
59. **Araby S.** Becoming the Narcissist's Nightmare. SCW Archer Publishing, 2016. 598 p.
60. **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. P. 157–201.
61. **Bowlby J.** Attachment: Attachment and Loss Volume One. Basic Books Classics, 1983. 436 p.
62. **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: nih.gov.
63. **Carrasco M. A., Rohner R. P.** Parental acceptance and children's psychological adjustment in the context of interpersonal power and prestige. *Journal of Child and Family Studies*. 2012. № 21. P. 1–8.
64. **Felitti V. J., Anda R. F.** The Lifelong Effects of Adverse Childhood Experiences. *Chadwick's Child Maltreatment*. Vol. 2. STM Learning. P. 203–215.
65. **Felitti V. J., Anda R. F.** The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. *Effects of Early Life Trauma on Health and Disease*. New York: Cambridge University Press, 2010. P. 77.
66. **Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D. et al.** Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. 14(4). P. 245–258.
67. **Hughes K., Bellis M. A. et al.** The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2017. 2(8). P. 356–366.

68. **Khaleque A.** Perceived parental neglect, children's psychological maladjustment, and negative personality dispositions: A meta-analysis of multi-cultural studies. *Journal of Child and Family Studies*. 2015. № 24 (5). P. 1419–1428.
69. **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>
70. **Kobasa S. C., Maddi S. R., Kahn S.** Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982. № 42. P. 168–177.
71. **Levine P. A.** Waking the Tiger: Healing Trauma. Berkeley, California: North Atlantic Books, 1997. 288 p.
72. **Nakazawa D.** Childhood Disrupted: How Your Biography Becomes Your Biology, and How You Can Heal. NY: Atria Books. 304 p.
73. **Neufeld G., Mate G.** Hold on to your kids. Ebury Publishing, 2019. 352 p.
74. **Rohner R. P.** Introduction to Interpersonal Acceptance-Rejection Theory (IPARTheory) and Evidence. *Online Readings in Psychology and Culture*. Vol. 6 (1). URL: gvsu.edu
75. **Seligman M. E., Peterson C., Maier S.** Learned Helplessness: A Theory for the Age of Personal Control. Oxford University Press, 1995. 376 p.
76. **Sigel B.** The art of Healing: Uncovering your inner wisdom and potential for self-healing. Novato, CA: New World Library, 2013.
77. **Zarse E. M., Neff M. R., Yoder R. et al.** The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine*. 2019. 6(1). DOI: <https://doi.org/10.1080/2331205X.2019.1581447>

ДОДАТКИ

А

«Анкета негативного дитячого досвіду» (ОНДД) (АСЕ)

До вашої уваги пропонується 22 твердження, які стосуються періоду життя до того моменту, як вам виповнилося 18 років. Будь ласка, дайте відповіді «так» або «ні»

1. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто вас ображав, сварив або принижував?
2. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих поведив себе таким чином, що Ви боялися фізичної шкоди?
3. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто бив, хапав, штовхав або кидав у Вас що-небудь?
4. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто або бодай одноразово побив так, що залишились синці або ушкодження?
5. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з осіб, старший більш як на 5 років, хоч би одноразово торкався до Вас з сексуальним наміром?
6. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось, з осіб старший більш як на 5 років, намагався скоїти або мав з Вами статевий акт (оральний, анальний, вагінальний)?
7. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб ви часто відчували що Вас не люблять, до Вас байдужі?
8. Чи часто Ви відчували, що Ваші брати та сестри отримують більше уваги батьків, ніж Ви?
9. Члени Вашої родини не були близькими, не підтримували один одного?
10. Ви (до 18 років) жили з кимось, хто зловживав алкоголем або наркотиками?
11. Чи можна сказати, що батьки не дбали про Вас належним чином через надмірне вживання алкоголю / наркотичних речовин?
12. Ви часто приходили до школи у брудному та старому одязі, не мали їжі?

13. Чи Ви часто відчували (до 18 років), що не було когось, хто б Вас захистив?
14. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто бив, хапав, штовхав Вашу маму або інших членів родини?
15. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих бодай одноразово погрожував ножем або рушницею Вашій мамі або іншим членам родини?
16. До того, як Вам виповнилось 18 років, Ваші батьки жили окремо або були розлучені?
17. Хтось з тих з ким Ви жили в дитинстві страждав психічними розладами?
18. Хтось з тих з ким Ви жили в дитинстві потрапив до в'язниці?
19. Хтось з тих з ким Ви жили в дитинстві намагався скоїти самогубство?
20. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто Вас закривав у кімнаті або прив'язував?
21. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто не розмовляв із Вами більше декількох годин в якості покарання?
22. Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб Ви були жертвою цькування або насильства у школі?

