

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ
УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІЧНОЇ ТА ВІКОВОЇ ПСИХОЛОГІЇ

На правах рукопису

ГРИЦЮК ОКСАНА МИКОЛАЇВНА

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ
ПОДІЙ ДИТИНСТВА В ЗРІЛОМУ ВІЦІ

Спеціальність 053: Психологія
Освітньо-професійна програма: Психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
Розмирська Юлія Анатоліївна

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол №

засідання кафедри педагогічної і вікової психології

від _____ 2025р.

Завідувач кафедри,

Гошовський Я. О. _____

ЛУЦЬК - 2025

АНОТАЦІЯ

Грицюк О. М. Особливості переживання наслідків психотравмуючих подій дитинства в зрілому віці. *Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія». На правах рукопису. Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025.*

У вступі обґрунтовано актуальність дослідження впливу дитячих психотравм на психологічне функціонування особистості у зрілому віці. Підкреслюється зростаюча наукова та соціальна значущість вивчення того, як ранні психотравмуючі події формують вразливість до емоційних розладів, рівень життєстійкості, суб'єктивне благополуччя та загальну якість життя дорослої людини.

У першому розділі роботи розглянуто теоретико-методологічні засади дослідження психотравмуючих подій дитинства, висвітлено сучасні наукові підходи до розуміння поняття психологічної травми, її типології, механізми впливу та довгострокових психологічних наслідків. Проаналізовано особливості переживання травматичного досвіду в різні вікові періоди життя, також проведено взаємозв'язок НДД на формування мозку на кожному життєвому періоді. Також описано вплив травми на нейронні зв'язки та її можливі наслідки.

У другому розділі представлено результати емпіричного дослідження. Для збору даних застосовано кілька психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку рівня НДД, життєстійкості, психологічного благополуччя, самотності, депресії, тривожності, симптомів ПТСР та тривалого травматичного стресу (ТТС). Результати подано у вигляді кількісних та якісних показників, графіків і діаграм. Проведено математично-статистичний аналіз за методом Пірсона, що дозволив виявити зв'язки між НДД і показниками психологічного стану в дорослому віці. Зокрема, встановлено, що високий рівень НДД асоціюється зі зниженим психологічним благополуччям і життєстійкістю, підвищеною

самотністю, депресивністю, тривожністю та вираженими симптомами ПТСР. Водночас життєстійкість виявилася важливим буферним чинником, який послаблює інтенсивність негативних переживань і підсилює адаптаційні можливості особистості.

У третьому розділі розроблено програму психологічної підтримки та самодопомоги для дорослих із досвідом дитячих травм. Програма включає тренінгові вправи, рекомендації щодо зміцнення життєстійкості, підвищення рівня емоційної саморегуляції, зниження проявів тривоги та депресивності, профілактику ПТСР і ТТС. Подано практичні рекомендації для психологів, психотерапевтів та фахівців у сфері психічного здоров'я щодо роботи з дорослими, які мають історію ранньої травматизації.

За результатами магістерської роботи сформульовано підсумкові висновки та окреслено перспективи подальших досліджень у напрямі вивчення довготривалих наслідків НДД та шляхів розвитку резилієнтності. Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості використання розроблених рекомендацій у роботі практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, а також у створенні програм психологічної підтримки дорослих із досвідом дитячих травм.

Ключові слова: негативний дитячий досвід, психотравма, життєстійкість, самотність, тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад, тривалий травматичний стрес.

ABSTRACT

Hrytsiuk O. M. Features of Experiencing the Consequences of Psychotraumatic Events of Childhood in Adulthood. *Qualification work for obtaining a Master's degree in the speciality 053 "Psychology". Manuscript rights reserved. Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.*

The introduction establishes the importance of researching how childhood psychological trauma affects mental functioning in adulthood. It highlights the increasing scientific and social importance of examining how early traumatic events influence vulnerability to emotional disorders, resilience, subjective well-being, and overall quality of life in adults. The first chapter discusses the theoretical and methodological basis for studying traumatic childhood events, features contemporary scientific approaches to understanding psychological trauma, its types, mechanisms of influence, and long-term psychological effects. The specificities of experiencing traumatic events at various ages are analysed, and the connection between negative experience in childhood and brain development at different life stages is explored. The effects of trauma on neural connections and their potential consequences are also presented.

The second section presents the results of empirical research. Several psychodiagnostic methods were used to collect data aimed at assessing the level of negative experience in childhood, resilience, psychological well-being, loneliness, depression, anxiety, PTSD symptoms, and continuous traumatic stress (CTS). The results are presented in the form of quantitative and qualitative indicators, graphs, and diagrams. A mathematical and statistical analysis was performed using Pearson's method, which allowed us to identify the relationships between negative experience in childhood and indicators of psychological state in adulthood. In particular, it was found that high levels of negative experience in childhood are associated with reduced psychological well-being and resilience, increased loneliness, depression, anxiety, and symptoms of PTSD. At the same time, resilience proved to be an

important buffer factor that weakens the intensity of negative experiences and enhances the adaptive capabilities of the individual.

The third section develops a psychological support and self-help program for adults who have experienced childhood trauma. The program includes training exercises, recommendations for strengthening resilience, increasing the level of emotional self-regulation, reducing anxiety and depression, and preventing PTSD and CTS. Practical recommendations are provided for psychologists, psychotherapists, and mental health professionals working with adults who have a history of early trauma.

Based on the results of the master's thesis, final conclusions are formulated and prospects for further research in the direction of studying the long-term consequences of negative experience in childhood and ways to develop resilience are outlined. The practical significance of the results obtained lies in the possibility of using the developed recommendations in the work of practical psychologists, psychotherapists, social workers, as well as in the creation of psychological support programs for adults with childhood trauma experiences.

Keywords: negative childhood experiences, psychological trauma, resilience, loneliness, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, continuous traumatic stress.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО РОЗУМІННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ ДИТИНСТВА.....	11
1.1. Поняття травматизації в психології: класифікація травм.....	11
1.2. Психологічна характеристика вікових періодів дитинства та зрілості.....	17
1.3. Вплив негативного дитячого досвіду на становлення особистості.....	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ НАСЛІДКІВ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІД..	32
2.1. Методологічна основа дослідження.....	32
2.2. Результати дослідження.....	39
2.3. Математично-статистичний аналіз.....	49
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ.....	54
3.1. Програма тренінгового заняття.....	54
3.2. Рекомендації щодо самостійної роботи.....	62
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	79

ВСТУП

Актуальність теми дослідження: проблема наслідків психотравмуючих подій, пережитих у дитинстві, залишається однією з найбільш значущих у сучасній психології, соціальній роботі й психотерапії. Довготривалі ефекти дитячої травми проявляються не лише у вигляді психопатології (тривожні та депресивні розлади, посттравматичні реакції), але й у порушеннях міжособистісної взаємодії, професійного та соціального функціонування в зрілому віці. Дослідження механізмів переживання і трансформації цих наслідків у дорослому віці дозволяє краще зрозуміти фактори стійкості та вразливості, що має пряму значущість для профілактики, діагностики й реабілітаційної допомоги.

