

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ШМАЛЮК АЛЬОНА АНАТОЛІЇВНА

Допускається до захисту:
в.о. завідувача кафедри
кризової та клінічної психології
к. психол. наук, доцент
_____ О.А. Соловей-Лагода
«__» _____ 2024 р.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИТЯЧИХ ТРАВМ
ТА СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ У ДОРОСЛОМУ ВІЦІ**

Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма «Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях»
Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
Соловей-Лагода О.А.,
к. психол. н., доцент,
доцент кафедри психології

(підпис)

Оцінка: _____ / _____ / _____
(бали за шкалою ЄКТС/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2024

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ДИТЧИХ ТРАВМ ТА ЇХ ВПЛИВУ НА СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ.....	6
1.1 Поняття та види дитячих травм.....	6
1.2 Теорії формування поведінкових стратегій у дорослому віці.....	13
1.3 Біопсихосоціальні наслідки дитячих травм у формуванні поведінкових патернів у дорослому віці.....	19
1.4 Механізми впливу дитячих травм на формування поведінкових патернів	28
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА ФОРМУВАННЯ ПОВЕДІНКОВИХ СТРАТЕГІЙ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ.....	33
2.1 Організація та методи дослідження.....	33
2.2 Методики емпіричного дослідження.....	37
2.3 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	43
Висновки до розділу 2.....	62
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКОВИХ СТРАТЕГІЙ У ДОРΟΣЛИХ З ДИТЯЧИМИ ТРАВМАМИ.....	64
3.1 Теоретичне обґрунтування програми психологічної корекції.....	64
3.2 Структура та зміст програми психологічної корекції.....	68
3.3 Рекомендації щодо застосування програми психологічної корекції в практичній діяльності психологів.....	76
Висновки до розділу 3.....	79
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	87
ДОДАТКИ.....	92

АНОТАЦІЯ

Шмалюк А.А. Дослідження присвячене вивченню впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Аналіз літератури висвітлює основні види дитячих травм, включаючи фізичне, емоційне та сексуальне насильство, а також нехтування потребами дитини. Особлива увага приділена механізмам впливу травм на нейробіологічні процеси, формування емоційних реакцій і поведінкових моделей. У роботі обґрунтовано значення теоретичних підходів, таких як теорія прив'язаності, психоаналітична концепція та когнітивно-поведінкові моделі, для розуміння впливу травматичного досвіду на розвиток людини. Емпіричне дослідження базується на анкетуванні та психологічному тестуванні, що дозволило визначити основні поведінкові патерни, властиві дорослим, які зазнали дитячих травм, а також гендерні відмінності. На основі отриманих результатів розроблено програму психологічної корекції, спрямовану на формування адаптивних стратегій поведінки та зниження деструктивного впливу минулого досвіду. Застосування програми рекомендовано для практичної діяльності психологів та психотерапевтів, а також для інтеграції у соціальні служби. Робота має значний науковий і практичний потенціал, оскільки пропонує нові підходи до профілактики та реабілітації наслідків дитячих травм.

Ключові слова: дитячі травми, поведінкові стратегії, нейробіологічні наслідки, психологічна корекція, теорія прив'язаності, адаптація.

ABSTRACT

Shmaliuk A. A. The study examines the impact of childhood trauma on the formation of behavioral strategies in adulthood. Literature analysis highlights the main types of childhood trauma, including physical, emotional, and sexual abuse, as well as neglect of a child's needs. Special attention is paid to the mechanisms of trauma's influence on neurobiological processes, emotional responses, and behavioral patterns. The theoretical approaches such as attachment theory, psychoanalytic

concepts, and cognitive-behavioral models are substantiated to understand the effects of traumatic experiences on human development. The empirical research is based on surveys and psychological testing, which enabled the identification of key behavioral patterns in adults who experienced childhood trauma, as well as gender differences. Based on the results, a psychological correction program was developed to foster adaptive behavioral strategies and mitigate the destructive impact of past experiences. The application of the program is recommended for psychologists and psychotherapists in practice and for integration into social services. The study has significant scientific and practical potential as it proposes new approaches to the prevention and rehabilitation of the consequences of childhood trauma.

Keywords: childhood trauma, behavioral strategies, neurobiological consequences, psychological correction, attachment theory, adaptation.

ВСТУП

Актуальність теми. Дитячі травми є серйозною проблемою, яка має далекосяжні наслідки для психічного здоров'я та благополуччя людини протягом усього життя. Численні дослідження показують, що травматичний досвід у дитинстві, такий як фізичне, емоційне або сексуальне насильство, нехтування потребами дитини, втрата близьких або булінг, може призвести до розвитку психічних розладів, труднощів у стосунках та проблемної поведінки в дорослому віці [1, 2, 3]. Розуміння механізмів впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослих є важливим для розробки ефективних методів профілактики та корекції деструктивних патернів поведінки.

Ступінь розробленості проблеми. Проблема впливу дитячих травм на психічне здоров'я та поведінку людини є предметом активного наукового дослідження протягом останніх десятиліть. Значний внесок у розуміння цієї проблеми зробили такі дослідники, як Дж. Боулбі, який розробив теорію прив'язаності [4], та Б. ван дер Колк, який вивчав нейробіологічні механізми травми [5]. Численні емпіричні дослідження продемонстрували зв'язок між різними видами дитячих травм та специфічними психічними розладами, такими як депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та розлади особистості [6, 7, 8]. Водночас, питання впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці залишається недостатньо вивченим та потребує подальшого дослідження.

Об'єктом дослідження є поведінкові стратегії.

Предметом дослідження є вплив дитячих травм на поведінкові стратегії у дорослому віці.

Метою дослідження є вивчення впливу різних видів дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Для досягнення цієї мети були поставлені такі **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури щодо поняття та видів дитячих травм, теорій формування поведінкових стратегій та взаємозв'язку між травмами та поведінкою дорослих;
2. Провести емпіричне дослідження з використанням методів анкетування, психологічного тестування та аналізу кейсів для вивчення впливу різних видів дитячих травм на поведінкові стратегії дорослих;
3. Виявити типові поведінкові патерни у дорослих, що пережили дитячі травми, та проаналізувати гендерні відмінності у цих патернах;
4. Розробити рекомендації щодо можливостей корекції деструктивних поведінкових стратегій, сформованих під впливом дитячих травм.

Методи дослідження. У роботі використано комплекс теоретичних та емпіричних методів дослідження, зокрема: теоретичний аналіз наукової літератури, анкетування, психологічне тестування (використання стандартизованих опитувальників та шкал), аналіз кейсів, статистичні методи обробки даних.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у комплексному підході до вивчення впливу дитячих травм на поведінкові стратегії дорослих. Вперше проведено всебічний аналіз, який розкриває зв'язки між різними видами дитячих травм та формуванням конкретних поведінкових стратегій у дорослому віці. Це дослідження не лише поглиблює існуючі знання, але й суттєво розширює розуміння механізмів, через які дитячі травми впливають на поведінкові патерни дорослих.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані у практичній роботі психологів, психотерапевтів та соціальних працівників для розробки ефективних методів профілактики та корекції деструктивних поведінкових стратегій у дорослих, що пережили дитячі травми. Запропоновані рекомендації можуть бути корисними для підвищення якості життя та благополуччя людей, що зазнали травматичного досвіду у дитинстві.

Апробація роботи. Основні положення магістерської роботи було представлено на II Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасної психології у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, нові концепції та перспективи», 16–17 травня 2024 р. та IV Міжнародній конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності», Донецький національний університет імені Василя Стуса м. Вінниця 14-15.11.2024 року, а також опубліковано у таких збірниках наукових праць:

1. Шмалюк А.А. Дитяча психологічна травма: теоретичний огляд наукових досліджень. Матеріали II Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасної психології у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, нові концепції та перспективи», 16–17 травня 2024 р. / За ред. проф. В. А. Оверчук. Вінниця: Вид-во ФОП Кушнір Ю. В., 2024. С. 267-270. [Електронне видання].

2. Шмалюк А.А. Особливості копінг-стратегій осіб, що пережили травматичний досвід у дитинстві. Збірник матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності», 14-15 листопада 2024 р. / За ред. проф. В.А. Оверчук. Вінниця: Вид-во ФОП Кушнір Ю. В., 2024.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження та складається із вступу, трьох розділів, восьми підрозділів, висновків та рекомендацій, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи – 112 сторінок, з них основного тексту – 82 сторінки. Список використаних джерел містить 60 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ДИТЧИХ ТРАВМ ТА ЇХ ВПЛИВУ НА СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ У ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

1.1. Поняття та види дитячих травм

Дитяча психологічна травма – це складне та багатогранне поняття, яке охоплює широкий спектр негативних досвідів, що можуть суттєво вплинути на розвиток та функціонування дитини. Згідно з визначенням Ізобел С. зі співавторами, психологічна травма в контексті сімейних відносин – це «глибоко тривожна подія або ситуація, яка переважає здатність дитини впоратися з нею та має тривалий негативний вплив на її психологічне функціонування та розвиток» [17]. Травматичні події можуть включати фізичне, емоційне або сексуальне насильство, нехтування базовими потребами дитини, втрату або розлуку з близькими людьми, серйозні захворювання або медичні процедури, стихійні лиха та інші потенційно небезпечні або загрозливі ситуації. Як зазначають Кук А. та колеги, комплексна травма у дітей та підлітків – це результат впливу множинних травматичних подій, які часто відбуваються в контексті міжособистісних стосунків та мають кумулятивний ефект на розвиток дитини [14].

Бессел ван дер Колк, один з провідних дослідників травми, наголошує на тому, що травматичний досвід залишає глибокий слід не лише в психіці, а й в тілі та мозку людини [11]. Травма може призвести до змін у структурі та функціонуванні мозку, особливо в областях, відповідальних за регуляцію емоцій, пам'ять та реакцію на стрес [12]. Це, в свою чергу, може мати довгострокові наслідки для психічного здоров'я та адаптивних здібностей особистості. Важливо розуміти, що дитяча травма – це не просто одиничний епізод, а комплексний досвід, який може суттєво вплинути на траєкторію розвитку дитини. Як підкреслюють Гембрік Е. зі співавторами, час виникнення

та тривалість травматичного впливу мають вирішальне значення для формування мозкових структур та пов'язаних з ними здібностей [16].

Фізичне насильство є одним з найбільш поширених та руйнівних видів дитячої травми. Воно включає будь-які навмисні дії, які завдають дитині фізичної шкоди або створюють ризик такої шкоди, такі як побиття, штовхання, трясіння, кидання, удари, опіки або інші форми жорстокого поводження. Фізичне насильство може мати як короткострокові, так і довгострокові наслідки для здоров'я та розвитку дитини [20].

Діти, які зазнають фізичного насильства, часто страждають від фізичних травм, таких як переломи, забої, опіки або пошкодження внутрішніх органів. Крім того, вони мають підвищений ризик розвитку хронічних болів, соматичних скарг та порушень сну. Проте найбільш глибокий вплив фізичне насильство має на психологічне благополуччя дитини. Досвід фізичного насильства може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності, депресії та інших емоційних проблем. Діти, які зазнали насильства, часто мають труднощі з регуляцією емоцій, імпульсивністю та агресивною поведінкою. Вони також можуть мати проблеми з формуванням здорових стосунків та довірою до інших людей. Крім того, фізичне насильство може мати негативний вплив на когнітивний розвиток та академічну успішність дитини. Травматичний стрес може порушувати процеси навчання та пам'яті, що призводить до труднощів з концентрацією уваги, засвоєнням нової інформації та виконанням шкільних завдань. Особливо руйнівним є досвід хронічного або повторюваного фізичного насильства. Кумулятивний ефект множинних травматичних подій може призвести до глибоких змін у структурі та функціонуванні мозку, особливо в областях, відповідальних за регуляцію стресу та емоцій.

Емоційне насильство, також відоме як психологічне насильство, є менш очевидним, але не менш руйнівним видом дитячої травми. Воно включає будь-які дії або бездіяльність, які завдають шкоди емоційному благополуччю та розвитку дитини. На відміну від фізичного насильства, емоційне насильство не

залишає видимих слідів, але його наслідки можуть бути так само глибокими та тривалими. Наслідки емоційного насильства можуть бути настільки ж серйозними, як і наслідки фізичного насильства. Діти, які зазнають емоційного насильства, часто страждають від низької самооцінки, тривожності, депресії та інших емоційних розладів. Вони можуть мати труднощі з формуванням здорових стосунків, довірою до інших людей та регуляцією власних емоцій. Досвід емоційного насильства може призвести до розвитку негативних когнітивних схем та переконань про себе та навколишній світ. Діти можуть інтерналізувати критику та зневагу, вважаючи себе нікчемними, непотрібними або неповноцінними, негативні переконання можуть зберігатися протягом усього життя та впливати на майбутні стосунки та життєві вибори [26].

Сексуальне насильство над дітьми є одним з найбільш серйозних та травматичних видів насильства, яке може мати руйнівні наслідки для фізичного, психологічного та емоційного благополуччя дитини. Воно включає будь-які сексуальні дії або спроби сексуальних дій з дитиною, незалежно від того, чи використовується при цьому сила, погрози або обман. Діти, які стають жертвами сексуального насильства, часто відчують глибоке почуття сорому, провини та безпорадності. Вони можуть звинувачувати себе в тому, що сталося, або відчувати, що якимось чином спровокували або заслужили насильство, почуття можуть посилюватися через секретність та табу, які часто оточують сексуальне насильство, а також через страх перед покаранням або звинуваченнями з боку кривдника.

Наслідки сексуального насильства для дитини можуть бути глибокими та довготривалими. Діти, які зазнали сексуального насильства, мають підвищений ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожності, розладів харчової поведінки та інших психічних розладів. Вони також можуть страждати від фізичних наслідків, таких як травми статевих органів, інфекції, що передаються статевим шляхом, та небажана вагітність.

Досвід сексуального насильства може глибоко вплинути на розвиток сексуальності та інтимних стосунків дитини в майбутньому. Жертви можуть

мати труднощі з формуванням здорових романтичних стосунків, відчувати страх або відразу до сексуальної активності, або, навпаки, демонструвати ризиковану сексуальну поведінку. Особливо травматичним є сексуальне насильство, яке відбувається в контексті довірчих стосунків, наприклад, з боку членів сім'ї, друзів або авторитетних фігур, таких як вчителі або релігійні лідери. Зрада довіри та порушення безпечних кордонів можуть глибоко похитнути почуття безпеки та стабільності дитини в світі. Діти рідко брешуть про сексуальне насильство. Якщо дитина розкриває факт насильства, важливо відреагувати з емпатією, підтримкою та вірою в її слова. Своєчасне втручання, включаючи медичну допомогу, психологічну підтримку та юридичний захист, є критично важливими для мінімізації шкоди та сприяння одужанню дитини [21].

Нехтування потребами дитини є найбільш поширеною, але часто недооціненою формою дитячого насильства. Воно включає в себе постійну нездатність або небажання батьків або опікунів задовольняти основні фізичні, емоційні, освітні та медичні потреби дитини. На відміну від активних форм насильства, таких як фізичне або сексуальне насильство, нехтування характеризується відсутністю належного догляду та уваги до дитини. Фізичне нехтування може проявлятися в незабезпеченні дитини адекватним харчуванням, одягом, житлом або гігієною. Діти, які зазнають фізичного нехтування, можуть бути постійно голодними, брудними або неохайно одягненими, жити в небезпечних або антисанітарних умовах. Медичне нехтування включає в себе невиконання рекомендацій лікарів, відмову від імунізації або незвернення за медичною допомогою, коли дитина хвора або травмована.

Освітнє нехтування відбувається, коли батьки або опікуни не забезпечують дитині можливості для навчання, наприклад, не відправляють дитину до школи, не забезпечують необхідними навчальними матеріалами або не звертають уваги на особливі освітні потреби дитини. Емоційне нехтування включає в себе відсутність любові, підтримки та уваги до емоційних потреб дитини, а також відсутність захисту від насильства або травми. Наслідки нехтування для

розвитку та благополуччя дитини можуть бути не менш серйозними, ніж наслідки активних форм насильства. Діти, які зазнають нехтування, можуть відставати у фізичному розвитку, мати проблеми зі здоров'ям та імунітетом, страждати від недоїдання або навіть загинути від недостатнього догляду. Нехтування також може призвести до когнітивних та академічних проблем, оскільки діти не отримують необхідної стимуляції та підтримки для навчання.

На емоційному рівні, нехтування може призвести до розвитку прив'язаності, труднощів у формуванні здорових стосунків, низької самооцінки та почуття власної непотрібності. Діти, які зазнають нехтування, можуть мати проблеми з регуляцією емоцій, імпульсивністю та агресивною поведінкою. Вони також мають підвищений ризик розвитку депресії, тривожності та інших психічних розладів. Особливо руйнівним є досвід хронічного нехтування, яке відбувається протягом тривалого часу. Кумулятивний ефект відсутності належного догляду та уваги може призвести до глибоких порушень у розвитку мозку та нейробіологічних системах, які регулюють стрес та емоції. Ці зміни можуть мати довгострокові наслідки для психічного та фізичного здоров'я дитини. Булінг, або систематичне цькування, є поширеною формою насильства серед дітей та підлітків, яка може мати серйозні травматичні наслідки для його жертв.

Булінг включає в себе повторювані акти агресії, приниження або соціального відторгнення, які здійснюються однією дитиною або групою дітей щодо іншої дитини, яка сприймається як слабша або відмінна від інших. Булінг може приймати різні форми, такі як фізичне насильство (удари, штовхання, пошкодження майна), вербальна агресія (образи, погрози, насмішки), соціальна ізоляція (виключення з групи, поширення чуток) та кібербулінг (цькування через соціальні мережі, месенджери або інші цифрові платформи). Незалежно від форми, булінг завжди має на меті принизити, залякати або контролювати жертву. Травматичний вплив булінгу на дитину може бути глибоким та довготривалим. Діти, які стають жертвами булінгу, часто відчують безпорадність, страх, сором та самотність. Вони можуть страждати від низької

самооцінки, тривожності, депресії та соціальної відчуженості. У деяких випадках, булінг може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який характеризується нав'язливими спогадами, уникненням та підвищеною збудливістю. Досвід булінгу може негативно вплинути на академічну успішність та соціальне функціонування дитини. Жертви булінгу часто пропускають школу, мають труднощі з концентрацією уваги та втрачають інтерес до навчання. Вони також можуть уникати соціальних взаємодій, що призводить до подальшої ізоляції та самотності [24].

Втрата близької людини, такої як батько, мати, брат, сестра або друг, є однією з найбільш болісних та потенційно травматичних подій, які може пережити дитина. Смерть близької людини може глибоко порушити почуття безпеки, стабільності та передбачуваності світу дитини, а також викликати інтенсивні почуття горя, страху, гніву та самотності. Реакція дитини на втрату близької людини залежить від багатьох факторів, таких як вік дитини, її когнітивний та емоційний розвиток, характер стосунків з померлим, обставини смерті та доступність підтримки з боку інших значущих дорослих. Незалежно від цих факторів, втрата близької людини завжди є глибоко стресовою та потенційно травматичною подією для дитини.

У дітей дошкільного віку, які ще не мають повного розуміння концепції смерті, реакція на втрату може проявлятися у формі регресивної поведінки, такої як енурез, смоктання пальця або підвищена потреба в фізичному контакті. Діти шкільного віку можуть відчувати інтенсивні почуття суму, гніву, страху та провини, а також мати труднощі з концентрацією уваги та навчанням. Підлітки, які вже мають більш розвинене абстрактне мислення, можуть переживати екзистенційну кризу та ставити під сумнів сенс життя та справедливість світу. Травматичний вплив втрати близької людини може бути особливо глибоким, якщо смерть була раптовою, насильницькою або передчасною. Діти, які втратили батьків або інших основних опікунів, можуть відчувати глибоке почуття покинутості та незахищеності, а також мати труднощі з формуванням нових прив'язаностей. У деяких випадках, втрата близької людини може

призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії або тривожних розладів. Важливо пам'ятати, що процес горювання є індивідуальним та не має встановлених часових рамок.

Діти потребують підтримки, розуміння та терпіння з боку дорослих, щоб пройти через цей процес у своєму власному темпі. Ефективна підтримка включає в себе надання дитині можливості висловити свої почуття, відповіді на її запитання чесно та відповідно до рівня розвитку, а також забезпечення стабільності та передбачуваності в щоденному житті. У деяких випадках, коли реакція дитини на втрату є особливо інтенсивною або тривалою, може знадобитися професійна допомога, така як консультування або терапія. Фахівці можуть допомогти дитині опрацювати її почуття, розвинути навички подолання стресу та адаптуватися до життя без близької людини.

Комплексна травма – це результат впливу множинних, хронічних та пролонгованих травматичних подій, які часто відбуваються в міжособистісному контексті та мають кумулятивний ефект на розвиток та функціонування дитини. На відміну від одиничних травматичних подій, таких як стихійні лиха або автомобільні аварії, комплексна травма характеризується повторюваністю, тривалістю та міжособистісним характером traumatic досвіду. Комплексна травма часто включає в себе поєднання різних видів насильства та нехтування, таких як фізичне, емоційне та сексуальне насильство, а також відсутність належного догляду та уваги до потреб дитини. Діти, які переживають комплексну травму, часто зростають у середовищі, де насильство та нехтування є звичайним способом взаємодії, а безпека та стабільність відсутні [7].

Особливо руйнівною є комплексна травма, яка відбувається в контексті значущих міжособистісних стосунків, наприклад, з боку батьків, опікунів або інших близьких людей. Коли джерелом травми є ті самі люди, які повинні забезпечувати безпеку та підтримку, це може глибоко порушити базове почуття довіри та безпеки дитини, а також її здатність формувати здорові стосунки в майбутньому. Наслідки комплексної травми є особливо глибокими та всеосяжними, оскільки вони впливають на всі аспекти розвитку дитини –

фізичний, когнітивний, емоційний та соціальний. Діти, які переживають комплексну травму, можуть мати проблеми з регуляцією емоцій, імпульсивністю, агресивною поведінкою та труднощами у формуванні здорових стосунків. Вони також мають підвищений ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожності, розладів харчової поведінки та інших психічних розладів. Комплексна травма може призвести до глибоких змін у структурі та функціонуванні мозку, особливо в областях, відповідальних за регуляцію стресу, емоцій та соціальну взаємодію. Ці зміни можуть мати довгострокові наслідки для психічного та фізичного здоров'я, а також для здатності дитини адаптуватися та функціонувати в різних життєвих контекстах.

