

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра практичної психології та психодіагностики**

На правах рукопису

**ГРИЩУК ІРИНА АНАТОЛІЇВНА
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ
НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА
ЖИТТЯ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ**

Спеціальність: 053 Психологія
ОП «Практична психологія (психологічне консультування та
психотерапія)»
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:
ГРИЦЮК ІРИНА МИХАЙЛІВНА
кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри
практичної психології
та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол №

засідання кафедри практичної психології та психодіагностики

від ____ 2025 р.

Завідувач кафедри

Прізвище, ініціали Магдисюк Л. І.

(ПІДПИС)

ЛУЦЬК – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП		3
РОЗДІЛ І	ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕНЬ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО/ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА	7
	1.1. Особливості аналізу травматичного дитячого досвіду через призму існуючих теорій	7
	1.2. Психофізіологічні механізми травматичного досвіду	14
	1.3. Психосоматичні прояви дитячої травми в дорослому віці	21
РОЗДІЛ ІІ	ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДОСВІДУ НА ЖИТТЯ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ	27
	2.1. Організація та методи емпіричного дослідження	27
	2.2. Аналіз отриманих результатів	33
РОЗДІЛ ІІІ	КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА, ОРІЄНТОВАНА НА ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА	50
	3.1. Теоретичне обґрунтування корекційної програми	50
	3.2. Структура та етапи реалізації програми	54
	3.3. Тренінгова програма «Від болю до сили: шлях зцілення дитячого досвіду»	57
ВИСНОВКИ		64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		69

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному світі, що характеризується високою динамікою соціальних змін, нестабільністю, інформаційним перенасиченням та зростанням рівня психоемоційного напруження, питання психологічного здоров'я набуває особливої значущості. Одним із ключових чинників, що визначає якість життя дорослої людини, її здатність до адаптації, побудови стосунків, самореалізації та емоційної стабільності, є досвід, отриманий у дитячому віці. Негативний дитячий досвід – це не лише очевидні форми насильства (фізичного, сексуального, психологічного), а й емоційне нехтування, нестача підтримки, травматичні події, втрата близьких, бідність, ізоляція, булінг, нестабільне сімейне середовище. Ці фактори можуть залишити глибокі сліди у психіці людини, формуючи її особистість, поведінкові патерни та життєві сценарії.

У практиці психологів, психотерапевтів, соціальних працівників дедалі частіше зустрічаються клієнти, які мають труднощі у побудові стосунків, страждають від тривожних розладів, депресії, емоційної нестабільності, низької самооцінки, залежностей. Аналіз їхнього життєвого шляху нерідко виявляє наявність негативного дитячого досвіду, який не був опрацьований або визнаний. Це свідчить про необхідність глибшого розуміння механізмів впливу дитячих травм на доросле життя.

А сучасні дослідження у сфері нейронаук доводять, що негативний досвід у дитинстві може змінювати структуру та функціонування мозку. Зокрема, хронічний стрес у дитячому віці впливає на роботу гіпокампу, мигдалеподібного тіла, префронтальної кори – зон, відповідальних за пам'ять, емоційну регуляцію, прийняття рішень. Це може призводити до підвищеної тривожності, імпульсивності, схильності до депресії та труднощів у соціальній адаптації. Таким чином, тема дослідження має не лише психологічне, а й біологічне підґрунтя.

Розуміння впливу негативного дитячого досвіду дозволяє вчасно виявляти ризики розвитку психічних розладів, залежностей, суїцидальної

поведінки, девіантної або кримінальної активності. Це відкриває можливості для раннього втручання, психоосвітньої роботи, терапевтичної підтримки та соціальної реабілітації. Таким чином, дослідження має не лише індивідуальне, а й суспільне значення.

Попри наявність окремих праць, в українському науковому просторі бракує системних досліджень, які б інтегрували психологічні, соціальні, нейрофізіологічні аспекти впливу дитячого досвіду на доросле життя. Особливо актуальним є дослідження в умовах війни, внутрішнього переміщення, втрати близьких, що створює нові виклики для психіки молодого покоління. Тема потребує глибокого осмислення, адаптації зарубіжних моделей до українських реалій та розробки ефективних програм підтримки. Її дослідження дозволяє не лише глибше зрозуміти природу людських труднощів, а й створити умови для їх подолання, профілактики та трансформації через усвідомлення, підтримку та терапевтичну роботу.

Наукова новизна. Полягає в комплексному підході до вивчення впливу негативного дитячого досвіду на психологічне функціонування особистості в дорослому віці, з урахуванням сучасних соціокультурних умов, нейропсихологічних даних та практичних аспектів психокорекції. Нами було систематизовано та узагальнено сучасні теоретичні підходи до розуміння феномену негативного дитячого досвіду. Актуалізовано проблеми вторинної віктимізації у дорослому віці як наслідку неадекватної соціальної реакції на дитячі травми. У роботі обґрунтовано, що ігнорування або знецінення дитячого болю в соціальному середовищі може поглиблювати психологічні труднощі в майбутньому. Розроблено авторський психологічний тренінг.

Мета дослідження. Виявити та проаналізувати психологічні особливості впливу негативного дитячого досвіду на формування особистості, емоційне функціонування, міжособистісні стосунки та соціальну адаптацію в дорослому віці, а також визначити можливі шляхи психокорекції та профілактики негативних наслідків.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння поняття «негативний дитячий досвід» у психології, зокрема в контексті травматичних подій, емоційного нехтування, насильства та втрат.

2. Охарактеризувати основні психологічні механізми, через які дитячі травми впливають на психоемоційний стан, поведінку та особистісні риси дорослої людини.

3. Визначити типові прояви наслідків негативного дитячого досвіду у дорослому віці – зокрема в емоційній сфері, міжособистісних стосунках, професійній діяльності та соціальній адаптації.

4. Емпірично дослідити особливості осіб, які пережили негативний чи травмуючий досвід у дитинстві та визначити поглибленні психологічних труднощі, які пов'язані із дитячими травмами.

5. Розробити психологічний тренінг, спрямований на розвиток позитивного самосприйняття, емоційної грамотності у дорослих, які мають досвід дитячих травм.

Об'єкт дослідження. Психологічні умови формування та прояву особистості в дорослому віці.

Предмет дослідження. Психологічні особливості впливу негативного дитячого досвіду (травматичних подій, емоційного нехтування, насильства, втрат) на емоційне функціонування, міжособистісні стосунки, поведінкові моделі та соціальну адаптацію дорослої особистості.

Матеріал дослідження. У дослідженнях Ф. Алгатані розглянуто зв'язок між індивідуальними рисами особистості та параметрами психологічних додатків, які націлені на підвищення психічного та емоційного благополуччя особистості. О. Вовченко здійснили огляд і критичну оцінку психічних здоров'я-орієнтованих додатків, а також провели експеримент, метою якого було створити програми, пристосовані до особистих характеристик користувачів; О. Куліш, І. Мазоха вивчали, яким чином розвиток емоційного інтелекту у дітей з когнітивними порушеннями може бути підсилений за рахунок участі батьків і вчителів у процесі соціалізації. Т. Титаренко здійснив

значний вплив на вивчення психотравмуючого досвіду та його впливу на подальше життя. У дослідженні С. Паганіні аналізується контроль за формуванням психотравм шляхом оцінки якості та ознак додатків, що призначені для управління стресом, а також розглядаються їхні можливості та недоліки.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що її результати можуть бути безпосередньо використані в діяльності психологів, психотерапевтів, педагогів, соціальних працівників, а також у системі психопрофілактики та психокорекції. Виявлення зв'язку між дитячими травмами та сучасними проблемами дозволяє точніше визначити джерело внутрішніх конфліктів. Підвищити рівень психоосвітньої роботи серед населення, зокрема через просвітницькі заходи, семінари, тренінги, які допомагають людям усвідомити вплив дитячого досвіду на їхнє життя, розпізнати симптоми та звернутися по допомогу. Таким чином, практичне значення роботи полягає не лише в її науковій цінності, а й у реальній можливості покращити якість психологічної допомоги, сприяти емоційному оздоровленню суспільства та формуванню більш стійких, усвідомлених і гармонійних особистостей.

Апробація результатів та публікації. Результати дослідження були обговорені та опубліковані під час проведення науково-практичних конференцій та семінарів: XVII Міжнародної науково-практичної конференції «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості: клієнт-центрований підхід» (15-30 березня 2025 року, м. Луцьк). Основні положення роботи викладені у таких публікаціях:

1. Грищук І., Грищук І. Психологічні особливості впливу негативного дитячого досвіду на життя в дорослому віці. *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості: клієнт-центрований підхід*. Луцьк: Вежа-Друк, 2025. С. 42-45.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕНЬ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО/ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА

1.1. Особливості аналізу травматичного дитячого досвіду через призму існуючих теорій

Негативний дитячий досвід часто формує у дорослої людини викривлені моделі взаємодії: страх близькості, недовіра, емоційна залежність, віктимна поведінка, агресія або уникання. Це ускладнює побудову здорових партнерських, дружніх, професійних стосунків. Людина може несвідомо повторювати травматичні сценарії, обирати токсичних партнерів, терпіти насильство або сама ставати агресором. Вивчення цих механізмів є надзвичайно важливим для профілактики міжособистісних конфліктів та формування емоційно зрілої особистості.

Дитячі психологічні травми є серйозною проблемою, що має далекосяжні наслідки для емоційного та фізичного здоров'я дітей. Дитячі психологічні травми – це емоційні або фізичні ушкодження, що виникають унаслідок сильного стресу або травматичних подій, таких як втрата близької людини, нещасні випадки, фізичне чи емоційне насильство, військові конфлікти, соціальна ізоляція, булінг.

Ці травми можуть залишати відбиток на психіці дитини, впливаючи на її розвиток і взаємовідносини у дорослому житті. Діти, які пережили травми, часто стикаються з труднощами у довірі до інших людей, що ускладнює їхні стосунки в майбутньому. Вони можуть страждати від розладів сну, страхів, тривожних станів.

Травма в дитинстві – це переживання дитиною однієї або кількох подій, які мають емоційно болісний або важкий характер, і часто ведуть до тяжких хронічних порушень фізичного та психічного здоров'я (Pechtel & Pizzagalli, 2011). Дитяча травма перетворилася на значну соціальну проблему охорони

здоров'я у всьому світі. У країнах із високим рівнем доходу щорічно від 4 до 16 % дітей стають жертвами фізичного насильства, а кожна десята стикається з нехтуванням або психологічним насильством (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb & Janson, 2009). У цьому зв'язку травми, що виникли в дитинстві, є розповсюдженим і суттєвим навантаженням для системи охорони здоров'я та вимагають значних державних витрат.

Питання, як травматичний досвід впливає на подальший життєвий шлях особистості, вивчалось ще в XVII столітті (Р. Бартон). До кінця XIX століття Й. Брейєр і З. Фройд розробили концепцію травми, якою пояснювали істеричний невроз. За визначенням З. Фрейда, психічна травма – це певне емоційне потрясіння, яке залишилося непереробленим індивідом і супроводжується незавершеними афектами: соромом, душевним болем, страхом, стресом (Фройд, 1998).

Сучасні представники психодинамічної школи, серед яких С. Kahn, S. Kaplan та А. Young, вказують на низку наслідків травматизації: активація неефективних захисних стратегій, регрес до більш ранньої фази психосексуального розвитку, ідентифікація з агресором, повернення на рівень функціонування архаїчних проявів супер-его, автоматизація его, ремобілізація інфантильних імпульсів, а також формування деструктивних змін у структурі ідеального «я» (Харченко, 2018).

Дослідження, проведені протягом століть, підтверджують, що травматичний досвід у дитинстві може мати серйозний вплив на подальше життя особистості. Наприклад, роботи того ж З. Фрейда та сучасних психодинамічних теоретиків вказують на наслідки травматизації, що проявляються у вигляді сформованих неефективних захисних механізмів; а також у вигляді регресивної поведінки, що повертає особистість до більш ранніх стадій розвитку або ж призводить до деструктивних змін у структурі «Я» особистості.

Сьогодні популярною є теорія Дж. Боулбі, яка визначає провідну роль дитинства у формуванні прив'язаності. Дж. Боулбі – британський

психоаналітик і психіатр, засновник теорії прив'язаності, яка стала фундаментальною в розумінні психологічного розвитку дитини та впливу раних стосунків на життя дорослої особистості. Його праці, зокрема «Прив'язаність і втрата» (Attachment and Loss), змінили уявлення про значення дитинства в психології.

Дж. Боулбі стверджував, що перші роки життя дитини – критичні для формування її емоційної бази, моделі світу та себе. Саме в цей період закладається фундамент для майбутніх стосунків, здатності до саморегуляції, довіри, безпеки та самооцінки. Прив'язаність у дитинстві також грає важливу роль у формуванні особистості.

Основні положення теорії Дж. Боулбі:

1. Прив'язаність – базова потреба. Дитина від народження має вроджену потребу формувати емоційний зв'язок з основним доглядачем (зазвичай матір'ю або іншою стабільною фігурою). Це не просто бажання, а еволюційно обумовлений механізм виживання.

2. Якість прив'язаності визначає модель світу. Якщо доглядач чуйний, стабільний, емоційно доступний – дитина формує «базову довіру» до світу. Якщо ж доглядач непослідовний, холодний або агресивний – формується «базова недовіра».

3. Формується внутрішня робоча модель (internal working model). Формуються уявлення особи про себе («я гідний любові чи ні»), про інших («люди надійні чи небезпечні») та про стосунки загалом («близькість – це безпечно чи боляче»). Ця модель зберігається і переноситься в доросле життя.

Існує кілька типів прив'язаності за Дж. Боулбі. Зокрема, перший вид, це безпечна прив'язаність (діти відчують себе в безпеці, довіряють світу). Тривожно-амбівалентна прив'язаність (діти переживають тривогу, бояться втрати близьких). Тривожно-уникаюча прив'язаність (діти вважають, що можуть обійтися без підтримки дорослих). Дезорганізована прив'язаність (діти мають нестабільні емоційні реакції, що ускладнює їхні стосунки).

Також Дж. Боулбі описував кілька типів порушень прив'язаності, які

можуть мати глибокі наслідки для психіки дорослої людини. Небезпечна або дезорганізована прив'язаність формується тоді, коли дитина не має стабільного джерела підтримки. Дорослі, які виховують та доглядають можуть бути одночасно джерелом страху і захисту. У дорослому віці небезпечна прив'язаність може проявлятися через хаотичні стосунки, через страх близькості, але водночас потреба в ній., а також через схильність до емоційної нестабільності, імпульсивності.

Унікаюча прив'язаність формується, коли дитина вчиться не виражати емоції, бо вони не отримують відповіді. Людина з унікаючою прив'язаністю у дорослому віці уникає глибоких стосунків. Вона, як правило, має труднощі з вираженням почуттів. І, часто, здається емоційно «холодною» або надмірно самостійною.

При сформованій тривожній прив'язаності, значимі дорослі непослідовні у своїх вчинках та самовираженні, вони то чуйні, то, навпаки, відсторонені. Дитина постійно боїться втратити контакт. У дорослому віці людина з тривожним типом прив'язаності стає надмірно залежною від партнера. Вона постійно шукає підтвердження любові. А також, відчуває страх покинутості, ревності, тривогу.

До психологічних наслідків порушеної Психологічні наслідки прив'язаності вчені відносять низьку самооцінку, адже, така людина не відчуває себе гідною любові. Труднощі у побудові стосунків, через страх близькості, недовіру, емоційну залежність. Схильність до віктимної поведінки, це про те, що людина буде проявляти терпіння до токсичних стосунків, і проявлятиме нездатність захистити себе. Підвищений ризик психічних розладів, таких як депресія, тривожні розлади, ПТСР. Та проблеми з саморегуляцією, оскільки, таким особам характерні такі прояви, як імпульсивність, емоційні зриви, труднощі з контролем гніву.

Дж. Боулбі наголошував, що модель прив'язаності, сформована в дитинстві, автоматично переноситься на романтичні, дружні та професійні стосунки. Людина несвідомо шукає знайомі сценарії – навіть якщо вони були

травматичними. Наприклад, людина, яка мала емоційно недоступну матір, може обирати партнерів, які її ігнорують. Той, хто пережив втрату або покинутість, може боятися прив'язатися, щоб уникнути болю.

Теорія Дж. Боулбі стала основою для розвитку психотерапії прив'язаності, яка допомагає дорослим переосмислити дитячий досвід. Вона використовується в роботі з травмами, залежностями, порушеннями стосунків. І дає змогу зрозуміти, що емоційні труднощі дорослого – це не слабкість, а наслідок незадоволених потреб у дитинстві.

Дж. Боулбі довів, що дитинство – це не просто етап життя, а фундамент, на якому будується вся особистість. Порушення прив'язаності – це не лише тимчасовий дискомфорт, а глибока травма, яка може визначати життєвий сценарій людини. Усвідомлення цього – перший крок до зцілення, зміни та побудови здорових, довірливих стосунків у дорослому житті.