Актуальність теми зумовлена кількома взаємопов'язаними чинниками. По-перше, соціальна і політична нестабільність, зростання кількості сімейних конфліктів, а також глобальні стресори (епідемії, економічні кризи, військові конфлікти) підвищують ризик дитячих травм і, відповідно, кількість дорослих із відкладеними травматичними наслідками. По-друге, сучасні підходи психотерапії й реабілітації потребують емпірично обґрунтованих рекомендацій, адаптованих до різних вікових, гендерних і культурних контекстів; вивчення специфіки переживання наслідків у зрілому віці сприяє розробці цільових інтервенцій. По-третє, існуючі дослідження частіше зосереджуються на негайних або середньострокових наслідках травми, тоді як питання довготривалого переживання, механізмів адаптації та факторів, що визначають різні траєкторії розвитку у зрілому віці, залишаються недостатньо вивченими. Це актуалізує необхідність всебічного аналізу механізмів, через які ранні негативні переживання впливають на психологічний розвиток і функціонування зрілої особистості, а також визначення факторів, що посилюють чи послаблюють ці прояви. Особливої ваги набуває вивчення ролі життестійкості, соціальної підтримки та індивідуальних ресурсів адаптації як

протекторних чинників, здатних пом'якшувати негативний вплив травматичного досвіду.

Таким чином, дослідження особливостей переживання наслідків психотравмуючих подій дитинства у зрілому віці є своєчасним і науково обґрунтованим, оскільки воно дозволяє уточнити уявлення про довготривалі ефекти ранньої травматизації, визначити ключові чинники вразливості й резильєнтності та сприяти розробці ефективних психологічних інтервенцій, спрямованих на підвищення психологічного благополуччя та якості життя дорослих, які мають подібний досвід.

У ході дослідження використано комплекс **методів**:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення;
- емпіричні: методики діагностики, анкетування, опитування, спостереження, бесіди, психодіагностичні тести;
- статистичні: методи статистичного аналізу.

Відповідно до мети дослідження поставлено наступні **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння природи психологічної травматизації, зокрема специфіки впливу психотравмуючих подій дитинства на подальший розвиток особистості.
2. Окреслити основні форми, типи та механізми дитячих психотравм та їхній зв'язок із емоційно-особистісними порушеннями у зрілому віці.
3. Визначити психологічні чинники, що зумовлюють індивідуальні відмінності у переживанні та подоланні наслідків дитячих травм у дорослому віці (життестійкість, рівень благополуччя, тривожність, депресивність, самотність, ПТСР тощо).
4. Розробити та реалізувати емпіричну програму дослідження, спрямовану на виявлення взаємозв'язків між переживанням наслідків дитячих травм і показниками емоційного стану та адаптивності у різних вікових групах зрілого віку.

5. Розробити програму психологічної підтримки (зокрема тренінгову або самодопоміжну), спрямовану на підвищення життєстійкості та зменшення негативних наслідків пережитих дитячих травм.

6. Сформулювати практичні рекомендації щодо профілактики та подолання проявів дитячої травматизації у дорослому віці, а також визначити перспективи подальших досліджень.

Об'єкт дослідження – психічні та емоційні процеси дорослої людини, пов'язані з переживанням травматичного досвіду дитинства.

Предмет дослідження – особливості проявів і механізмів переживання наслідків психотравмуючих подій дитинства у зрілому віці.

Мета дослідження – виявлення та наукове обґрунтування психологічних особливостей переживання наслідків психотравмуючих подій дитинства у зрілому віці, визначення їх взаємозв'язку з рівнем життєстійкості, психологічного благополуччя, емоційного стану та соціально-психологічних характеристик особистості, а також окреслення можливостей психологічної підтримки та самодопомоги для мінімізації негативних наслідків дитячої травматизації.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження: полягає в інтеграції кількісного та якісного аналізу переживання наслідків, виокремленні вікових й контекстуальних модифікаторів та розробці рекомендацій для адаптації інтервенцій у дорослому віці.

Наукова та практична значущість теми також пов'язана з потребою удосконалення психодіагностичних підходів та психокорекційних програм, спрямованих на подолання довготривалих наслідків дитячої травми. Попри наявність значної кількості досліджень, чимало аспектів — зокрема вікові особливості переживання ранніх травм у різні періоди дорослості, специфіка емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій, особливості формування адаптивних стратегій – залишаються недостатньо вивченими. Це зумовлює потребу в поглибленому аналізі, який враховує сучасні теоретико-методологічні підходи та емпіричні дані.

Практична значущість одержаних результатів дослідження.

- уточнити клінічні та психологічні профілі дорослих із перенесеною дитячою травмою;
- виділити захисні (резильєнтність, соціальна підтримка, адаптивні копінг-стратегії) та ризикові чинники (хронічний стрес, відсутність соціальної підтримки, повторні травматичні події), що визначають якість життя в зрілому віці;
- запропонувати рекомендації для психотерапевтичної практики, соціальних служб та програм реабілітації (сценарії групової роботи, елементи психоосвіти, профілактичні програми для сімей).

Вибірка дослідження: дослідження проводилося анонімно в онлайн форматі. У опитуванні взяли участь 74 людини з різними віковими категоріями (до 20 років, 20-35 років, 35-45 років)

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками до кожного, загального висновку, списку використаних джерел (налічує 55 позиції, з них 15 іноземною мовою) та додатків.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО РОЗУМІННЯ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ ДИТИНСТВА

1.1 Поняття травматизації в психології: класифікація травм

Проблема психологічної травматизації є однією з ключових у сучасній науці, адже психотравмуючі події неминуче супроводжують життя людини. Війни, стихійні лиха, насильство, втрати, серйозні хвороби чи навіть значні життєві кризи можуть спричиняти стан, що отримав назву психологічна травма. Проте наслідки від травми в кожній людини можуть бути різними. Це залежить від виду травми, від віку в якому була нанесена травма і багатьох інших чинників. Необхідність глибшого вивчення цієї проблеми зумовлена пошуком оптимальних наукових підходів до розуміння травм та їх впливу на подальший розвиток особистості.