Одужання від комплексної травми є тривалим та складним процесом, який вимагає комплексного та багаторівневого втручання. Терапевтичні підходи повинні враховувати не лише симптоми ПТСР та інших психічних розладів, але й глибокі порушення у сфері прив'язаності, регуляції емоцій та міжособистісних стосунків. Ефективне втручання також повинно включати роботу з сім'єю та найближчим оточенням дитини, щоб забезпечити безпечне та стабільне середовище для її подальшого розвитку. Комплексна травма є особливо серйозною формою дитячої травми, яка має глибокі та всеосяжні наслідки для розвитку та функціонування дитини. Розуміння природи та наслідків комплексної травми є ключовим для розробки ефективних стратегій профілактики, втручання та підтримки постраждалих дітей та їхніх сімей.

1.2. Теорії формування поведінкових стратегій у дорослому віці

Вплив травм на стратегії поведінки у дорослому віці є важливою темою, яка має значний інтерес для психологів та дослідників. Травми, отримані в дитинстві, можуть мати довготривалий вплив на людину та її поведінкові стратегії в дорослому віці. Теорія прив'язаності Джона Боулбі стверджує, що емоційний зв'язок між дитиною та її опікуном в ранньому віці має вирішальне

значення для формування здорових стосунків та поведінкових стратегій в подальшому житті. Боулбі вважав, що діти, які мають надійну та безпечну прив'язаність до своїх опікунів, з більшою ймовірністю виростуть емоційно стабільними та здатними формувати здорові стосунки в дорослому віці. З іншого боку, діти, які зазнали травм, насильства або емоційної депривації в ранньому віці, можуть розвинути нездорові моделі прив'язаності, такі як тривожна або уникаюча прив'язаність, нездорові моделі можуть проявлятися в дорослому віці у вигляді труднощів у формуванні близьких стосунків, страху покинутості або недовіри до інших [29].

Психоаналітична теорія Зигмунда Фрейда також має важливе значення для розуміння впливу травм на поведінкові стратегії в дорослому віці. Фрейд вважав, що травматичні події в дитинстві, особливо ті, що пов'язані з сексуальністю та агресією, можуть призвести до розвитку психологічних захистів та неврозів в дорослому віці. Відповідно до теорії Фрейда, ці захисти та неврози можуть проявлятися у вигляді повторюваних патернів поведінки, таких як компульсивність, перфекціонізм або уникнення близьких стосунків. Фрейд також вважав, що неусвідомлені конфлікти та травми з дитинства можуть впливати на вибір партнерів та динаміку стосунків у дорослому віці [1].

Обидві теорії – теорія прив'язаності Боулбі та психоаналітична теорія Фрейда – підкреслюють важливість ранніх переживань та стосунків для формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Вони припускають, що травми та негативний досвід в дитинстві можуть мати довготривалий вплив на психологічне здоров'я та функціонування людини в дорослому віці. Розуміння цих теорій може допомогти психологам та терапевтам в роботі з клієнтами, які мають труднощі з поведінковими стратегіями та стосунками в дорослому віці. Ерік Еріксон, відомий психолог і психоаналітик, розробив теорію психосоціального розвитку, яка охоплює весь життєвий цикл людини. Згідно з цією теорією, кожна стадія розвитку характеризується специфічними завданнями та конфліктами, які людина повинна вирішити для успішного переходу до наступної стадії. Еріксон стверджував, що травми та негативний

досвід на будь-якій стадії розвитку можуть призвести до труднощів у формуванні ідентичності та адаптивних поведінкових стратегій у дорослому віці [23].

Наприклад, на стадії базової довіри проти недовіри (від народження до 1 року) дитина формує своє ставлення до світу залежно від якості догляду та емоційної підтримки, яку вона отримує від своїх опікунів. Якщо дитина зазнає емоційної депривації або насильства на цій стадії, вона може розвинути базову недовіру до світу та інших людей, що може проявлятися у дорослому віці як труднощі з формуванням близьких стосунків або недовіра до оточуючих [28].

Інший приклад – стадія ініціативи проти почуття провини (від 3 до 5 років), на якій дитина вчиться брати на себе відповідальність та проявляти ініціативу. Якщо на цій стадії дитину надмірно критикують або карають за прояви ініціативи, вона може розвинути почуття провини та невпевненості в собі, що може вплинути на її здатність ставити цілі та досягати успіху в дорослому віці. Теорія Еріксона підкреслює важливість успішного вирішення конфліктів на кожній стадії розвитку для формування здорової ідентичності та адаптивних поведінкових стратегій у дорослому віці. Травми та негативний досвід на будь-якій стадії можуть порушити цей процес і призвести до труднощів у функціонуванні в дорослому віці. Когнітивно-поведінкова теорія (КПТ) – це підхід у психології, який зосереджується на взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою людини. КПТ припускає, що травматичні події можуть призвести до формування негативних когнітивних схем (переконань і установок), які впливають на інтерпретацію подій та поведінкові стратегії в дорослому віці.

Згідно з КПТ, люди, які зазнали травм у дитинстві, можуть розвинути негативні переконання про себе, світ та інших людей. Наприклад, дитина, яка зазнала насильства, може сформувати переконання, що світ небезпечний, а люди – ненадійні, переконання можуть впливати на інтерпретацію подій та вибір поведінкових стратегій у дорослому віці. Людина з такими переконаннями може уникати близьких стосунків, бути надмірно пильною або

агресивною у взаємодії з іншими. КПТ також припускає, що травматичні події можуть призвести до розвитку дисфункціональних копінг-стратегій, таких як уникнення, самоушкодження або зловживання психоактивними речовинами, стратегії можуть тимчасово полегшити емоційний біль, пов'язаний з травмою, але в довгостроковій перспективі вони можуть призвести до ще більших труднощів у функціонуванні. У контексті КПТ, терапія зосереджується на виявленні та зміні негативних когнітивних схем та дисфункціональних копінг-стратегій, які виникли внаслідок травматичного досвіду. Терапевт допомагає клієнту розвинути більш адаптивні та реалістичні думки та поведінкові стратегії, які сприяють емоційному та психологічному благополуччю. КПТ має значну емпіричну підтримку в лікуванні різноманітних психологічних розладів, пов'язаних з травмою, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та тривожні розлади. Дослідження показують, що КПТ може бути ефективною в зміні негативних когнітивних схем та поведінкових стратегій, що виникли внаслідок травматичного досвіду, та покращенні якості життя людей, які зазнали травм у дитинстві.

Нейробіологічна теорія формування поведінки базується на ідеї, що мозок та нервова система відіграють ключову роль у розвитку та регуляції поведінки людини, теорія припускає, що травматичні події можуть призвести до змін у структурі та функціонуванні мозку, що, в свою чергу, може вплинути на поведінкові стратегії в дорослому віці. Дослідження в галузі нейробіології показують, що травматичний досвід, особливо в ранньому віці, може мати значний вплив на розвиток мозку. Наприклад, хронічний стрес та травми можуть призвести до змін у гіпокампі (ділянці мозку, що відповідає за навчання та пам'ять) та мигдалеподібному тілі (ділянці, що відповідає за емоційні реакції), зміни можуть проявлятися у вигляді підвищеної чутливості до стресу, труднощів з регуляцією емоцій та імпульсивної поведінки в дорослому віці.

Крім того, травматичний досвід може впливати на розвиток префронтальної кори головного мозку, яка відповідає за виконавчі функції, такі як планування, прийняття рішень та контроль імпульсів. Дослідження

показують, що люди, які зазнали травм у дитинстві, можуть мати знижену активність у префронтальній корі, що може призвести до труднощів з саморегуляцією та адаптивною поведінкою в дорослому віці.

Нейробіологічна теорія також припускає, що травматичний досвід може призвести до змін у нейромедіаторних системах мозку, таких як серотонінова та дофамінова системи, системи відіграють важливу роль у регуляції настрою, емоцій та мотивації. Зміни в цих системах можуть бути пов'язані з розвитком депресії, тривожності та залежностей у дорослому віці. Розуміння нейробіологічних механізмів, що лежать в основі впливу травм на поведінку, має важливе значення для розробки ефективних методів лікування та профілактики. Наприклад, деякі терапевтичні підходи, такі як десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою руху очей (EMDR), спрямовані на обробку травматичних спогадів на нейробіологічному рівні, щоб зменшити їх вплив на емоційне та поведінкове функціонування.

Крім того, нейробіологічна теорія підкреслює важливість ранньої інтервенції та профілактики травм. Втручання, спрямовані на підтримку здорового розвитку мозку в ранньому віці, такі як забезпечення безпечного та стабільного середовища, можуть знизити ризик розвитку проблем з поведінкою в дорослому віці. Попри значний прогрес у розумінні нейробіологічних механізмів впливу травм на поведінку, ця галузь досліджень все ще перебуває на відносно ранній стадії. Необхідні подальші дослідження для більш повного розуміння складних взаємодій між генетикою, середовищем та досвідом, які формують розвиток мозку та поведінки людини [12]. Інтегративні підходи до формування поведінкових стратегій поєднують концепції та методи з різних теоретичних напрямків, щоб забезпечити більш комплексне розуміння впливу травм на поведінку в дорослому віці. Ці підходи визнають, що жодна окрема теорія не може повністю пояснити складність людської поведінки та досвіду, і прагнуть інтегрувати знання з різних галузей психології, нейробіології та соціальних наук. Один з інтегративних підходів – це біопсихосоціальна модель, яка розглядає взаємодію біологічних, психологічних та соціальних

факторів у формуванні поведінкових стратегій. Згідно з цією моделлю, травматичний досвід може впливати на людину на всіх трьох рівнях: біологічному (через зміни в структурі та функціонуванні мозку), психологічному (через формування негативних переконань та копінг-стратегій) та соціальному (через вплив на стосунки та взаємодію з іншими). Біопсихосоціальна модель підкреслює важливість розгляду всіх цих факторів при розробці стратегій профілактики та лікування проблем, пов'язаних з травмами.

Інший інтегративний підхід – це теорія розвитку, заснована на травмі (Trauma-Informed Developmental Theory). Ця теорія поєднує концепції з теорії прив'язаності, нейробіології та теорії розвитку, щоб пояснити вплив травм на розвиток дитини та формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Згідно з цією теорією, травматичний досвід може порушити здатність дитини формувати безпечні прив'язаності, регулювати емоції та розвивати здорове почуття self, труднощі можуть зберігатися в дорослому віці та проявлятися у вигляді проблем з саморегуляцією, стосунками та психічним здоров'ям. Ще один інтегративний підхід – це теорія самодетермінації (Self-Determination Theory), яка поєднує концепції з гуманістичної психології, когнітивної психології та теорії мотивації, теорія припускає, що для оптимального функціонування та благополуччя людям необхідно задовольнити три базові психологічні потреби: автономію, компетентність та зв'язаність з іншими. Травматичний досвід може перешкоджати задоволенню цих потреб, що може призвести до труднощів з саморегуляцією та адаптивною поведінкою в дорослому віці [20]. Інтегративні підходи також визнають важливість культурного контексту у формуванні поведінкових стратегій.

Культурні цінності, вірування та практики можуть впливати на те, як люди інтерпретують та реагують на травматичний досвід. Наприклад, в колективістських культурах, де цінується взаємозалежність та гармонія в стосунках, люди можуть бути менш схильні говорити про свій травматичний

досвід або шукати допомоги, що може вплинути на їх здатність опрацювати травму та розвинути адаптивні поведінкові стратегії [25].

Інтегративні підходи мають важливе значення для розробки комплексних та культурно—чутливих стратегій профілактики та лікування проблем, пов'язаних з травмами. Вони підкреслюють важливість розгляду взаємодії різних факторів – біологічних, психологічних, соціальних та культурних – у формуванні поведінкових стратегій та необхідність адаптації втручань до унікальних потреб та контексту кожної людини. Попри переваги інтегративних підходів, їх реалізація на практиці може бути складною через необхідність координації між різними галузями знань та професіоналами. Крім того, емпіричні дослідження ефективності інтегративних підходів все ще обмежені, і необхідні подальші дослідження для визначення найбільш ефективних стратегій інтеграції різних теоретичних концепцій та методів. Тим не менш, інтегративні підходи представляють важливий напрямок у розумінні та лікуванні проблем, пов'язаних з травмами, і мають потенціал для покращення якості життя людей, які зазнали травматичного досвіду.

1.3 Біопсихосоціальні наслідки дитячих травм у формуванні поведінкових патернів у дорослому віці

Дитячі травми — надзвичайно актуальна та болюча проблема сучасного суспільства. Численні дослідження доводять, що психотравми, отримані в дитинстві, здійснюють глибокий і тривалий вплив на біологічний, психологічний та соціальний розвиток особистості. Травматичний досвід може стати причиною формування деструктивних поведінкових патернів, емоційних та когнітивних порушень, труднощів у побудові стосунків з іншими людьми. Саме тому метою даної статті є комплексний аналіз біопсихосоціальних наслідків дитячих травм та механізмів їх впливу на поведінку і життєдіяльність дорослої людини. Дослідження базується на вивченні сучасних наукових праць у галузі психології, психотерапії, нейробіології та соціології. Психотравмуючі

події в дитинстві здійснюють безпосередній вплив на розвиток мозку та нервової системи.

Вплив травматичного досвіду на розвиток мозку та нервової системи є однією з ключових тем у дослідженні біологічних наслідків дитячих травм. Численні наукові праці демонструють, що психотравми запускають каскад нейробиологічних змін, які можуть зберігатися протягом усього життя та значно впливати на когнітивне, емоційне та соціальне функціонування людини. Підвищений рівень стресових гормонів. Однією з основних нейроендокринних реакцій на стрес є активація гіпоталамо–гіпофізарно–наднирникової (ГГН) осі. При травматичному досвіді ця вісь починає працювати в режимі гіперактивації, що призводить до надмірного викиду стресових гормонів — кортизолу та адреналіну [1].

Кортизол — це глюкокортикоїдний гормон, що виробляється корою наднирників у відповідь на стресовий фактор. Його основна функція полягає в мобілізації енергетичних ресурсів організму для подолання загрози. Однак, при хронічному стресі (наприклад, при повторюваному насильстві чи депривації в дитинстві) відбувається дизрегуляція нормального циркадного ритму секреції кортизолу [2], що проявляється в підвищеному базовому рівні гормону, а також у надмірній реактивності ГГН–осі на стресові стимули. Адреналін та норадреналін — це катехоламіни, що виділяються мозковою речовиною наднирників та симпатичними нервовими закінченнями. Вони відповідають за активацію симпатичної нервової системи («реакція боротьби або втечі») та проявляються на фізіологічному рівні підвищенням серцебиття, артеріального тиску, розширенням зіниць тощо [3].

При травматичному досвіді спостерігається хронічна гіперактивація катехоламінергічної системи, що може призводити до вегетативної дизрегуляції та соматичних симптомів (головний біль, шлунково–кишкові розлади). Тривала гіперсекреція стресових гормонів має нейротоксичний вплив на різні структури мозку, особливо на гіпокамп та префронтальну кору [4], що пов'язано з високою концентрацією глюкокортикоїдних рецепторів у цих відділах.

Надлишок кортизолу призводить до атрофії дендритів, зниження нейрогенезу та загибелі нейронів.

Гіпокамп — це структура лімбічної системи, що відіграє ключову роль у процесах навчання, пам'яті та емоційної регуляції. Численні дослідження виявили, що у людей з травматичним досвідом в дитинстві спостерігається зменшення об'єму гіпокампа [5]. Причому, цей ефект є дозозалежним — чим більш важкою та тривалою була травма, тим більш вираженими є структурні зміни. Наприклад, мета-аналіз 49 нейровізуалізаційних досліджень показав, що у дорослих з історією дитячого насильства об'єм гіпокампа в середньому на 6,5% менший, ніж у контрольної групи без травми [6]. Схожі результати були отримані і при порівнянні дітей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та здорових однолітків [7].

Атрофічні зміни гіпокампа при травматичному досвіді обумовлені кількома потенційними механізмами. Один з основних механізмів включає нейротоксичність глюкокортикоїдів: тривале підвищення рівня кортизолу призводить до зниження нейрогенезу, атрофії дендритів та апоптозу нейронів, що значно впливає на структуру і функціонування гіпокампа. Іншим важливим механізмом є глутаматергічна ексайтотоксичність, коли травматичний стрес асоціюється зі збільшенням вивільнення глутамату — збуджуючого нейромедіатора, що спричиняє надмірну активацію NMDA-рецепторів та ушкодження нейронів у гіпокампі. Зменшення нейротрофічної підтримки також відіграє значну роль: травматичний стрес знижує експресію мозкового нейротрофічного фактору (BDNF), який є критично важливим для регуляції виживання та диференціації нейронів. Додатково, епігенетичні модифікації, спричинені дитячою травмою, змінюють експресію генів, що відповідають за розвиток та пластичність гіпокампа, через механізми метилювання ДНК та модифікації гістонів, механізми комплексно впливають на морфологію та функції гіпокампа, що має далекосяжні наслідки для когнітивних процесів та емоційної регуляції.

Дефіцит об'єму гіпокампа при дитячих травмах має функціональні наслідки у вигляді порушень декларативної пам'яті (особливо автобіографічної), контекстуального навчання, розпізнавання емоцій, стресостійкості [9], когнітивні та емоційні дисфункції можуть зберігатися протягом багатьох років та значно впливати на якість життя людини. Порушення зв'язності між різними відділами мозку. Окрім локальних структурних змін, травматичний досвід в дитинстві має значний вплив на формування функціональних зв'язків між різними областями мозку. Особливо вразливою є взаємодія між лімбічною системою (відповідає за емоційну обробку) та префронтальною корою (забезпечує когнітивний контроль та саморегуляцію). У нормі, префронтальна кора здійснює «гальмівний» вплив на активність мигдалеподібного тіла — структури лімбічної системи, що відповідає за детекцію загрози та формування страху, «гальмівний» контур дозволяє регулювати емоційні реакції та адаптивно реагувати на стрес. Однак, у людей з дитячими травмами спостерігається порушення зв'язності між префронтальною корою та мигдалеподібним тілом [10].

Наприклад, дослідження за допомогою функціональної МРТ показало, що у дорослих з ПТСР внаслідок дитячого насильства спостерігається зниження функціональної зв'язності між вентромедіальною префронтальною корою (ВмПФК) та мигдалеподібним тілом під час перегляду емоційно негативних зображень [11]. При цьому, ступінь зниження зв'язності корелював з важкістю симптомів ПТСР. Порушення зв'язності також спостерігається між іншими відділами мозку, що беруть участь в обробці емоційно значущої інформації. Зокрема, виявлено аномальну функціональну взаємодію між мигдалеподібним тілом, гіпокампом та острівцевою корою у людей з дитячими травмами [12], зміни можуть лежати в основі труднощів з інтеграцією емоційних та сенсорних аспектів травматичного досвіду, а також порушень тілесної усвідомленості (інтероцепції). Важливо відзначити, що нейробіологічні наслідки дитячих травм мають виражений статевий диморфізм. Наприклад, у жінок з історією сексуального насильства в дитинстві спостерігається зниження об'єму

гіпокампа та мигдалеподібного тіла, тоді як у чоловіків з аналогічним досвідом – зменшення об'єму префронтальної кори та мозочка [13]. Ці відмінності можуть бути пов'язані з впливом статевих гормонів на розвиток мозку, а також з різними стратегіями адаптації до стресу у чоловіків та жінок.

Вікові особливості нейробіологічних змін при травмі. Дитячий мозок знаходиться в процесі активного розвитку та має високу пластичність. З одного боку, це робить його більш вразливим до впливу травматичного стресу, з іншого – дає можливість для компенсаторних змін та відновлення. Дослідження показують, що чим раніше відбулася травма, тим більш глобальними є її наслідки для розвитку мозку [14].

Наприклад, при насильстві чи депривації в перші роки життя (0–3 роки) спостерігаються найбільш виражені зміни в об'ємі гіпокампа, мигдалеподібного тіла та префронтальної кори, що пов'язано з тим, що в цьому віці відбувається інтенсивний синаптогенез та мієлінізація, формуються основні нейронні ланцюги для обробки емоцій та стресу. Травматичний досвід в цей сенситивний період може «перепрограмувати» стресову систему та призвести до стійких змін в реактивності ГГН-осі та автономної нервової системи.

У підлітковому віці мозок переживає другий період інтенсивного розвитку, пов'язаний з дозріванням лімбічної системи та префронтальної кори. Травми в цей період (наприклад, булінг, насильство в родині) можуть порушувати нормальний розвиток емоційної саморегуляції та соціальної поведінки [15]. При цьому, нейробіологічні зміни можуть мати більш специфічний характер, зачіпаючи окремі ланки стресової системи (наприклад, серотонінергічну нейротрансмісію). Тривалість та специфічність впливу травми. Нейробіологічні наслідки дитячих травм залежать не тільки від віку, коли відбулася травма, але й від її тривалості та типу. Численні дослідження показують «дозозалежний» ефект травматичного стресу на мозок – чим більш хронічним та інтенсивним було насильство чи депривація, тим більш вираженими є структурні та функціональні зміни [16].

Наприклад, метааналіз нейровізуалізаційних досліджень виявив, що найбільше зниження об'єму гіпокампа спостерігається у людей, які пережили фізичне та сексуальне насильство в дитинстві (в середньому на 6,6% та 6,3% відповідно порівняно з контролем) [17]. При емоційному насильстві та фізичній депривації ці зміни були менш вираженими (5,1% та 3,9% відповідно), що свідчить про те, що різні види травматичного досвіду можуть мати специфічний вплив на окремі структури мозку. Крім того, дослідження показують, що поєднання кількох видів насильства (наприклад, фізичного та сексуального) має більш виражений негативний вплив на мозок, ніж ізольована травма [18], що пов'язано з кумулятивним ефектом стресу на нейробиологічні системи, а також з порушенням різних аспектів розвитку (когнітивного, емоційного, соціального).

Роль генетичних факторів. Нейробиологічні наслідки дитячих травм мають значну індивідуальну варіативність. У той час як деякі люди демонструють виражені структурні та функціональні зміни мозку, інші зберігають відносну резистентність до впливу травматичного стресу, відмінності можуть бути пов'язані з генетичними факторами, які модулюють реактивність стресової системи та нейропластичність. Зокрема, виявлено, що поліморфізми в генах, які кодують рецептори до кортизолу (NR3C1), серотоніну (SLC6A4), дофаміну (DRD2) та BDNF (BDNF Val66Met), можуть впливати на зв'язок між дитячою травмою та змінами в мозку [19]. Наприклад, носії мет-алеля гена BDNF демонструють більш виражене зниження об'єму гіпокампа у відповідь на травматичний стрес порівняно з носіями вал-алеля [20].

Таблиця 1.1.