Л. Бурбо – канадська психологиня, філософиня та авторка численних книг з психосоматики, особистісного розвитку та духовного зцілення. Її підхід до психологічної травми базується на глибокому зв'язку між тілом, емоціями та внутрішніми переконаннями. Найвідоміша її праця – «П'ять травм, які заважають бути собою» – стала основою для розуміння того, як дитячі психологічні травми формують особистість і впливають на життя в дорослому віці.

Л. Бурбо розглядає психологічну травму не лише як емоційне потрясіння, а як глибоку внутрішню рану, яка формує захисну маску – модель поведінки, що допомагає людині уникати болю, але водночас віддаляє її від справжнього «Я». Вона виділяє п'ять основних травм, які, на її думку, переживає більшість людей у дитинстві:

1. Травма відторгнення (маска – втеча). Вона виникає у дуже ранньому віці, коли дитина відчуває, що її не приймають або не хочуть. Формується, як правило, у стосунках з одним із батьків, який сам не приймає себе. Людина з цією травмою в дорослому віці відчуває себе «зайвою», недостойною; вона уникає соціальних контактів, ізолюється й має схильність до самознищення,

депресії, втечі від реальності.

2. Травма покинутості (маска – залежність). Вона виникає, коли дитина переживає емоційну або фізичну відсутність значущої фігури. Відчуття, що її залишили, що вона не має підтримки. У дорослому віці дана травма проявляється у тому, що людина боїться самотності, постійно шукає підтвердження любові. Стає емоційно залежною, чіпляється за стосунки. Часто драматизує ситуації, потребує уваги.

3. Травма приниження (маска – мазохізм). Дана травма виникає, коли дитину соромлять, критикують, змушують відчувати провину за свої потреби. Часто пов'язана з тілесними покараннями або емоційним контролем. У дорослому віці це проявляється через схильність людини до самопожертви, пригнічення власних бажань. Відчуття провини за задоволення, страх бути «егоїстом». Часто, людина з такою травмою, обирає роль «рятівника», терпить приниження.

4. Травма зради (маска – контролер). Вона виникає, коли дитина відчуває, що її обманули, не дотримали обіцянки, зрадили довіру. Часто формується у стосунках з батьком протилежної статі. У дорослому віці така людина прагне контролювати все і всіх. Має труднощі з довірою, ревнує, боїться втрати. Виявляє жорсткість, нетерпимість, перфекціонізм.

5. Травма несправедливості (маска – ригідність). Виникає, коли дитина відчуває, що її оцінюють упереджено, не визнають її зусиль. Часто формується у стосунках з батьком, який є надмірно вимогливим. У дорослому віці, така особа прагне бути ідеальною, пригнічує емоції. Виявляє жорсткість до себе і до інших. Має труднощі з прийняттям слабкості, вразливості.

Л. Бурбо наголошує у своїх працях, що ці травми формують маски – захисні поведінкові моделі, які допомагають уникати повторного болю, але водночас вони віддаляють людину від її справжніх почуттів; формують викривлене сприйняття себе та інших; призводять до повторення травматичних сценаріїв у стосунках; мають психосоматичні прояви – хвороби, тілесні симптоми як відображення внутрішнього конфлікту.

Л. Бурбо пропонує шлях трансформації особистості через, по-перше, усвідомлення своєї травми та маски. По-друге, через прийняття себе без осуду. І, по-третє, через роботу з тілом, емоціями та переконаннями. Й через відновлення контакту з внутрішнім «Я» – справжнім, вільним від страху.

Вона вважає, що тіло ніколи не бреше, і через тілесні сигнали можна зрозуміти, яку травму носить людина. Зцілення можливе лише через глибоку внутрішню роботу, чесність із собою та готовність змінити сценарій.

Згідно принципу теорії структурної дисоціації, при хронічній травмі особистість намагається адаптуватись до свого внутрішнього світу й до зовнішнього, але її психічний рівень та ресурси не завжди є достатніми для адаптивних дій. Тоді, як говорить Дж. Джанет, у своїх роботах, індивід вдається до замінних ментальних та поведінкових тенденцій в дії. Дефіцит інтеграції у таких людей, що пережили травму, істотно обмежує їх можливості досягнення цілей, до яких вони могли б прагнути в певній ситуації, а також знижує вірогідність адаптаційних дій, спрямованих на досягнення поставлених цілей. Людям, що страждають від наслідків психічних травм, не вистачає рівня психічної ефективності, що ускладнює можливість вирішення й внутрішніх конфліктів. Доволі часто життя людей, які пережили хронічну психологічну травму, перетворюється на цілу низку безперервних випробувань. І завдання діагностики та подальшої психологічної допомоги може бути ускладнене тим, що вони страждають великою кількістю симптомів, які пов'язані з різними коморбідними порушеннями. Багато людей через травматичний досвід відчують значні труднощі в повсякденному житті, що обумовлено інтрапсихічними конфліктами та дезадаптивними стратегіями подолання.

Дитячі психологічні травми є складним і багатогранним явищем, яке потребує уваги та розуміння. Важливо забезпечити дітям підтримку та ресурси для подолання наслідків травматичних досвідів, щоб вони могли розвиватися в здорових умовах і формувати позитивні стосунки в майбутньому.

1.2. Психофізіологічні механізми травматичного досвіду

Психологічна травма – це не лише емоційне потрясіння, а й глибокий біопсихосоціальний процес, який зачіпає всі рівні функціонування людини: когнітивний, емоційний, поведінковий, соматичний і нейрофізіологічний. Психофізіологія травми досліджує, як психічні переживання – особливо травматичні – змінюють роботу мозку, нервової системи, гормонального фону та навіть структуру тіла.

Травматичні переживання призводять до великої кількості добре зрозумілих фізіологічних та психологічних реакцій на загрозу. Ці симптоми мають тенденцію поступово зменшуватись після вирішення травмуючої ситуації, якщо людина отримує підтримку від інших людей та постійно ділиться своїми переживаннями. Ці лікувальні умови дозволяють поступово відновлювати нейробіологічний гомеостаз та психологічну інтеграцію.

Стан гострого стресу призводить до різноманітних біохімічних змін у всіх структурах мозку.

Гіпокамп – це структура головного мозку, розташована в медіальній скроневій частці, яка відіграє ключову роль у формуванні пам'яті, орієнтації в часі та просторі, а також у регуляції емоцій. У контексті психологічної травми гіпокамп є однією з найбільш вразливих ділянок мозку, яка зазнає функціональних і навіть структурних змін. Гіпокамп відповідає за пам'ять і орієнтацію в часі. При травмі його функція порушується: спогади стають фрагментованими, нелінійними, часто «випадають» або навпаки – нав'язливо повторюються. У посттравматичних станах гіпокамп може зменшуватись у розмірах (доведено МРТ-дослідженнями у людей з ПТСР).

Основні функції гіпокампу:

1. Формування та консолідація довготривалої пам'яті. Гіпокамп відповідає за перетворення короточасних спогадів у стабільні довготривалі. Він «архівує» досвід, дозволяючи людині пригадувати події, їхню послідовність та контекст.

2. Орієнтація в часі та просторі. Завдяки гіпокампу є можливість

визначати, коли і де щось відбулося, що дозволяє інтегрувати досвід у логічну часову лінію.

3. Регуляція емоцій через зв'язок з лімбічною системою. Гіпокамп взаємодіє з мигдалеподібним тілом, яке відповідає за емоції, особливо страх. Ця взаємодія допомагає оцінити, чи є ситуація загрозливою, і як на неї реагувати.

Травматичний негативний досвід впливає на гіпокамп, оскільки спостерігаються біохімічні зміни. Під час травматичного досвіду вивільняється велика кількість кортизолу – гормону стресу. Хронічно високий рівень кортизолу пригнічує нейрогенез у гіпокампі, тобто утворення нових нейронів. Це призводить до зменшення об'єму гіпокампу, що було підтверджено МРТ-дослідженнями у людей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Порушується пам'ять, оскільки, травматичні спогади часто зберігаються фрагментарно, без чіткого контексту. Людина може пам'ятати окремі образи, звуки, запахи, але не повну картину події. Це ускладнює інтеграцію травми в життєвий досвід і сприяє нав'язливому повторенню спогадів (флешбеки).

Відбувається деформація часової перспективи. Гіпокамп не може чітко «прикріпити» травматичну подію до минулого. Внаслідок цього мозок реагує на травматичні спогади як на теперішню загрозу, що активує реакцію «бий, тікай або завмири». Людина переживає емоційні реакції, ніби подія відбувається зараз, навіть якщо вона сталася багато років тому.

При травмі гіпокамп не встигає «заспокоїти» мигдалу, яка відповідає за страх. Це призводить до гіперреактивності емоційної системи, коли навіть незначні подразники викликають сильну тривогу або паніку.

Сучасні дослідження показують, що гіпокамп має здатність до нейропластичності – тобто відновлення структури та функцій за умови правильного терапевтичного втручання. Гіпокамп – це не просто «архів пам'яті», а ключовий регулятор емоційного та когнітивного балансу. Травма порушує його роботу, що призводить до глибоких змін у сприйнятті себе, світу

та часу. Розуміння ролі гіпокампу в травматичному досвіді відкриває шлях до глибшого зцілення, інтеграції болісного досвіду та відновлення психологічної цілісності.

Мигдалеподібне тіло (лат. *amygdala*) – це парна структура лімбічної системи головного мозку, яка відіграє ключову роль у розпізнаванні емоцій, особливо страху, тривоги, гніву, а також у формуванні емоційної пам'яті. У контексті психологічної травми, особливо отриманої в дитинстві, амигдалина є однією з найбільш чутливих і вразливих ділянок мозку. При травмі мигдалеподібне тіло стає гіперактивним, людина постійно перебуває в стані «тривоги», навіть без реальної загрози. Це призводить до гіперчутливості до подразників, панічних атак, емоційної нестабільності.

До основних функцій амигдалини нейропсихологи відносять:

- Обробка емоційних сигналів, особливо пов'язаних із загрозою.
- Активація реакції «бий, тікай або завмири» через симпатичну нервову систему.
- Формування емоційної пам'яті – збереження досвіду, пов'язаного з сильними емоціями.
- Регуляція соціальної поведінки, зокрема розпізнавання емоцій інших людей.

Дитина, яка переживає хронічний стрес, насильство, емоційне нехтування або втрату, перебуває у стані постійної загрози. Амигдалина стає гіперактивною – вона «навчається» реагувати на будь-який подразник як на потенційну небезпеку. У дорослому віці це проявляється як підвищена тривожність, панічні атаки, гіперчутливість до критики, шуму, конфліктів, надмірна реакція на незначні подразники.

Амигдалина «запам'ятовує» травматичні події не як логічні спогади, а як емоційні реакції. Це призводить до того, що людина може не пам'ятати деталі події, але відчуває страх, сором або тривогу при схожих ситуаціях. Наприклад, дитина, яку принижували в школі, у дорослому віці може відчувати паніку при публічних виступах, навіть без усвідомлення причини.

У нормі амігдалина працює у зв'язці з префронтальною корою, яка «гальмує» надмірні емоційні реакції. При травмі цей зв'язок порушується й амігдалина «перехоплює» контроль, а префронтальна кора не встигає втрутитися. Як наслідок: надмірна імпульсивність, емоційні зриви, труднощі з самоконтролем, відчуття, що «емоції керують людиною».

Амігдалина бере участь у розпізнаванні емоцій інших людей – міміки, інтонації, жестів. При травмі її функція спотворюється. Людина може неправильно інтерпретувати нейтральні сигнали як загрозливі. Виникає недовіра, соціальна тривожність, уникання контактів. Це ускладнює побудову здорових міжособистісних стосунків.

Порушення роботи мигдалеподібного тіла може мати довгострокові наслідки. Це і підвищений ризик розвитку ПТСР, тривожних розладів, депресії. Схильність до віктимної поведінки або агресії. Порушення сну, апетиту, концентрації. Формування викривленої картини світу – як небезпечного, ворожого, непередбачуваного.

Хоча амігдалина є глибокою структурою мозку, вона також, як і гіпоками піддається нейропластичності – тобто здатна змінюватися під впливом терапії та позитивного досвіду. Мигдалеподібне тіло – це емоційний «детектор загроз», який у дитинстві формує базову модель реагування на світ. Негативний досвід у ранньому віці може «перепрограмувати» амігдалину на постійне очікування небезпеки, що глибоко впливає на емоційне життя дорослої людини. Усвідомлення цього механізму – перший крок до зцілення, емоційної стабільності та побудови здорових стосунків.

Префронтальна кора – це частина головного мозку, розташована в передній ділянці лобових часток, яка відповідає за найвищі когнітивні функції: мислення, планування, самоконтроль, прийняття рішень, емоційну регуляцію та соціальну поведінку. У контексті психологічної травми, особливо отриманої в дитинстві, префронтальна кора відіграє критичну роль у тому, як людина обробляє, інтегрує та реагує на травматичний досвід.

Префронтальна кора відповідає за логіку, самоконтроль, прийняття

рішень. При хронічному стресі її активність знижується, що ускладнює раціональне мислення, емоційну регуляцію, здатність до рефлексії.

При сильному або хронічному стресі (особливо в дитинстві) рівень кортизолу зростає. Кортизол пригнічує активність префронтальної кори, що ускладнює логічне мислення, самоконтроль і емоційну стабільність. Людина стає більш імпульсивною, менш здатною до рефлексії, часто діє «на автоматі».

Дослідження показують, що у людей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) об'єм префронтальної кори може бути зменшеним. Це свідчить про нейрофізіологічні наслідки травми, які впливають на здатність до адаптації, навчання, соціальної інтеграції.

Поведінкові наслідки порушень префронтальної кори:

- Низька стресостійкість: навіть незначні труднощі викликають сильні реакції.
- Труднощі з прийняттям рішень: людина вагається, уникає відповідальності.
- Проблеми з концентрацією, пам'яттю, організацією діяльності.
- Схильність до залежностей: як спосіб «заглушити» емоції, які не контролюються.
- Порушення соціальної поведінки: агресія, замкнутість, емоційна відстороненість.

Префронтальна кора – це «диригент» психіки, який координує емоції, думки та поведінку. Негативний дитячий досвід може порушити її роботу, що призводить до емоційної нестабільності, імпульсивності та труднощів у соціальному функціонуванні. Однак завдяки нейропластичності мозку, ці порушення можуть бути скориговані через терапію, підтримку та усвідомлену роботу над собою.

Трама активує симпатичну нервову систему. Травма запускає реакцію «бий, тікай або завмири» (fight–flight–freeze), яка є еволюційним механізмом виживання. Вона активується через симпатичну нервову систему:

- Підвищується частота серцебиття.

- Зростає артеріальний тиск.
- Вивільняються гормони стресу – адреналін, кортизол.
- М'язи напружуються, дихання стає поверхневим.

Це корисно в момент загрози, але при хронічній активації – шкодить організму, призводить до виснаження, порушення сну, проблем з травленням, імунною системою.

Травма викликає також гормональні зміни. Кортизол – головний гормон стресу. У короткочасному режимі він допомагає мобілізувати ресурси. У хронічному – пригнічує імунітет, порушує метаболізм, сприяє розвитку депресії, тривожності, ожиріння, серцево-судинних захворювань.

Окситоцин і вазопресин – це гормони, які відповідають за соціальну прив'язаність. При травмі їх рівень може знижуватись, що ускладнює формування довірливих стосунків.

Також слід виділити й соматичні прояви травми. Тіло «запам'ятовує» травму – навіть якщо свідомість її витісняє. Це проявляється у хронічному м'язовому напруженні (особливо в шії, плечах, спині). У порушеннях сну, апетиту, менструального циклу у жінок. У різноманітних психосоматичних захворюваннях, таких як астма, виразка, головні болі, дерматити. Також можна спостерігати відчуття «відчуження» від тіла – дисоціації, втрати чутливості, емоційного оніміння.

Дисоціація – захисний механізм психіки. При сильній травмі психіка може «вимикати» частину свідомості, щоб уникнути болю. Це проявляється через сукупність таких явищ, як втрата пам'яті про подію. Людині здається, ніби все, що відбувається, то це відбувається не з нею. Відчуття емоційної відстороненості, «замороженість». Фізичні симптоми дисоціації виглядають, як постійний головний біль, загальне нездужання, апатія або гіперактивність. У крайніх випадках – дисоціативні розлади, можуть проявлятися як «роздвоєння особистості».

Дисоціація – це складний психічний процес, який виконує роль захисного механізму, допомагаючи людині впоратися з надмірними

емоційними навантаженнями або травматичними подіями. Це стан, при якому відбувається розрив або порушення зв'язку між різними аспектами психіки: думками, спогадами, ідентичністю, свідомістю або відчуттям реальності. Людина може відчувати, що події відбуваються не з нею, а ніби з кимось іншим.

До причин виникнення дисоціації можна віднести психологічну травму в дитинстві (насильство, нехтування, катастрофи). Також хронічний стрес – особливо в умовах, коли дитина не отримує підтримки. Механізм захисту – психіка створює «фантом», який поглинає емоції, щоб уникнути потрясіння.