Одним з першим хто досліджував травму в психології був Ж. Шарко, він досліджував істеричні стани, які виникали після травмуючих подій і довів, що симптоми мають психологічне підґрунтя [44]. Згодом П'єр Жане ввів поняття "дисоціація" та вивчав, як травматичні переживання "відщеплюються" від свідомості [51]. З. Фройд вже розглядав травму як витіснений досвід, що породжує невротичні симптоми. Це був початок наукового розуміння психологічної травми. [48].

З Початком ХХ століття поняття психологічної травми зазнало істотних змін під впливом масштабних соціальних катаклізмів, спричинених Першою світовою війною. В цей час з'явився термін «*shell shock*» (бойовий шок) для опису психічних наслідків у солдатів, що переживали надмірні емоційні й фізичні навантаження на фронті. Цей діагноз став першим широким визнанням психічних наслідків війни, які не можна було пояснити лише тілесними ушкодженнями. Саме тоді, завдяки клінічним спостереженням за військовими, сформувалося розуміння того, що травматичні події здатні мати тривалий вплив на людину, спричиняючи стійкі психічні розлади [5]. З. Фрейд одним із

перших описав роль травматичних подій у розвитку невротичних розладів. Він увів поняття «нав'язливого повторення» та показав, що витіснені травматичні переживання можуть несвідомо впливати на поведінку [48].

Масові насильницькі події Другої світової війни зумовили активне вивчення військових неврозів, що, у свою чергу, сприяло становленню клінічної психіатрії травми. У 1950–1960-х роках відбувається формування гуманістичного та клінічного підходів до осмислення травматичного досвіду. Важливим джерелом наукового і практичного осмислення стала спадщина В. Франкла, який, спираючись на досвід перебування в концтаборах, обґрунтував ідею, що навіть у найекстремальніших умовах людина може зберігати гідність і знаходити сенс існування. Його логотерапія доводить, що травматичні переживання здатні стати поштовхом до духовного розвитку. У цей же період з'являються дослідження Дж. Боулбі, який у межах теорії прив'язаності розглядав травму втрати та розлуки як ключовий чинник формування особистісних і психічних порушень [47;42;].

Подальший розвиток ідей здійснив К. Ясперс, який аналізував травматичний досвід у межах феноменології психічних розладів. Його підхід акцентував на розумінні індивідуального переживання травми як унікального, суб'єктивного феномена, що виходить за межі виключно клінічної симптоматики [38].

У 1978 р. Дж. Герман розробила модель трьох стадій відновлення після травми: відновлення безпеки, робота з травматичними спогадами, возз'єднання з життям. Її підхід широко використовується в психотерапії. [49].

Систематизація знань про травму отримала новий поштовх у 1980-х роках із введенням терміну «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР). ПТСР – психічний розлад, що виникає у людей після пережитих або свідкованих травматичних подій (війна, катастрофи, насильство, аварії) або загрози смерті чи серйозних травм. Визнання ПТСР підкреслило, що наслідки травми можуть проявлятися роками та навіть десятиліттями після події [6].

Великий внесок в дослідження травми зробив Бессел ван дер Колк, ним було доведено тілесний характер травми[54]. Були проведені активні дослідження нейропсихології травми: як змінюється мозок (гіпокамп, мигдалина, префронтальна кора). Б. ван дер Колк показав, що травма «записується» не тільки у психіці, але й у тілі. Він доводить, що для зцілення важливі тілесні практики та інтеграція тілесного й психічного досвіду.

Досліджуючи особливості переживання наслідків психотравмуючих подій дитинства в зрілому віці слід спочатку розібратись що таке психологічна травма і якою вона може бути.

Психотравмою називають подію, що трапилась з людиною і за своєю інтенсивністю перевищує те, що може вона осмислити і після чого вона втрачає свою цілісність. Тобто це стан, коли втрачається контроль над своїм життям, порушується нормальне, ефективне функціонування. Людина, яка є травмованою, може проявляти агресію, патологічну гіперактивність і може навпаки бути відстороненою, уникати спілкування. Травма має вплив на психіку людини та на її фізичний стан, це може призвести до зміни особистості, до психологічного розладу і навіть до руйнування життя травмованого [4;11,14].

Психологічна травма виникає в наслідок пережитої травматичної події [9]. Травматична подія – це подія, під час якої людина втрачає відчуття безпеки та контролю, вона вважає, що відбувається щось таке, що несе загрозу її життю або здоров'ю. Ця подія може бути дуже інтенсивною, раптовою, непередбаченою. Травматична ситуація не завжди може нести за собою загрозливі події (аварія, зґвалтування, стихійне лихо, напад), це може бути навіть ситуація, коли людина може відчувати сильний тиск, що позбавляє її безпеки, цілісності (втрата домашніх улюбленців, матеріальні втрати). [4,ст 9].

Не всі люди які пережили травматичні події матимуть травму. Приблизно у 70% людей психіка з часом самовідновлюється та стабілізується, а в 30 % тих, хто пережив травматичну ситуацію матимуть

ускладнення, які вказують про погіршення психологічного та фізичного стану, такі люди потребують психологічної допомоги [14,15].

Травма часто виникає, коли людина відчуває безсилля. Реакція людини на небезпеку чи інтенсивний стрес може мати кілька форм [14;22]:

- Реакція боротьби. У цьому випадку мобілізаційна енергія організму спрямовується на активне протистояння загрози.
- Реакція втечі. Енергія використовується для уникнення небезпечної ситуації шляхом втечі. Завдяки активним діям рівень стресу поступово знижується та наближається до норми.
- Реакція завмирання (застигання), або так звані «травматичні лещата». Коли можливість боротьби чи втечі відсутня, виникає стан безсилля та безпорадності, що проявляється у психофізіологічному «завмиранні», відчутті замороженості та втрати контролю над власними діями.

Чим довше зберігається небезпека, у ситуації коли людина позбавлена можливості ані чинити опір, ані уникнути її, тим тяжчими можуть бути наслідки. У таких умовах може сформуватися травматичний стан, що з часом здатний перерости у посттравматичний стресовий розлад. [9;14,].