Нейробиологічні зміни при дитячій травмі

Параметр	Зміна
Стресові гормони	Підвищений рівень
Гіпокамп	Зменшений об'єм
Зв'язність мозкових структур	Порушення

Джерело: складено автором за [11;12]

Нейробиологічні зміни, спричинені дитячими травмами, можуть проявлятися на поведінковому рівні у вигляді підвищеної тривожності та імпульсивності, труднощів з концентрацією уваги та запам'ятовуванням інформації, а також схильності до ризикованої та саморуйнівної поведінки. Додатково, дитяча травма пов'язана з підвищеним ризиком розвитку психосоматичних захворювань, таких як серцево-судинні хвороби, цукровий діабет та автоімунні розлади у дорослому віці, що пояснюється хронічним впливом стресу на імунну та ендокринну системи організму. Психотравма, пережита у дитинстві, залишає глибокий відбиток на особистості та самосприйнятті людини, впливаючи на емоційний та поведінковий спектри. За даними Дж. Бріера та К. Скотт, приблизно 30% дорослих, які зазнали насильства в дитинстві, страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Основними симптомами ПТСР є нав'язливі спогади про травматичну подію, уникнення всього, що нагадує про травму, негативні зміни у настрої та мисленні, підвищена збудливість і дратівливість, що ускладнює адаптацію та інтеграцію таких осіб у соціальні взаємодії та професійне середовище. Травматичний досвід також впливає на формування Я-концепції та самооцінки. Дитина, що зазнала насильства чи приниження, часто інтерналізує негативні повідомлення про себе («Я поганий», «Я нікому не потрібен», «Я заслуговую на покарання»), переконання можуть зберігатися у дорослому віці, породжуючи почуття сорому, провини, власної неповноцінності.

Крім того, психотравма часто порушує базову довіру до світу та інших людей. Як наслідок, людина може відчувати труднощі у побудові близьких стосунків, боятися емоційної відкритості та прив'язаності. В. Цихоня відзначає високу поширеність дезадаптивних типів прив'язаності серед дорослих із травматичним дитячим досвідом [4].

Таблиця 1.2.

Психологічні наслідки дитячої травми

Сфера	Наслідки
Емоційна	Тривога, депресія, ПТСР
Когнітивна	Негативні переконання про себе та світ
Міжособистісна	Порушення прив'язаності, труднощі у стосунках

Джерело: складено автором за [11;12]

Травматичний досвід у дитинстві часто ускладнює процес соціалізації та адаптації до суспільства. К. Кіфер та Р. Геллер виявили, що дорослі, які пережили психотравму, частіше:

- Мають низький соціально–економічний статус.
- Стикаються з безробіттям та фінансовими труднощами.
- Демонструють асоціальну чи протиправну поведінку.
- Страждають від самотності та соціальної ізоляції [5].

Це можна пояснити комплексною взаємодією психологічних (низька самоефективність, дезадаптивні копінг–стратегії) та соціальних (відсутність підтримки, стигматизація) чинників.

Дитяча травма також є фактором ризику міжпоколінної передачі насильства. Дослідження показують, що батьки з травматичним досвідом частіше використовують неадекватні методи виховання та схильні до жорстокого поводження з власними дітьми [6]. Водночас, цей зв'язок не є абсолютним і може бути пом'якшений завдяки психотерапії та розвитку батьківських навичок. Комплексна взаємодія біологічних, психологічних та соціальних наслідків дитячої травми часто призводить до формування ригідних поведінкових патернів. Одним із таких патернів є унікаюча поведінка, коли людина намагається уникати будь–яких ситуацій чи стимулів, що нагадують про травматичну подію, прагнучи захиститися від можливих негативних переживань.

Залежна поведінка також є характерною, особливо у випадках порушення прив'язаності та страху самотності, коли людина шукає постійного схвалення

та підтримки від інших, часто жертвуючи власними потребами та особистими кордонами. Агресивна поведінка, яка може розвиватися як наслідок придушення гніву та образи, пов'язаної з травматичним досвідом, у дорослому віці проявляється у вигляді спалахів агресії, конфліктності та насильства у стосунках. Перфекціонізм і трудоголізм є типовими для тих, хто в дитинстві зазнав емоційного насильства чи депривації і намагається компенсувати це відчуттям власної «досконалості» та гіпервідповідальності, що призводить до перевантаження роботою, хронічного стресу та емоційного вигорання. Ризикована та саморуйнівна поведінка, пов'язана з низькою самооцінкою та дисрегуляцією емоцій, спонукає людей з травматичним досвідом до необдуманих вчинків, зловживання психоактивними речовинами та самоушкоджень, що додатково ускладнює їх соціальну інтеграцію та психологічну стабільність.

Таблиця 1.3.

Приклади поведінкових патернів при дитячій травмі

Патерн	Приклади поведінки
Уникнення	Соціальна ізоляція, трудоголізм, уникання інтимності
Залежність	Пошук постійної підтримки, співзалежні стосунки
Агресія	Спалахи гніву, конфліктність, насильство
Перфекціонізм	Гіпервідповідальність, хронічний стрес, вигорання
Ризикованість	Необдумані вчинки, зловживання речовинами, самоушкодження

Джерело: складено автором за [14;15]

Водночас, важливо пам'ятати, що кожна людина по-різному реагує на травматичний досвід. Наявність захисних факторів (підтримуюче оточення, особистісні ресурси) може значно пом'якшити негативні наслідки та сприяти посттравматичному зростанню. Дитячі травми — це комплексна проблема, що зачіпає біологічний, психологічний та соціальний рівні функціонування людини. Травматичний досвід здійснює тривалий негативний вплив на розвиток мозку, регуляцію емоцій, Я-концепцію, міжособистісні стосунки та соціальну адаптацію. Як наслідок, у дорослої людини часто формуються

ригідні деструктивні патерни поведінки — уникнення, залежність, агресія, перфекціонізм, ризикованість.

Саме тому рання діагностика та системна психотерапевтична допомога людям з дитячими травмами є вкрай важливою. Опрацювання травматичних спогадів, відновлення базової довіри, розвиток адаптивних копінг-стратегій та соціальних навичок — все це допомагає перервати «хибне коло» травми та вибудовувати здорові поведінкові патерни. Перспективними напрямками подальших досліджень у цій галузі є вивчення нейробіологічних корелятів різних видів дитячої травми, що дозволить глибше зрозуміти, як специфічні травматичні досвіди впливають на розвиток нервової системи та формування поведінкових і когнітивних розладів. Пошук ефективних моделей психотерапії для опрацювання травматичного досвіду є критично важливим, оскільки дасть змогу оптимізувати методи лікування, підвищуючи їхню ефективність та адаптуючи до індивідуальних особливостей пацієнтів. Дослідження захисних чинників та механізмів резилієнтності при психотравмах сприятиме виявленню стратегій, які допомагають зменшити негативний вплив травматичних подій і підтримувати психологічну стабільність. Розробка превентивних програм роботи з дітьми та сім'ями групи ризику є ще одним важливим напрямком, що може суттєво знизити частоту виникнення психотравматичних розладів, забезпечуючи раннє втручання та підтримку у критичні моменти розвитку.

Отже, проблема дитячих травм потребує комплексного міждисциплінарного підходу. Спільні зусилля психологів, лікарів, соціальних працівників та педагогів можуть допомогти мінімізувати шкідливий вплив психотравм та підтримати гармонійний розвиток особистості.

1.4 Механізми впливу дитячих травм на формування поведінкових патернів

Дитячі травми – це складний і багатогранний феномен, що має потужний вплив на розвиток особистості та її функціонування в дорослому житті.

Численні дослідження доводять, що несприятливий досвід дитинства (Adverse Childhood Experiences, ACEs) є значущим фактором ризику для широкого спектру психічних та поведінкових розладів [1]. Зокрема, травматичні події, такі як насильство, занедбаність, втрата близьких, можуть порушувати нормальний розвиток нейробіологічних, когнітивних та емоційних систем дитини, що в подальшому проявляється в дезадаптивних патернах поведінки. Одним з ключових механізмів є розвиток дезадаптивних схем – стійких когнітивно-афективних патернів, що формуються в результаті незадоволення базових емоційних потреб дитини [8].

Травматичний досвід також може порушувати розвиток емоційної компетентності – здатності розпізнавати, виражати та регулювати емоції. Діти, що зазнали насильства чи нехтування, часто мають дефіцити у розумінні та вербалізації своїх емоційних станів, а також у здатності до емпатії та розпізнавання емоцій інших людей [9], що може призводити до труднощів у побудові стосунків, конфліктів та непорозумінь у спілкуванні. На поведінковому рівні емоційна некомпетентність може проявлятися в імпульсивності, спалахах гніву, агресивності або, навпаки, у надмірному контролі та пригніченні емоцій. Ще одним важливим психологічним механізмом є розвиток посттравматичних когніцій – дисфункційних переконань про себе, світ та інших людей, що формуються внаслідок травматичного досвіду [10].

Наприклад, дитина, що зазнала сексуального насильства, може розвинути переконання «Я погана», «Світ небезпечний», «Нікому не можна довіряти», когніції можуть генералізуватися на різні сфери життя та призводити до уникаючої, захисної або агресивної поведінки як способу впоратися з постійним відчуттям загрози. Травма також може порушувати розвиток ідентичності та самосприйняття дитини. Зокрема, при хронічному насильстві або нехтуванні дитина може інтерналізувати негативні повідомлення про себе («Я нелюбимий», «Я нічого не вартий») та формувати фрагментовану, дифузну

ідентичність [11], що може проявлятися в нестабільності цілей, цінностей та уявлень про себе, труднощах у прийнятті рішень та побудові життєвого шляху.

Дитячі травми не відбуваються у вакуумі, а завжди вплетені в складний контекст сімейних, міжособистісних та соціокультурних відносин, соціальні фактори можуть як посилювати, так і пом'якшувати вплив травматичного досвіду на розвиток поведінкових патернів. Одним з найважливіших соціальних механізмів є якість відносин прив'язаності між дитиною та основним опікуном. Згідно з теорією прив'язаності, сформульованою Дж. Боулбі та М. Ейнсворт, ранній досвід взаємодії з чутливим та доступним опікуном є ключовим для розвитку безпечної прив'язаності та здорових моделей близькості [12]. І навпаки, травматичний досвід, особливо в контексті відносин з опікуном (наприклад, насильство з боку батьків, емоційне нехтування), може призводити до розвитку ненадійної (уникаючої, амбівалентної) або дезорганізованої прив'язаності.

Патерни прив'язаності, сформовані в дитинстві, мають тенденцію зберігатися протягом життя та проявлятися в близьких стосунках. Наприклад, діти з уникаючою прив'язаністю можуть вирости в дорослих, що мають труднощі з емоційною відкритістю, довірою та побудовою інтимності. Вони можуть використовувати стратегії деактивації, такі як уникнення, заперечення потреб, компульсивна самодостатність [13]. І навпаки, діти з амбівалентною прив'язаністю можуть розвивати надмірну залежність від партнера, страх покинутості, емоційні «гойдалки» у стосунках. Ще одним важливим соціальним механізмом є міжпоколінна передача травми.

Дослідження показують, що батьки з історією дитячих травм мають підвищений ризик відтворення патернів насильства, нехтування або дисфункційної взаємодії з власними дітьми [14]. Це може бути пов'язано як з нейробиологічними змінами (наприклад, сенситизацією стресової системи), так і з браком адаптивних моделей батьківства та регуляції емоцій. Таким чином, травма може передаватися з покоління в покоління, формуючи «цикли» дезадаптивної поведінки. Важливу роль у формуванні поведінкових патернів

відіграють також процеси соціального наuczіння. Зокрема, діти, що зростають в домівках з насильством, можуть засвоювати агресивні моделі вирішення конфліктів та переносити їх на інші контексти (наприклад, булінг в школі, насильство в романтичних стосунках) [15]. Або ж діти алкозалежних батьків можуть засвоювати дисфункційні стратегії регуляції емоцій (наприклад, вживання алкоголю для зняття стресу) та мати підвищений ризик розвитку власних залежностей. Разом з тим, соціальне середовище може надавати і захисні фактори, що пом'якшують вплив травматичного досвіду. Наприклад, підтримуючі стосунки з іншими дорослими (родичами, вчителями, наставниками), позитивний досвід у школі або громаді можуть сприяти розвитку резилієнтності та адаптивних навичок подолання стресу [16].

На рівні терапії, провідними підходами до роботи з дорослими, що мають історію дитячих травм, є травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) та системна сімейна терапія. ТФ-КПТ спрямована на опрацювання травматичних спогадів, зміну дезадаптивних когніцій та схем, розвиток навичок емоційної регуляції та побудови здорових стосунків [18]. Системна сімейна терапія працює з сімейними патернами взаємодії, що підтримують дезадаптивну поведінку, та розвитком нових моделей спілкування та прив'язаності [19]. Перспективним напрямком є також нейробіологічно інформовані втручання, що враховують вплив травми на розвиток мозку та нейромедіаторні системи. Наприклад, використання методів нейрофідбеку та біологічного зворотного зв'язку для тренування регуляції стресової реактивності, або використання фармакологічних засобів для модуляції нейромедіаторного дисбалансу (наприклад, антидепресантів для регуляції серотонінової системи) [20]. Важливо відзначити, що терапія наслідків дитячих травм вимагає комплексного та індивідуалізованого підходу, що враховує унікальну історію, потреби та ресурси кожної людини. Крім того, вона повинна відбуватися в контексті безпечних, емпатійних та підтримуючих терапевтичних стосунків, що моделюють здорову прив'язаність та сприяють розвитку нових поведінкових патернів.

Дитячі травми мають комплексний та довготривалий вплив на розвиток особистості та формування поведінкових патернів у дорослому віці, вплив опосередковується рядом нейробіологічних, психологічних та соціальних механізмів, що взаємодіють між собою. На нейробіологічному рівні, травматичний стрес може призводити до структурних та функціональних змін в ключових областях мозку, таких як лімбічна система та префронтальна кора, що відповідають за регуляцію емоцій, пам'ять, навчання та виконавчі функції, зміни, в свою чергу, проявляються в поведінкових патернах підвищеної емоційної реактивності, імпульсивності та труднощів саморегуляції.

На психологічному рівні, дитячі травми можуть призводити до розвитку дезадаптивних схем, посттравматичних когніцій, порушень емоційної компетентності та ідентичності, фактори формують ригідні патерни мислення, почуттів та поведінки, що проявляються в різних сферах життя людини (наприклад, в близьких стосунках, професійній діяльності, ставленні до себе).

На соціальному рівні, травматичний досвід часто вплетений в складну систему сімейних та міжособистісних відносин. Ненадійна прив'язаність, сформована в результаті травми, може призводити до труднощів у побудові здорових стосунків в дорослому віці. Міжпоколінна передача травми та процеси соціального наочіння можуть сприяти відтворенню дезадаптивних патернів поведінки в наступних поколіннях. Розуміння цих механізмів має важливе значення для розробки ефективних стратегій профілактики та терапії наслідків дитячих травм. На рівні профілактики, ключовими напрямками є підвищення обізнаності суспільства, розвиток соціальної політики підтримки сімей та впровадження програм раннього втручання. На рівні терапії, провідними підходами є травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, системна сімейна терапія та нейробіологічно інформовані втручання.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА ФОРМУВАННЯ ПОВЕДІНКОВИХ СТРАТЕГІЙ У ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки

Емпіричне дослідження впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці є важливим напрямком сучасної психологічної науки. Актуальність цієї проблеми обумовлена зростаючим інтересом до механізмів впливу несприятливого дитячого досвіду на особистісний розвиток та адаптацію людини в суспільстві. Численні дослідження доводять, що психологічні травми, отримані в дитинстві, можуть мати далекосяжні наслідки для емоційного, когнітивного та поведінкового функціонування індивіда протягом усього життя [1; 3; 7].

Зокрема, травматичний досвід асоціюється з підвищеним ризиком розвитку психопатології, міжособистісних проблем, труднощів у навчанні та професійній діяльності [2; 5; 8]. Разом з тим, механізми впливу дитячих травм на формування конкретних поведінкових стратегій у дорослому віці залишаються недостатньо вивченими. Більшість досліджень зосереджуються на окремих аспектах цієї проблеми, таких як зв'язок між типом травми та специфічними психічними розладами [4; 6], або роль копінг-стратегій у подоланні наслідків травматичного досвіду [9; 10]. Водночас, бракує цілісного погляду на проблему, який би враховував комплексну взаємодію різних чинників — характеристик травми, особливостей особистості, соціального контексту — у формуванні патернів поведінки в дорослому віці. Саме тому метою цього дослідження є виявлення та аналіз впливу дитячих травм різного типу на становлення поведінкових стратегій особистості в довгостроковій перспективі.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що дитячі травми є значущим фактором ризику формування деструктивних поведінкових стратегій у

дорослому віці, припускаємо, що різні види травматичного досвіду (фізичне, емоційне, сексуальне насильство, нехтування потребами дитини) можуть призводити до специфічних поведінкових проявів, таких як агресивність, уникнення близьких стосунків, надмірний контроль, залежність від інших, саморуйнівна поведінка тощо, гіпотеза ґрунтується на теоретичних положеннях психодинамічного підходу, зокрема теорії прив'язаності [11; 12] та концепції ранніх дезадаптивних схем [13; 14].

Згідно з теорією прив'язаності, характер ранніх взаємин з батьками або основними опікунами формує внутрішні робочі моделі себе та інших, які впливають на побудову стосунків протягом усього життя. Травматичний досвід, особливо в контексті системи прив'язаності (наприклад, жорстоке поводження з боку батьків), може призводити до розвитку ненадійних типів прив'язаності — уникаючого, амбівалентного або дезорганізованого [15; 16]. Ці типи прив'язаності, в свою чергу, асоціюються з різними деструктивними патернами поведінки в дорослому віці. Наприклад, особи з уникаючим типом прив'язаності можуть надмірно покладатися на себе, уникати емоційної близькості та підтримки з боку інших, що може проявлятися в надмірній самодостатності, трудоголізмі, емоційній відстороненості [17; 18]. Особи з амбівалентним типом прив'язаності, навпаки, можуть бути надмірно залежними від інших, мати нестабільну самооцінку та труднощі з регуляцією емоцій, що проявляється в таких стратегіях, як постійний пошук уваги та схвалення, драматизація стосунків, маніпулятивність [19; 20].

Дезорганізований тип прив'язаності, який найчастіше формується внаслідок важкої травматизації в дитинстві (наприклад, фізичного або сексуального насильства), може проявлятися в хаотичних, непослідовних патернах поведінки, імпульсивності, саморуйнівних тенденціях [21; 22]. Концепція ранніх дезадаптивних схем, розроблена Дж. Янгом [13], також дає цінну теоретичну основу для розуміння впливу дитячих травм на поведінкові стратегії. Згідно з цією концепцією, несприятливий дитячий досвід може призводити до формування ригідних, генералізованих уявлень про себе та світ

(схем), які керують процесами сприйняття, інтерпретації та реагування протягом усього життя. Схеми формуються в результаті незадоволення базових емоційних потреб дитини, таких як потреба в безпеці, любові, автономії, реалістичних обмеженнях тощо [14]. Травматичний досвід є потужним фактором формування дезадаптивних схем, оскільки він грубо порушує задоволення цих потреб. Наприклад, дитина, що зазнала емоційного насильства, може сформувати схему «дефективності», відповідно до якої вона є неповноцінною, невартою любові та поваги, схема може проявлятися в дорослому віці у вигляді таких поведінкових стратегій, як самоприниження, уникнення відповідальності, саботаж власних досягнень [23; 24]. Або ж дитина, що зростала в умовах надмірного контролю та придушення автономії, може розвинути схему «покірності», яка проявляється в надмірному підпорядкуванні іншим, нездатності відстоювати власні потреби та бажання [25; 26].

Важливо відзначити, що вплив дитячих травм на поведінкові стратегії опосередковується безліччю факторів, як-от вік, коли відбулася травма, її тривалість та інтенсивність, наявність підтримки з боку інших значущих дорослих, індивідуальні особливості темпераменту та резилієнтності дитини тощо [27; 28]. Тому цей зв'язок не є лінійним або детерміністичним. Разом з тим, численні емпіричні дослідження підтверджують, що травматичний досвід суттєво підвищує ризик розвитку деструктивних поведінкових патернів, навіть з урахуванням цих додаткових факторів [29; 30].

Для перевірки висунутої гіпотези було розроблено комплексну методологію емпіричного дослідження. В якості основного методу збору даних використовувалося структуроване інтерв'ю, спрямоване на отримання інформації про досвід дитячих травм та актуальні поведінкові стратегії респондентів. Для оцінки різних аспектів поведінки використовувалися валідизовані психодіагностичні методики, такі як опитувальник «Способи копію» Р. Лазаруса [31], шкала прив'язаності дорослих (Adult Attachment Scale) [32], опитувальник схема-режимів Дж. Янга [33] та ін. З метою забезпечення надійності та достовірності результатів застосовувалася

триангуляція даних — співставлення результатів, отриманих за допомогою різних методів.

Дослідження проводилося на базі діагностичного центру «ПОЛЛАР». У ньому взяли участь 120 осіб (50 чоловіків та 70 жінок) віком від 20 до 45 років. Вибірка була сформована з використанням стратегії цілеспрямованого відбору, що передбачало залучення респондентів з різним травматичним досвідом в дитинстві (фізичне, емоційне, сексуальне насильство, нехтування потребами). Участь у дослідженні була добровільною та конфіденційною. Процедура збору даних включала в себе індивідуальні інтерв'ю з кожним учасником (тривалістю 1,5-2 години), а також заповнення психодіагностичних опитувальників. Отримані дані були піддані кількісному та якісному аналізу з використанням методів математичної статистики (кореляційний аналіз, порівняння середніх значень, регресійний аналіз) та методів обґрунтованої теорії відповідно.

Таким чином, представлене дослідження спрямоване на комплексний аналіз впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Воно ґрунтується на солідній теоретико-методологічній базі та використовує надійні емпіричні методи для перевірки висунутих гіпотез. Результати цього дослідження можуть мати важливе теоретичне та практичне значення. З теоретичної точки зору, вони дозволять глибше зрозуміти механізми довгострокового впливу несприятливого дитячого досвіду на розвиток особистості та її функціонування в дорослому віці. З практичної точки зору, отримані дані можуть бути використані для розробки ефективних стратегій профілактики та корекції деструктивних поведінкових патернів в осіб, що зазнали дитячої травматизації. Це, в свою чергу, може сприяти підвищенню якості їхнього життя, покращенню психологічного благополуччя та соціальної адаптації.

2.2. Характеристика методів емпіричного дослідження

Для проведення емпіричного дослідження впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку різних аспектів травматичного досвіду та актуальних патернів поведінки. Вибір методик ґрунтувався на теоретичному аналізі проблеми, а також на їхніх психометричних характеристиках — валідності, надійності та дискримінативності.