Типи дисоціативних розладів

Тип	Опис
Деперсоналізаційно-дереалізаційний розлад	Людина відчуває себе відірваною від власного тіла або думок
Дисоціативний розлад ідентичності	Раніше називався «розлад множинної особистості» – наявність двох або більше субособистостей
Дисоціативна амнезія	Втрата пам'яті, яку не можна пояснити звичайною забудькуватістю

У легкій формі дисоціація – це як сновидіння наяву, коли людина трохи відірвана від реальності. У важкій – це глибокий розрив із реальністю, коли світ здається чужим, а власна ідентичність – розмитою.

Травма створює стійкі нейронні зв'язки, які автоматично активуються при схожих ситуаціях. Це пояснює чому виникає повторення травматичних сценаріїв у стосунках. Пояснює надмірну реакцію на незначні подразники. Їй труднощі з довірою, відкритістю, емоційною близькістю.

Психофізіологія травми демонструє, що психологічна травма – це не просто «емоційна рана», а глибокий системний збій, який зачіпає мозок, тіло, гормони, поведінку та соціальні зв'язки. Розуміння цих механізмів дозволяє

фахівцям пояснити, чому людина не може «просто забути» травму; допомагає підібрати ефективні методи терапії – тілесно-орієнтовану, нейропсихологічну, когнітивно-поведінкову. І важливо, допомагає підтвердити, що зцілення можливе лише через інтеграцію тіла, емоцій і свідомості.

1.3. Психосоматичні прояви дитячої травми в дорослому віці

Психосоматичний підхід у психології розглядає тіло як дзеркало психічного стану людини. У ХХ столітті психосоматика стала окремим напрямом, що поєднує медицину, психологію та соціологію.

Відповідно до цього підходу, емоційні переживання, особливо травматичні, можуть проявлятися у вигляді тілесних симптомів або хронічних захворювань. Дитячі психологічні травми – такі як емоційне нехтування, фізичне чи психологічне насильство, втрата значущих осіб, нестабільне сімейне середовище – мають довготривалий вплив на психофізіологічний стан людини, який часто проявляється вже в дорослому віці.

Поняття «психосоматика» вперше було введене у медичну практику в середині ХХ століття. Ф. Александер, один із засновників психосоматичної медицини, доводив, що певні емоційні конфлікти можуть призводити до соматичних порушень. Л. Хей та Л. Бурбо пізніше популяризували ідею, що кожна хвороба має емоційне коріння, і тіло «говорить» про те, що душа не може висловити словами. Гіппократ вважав, що хвороба – це порушення гармонії між тілом і душею. З. Фройд ввів поняття конверсійних симптомів – коли психічний конфлікт проявляється тілесно.

Конверсійні симптоми – це психічні переживання, які «перетворюються» (конвертуються) у тілесні прояви. З. Фройд вперше описав цей феномен у контексті роботи з пацієнтками, які страждали на «істеричні неврози». Його дослідження стали основою для розуміння того, як несвідомі

конфлікти можуть проявлятися через тіло, коли психіка не здатна їх усвідомити або опрацювати.

У психоаналітичній теорії З. Фрейда конверсійний симптом – це тілесне порушення (наприклад, параліч, втрата чутливості, сліпота, судоми), яке не має органічного медичного пояснення, але виконує психологічну функцію:

- «Витісняє» внутрішній конфлікт у тіло.
- Служить захистом від усвідомлення травматичного або неприйняттого змісту.
- Є проявом несвідомого бажання або страху.

З. Фрейд вважав, що симптом – це компроміс між витісненим бажанням і захисними механізмами психіки.

У співавторстві з Й. Брейєром З. Фрейд опублікував працю «Дослідження істерії» (1895), де описав випадки пацієнток, які мали тілесні симптоми без фізіологічного підґрунтя. Найвідоміший приклад – Анна О., яка страждала на параліч, порушення мовлення, зорові розлади. З. Фрейд дійшов висновку, що її симптоми були пов'язані з несвідомими емоційними переживаннями, зокрема горем, страхом, сексуальними конфліктами.

Механізм конверсії за З. Фрейдом:

1. Психічна травма або внутрішній конфлікт. Часто пов'язаний із неприйнятними бажаннями, сексуальними імпульсами, агресією, соромом.
2. Витіснення. Психіка «виштовхує» цей зміст у несвідоме, щоб уникнути болю або соціального осуду.
3. Конверсія. Витіснений зміст «перетворюється» на тілесний симптом, який символічно виражає конфлікт.
4. Вторинна вигода. Симптом дозволяє уникнути неприємної ситуації (наприклад, параліч руки – уникнення роботи) або привернути увагу, турботу.

Прикладами конверсійних симптомів є параліч кінцівки без неврологічного порушення, сліпота або глухота без пошкодження органів чуття, судоми, тремтіння, втрата голосу, анестезія (втрата чутливості) в певних

ділянках тіла, порушення ходи, координації, мови. Ці симптоми не мають органічного пояснення, але мають глибоке психологічне значення.

З. Фройд наголошував, що симптоми мають символічне значення – вони «говорять» про внутрішній конфлікт. Наприклад, втрата голосу може символізувати неможливість висловити емоції або протест. Параліч ноги – страх рухатися вперед, уникнення змін. Судоми – внутрішнє напруження, яке не має виходу.

Конверсійний симптом виконує захисну функцію. Оскільки, дає змогу уникнути усвідомлення болісного змісту; дозволяє зберегти психічну рівновагу; служить «мовою» несвідомого, коли свідомість не може впоратися з емоціями. З. Фройд вважав, що це проявом невротичного конфлікту між Ід (первинними бажаннями), Его (раціональним «Я») і Супер-Его (моральними нормами).

Хоча термін «істерія» в сучасній психіатрії не використовується, поняття конверсійних симптомів збереглося. У МКХ-10 та DSM-5 це класифікується як конверсійний розлад або функціональні неврологічні симптоми. Сучасні дослідження підтверджують, що симптоми мають нейрофізіологічне підґрунтя, але не пов'язані з органічним ураженням. Що вони виникають у відповідь на емоційний стрес, особливо у людей з дитячими травмами. А лікування включає психотерапію, тілесно-орієнтовані методи, іноді медикаментозну підтримку.

Конверсійні симптоми за З. Фройдом – це яскравий приклад того, як психіка «перетворює» емоційний біль на тілесний сигнал. Це не симуляція, а глибокий несвідомий процес, який вимагає розуміння, співчуття та терапевтичного втручання. З. Фройд відкрив двері до розуміння того, що тіло може «говорити» мовою душі, коли слова недоступні.

У контексті дитячої травми психосоматичні прояви є результатом хронічного стресу, витіснених емоцій, порушення регуляції нервової системи та гормонального балансу.

Механізми формування психосоматичних симптомів:

- Хронічна активація симпатичної нервової системи. Дитина, яка живе в умовах постійної загрози (наси́льство, агресія, нестабільність), перебуває у стані «бойової готовності». Це призводить до постійного напруження м'язів, порушення сну, апетиту, серцево-судинної регуляції.
- Порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГН-осі). Ця система відповідає за реакцію на стрес. При хронічному емоційному напруженні вона працює з перебоями, що спричиняє гормональні збої, зниження імунітету, схильність до запальних процесів.
- Витіснення емоцій. Діти часто не мають змоги або дозволу виражати страх, гнів, сором. Невиражені емоції «застрягають» у тілі, проявляючись як болі, спазми, порушення функцій органів.
- Дисоціація. При сильній травмі психіка може «відключати» частину свідомості, що призводить до втрати тілесної чутливості, відчуття «відчуження» від власного тіла, порушення координації, хронічної втоми.

До типових психосоматичних проявів у дорослих з дитячими травмами дослідники відносять:

- Головні болі та мігрені – часто пов'язані з пригніченим гнівом, внутрішнім конфліктом.
- Проблеми з травленням (гастрит, синдром подразненого кишечника) – як реакція на тривогу, страх, емоційне перевантаження.
- Дерматологічні захворювання (екзема, псоріаз) – як прояв сорому, неприйняття себе, емоційної вразливості.
- Бронхіальна астма – може бути пов'язана з відчуттям «задушення» у дитинстві, неможливістю висловити себе.
- Хронічна втома, фіброміалгія – як наслідок тривалого емоційного виснаження.
- Порушення менструального циклу, репродуктивної функції – як тілесне відображення травм, пов'язаних із тілесністю, сексуальністю, контролем.

Сучасні дослідження підтверджують, що тіло «запам'ятовує» травму навіть тоді, коли свідомість її витісняє. Це явище називають «тілесною пам'яттю». Наприклад, при повторному переживанні ситуації, схожої на дитячу травму, тіло може реагувати автоматично — спазмом, болем, тремтінням — навіть без усвідомлення причини.

Психосоматичні прояви дитячої травми — це не вигадка, а реальний фізіологічний процес, який демонструє глибокий зв'язок між психікою та тілом. Усвідомлення цього зв'язку відкриває шлях до цілісного зцілення, де робота з тілом є не менш важливою, ніж робота з емоціями. Включення психосоматичного підходу в психологічну практику дозволяє глибше розуміти клієнта, його страждання та ресурси для відновлення.

Психосоматичні прояви дитячої травми — це тілесні симптоми, які виникають як наслідок глибоких емоційних переживань, що не були усвідомлені або прожиті в дитячому віці. Тіло стає мовою, через яку психіка «говорить» про біль, страх, сором чи відчуття небезпеки, які дитина не могла виразити словами.

Дитяча психотравма здатна формувати хронічні психоемоційні напруження, які з часом трансформуються у соматичні симптоми — від головного болю, астми, шлунково-кишкових розладів до дерматологічних чи серцево-судинних проблем. Ці прояви не завжди мають органічну причину, але є реальними і болісними для дитини або вже дорослої людини. Психосоматичний підхід дозволяє побачити глибинний зв'язок між тілом і душевним станом, відкриваючи шлях до цілісного зцілення через усвідомлення, емоційне проживання та терапевтичну підтримку.

Тривалі несприятливі наслідки події є критичним компонентом травми. Ці ефекти можуть виникнути одразу або мати затримку в їх початку. Тривалість впливу може бути короткочасною чи довготривалою. У деяких випадках індивід може не усвідомити зв'язок між травматичними подіями та їх наслідками. Приклади несприятливих наслідків включають нездатність особи справлятися зі звичайними стресорами та напругами повсякденного

життя; довіряти та отримувати вигоду від стосунків; керувати когнітивними процесами – такими, як пам'ять, увага, мислення, регулювати поведінку; або контролювати вираження емоцій. Окрім цих видимих ефектів, може спостерігатися зміна нейробіологічного складу та загального здоров'я й благополуччя. Досягнення в області неврології та підвищене розуміння взаємодії нейробіологічних і екологічних факторів задокументували наслідки таких загрозливих подій.

РОЗДІЛ II

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДОСВІДУ НА ЖИТТЯ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Дослідження негативних аспектів дитинства представляє собою складну й часто замовчувану проблему. Тому до виконання цього дослідження ми підходили з особливою ретельністю та поетапністю. На першому етапі ми здійснили огляд науково-методичної літератури, щоб визначити найрезультативніші методи тестування.

На другому етапі були відібрані відповідні методики, а на третьому – саме проведено дослідження та сформульовано підсумки. Вибірку дослідження складали люди, які виявляли інтерес до теми несприятливих дитячих переживань і надали добровільну згоду брати участь. Ми опитали 65 осіб різного віку від 24 до 76 років. Усі вони вказували, що в певній мірі зазнали травматичних подій у дитинстві. Це були особи, які зверталися за консультацією до Психологічного консультативного центру і Центру «Ментальне здоров'я» (факультет психології) Волинського національного університету імені Лесі Українки, а також ті, хто проявив значний інтерес до даної тематики. Четвертий етап дослідження полягав у розробці комплексу корекційних заходів, спрямованих на зниження впливу несприятливих дитячих досвідів у дорослому віці.

Учасникам дослідження запропонували такі інструменти: Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД); шкалу «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» за К. Кіз (адаптовано Е.Л. Носенко та А.Г. Четверик-Бурчак); опитувальник «Індекс благополуччя за BOOЗ-5» (адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенка, О. В. Креденцера); Гісенівський опитувальник соматичних скарг (Giesener Beshwedebogen, GBB) та шкалу психологічного стресу (PSM-25) та Опитувальник грамотності щодо

психічного здоров'я (MHLq) (україномовна адаптація Коструба Н.С.)

1. У межах дослідження «Психологічні особливості впливу негативного дитячого досвіду на життя в дорослому віці» методика ***Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД)*** була обрана як ключовий інструмент емпіричного етапу. Її застосування дозволило здійснити кількісну оцінку рівня травматизації в дитинстві та простежити зв'язок між пережитими подіями і психологічними особливостями дорослої особистості.

Ми використали її з метою об'єктивно виявити наявність та інтенсивність негативного дитячого досвіду у респондентів. Стандартизовано класифікувати типи дитячих травм, що дозволяє порівнювати дані між учасниками. Встановити кореляційні зв'язки між кількістю негативних подій у дитинстві та проявами емоційної нестабільності, міжособистісних труднощів, тривожності, депресивності. ОНДД це опитувальник, який містить перелік типових негативних подій, що можуть трапитися з дитиною до 18 років. До них належать: фізичне, емоційне та сексуальне насильство; емоційне або фізичне нехтування; психічні розлади у батьків; алкоголізм або наркоманія в сім'ї; домашнє насильство; розлучення або втрата одного з батьків; тюремне ув'язнення члена сім'ї. Кожен позитивний пункт – це один бал, що дозволяє кількісно оцінити рівень травматизації.

ОНДД є валідним інструментом, який широко використовується в міжнародних дослідженнях психічного здоров'я. Дана методика дозволяє виявити латентні (приховані) травми, які не завжди усвідомлюються респондентом, але мають значний вплив на його психіку. ОНДД забезпечує кількісну основу для статистичного аналізу, що дозволяє виявити закономірності, залежності, ризики. Даний Інструмент є етично прийнятним, не містить надмірно інвазивних питань, але водночас охоплює широкий спектр травматичних факторів.

2. Також ми використали ***шкалу стабільності психічного здоров'я*** як один із ключових інструментів для оцінки загального рівня психологічного функціонування дорослої особистості. Ця методика дозволила нам не лише

виявити наявність психоемоційних труднощів, але й оцінити ресурсність, адаптивність та здатність до психологічного відновлення у респондентів з різним рівнем дитячої травматизації.

Метою використання в дослідження даної шкали було визначення рівня психічного здоров'я дорослих учасників дослідження, які мають різний досвід негативних подій у дитинстві. Оцінити здатність до емоційної регуляції, соціального функціонування, життєстійкості. Встановити кореляційні зв'язки між показниками шкали та результатами опитувальника негативного дитячого досвіду (ОНДД). Виявити психологічні ресурси, які можуть компенсувати вплив дитячої травми на доросле життя.

Шкала стабільності психічного здоров'я була розроблена американським психологом К. Кізом і адаптована для українського контексту Е. Л. Носенко та А. Г. Четверик-Бурчак. Вона базується на концепції позитивного психічного здоров'я, яке включає не лише відсутність психічних розладів, а й наявність таких компонентів як емоційне благополуччя (задоволення життям, позитивні емоції); психологічне благополуччя (самореалізація, автономія, цілісність, здатність до розвитку); соціальне благополуччя (відчуття приналежності, соціальної значущості, участі в житті суспільства).

Респонденти оцінюють частоту прояву позитивних психічних станів за останній місяць, що дозволяє визначити рівень психічного здоров'я (високий, середній, низький).

Дана методика дозволяє оцінити не лише патологію, а й позитивні аспекти психічного здоров'я, що є важливим для комплексного розуміння впливу дитячої травми. Вона є надійною, адаптованою до українського культурного контексту, що забезпечує достовірність результатів. Шкала дозволяє виявити внутрішні ресурси особистості, які можуть бути основою для психокорекційної роботи. Застосування цієї методики збалансовує діагностичний процес, доповнюючи оцінку негативного досвіду (ОНДД) позитивними показниками психічного функціонування.

3. Ми використали методику *«Індекс благополуччя за ВООЗ-5»* як один із інструментів для оцінки суб'єктивного емоційного стану та загального психічного благополуччя дорослих респондентів. Цей опитувальник дозволив нам кількісно виміряти рівень позитивного емоційного функціонування, що є критично важливим для розуміння наслідків дитячої травматизації.

Ми застосували дану методику для того, щоб визначити рівень суб'єктивного емоційного благополуччя дорослих, які мають різний ступінь негативного дитячого досвіду. Оцінити наявність або відсутність ознак емоційного виснаження, депресивності, апатії. Встановити кореляційні зв'язки між показниками індексу благополуччя та результатами інших методик (ОНДД, шкала психічного здоров'я). Виявити групи ризику серед респондентів, які потребують психологічної підтримки або втручання.