Характерні ознаки травматичної події:

- постає для людини як нова реальність, яка суттєво відрізняється від усталених параметрів повсякденного функціонування.;
- актуалізує проблему співвідношення життя і смерті, зумовлюючи трансформацію світоглядних установок та поглиблене усвідомлення базової людської вразливості.
- має амбівалентний характер: з одного боку, пов'язується з ризиком, небезпекою та деструктивними наслідками, а з іншого — актуалізує внутрішні ресурси, психологічну стійкість, здатність до відваги та потенціал конструктивної трансформації.;
- дестабілізує цілісну структуру життєвого світу, сегментуючи індивідуальний досвід на три часові періоди: «до», «під час» та «після» травматичної події;

- спричиняє трансформацію особистості, що може супроводжуватися фрагментацією самоідентичності;
- утруднює передбачення подальших подій і знижує здатність до адекватного осмислення теперішніх процесів;
- обмежує можливості саморегуляції та задоволення базових потреб;
- знижує контрольованість ситуації з боку людини, водночас відкриваючи нові способи активності;
- детермінує пошук сенсу пережитого;
- супроводжується трагічною динамікою «розлад – адаптація – розвиток» [37].

Класифікація травм за видами допомагає глибше усвідомити, як різні події впливають на формування психотравматичного досвіду та обрати адекватні стратегії психологічної допомоги. Оскільки загальноприйнятих розподілів в психології поки не існує, для розуміння які є травми і як вони поділяються все ж варто розглянути такі запропоновані класифікації .

Л. Бурбо [7] розділяє п'ять психотравм: «приниженості, несправедливості, зради, відкидання та покинутості, які перешкоджають самовираженню особистості та можуть призводити до різних психосоматичних порушень».

І. С. Якиманська [40] на основі спогадів дорослих про дитячі травми виділила: травму втрати базового довіри; травму, пов'язану з емоційним і фізичним болем; травму безвиході та відсутності вибору.

Таким чином, існує кілька підходів до класифікації психологічних травм, які можна об'єднати у кілька груп[9,33;36]:

За тривалістю впливу:

- шокова психологічна травма - це раптовий, несподіваний психотравмуючий досвід, що викликає сильне емоційне потрясіння, страх, відчуття безпорадності або небезпеки. Зазвичай виникає при різких, незапланованих подіях, таких як аварії, катастрофи, насильство або смерть близької людини.

- гостра психологічна травма - це психологічне порушення, яке виникає після одноразової або обмеженої за часом травмуючої події. Вона характеризується яскравою емоційною реакцією (тривога, паніка, шок, депресія), але зазвичай має чітку причину та може пройти з часом або при психологічній підтримці.

- хронічна психологічна травма - це психологічне порушення, яке розвивається внаслідок тривалого або повторюваного впливу травмуючих факторів, наприклад, насильства в родині, булінгу, систематичного приниження чи війни. Характеризується стійкими змінами психоемоційного стану, підвищеною тривожністю, порушеннями самопочуття та поведінки.

За віком постраждалого:

- дитячі психотравми – мають особливо глибокий вплив на розвиток психіки.

- підліткові психотравми – пов'язані з самоідентифікацією, спілкуванням, сексуальністю.

- дорослі психотравми – часто пов'язані з втратою, кризами, війною, роботою.

- травми літнього віку – пов'язані з втратою самостійності, хворобами, смертю близьких.

Всі види можуть перетинатись і одна подія може включати одночасно декілька травм. Умовно травми можна поділити на Т-травми, які виникають через масштабні катастрофічні події (наприклад, війни, серйозні аварії), та t-травми, що складаються з дрібніших, але повторюваних психотравмуючих впливів (наприклад, булінг, психологічне відчуження, систематичне нехтування потреб дитини). Розуміння типу травми дозволяє прогнозувати механізми її впливу на психіку та особистісний розвиток.

Травма з великої «Т» характеризується як значуща подія екстремального характеру, що безпосередньо загрожує життю або безпеці особи або спостерігається нею. Такі події здатні спричинити тяжкі психічні наслідки, зокрема розвиток посттравматичного стресового розладу. Наслідки цих подій

зазвичай проявляється у вигляді стійких стресових реакцій, підвищеній тривожності, страху, емоційної відстороненості, нав'язливих спогадів та нічних кошмарів.

Травма з малої «т» є менш масштабною, проте все ж емоційно значущою подією, яка не становить прямої загрози життю, але здатна викликати психологічний дистрес. Такі травми можуть призводити до підвищеної тривожності, невпевненості, зниження самооцінки та інших емоційних труднощів.

Обидва типи травм мають важливе значення в психотерапевтичній практиці, оскільки значно впливають на психоемоційний стан і поведінкові реакції особистості. Водночас слід чітко розрізняти психотравматичні події від звичайних негативних або фрустраційних ситуацій, таких як нереалізовані плани, фрустрація у виборі неприємних варіантів, розчарування у коханні, побутові конфлікти, тимчасовий поганий настрій або депресивні та тривожні стани, що не пов'язані з травматичними подіями, оскільки вони не формують психотравми у клінічному сенсі.

Травма має такі клінічні ознаки[25]:

- нав'язливе відтворення пережитої травматичної події (інтрузивні думки, спогади);
- поява нічних кошмарів або порушень сну;
- переконання у високому рівні загрози у зовнішньому середовищі;
- підвищена дратівливість, агресивність та лабільність настрою;
- зниження концентрації та когнітивних функцій;
- порушення сну та апетиту;
- атипова поведінка або проблеми з адаптацією;
- підвищена тривожність у міжособистісних контактах;
- гіперчутливість до раптових або гучних стимулів;
- регресивна поведінка у дітей (заціпеніння, нічне нетримання, смоктання пальця) ;
- соціальна відчуженість та уникання контакту з оточуючими;

- ризикова поведінка у підлітків (вживання алкоголю або психоактивних речовин) ;
- функціональні порушення у повсякденній діяльності (навчання, соціальна взаємодія, участь у дозвіллі).

Сучасні реалії воєнного стану в Україні супроводжуються значною кількістю психотравмуючих подій, що зумовлює високий рівень травмованості населення, зокрема дітей. Вивчення цієї проблематики має важливе наукове та практичне значення, що дає змогу дослідити особливості впливу травматичного досвіду на розвиток особистості, окреслити можливі наслідки його переживання, а також визначити ефективні шляхи й методи подолання психологічних травм. Такий аналіз є необхідним для розроблення дієвих підходів до психологічної допомоги, спрямованих на якнайшвидше відновлення психічного здоров'я та забезпечення умов для повноцінного і гармонійного життя постраждалих осіб.