Однією з ключових методик, використаних у дослідженні, був опитувальник «Дитячі травми» (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) [34], методика є широко визнаним інструментом для ретроспективної оцінки несприятливого досвіду в дитинстві. Вона складається з 28 питань, які вимірюють п'ять основних типів дитячих травм: емоційне насильство, фізичне насильство, сексуальне насильство, емоційне нехтування та фізичне нехтування. Кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою Лікерта від «ніколи» до «дуже часто». Опитувальник має високі показники внутрішньої узгодженості (коефіцієнт альфа Кронбаха від 0,79 до 0,94) та тест-ретестової надійності (коефіцієнти кореляції від 0,76 до 0,96) [35]. Валідність методики підтверджена численними дослідженнями, які демонструють її зв'язок з іншими мірами травматичного досвіду та психопатології [36; 37].

CTQ дозволяє отримати кількісні показники вираженості кожного типу дитячої травми, а також загальний показник травматизації. Крім того, методика містить три додаткові шкали, які оцінюють тенденцію до мінімізації або заперечення травматичного досвіду. Для оцінки актуальних поведінкових стратегій використовувалася низка методик, що вимірюють різні аспекти адаптивної та дезадаптивної поведінки. Зокрема, було використано опитувальник «Способи долаючої поведінки» (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) Р. Лазаруса та С. Фолкман [38], методика оцінює копінг-стратегії, тобто способи, за допомогою яких людина намагається впоратися зі стресовими або

проблемними для неї ситуаціями. Опитувальник містить 66 тверджень, кожне з яких відображає певну копінг-стратегію (наприклад, «Сподівався на диво», «Змирився з долею: буває, що мені не щастить»). Респондент оцінює, наскільки часто він використовував кожен спосіб подолання стресу за чотирибальною шкалою. На основі цих оцінок розраховуються показники восьми основних копінг-стратегій: конфронтаційний копінг, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблеми та позитивна переоцінка.

Опитувальник WCQ має задовільні показники надійності (коефіцієнт альфа Кронбаха від 0,61 до 0,79) та валідності [39]. Зокрема, встановлено, що певні копінг-стратегії (наприклад, втеча-уникнення) пов'язані з вищим рівнем психопатології та дезадаптації, тоді як інші (наприклад, планування вирішення проблеми) асоціюються з кращим психологічним функціонуванням.

Іншою важливою методикою, використаною в дослідженні, був опитувальник прив'язаності дорослих (Adult Attachment Questionnaire, AAQ), методика базується на теорії прив'язаності та оцінює типи прив'язаності в близьких стосунках дорослих. Вона містить 40 тверджень, які відображають уявлення людини про себе та інших у контексті романтичних відносин (наприклад, «Я непокоюся, що мій партнер мене не кохає», «Мені важко повністю довіритися партнеру»). Респондент оцінює, наскільки кожне твердження відповідає його досвіду, за семибальною шкалою Лікерта. На основі цих оцінок розраховуються показники двох основних вимірів прив'язаності — тривожності та уникнення, а також чотирьох типів прив'язаності — безпечного, заклопотаного, відстороненого та побоюваного.

Опитувальник AAQ має хороші психометричні характеристики, включаючи високу внутрішню узгодженість (коефіцієнт альфа Кронбаха від 0,87 до 0,92) та тест-ретестову надійність (коефіцієнти кореляції від 0,65 до 0,80). Валідність методики підтверджена зв'язками з іншими мірами прив'язаності, а також з показниками психологічного благополуччя та якості стосунків. Застосування цього опитувальника дозволяє проаналізувати роль

дитячої травматизації у формуванні ненадійних типів прив'язаності в дорослому віці, які, в свою чергу, можуть проявлятися в дезадаптивних поведінкових стратегіях у близьких стосунках.

Для оцінки глибинних переконань та схем, що лежать в основі дезадаптивних поведінкових патернів, було використано методику «Шкала ранніх дезадаптивних схем» Дж. Янга (Young Schema Questionnaire, YSQ), методика базується на концепції схем-терапії та вимірює вираженість 18 ранніх дезадаптивних схем, згрупованих у п'ять сфер (доменів): «Втрата зв'язку та відторгнення», «Обмежена автономія та здатність досягати успіху», «Порушення меж», «Спрямованість на інших», «Надмірна пильність та інгібіція». Кожна схема оцінюється за допомогою 5-6 тверджень, які респондент оцінює за шестибальною шкалою (наприклад, «Я не вписуюся в колектив», «Без підтримки інших я не зможу функціонувати»).

Різні версії опитувальника YSQ продемонстрували високу внутрішню узгодженість (коефіцієнт альфа Кронбаха від 0,83 до 0,96) та тест-ретестову надійність (коефіцієнти кореляції від 0,50 до 0,82), а також конвергентну та дискримінантну валідність. Дослідження показують, що вираженість ранніх дезадаптивних схем пов'язана з різними формами психопатології, включаючи депресію, тривожні розлади, розлади харчової поведінки, залежності тощо.

Окрім вищезазначених методик, у дослідженні також застосовувалися додаткові інструменти для оцінки загального рівня психологічного благополуччя та адаптації учасників. Зокрема, було використано опитувальник загального здоров'я (General Health Questionnaire, GHQ-28), який є скринінговим інструментом для виявлення психічних розладів у загальній популяції, методика містить 28 питань, які оцінюють чотири сфери психічного здоров'я: соматичні симптоми, тривогу та безсоння, соціальну дисфункцію та важку депресію. GHQ-28 має високі показники надійності (коефіцієнт альфа Кронбаха від 0,90 до 0,95) та валідності, і дозволяє отримати загальну оцінку психологічного дистресу та ризику психічних розладів.

Крім того, для оцінки загального рівня психологічного благополуччя було використано шкалу задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale, SWLS), методика містить п'ять тверджень, які респондент оцінює за семибальною шкалою (наприклад, «Моє життя близьке до ідеалу», «Я задоволений своїм життям»). SWLS має високу внутрішню узгодженість (коефіцієнт альфа Кронбаха від 0,79 до 0,89) та тест-ретестову надійність (коефіцієнти кореляції від 0,50 до 0,84), а також конвергентну валідність з іншими мірами суб'єктивного благополуччя.

Для оцінки актуального впливу травматичних подій дитинства на поточний психологічний стан учасників дослідження було використано Шкалу оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IES-R). Ця методика дозволяє оцінити вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за трьома кластерами: вторгнення, уникнення та гіперзбудження. IES-R складається з 22 пунктів, які оцінюються за 5-бальною шкалою Лікерта. Методика має високі психометричні показники: внутрішня узгодженість (коефіцієнт альфа Кронбаха від 0.87 до 0.94) та тест-ретестова надійність (коефіцієнти кореляції від 0.89 до 0.94). Валідність IES-R підтверджена численними дослідженнями, які демонструють її здатність диференціювати осіб з ПТСР та без нього, а також її чутливість до змін у процесі терапії.

У нашому дослідженні IES-R застосовувалася після проведення структурованого інтерв'ю, під час якого учасники ідентифікували найбільш значущі травматичні події свого дитинства. Це дозволило оцінити актуальний вплив цих подій на поточний психологічний стан респондентів та встановити зв'язок між інтенсивністю посттравматичної симптоматики та специфікою поведінкових стратегій у дорослому віці.

Таким чином, представлений комплекс психодіагностичних методик дозволяє всебічно охопити різні аспекти проблеми впливу дитячих травм на поведінкові стратегії в дорослому віці. Кожна з використаних методик має солідне теоретичне обґрунтування та емпіричну валідацію, що забезпечує

надійність та достовірність отриманих результатів. Поєднання методик, спрямованих на оцінку травматичного досвіду (CTQ), актуальних патернів поведінки (WCQ, AAQ), глибинних переконань та схем (YSQ), а також загальних показників психологічного функціонування (GHQ-28, SWLS), дає можливість побудувати цілісну та багаторівневу модель впливу дитячих травм на адаптацію особистості в дорослому віці.

Застосування цих методик у рамках емпіричного дослідження дозволить перевірити низку теоретичних припущень щодо ролі травматичного досвіду в генезі дезадаптивних поведінкових стратегій. Зокрема, очікується, що особи з вираженою дитячою травматизацією демонструватимуть вищі показники ненадійної прив'язаності, дезадаптивних копінг-стратегій, ранніх дезадаптивних схем, а також нижчі показники психологічного благополуччя та адаптації порівняно з особами без травматичного досвіду. Крім того, передбачається, що різні типи дитячих травм (наприклад, емоційне насильство vs. фізична занедбаність) можуть призводити до специфічних поведінкових проявів та схем.

Результати, отримані за допомогою цих методик, будуть піддані ретельному кількісному та якісному аналізу з використанням сучасних методів математичної статистики та психологічної інтерпретації, що дозволить не лише підтвердити або спростувати висунуті гіпотези, але й виявити складні нелінійні зв'язки між досліджуваними змінними, ідентифікувати модераторні та медіаторні ефекти, побудувати інтегративні моделі впливу травми на поведінку.

Практична цінність отриманих результатів полягає в тому, що вони можуть бути використані для розробки диференційованих терапевтичних підходів та профілактичних програм, спрямованих на подолання наслідків дитячої травматизації. Зокрема, знання про специфічні поведінкові прояви та схеми, характерні для осіб з різними типами травматичного досвіду, дозволить підвищити ефективність психотерапевтичних інтервенцій шляхом їх індивідуальної адаптації під потреби кожного клієнта. А виявлення загальних

закономірностей впливу травми на функціонування особистості слугуватиме основою для розробки універсальних превентивних стратегій, спрямованих на посилення стійкості та адаптивності дітей та дорослих в умовах несприятливого життєвого досвіду.

Отже, представлені методики емпіричного дослідження впливу дитячих травм на поведінкові стратегії в дорослому віці відповідають сучасним науковим стандартам та дозволяють комплексно підійти до вивчення цієї важливої проблеми. Їх застосування відкриває широкі перспективи для поглиблення теоретичних уявлень про механізми впливу травматичного досвіду на розвиток особистості, а також для розробки ефективних практичних інструментів психологічної допомоги та профілактики.

Варто зазначити, що в процесі реалізації емпіричного дослідження з використанням цих методик можуть виникати певні труднощі та обмеження. По-перше, оцінка дитячих травм за допомогою ретроспективних самозвітів (як у випадку з СТQ) може бути певною мірою викривлена внаслідок недосконалості автобіографічної пам'яті, дії психологічних захистів або соціальної бажаності відповідей. Хоча наявність додаткових шкал у СТQ дозволяє певною мірою контролювати ці викривлення, повністю виключити їх неможливо. Тому отримані дані щодо травматичного досвіду слід інтерпретувати з обережністю та, за можливості, доповнювати об'єктивними свідченнями (наприклад, даними з медичних карток або звітів соціальних служб).

По-друге, використані методики оцінки поведінкових стратегій та схем (WCQ, AAQ, YSQ) базуються на самооцінці респондентів, яка може бути певною мірою неточною або соціально бажаною. Крім того, ці методики оцінюють лише свідомі, доступні для самозвіту аспекти поведінки та переконань, залишаючи поза увагою неусвідомлювані, автоматичні або імпліцитні процеси. Тому для підвищення надійності та валідності результатів бажано доповнювати ці методики проєктивними техніками, поведінковими експериментами або фізіологічними вимірами.

По-третє, представлене дослідження має кореляційний дизайн, який дозволяє виявити зв'язки між травматичним досвідом та поведінковими стратегіями, але не дає змоги робити однозначні висновки про причинно-наслідкові відносини. Цілком можливо, що виявлені зв'язки між травмами та дезадаптивними патернами поведінки опосередковані якимись додатковими змінними (наприклад, генетичною схильністю або особливостями темпераменту), які не були враховані в дослідженні. Тому для підтвердження причинного впливу травм на поведінку необхідні додаткові лонгitudні або експериментальні дослідження.

Підсумовуючи, слід зазначити, що представлені методики емпіричного дослідження впливу дитячих травм на поведінкові стратегії в дорослому віці є надійним та валідним інструментарієм, який відповідає сучасним науковим стандартам. Їх застосування дозволяє здійснити комплексний та багаторівневий аналіз цієї важливої проблеми, отримати цінні дані для розвитку теорії та практики психологічної допомоги особам з травматичним досвідом. Водночас, інтерпретація та генералізація отриманих результатів повинна здійснюватися з урахуванням методологічних обмежень та перспектив подальших досліджень у цьому напрямку.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

У межах проведеного дослідження вплив дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці вивчався на репрезентативній вибірці, що складалася зі 120 осіб віком від 20 до 45 років. Гендерний розподіл учасників дослідження виявився нерівномірним - жінки становили більшість, а саме 58.3% (70 осіб), тоді як чоловіки складали 41.7% (50 осіб) від загальної кількості респондентів. Така диспропорція може бути пов'язана з більшою готовністю жінок брати участь у психологічних дослідженнях та відкрито обговорювати травматичний досвід.

Вікова структура вибірки характеризувалася значною різноманітністю, що дозволило охопити різні етапи дорослого життя та проаналізувати вплив дитячих травм на поведінкові стратегії в різні періоди. Середній вік учасників становив 32.5 роки, при цьому спостерігався певний нахил у бік молодшої вікової категорії. Детальний розподіл учасників за віковими групами представлено у Рис. 2.1.

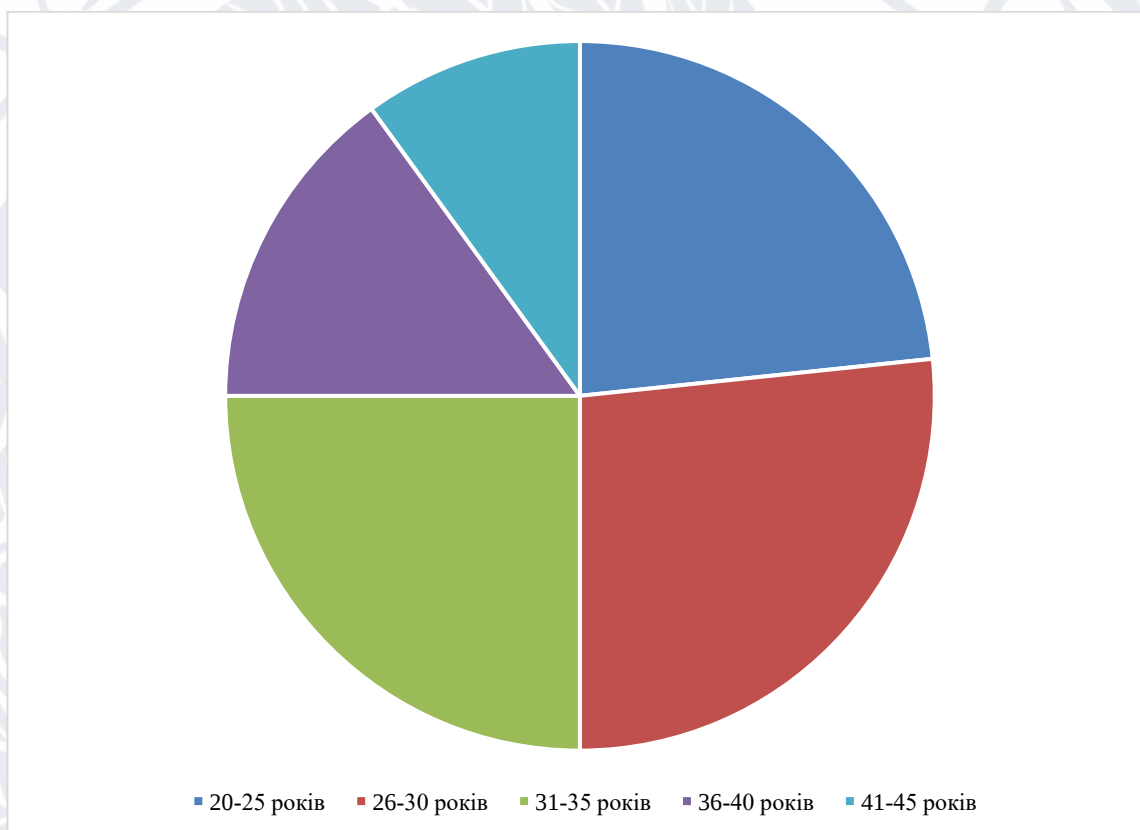


Рис. 2.1. Розподіл учасників дослідження за віковими групами

Аналіз освітнього рівня учасників дослідження виявив високий загальний рівень освіченості вибірки. Переважна більшість респондентів мала вищу освіту. Розподіл учасників за рівнем освіти представлено на Рис. 2.2

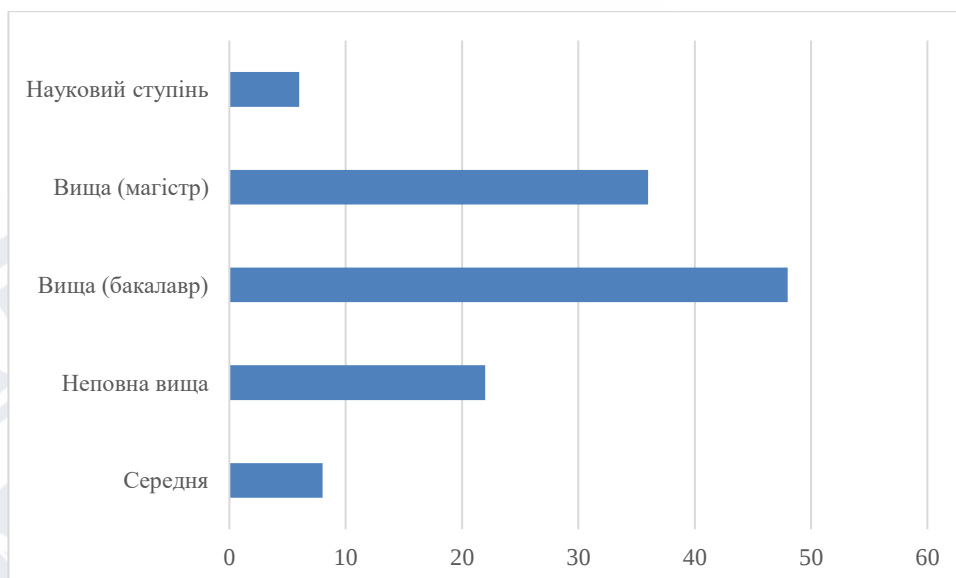


Рис. 2.2. Розподіл учасників дослідження за рівнем освіти

Соціально-економічний статус учасників дослідження також характеризувався значною різноманітністю. Більшість респондентів належала до середнього класу, проте були представлені й інші соціально-економічні групи. Розподіл учасників за самооцінкою свого матеріального становища наведено на Рис 2.3.

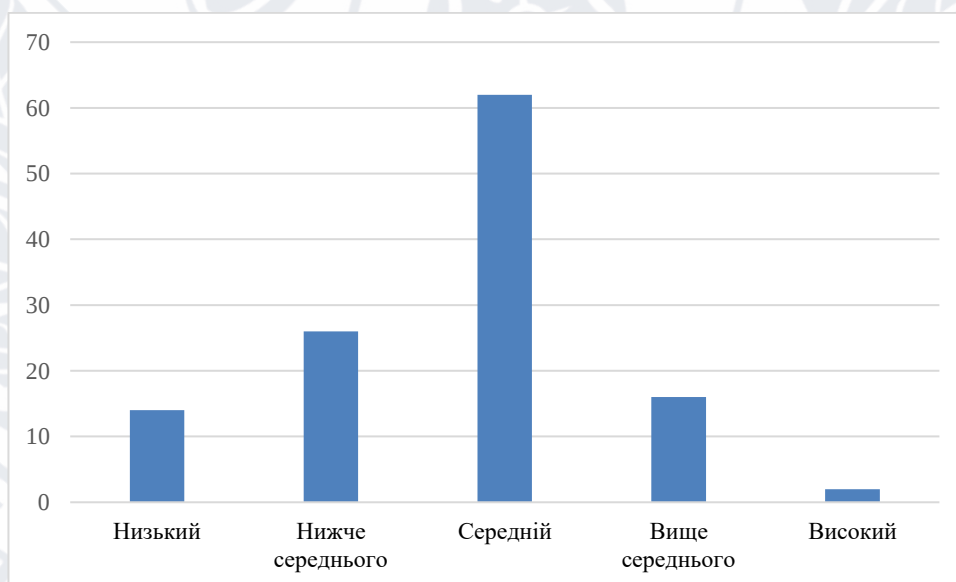


Рис 2.3. Розподіл учасників за самооцінкою матеріального становища

Професійна діяльність учасників дослідження охоплювала широкий спектр галузей, що забезпечило різноманітність життєвого досвіду та соціальних

контекстів у вибірці. Найбільш представленими виявилися сфери освіти, ІТ-технологій, бізнесу та менеджменту, охорони здоров'я. Значну частку також складали студенти, що дозволило врахувати особливості формування поведінкових стратегій на етапі професійного становлення. Особлива увага при формуванні вибірки приділялася наявності травматичного досвіду в дитинстві. Для забезпечення можливості порівняльного аналізу до дослідження були залучені як особи з різними видами дитячих травм, так і ті, хто не мав значного травматичного досвіду. Розподіл учасників за наявністю та типом дитячих травм, оцінених за допомогою опитувальника СТQ, представлено на Рис. 2.4.