Дана методика складається з 5 тверджень, що відображають позитивні емоційні стани за останні два тижні. Респонденти оцінюють частоту переживання таких станів, як: відчуття радості та гарного настрою; спокій та розслабленість; активність та енергійність; відчуття, що життя має сенс; задоволення від щоденної діяльності. Кожне твердження оцінюється за шкалою від 0 до 5, що дозволяє отримати загальний бал (від 0 до 25). Чим вищий бал – тим кращий рівень емоційного благополуччя.

Методика є всесвітньо визнаним скринінговим інструментом, рекомендованим ВООЗ для оцінки психічного здоров'я населення. Вона має високу чутливість до змін емоційного стану, що дозволяє виявити навіть легкі форми емоційного виснаження. Адаптація українськими дослідниками (Карамушка, Терещенко, Креденцер) забезпечує культурну релевантність та валідність у вітчизняному контексті. Методика є лаконічною, доступною, що сприяє її ефективному застосуванню в групових дослідженнях.

4. Гісенівський опитувальник соматичних скарг (GBV) ми використали як інструмент для кількісної оцінки психосоматичних проявів, що можуть бути наслідком дитячої психологічної травми. Його застосування дозволило виявити, як саме негативний емоційний досвід у дитинстві впливає

на тілесне самопочуття дорослої особистості.

Основна мета використання GBV була визначити рівень соматичних скарг у дорослих респондентів, які мають різний ступінь дитячої травматизації. Оцінити тілесні прояви емоційного напруження, які можуть бути неусвідомленими або витісненими. Встановити кореляційні зв'язки між психічним станом та соматичними симптомами, зокрема у контексті негативного дитячого досвіду.

Гісенівський опитувальник соматичних скарг дозволяє оцінити частоту та інтенсивність тілесних симптомів, що не мають чіткої органічної причини, але можуть бути пов'язані з емоційним станом. Методика охоплює такі групи скарг: кардіальні (серцебиття, біль у грудях); шлунково-кишкові (нудота, біль у животі, порушення апетиту); опорно-рухові (болі в спині, суглобах, м'язах); вегетативні (пітливість, запаморочення, тремтіння); загальні (втома, слабкість, порушення сну). Респонденти оцінюють інтенсивність кожного симптому, що дозволяє сформувати індивідуальний соматичний профіль.

5. *Шкала психологічного стресу PSM-25* була використана як важливий діагностичний інструмент для кількісної оцінки рівня психоемоційного напруження у дорослих респондентів. Її застосування дозволило виявити, наскільки інтенсивно проявляється стрес у осіб з різним ступенем дитячої травматизації, а також оцінити його вплив на загальний психологічний стан.

Основна мета використання PSM-25, яку ми ставили перед собою в даному дослідженні полягала у тому, щоб визначити рівень психологічного стресу у дорослих, які мають досвід негативних подій у дитинстві. Оцінити інтенсивність психоемоційного напруження, що може бути наслідком дитячої травми.

Шкала PSM-25 це стандартизований опитувальник, який складається з 25 тверджень, що охоплюють різні аспекти переживання стресу. Респонденти оцінюють частоту прояву симптомів за останній період, зокрема: психологічні симптоми (тривожність, дратівливість, емоційна нестабільність); фізіологічні

симптоми (порушення сну, головний біль, втома); когнітивні симптоми (труднощі з концентрацією, забудькуватість); соціальні симптоми (уникання контактів, зниження мотивації). Результати дозволяють класифікувати рівень стресу як низький, середній або високий.

Методика дозволяє виявити хронічний або латентний стрес, який не завжди усвідомлюється респондентом. Вона охоплює мультифакторну модель стресу, включаючи емоційні, когнітивні, фізіологічні та поведінкові компоненти. Застосування PSM-25 у поєднанні з іншими методиками (ОНДД, WHO-5, GBB) забезпечує комплексну оцінку психологічного стану.

6. *Опитувальник грамотності щодо психічного здоров'я (Mental Health Literacy Questionnaire – MHLq)* ми використали для оцінки рівня обізнаності, ставлення та поведінкових установок дорослих респондентів щодо психічного здоров'я. Його застосування дозволило глибше зрозуміти, як люди з різним рівнем дитячої травматизації сприймають власний психічний стан, чи вміють його розпізнавати, і чи готові звертатися по допомогу. Методика дозволила оцінити рівень психічної грамотності дорослих респондентів – тобто їхню здатність розпізнавати ознаки психічних розладів, зрозуміти причини та наслідки, знати способи підтримки. Виявити ставлення до психічного здоров'я: чи сприймається воно як важлива складова добробуту, чи існують стигматизуючі переконання. З'ясувати, наскільки респонденти готові звертатися по психологічну допомогу, чи знають, куди і як це зробити.

2.2. Аналіз емпіричних даних впливу негативного дитячого досвіду дитинства на психічне здоров'я в дорослому віці

За методикою Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД), ми отримали наступні результати (див. Таблиця 2.1.):

Таблиця 2.1.

1. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто вас?	77,5%
2. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих поводив себе таким чином, що ви боялися фізичної шкоди?	45%
3. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто бив, хапав, штовхав або кидав у вас щонебудь?	80%
4. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто або бодай одноразово побив так, що залишились синці або ушкодження?	30%
5. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з осіб старший більш як на 5 років хоч би одноразово торкався до вас з сексуальним наміром?	5%
6. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з осіб старший більш як на 5 років намагався скоїти або мав з вами статевий акт (оральний, анальний, вагінальний)?	5%
7. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб ви часто відчували що вас не люблять, до вас байдужі?	67,5%
8. Чи часто ви відчували, що ваші брати та сестри отримують більше уваги батьків, ніж ви?	52,5%
9. Члени вашої родини не були близькими, не підтримували один одного?	22,5%
10. Ви (до 18 років) жили з кимось, хто зловживав алкоголем або наркотиками?	35%
11. Чи можна сказати, що батьки не дбали про вас належним чином через надмірне вживання алкоголю / наркотичних речовин?	5%
12. Ви часто приходили до школи у брудному та старому одязі, не мали їжі?	10%
13. Чи ви часто відчували (до 18 років), що не було когось, хто б вас захистив?	25%
14. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто бив, хапав, штовхав вашу маму або інших членів родини?	45%
15. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих бодай одноразово погрожував ножом або рушницею вашій мамі або іншим членам родини?	-

16. До того, як вам виповнилось 18 років, ваші батьки жили окремо або були розлучені?	42,5%
17. Хтось з тих з ким ви жили в дитинстві страждав психічними розладами?	-
18. Хтось з тих з ким ви жили в дитинстві потратив до в'язниці?	-
19. Хтось з тих з ким ви жили в дитинстві намагався скоїти самогубство?	2,5%
20. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто вас закривав у кімнаті або прив'язував?	2,5%
21. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто не розмовляв із вами більше декількох годин в якості покарання?	7,5%
22. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб ви були жертвою цькування або насильства у школі?	52,5%

З опитування ми можемо зробити висновок, що найчастіше негативним досвідом дитинства було те, що досліджувані страждали від фізичного насилля, їх часто били, хапали, штовхали, застосовували фізичні покарання. 80% вибірки.

Також високий рівень моральних страждань, адже 77,5% вибірки відповіли, що страждали від образ, їх часто сварили та принижували. 67,5% вибірки відчували, що їх не люблять та байдуже ставлення. 52,5% респондентів страждали від того, що їм не вистачало батьківської любові та уваги, у зв'язку із народженням братів та сестер, а також вони страждали від булінгу, принижень у школі. 45% опитаних боялись, що їм можуть завдати фізичної шкоди та були свідками того, що хтось ображав (завдавав фізичної шкоди їх рідним), тобто вони були свідками насилля.

Достатньо висока вибірка, що стосувалась травматичної події розлучення батьків (42,5%). Страждали від того, що рідні зловживали алкоголем 35% опитаних. 25% опитаних не почувались в дитинстві у безпеці, вони не знали, що таке підтримка рідних. Батьки карали мовчанням та ігноруванням 7,5% респондентів. Не відчували близькості, в родині не

підтримували один одного – такий несприятливий досвід відзначили 22,5% опитаних. Найменші показники, були за шкалами, тобто жодного вибору на питання щодо життя з психічно хворими родичами, а також досвід ув'язнення рідних.

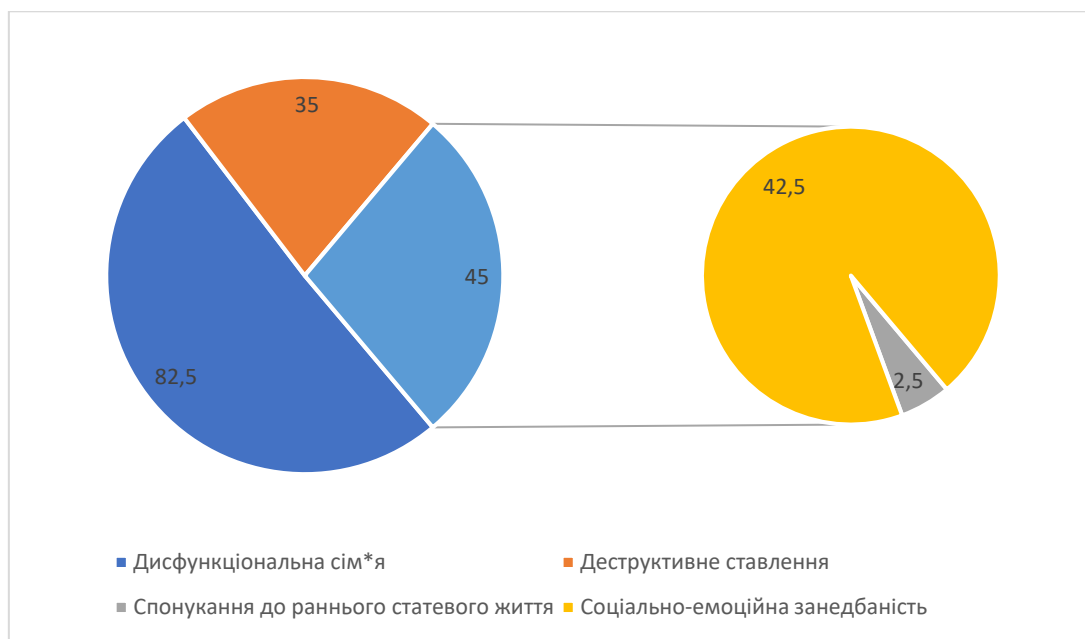


Рис. 2.1. Співвідношення складових негативного дитячого досвіду (n=65)

Також ми зробили висновок, що загальний рівень негативного дитячого досвіду в нормі лише у 10% опитаних респондентів, 90% відповідно не норма. Проживання у дисфункціональній сім'ї – було визначено у 82,5% опитаних. Деструктивне ставлення оточення визначено у 35% опитаних. Залучення до раннього статевого життя – 2,5%, а Соціально-емоційна занедбаність визначена у 42,5% вибірки.

То ж коли не вдається розібратись із травмами, люди продовжують відчувати негативні емоційні переживання.

Наступним кроком нашого емпіричного дослідження було проведення методики Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» К. Кіз (адаптація Е. Л. Носенко, А. Г. Четверик-Бурчак). За методикою були отримані наступні результати: гедонічного благополуччя (Позитивні емоції.

Досягнення Активність. Смысл Взаємодія. (Спілкування)) було визначено лише у 12,5% опитаних.

За результатами врахування симптомів позитивного функціонування, а саме показниками соціального благополуччя, було визначено 32,5% опитаних.

За шкалою показників психологічного благополуччя було визначено 27,5% опитаних. Пригнічення було діагностовано у 17,5% вибірки.

В індивідів, які не увійшли до жодної з названих категорій, діагностується «помірний» (задовільний) рівень психічного здоров'я, таких було визначено 10% (див. Рис. 2.2.).

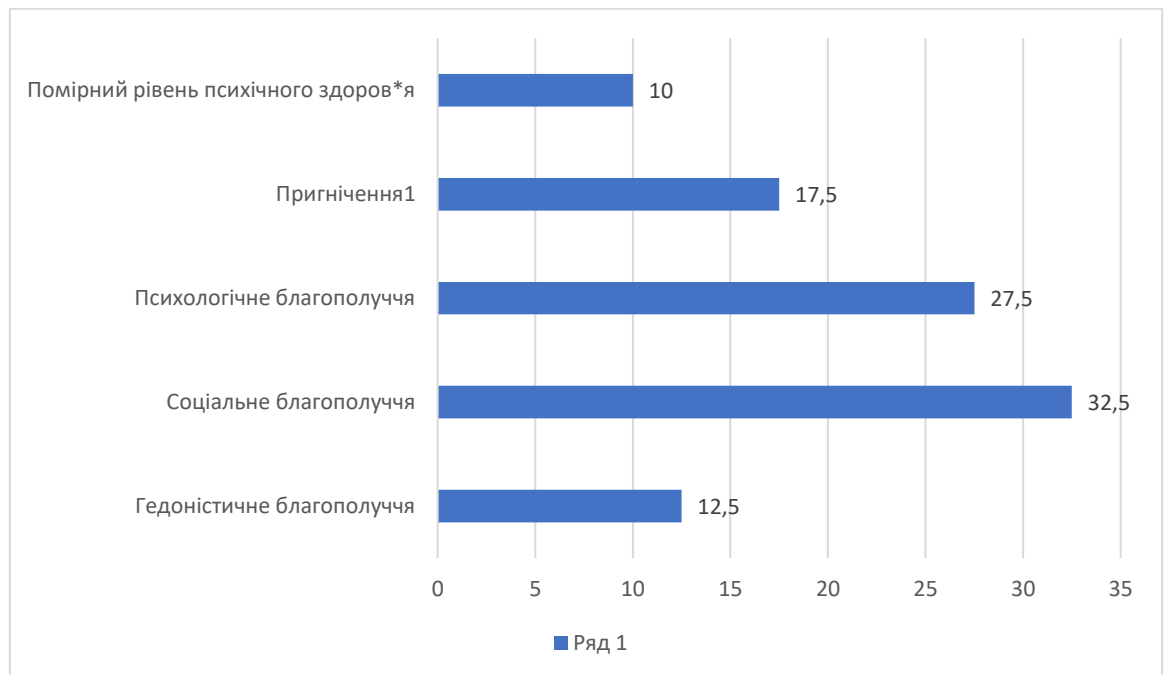


Рис. 2.2. Відображення рівнів психічного здоров'я у дорослих (%)

Можна зробити висновок, що достатньо незначна кількість досліджуваних відчувають психічне благополуччя. Рівень пригніченості визначено аж у 17,5% опитаних. А помірний рівень психічного здоров'я визначено лише у 10% вибірки.

Хоча досліджувані все ж відзначають задоволеність активністю власною, соціальною влаштованістю, та психологічне благополуччя відзначено у 13 осіб із 40.

Ми, звичайно, не можемо відзначити, що це лише результати негативного дитячого досвіду. Але це важливо для розуміння того, що серед групи опитаних, достатньо тих, хто відчуває себе в пригніченому стані. Що погіршує самопочуття та заважає цілісному сприйняттю життя та ситуацій.

Але хороша новина полягає у тому, що особистість може зробити висновок зі свого дитячого досвіду, переосмислити ситуацію і завершити «зупинені» реакції у стосунках зі своїми батьками/опікунами, таким чином зможе змінити ці стосунки, які стануть більш здоровими та безпечними.

За результатами методики «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер) ми отримали наступні результати. Але ми вирішили розділити наших учасників, і в першу групу увійшли ті досліджувані, які потрапили у групу психологічне благополуччя (за результатами попередньої методики) та особи з групи помірно психічне здоров'я). Це відповідно 32 особи та 40 осіб ми віднесли в іншу групу, аби порівняти індекс благополуччя у цих підгрупах. Група 1 ми назвали Психічне здоров'я, Група 2, відповідно, Психічне нездоров'я.

Підрахунок проводився за такими критеріями: відсотковий показник «0» відповідає найнижчому благополуччю, а «100» – найвищому благополуччю. Від 0% до 40% діагностується низький рівень благополуччя, від 41% до 62% – середній рівень благополуччя, від 63% до 100% – високий рівень благополуччя.

За підрахунками в Групі 1 Психічне здоров'я, жоден з досліджуваних не отримав показник «0», який відповідає найнижчому благополуччю. Також не зафіксовано жодного варіанту низького благополуччя. Тоді, як середній рівень благополуччя продемонстрували 86,6% опитаних групи 1; і високий рівень благополуччя було визначено у 13,4% опитаних (див. Рис. 2.3.).

Даний результат може говорити про те, що люди можуть зробити висновок зі свого несприятливого дитячого досвіду та переосмислити ту ситуацію. І таке перепроживання допомагає стати хорошими батьками або партнерами, оскільки повертає у стосунок спонтанність та творчу чутливість.