1.2. Психологічна характеристика вікових періодів дитинства та зрілості

Важливим аспектом є врахування вікових характеристик розвитку дитини, адже одна й та сама травмуюча подія може по-різному впливати на психіку залежно від віку. Кожен віковий період характеризується специфічними завданнями, кризами та особливостями адаптації до соціального середовища. Теоретичні підходи до опису вікових етапів, запропоновані Л. Виготським, Е. Еріксоном, Д. Ельконіним та Ж. Піаже, підкреслюють взаємозв'язок біологічних та соціальних чинників у формуванні особистості [1]. У різні періоди – дошкільний, шкільний, підлітковий – травматичні події впливають по-різному на емоційну, когнітивну та соціальну сфери. У дошкільному віці критичним є формування базової довіри та безпечної прив'язаності, тоді як у молодшому шкільному віці травми впливають на розвиток соціальних навичок, самооцінки та когнітивної діяльності. У підлітковому віці важливими є процеси самовизначення та формування

автономії, а травматичні події можуть призводити до проблем із соціальною інтеграцією та емоційною регуляцією. У дорослому віці наслідки дитячих травм часто проявляються у виборі поведінкових стратегій, стилях прив'язаності та рівні психологічної стійкості, а також у схильності до конфліктів, психосоматичних порушень та психопатологій.[1;8]:

Класифікація вікових періодів дитинства та зрілості ґрунтується на роботах психологів та педагогів, зокрема Д. Б. Ельконіна, Л. С. Виготського та Ж. Піаже. Ось основні етапи розвитку людини [4]: :

1. Немовлята (від перших днів до одного року)
2. Раннє дитинство (від одного до 3-х років)
3. Дошкільний вік (від 3-х до 6 років)
4. Молодший шкільний вік (від 6 до 11 років)
5. Підлітковий вік (від 12 до 15 років)
6. Старший підлітковий вік або юнацький вік (від 16 до 20 років)
7. Рання зрілість або молодість (від 20 до 35 років)
8. Середня зрілість (від 35 до 45 років)

Віковий етап людини до 20 років відносять до періоду дитинства, тоді як після досягнення 20 років розпочинається період зрілості. Для більш чіткого розуміння кожного періоду розглянемо що розвивається людина і її мозок на кожному етапі розвитку.

Немовлята мають фундаментальні потреби, що безпосередньо пов'язані з їхнім виживанням, зокрема сон, харчування, догляд та формування прив'язаності до дорослого, який забезпечує турботу. На цьому етапі розвитку для дитини є життєво необхідним перебування поруч із батьками чи іншими дорослими, що доглядають за нею, оскільки їхня відсутність може становити травматичний досвід. Важливим є отримання належної турботи, що сприяє формуванню стабільної та надійної прив'язаності, задоволення основних потреб, а також налагодження емоційного контакту з матір'ю чи батьком через усмішки, інтонацію голосу, погляди, міміку, реакції на емоційні прояви дитини, дотики та обійми. Крім того, значущим чинником є присутність спокійних і

врівноважених батьків або дорослих, які піклуються про немовля. Натомість відсутність цих умов виступає джерелом стресу для дитини [2;4].

Мозок дитини уже від народження активно розвивається, щосекунди створюючи сотні тисяч нових нейронних зв'язків, які визначають основу майбутнього інтелекту, емоцій та поведінки. У перший рік життя закладаються найважливіші структури, що відповідають за пам'ять, емоційну регуляцію, навчання й соціальну взаємодію. Саме тому цей період є критичним для формування особистості: кожен досвід, навіть найменший, залишає слід у мозку дитини, сприяючи зміцненню корисних нейронних шляхів або ж, навпаки, створюючи вразливість до майбутніх труднощів [35].

У ранньому віці дитина поступово опановує здатність розпізнавати власні емоційні стани та здійснювати елементарні спроби їх регуляції. Відбувається усвідомлення себе як окремого суб'єкта, що супроводжується збереженням потреби у підтримці та емоційній допомозі з боку дорослого. У цей період активізується мовленнєвий розвиток, формуються навички предметно-маніпулятивної діяльності та гри з іграшками, розширюється коло соціальних контактів, з'являється здатність диференціювати «своїх» і «чужих». Пізнання навколишньої дійсності відбувається переважно через сенсорні канали: дитина досліджує предмети за допомогою зору, слуху, дотику, смаку та нюху. Зазначені процеси є базовими для подальшого становлення когнітивних, мовленнєвих та соціально-емоційних компетентностей [2,4].

З точки зору нейропсихології, раннє дитинство характеризується інтенсивним морфофункціональним розвитком мозку. Спостерігається активний нейрогенез та утворення синаптичних зв'язків, що забезпечує високу нейропластичність і здатність мозку до адаптації під впливом середовища. Формуються основні структури емоційного реагування: амігдала, яка модулює емоційні реакції, гіпокамп, відповідальний за формування довготривалої пам'яті, та префронтальна кора, що розпочинає розвиток функцій когнітивного контролю та регуляції поведінки [1;35].

У дошкільному віці спостерігається активний розвиток когнітивних, емоційних та ігрових функцій. Дитина починає проявляти ініціативу та формує початкову структуру самооцінки, водночас демонструючи високу чутливість до критики, агресивних впливів або психологічного насильства з боку дорослих, що може сприяти консолідації негативних когнітивно-емоційних схем і згодом впливати на соціальну активність та рівень самооцінки у зрілому віці. Нейрологічно цей період характеризується інтенсивним формуванням мовних центрів (зони Брока та Верніке), зміцненням нейронних зв'язків префронтальної кори, що забезпечує розвиток самоконтролю та планувальних функцій, а також активізацією асоціативних областей мозку, що сприяє розвитку уяви, рольової гри та засвоєнню соціальних норм [4;35].

Початок систематичного навчання в молодшому шкільному віці є важливим етапом когнітивного та соціального розвитку дитини. У цей період відбувається активне формування пізнавальних процесів — уваги, пам'яті, логічного та критичного мислення, а також засвоєння соціальних норм і моделей поведінки. Особливе значення мають стосунки з ровесниками та педагогами, оскільки вони безпосередньо впливають на становлення самооцінки та почуття психологічної безпеки. Негативні чинники, такі як булінг, навчальні невдачі чи надмірна критика дорослих, можуть провокувати появу страхів, невпевненості й тривожності, що згодом трансформуються у соціальну нерішучість або депресивні тенденції в зрілому віці [4;23].

З позицій нейропсихології, у цей віковий період інтенсивно зміцнюються нейронні мережі, пов'язані з навчанням, довготривалою пам'яттю та увагою. Особливого розвитку зазнає префронтальна кора, яка забезпечує вдосконалення виконавчих функцій — планування, самоконтролю, прийняття рішень і критичного аналізу. Водночас формуються соціальні навички, зростає здатність до співпраці з ровесниками, що становить основу для подальшої особистісної та професійної реалізації [35].