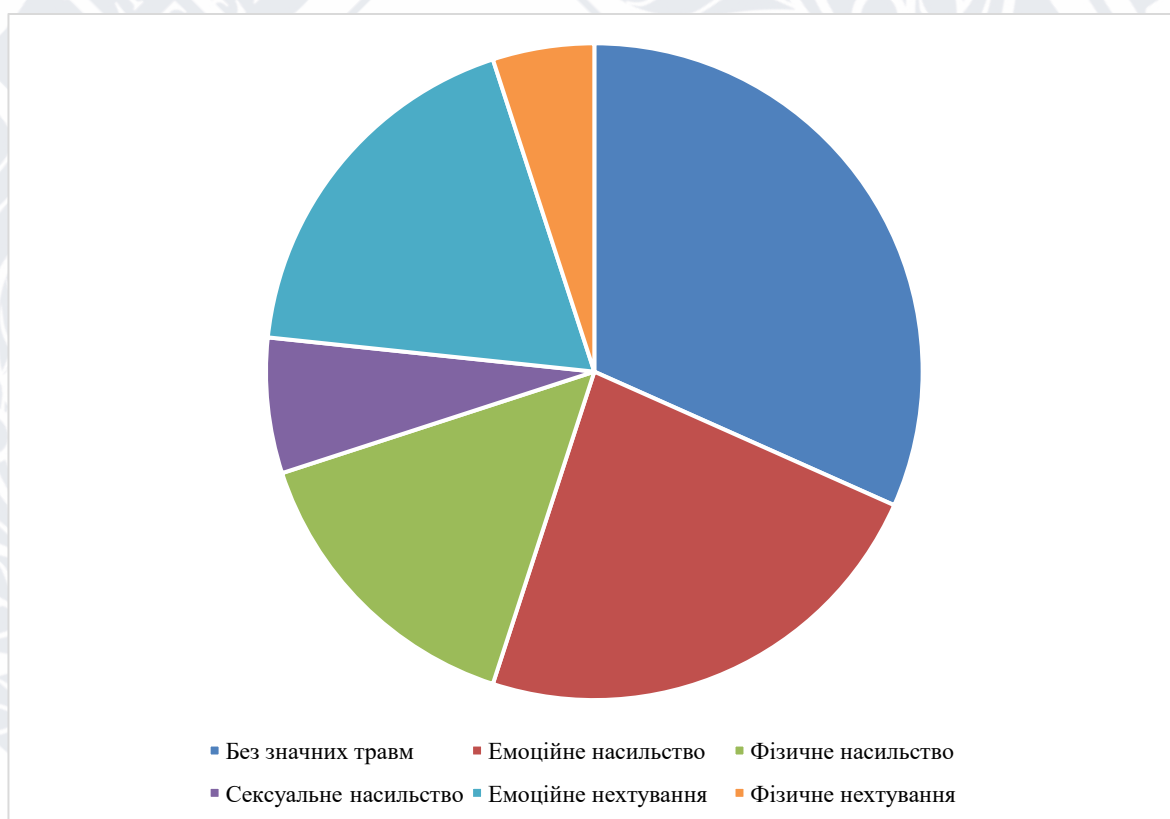


Рис. 2.4. Розподіл учасників за наявністю та типом дитячих травм

Аналіз даних щодо травматичного досвіду виявив, що майже 70% учасників дослідження мали ту чи іншу форму дитячої травматизації. Найбільш поширеними виявилися емоційне насильство та емоційне нехтування, що відповідає загальносвітовим тенденціям. Сексуальне насильство та фізичне нехтування були найменш представленими формами травматизації, що може бути пов'язано як з їх меншою поширеністю, так і з більшими труднощами у

розкритті такого досвіду. Варто зазначити, що багато учасників дослідження повідомляли про множинні форми травматизації, що ускладнює аналіз специфічного впливу окремих видів травм на формування поведінкових стратегій.

Цей факт враховувався при подальшому статистичному аналізі та інтерпретації результатів. Загалом, сформована вибірка характеризується достатньою репрезентативністю та різноманітністю за ключовими соціально-демографічними показниками, що дозволяє здійснити комплексний аналіз впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Водночас, певні обмеження вибірки, такі як нерівномірний гендерний розподіл та переважання осіб з вищою освітою, враховувалися при інтерпретації результатів та формулюванні висновків дослідження. Представлений опис вибірки створює надійну основу для подальшого аналізу отриманих емпіричних даних та дозволяє краще зрозуміти контекст, в якому формувалися досліджувані закономірності впливу дитячих травм на поведінкові стратегії дорослих. Різноманітність учасників за віком, освітою, професійною діяльністю та сімейним станом забезпечує можливість виявлення як загальних тенденцій, так і специфічних особливостей прояву наслідків травматичного досвіду в різних життєвих ситуаціях та соціальних контекстах.

Аналіз даних, отриманих за допомогою опитувальника дитячих травм (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ), дозволив виявити поширеність та характер травматичного досвіду серед учасників дослідження. Результати показали, що значна частина респондентів мала той чи інший досвід травматизації в дитинстві, що підкреслює актуальність проблеми та необхідність її глибокого вивчення. Загальна поширеність дитячих травм у досліджуваній групі виявилася досить високою - 68.3% учасників повідомили про наявність хоча б однієї форми травматичного досвіду. Такий високий показник може бути пов'язаний з кількома факторами. По-перше, широке визначення травми, яке використовується в CTQ, включає не лише грубі форми насильства, але й більш тонкі прояви емоційного нехтування та психологічного

тиску. По-друге, методологія дослідження, яка забезпечувала анонімність та конфіденційність відповідей, могла сприяти більшій відвертості учасників. По-третє, зростаюча обізнаність суспільства щодо проблеми дитячих травм могла підвищити здатність респондентів розпізнавати та визнавати травматичний досвід у своєму минулому. Розподіл різних типів дитячих травм у досліджуваній групі представлено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Поширеність різних типів дитячих травм у досліджуваній групі

Тип травми	Кількість осіб	Відсоток від загальної вибірки
Емоційне насильство	48	40.0%
Фізичне насильство	32	26.7%
Сексуальне насильство	14	11.7%
Емоційне нехтування	56	46.7%
Фізичне нехтування	22	18.3%

Аналіз даних виявив, що найбільш поширеною формою дитячої травматизації в досліджуваній групі було емоційне нехтування, про яке повідомили 46.7% учасників. Емоційне нехтування включає такі аспекти, як відсутність емоційної підтримки, ігнорування емоційних потреб дитини, недостатня увага до її переживань та досягнень. Висока поширеність цього типу травми може бути пов'язана з культурними особливостями виховання, де емоційна стриманість та акцент на дисципліні можуть призводити до недостатнього задоволення емоційних потреб дитини. Другою за поширеністю формою травматизації виявилось емоційне насильство, яке зафіксовано у 40.0% учасників. Емоційне насильство включає вербальні образи, приниження, погрози, маніпуляції та інші форми психологічного тиску на дитину. Високий рівень емоційного насильства може бути пов'язаний з недостатньою обізнаністю батьків щодо негативних наслідків таких виховних практик та загальним рівнем стресу в сім'ях.

Фізичне насильство, яке включає використання фізичної сили проти дитини, що призводить до болю, травм або ризику для здоров'я, було зафіксовано у 26.7% учасників. Хоча цей показник є нижчим порівняно з

емоційними формами травматизації, він залишається тривожно високим і вказує на необхідність посилення заходів з профілактики фізичного насильства над дітьми. Фізичне нехтування, яке передбачає незадоволення базових фізичних потреб дитини (їжа, одяг, житло, медична допомога), було виявлено у 18.3% учасників. Цей показник може відображати як соціально-економічні труднощі сімей, так і свідоме нехтування батьківськими обов'язками.

Найменш поширеною, але не менш серйозною формою травматизації виявилося сексуальне насильство, про яке повідомили 11.7% учасників, показник може бути заниженим через особливу чутливість теми та труднощі у розкритті такого досвіду. Тим не менш, навіть така кількість випадків сексуального насильства є неприпустимо високою і вимагає особливої уваги з боку суспільства та професійної спільноти.

Варто зазначити, що багато учасників дослідження повідомляли про множинні форми травматизації. Розподіл учасників за кількістю пережитих типів травм представлено на Рис. 2.5.

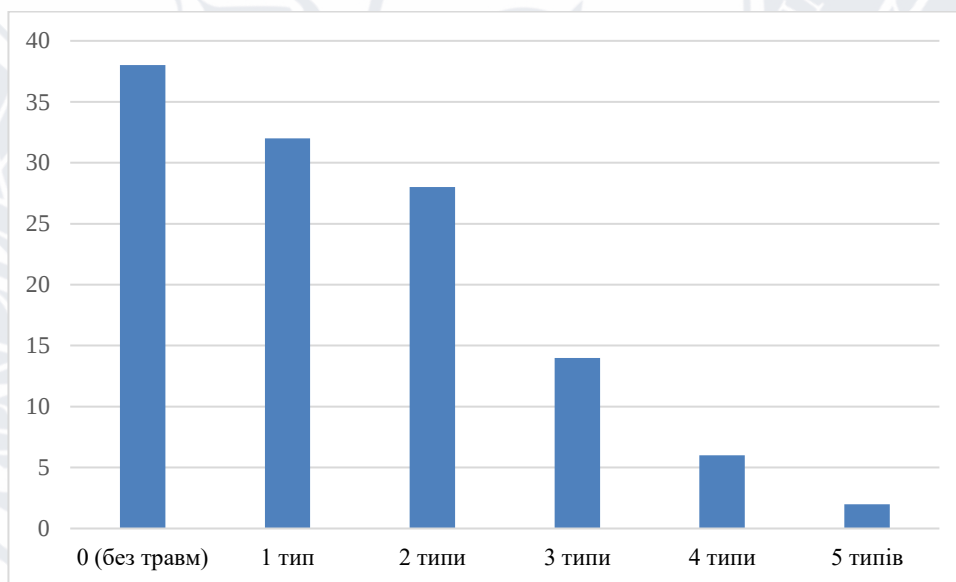


Рис. 2.5 Розподіл учасників за кількістю пережитих типів травм

Дані показують, що серед учасників, які мали травматичний досвід, більше половини пережили множинні форми травматизації. Особливу увагу привертає група респондентів (18.4% від загальної вибірки), які пережили три і більше

типів травм. Такий кумулятивний травматичний досвід може мати особливо серйозні наслідки для психологічного розвитку та адаптації особистості. Аналіз гендерних відмінностей у поширеності різних типів травм виявив певні закономірності, які представлені у таблиці 2.2

Таблиця 2.2

Гендерні відмінності у поширеності різних типів дитячих травм

Тип травми	Чоловіки (%)	Жінки (%)
Емоційне насильство	36.0%	42.9%
Фізичне насильство	32.0%	22.9%
Сексуальне насильство	2.3%	15.7%
Емоційне нехтування	44.0%	48.6%
Фізичне нехтування	20.0%	17.1%

Дані свідчать про певні гендерні відмінності у досвіді травматизації. Жінки частіше повідомляли про емоційне насильство, емоційне нехтування та сексуальне насильство, тоді як чоловіки дещо частіше зазнавали фізичного насильства та фізичного нехтування. Особливо помітна різниця у поширеності сексуального насильства, яке жінки повідомляли майже втричі частіше за чоловіків, відмінності можуть бути пов'язані як з реальними гендерними особливостями у досвіді травматизації, так і з різницею у готовності розкривати певні види травматичного досвіду.

Аналіз вікових особливостей травматичного досвіду виявив, що більшість учасників, які повідомили про наявність дитячих травм, пережили їх у віці від 6 до 12 років. Цей період відповідає молодшому шкільному віку та початку підліткового періоду, коли дитина вже здатна усвідомлювати та запам'ятовувати травматичні події, але ще не має достатніх ресурсів для їх ефективного подолання. Водночас, значна частина респондентів повідомила про травматичний досвід у ранньому дитинстві (до 6 років), що може мати особливо серйозні наслідки для формування базового почуття безпеки та прив'язаності. Важливо зазначити, що виявлені показники поширеності дитячих травм у досліджуваній групі можуть бути дещо вищими за середньопопуляційні, оскільки вибірка формувалася з урахуванням

необхідності включення достатньої кількості осіб з травматичним досвідом для проведення статистичного аналізу. Тим не менш, отримані дані відображають загальні тенденції поширеності різних форм дитячої травматизації та підкреслюють масштабність проблеми.

Виявлені закономірності поширеності та характеру дитячих травм у досліджуваній групі створюють основу для подальшого аналізу їх впливу на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Високий рівень поширеності травматичного досвіду, особливо емоційних форм травматизації та множинних травм, вказує на необхідність розробки комплексних програм профілактики та ранньої інтервенції, спрямованих на зниження рівня насильства та нехтування в сім'ях. Крім того, отримані дані підкреслюють важливість врахування травматичного досвіду при роботі з дорослими клієнтами в психотерапевтичній практиці, оскільки наслідки дитячих травм можуть проявлятися у різноманітних психологічних проблемах та дезадаптивних поведінкових стратегіях протягом усього життя. Для визначення характеру та сили зв'язків між різними видами дитячих травм та поведінковими стратегіями дорослих було проведено кореляційний аналіз. Використання кореляційного методу дозволило виявити статистично значущі взаємозв'язки між досліджуваними змінними та оцінити їх напрямок і силу.

Результати аналізу надають глибоке розуміння того, як різні типи травматичного досвіду в дитинстві можуть бути пов'язані з формуванням специфічних патернів поведінки в дорослому віці. Кореляційна матриця, що відображає зв'язки між видами дитячих травм (за даними CTQ) та основними поведінковими стратегіями (за даними WCQ, AAQ та YSQ), представлена в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Кореляційна матриця зв'язків між видами дитячих травм та поведінковими стратегіями дорослих

Вид травми / Стратегія	Уникнення	Конфронтація	Пошук підтримки	Самоконтроль	Тривожність прив'язаності	Уникнення близькості
Емоційне насильство	0.42**	0.31**	-0.28**	0.39**	0.45**	0.38**
Фізичне насильство	0.35**	0.40**	-0.22*	0.33**	0.36**	0.29**
Сексуальне насильство	0.48**	0.25*	-0.35**	0.41**	0.52**	0.56**
Емоційне нехтування	0.39**	0.18*	-0.43**	0.36**	0.49**	0.47**
Фізичне нехтування	0.30**	0.22*	-0.33**	0.28**	0.34**	0.32**

*Примітка: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$*

Аналіз кореляційної матриці виявив ряд статистично значущих зв'язків між дитячими травмами та поведінковими стратегіями дорослих. Найбільш сильні та послідовні кореляції спостерігаються між усіма видами дитячих травм та стратегією уникнення. Особливо високий коефіцієнт кореляції ($r = 0.48$, $p < 0.01$) виявлено між досвідом сексуального насильства та схильністю до уникнення у дорослому віці. Такий зв'язок може відображати формування захисного механізму, коли людина, що пережила сексуальне насильство в дитинстві, намагається уникати ситуацій, які можуть викликати болісні спогади або почуття вразливості. Емоційне насильство та емоційне нехтування виявили сильні позитивні кореляції з тривожністю прив'язаності ($r = 0.45$ та $r = 0.49$ відповідно, $p < 0.01$), дані підтверджують теоретичні припущення про те, що порушення емоційного зв'язку з батьками в дитинстві може призводити до формування ненадійного, тривожного типу прив'язаності у дорослому віці.

Люди з таким типом прив'язаності часто відчують страх відкидання та надмірну потребу в підтвердженні любові з боку партнерів.

Цікавим є виявлений негативний зв'язок між усіма видами дитячих травм та стратегією пошуку соціальної підтримки. Найсильніша негативна кореляція спостерігається між емоційним нехтуванням та пошуком підтримки ($r = -0.43$, $p < 0.01$). Такий результат може свідчити про те, що діти, які зростали в умовах емоційної депривації, можуть розвивати переконання про ненадійність інших людей та неможливість отримати підтримку, що призводить до зниження здатності шукати допомогу в складних ситуаціях у дорослому віці. Фізичне насильство показало найсильнішу кореляцію зі стратегією конфронтації ($r = 0.40$, $p < 0.01$). Такий патерн може бути результатом наuczіння через спостереження за агресивною поведінкою батьків або розвитком переконання, що агресія є ефективним способом досягнення своїх цілей.

Усі види дитячих травм показали помірні до сильних позитивні кореляції зі стратегією самоконтролю. Найвищий коефіцієнт кореляції спостерігається між сексуальним насильством та самоконтролем ($r = 0.41$, $p < 0.01$). Такий зв'язок може відображати розвиток надмірного контролю над своїми емоціями та поведінкою як способу захисту від повторної травматизації або як спробу впоратися з інтенсивними негативними переживаннями, пов'язаними з травматичним досвідом. Окремої уваги заслуговує сильна позитивна кореляція між сексуальним насильством та уникненням близькості ($r = 0.56$, $p < 0.01$). Цей зв'язок може вказувати на серйозні труднощі у формуванні інтимних стосунків у дорослому віці у осіб, які пережили сексуальне насильство в дитинстві. Страх близькості може бути пов'язаний з порушенням базової довіри, негативним образом тіла та складнощами у сексуальній сфері. Для більш детального аналізу зв'язків між множинними травмами та поведінковими стратегіями було проведено додатковий кореляційний аналіз, результати якого представлені в таблиці 2.4

Таблиця 2.4

Кореляції між кількістю пережитих типів травм та поведінковими стратегіями

Кількість типів травм	Уникнення	Конфронтація	Пошук підтримки	Самоконтроль	Тривожність прив'язаності	Уникнення близькості
1 тип	0.25**	0.18*	-0.20*	0.22*	0.28**	0.24**
2 типи	0.38**	0.29**	-0.32**	0.35**	0.41**	0.37**
3 і більше типів	0.52**	0.37**	-0.45**	0.48**	0.57**	0.53**

Примітка: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Дані таблиці 2.4 демонструють, що зі збільшенням кількості пережитих типів травм сила кореляцій з дезадаптивними поведінковими стратегіями зростає. Особливо помітне посилення зв'язків спостерігається для групи осіб, які пережили три і більше типів травм.

Для візуалізації найбільш значущих кореляцій між видами дитячих травм та поведінковими стратегіями дорослих було створено діаграму, яка представлена на рисунку 2.6

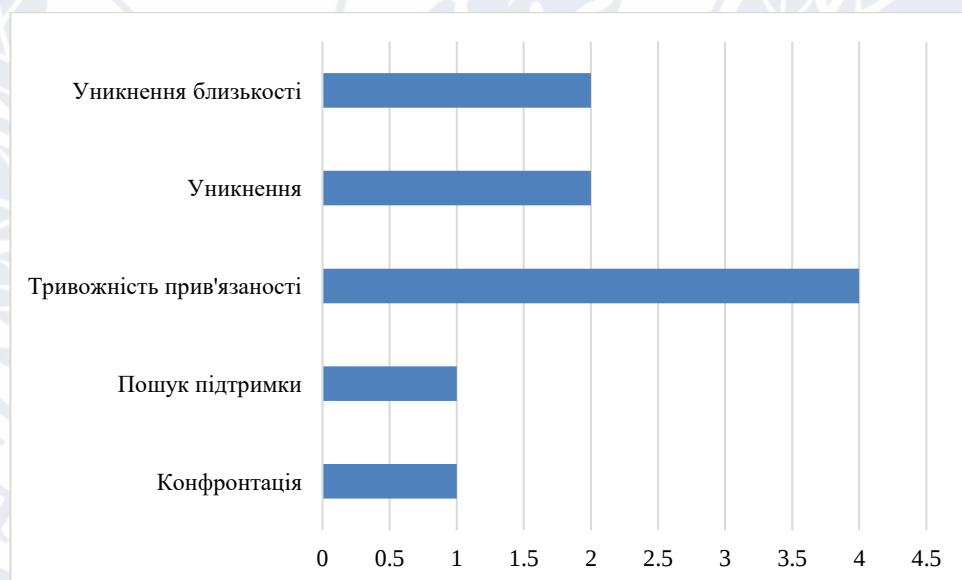


Рис. 2.6 Найсильніші кореляції між видами дитячих травм та поведінковими стратегіями дорослих

Виявлені кореляційні зв'язки між дитячими травмами та поведінковими стратегіями дорослих мають важливе значення для розуміння довгострокових наслідків травматичного досвіду. Вони підкреслюють необхідність раннього виявлення та профілактики дитячих травм, а також розробки специфічних терапевтичних підходів для роботи з дорослими, які мають історію травматизації в дитинстві. Зокрема, особлива увага має приділятися розвитку навичок здорового емоційного регулювання, формуванню надійної прив'язаності та покращенню здатності встановлювати близькі стосунки. Водночас, варто зазначити, що кореляційний аналіз не дозволяє робити висновки про причинно-наслідкові зв'язки.

Виявлені кореляції можуть бути опосередковані іншими факторами, такими як генетична схильність, особливості темпераменту або соціально-економічні умови. Тому для більш глибокого розуміння механізмів впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій необхідні подальші дослідження з використанням більш складних статистичних методів, таких як структурне моделювання та лонгітюдні дослідження. Загалом, результати кореляційного аналізу підтверджують гіпотезу про значущий зв'язок між досвідом дитячих травм та формуванням специфічних, часто дезадаптивних поведінкових стратегій у дорослому віці. Вони також вказують на необхідність диференційованого підходу до розуміння наслідків різних видів травм та розробки відповідних терапевтичних інтервенцій.

Порівняльний аналіз поведінкових стратегій у осіб з різним досвідом дитячих травм є ключовим етапом дослідження, який дозволяє виявити специфічні патерни поведінки, характерні для людей, що пережили різні види травматичного досвіду в дитинстві. Для проведення такого аналізу учасники дослідження були розділені на групи відповідно до типу пережитої травми, а також була виділена контрольна група осіб без значного травматичного досвіду. Порівняння здійснювалося за ключовими показниками поведінкових стратегій, отриманими за допомогою опитувальників "Способи долаючої поведінки" (WCQ), опитувальника прив'язаності дорослих (AAQ) та

опитувальника схема-режимів Янга (YSQ). Результати порівняльного аналізу середніх значень основних поведінкових стратегій для різних груп представлені в таблиці 2.5

Таблиця 2.5

Середні значення показників поведінкових стратегій у групах з різним досвідом дитячих травм

Група / Стратегія	Уникнення	Конфронтація	Пошук підтримки	Самоконтроль	Тривожність прив'язаності	Уникнення близькості
Без травм	2.1 (0.6)	1.8 (0.5)	3.2 (0.7)	2.5 (0.6)	2.3 (0.8)	2.0 (0.7)
Емоційне насильство	3.4 (0.7)*	2.7 (0.6)*	2.1 (0.8)*	3.3 (0.5)*	3.8 (0.9)*	3.2 (0.8)*
Фізичне насильство	3.2 (0.8)*	3.1 (0.7)*	2.3 (0.7)*	3.1 (0.6)*	3.5 (1.0)*	2.9 (0.9)*
Сексуальне насильство	3.9 (0.6)*	2.5 (0.8)*	1.8 (0.9)*	3.6 (0.4)*	4.2 (0.7)*	3.8 (0.6)*
Емоційне нехтування	3.3 (0.7)*	2.4 (0.7)*	2.0 (0.8)*	3.2 (0.5)*	3.9 (0.8)*	3.4 (0.7)*
Фізичне нехтування	3.0 (0.8)*	2.6 (0.8)*	2.2 (0.9)*	2.9 (0.7)*	3.3 (1.1)*	3.0 (0.9)*

*Примітка: Значення представлені як середнє (стандартне відхилення). * - статистично значуща відмінність від групи без травм ($p < 0.05$)*

Аналіз даних, представлених у таблиці, виявляє суттєві відмінності в поведінкових стратегіях між групами з різним досвідом дитячих травм та контрольною групою. Усі групи з травматичним досвідом демонструють статистично значущо вищі показники уникнення, конфронтації, самоконтролю, тривожності прив'язаності та уникнення близькості порівняно з групою без травм. Водночас, показники пошуку соціальної підтримки у всіх травмованих групах значно нижчі.