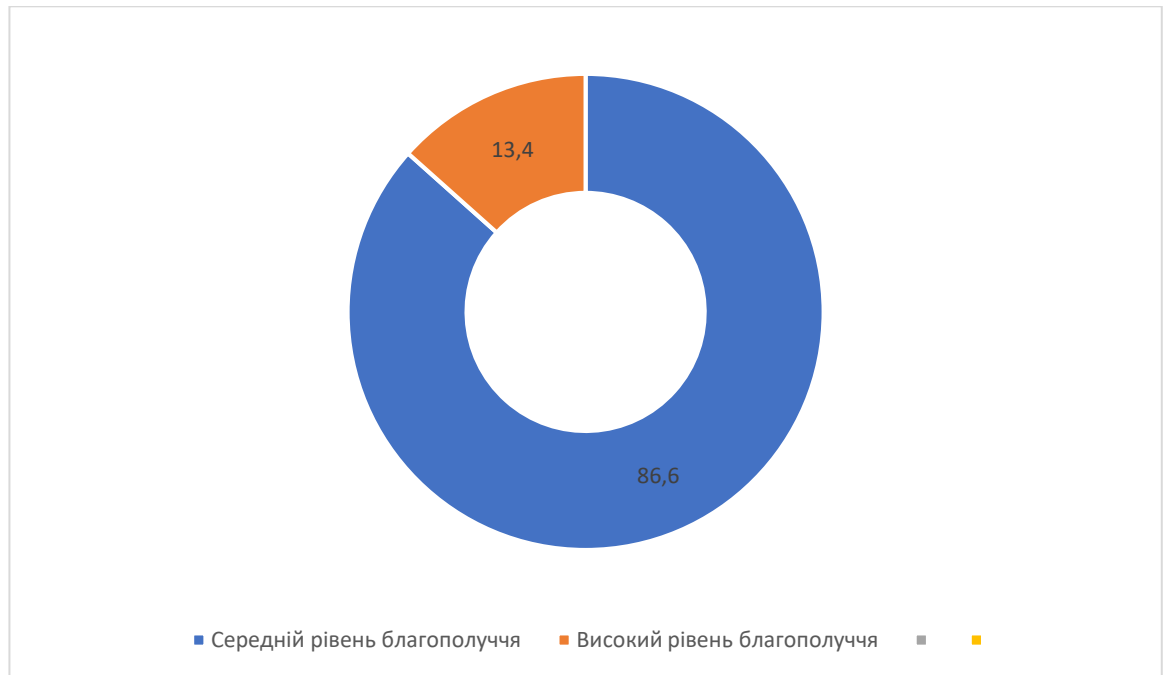


Рис. 2.3. Рівень відчуття благополуччя в Групі 1 Психічне здоров'я

Тоді як у групі 2 Психічне нездоров'я ми отримали наступні результати: також не визначено жодної анкети з показником нуль, тобто з відчуттям найнижчого рівня благополуччя. Але визначено низький рівень благополуччя у 20% учасників емпіричного дослідження; середній рівень благополуччя визначено у 76% опитаних, ми це пов'язуємо з тим, що у цій групі багато осіб, які відчувають соціальне та гедоністичне благополуччя. І високий рівень було визначено у 4% опитаних (див. Рис. 2.4.).

Тому порівнюючи дві групи можна зробити висновок, що все ж у групі, яку ми назвали Психічне здоров'я, показники благополуччя є кращими, в цій групі зовсім немає низького показника, достатньо високий середній показник, та присутній хороший показник високого рівня благополуччя.

Тоді як у Групі 2, яку ми назвали Психічне нездоров'я ми уже визначили показники низького рівня благополуччя, показники середнього рівня нижчі, ніж у групі 1, і відсоток високого благополуччя достатньо низький (див. Рис. 2.5.).

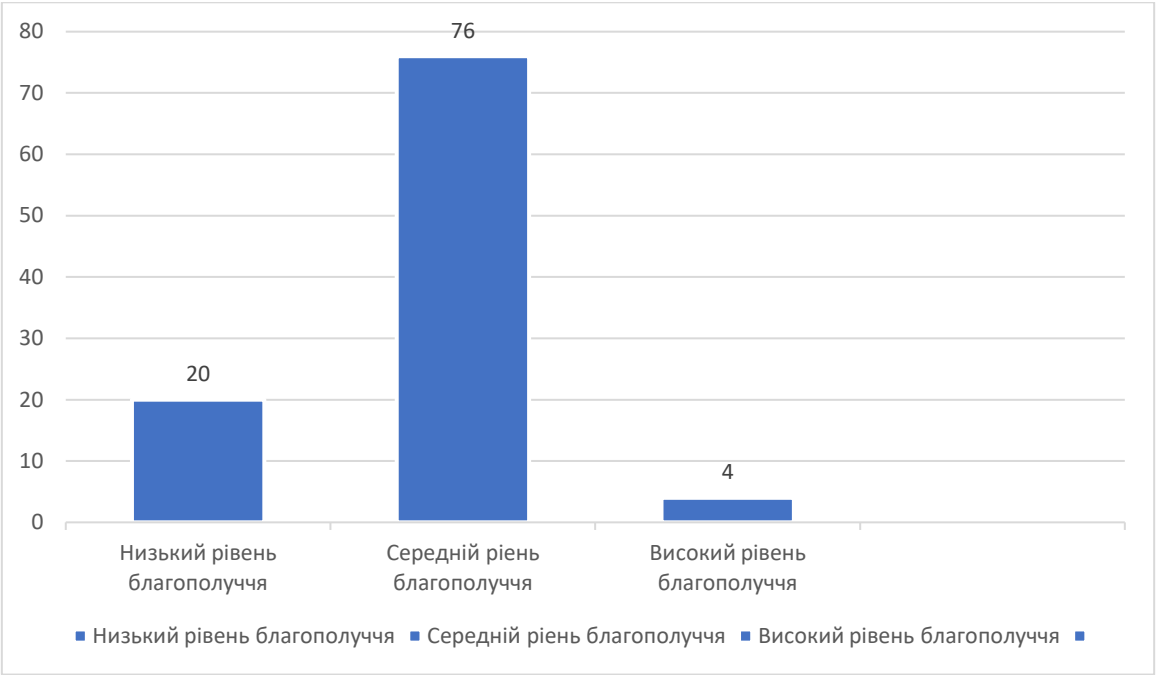


Рис. 2.4. Рівень відчуття благополуччя в Групі 2 Психічне нездоров'я

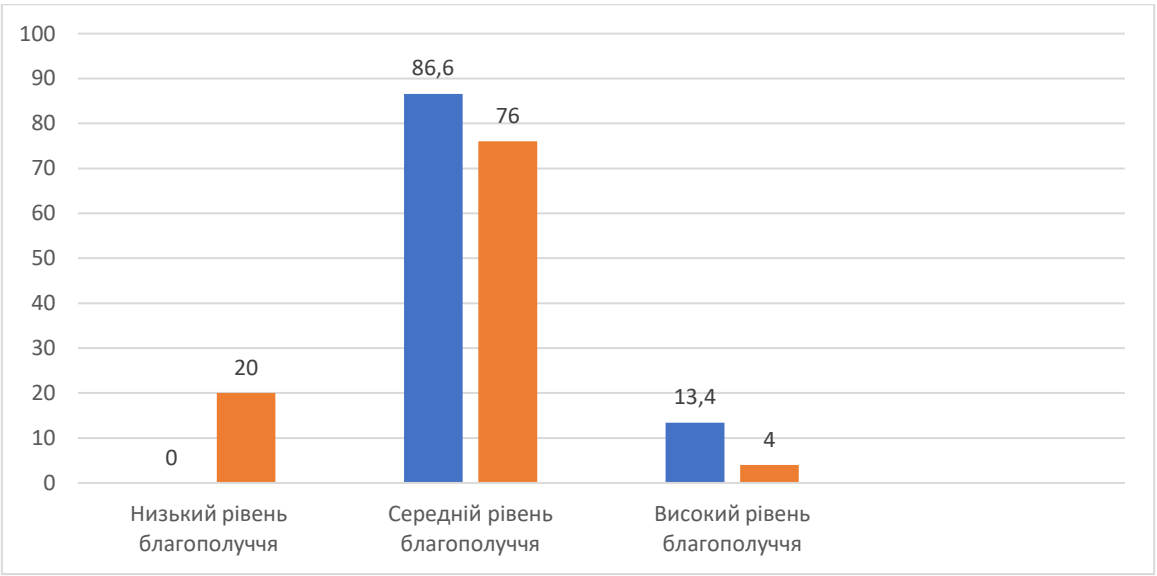


Рис. 2.5. Порівняльний аспект відчуття благополуччя в групі Психічне здоров'я (Група 1) та в групі Психічне нездоров'я (Група 2)

Також ми порівняли результати в двох групах, які ми отримали за методикою Гісенівський опитувальник соматичних скарг (Giesener Beshwedebogen, GBV).

В Групі 1 «Психічне здоров'я» характеристика виснаження. Характеризує суб'єктивне уявлення людини про наявність/втрати життєвої енергії і потреба в допомозі. Тут на середньому рівні виражені такі показники, як відчуття слабкості у 15,5% опитаних; підвищена сонливість – у 31,25% такий же показник і на визначенні втоми (швидка втомлюваність). Виснажливість була визначена у 25% опитаних; такий показник, як затьмарення свідомості не було визначено; кваліть на рівні 46,7% опитаних. Тоді як у Групі 2 «Психічне нездоров'я», результати наступні слабкість визначено у 32,5%; підвищена сонливість – 42,5%; швидка виснажуваність – 50%, втома – 55%; відчуття приглушення (затьмарення свідомості) визначено у 12,5% респондентів, і кваліть – 57,5% досліджуваних (див. Таблиця 2.2.).

Таблиця 2.2.

Порівняльна характеристика двох Груп досліджуваних за результатами методики Гісенівський опитувальник соматичних скарг (Giesener Beshwedebogen, GBV)

Шкала «Виснаження»	Група 1	Група 2
Відчуття слабкості	15,5	32,5
Підвищена сонливість	31,25	42,5
Швидке виснаження	25	50
Втома	31,25	55
Відчуття приглушення (затьмарення свідомості)	0	12,5
Кваліть	46,7	57,5

Шкала «Шлункові скарги». Результати в Групі 1: відчуття важкості або переповнення у животі визначено 37,5% осіб; блювання – 9,4%; нудота – 21,8%; відрижка – 50% респондентів; печія або кисла відрижка – такі соматичні скарги визначено в 34,4% опитаних, болі в шлунку – 65,5% опитаних. Тоді як в Групі 2: ці показники є вищими. Відчуття важкості або переповнення у животі визначено 50% осіб; блювання – 27,5%; нудота – 32,5%; відрижка – 50% респондентів; печія або кисла відрижка – такі соматичні скарги визначено в 67,5% опитаних, болі в шлунку проявляються у 92,5% опитаних (див. Таблиця 2.3.).

Таблиця 2.3.

**Порівняльна характеристика двох Груп досліджуваних за
результатами методики Гісенівський опитувальник соматичних скарг
(Giesener Beshwedebogen, GBB)**

Шкала «Шлункові скарги»	Група 1	Група 2
Відчуття важкості або переповнення у животі	37,5	50
Блювання	9,4	27,5
Нудота	21,8	32,5
Відрижка	50	50
Печія або кисла відрижка	34,4	67,5
Болі в шлунку	65,5	92,5

Ця шкала відображає синдром нервових (психосоматичних) шлункових недомагань (епігастральний синдром).

Шкала 3 «Болі в різних частинах тіла» або ревматичний фактор». В групі 1 нами були отримані наступні результати: болі в суглобах та кінцівках визначено у 21,8% опитаних; болі в попереку та спині – 56,3%; болі в шиї (потилиці) або плечових суглобах – 78,2%; головний біль – 65,3%; відчуття

важкості в ногах або втоми в ногах – 12,5%; відчуття тиску в голові – 28,1% респондентів.

В Групі 2 болі в суглобах та кінцівках визначено у 30% опитаних; болі в попереку та спині – 75%; болі в шиї (потилиці) або плечових суглобах відчувають 80% опитаних; головний біль – 87,5% респондентів; відчуття важкості в ногах або втоми в ногах – 65,5%; відчуття тиску в голові 81,3% опитаних (див. Таблиця 2.4.).

Таблиця 2.4.

Порівняльна характеристика двох Груп досліджуваних за результатами методики Гісенівський опитувальник соматичних скарг (Giesener Beshwedebogen, GBB)

Шкала «Болі в різних частинах тіла» або «Ревматичний фактор»	Група 1	Група 2
Болі в суглобах і кінцівках	21,8	30
Болі в попереку або спині	56,3	75
Болі в шиї (потилиці) або плечових суглобах	78,2	80
Головний біль	65,3	87,5
Відчуття важкості або втоми в ногах	12,5	65,5
Відчуття тиску в голові	28,1	81,3

Шкала відображає суб'єктивні страждання, які мають алергічний або спазматичний характер.

Шкала 4 «скарги на серце» Зазвичай у здорових випробовуваних серцеві скарги найбільш необґрунтовані. Високий бал за шкалою свідчить про приписуванні собі неіснуючих симптомів з метою привернути увагу або звернутися за допомогою. В Групі 1 були визначені такі результати:

Серцебиття, перебої в роботі серця або завмирання серця – 43,6%.

Головокружіння – 18,6%.

Відчуття кому в горлі, звуження горла або спазму – 25%.

Колючі або тягнучі болі в грудях – 28,2%.

Напади задишки (ядухи) – 31,3%

Серцеві напади – 15,5% опитаних.

Тоді, як у Групі 2 результати були наступні: серцебиття, перебої в роботі серця або завмирання серця – 50%; головокружіння – 42,5%; відчуття кому в горлі, звуження горла або спазму – 37,5%; колючі або тягнучі болі в грудях – 65,5%; напади задишки (ядухи) – 57,5%; серцеві напади – 32,5% опитаних (див. Таблиця 2.5.).

Таблиця 2.5.

**Порівняльна характеристика двох Груп досліджуваних за
результатами методики Гісенівський опитувальник соматичних скарг
(Giesener Beshwedebogen, GBV)**

Шкала «Скарги на серце»	Група 1	Група 2
Серцебиття, перебої в роботі серця або завмирання серця	43,6	50
Головокружіння	18,6	42,5
Відчуття кому в горлі, звуження горла або спазму	25	37,5
Колючі або тягнучі болі в грудях	28,2	65,5
Напади задишки (ядухи)	31,3	57,5
Серцеві напади	15,5	32,5

Загальний бал: Загальний бал показує інтенсивність соматичних скарг. Добре корелює з депресією, алекситимією, особистісною тривожністю. Нормативів для окремих шкал не передбачено. Оцінюється загальний бал виходячи з того, що при максимально можливій сумі в 100 балів серед здорових людей 50% має менш 14 балів, 75% - менше 20, 100% - менше 40 балів.

За результатами обрахунку Шкали психологічного стресу (PSM-25) результати були такі: високий рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації і психічного дискомфорту, необхідності застосування широкого спектра засобів і методів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення і життя, визначено в Групі 1 на рівні 15,6%, тоді як у Групі 2 на рівні 37,5% респондентів.

Середній рівень стресу в групі 1 визначено у 62,6% опитаних, тоді як в Групі 2 – 47,5%.

Низький рівень стресу, який свідчить про стан психологічної адаптованості до навантажень в групі 1 визначено у 21,8% опитаних; в Групі 2 у 1,8% опитаних (див. Рис. 2.6.).