Підлітковий вік характеризується кризою ідентичності та зростанням потреби у соціальному визнанні. У цей період актуалізується прагнення до

автономії та самостійного прийняття рішень, водночас підвищується чутливість до впливу соціального середовища. Психотравмуючі чинники, зокрема відкидання з боку ровесників, насильство чи сімейні конфлікти, можуть зумовлювати тривалі емоційні наслідки та впливати на здатність формувати довірливі стосунки у дорослому віці [4,34].

На нейробіологічному рівні відбувається активне дозрівання префронтальної кори, що сприяє розвитку планування, абстрактного мислення та контролю імпульсів. Паралельно посилюється активність лімбічної системи, яка визначає емоційну інтенсивність, соціальну чутливість та схильність до імпульсивних реакцій. Значущим є й підвищення чутливості до винагороди та оцінок однолітків, що підсилює роль міжособистісних відносин у процесі становлення особистості. [31,35].

У юнацькому віці відбувається остаточне становлення світогляду, ціннісних орієнтацій та життєвих перспектив. Домінуючими є прагнення до автономії, самостійного прийняття рішень та соціального визнання, що зумовлює підвищену вразливість до психотравмуючих чинників у родинному та соціальному середовищі. Нереалізовані очікування, міжособистісні конфлікти чи невдалі стосунки можуть виступати детермінантами емоційної нестабільності та формування почуття невпевненості у зрілому віці. [19;23]

У цей період спостерігається інтенсивний нейропсихологічний розвиток: дозрівання префронтальної кори майже завершується, що сприяє вдосконаленню процесів саморегуляції, рефлексії та прийняття зважених рішень; посилюється взаємодія між емоційними та когнітивними системами мозку; інтеграція когнітивних і соціальних навичок забезпечує формування цілісної ціннісно-моральної системи особистості. [35].

Рання зрілість характеризується встановленням професійної та сімейної стабільності, розвитком близьких стосунків та визначенням життєвих цілей. Рані психотравми можуть проявлятися труднощами довіри, міжособистісної взаємодії та підвищеною тривожністю. Завершене дозрівання префронтальної кори забезпечує емоційну регуляцію та здатність до складних рішень, а мозок

залишається високопластичним для навчання та формування довгострокових звичок [18;19].

Цей період характеризується піком професійної діяльності та стабілізацією особистісної ідентичності, з акцентом на реалізацію батьківського та професійного потенціалу. Невирішені дитячі психотравми можуть активізуватися під час кризи середнього віку, проявляючись у повторенні сімейних сценаріїв або внутрішніх конфліктах. Когнітивні функції залишаються стабільними, проте спостерігається зниження швидкості обробки інформації, тоді як накопичений досвід та соціальні компетенції активно застосовуються [35].

Зрілість характеризується орієнтацією на передачу досвіду та генеративністю (Е. Еріксон). У цей період дитячі психотравми можуть проявлятися фрустрацією, порожнечою, зниженням самооцінки або обмеженою соціальною активністю, але водночас відкривається можливість їх усвідомлення та опрацювання через психотерапію, саморефлексію та підтримку близьких. Мозок зберігає накопичений досвід, незважаючи на зниження пластичності, а активність префронтальної кори забезпечує планування і передачу знань наступним поколінням [4;29].

Дитинство та зрілість є критично важливими періодами формування особистості. Особливості психотравмуючих подій у дитинстві безпосередньо впливають на психологічне функціонування у зрілому віці. Усвідомлення цих взаємозв'язків є ключем до ефективної психотерапевтичної роботи та формування ресурсів для подолання наслідків травм[30].

Дитячі психотравми можуть мати відкладений ефект, проявляючись у дорослому віці у вигляді тривожності, депресивності, порушень довіри та складнощів у міжособистісних стосунках. Механізми психологічного захисту, такі як витіснення, компенсація або раціоналізація, частково пом'якшують наслідки травм, проте без цілеспрямованої терапевтичної підтримки вони можуть стати перешкодою для особистісної та професійної самореалізації [19].

1.3. Вплив негативного дитячого досвіду на становлення особистості

Проблематика пережитих у дитинстві травм та їхніх негативних наслідків залишається вкрай актуальною. У дорослому віці людина значною мірою спирається на власний досвід, здобутий упродовж життя. Якщо в дитинстві вона пережила травматичну подію, то подальша доля значно залежить від того, чи отримала вона належну підтримку, чи залишилася наодинці зі своїм болем. Дитячий досвід виступає фундаментом, на якому вибудовується майбутнє життя особистості [21].

Умовно можна виділити два можливі сценарії розвитку подій [12]. Перший – людина, спираючись на власний досвід, вчиться ще більше цінувати життя, прагне реалізувати свої мрії, гармонійно взаємодіє зі світом, собою та оточенням. Другий — особистість залишається «ув'язненою» у травматичному досвіді, відчуває постійний страх, гнів і роздратування, втрачає сенс життя та здатність розкривати власний потенціал. Коли виникають такі обставини людина може шукати розраду в алкоголі чи наркотиках, що підвищує ризик девіантної поведінки, злочинів та навіть самогубства.

Кожна людина зацікавлена в тому, щоб подолати наслідки психологічних травм, а суспільство — у створенні умов для підтримки тих, хто їх пережив. Це сприяє зниженню рівня насильства та злочинності, підвищенню продуктивності та загальному покращенню якості життя [11].

Важливим аспектом у вивченні поняття психотравми є розуміння того, як вона впливає на мозок і тіло людини, зокрема, яким чином змінює роботу мозку та здатне призводити до тривалих психологічних і фізичних труднощів. Ван дер Колк пояснює, що травма може викликати зміни у структурі мозку, зокрема в зменшенні розміру або зв'язності в деяких відділах мозку, що впливає на емоційне та поведінкове функціонування людини. Зокрема, дослідження показують, що травматичний досвід здатний на довгі роки змінити біологічну, психологічну та соціальну рівновагу людини. Пам'ять про одну конкретну подію може домінувати над іншими переживаннями, що також впливає на мозкову активність [10;54].