Розподіл балів за шкалами ОНДД

Шкала/ значення	Загальний рівень НДД	Проживання у дисфункціональній сім'ї	Деструктивне ставлення е оточення	Соціально-емоційна занедбаність з врахуванням питань залучення до раннього статевого життя
норма	0-9	0-5	0-4	0-1
не норма	10-22	5-10	5-10	1-2

ШКАЛА ОЦІНКИ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ (IES-R)

Нижче наведені 22 описи переживань людей, які перенесли стресові ситуації/травматичні події, що трапилися з ними в житті. Оцініть, як часто (протягом останнього місяця) Ви відчували такі переживання з приводу своєї конкретної стресової ситуації/травматичної події, колись пережитої Вами в житті. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці. Зверніть увагу, що перераховані реакції стосуються Вашого самопочуття за останній місяць.

Будь ласка, виберіть свою відповідь:

0-Ніколи; 1- Зрідка; 3- Інколи; 5-Часто

БЛОК 1 Шкала «інтрузії/вторгнення»

1. Будь-яке нагадування про цю подію змушувало мене переживати все це заново
2. Я не міг спокійно спати ночами
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося
6. Я мимоволі думав про те, що трапилося
9. Окремі картинки того, що сталося, раптово виникали у свідомості
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації
16. Мене буквально захиляли нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося

БЛОК 2 Шкала «Уникнення»

5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї

- 7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним
- 8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося
- 11. Я намагався не думати про те, що трапилося
- 12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути
- 13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося, були наче паралізовані
- 17. Я намагався витіснити те, що трапилося, з пам'яті
- 22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося

БЛОК 3 Шкала збудливості

- 4. Я відчував постійне роздратування і гнів
- 10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене
- 15. Мені було важко заснути
- 18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь
- 19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т. д.
- 21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане

Обробка результатів.

Всі пункти мають пряме значення, значення шкали підраховується простим підсумовуванням відповідей пунктів.

«ШКАЛА за М. Розенбергом на визначення самооцінки»

Уважно прочитайте 6 тверджень, наведених нижче і оберіть всі ті, з якими згодні щодо себе, зробив позначку поруч (що буде відповідати відповіді "так")

Вкажіть, будь ласка, кожне вірне, щодо себе твердження :

1. Я відчуваю, що володію багатьма хорошими властивостями.
2. Я відчуваю, що мені особливо нічим гордитися
3. Інколи я думаю, що зовсім поганий (-а)
4. Я відчуваю себе гідною людиною, принаймні не гіршим (-шою) за інших
5. Загалом я відчуваю, що є невдахою
6. Здебільшого, я задоволений (-а) собою

Ключ:

Якщо Ви поводитися із твердженням 1, 4, 6 , - то маєте високу самооцінку

Коли ви згодні з висловами 2, 3, 5, - то у Вас переважає низька самооцінка

Тлумачення:

Згідно із цією шкалою видно, що ці твердження допомагають визначити загальну оцінку, яку люди себе ставлять. Так індивіди із високою самооцінкою мають чітке уявлення про себе.

«Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона» (CD-RISC)

Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви погоджуєтеся з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин? За кожним питанням слід обрати один варіант відповіді (1-5), який записати у бланку відповідей під номером питання. Відповіді мають бути на всі питання

0 - зовсім не вірно; 1 - рідко вірно; 2 - іноді вірно; 3 - часто вірно; 4 - майже завжди вірно.

1. Я здатний адаптуватися, коли відбуваються зміни:
2. Я можу впоратися з усім, що трапляється на моєму шляху:
3. Я намагаюся бачити гумористичну сторону речей, коли стикаюся з
4. Подолання стресу може зробити мене сильнішим
5. Я схильний відновлюватися після хвороби, травми чи інших труднощів
- 6 Я вірю, що можу досягти своїх цілей, навіть якщо є перешкоди
7. Під тиском я залишаюся зосередженим і чітко мислю
8. Мене нелегко розчарувати невдачею
9. Я вважаю себе сильною людиною, коли маю справу з життєвими викликами та труднощами
10. Я здатний справлятися з неприємними або болючими почуттями, такими як смуток, страх і гнів

Інструкція:

Опитування проводиться з метою дослідження особистої стресостійкості.