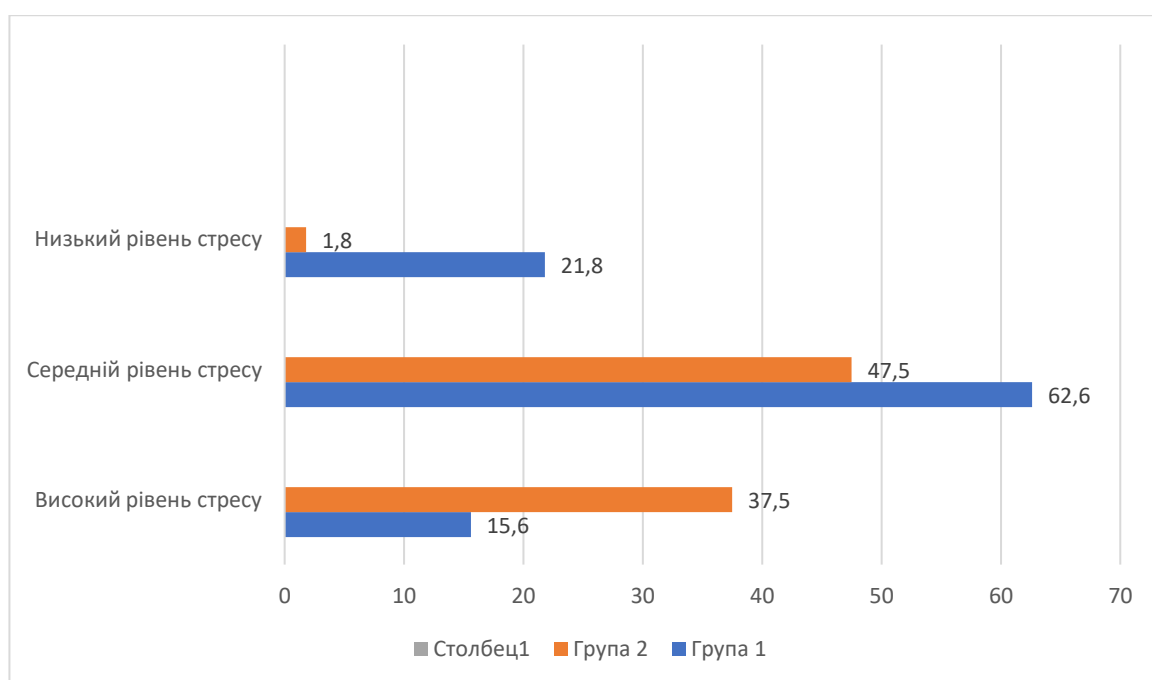


Рис. 2.6. Відсотковий розподіл балів щодо рівня психологічного стресу в двох групах досліджуваних

Несприятливий досвід насильства (фізичного, емоційного, сексуального чи психологічного) у дитинстві може мати довготривалий вплив на психічне здоров'я і проявлятися у вигляді підвищеного стресу, соматичних скарг та психосоматичних розладів. Аналіз цих зв'язків через результати Гісенського

опитувальника соматичних скарг (GBB), шкали стресу (PSM-25) і загального рівня психічного здоров'я дозволив виявити такі кореляції r-Пірсона:

1. Кореляція між досвідом насильства і соматичними скаргами (шкали Гісенського опитувальника). Досвід насильства в дитинстві часто впливає на фізичне здоров'я через хронічний стрес і порушення регуляції фізіологічних процесів. На шкалах Гісенського опитувальника це може проявляється у таких зв'язках: Шкала серцево-судинних скарг: Люди, які зазнали насильства, частіше скаржаться на болі в серці, серцебиття, високий артеріальний тиск. Це пов'язано із підвищеним рівнем кортизолу та постійним відчуттям тривоги. Шкала респіраторних проблем: Наявність хронічного відчуття страху чи панічних атак може спричиняти труднощі з диханням, задишку, схильність до гіпервентиляції. Шкала шлунково-кишкових розладів: Стрес, викликаний дитячими травмами, часто проявляється у формі гастритів, синдромів подразненого кишечника чи болів у животі. Шкала м'язово-скелетних болів: Постійна напруга в тілі через травматичний досвід може викликати болі в м'язах, суглобах, хронічну втоми.

Між несприятливим досвідом насильства та соматичними скаргами (GBB), дивитись Табл.2.6.

Очікувано, що коефіцієнт кореляції r виявився позитивним, оскільки люди, які зазнали насильства, частіше скаржаться на соматичні симптоми. отримані значення.

Таблиця 2.6.

Кореляція між негативним/травмуючим досвідом в дитинстві та соматичними скаргами

Серцево-судинні скарги	$r=0.40-0.60$
Респіраторні проблеми	$r=0.30-0.50$
Шлунково-кишкові розлади	$r=0.45-0.65$
М'язово-скелетні болі	$r=0.35-0.55$

Травматичний досвід у дитинстві безпосередньо пов'язаний із підвищеним рівнем стресу у дорослому віці. Виявлено кореляцію: $r=0.50-0.70$ $r = 0.50 - 0.70$.

Високий рівень стресу може поглиблювати фізичні симптоми, що оцінюються за GBV. Загальний рівень соматичних скарг: $r=0.55-0.75$ $r = 0.55 - 0.75$. Найсильніший зв'язок з шлунково-кишковими розладами та м'язово-скелетними болями ($r \approx 0.60-0.75$ $r \approx 0.60 - 0.75$).

Зниження психічного здоров'я, зокрема розвиток депресії, тривожності або ПТСР, зазвичай пов'язане із дитячим досвідом насильства. Коефіцієнт кореляції: $r=-0.50$ $r = -0.50$ до $-0.70-0.70$ (негативна кореляція, оскільки більш несприятливий досвід корелює зі зниженням показників психічного здоров'я).

Високий рівень стресу за шкалою PSM-25 часто супроводжується зниженням показників психічного здоров'я. Кореляція $r=-0.60$ $r = -0.60$ до $-0.80-0.80$.

Таблиця 2.7.

**Кореляційна матриця взаємозв'язків між
несприятливим/травматичним досвідом дитинства та іншими
досліджуваними показниками**

Досвід насильства та загальний рівень соматичних скарг (GBV)	$r=0.58$
Досвід насильства та рівень стресу (PSM-25)	$r=0.64$
Рівень стресу та загальний рівень соматичних скарг (GBV):	$r=0.72$
Досвід насильства та психічне здоров'я	$r=-0.74$

Помірна кореляція ($r=0.30-0.50$ $r = 0.30 - 0.50$): свідчить про те, що досвід насильства суттєво, але не повністю визначає соматичні скарги. Висока кореляція ($r=0.50-0.75$ $r = 0.50 - 0.75$): указує на сильний взаємозв'язок, наприклад, між стресом і соматичними скаргами або між стресом і рівнем психічного здоров'я. Негативна кореляція ($r=-0.50$ $r = -0.50$ і нижче): свідчить

про те, що вищий рівень стресу чи більший досвід насильства пов'язаний із нижчими показниками психічного благополуччя.

І на завершення, ми запропонували Опитувальник грамотності щодо психічного здоров'я (MHLq) (україномовна адаптація Коструба Н.С.). Для кращого розуміння того, як група розуміє та сприймає вплив несприятливого досвіду дитинства на їхнє психічне здоров'я. Ми отримали наступні результати (див. Рис. 2.7.).

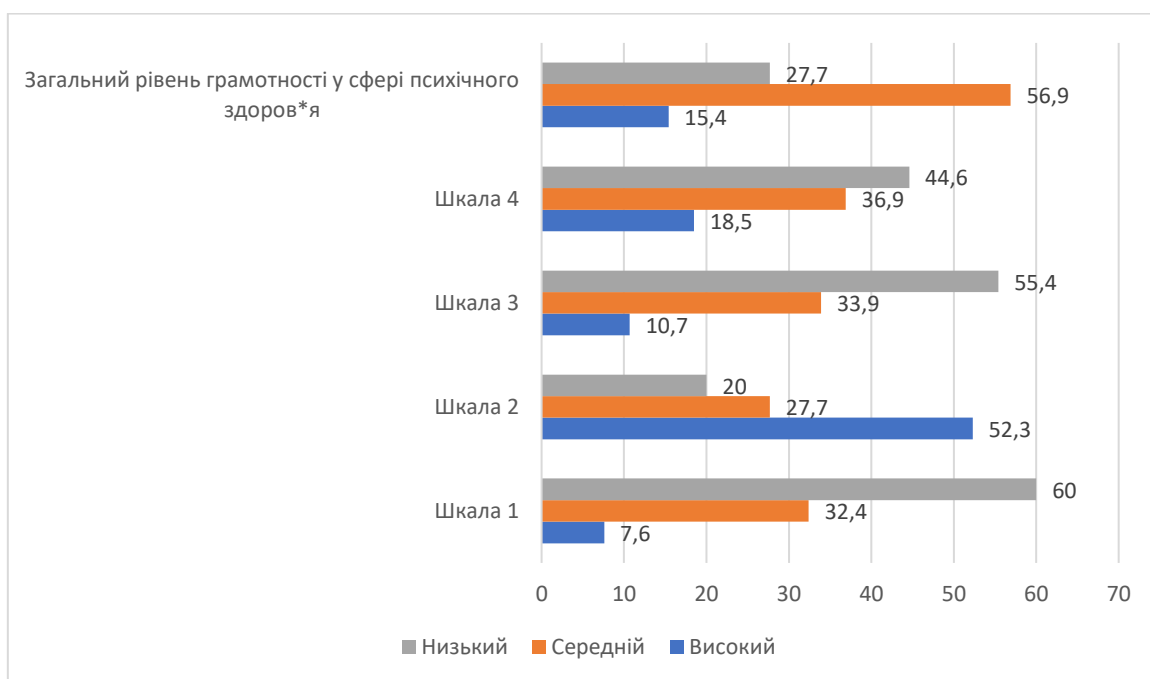


Рис. 2.7. Відображення % рівня грамотності щодо рівня психічного здоров'я (n=65)

Шкала 1. Знання проблем психічного здоров'я. Високий рівень обізнаності визначено у 7,6% опитаних, середній рівень визначено у 32,4%, а низький рівень обізнаності визначено у 60% вибірки. Це свідчить про те, що більшість учасників мають обмежене уявлення про природу психічного здоров'я, не розпізнають симптоми порушень, не володіють базовими знаннями про емоційне благополуччя. Такий рівень обізнаності ускладнює своєчасне звернення по допомогу та формує ризик хронізації психоемоційних труднощів.

Шкала 2. Помилкові переконання/стереотипи. Високий рівень помилкових переконань та стереотипних уявлень про психічне здоров'я визначено у 52,3% респондентів, середній – у 27,7% опитаних та низький рівень помилкових переконань/стереотипів про психічне здоров'я визначено у 20% усіх опитаних. Понад половина респондентів демонструє стійкі хибні уявлення про психічне здоров'я, що може включати: стигматизацію психічних розладів; невизнання потреби у психологічній допомозі; переконання, що «психолог – це для слабких» або «травми треба просто забути». Це створює бар'єри до звернення по допомогу та знижує ефективність профілактичних заходів.

Шкала 3. Навички звернення за допомогою та надання першої допомоги. Високий рівень навичок звернення за допомогою у 10,7% опитаних; середній рівень визначено у 33,9%, і низький рівень, відповідно визначено у більшій частини вибірки, у 55,4% респондентів. Більшість учасників не знають, як і куди звертатися у разі психоемоційних труднощів, не вміють підтримати себе чи інших у кризовій ситуації. Це свідчить про низький рівень практичної готовності до дій, навіть якщо проблеми усвідомлюються.

Шкала 4. Стратегії самопомоги. Високий рівень розвитку стратегій самопомоги визначено у 18,5% опитаних, середній рівень визначено у 36,9% досліджуваних, і низький рівень визначено у 44,6% опитаних. Майже половина респондентів не володіє ефективними способами саморегуляції, емоційного відновлення, зниження стресу. Це підвищує ризик емоційного виснаження, соматизації та залежнісної поведінки.

Загальний рівень грамотності у сфері психічного здоров'я на високому рівні визначено у 15,4% опитаних. Середній рівень загальної грамотності у сфері здоров'я визначено у більшій частини вибірки у 56,9% опитаних. Але значний відсоток респондентів (27,7%) мають низький рівень грамотності у сфері психічного здоров'я. Загальна картина свідчить про домінування середнього та низького рівня психічної грамотності, що є тривожним сигналом у контексті дослідження впливу дитячих травм. Люди з негативним дитячим

досвідом часто не мають достатніх знань, щоб усвідомити наслідки пережитого, не вміють звертатися по допомогу, і не володіють навичками самопідтримки.

Отримані результати свідчать про загальний дефіцит психічної грамотності, що має важливе значення для подальшої психоосвітньої та психокорекційної роботи.

Дослідження показали, що багато людей в Україні мають несприятливий досвід дитинства. Ці несприятливі дитячі переживання впливають на психічне здоров'я та благополуччя. Таким чином, дитинство формує біографію людини, а в дорослому житті - її власну біографію. Тому, незважаючи на безсумнівний вплив, більшість респондентів почуваються задоволеними тим, як вони будують стосунки, життєдіяльність і соціальні аспекти свого життя. Вони змогли зробити вибір, сприятливий для їхнього життя, і контролювати те, що відбувається в їхньому житті в даний час.

РОЗДІЛ III

КОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА, ОРІЄНТОВАНА НА ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА

3.1. Теоретичне обґрунтування корекційної програми

Корекційна програма, розроблена в межах даного дослідження, базується на інтеграції сучасних психотерапевтичних підходів, які довели свою ефективність у роботі з наслідками дитячої психологічної травми. Її теоретичне підґрунтя включає багато теоретичних підходів до вирішення даної проблематики.

Теорію прив'язаності Дж. Боулбі, яка пояснює, як ранні стосунки з доглядачами формують внутрішні моделі себе та світу, що впливають на емоційну регуляцію, самооцінку та міжособистісні стосунки.

Психофізіологічну модель травми, згідно з якою негативний досвід дитинства змінює роботу мозку (гіпокамп, амігдала, префронтальна кора), порушує гормональний баланс і формує хронічну реакцію стресу.

Психосоматичний підхід, який розглядає тіло як носій емоційної пам'яті, де витіснені переживання можуть проявлятися у вигляді соматичних симптомів.

Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), що дозволяє виявити і трансформувати деструктивні переконання, сформовані внаслідок травматичного досвіду. КПТ – це науково обґрунтований психотерапевтичний підхід, який базується на припущенні, що думки, емоції та поведінка взаємопов'язані. Травматичний досвід у дитинстві часто формує негативні автоматичні думки, ірраціональні переконання та дисфункціональні поведінкові патерни, які зберігаються у дорослому віці.

Даний підхід та використання елементів даного виду терапії дозволяє, в першу чергу, виявити приховані переконання, що виникли внаслідок травми (наприклад: «Я нічого не вартий», «Світ небезпечний», «Мене ніхто не захистить»). По друге, осмислити, як ці переконання впливають на емоційні

реакції (тривога, сором, гнів) та поведінку (уникання, самознецінення, залежність). Та, по третє, замінити їх на більш адаптивні, реалістичні та підтримуючі переконання й розвинути навички саморегуляції, вирішення проблем, емоційної стабільності.

Мета використання КПТ у корекційній програмі полягає у тому, щоб допомогти учасникам усвідомити вплив дитячого досвіду на поточне мислення та поведінку. Виявити та трансформувати деструктивні переконання, які підтримують емоційні труднощі, тривожність, депресивність, низьку самооцінку. Навчити учасників навичкам когнітивної реструктуризації – тобто зміні способу мислення про себе, інших і світ. Зменшити рівень емоційного реагування на травматичні спогади, шляхом переосмислення їх значення. Сформувати нові поведінкові стратегії, які сприяють адаптації, самопідтримці та побудові здорових стосунків.

КПТ має високу доказову ефективність у роботі з наслідками дитячої травми, ПТСР, тривожними та депресивними розладами. Цей підхід є структурованим, практичним і орієнтованим на результат, що дозволяє інтегрувати його в тренінгову програму. КПТ сприяє розвитку самоспостереження та самоконтролю, що є критично важливим для людей з порушеною емоційною регуляцією. Методика дозволяє працювати з переконаннями, які сформувалися в дитинстві, але не були усвідомлені, і які часто є джерелом внутрішнього конфлікту (див. Табл 3.1.).

Таблиця 3.1.

Особливості впливу когнітивно-поведінкової психотерапії на особистість клієнта

Деструктивне переконання	Можливе джерело	Адаптивна альтернатива
«Я не заслуговую на любов»	Емоційне нехтування	«Я маю право на турботу та підтримку»
«Мене завжди покинуть»	Втрата значущих осіб	«Я можу будувати стабільні стосунки»

«Я повинен бути ідеальним»	Критика, перфекціонізм	«Я маю право на помилки і розвиток»
«Світ небезпечний»	Фізичне або психологічне насильство	«Я можу захистити себе і знайти безпечне середовище»

Інтеграція когнітивно-поведінкової терапії в корекційну програму дозволила створити структурований, ефективний і глибокий інструмент психологічної підтримки, який спрямований не лише на зменшення симптомів, а й на трансформацію внутрішніх переконань, що лежать в основі емоційного страждання. КПТ допомагає учасникам пройти шлях від автоматичних реакцій до усвідомленого вибору, від болісних спогадів – до внутрішньої сили та психологічної зрілості.

Майндфулнес-підхід та тілесно-орієнтовані практики, які сприяють відновленню контакту з тілом, зниженню рівня тривоги та розвитку навичок саморегуляції. У процесі розробки корекційної програми ми інтегрували майндфулнес-підхід та тілесно-орієнтовані практики як ключові компоненти, що сприяють відновленню емоційної регуляції, зниженню рівня стресу, покращенню контакту з тілом та інтеграції травматичного досвіду. Ці підходи є особливо ефективними у роботі з наслідками дитячої психологічної травми, оскільки вони діють на рівні нервової системи, тілесної пам'яті та емоційної свідомості, де традиційні когнітивні методи можуть бути недостатні.

Майндфулнес (усвідомленість) – це психотерапевтична практика, що базується на здатності людини спостерігати за своїми думками, емоціями та тілесними відчуттями без оцінювання, у моменті «тут і зараз». Вона походить із буддистської медитативної традиції, але була адаптована у клінічній психології. Нашою основною метою використання технік майндфулнес у корекційній програмі було зниження рівня хронічного стресу, який часто є наслідком дитячої травматизації. Розвиток навичок емоційної саморегуляції через усвідомлення реакцій тіла та емоцій. Відновлення контакту з тілом, що

часто порушується при дисоціації або витісненні травматичних переживань. Формування внутрішнього безпечного простору, де учасник може спостерігати за собою без страху, осуду чи втечі. Зменшення симптомів тривоги, депресії, ПТСР через стабілізацію нервової системи.