Травма активує амігдалу надмірно, що призводить до підвищеної тривожності, постійного стану настороженості і швидких емоційних реакцій. У посттравматичних станах амігдала “перевантажена” і реагує навіть на нешкідливі стимули, як на загрозу. Травма може зменшувати об’єм гіпокампа або порушувати його функції. Через це важко правильно обробляти та зберігати спогади: травматичні події зберігаються у вигляді фрагментів або “записів у тілі”, не інтегрованих у хронологічну пам’ять. Людина часто переживає травматичні спогади як “тут і зараз”. У травмованих осіб спостерігається ослаблення активності префронтальної кори, яка відповідає за самоконтроль, планування і гальмування імпульсів. Це знижує здатність раціонально оцінювати ситуацію та регулювати емоції. Хронічна травма підвищує рівень кортизолу і адреналіну, що постійно стимулює “систему боротьби або втечі”. Це впливає на нейронні зв’язки та погіршує пластичність мозку. Ван дер Колк наголошує, що мозок і тіло взаємопов’язані: травма “записується” у тілі, проявляючись через м’язову напругу, болі, проблеми з диханням або поведінкові патерни. Це пояснює, чому тілесні практики (рух, дихальні вправи) допомагають відновити мозкові функції [54].

Формування мозку найбільш інтенсивно відбувається в ранньому дитинстві та триває до молодого віку (близько 25 років). Порушення або травматичні впливи на мозок у цей період можуть мати найсерйозніші наслідки. Чим раніше виникає травма, тим сильніший її потенційний вплив на подальший розвиток та життєвий шлях людини [19,35].

Негативний досвід, набутий у дитинстві, може істотно впливати на формування особистості, підвищуючи ризик розвитку депресії, тривожних розладів, залежностей, хронічних, соматичних захворювань і труднощів у соціальних взаєминах. Події, які здатні спричинити подібні наслідки та негативно позначитися на здоров’ї й добробуті в довгостроковій перспективі, у науковій літературі визначаються як негативний дитячий досвід [36].

Для оцінки впливу негативного дитячого досвіду (НДД) на розвиток особистості застосовується опитувальник «Негативний дитячий досвід»

(Додаток 1), розроблений у 1990 році. Він містить питання, спрямовані на виявлення пережитих особистістю несприятливих подій. Даний інструмент увійшов у наукову практику під назвою ACE (Adverse Childhood Experience – негативний дитячий досвід) і визнаний Всесвітньою організацією охорони здоров'я як ефективний метод дослідження факторів, що можуть сприяти розвитку захворювань [45].

Негативний дитячий досвід (НДД) – це сукупність травматичних або стресогенних подій, які відбуваються в період дитинства (до 18 років) і мають потенціал значно вплинути на психоемоційний розвиток, фізичне здоров'я та соціальну адаптацію особистості в майбутньому [43].

Національна мережа дитячого травматичного стресу (США) виділяє такі типи травм у дітей:

1. Булінг – свідомі дії, спрямовані на завдання емоційної, соціальної, психологічної або фізичної шкоди особі, яка може сприйматись, як вразливіша, або слабша.

2. Насилля в громаді – досвід між особового насилля, що відбувається у публічних просторах і здійснюється особами, які не мають близького зв'язку з дитиною.

3. Комплексна травма – множинні травматичні події, часто між особового характеру, що повторюються у часі та спричиняють масштабні й тривалі порушення психічного та фізичного здоров'я дитини.

4. Катастрофи – природні або техногенні катастрофи, включно з ураганами, землетрусами, торнадо, пожежами, цунамі, паводками, а також екстремальними погодними явищами (сильна спека, потужні вітри тощо).

5. Рання дитяча травма – досвід психічного чи фізичного стресу, який дитина переживає у віці від 0 до 6 років.

6. Насильство з боку близького партнера – ситуації домашнього насилля, коли особа завдає або погрожує завдати шкоди своєму теперішньому чи колишньому партнеру.

7. Медична травма – стресова реакція педіатричного характеру на медичні втручання, що проявляється у вигляді психологічних та фізіологічних реакцій дитини та її сім'ї.

8. Фізичне насилля – поведінка батьків або опікунів, що призводить до нанесення фізичної шкоди дитині або підлітку.

9. Травма переселення – травматичний досвід дітей-мігрантів або біженців, пов'язаний із військовими бойовими діями, переслідуваннями та іншими критичними подіями, що має тривалий вплив на психічне здоров'я.

10. Сексуальне насилля – будь-яка взаємодія дорослого з дитиною, яка має на меті сексуальне задоволення, включає проникнення або спостереження за сексуальними діями.

11. Тероризм та масове насилля – події, пов'язані зі стріляниною, бомбардуваннями та іншими атаками, що загрожують життю та безпеці дитини [22].

В залежності від вікового періоду наслідки травм можуть трохи різнитися [12;16]. У ранньому дитинстві вони можуть порушувати базове відчуття безпеки та довіри до дорослих, що призводить до проблем з прив'язаністю, страхів, емоційної нестабільності. У дошкільному віці наслідки проявляються у тривожності, труднощах у грі та комунікації, зниженій здатності до пізнання й формування уявлень про себе та світ. У молодшому шкільному віці травматичний досвід часто виражається у проблемах з навчанням, низькій самооцінці, агресивності або замкненості, труднощах у побудові стосунків з однолітками. У підлітковому віці травма посилює відчуття самотності, може спричинити девіантну поведінку, депресивні стани, проблеми з ідентичністю та довірою до дорослого світу. У юності та зрілому віці наслідки травм дитячих чи актуальних подій проявляються у труднощах у створенні близьких стосунків, страху відторгнення, зниженні працездатності, залежностях, психосоматичних розладах. У пізній зрілості й старості наслідки психологічних травм можуть виявлятися у відчутті втрати сенсу, хронічній тривозі, депресивних станах, посиленні відчуття ізоляції та вразливості. Таким чином, психологічна травма

накладає відбиток на всі сфери життя людини, а її вплив змінюється та трансформується відповідно до завдань кожного вікового етапу [23].

Дослідження, проведені центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC), свідчать, що кількість негативних дитячих досвідів прямо пропорційно пов'язана з ризиком розвитку: депресії, тривожних розладів, ПТСР,

серцево-судинних та аутоімунних хвороб; адиктивної поведінки (алкоголізм, наркоманія), проблем у стосунках, агресивності або соціальної ізоляції [46].

Наслідки травми можуть бути багатовимірними та проявлятися на фізичному, емоційному, когнітивному та соціальному рівнях, розлади в ранньому віці (МКХ-11) [19]. Людина, яка пережила травматичну подію може мати менше вікно толерантності. Науково наслідки можна класифікувати наступним чином [22;37].

1. Психологічні наслідки:

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – включає флешбеки, нічні кошмари, уникнення нагадувань про подію, підвищену тривожність.
- Тривожні та депресивні стани – тривала тривога, пригнічений настрій, втрата інтересу до звичних активностей.
- Зниження самооцінки, почуття провини або сорому.
- Внутрішні конфлікти та труднощі з емоційною регуляцією.