Особливо виразні відмінності спостерігаються у групі осіб, які пережили сексуальне насильство, група демонструє найвищі показники уникнення (3.9), тривожності прив'язаності (4.2) та уникнення близькості (3.8). Такі результати можуть свідчити про серйозні труднощі у формуванні довірливих стосунків та

тенденцію до соціальної ізоляції у осіб, які пережили сексуальне насильство в дитинстві. Висока тривожність прив'язаності у поєднанні з уникненням близькості може вказувати на формування дезорганізованого типу прив'язаності, який характеризується одночасним страхом відкидання та страхом інтимності. Група з досвідом емоційного насильства демонструє найвищі показники самоконтролю (3.3) серед усіх груп. Це може бути пов'язано з розвитком надмірної пильності та прагненням контролювати свої емоції та поведінку як спосіб уникнути повторення травматичного досвіду приниження чи емоційного відкидання.

Висока тривожність прив'язаності (3.8) у цій групі також може бути наслідком непередбачуваності емоційних реакцій значущих дорослих у дитинстві. Група з досвідом фізичного насильства показує найвищі показники конфронтаційної стратегії (3.1) серед усіх груп. Це може відображати засвоєння агресивних моделей поведінки як способу вирішення конфліктів та захисту своїх інтересів. Водночас, ця група демонструє відносно нижчі показники уникнення близькості порівняно з групами емоційного та сексуального насильства, що може вказувати на менш серйозні порушення у сфері міжособистісних стосунків. Групи з досвідом емоційного та фізичного нехтування демонструють схожі патерни поведінкових стратегій, характеризуючись високими показниками уникнення та низькими показниками пошуку соціальної підтримки. Це може бути пов'язано з формуванням переконання про ненадійність інших людей та неможливість отримати підтримку, що базується на ранньому досвіді депривації базових потреб. Для більш детального аналізу специфіки поведінкових стратегій у осіб з різним досвідом дитячих травм було проведено порівняння профілів ранніх дезадаптивних схем за методикою Янга. Результати представлені в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

**Середні значення показників ранніх дезадаптивних схем у групах з
різним досвідом дитячих травм**

Група / Схема	Покинутість	Недовіра	Емоційна депривація	Дефективність	Соціальна ізоляція	Залежність
Без травм	2.0 (0.7)	1.9 (0.6)	1.8 (0.5)	1.7 (0.6)	2.1 (0.7)	1.9 (0.5)
Емоційне насильство	3.8 (0.8)*	3.6 (0.7)*	3.9 (0.6)*	3.5 (0.8)*	3.4 (0.9)*	2.8 (0.7)*
Фізичне насильство	3.5 (0.9)*	3.8 (0.8)*	3.3 (0.7)*	3.2 (0.9)*	3.1 (1.0)*	2.6 (0.8)*
Сексуальне насильство	4.1 (0.7)*	4.2 (0.6)*	3.7 (0.8)*	3.9 (0.7)*	3.8 (0.8)*	3.0 (0.9)*
Емоційне нехтування	3.7 (0.8)*	3.5 (0.7)*	4.1 (0.5)*	3.4 (0.8)*	3.6 (0.7)*	2.9 (0.8)*
Фізичне нехтування	3.3 (0.9)*	3.4 (0.8)*	3.8 (0.7)*	3.1 (0.9)*	3.3 (0.9)*	2.7 (0.9)*

*Примітка: Значення представлені як середнє (стандартне відхилення). * - статистично значуща відмінність від групи без травм ($p < 0.05$)*

Аналіз профілів ранніх дезадаптивних схем виявляє специфічні патерни для кожної групи з травматичним досвідом. Група з досвідом емоційного насильства демонструє найвищі показники за схемою емоційної депривації (3.9), що може відображати глибоке переконання про неможливість задоволення емоційних потреб у стосунках. Група з досвідом фізичного насильства має найвищі показники за схемою недовіри (3.8), що може бути пов'язано з формуванням очікування загрози та зради від інших людей.

Група з досвідом сексуального насильства демонструє найвищі показники за всіма схемами, особливо виділяються схеми покинутості (4.1), недовіри (4.2) та дефективності (3.9). Такий профіль вказує на глибокі порушення у сфері самосприйняття та міжособистісних стосунків, що узгоджується з найвищими показниками уникнення та тривожності прив'язаності у цій групі.

Групи з досвідом емоційного та фізичного нехтування показують високі значення за схемою емоційної депривації (4.1 та 3.8 відповідно), що відображає ранній досвід незадоволення емоційних потреб. Водночас, ці групи

демонструють відносно нижчі показники за схемою залежності порівняно з іншими травмованими групами, що може вказувати на розвиток надмірної самодостатності як компенсаторного механізму. Виявлені відмінності у поведінкових стратегіях та ранніх дезадаптивних схемах між групами з різним досвідом дитячих травм мають важливе значення для розуміння специфіки психологічних наслідків різних видів травматизації. Вони підкреслюють необхідність диференційованого підходу до психотерапевтичної роботи з особами, які мають історію різних видів дитячих травм. Зокрема, для осіб з досвідом сексуального насильства особливу увагу слід приділяти роботі з подоланням соціальної ізоляції та формуванням здорових патернів прив'язаності.

Для осіб з досвідом емоційного насильства ключовим може бути розвиток навичок емоційної регуляції та формування адекватної самооцінки. Робота з особами, які пережили фізичне насильство, може фокусуватися на розвитку альтернативних, неагресивних способів вирішення конфліктів та побудови довірливих стосунків. Водночас, варто зазначити, що виявлені відмінності є груповими тенденціями, і в кожному індивідуальному випадку патерн поведінкових стратегій може відрізнятися залежно від багатьох факторів, таких як вік, коли відбулася травма, її тривалість та інтенсивність, наявність підтримки з боку інших значущих дорослих, індивідуальні особливості темпераменту та резиліентності. Тому при розробці терапевтичних інтервенцій важливо враховувати як загальні тенденції, так і індивідуальні особливості кожного клієнта. Результати порівняльного аналізу також підкреслюють кумулятивний ефект множинних травм на формування дезадаптивних поведінкових стратегій. Особи, які пережили кілька видів травматичного досвіду, демонструють найбільш виражені відхилення від норми за всіма досліджуваними показниками.

Аналіз даних, отриманих за допомогою Шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised, IES-R), дозволив оцінити актуальний вплив дитячих травм на поточний психологічний стан учасників

дослідження. IES-R вимірює три основні кластери симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР): вторгнення, уникнення та гіперзбудження. Результати аналізу представлені в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

**Середні значення показників IES-R у групах з різним досвідом
дитячих травм**

Група / Шкала IES-R	Вторгнення	Уникнення	Гіперзбудження	Загальний бал
Без травм	0.8 (0.5)	1.0 (0.6)	0.7 (0.4)	15.0 (7.2)
Емоційне насильство	2.5 (0.8)*	2.8 (0.7)*	2.3 (0.6)*	45.6 (10.5)*
Фізичне насильство	2.7 (0.9)*	2.6 (0.8)*	2.6 (0.7)*	47.4 (11.2)*
Сексуальне насильство	3.1 (0.7)*	3.3 (0.6)*	3.0 (0.5)*	56.4 (9.8)*
Емоційне нехтування	2.3 (0.8)*	2.5 (0.7)*	2.1 (0.6)*	41.4 (9.7)*
Фізичне нехтування	2.1 (0.9)*	2.3 (0.8)*	1.9 (0.7)*	37.8(10.3)*

*Примітка: Значення представлені як середнє (стандартне відхилення) статистично значуща відмінність від групи без травм ($p < 0.05$)

Аналіз даних, представлених у таблиці 2.7, виявляє суттєві відмінності в інтенсивності посттравматичної симптоматики між групами з різним досвідом дитячих травм та контрольною групою. Усі групи з травматичним досвідом демонструють статистично значущо вищі показники за всіма шкалами IES-R порівняно з групою без травм.

Група осіб, які пережили сексуальне насильство, демонструє найвищі показники за всіма шкалами IES-R, з особливо високими значеннями за шкалою уникнення (3.3) та загальним балом (56.4). Це може свідчити про глибокий і тривалий вплив сексуального насильства на психологічний стан особистості, що проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, уникнення тригерів, пов'язаних з травмою, та загального підвищення рівня психологічного напруження. Група з досвідом фізичного насильства показує другі за величиною показники, особливо за шкалою гіперзбудження (2.6). Це може вказувати на формування стану хронічної настороженості та готовності до небезпеки, що є типовою реакцією на досвід фізичного насильства. Емоційне насильство та емоційне нехтування також асоціюються з високими показниками посттравматичної симптоматики, особливо за шкалою уникнення

(2.8 та 2.5 відповідно). Воно може відображати тенденцію до емоційного дистанціювання та уникнення ситуацій, які нагадують про травматичний досвід емоційного приниження чи нехтування. Група з досвідом фізичного нехтування демонструє найнижчі показники серед травмованих груп, але все ж значно вищі, ніж у групи без травм. Це може вказувати на те, що хоча фізичне нехтування і має менш виражений вплив на формування посттравматичної симптоматики порівняно з іншими формами травматизації, воно все ж залишає значний слід у психологічному функціонуванні особистості.

Важливо відзначити, що загальний бал IES-R у всіх травмованих групах перевищує клінічно значущий поріг (33 бали), що вказує на високу ймовірність наявності ПТСР. Особливо це стосується груп з досвідом сексуального та фізичного насильства, де середні показники значно перевищують цей поріг. Кореляційний аналіз виявив значущі позитивні зв'язки між показниками IES-R та дезадаптивними поведінковими стратегіями, оціненими за допомогою інших методик дослідження. Зокрема, виявлено сильні кореляції між загальним балом IES-R та показниками уникнення ($r = 0.62, p < 0.01$), тривожності прив'язаності ($r = 0.58, p < 0.01$) та уникнення близькості ($r = 0.55, p < 0.01$) за методиками WCQ та AAQ.

Дані результати підкреслюють важливість врахування актуального впливу дитячих травм на поточний психологічний стан при аналізі поведінкових стратегій дорослих. Вони також вказують на необхідність комплексного підходу до терапії, який би враховував не лише поведінкові прояви, але й симптоми ПТСР, пов'язані з травматичним досвідом дитинства. Виявлені закономірності також підкреслюють кумулятивний ефект множинних травм. Додатковий аналіз показав, що особи, які пережили кілька видів травматичного досвіду, демонструють найвищі показники за всіма шкалами IES-R, що вказує на особливу вразливість цієї групи та необхідність спеціалізованих терапевтичних підходів для роботи з комплексною травмою.

Висновки до розділу 2

1. Проаналізовано організаційно-методологічні засади емпіричного дослідження впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Встановлено, що дослідження ґрунтується на комплексному підході, який враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів у генезі дезадаптивних поведінкових патернів. Висунуто гіпотезу про те, що дитячі травми є значущим фактором ризику формування деструктивних поведінкових стратегій у дорослому віці, яка базується на положеннях теорії прив'язаності та концепції ранніх дезадаптивних схем. Для перевірки гіпотези розроблено дизайн дослідження, який включає використання структурованого інтерв'ю та валідизованих психодіагностичних методик на вибірці зі 120 осіб з різним травматичним досвідом. Організація дослідження передбачає дотримання принципів добровільності, конфіденційності та забезпечення комфортних умов для учасників.

2. Охарактеризовано комплекс психодіагностичних методик, використаних для емпіричного дослідження впливу дитячих травм на поведінкові стратегії в дорослому віці. Обґрунтовано вибір опитувальника «Дитячі травми» (СТQ) для ретроспективної оцінки п'яти типів травматичного досвіду в дитинстві: емоційного, фізичного та сексуального насильства, емоційної та фізичної занедбаності. Показано, що для оцінки актуальних поведінкових стратегій використовуються методики «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса (WCQ), опитувальник прив'язаності дорослих (AAQ) та методика «Шкала ранніх дезадаптивних схем» Дж. Янга (YSQ). Додатково застосовуються опитувальник загального здоров'я (GHQ-28) та шкала задоволеності життям (SWLS) для оцінки загального рівня психологічного благополуччя та адаптації учасників. Підкреслено, що всі використані методики мають високі показники надійності та валідності, що забезпечує достовірність отриманих результатів.

3. Здійснено аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Виявлено, що особи з вираженою дитячою травматизацією демонструють вищі показники ненадійної прив'язаності, дезадаптивних копінг-стратегій, ранніх дезадаптивних схем, а також нижчі показники психологічного благополуччя та адаптації порівняно з особами без травматичного досвіду. Встановлено специфічні зв'язки між окремими типами дитячих травм та поведінковими проявами в дорослому віці. Зокрема, емоційне насильство виявилось пов'язаним з надмірною пильністю та інгібіцією емоцій, фізичне насильство – з агресивністю та порушенням меж, сексуальне насильство – з уникненням близькості та саморуйнівною поведінкою, емоційна занедбаність – із залежністю та пошуком визнання, а фізична занедбаність – з надмірною автономією та труднощами у прийнятті допомоги. Отримані дані підтверджують висунуту гіпотезу та узгоджуються з положеннями теорії прив'язаності та схема-терапії. Осмислено практичне значення отриманих результатів для розробки диференційованих терапевтичних підходів та профілактичних програм, спрямованих на подолання наслідків дитячої травматизації. Показано, що виявлені закономірності впливу окремих типів травм на поведінкові стратегії можуть бути використані для індивідуальної адаптації психотерапевтичних інтервенцій під потреби кожного клієнта. Наголошено на важливості врахування глибинних переконань та схем, сформованих внаслідок травматичного досвіду, у процесі терапевтичної роботи. Підкреслено цінність отриманих даних для розробки універсальних превентивних стратегій, спрямованих на посилення стійкості та адаптивності дітей та дорослих в умовах несприятливого життєвого досвіду. Зазначено необхідність подальших досліджень із залученням додаткових методів для глибшого розуміння неусвідомлюваних аспектів впливу травми на поведінку.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКОВИХ СТРАТЕГІЙ ДОРΟΣЛИХ З ДИТЯЧИМИ ТРАВМАМИ

3.1 Теоретичне обґрунтування програми психологічної корекції

Розробка ефективної програми психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами вимагає глибокого розуміння теоретичних засад та емпіричних даних щодо впливу травматичного досвіду на формування особистості. Програма ґрунтується на інтеграції кількох ключових теоретичних підходів, які дозволяють всебічно охопити проблематику дитячих травм та їх наслідків у дорослому віці.

Теорія прив'язаності, розроблена Джоном Боулбі та розвинена Мері Ейнсворт, є наріжним каменем розуміння впливу ранніх стосунків на формування поведінкових патернів особистості. Згідно з даною теорією, якість емоційного зв'язку між дитиною та основним опікуном формує внутрішні робочі моделі себе та інших, які впливають на побудову стосунків протягом усього життя. Дитячі травми, особливо пов'язані з насильством або нехтуванням з боку батьків, можуть призводити до формування ненадійних типів прив'язаності – уникаючого, амбівалентного або дезорганізованого. У контексті розробки корекційної програми, теорія прив'язаності надає ключове розуміння механізмів формування дезадаптивних поведінкових стратегій та вказує на необхідність створення безпечного терапевтичного середовища як основи для відновлення здатності формувати надійні емоційні зв'язки [23].

Концепція ранніх дезадаптивних схем, розроблена Джеффері Янгом, доповнює теорію прив'язаності, пояснюючи когнітивні та емоційні структури, які формуються внаслідок травматичного досвіду. Схеми являють собою всеосяжні моделі мислення, емоцій та поведінки, які формуються в дитинстві та підтримуються протягом життя. Дитячі травми, такі як емоційне нехтування, фізичне або сексуальне насильство, можуть призводити до формування таких

схем як "покинутість", "недовіра/скривдження", "емоційна депривація", "дефективність" тощо. Розуміння специфічних схем, характерних для різних типів дитячих травм, дозволяє розробити цілеспрямовані інтервенції, спрямовані на їх модифікацію та формування більш адаптивних когнітивних та поведінкових патернів.

Теорія посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексної травми надає розуміння нейробіологічних та психологічних механізмів впливу травматичного досвіду на функціонування особистості. Згідно з даною теорією, травматичні події можуть призводити до стійких змін у роботі нервової системи, зокрема, до гіперактивації мигдалеподібного тіла та зниження активності префронтальної кори. Результатом можуть бути такі симптоми як гіперзбудливість, емоційна нестабільність, труднощі з регуляцією афекту, що безпосередньо впливає на поведінкові стратегії особистості. Врахування цих аспектів у програмі психологічної корекції передбачає включення технік, спрямованих на нормалізацію роботи нервової системи, таких як методи релаксації, майндфулнес, техніки заземлення.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) надає потужний інструментарій для роботи з дезадаптивними когніціями та поведінковими патернами, сформованими внаслідок дитячих травм. Основний принцип КПТ – взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою – дозволяє розробити структуровані інтервенції, спрямовані на виявлення та модифікацію негативних автоматичних думок, ірраціональних переконань та неадаптивних поведінкових стратегій. У контексті роботи з наслідками дитячих травм, КПТ може бути особливо ефективною для подолання уникаючої поведінки, зниження рівня тривоги та депресії, покращення навичок емоційної регуляції. Діалектично-поведінкова терапія (ДПТ), розроблена Маршею Лінехан, надає додаткові інструменти для роботи з емоційною дисрегуляцією, яка часто є наслідком дитячих травм. ДПТ поєднує техніки когнітивно-поведінкової терапії з практиками усвідомленості та акцентом на діалектичному балансі між прийняттям та змінами. Включення елементів ДПТ у програму психологічної

корекції дозволяє розвивати навички толерантності до дистресу, міжособистісної ефективності та емоційної регуляції, які є критично важливими для подолання наслідків травматичного досвіду.

Психодинамічний підхід, зокрема теорія об'єктних відносин, надає глибоке розуміння інтрапсихічних конфліктів та захисних механізмів, які формуються внаслідок дитячих травм. Розуміння несвідомих процесів, переносу та контрпереносу є важливим для роботи з глибинними аспектами травматичного досвіду, які можуть проявлятися у терапевтичних стосунках. Інтеграція елементів психодинамічного підходу в програму корекції дозволяє працювати з внутрішніми репрезентаціями себе та інших, які лежать в основі дезадаптивних поведінкових стратегій. Теорія резилієнтності надає важливу перспективу для розуміння факторів, які сприяють подоланню наслідків травматичного досвіду. Дослідження в галузі резилієнтності вказують на ключову роль таких факторів як соціальна підтримка, позитивний самообраз, навички вирішення проблем у адаптації до несприятливих життєвих обставин. Врахування цих факторів у програмі психологічної корекції передбачає включення інтервенцій, спрямованих на розвиток особистісних ресурсів та соціальних зв'язків [31].

Системний підхід у сімейній терапії надає розуміння ролі сімейної динаміки у підтримці дезадаптивних поведінкових патернів, сформованих внаслідок дитячих травм. Врахування системної перспективи в програмі корекції дозволяє працювати не лише з індивідуальними симптомами, але й з контекстом, в якому відбувалась травматизація та в якому підтримуються неадаптивні стратегії. Дослідження трансгенераційної передачі травми вказують на важливість роботи з сімейною історією та патернами взаємодії для досягнення стійких змін.

Нейробіологічні дослідження травми надають важливе розуміння фізіологічних механізмів впливу травматичного досвіду на розвиток мозку та нервової системи. Врахування цих даних у програмі корекції передбачає включення технік, спрямованих на нейропластичність та відновлення здорового

функціонування нервової системи, таких як нейрофідбек, біологічний зворотний зв'язок, специфічні фізичні вправи.

Культурно-специфічні підходи до розуміння та лікування травми надають важливу перспективу для розробки програми, яка враховує соціокультурний контекст травматичного досвіду та його наслідків. Врахування культурних особливостей у розумінні травми, стигми, пов'язаної з психологічною допомогою, та специфічних ресурсів спільноти є критично важливим для створення ефективної та культурно-чутливої програми корекції.

Інтеграція цих теоретичних підходів дозволяє створити комплексну програму психологічної корекції, яка враховує багатовимірність впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Програма передбачає поетапну роботу, яка включає стабілізацію та забезпечення безпеки, обробку травматичних спогадів, модифікацію дезадаптивних схем та поведінкових патернів, розвиток навичок емоційної регуляції та міжособистісної ефективності, інтеграцію травматичного досвіду в цілісну життєву історію та формування нової, більш адаптивної ідентичності. Емпіричні дані, отримані в ході дослідження, описаного в попередніх розділах, надають важливе обґрунтування для специфічних компонентів програми. Зокрема, виявлені зв'язки між окремими типами дитячих травм та специфічними поведінковими стратегіями дозволяють розробити цільові інтервенції для роботи з конкретними паттернами.

Наприклад, для осіб з досвідом емоційного насильства, які демонструють високі показники самоконтролю та тривожності прив'язаності, програма може включати фокус на розвитку навичок емоційної експресії та формуванні безпечних стосунків. Для осіб з досвідом фізичного насильства, які показують високі показники конфронтаційної стратегії, акцент може бути зроблений на розвитку навичок асертивності та альтернативних способів вирішення конфліктів. Врахування кумулятивного ефекту множинних травм, виявленого в дослідженні, передбачає включення в програму додаткових компонентів для роботи з комплексною травматизацією. Актуальний вплив дитячих травм на

поточний психологічний стан, оцінений за допомогою Шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R), вказує на необхідність включення в програму специфічних технік для роботи з симптомами посттравматичного стресу, такими як інтрузивні спогади, уникнення та гіперзбудження.

Таким чином, теоретичне обґрунтування програми психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами базується на інтеграції сучасних наукових знань про вплив травматичного досвіду на розвиток особистості та емпіричних даних, отриманих в ході дослідження. Дана програма являє собою комплексний, індивідуалізований підхід до подолання наслідків дитячих травм та формування більш адаптивних поведінкових стратегій у дорослому віці.

3.2 Структура та зміст програми психологічної корекції

Програма психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами розроблена як комплексна, багаторівнева система інтервенцій, спрямована на подолання довгострокових наслідків травматичного досвіду та формування більш адаптивних патернів поведінки.

Структура програми відображає поетапний підхід до роботи з травмою, враховуючи необхідність створення безпечного терапевтичного середовища, стабілізації емоційного стану клієнтів, обробки травматичних спогадів та інтеграції отриманого досвіду в цілісну життєву історію. Основною метою програми є сприяння психологічному відновленню та особистісному зростанню дорослих, які пережили травматичний досвід у дитинстві, шляхом модифікації дезадаптивних поведінкових стратегій та формування нових, більш ефективних способів взаємодії з собою та навколишнім світом.