Дослідження показують, що регулярна майндфулнес-практика знижує активність мигдалеподібного тіла, відповідального за страх і тривогу. Вона активує префронтальну кору, що сприяє раціональному мисленню та емоційній стабільності. Майндфулнес покращує міжпівкульну інтеграцію, що важливо для обробки травматичних спогадів.

Тілесно-орієнтована терапія базується на уявленні, що тіло зберігає пам'ять про травму, навіть якщо свідомість її витіснила. Піонерами цього підходу є В. Райх, А. Лоуен, П. Левін, які довели, що емоції проявляються через м'язові блоки, дихальні патерни, поставу, рух. В нашій корекційній програмі використання саме тілесних практик дає змогу вивільнити м'язові затиски, які утворилися внаслідок хронічного напруження або страху. Розпізнати тілесні сигнали, що дозволяє краще розуміти емоційні потреби. Інтегрувати дисоційований досвід через роботу з тілом як носієм пам'яті. Сформувати відчуття безпеки у власному тілі, що є критично важливим для людей з травматичним минулим. Також програма націлена на розвиток навичок заземлення, стабілізації, тілесної присутності, що знижує тривожність і панічні реакції.

Як відомо, тілесні практики активують парасимпатичну нервову систему, що сприяє заспокоєнню та відновленню. Вони знижують рівень кортизолу, гормону стресу. Робота з тілом покращує міжсистемну інтеграцію – між емоційною, когнітивною та соматичною сферами.

Такий комплексний підхід до формування корекційної програми дозволяє працювати з травмою на рівні, який недоступний для вербальної терапії. Забезпечити глибоку стабілізацію нервової системи, що є основою для подальшої когнітивної роботи. А також, сформувати ресурсний стан, у якому учасник може безпечно досліджувати свій досвід. Програма дозволяє

розвинути навички самодопомоги, які залишаються з учасником після завершення програми. Забезпечити цілісний підхід до зцілення, де тіло, емоції і свідомість працюють узгоджено.

Програма спрямована на формування безпечного простору, де учасники можуть усвідомити вплив дитячого досвіду, навчитися розпізнавати власні емоційні реакції, розвивати навички самодопомоги та формувати нові адаптивні моделі поведінки.

3.2. Структура та етапи реалізації програми

Корекційна програма, розроблена в межах дослідження, має чітко структуровану побудову, яка забезпечує поступовий перехід від усвідомлення травматичного досвіду до формування нових адаптивних моделей мислення, поведінки та емоційної регуляції. Програма побудована на принципах інтегративного підходу, що поєднує когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), майндфулнес-практики, тілесно-орієнтовану терапію та елементи психоосвіти.

Загальна структура програми може мати наступний вигляд:

- Тривалість програми: 8 тижнів (можлива адаптація до 10-12 тижнів залежно від контингенту).
- Формат: груповий тренінг (8-12 учасників), з можливістю індивідуального супроводу.
- Частота занять: 1 раз на тиждень, тривалість кожного заняття – 2 години.
- Методи: психоосвітні блоки, практичні вправи, групова рефлексія, домашні завдання, щоденники самоспостереження.

Етапи реалізації програми

Етап I. Підготовчо-діагностичний

Мета: створити безпечне середовище, оцінити вихідний

психоемоційний стан учасників, сформувати мотивацію до участі.

Завдання:

- Проведення первинної діагностики (ОНДД, WHO-5, PSM-25, GBV, MHLq).
- Ознайомлення учасників з метою та етичними принципами програми.
- Формування групової довіри, встановлення правил взаємодії.
- Визначення індивідуальних запитів та очікувань.

Методи:

- Інтерв'ю, анкетування.
- Вправа «Моє безпечне місце».
- Створення особистого «психологічного паспорта» учасника.

Етап II. Усвідомлення впливу дитячого досвіду

Мета: допомогти учасникам ідентифікувати травматичні патерни, усвідомити їхній вплив на поточне життя.

Завдання:

- Робота з поняттями «травма», «психологічна пам'ять», «внутрішня дитина».
- Виявлення деструктивних переконань, сформованих у дитинстві.
- Осмислення зв'язку між минулим досвідом і теперішніми емоційними реакціями.

Методи:

- КПТ-вправа «Автоматичні думки та їх наслідки».
- Вправа «Лист до себе в дитинстві».
- Майндфулнес-практика «Спостереження за тілом у моменті».

Етап III. Трансформація переконань і поведінкових патернів

Мета: замінити деструктивні переконання на адаптивні, сформувати нові моделі реагування.

Завдання:

- Робота з когнітивною реструктуризацією.

- Формування навичок емоційної саморегуляції.
- Розвиток навичок асертивної поведінки.

Методи:

- КПТ-вправа «Докази за і проти переконання».
- Вправа «Я маю право...» (переформулювання внутрішніх заборон).
- Тілесна практика «Заземлення через дихання».

Етап IV. Розвиток навичок самодопомоги та психічної грамотності

Мета: навчити учасників підтримувати власне психічне здоров'я у повсякденному житті.

Завдання:

- Ознайомлення з базовими принципами психічної грамотності.
- Формування навичок звернення по допомогу.
- Розробка індивідуального плану самопідтримки.

Методи:

- Робота з результатами MHLq.
- Вправа «Мій ресурсний набір».
- Майндфулнес-практика «Дихання 4–7–8» для зниження тривоги.

Етап V. Інтеграція та завершення

Мета: закріпити отримані знання та навички, інтегрувати досвід у життєвий контекст.

Завдання:

- Підсумування особистих змін.
- Формування плану подальшого розвитку.
- Емоційне завершення групового процесу.

Методи:

- Вправа «Мій шлях трансформації» (колаж або метафорична карта).
- Ритуал завершення: «Символ внутрішньої сили».
- Індивідуальний зворотний зв'язок від ведучого.

Очікувані результати реалізації програми це зниження рівня психологічного стресу та соматичних скарг. Підвищення рівня психічної грамотності та готовності звертатися по допомогу. Формування адаптивних переконань та моделей поведінки. Покращення емоційної регуляції та самосприйняття. Відновлення контакту з тілом, розвиток навичок самодопомоги.

3.3. Тренінгова програма «Від болю до сили: шлях зцілення дитячого досвіду»

Мета програми: допомогти учасникам розвинути навички самопідтримки, стійкості до стресу та саморегуляції для збереження та покращення психічного здоров'я.

Структура програми

Вступний модуль: «Усвідомлення потреби в опорі на себе»

Тривалість: 1 заняття (2 години).

Мета: Ознайомити учасників із концепцією внутрішньої опори та важливістю психічного здоров'я.

Основні елементи: привітання, знайомство, формулювання очікувань.

Міні-лекція: «Що таке внутрішня опора? Її роль у стресових ситуаціях».

Вправи:

- «Моя життєва підтримка» (учасники ідентифікують свої джерела сил).

Мета: допомогти учасникам усвідомити, які джерела підтримки вони вже мають у житті, та виявити, що допомагає їм справлятися з викликами і зберігати внутрішній баланс.

Етапи виконання вправи:

Підготовка (5–7 хвилин)

Інструкція для учасників: Психолог пояснює, що ми всі маємо джерела підтримки в житті, які можуть бути внутрішніми (власні риси характеру,

навички) або зовнішніми (люди, обставини, ресурси). Завдання вправи — визначити ці джерела, щоб краще зрозуміти, на що можна спиратися.

Матеріали: аркуші паперу формату А4 (або нотатки на планшеті); кольорові ручки, олівці або маркери.

Виконання вправи (15–20 хвилин)

Учасникам пропонується намалювати на аркуші велике дерево, яке символізуватиме їхнє життя.

Коріння: Напишіть тут усе, що є вашою основою. Це ваші цінності, життєві принципи, навички, характерні риси. Наприклад: «віра в себе», «оптимізм», «працьовитість».

Стовбур: Це ваші внутрішні ресурси, які допомагають рухатися вперед. Наприклад: «стійкість», «здатність приймати рішення», «креативність».

Гілки та листя: Напишіть тут зовнішні джерела підтримки. Це можуть бути люди (сім'я, друзі, колеги), події, місця, обставини або речі, які надають вам сил. Наприклад: «підтримка близьких», «хобі», «улюблена музика».

За бажанням учасники можуть додати плоди на дерево, де вони запишуть свої досягнення, які стали можливими завдяки підтримці.

Рефлексія та обговорення (15–20 хвилин)

- Обговорення в групі (або в парах):

Ведучий пропонує кожному охочому поділитися своїм «деревом підтримки»:

Що ви відкрили про себе?

Яке коріння чи гілки є найсильнішими?

Чого вам не вистачає для того, щоб дерево росло міцним і здоровим?

Індивідуальна рефлексія:

Учасники відповідають письмово на запитання:

- Що є моєю найсильнішою опорою?

- Як я можу зміцнити свої джерела підтримки?
- Що я можу зробити вже сьогодні, щоб додати нові джерела енергії до свого дерева?

Варіації вправи

1. Для командної роботи: Учасники можуть створити колективне «дерево підтримки», де кожен додає свої елементи.
2. У цифровому форматі: Використання інтерактивних дошок, таких як Miro чи Jamboard, щоб створити дерево в онлайн-форматі.

Додатковий етап: Учасники малюють майбутнє дерево – як вони хотіли б, щоб воно виглядало через рік, і що для цього потрібно.

Очікуваний результат

- Учасники усвідомлюють, які ресурси допомагають їм підтримувати себе в складних ситуаціях.
- Формується відчуття вдячності за те, що вже є в житті.
- З'являється розуміння, що можна зробити для зміцнення власної «життєвої опори».
- Діагностика стресу та ресурсів (письмові опитувальники).

Обговорення: Як внутрішня опора впливає на стійкість до викликів.

2. Модуль 2: Розпізнавання та прийняття своїх емоцій

Тривалість: 2 заняття (по 2 години).

Мета: навчити учасників розпізнавати та приймати свої емоції без осуду.

Основні елементи: лекція «Роль емоцій у нашому житті»; практика усвідомлення.

Вправа «Емоційний барометр» (учасники визначають рівень своїх емоцій).

Мета: допомогти учасникам усвідомити свій емоційний стан у даний момент, навчитися ідентифікувати емоції та аналізувати їх вплив на поведінку та самопочуття.

Етапи виконання вправи

Підготовка (5–7 хвилин)

Інструкція для учасників:

Тренер пояснює, що кожен із нас щодня переживає різні емоції, і вони впливають на наше життя. Завдання вправи – «зняти емоційні показники» та зрозуміти, які емоції домінують зараз.

Матеріали: аркуші паперу формату А4 або блокноти; кольорові ручки чи маркери; картка з прикладами емоцій (щастя, страх, тривога, гнів, радість, здивування, спокій тощо).

Основна частина (15–20 хвилин)

Крок 1: Візуалізація емоційного стану. Учасникам пропонується уявити, що їхній емоційний стан – це шкала, схожа на барометр або термометр, де різні емоції розташовані на певних рівнях:

Верхня частина шкали: позитивні емоції (радість, спокій, інтерес, задоволення).

Нижня частина шкали: негативні емоції (гнів, смуток, страх, тривога).

Інструкція: Намалюйте вертикальну шкалу, яка символізуватиме ваш «емоційний барометр». Відзначте на шкалі, яку емоцію ви відчуваєте зараз і наскільки інтенсивно (наприклад, від 0 до 10).

Крок 2: Аналіз емоцій (тренер задає запитання для самостійного аналізу):

Які емоції зараз домінують у вашому стані?

Що викликало ці емоції?

Чи допомагають ці емоції вам діяти ефективно?

Крок 3: Виявлення тенденцій

Якщо є час, учасники можуть створити «емоційний щоденник» на кілька днів, щоб відстежити, які емоції найчастіше повторюються.

Рефлексія та обговорення (10–15 хвилин). Обговорення в групі:

Учасники можуть поділитися (за бажанням):

Які емоції вони відчули найбільш яскраво?

Що допомогло їм усвідомити свій стан?

Які емоції вони хотіли б переживати частіше?

Індивідуальна рефлексія:

Напишіть відповіді на запитання:

Що я можу зробити, щоб підняти «стрілку барометра» ближче до позитивних емоцій?

Які ситуації чи дії допомагають мені відчувати спокій або радість?

Варіації вправи

1. Для дітей або підлітків: Використовуйте кольори для позначення емоцій (наприклад, червоний – гнів, зелений – спокій, жовтий – радість).
2. У груповій роботі: Учасники можуть малювати спільний «груповий барометр», щоб зрозуміти загальний емоційний стан колективу.
3. У цифровому форматі: Використовуйте онлайн-інструменти (Google Forms, Miro), щоб створити інтерактивну шкалу.

Очікуваний результат: учасники краще усвідомлюють свої емоції та їхні тригери; формується навичка відстежувати та регулювати свій емоційний стан; з'являється можливість зосередитися на практиках, які сприяють позитивним емоціям.

- Робота з щоденником емоцій.
- Техніки саморегуляції:
- Дихальні вправи (методика 4-7-8, діафрагмальне дихання).
- Методика «Заземлення» (вправа «5-4-3-2-1»).

Модуль 3: Розвиток навичок самопідтримки.

Тривалість: 2 заняття (по 2 години).

Мета: Виробити уявлення про самопідтримку як щоденну практику.

Основні елементи: Лекція: Як розвивати навички турботи про себе?

Практичні вправи: «Позитивний діалог із собою» (вправа на виявлення деструктивних переконань).

- Вправа «Що мене надихає?» (створення карти ресурсів).
- Техніки самопідтримки: афірмації, техніки вдячності; візуалізація ресурсного стану.

4. Модуль 4: Встановлення меж і взаємодія з іншими.

Тривалість: 2 заняття (по 2 години).

Мета: Навчити учасників ефективно встановлювати особистісні межі та взаємодіяти з іншими без втрати власних ресурсів.

Основні елементи: лекція «Чому важливі особисті межі?»

Практичні вправи:

- «Мої межі» (ідентифікація зон комфорту).
- Рольові ігри: як ввічливо, але твердо відстоювати свої межі.
- Робота з конфліктами: методи конструктивної комунікації (Я-повідомлення).

5. Заключний модуль: планування особистої стратегії підтримки психічного здоров'я.

Тривалість: 1 заняття (2 години).

Мета: узагальнити отримані знання та сформувані індивідуальний план підтримки психічного здоров'я.

Основні елементи:

- Рефлексія: Що я дізнався про себе?
- Вправа «Колесо балансу» (аналіз основних сфер життя).
- Створення особистого плану дій:
- Щоденні практики.
- Ресурси та підтримка.
- Прощання, підсумки.

Очікувані результати програми:

- Збільшення усвідомленості учасників про свій емоційний стан.
- Формування навичок саморегуляції та стресостійкості.
- Покращення здатності до встановлення особистісних меж і самопідтримки.
- Розробка індивідуального плану підтримки психічного здоров'я.

Організаційні аспекти

Кількість учасників: 10–15 осіб для оптимальної роботи в групі.

Формат: очні заняття або онлайн із використанням інтерактивних

інструментів.

Матеріали: щоденники, роздаткові матеріали, презентації, аудіоінструкції для релаксації. Програма може бути адаптована залежно від потреб групи, рівня обізнаності учасників і доступних ресурсів.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізували теоретичні підходи до розуміння поняття «негативний дитячий досвід» у психології, зокрема в контексті травматичних подій, емоційного нехтування, насильства та втрат. Це дозволило окреслити його як багатовимірне психологічне явище, яке охоплює широкий спектр травматичних подій, емоційних порушень та порушень базової безпеки у ранньому віці. Зокрема, ми розглянули такі ключові компоненти, як емоційне нехтування, фізичне та психологічне насильство, сексуальна травматизація, втрати значущих осіб, розлучення батьків, життя в умовах нестабільного або дисфункціонального середовища.

Аналіз наукових джерел показав, що негативний дитячий досвід не обмежується лише очевидними формами насильства чи втрат, а включає також хронічну емоційну ізоляцію, відсутність підтримки, нестачу безумовного прийняття, що формує у дитини порушені моделі прив'язаності, знижене відчуття власної цінності, тривожну або депресивну симптоматику, а також схильність до соматизації. У межах теоретичного аналізу нами було розглянуто психоаналітичні концепції (З. Фройд, Дж. Боулбі), які акцентують увагу на витісненні травматичного досвіду, формуванні внутрішніх об'єктів та порушенні базової довіри. Психосоматичні та нейропсихологічні підходи, які демонструють, як хронічний стрес у дитинстві змінює роботу нервової системи, гормональний баланс та тілесну реактивність. Гуманістичні та екзистенційні теорії, що підкреслюють значення безумовного прийняття, автентичності та сенсу в житті як компенсаторних чинників.