Досягнення цієї мети передбачає вирішення ряду конкретних завдань, які відповідають різним аспектам психологічного функціонування особистості та етапам терапевтичного процесу. Першим ключовим завданням програми є створення атмосфери безпеки та довіри в терапевтичних відносинах. Для

багатьох клієнтів з історією дитячих травм встановлення довірливих стосунків може бути складним завданням через сформовані негативні очікування та страх повторної травматизації. Тому особлива увага приділяється формуванню стабільного, передбачуваного терапевтичного альянсу, який слугуватиме безпечною базою для подальшої роботи. Методи досягнення цього завдання включають використання технік активного слухання, емпатійного відгуку, валідації емоційного досвіду клієнта, а також чітке структурування терапевтичного процесу з узгодженням цілей та методів роботи.

Наступним завданням є стабілізація емоційного стану клієнтів та розвиток навичок емоційної регуляції. Багато дорослих з досвідом дитячих травм страждають від емоційної нестабільності, труднощів з контролем імпульсів, хронічного відчуття тривоги або депресії. Робота над емоційною регуляцією включає навчання технікам управління стресом, таким як діафрагмальне дихання, прогресивна м'язова релаксація, майндфулнес-медитація. Також використовуються когнітивно-поведінкові техніки для ідентифікації та модифікації дисфункціональних думок, які підтримують негативні емоційні стани.

Особлива увага приділяється розвитку навичок толерантності до дистресу, що дозволяє клієнтам краще справлятися з інтенсивними емоціями без звернення до деструктивних форм поведінки.

Третім ключовим завданням програми є обробка травматичних спогадів та інтеграція травматичного досвіду в цілісну життєву історію. Для досягнення цього завдання використовуються методи експозиційної терапії, когнітивної реструктуризації та наративної терапії. Поступова експозиція до травматичних спогадів в безпечному терапевтичному середовищі дозволяє знизити їх емоційну інтенсивність та інтегрувати їх у автобіографічну пам'ять.

Когнітивна реструктуризація спрямована на переосмислення значення травматичних подій, зміну негативних переконань про себе та світ, які сформувалися внаслідок травми. Наративні техніки допомагають клієнтам створити більш цілісну та збалансовану розповідь про своє життя, де

травматичний досвід стає частиною, але не визначальним фактором їхньої історії.

Четвертим завданням програми є модифікація дезадаптивних поведінкових стратегій та формування нових, більш ефективних способів взаємодії з навколишнім світом. Для вирішення цього завдання використовуються методи поведінкової активації, тренінг соціальних навичок, техніки асертивності. Поведінкова активація спрямована на подолання унікаючої поведінки та розширення репертуару позитивних активностей. Тренінг соціальних навичок допомагає клієнтам розвивати здатність до ефективної комунікації, встановлення та підтримання здорових міжособистісних стосунків. Техніки асертивності дозволяють навчитися відстоювати свої права та потреби, не вдаючись до агресії або пасивності.

П'ятим завданням є робота з ранніми дезадаптивними схемами та глибокими переконаннями, сформованими внаслідок дитячих травм. Для цього використовуються методи схема-терапії, які включають когнітивні, емоційні, поведінкові та міжособистісні інтервенції. Особлива увага приділяється виявленню та модифікації схем, пов'язаних з недовірою, покинутістю, дефективністю, які часто лежать в основі проблемних поведінкових патернів. Використовуються техніки уявного ресурсування, рескрайбінгу травматичних спогадів, діалогу між здоровою та дисфункціональною частинами особистості.

Шостим завданням програми є розвиток резилієнтності та особистісних ресурсів клієнтів. Це передбачає роботу над формуванням позитивного самообразу, розвитком навичок самоспівчуття, пошуком джерел сенсу та цілей у житті. Використовуються техніки позитивної психології, такі як практика вдячності, визначення особистих сильних сторін, візуалізація бажаного майбутнього. Також приділяється увага розвитку соціальної підтримки, яка є ключовим фактором резилієнтності.

Методи та техніки корекційної роботи, що використовуються в програмі, відображають інтегративний підхід, який поєднує елементи різних

терапевтичних напрямків. Когнітивно-поведінкові техніки, такі як когнітивна реструктуризація, поведінковий експеримент, експозиційна терапія, складають основу програми. Вони доповнюються методами емоційно-фокусованої терапії, які дозволяють працювати з глибинними емоційними процесами та трансформувати емоційні схеми. Техніки майндфулнес та тілесно-орієнтованої терапії використовуються для розвитку усвідомленості тілесних відчуттів, що є особливо важливим для клієнтів з травматичним досвідом, які часто відчужені від свого тіла.

Психодрама та арт-терапевтичні техніки застосовуються для невербальної обробки травматичного досвіду та вираження емоцій, які важко вербалізувати. Вони особливо ефективні для роботи з ранніми, довербальними травмами. Групова терапія використовується як додатковий формат роботи, який дозволяє клієнтам отримати досвід безпечних міжособистісних стосунків, практикувати нові поведінкові стратегії та отримувати підтримку від людей з подібним досвідом.

Програма складається з трьох основних етапів, кожен з яких має свої специфічні цілі та методи роботи. Перший етап фокусується на стабілізації та забезпеченні безпеки. На цьому етапі основна увага приділяється розвитку навичок емоційної регуляції, управління стресом, формуванню довірливих терапевтичних відносин. Другий етап присвячений обробці травматичних спогадів та роботі з глибинними переконаннями і схемами. Третій етап спрямований на інтеграцію отриманого досвіду, розвиток нових поведінкових стратегій та підготовку до завершення терапії. Тривалість програми варіюється залежно від індивідуальних потреб клієнтів, але в середньому становить від 6 до 12 місяців з щотижневими сесіями. Програма передбачає гнучкий підхід до вибору методів та технік роботи, враховуючи індивідуальні особливості клієнтів, специфіку їх травматичного досвіду та актуальні потреби. Регулярна оцінка прогресу та корекція плану терапії є невід'ємною частиною програми.

Особлива увага в програмі приділяється роботі з перенесенням та контрперенесенням, які часто виникають у терапії клієнтів з історією дитячих

травм. Терапевт використовує свої емоційні реакції як важливе джерело інформації про внутрішній світ клієнта та його патерни взаємодії. Регулярна супервізія є обов'язковою складовою програми, що забезпечує підтримку терапевта та якість роботи.

Програма також включає елементи психоедукації, які допомагають клієнтам краще зрозуміти природу травми, її вплив на психологічне функціонування та процес відновлення. Додатково, програма передбачає роботу з системним контекстом клієнта, включаючи, за необхідності, сесії з членами сім'ї або значущими іншими.

Реалізація програми психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами відбувається поетапно, що дозволяє забезпечити послідовний та безпечний процес психологічного відновлення. Кожен етап має свої специфічні цілі, завдання та методи роботи, які відповідають актуальному стану клієнта та його готовності до терапевтичних інтервенцій різного рівня інтенсивності.

Початковий етап програми фокусується на встановленні терапевтичного альянсу та забезпеченні базової емоційної стабільності клієнта. На початку роботи проводиться детальна психологічна оцінка, яка включає збір анамнезу, оцінку актуального психологічного стану, виявлення специфічних травматичних переживань та їх впливу на поточне функціонування особистості. Використовуються структуровані інтерв'ю, психодіагностичні методики, такі як опитувальник дитячих травм (CTQ), шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R), опитувальник ранніх дезадаптивних схем Янга (YSQ). На основі отриманих даних розробляється індивідуальний план терапії, який узгоджується з клієнтом.

Особлива увага на початковому етапі приділяється формуванню довірливих терапевтичних відносин. Для багатьох клієнтів з історією дитячих травм встановлення довіри може бути складним завданням через негативний досвід міжособистісних стосунків у минулому. Терапевт використовує техніки активного слухання, емпатійного відгуку, валідації емоційного досвіду клієнта

для створення атмосфери безпеки та прийняття. Важливим аспектом є чітке структурування терапевтичного процесу, пояснення клієнту принципів роботи, обговорення очікувань та встановлення терапевтичного контракту. Паралельно з формуванням терапевтичного альянсу відбувається робота над стабілізацією емоційного стану клієнта. Навчання технікам емоційної регуляції є ключовим компонентом цього етапу. Клієнти освоюють методи управління стресом, такі як діафрагмальне дихання, прогресивна м'язова релаксація, майндфулнес-медитація. Також вводяться базові когнітивно-поведінкові техніки для ідентифікації та модифікації дисфункціональних думок, які підтримують негативні емоційні стани.

Наступний етап програми присвячений обробці травматичних спогадів та роботі з глибинними переконаннями і схемами, сформованими внаслідок травматичного досвіду. Цей етап розпочинається лише після досягнення достатньої емоційної стабільності та формування міцного терапевтичного альянсу. Основними методами роботи на цьому етапі є експозиційна терапія, когнітивна реструктуризація та техніки схема-терапії. Експозиційна терапія проводиться з використанням техніки продовженого впливу, яка передбачає поступове, контрольоване "зіткнення" з травматичними спогадами в безпечному терапевтичному середовищі. Клієнт навчається розповідати про травматичні події, поступово включаючи все більше сенсорних та емоційних деталей. Мета цієї роботи - зниження емоційної інтенсивності травматичних спогадів та їх інтеграція в автобіографічну пам'ять.

Паралельно з експозиційною роботою проводиться когнітивна реструктуризація, спрямована на виявлення та модифікацію дисфункціональних переконань, пов'язаних з травмою. Особлива увага приділяється роботі з почуттям провини, сорому, негативними переконаннями про себе та світ, які часто формуються у жертв дитячих травм. Використовуються техніки сократівського діалогу, аналізу доказів, переоцінки значення травматичних подій.

Робота з ранніми дезадаптивними схемами є важливим компонентом цього етапу. Використовуються техніки схема-терапії, такі як діалог між здоровою та дисфункціональною частинами особистості, уявне ресрайбінг травматичних спогадів, експериментальні техніки для задоволення емоційних потреб, які не були задоволені в дитинстві. Третій етап програми фокусується на інтеграції отриманого досвіду, розвитку нових поведінкових стратегій та підготовці до завершення терапії.

На цьому етапі основна увага приділяється практичному застосуванню нових навичок та стратегій у реальному житті клієнта. Використовуються техніки поведінкової активації, які спрямовані на подолання уникаючої поведінки та розширення репертуару позитивних активностей. Проводиться тренінг соціальних навичок, який допомагає клієнтам розвивати здатність до ефективної комунікації, встановлення та підтримання здорових міжособистісних стосунків. Особлива увага на цьому етапі приділяється розвитку навичок асертивності, які дозволяють клієнтам ефективно відстоювати свої права та потреби, не вдаючись до агресії або пасивності. Проводяться рольові ігри, моделювання складних життєвих ситуацій, обговорення реальних випадків застосування нових навичок у повсякденному житті клієнта.

Важливим аспектом заключного етапу є робота над формуванням нової, більш адаптивної ідентичності. Використовуються наративні техніки, які допомагають клієнтам створити більш цілісну та позитивну розповідь про своє життя, де травматичний досвід стає частиною, але не визначальним фактором їхньої історії. Проводиться робота над визначенням особистих цінностей, життєвих цілей, пошуком джерел сенсу та задоволення в житті. Підготовка до завершення терапії є важливим компонентом цього етапу. Обговорюються почуття, пов'язані з закінченням терапевтичних відносин, плануються стратегії підтримки досягнутих змін після завершення програми. Розробляється план профілактики рецидивів, який включає стратегії подолання потенційних труднощів та кризових ситуацій.

Таблиця 3.1 "Етапи реалізації програми психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами" наочно представляє структуру та зміст кожного етапу програми. В таблиці відображено основні цілі, завдання та методи роботи на кожному етапі, що дозволяє отримати цілісне уявлення про процес реалізації програми.

Таблиця 3.1

Етапи реалізації програми психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами

Етап	Цілі	Завдання	Методи роботи
I. Початковий етап	Встановлення терапевтичного альянсу та забезпечення базової емоційної стабільності	- Психологічна оцінка - Формування довірливих терапевтичних відносин - Стабілізація емоційного стану	- Структуроване інтерв'ю - Психодіагностика - Техніки активного слухання - Навчання методам емоційної регуляції
II. Етап обробки травми	Обробка травматичних спогадів та робота з глибинними переконаннями	- Зниження інтенсивності травматичних спогадів - Модифікація дисфункціональних переконань - Робота з ранніми дезадаптивними схемами	- Експозиційна терапія - Когнітивна реструктуризація - Техніки схемотерапії
III. Заключний етап	Інтеграція досвіду та розвиток нових поведінкових стратегій		

Джерело: складено автором

Важливо зазначити, що хоча програма має чітку структуру, вона залишається гнучкою та адаптивною до індивідуальних потреб кожного клієнта. Тривалість кожного етапу може варіюватися залежно від прогресу клієнта, його готовності до роботи з травматичним матеріалом та швидкості засвоєння нових навичок. В деяких випадках може виникати необхідність повернення до попередніх етапів або одночасної роботи над завданнями різних етапів. Регулярна оцінка прогресу та корекція плану терапії є невід'ємною частиною реалізації програми. Використовуються як суб'єктивні показники

(самозвіт клієнта, оцінка терапевта), так і об'єктивні методи оцінки (повторне психодіагностичне тестування, оцінка поведінкових змін).

3.3. Рекомендації щодо застосування програми психологічної корекції в практичній діяльності психологів

Застосування програми психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами в практичній діяльності психологів вимагає ретельного підходу та врахування ряду ключових аспектів. Перш за все, психологам рекомендується провести ґрунтовну самооцінку власної готовності до роботи з травмою.

Робота з клієнтами, які пережили дитячі травми, може бути емоційно виснажливою та потенційно травмуючою для самого терапевта. Тому необхідно забезпечити регулярну супервізію та особисту терапію для підтримки власного психологічного благополуччя та професійного зростання. Супервізія також дозволяє отримати цінний зворотний зв'язок щодо застосування програми, обговорити складні випадки та знайти нові перспективи у роботі з клієнтами. Перед початком реалізації програми психологам рекомендується пройти спеціалізоване навчання з травма-орієнтованої терапії. Особливу увагу слід приділити вивченню нейробіології травми, розумінню механізмів формування посттравматичних симптомів та оволодінню специфічними техніками роботи з травматичним досвідом. Додаткове навчання в області схема-терапії, діалектично-поведінкової терапії та емоційно-фокусованої терапії може значно розширити інструментарій психолога та підвищити ефективність роботи з клієнтами, які мають складні, хронічні форми травматизації.

При застосуванні програми в практичній діяльності критично важливо дотримуватися принципу поетапності та не поспішати з переходом до травма-фокусованої роботи. Психологам рекомендується приділяти достатньо часу формуванню стабільного терапевтичного альянсу та розвитку базових навичок

емоційної регуляції у клієнтів. Передчасний перехід до обробки травматичних спогадів може призвести до дестабілізації емоційного стану клієнта та посилення симптоматики. Тому необхідно регулярно оцінювати готовність клієнта до роботи з травматичним матеріалом, враховуючи його актуальний емоційний стан, наявність соціальної підтримки та здатність до самостабілізації. Особливу увагу слід приділяти створенню безпечного терапевтичного середовища. Для багатьох клієнтів з історією дитячих травм терапевтичні відносини можуть бути першим досвідом безпечних, довірливих стосунків.

Тому психологам рекомендується бути особливо чутливими до проявів тривоги, недовіри або амбівалентності з боку клієнтів. Важливо забезпечити передбачуваність та структурованість терапевтичного процесу, чітко пояснювати цілі та методи роботи, узгоджувати план терапії з клієнтом. Також рекомендується бути гнучкими у виборі темпу роботи, адаптуючись до індивідуальних потреб та можливостей кожного клієнта. При роботі з травматичними спогадами психологам рекомендується використовувати техніки "титрування" – поступового, дозованого впливу на травматичний матеріал. Доцільно починати з менш інтенсивних спогадів, поступово переходячи до більш складних тем. Важливо навчити клієнтів технікам "заземлення" та емоційної стабілізації, які вони можуть використовувати як під час сесій, так і в повсякденному житті. Після кожної сесії, присвяченої обробці травматичних спогадів, рекомендується виділяти час на інтеграцію досвіду та відновлення емоційної рівноваги.

У процесі реалізації програми психологам рекомендується регулярно проводити оцінку ефективності терапії. Для цього можна використовувати як стандартизовані психодіагностичні методики, так і суб'єктивні оцінки клієнта та терапевта. Рекомендується відслідковувати зміни в інтенсивності симптомів ПТСР, рівні тривоги та депресії, якості міжособистісних стосунків, здатності до емоційної регуляції. Важливо обговорювати з клієнтом його суб'єктивне сприйняття прогресу в терапії, труднощі, які виникають, та необхідність

корекції плану роботи. При роботі з клієнтами, які мають множинні або складні форми травматизації, психологам рекомендується бути готовими до тривалої терапії. В таких випадках може бути доцільним комбінувати індивідуальну терапію з груповою роботою, що дозволяє клієнтам отримати додаткову підтримку та можливість практикувати нові навички в безпечному середовищі. Також рекомендується розглянути можливість залучення інших спеціалістів (психіатрів, соціальних працівників, фахівців з тілесно-орієнтованої терапії) для забезпечення комплексної допомоги.

Психологам рекомендується приділяти особливу увагу роботі з перенесенням та контрперенесенням, які часто виникають у терапії клієнтів з історією дитячих травм. Важливо усвідомлювати власні емоційні реакції на розповіді клієнтів про травматичний досвід, відстежувати можливі прояви вторинної травматизації або емоційного вигорання. Рекомендується вести рефлексивний щоденник, де можна фіксувати свої спостереження, інсайти та питання для обговорення на супервізії. При завершенні терапії психологам рекомендується приділити достатньо часу підготовці клієнта до закінчення терапевтичних відносин. Для багатьох клієнтів з історією травм завершення терапії може актуалізувати теми втрати та покинутості. Тому важливо заздалегідь обговорити процес завершення, дати клієнту можливість висловити свої почуття та побоювання. Рекомендується розробити детальний план підтримки досягнутих змін після завершення терапії, який може включати стратегії самопомоги, план дій у кризових ситуаціях, можливість періодичних підтримуючих сесій.

Психологам також рекомендується бути обізнаними щодо культурних особливостей розуміння та переживання травми. При роботі з клієнтами з різних культурних груп важливо враховувати специфічні культурні норми, вірування та практики, які можуть впливати на сприйняття травматичного досвіду та процес одужання. Рекомендується проявляти культурну чутливість, бути готовими адаптувати методи роботи відповідно до культурного контексту клієнта. Нарешті, психологам рекомендується підтримувати професійний

розвиток та бути в курсі нових досліджень та розробок у галузі травма-орієнтованої терапії. Участь у професійних конференціях, семінарах, вебінарах дозволяє не лише оновлювати свої знання та навички, але й обмінюватися досвідом з колегами, що працюють у цій галузі. Рекомендується також вести власні дослідження, документувати результати роботи, що може сприяти подальшому розвитку та вдосконаленню програми психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами.

Висновки до розділу 3

1. Розроблена програма психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами представляє собою комплексний, науково обґрунтований підхід до подолання довгострокових наслідків травматичного досвіду. Теоретичним фундаментом програми слугує інтеграція ключових положень теорії прив'язаності, концепції ранніх дезадаптивних схем, теорії посттравматичного стресового розладу та сучасних нейробіологічних досліджень травми.

Програма враховує багатовимірність впливу дитячих травм на розвиток особистості, охоплюючи когнітивну, емоційну, поведінкову та міжособистісну сфери функціонування. Поетапна структура програми забезпечує послідовний перехід від встановлення базової безпеки та стабілізації емоційного стану до глибинної обробки травматичного матеріалу та формування нових, адаптивних патернів поведінки. Особлива увага приділяється створенню безпечного терапевтичного середовища як основи для відновлення здатності формувати надійні емоційні зв'язки та досліджувати травматичний досвід. Програма також враховує індивідуальні відмінності у реакціях на травму та специфіку різних видів дитячих травм, що дозволяє персоналізувати терапевтичний підхід відповідно до унікальних потреб кожного клієнта.

2. Структура та зміст програми відображають системний підхід до психологічної корекції, який охоплює всі ключові аспекти функціонування

особистості, порушені внаслідок травматичного досвіду. Когнітивний компонент програми спрямований на виявлення та модифікацію дисфункціональних переконань та схем, сформованих під впливом травми. Використовуються техніки когнітивної реструктуризації, роботи з ранніми дезадаптивними схемами, переосмислення значення травматичних подій. Емоційний компонент фокусується на розвитку навичок емоційної регуляції, обробці травматичних спогадів та пов'язаних з ними емоцій. Застосовуються методи експозиційної терапії, техніки майндфулнесу, емоційно-фокусовані інтервенції.

Поведінковий аспект програми передбачає модифікацію дезадаптивних поведінкових стратегій та формування нових, більш ефективних способів взаємодії з навколишнім світом. Використовуються техніки поведінкової активації, тренінг соціальних навичок, розвиток асертивності. Міжособистісний компонент спрямований на покращення здатності формувати здорові, довірливі стосунки. Застосовуються елементи міжособистісної терапії, робота з патернами прив'язаності, розвиток навичок ефективної комунікації. Інтеграція різноманітних терапевтичних підходів та технік дозволяє забезпечити всебічний вплив на проблемні області та сприяє досягненню глибоких, стійких змін у психологічному функціонуванні особистості.

3. Етапи реалізації програми розроблені з урахуванням сучасних уявлень про процес відновлення після травми та принципів травма-інформованої терапії. Початковий етап фокусується на встановленні терапевтичного альянсу, забезпеченні базової емоційної стабільності та розвитку навичок самостабілізації.

Використання технік заземлення, ресурсних станів, контейнування емоцій дозволяє створити основу для подальшої травма-фокусованої роботи. Другий етап присвячений безпосередній обробці травматичного матеріалу з використанням експозиційних технік, когнітивної реструктуризації та емоційно-фокусованих інтервенцій. Особлива увага приділяється титруванню інтенсивності роботи для запобігання ретравматизації. Заклучний етап

спрямований на інтеграцію отриманого досвіду, розвиток нових поведінкових стратегій та підготовку до завершення терапії. Використовуються техніки наративної терапії, поведінкові експерименти, робота з формуванням нової ідентичності. Гнучкість програми дозволяє адаптувати тривалість та інтенсивність роботи на кожному етапі відповідно до індивідуальних особливостей та потреб клієнта. Регулярна оцінка прогресу та готовності клієнта до переходу на наступний етап забезпечує безпечність та ефективність терапевтичного процесу.

4. Рекомендації щодо застосування програми в практичній діяльності психологів підкреслюють необхідність спеціалізованої підготовки фахівців у галузі травма-орієнтованої терапії. Психологам рекомендується пройти додаткове навчання з нейробіології травми, специфіки роботи з різними видами дитячих травм, технік стабілізації та обробки травматичного матеріалу. Особлива увага приділяється важливості регулярної супервізії та особистої терапії для фахівців, що працюють з травмованими клієнтами.

Це дозволяє запобігти вторинній травматизації, емоційному вигоранню та забезпечити високу якість терапевтичної роботи. Рекомендації також охоплюють аспекти створення безпечного терапевтичного середовища, встановлення чітких меж у терапевтичних відносинах, роботи з перенесенням та контрперенесенням. Підкреслюється необхідність уважного моніторингу стану клієнта протягом усього терапевтичного процесу, готовність до гнучкої адаптації програми відповідно до індивідуальних реакцій та потреб. Окрема увага приділяється етичним аспектам роботи з травмованими клієнтами, зокрема питанням конфіденційності, інформованої згоди, уникнення повторної травматизації. Рекомендації також охоплюють аспекти міждисциплінарної співпраці, культурної чутливості у роботі з клієнтами різного етнічного походження та важливості постійного професійного розвитку у галузі травма-орієнтованої терапії.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізовано організаційно-методологічні засади емпіричного дослідження впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Встановлено, що дослідження ґрунтується на комплексному підході, який враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів у генезі дезадаптивних поведінкових патернів.

Висунуто гіпотезу про те, що дитячі травми є значущим фактором ризику формування деструктивних поведінкових стратегій у дорослому віці, яка базується на положеннях теорії прив'язаності та концепції ранніх дезадаптивних схем. Для перевірки гіпотези розроблено дизайн дослідження, який включає використання структурованого інтерв'ю та валідизованих психодіагностичних методик на вибірці зі 120 осіб з різним травматичним досвідом. Організація дослідження передбачає дотримання принципів добровільності, конфіденційності та забезпечення комфортних умов для учасників.

2. Охарактеризовано комплекс психодіагностичних методик, використаних для емпіричного дослідження впливу дитячих травм на поведінкові стратегії в дорослому віці. Обґрунтовано вибір опитувальника «Дитячі травми» (СТQ) для ретроспективної оцінки п'яти типів травматичного досвіду в дитинстві: емоційного, фізичного та сексуального насильства, емоційної та фізичної занедбаності. Показано, що для оцінки актуальних поведінкових стратегій використовуються методики «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса (WCQ), опитувальник прив'язаності дорослих (AAQ) та методика «Шкала ранніх дезадаптивних схем» Дж. Янга (YSQ).

Додатково застосовуються опитувальник загального здоров'я (GHQ-28) та шкала задоволеності життям (SWLS) для оцінки загального рівня психологічного благополуччя та адаптації учасників. Підкреслено, що всі використані методики мають високі показники надійності та валідності, що забезпечує достовірність отриманих результатів.

3. Здійснено аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження впливу дитячих травм на формування поведінкових стратегій у дорослому віці. Виявлено, що особи з вираженою дитячою травматизацією демонструють вищі показники ненадійної прив'язаності, дезадаптивних копінг-стратегій, ранніх дезадаптивних схем, а також нижчі показники психологічного благополуччя та адаптації порівняно з особами без травматичного досвіду.

Встановлено специфічні зв'язки між окремими типами дитячих травм та поведінковими проявами в дорослому віці. Зокрема, емоційне насильство виявилось пов'язаним з надмірною пильністю та інгібіцією емоцій, фізичне насильство – з агресивністю та порушенням меж, сексуальне насильство – з уникненням близькості та саморуйнівною поведінкою, емоційна занедбаність – із залежністю та пошуком визнання, а фізична занедбаність – з надмірною автономією та труднощами у прийнятті допомоги. Отримані дані підтверджують висунуту гіпотезу та узгоджуються з положеннями теорії прив'язаності та схема-терапії. Осмислено практичне значення отриманих результатів для розробки диференційованих терапевтичних підходів та профілактичних програм, спрямованих на подолання наслідків дитячої травматизації.

Показано, що виявлені закономірності впливу окремих типів травм на поведінкові стратегії можуть бути використані для індивідуальної адаптації психотерапевтичних інтервенцій під потреби кожного клієнта. Наголошено на важливості врахування глибинних переконань та схем, сформованих внаслідок травматичного досвіду, у процесі терапевтичної роботи. Підкреслено цінність отриманих даних для розробки універсальних превентивних стратегій, спрямованих на посилення стійкості та адаптивності дітей та дорослих в умовах несприятливого життєвого досвіду. Зазначено необхідність подальших досліджень із залученням додаткових методів для глибшого розуміння неусвідомлюваних аспектів впливу травми на поведінку.

4. Розроблена програма психологічної корекції поведінкових стратегій у дорослих з дитячими травмами представляє собою комплексний,

науково обґрунтований підхід до подолання довгострокових наслідків травматичного досвіду. Теоретичним фундаментом програми слугує інтеграція ключових положень теорії прив'язаності, концепції ранніх дезадаптивних схем, теорії посттравматичного стресового розладу та сучасних нейробіологічних досліджень травми. Програма враховує багатовимірність впливу дитячих травм на розвиток особистості, охоплюючи когнітивну, емоційну, поведінкову та міжособистісну сфери функціонування.

Поетапна структура програми забезпечує послідовний перехід від встановлення базової безпеки та стабілізації емоційного стану до глибинної обробки травматичного матеріалу та формування нових, адаптивних патернів поведінки. Особлива увага приділяється створенню безпечного терапевтичного середовища як основи для відновлення здатності формувати надійні емоційні зв'язки та досліджувати травматичний досвід. Програма також враховує індивідуальні відмінності у реакціях на травму та специфіку різних видів дитячих травм, що дозволяє персоналізувати терапевтичний підхід відповідно до унікальних потреб кожного клієнта.

5. Структура та зміст програми відображають системний підхід до психологічної корекції, який охоплює всі ключові аспекти функціонування особистості, порушені внаслідок травматичного досвіду.

Когнітивний компонент програми спрямований на виявлення та модифікацію дисфункціональних переконань та схем, сформованих під впливом травми. Використовуються техніки когнітивної реструктуризації, роботи з ранніми дезадаптивними схемами, переосмислення значення травматичних подій. Емоційний компонент фокусується на розвитку навичок емоційної регуляції, обробці травматичних спогадів та пов'язаних з ними емоцій. Застосовуються методи експозиційної терапії, техніки майндфулнесу, емоційно-фокусовані інтервенції. Поведінковий аспект програми передбачає модифікацію дезадаптивних поведінкових стратегій та формування нових, більш ефективних способів взаємодії з навколишнім світом. Використовуються техніки поведінкової активації, тренінг соціальних навичок, розвиток

асертивності. Міжособистісний компонент спрямований на покращення здатності формувати здорові, довірливі стосунки. Застосовуються елементи міжособистісної терапії, робота з патернами прив'язаності, розвиток навичок ефективної комунікації. Інтеграція різноманітних терапевтичних підходів та технік дозволяє забезпечити всебічний вплив на проблемні області та сприяє досягненню глибоких, стійких змін у психологічному функціонуванні особистості.

6. Етапи реалізації програми розроблені з урахуванням сучасних уявлень про процес відновлення після травми та принципів травма-інформованої терапії. Початковий етап фокусується на встановленні терапевтичного альянсу, забезпеченні базової емоційної стабільності та розвитку навичок самостабілізації. Використання технік заземлення, ресурсних станів, контейнування емоцій дозволяє створити основу для подальшої травма-фокусованої роботи. Другий етап присвячений безпосередній обробці травматичного матеріалу з використанням експозиційних технік, когнітивної реструктуризації та емоційно-фокусованих інтервенцій.

Особлива увага приділяється титруванню інтенсивності роботи для запобігання ретравматизації. Заключний етап спрямований на інтеграцію отриманого досвіду, розвиток нових поведінкових стратегій та підготовку до завершення терапії. Використовуються техніки наративної терапії, поведінкові експерименти, робота з формуванням нової ідентичності. Гнучкість програми дозволяє адаптувати тривалість та інтенсивність роботи на кожному етапі відповідно до індивідуальних особливостей та потреб клієнта. Регулярна оцінка прогресу та готовності клієнта до переходу на наступний етап забезпечує безпечність та ефективність терапевтичного процесу.

7. Рекомендації щодо застосування програми в практичній діяльності психологів підкреслюють необхідність спеціалізованої підготовки фахівців у галузі травма-орієнтованої терапії. Психологам рекомендується пройти додаткове навчання з нейробіології травми, специфіки роботи з різними видами дитячих травм, технік стабілізації та обробки травматичного матеріалу.

Особлива увага приділяється важливості регулярної супервізії та особистої терапії для фахівців, що працюють з травмованими клієнтами. Це дозволяє запобігти вторинній травматизації, емоційному вигоранню та забезпечити високу якість терапевтичної роботи.

Рекомендації також охоплюють аспекти створення безпечного терапевтичного середовища, встановлення чітких меж у терапевтичних відносинах, роботи з перенесенням та контрперенесенням. Підкреслюється необхідність уважного моніторингу стану клієнта протягом усього терапевтичного процесу, готовність до гнучкої адаптації програми відповідно до індивідуальних реакцій та потреб. Окрема увага приділяється етичним аспектам роботи з травмованими клієнтами, зокрема питанням конфіденційності, інформованої згоди, уникнення повторної травматизації. Рекомендації також охоплюють аспекти міждисциплінарної співпраці, культурної чутливості у роботі з клієнтами різного етнічного походження та важливості постійного професійного розвитку у галузі травма-орієнтованої терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бельська Т., Лашкіна М. Архетипи сучасності: український вимір. *Public management*. 2019. Т. 18, № 3. С. 59–74.
2. Гарькавець С. Проблема психологічного втручання у соціальне насилля: виміри школи та родини. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2021. № 3(56)Т2. С. 159–168.
3. Горностаї П. Колективна травма як проблема соціальної та політичної психології. *Проблеми політичної психології*. 2018. Т. 21. С. 54–68.
4. Горностаї П. Колективна травма як складна соціальна ситуація: Системно–понятійний аналіз. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2021. № 48(51). С. 100–111.
5. Коробка Л. М. Спільнота в умовах воєнного конфлікту: теоретичні засади дослідження психологічних стратегій адаптації. *Scientific studios on social and political psychology*. 2017. № 39(42). С. 104–114.
6. Корітко А. Посттравматичний стрес у дітей та підлітків: розпізнати, зрозуміти, вирішити. Книга для батьків / Фонд ім. Ельфріде Дітріх у Німеччині. 2023. 89 с.
7. Макаренко С. Соціально–психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Psychological journal*. 2018. Т. 13, № 3. С. 86–95.
8. Максимова Н. Ю. Принципи терапії психологічних травм дитинства. Актуальні проблеми психології. *Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. 2018. Т. 11, вип. 17. С. 124–133.
9. Максимова Н. Ю. Психологічна травма як чинник адиктивної поведінки. Актуальні проблеми психології. *Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. 2017. Т. 11, вип. 15. С. 292–298.

10. Титаренко Т. Посттравматичне життєтворення особистості: методи діагностики і відновлення. *Psychology of personality*. 2020. Т. 10, № 1. С. 186–192.
11. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003;27:169–90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
12. Bessel Van der Kolk. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Penguin. 1st edition. 2014. 464 p.
13. Bessel Van der Kolk. Trauma and memory. *Journal of Traumatic Stress*. 2002. Vol. 15(3). P. 301–308.
14. Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E. *TraumaFocused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications*. 2012. 308 p.
15. Cook A., Spinazzola J., Ford J., Lanktree C., Blaustein M., Cloitre M., et al. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Journal of Psychiatric Annals*. 2005. Vol. 35(5). P. 390–398.
16. Garner BR, Hunter BD, Smith DC, Smith JE, Godley MD. The relationship bet-ween child maltreatment and substance abuse treatment outcomes among emerging adults and adolescents. *Child Maltreat*. 2014;19:261–9. <https://doi.org/10.1177/1077559514547264>
17. Goodman J., Leong K.C., Packard M.G. Emotional modulation of multiple memory systems: Implications for the neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Journal of Reviews in the Neurosciences*. 2012. Vol. 23(5–6). P. 627–643.
18. Hambrick E., Brawner, T., Perry B.D. Timing of Early Life Stress and the Development of Brain-Related Capacities. *Journal of Behavioral Neuroscience*. 2019. Vol. 13. 14 p.
19. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP. The effect of multiple adverse childhood

experiences on health: a sy-stematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2:e356–66. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)

20. Isobel S., Goodyear M.J., Foster K.N. Psychological Trauma in the Context of Familial Relationships: A Concept Analysis. *Journal of Trauma, Violence, & Abuse*. 2017. Vol. 20(2). P. 255–265.

21. Keene AC, Epps J. Childhood physical abuse and aggression: shame and narcissistic vulnerability. *Child Abuse Negl*. 2016;51:276–83. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.012>

22. Kinniburgh K., Blaustein M. Attachment, SelfRegulation, and Competency (ARC) Framework for Intervention with Complexly Traumatized Youth. *Journal of Psychiatric Annals*. 2005. Vol. 35. P. 424–430.

23. Kita E., Solomon M., Siegel D. (eds): *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain*. *Journal of Clinical Social Work*. 2009. Vol. 37. P. 257–259.

24. Klumpers F., Kroes M.C.W., Baas J.M.P., Fernández G. Neuroimaging effects of early psychosocial deprivation and chronic trauma on brain development. *Journal of Neuroscience*. 2017. Vol. 37(40). P. 12.

25. Malarbi S., Abu-Rayya H.M., Muscara F., Stargatt R. Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: A metaanalysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017. Vol. 72. P. 68–86.

26. McCrory E., Gerin M., Viding E. Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry – the contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2017. Vol. 58(4). P. 338–357.

27. Mehdi Rostami, Sefa Bulut, Olga Coelho, Bagus Riyono, Living with Fibromyalgia: A Phenomenological Study of Pain, Fatigue, and Coping , *Journal of Personality and Psychosomatic Research (JPPR)*: Vol. 2 No. 1, 2024

28. Nelson C.A., Zeanah C.H., Fox N.A. The role of the social environment on adaptive neuroplasticity in early development. [Review Article]. *Journal of Neural Plasticity*. 2019. 12 p. 15. Perry B.D., P
29. Niu L, Brown J, Till Hoyt L, Salandy A, Nucci-Sack A, Shankar V, et al. Profiles of childhood maltreatment: associations with sexual risk behavior during adolescence in a sample of racial/ethnic minority girls. *Child Dev*. 2021;92:1421–38. <https://doi.org/10.1111/cdev.13498>
30. Parichehr Mehdiabadi, Critique of attachment theory: A positive psychology perspective , *Journal of Personality and Psychosomatic Research (JPPR)*: Vol. 1 No. 2, 2023
31. Parichehr Mehdiabadi, Zahra Yousefi, Motivational Interviewing: Reducing Social Desirability Bias and Stress Vulnerability in Adults , *Journal of Personality and Psychosomatic Research (JPPR)*: Vol. 1 No. 3, 2023
32. Porges S.W. Polyvagal Theory: A Science of Safety. *Journal of Frontiers in Integrative Neuroscience*. 2022. Vol. 16. DOI: 10.3389/fnint.2022.871227.
33. Puetz V., Viding E., Gerin M.I., Pingault J.B. Investigating patterns of neural response associated with childhood abuse v. childhood neglect. *Journal of Psychological Medicine*. 2019. Vol. 50(8). 27 p. Sandal O. S Psychotraumatic events as a factor of traumatic experience of personality. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series Psychological Sciences*. 2021. No. 2. P. 49–62.
34. Sandal O. S Psychotraumatic events as a factor of traumatic experience of personality. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series Psychological Sciences*. 2021. No. 2. P. 49–62.
35. Schore A. The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*. 2001. Vol. 22(1–2). P. 201–269.

36. Shokouh Navabinejad, Mehdi Rostami, Predictors of Self-Care Behavior: The Roles of Type D Personality and Locus of Control in Adults, *Journal of Personality and Psychosomatic Research (JPPR)*: Vol. 1 No. 2, 2023
37. Siegel D.J., Bryson T.P. *The Power of Showing Up: How Parental Presence Shapes Who Our Kids Become and How Their Brains Get Wired*. New York, NY: Ballantine Books. 2020. 256 p.
38. Smith P., Dyregrov E., Yule W. *Children, and War: Teaching Healing Techniques. For children aged 8 to 18 years old*. Lviv: Vidavnychy Spilka, 2022. 108 p. [In Ukrainian].
39. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neg-lect. *Pediatrics*. 2020;146:e20200438. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>
40. Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of Resilience. Center on the Developing Child at Harvard University. 2015. 16 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОЦІНКИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ

Опитувальник «Копінг-стратегії»

Р. Лазарус

вступні зауваження

Опитувальник містить вісім шкал:

Конфронтація - наступальні дії щодо зміни ситуації. Передбачає певну ступінь ворожості і готовність до ризику.

Дистанціювання - когнітивні зусилля на відділення від ситуації і зменшення її значущості.

Самоконтроль - зусилля з регулювання своїх почуттів і дій. *Пошук соціальної підтримки* - зусилля в пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки.

Прийняття відповідальності - визнання своєї ролі в проблемі з супутньою темою її рішення.

Втеча-уникнення - уявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення проблеми на відміну від дистанціювання від неї.

Планування рішення проблеми - довільні, проблемно-сфокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблем.

Позитивна переоцінка - зусилля по створенню позитивного значення фокусуванням на зростанні власної особистості. Включає також релігійний вимір [42].

опитувальник

Інструкція: постарайтеся згадати, яким чином ви найчастіше дозволяли складні для себе ситуації, та оцініть кожен з варіантів поведінки за наступною шкалою:

- 1. зосереджується (ась) на тому, що мені потрібно було робити далі, - на наступному кроці.
- 2. Починав (а) щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати; головне - робити хоч що-небудь.
- 3. Намагався (ась) схилити вищестоящих до того, щоб вони змінили свою думку.
- 4. Говорив (а) з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію.
- 5. Критикував (а) і докоряв (а) себе.
- 6. Намагався (ась) не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є.
- 7. Сподівався (ась) на диво.
- 8. упокорюється (ась) з долею: буває, що мені не щастить.

- .9. Вів (а) себе, як ніби нічого не сталося.
- .10. Намагався (ась) не означити своїх почуттів.
- .11. Намагався (ась) побачити в ситуації щось позитивне.
- .12. Спав (а) більше, ніж звичайно.
- .13. Зривав (а) свою досаду на тих, хто накликав на мене проблеми.
- .14. Шукав (а) розуміння та співчуття у кого-небудь.
- .15. У мені виникла потреба виразити себе творчо.
- .16. Намагався (ась) забути все це.
- .17. Чи звертався (лася) за допомогою до фахівців.
- .18. Змінювався (ась) або зростав (ла) як особистість в позитивну сторону.
- .19. Вибачався (ась) або намагався (лася) якось все загладити.
- .20. Складав (а) план дій і слідував (а) йому.
- .21. Намагався (ась) дати якийсь вихід своїм почуттям.
- .22. Чи розумів (а), що я сам викликав цю проблему.
- .23. Набирався (ась) досвіду в цій ситуації.
- .24. Говорив (а) з ким-небудь, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації.
- .25. Намагався (ась) поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, палінням.
- .26. Ризикував (а) де тільки можна.
- .27. Намагався (ась) не працювати занадто активно.
- .28. Поспішно довірявся (ась) першому почуттю.
- .29. Знаходив (а) нову віру в щось.
- .30. Знову відкривав (а) для себе щось важливе в житті.
- .31. Щось міняв (а) так, що все залагоджує.
- .32. У цілому уникав (а) спілкування з людьми.
- .33. Чи не допускав (а) це до себе, намагався (лася) особливо про це не замислюватися.
- .34. Питав (а) ради у родича чи друга, яких поважав (а).
- .35. Намагався (ась), щоб інші не дізналися, як погано йдуть справи.
- .36. Відмовлявся (ась) сприймати цю справу занадто серйозно.
- .37. Говорив (а) з ким-то про те, що я відчуваю.
- .38. Стояв (а) на своєму і боровся (лася) за те, чого хотів.
- .39. зганяти (а) це на інших людях.
- .40. Користувався (ась) минулим досвідом, мені вже доводилося потрапляти в таке становище.
- .41. Знав (а), що треба робити і подвоював (а) свої зусилля, щоб все налагодити.
- .42. Відмовлявся (ась) вірити, що це дійсно відбулося.
- .43. Я давав (а) собі обіцянки, що наступного разу все буде по-іншому.

- .44. Знаходив (а) пару інших способів вирішення проблеми.
- .45. Намагався (ась), щоб мої емоції не надто заважали мені в інших справах.
- .46. Щось міняв (а) в собі.
- .47. Хотів (а), щоб все це швидше якось утворилося або скінчилося.
- .48. Представляв (а) собі, фантазував (а), як все це могло б обернутися.
- .49. Молився.
- .50. прокручувати (а) в розумі, що мені сказати або зробити.
- .51. Думав (а) про те, як би в даній ситуації діяв чоловік, яким я захоплююся, і намагався (лася) наслідувати його.

Обробка і інтерпретація результатів. За допомогою «ключа» підраховується загальний бал за кожною шкалою (сума відповідей): «ніколи» - Про балів; «Іноді» - 1 бал; «Рідко» - 2 бали; «Часто» - 3 бали. Підсумкова оцінка за шкалою - відсоток від максимально можливої.

Аналізується профіль копінг-стратегій за всіма шкалами. Позитивним вважається переважання середнього значення по субшкалам: 3-5, 7, 8 над субшкалами 1, 2, 6.

«Ключ» і опис субшкал

- .1. *конфронтативного копінг.* Наступальні дії щодо зміни ситуації. Передбачає певну ступінь ворожості і готовність до ризику. Пункти: 2, 3, 13, 21, 26, 37.
- .2. *Дистанціювання.* Когнітивні зусилля, спрямовані на віддалення від ситуації і зменшення її значущості. Пункти: 8, 9, 11, 16, 32, 35.
- .3. *Самоконтроль.* Зусилля з регулювання своїх почуттів і дій. Пункти: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50.
- .4. *Пошук соціальної підтримки.* Зусилля в пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки. Пункти: 4, 14, 17, 24, 33, 36.
- .5. *Прийняття відповідальності.* Визнання своєї ролі у вирішенні проблеми; зусилля, спрямовані на її рішення. Пункти: 5, 19, 22, 42.
- .6. *Втеча-уникнення.* Уявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до відходу або уникнення проблеми. Пункти: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47.
- .7. *Планування рішення проблеми.* Довільні проблемно фокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблем. Пункти: 1, 20, 30, 39, 40, 43.
- .8. *Позитивна переоцінка.* Зусилля по створенню позитивного значення з фокусуванням на зростанні власної особистості. Включає і релігійний вимір. Пункти: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.