Таким чином, негативний дитячий досвід розглядається не лише як подія, що мала місце в минулому, а як тривалий психоемоційний процес, який впливає на формування особистості, її емоційне реагування, міжособистісні стосунки, здатність до саморегуляції та загальне психічне здоров'я.

2. Охарактеризували основні психологічні механізми, через які дитячі травми впливають на психоемоційний стан, поведінку та особистісні риси дорослої людини. Отримані теоретичні та емпіричні дані дозволяють

стверджувати, що дитячі травми не є ізольованими епізодами минулого, а перетворюються на глибинні внутрішні структури, які визначають спосіб мислення, емоційного реагування та соціального функціонування особистості впродовж життя.

Зокрема, травматичний досвід у дитинстві порушує базове відчуття безпеки, формує хронічну тривожність, емоційну нестабільність, схильність до депресивних станів, емоційного вигорання та психосоматичних реакцій. Дитина, яка не отримала достатньої підтримки, турботи чи захисту, у дорослому віці часто не здатна розпізнавати та регулювати власні емоції, що призводить до внутрішнього хаосу, імпульсивності або емоційної замкнутості. Витіснені переживання можуть проявлятися у вигляді тілесних симптомів, панічних атак, порушень сну, хронічної втоми.

Також, дитячі травми формують деструктивні переконання людини про себе, інших і світ. Ці переконання стають автоматичними думками, які впливають на самооцінку, життєві вибори, міжособистісні стосунки та здатність до самореалізації. Вони часто не усвідомлюються, але керують поведінкою, викликаючи внутрішні конфлікти, самознецінення, перфекціонізм або залежність від зовнішнього схвалення.

Таким чином, дитячі травми впливають на дорослу особистість через багаторівневу систему психологічних механізмів, які охоплюють емоційний, когнітивний, поведінковий, нейрофізіологічний, тілесний та соціальний аспекти.

3. Визначили типові прояви наслідків негативного дитячого досвіду у дорослому віці – зокрема в емоційній сфері, міжособистісних стосунках, професійній діяльності та соціальній адаптації. Травмована особистість часто демонструє поведінкові патерни, які є реакцією на минулий досвід: уникання близькості, надмірна контрольованість, агресивність, пасивність, залежність, самозахисна ізоляція. Поведінка стає способом захисту від повторного болю, але водночас – джерелом нових труднощів. Людина може несвідомо відтворювати травматичні сценарії у стосунках, вибирати деструктивне

середовище або уникати змін, навіть якщо вони потенційно позитивні.

Негативний дитячий досвід впливає на формування ключових особистісних рис: емоційна нестабільність, низька самооцінка, тривожність, ригідність мислення, знижена мотивація, труднощі з довірою, порушення ідентичності. Часто спостерігається фрагментованість «Я-концепції», внутрішня роздвоєність між бажанням бути прийнятим і страхом бути відкинутим. Особистість може залишатися «застиглою» у дитячому способі реагування, не маючи доступу до дорослих ресурсів саморегуляції.

Хронічний стрес у дитинстві змінює роботу мозку: гіперактивність мигдалеподібного тіла (страх), зниження активності префронтальної кори (раціональне мислення), порушення роботи гіпокампа (пам'ять, навчання). Це призводить до підвищеної реактивності, труднощів з концентрацією, імпульсивності, схильності до емоційного перевантаження. Нервова система залишається у стані «бойової готовності», навіть коли загроза вже давно минула.

Тіло зберігає пам'ять про травму: м'язові блоки, порушення дихання, соматичні симптоми, дисоціація. Людина може втратити контакт із тілом, не розпізнавати його сигнали, або навпаки – надмірно фокусуватися на тілесних відчуттях як єдиному доступному способі переживання емоцій. Це створює основу для психосоматичних розладів, хронічного болю, вегетативної нестабільності.

Травмовані моделі прив'язаності, сформовані в дитинстві, визначають стиль взаємодії у дорослому віці: тривожна, уникаюча або дезорганізована прив'язаність. Людина може мати труднощі з побудовою довірливих стосунків, відчувати страх близькості, потребу в контролі або постійне очікування відкидання. Це ускладнює соціальну адаптацію, формування підтримуючих зв'язків, розвиток емоційної інтимності.

4. Емпірично дослідили особливості осіб, які пережили негативний чи травмуючий досвід у дитинстві та визначили поглибленні психологічних труднощі, які пов'язані із дитячими травмами. За даними опитування можна

стверджувати, що найбільш поширеним негативним досвідом у дитинстві було фізичне насильство: досліджувані часто піддавалися фізичному насиллю (їх били), хапали чи штофхали, вони часто отримували фізичні покарання. Крім того, спостерігалось значний рівень моральних страждань – 77,5 % респондентів зазначили, що зазнавали образ, частих скарг і принижень. 67,5 % відчували, що їх не люблять і до них ставляться байдужо. 52,5 % опитаних скаржилися на брак батьківської любові та уваги, пов'язаний із народженням братів і сестер, а також на випадки булінгу та принижень у школі. 45 % учасників бояться фізичної шкоди та були свідками насильства щодо рідних, тобто стали очевидцями агресивних дій.

Вибірка, що стосується травмуючого розлучення батьків, була доволі велика – 42,5 %. 35 % респондентів повідомили про те, що їх близькі зловживали алкоголем. 25 % в дитинстві не відчували безпеки і не мали уявлення про підтримку від родичів. 7,5 % зазначили, що батьки карали їх мовчанням і ігноруванням. 22,5 % відзначили відсутність близькості в родині та недбальство у взаємній підтримці. Люди, що пережили насильство, частіше скаржаться на болі в грудях, прискорене серцебиття, підвищений артеріальний тиск – це пов'язано з підвищеним рівнем кортизолу та постійним відчуттям тривоги.

Шкала респіраторних порушень: хронічний страх або панічні атаки призводять до проблем з диханням, задишки, схильності до гіпервентиляції. Шкала шлунково-кишкових розладів: стрес, викликаний дитячими травмами, часто проявляється у формі гастритів, синдрому подразненого кишківника або болю в животі. Шкала м'язово-скелетних болів: постійна напруга в організмі під впливом травматичного досвіду може викликати біль у м'язах, суглобах та хронічну втоми.

Отже, можна стверджувати, що несприятливі фактори дитинства залишили відбиток на психічному здоров'ї опитаних та їхньому сприйнятті власного благополуччя.

5. Розробили психологічний тренінг, спрямований на розвиток

позитивного самосприйняття, емоційної грамотності у дорослих, які мають досвід дитячих травм. Психологічний тренінг, передбачає низку важливих результатів. Тренінгова програма розроблена була на основі сучасних психотерапевтичних підходів, включаючи елементи когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих практик, арттерапії та технік емоційної регуляції.

Тренінг спрямований на формування позитивного образу «Я»: учасники тренінгу продемонстрували покращення у сприйнятті власної цінності, зниження рівня самокритики та підвищення рівня самооцінки. Розвиток емоційної грамотності; зниження впливу дитячих травм; покращення навичок саморегуляції. Розроблений тренінг не лише сприяє емоційному оздоровленню, а й відкриває шлях до більш гармонійного, усвідомленого та ціннісного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бех І. Д. Виховання особистості. Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. Київ: Либідь, 2003. 344 с.
2. Блискун О. Соціокультурний контекст процесу реінтеграції молоді. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2022. № 3(59). С. 115–125. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-59-3-115-125>
3. Вілкінсон М. Як змінюється психіка під час психотерапії: емоції, прив'язаність, травма, нейробіологія. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 157 с.
4. Волінн М. Це почалося не з тебе. Як успадкована родинна травма формує нас і як розірвати це коло. Київ: Vivat, 2024. 288 с.
5. Власова О. І., Жихарева Л. В. Психологічні особливості матері як чинник формування якості прихильності дитини. *Вісник Національного університету оборони України*. Київ: НУОУ, 2015. Вип. 2 (45). 294 с. С. 27-32.
6. Власенко І. А., Рева О.М. Модель збереження психологічного здоров'я студентської молоді в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2020. № 3. С. 90–99.
7. Волков Д. С., Черних О. А. Особливості психічного здоров'я та особистісних властивостей студентів-психологів. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2021. С.14-20.
8. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева. 2021. 424 с.
9. Грицюк І. М. Психофізіологія гармонійних відносин: чи любов як жертва. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*. Вінниця/Відень: Європейська наукова платформа/ International Centre Corporate Management, 2023. С.438-444.
10. Грицюк І. М. Психологія жертви: методичні рекомендації до курсу «Психологія жертви» на першому (бакалаврському) рівні вищої освіти. Луцьк: Формат Друк, 2023. 15 с.
11. Грицюк І. М., Мельник Л. Л. Рівень емоційного інтелекту та

особливості переживання травматичних подій серед молоді в Україні. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*, № 35. Вінниця: ГО «Європейська наукова платформа», 2024. С. 461-469.

12. Глазгоу К. Усі мої рани. Київ: Слово, 2025. 456 с.
13. Діомідова Н. Ю. Емоційні кореляти просоціальної мотивації майбутніх педагогів. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 5. Т. 2. С. 48–52.
14. Завацька Н. Соціально-психологічний супровід процесу реінтеграції особистості з різним груповим статусом в умовах сучасного соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2022. № 1(57) Т. 2. С. 5–21. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-57-1-2-5-21>
15. Коваленко А. Б., Голота В. Г. Зв'язок травматичного дитячого досвіду з толерантністю особистості в дорослому віці. *Ukrainian Psychological Journal*. № 1 (17) у 2022. С. 41-63.
16. Крісберг С. Дорослі доньки нарцисичних матерів. Київ: Морфеус, 2023. 280 с.
17. Куліш О. В., Сірик І. В. Психотерапія та психокорекція особистості з посттравматичним стресовим розладом. *Problems of Modern Psychology*. 2022. № 5. С. 46–52. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-1-5>.
18. Левін П. Зцілення від травми. Новаторська програма з відновлення мудрості тіла. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 156 с.
19. Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості. Київ : ТОВ «КММ», 2007. 296с.
20. Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнєрьова А. М., Невмержицький В. М. Психічне здоров'я особистості. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. 438 с.
21. Мазоха І., Кірчева Л. Особливості життестійкості та особистісного потенціалу у ресурсному аспекті. *Всеукраїнська науково-практична конференція «Сучасна психологія: проблеми і перспективи»*. Київ, 2022. С. 146.

22. Михальська С. А. Вплив сім'ї на формування особистості дитини. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія Психологічні науки*. 2014. Вип. 121(2). С. 22-28.
23. Мілютіна К. Л. Модель емпіричного дослідження наслідків дитячого досвіду у дорослому житті. *Проблеми сучасної психології. Запоріжжя: ЗНУ*, 2018. № 2 (14). С. 78-83.
24. Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (ACE). О. В. Власова та ін. Scopus. *Офтальмологічний журнал*. 2022. Вип. 1. С. 63–72. URL: <http://www.ozhurnal.com/uk/archive/2022/1>
25. Мушкевич М. І. Психологічний супровід сімей, які мають проблемних дітей . М. І. Мушкевич. Психологія: реальність і перспективи : Рівне: РДГУ, 2017. Вип. 8. С. 188–192.
26. Нагула О. Л. Батьківська компетентність як чинник психічного розвитку дитини. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. Вип. 5, 2012. С. 325-331.
27. Наказава Д. Дж. Уламки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це припинити. Київ: Book Chef, 2022. 384 с.
28. Несприятливий дитячий досвід та його вираженість серед дорослого населення України. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://habitus.od.ua/journals/2022/43-2022/31.pdf>
29. Оксютів М. О., Сабадуха В.О. Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. С. 58-65. Електронний ресурс. Режим доступу: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/5_2023/11.pdf
30. Панок В. Г., Титаренко Т. М., Чепелева Н. В., Рибалка В. В., Маценко В. О. Основи практичної психології. Київ: Либідь, 2013. 536 с.
31. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в

Україні на період до 2030 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017>

32. Салавіц М., Перрі Б. Хлопчик, якого ростили як собаку та інші випадки дитячих психологічних травм. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2023. 536 с.

33. Тептюк Ю. Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій: дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук. Київ, 2021. 272 с.

34. Терлецька Л. Психологія здоров'я: психічна саморегуляція. Київ: Слово, 2020. 136 с.

35. Теркерст Л. Усе мало би бути по-іншому. Знайти неочікувану силу, коли розчарування тебе руйнує. Київ: Свічадо, 2022. 296 с.

36. Титаренко Т. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.

37. Толкунова І. В., Гринь О. Р., Смоляр І. І., Голець О. В. Психологія здоров'я людини. Київ: 2018. 156 с.

38. Туріщева Л. В. Робота шкільного психолога з батьками. Навчально-методичний посібник для вчителя. Харків, 2017. 156 с. Харченко І. О. Наукові підходи до розуміння почуття сорому. *Теорія та практика сучасної психології*. Вип. 2., 2018. С. 186-189.

39. Цал-Цалко Ю. Ю. Поняття та значення сімейного виховання дітей. Електронний ресурс. *Цивільне судочинство у світлі судової реформи в Україні : матеріали «круглого столу»* (м. Одеса, 16 трав. 2015 р.). Одеса, 2015. С. 45-48. Режим доступу: <http://dspace.onua.edu.ua/handle/11300/5771>

40. Целікова Ю. О. Негативний дитячий досвід як складова дезадаптації в дорослому віці. *Multidisciplinární mezinárodní vědecký magazín “Věda a perspektivy” je registrován v České republice / SÉRIE “Psychologické vědy” Státní registrační číslo u Ministerstva kultury ČR: E 24142. 2021. Vol. 7 (7). P. 253–264.*

41. Циганенко Г. Стилі батьківського ставлення: що може стати бар'єром у розвитку особистості дитини молодшого шкільного віку? Електронний ресурс. Київ, 2014. Вип. 33. С. 153-161. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vird_2014_33_26
42. Шишалова Л.І. Партнерська взаємодія з дитиною. Тренінгові заняття з батьками. *Дошкільний навчальний заклад*. 2007. № 1 (07).
43. Шукалова О. С. Роль сімейного виховання в особистісному розвитку дитини. Електронний ресурс. *Вісник післядипломної освіти* : Київ, 2013. Вип. 9(2). С. 380-389. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2013_9\(2\)_51](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2013_9(2)_51)
44. Форвард С., Бак К. Токсичні батьки. Київ: Свічадо, 2022. 302 с.
45. Яблонська Т. М. Розвиток ідентичності дитини в системі сімейних взаємин. Суми: Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2013. 444 с.
46. Alqahtani F., Meier S., Orji R. Personality-based approach for tailoring persuasive mental health applications. User modeling and user-adapted interaction. 2021. URL: <https://doi.org/10.1007/s11257-021-09289-5>
47. Alqahtani F., Meier S., Orji R. Personality-based approach for tailoring persuasive mental health applications. User modeling and user-adapted interaction. 2021. URL: <https://doi.org/10.1007/s11257-021-09289-5> Abraham K., O'Connell A., Russo N. (eds). The influence of Oral Erotism on Character Formation. 2004. P. 234.
48. Ainsworth M. Mary D. Salter Amsworth. *Models of achievement reflections of eminent women in psychology*. N Y., 1993. P. 200-219.
49. Ainsworth V., Blehar M., Waters E., Walls S. Patters of attachment: a psychological study of the strange situation. N. J., 1998. P. 256.
50. Behrens KY, Hesse E, Main M (November 2007). Mothers' attachment status as determined by the Adult Attachment Interview predicts their 6-year-olds' reunion responses: a study conducted in Japan. *Developmental Psychology*/ 43 (6). P.155-367.
51. Bion W. R. Language and the schizophrenic. In: Klein M., Heimann P.,

Money-Kyrle R. E. (eds.) New directions in psycho-analysis. Basic Books, N.Y. 2001. P. 124.

52. Bretherton I, Munholland K. Аю (1999). Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited. In Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press. pp. 89-114.

53. Felitti V. J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol.14.P.245-258.

54. Hoian I., Fedyk O. Optimization of the functioning of the emotional sphere of the personality by means of psychocorrection. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2022. No. 2(58). P. 89–95. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-58-2-89-95>

55. Hedges, Lawrence E. Remembering, Repeating, and Overcoming Childhood Trauma. Publisher: Jason Aronson, Inc., 2020. 324 с.

56. <https://altosvita.in.ua/post/mcwilliams-emo-health-points/>

57. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/10%2811%29/pages-7-10/vsesvitniy-den-ditini-globalni-problemi-shcho-vplivayut-na-psiichne-zdorovya-pidrostayuchogo-pokolinnya-#gsc.tab=0>

58. https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/42958/Kniaziev_Zelenin.pdf?sequence=1&isAllowed=y

59. <https://phc.org.ua/news/scho-vazhlivo-znati-pro-psiichne-zdorovy>

60. <https://akhmetovfoundation.org/rinat-ahmetov-dityam/advice/dytyacha-psyhologichna-travma-oznaky-yak-vyyavyty-ta-dopomogty>

61. <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf>

62. <https://zmist.pl.ua/blogs/travmi-rozvitku-i-nemozhlivist-pobuduvati-blizki-stosunki>