2. Фізіологічні наслідки:

- Хронічна напруга м'язів, головні болі, порушення сну.
- Порушення функцій серцево-судинної та імунної системи через хронічний стрес.
- Соматичні прояви тривоги та депресії (шлунково-кишкові проблеми, втомлюваність).

3. Когнітивні наслідки:

- Проблеми пов'язані з концентрацією та пам'яттю.

- Спотворене сприйняття себе та світу (наприклад, відчуття небезпеки, недовіра до інших).
- Труднощі у прийнятті рішень та плануванні.

4. Соціальні наслідки:

- Порушення міжособистісних стосунків (труднощі у довірі, конфлікти, ізоляція).
- Проблеми у професійній діяльності (низька продуктивність, уникання відповідальності).
- Підвищена ризикованість поведінки (залежності, агресія).

У багатьох випадках наслідки травми можуть носити хронічний характер, особливо якщо травма не опрацьована психологічно. Людина, яке пережила травматичну подію, може мати менше вікно толерантності. Водночас своєчасна терапевтична підтримка (психотерапія, когнітивно-поведінкова робота, групова терапія) може значно зменшити прояви травматичного досвіду[30].

Накопичений негативний досвід дитинства впливає на формування особистісних рис, самооцінки, стилів прив'язаності та психологічної стійкості. Механізми адаптації до травм включають як захисні стратегії, так і потенційні ризики для психічного здоров'я. Наслідки можуть проявлятися у дорослому житті через труднощі у міжособистісних стосунках, виборі професії, емоційному вигоранні та схильності до психосоматичних чи психопатологічних станів. Розуміння цих закономірностей є важливим для розробки психокорекційних програм та підтримки розвитку стресостійкості [11].

Висновки до 1 розділу

Проведений теоретико-методологічний аналіз дає змогу стверджувати, що проблема психологічної травматизації є однією з ключових у сучасній психолого-педагогічній науці, оскільки психотравмуючі події становлять невід'ємну частину життєвого досвіду людини та істотно впливають на її психічний розвиток. З історичного огляду наукових підходів – від ранніх праць Ж. Шарко, П. Жане та З. Фрейда до сучасних досліджень Б. ван дер Колка та

представників нейропсихологічної парадигми – простежується еволюція розуміння травми: від трактування її як наслідку окремих екстремальних подій до усвідомлення багаторівневої природи травматичного досвіду, що охоплює психологічну, нейрофізіологічну та соціокультурну сфери.

Сучасні концепції підкреслюють, що травма є не лише зовнішньою подією, але й внутрішньою реакцією психіки, яка визначається віком, індивідуальною чутливістю, попереднім досвідом та наявністю ресурсів підтримки. Розширене трактування психологічної травми включає як події катастрофічного масштабу (Т-травми), так і менш інтенсивні, але повторювані впливи (t-травми), що зумовлюють тривалі зміни особистісного й емоційного функціонування. Розкрито базові поняття психологічної травматизації, її механізми, форми прояву та специфіку впливу на психічне функціонування. Наголошено, що дитяча психіка є особливо вразливою до травматичних подій, що зумовлює підвищений ризик формування стійких дезадаптивних патернів реагування. Аналіз клінічних ознак травми й опис характерних реакцій (боротьба, втеча, завмирання) засвідчив, що травматичний досвід не лише порушує емоційне й когнітивне функціонування, але й спричиняє зміни на тілесному та нейрофізіологічному рівнях. Саме тому сучасні підходи до психологічної допомоги базуються на інтеграції когнітивних, тілесно-орієнтованих та емоційно-регулятивних технік.

Особливе значення має встановлення взаємозв'язку між психотравмуючими подіями та віковими закономірностями розвитку. Було проаналізовано особливості впливу травми на різних вікових етапах розвитку. Показано, що характер і сила наслідків залежать від віку дитини під час пережитої події, сформованості емоційної сфери, наявності підтримувальних ресурсів та здатності до регуляції стресу. Висвітлено, що травматичні переживання у різні періоди мають різні психодинамічні ефекти, впливаючи на формування самооцінки, прив'язаності, емоційної стабільності та міжособистісних стосунків.

Також розглянуто ключові наслідки дитячих травм у дорослому віці, серед яких — підвищена тривожність, депресивні стани, труднощі у сфері міжособистісних стосунків, порушення емоційної регуляції, схильність до формування дезадаптивних копінг-стратегій, а також прояви посттравматичного стресового розладу. Підкреслено, що ці наслідки є багатовимірними та можуть зберігатися протягом тривалого часу, впливаючи на якість життя і психологічне благополуччя.

У цілому, результати теоретичного аналізу підтверджують, що психотравмуючі події дитинства становлять складний багатовимірний феномен, який детермінує особистісний розвиток упродовж життя та вимагає системного наукового вивчення. Усвідомлення механізмів травматизації, її вікових особливостей та можливих наслідків є необхідною основою для формування ефективних стратегій психокорекції, профілактики та підвищення життєстійкості. Отримані узагальнення дозволяють перейти до подальшого аналізу специфіки переживання наслідків дитячих травм у зрілому віці та обґрунтування комплексу заходів психологічної підтримки травмованих осіб.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ НАСЛІДКІВ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ,

2.1.Методологічна основа дослідження

Досліджуючи тему як впливає негативний дитячий досвід на подальшу долю людини і опрацювавши розглянуту літературу були висунуті наступні припущення, які згодом пройшли перевірку і описані в емпіричній частині дослідження :

- негативний дитячий зв'язок може мати менший вплив на людину, якщо була в дитячому віці була підтримка когось з близьких чи оточуючих, чим більша підтримка, тим менший вплив травми, тобто формується життестійкість.
- кількість негативних факторів та травм з дитинства в сукупності з життестійкістю формують власну оцінку благополуччя.
- сукупність дитячих травм і негативних впливів разом із рівнем життестійкості визначає схильність людини до самотності.
- особи, що пережила дитячі травми більш схильні мати тривожні стани та депресії.
- ПТСР може формуватися як наслідок психотравм, пережитих у дитячому віці.

Для перевірки висунутих припущень було розроблено та обґрунтовано методологічні засади дослідження.

Основним інструментом емпіричного дослідження є тест негативного дитячого досвіду (Adverse Childhood Experiences Questionnaire, ACEs), який дає змогу кількісно оцінити частоту й характер травматичних подій у дитинстві. Даний опитувальник розроблений В. Д. Фелітті (Vincent J. Felitti) та співавторами у 1998 році. Методика дає змогу кількісно оцінити наявність і частоту пережитих у дитинстві негативних подій, таких як насильство, нехтування чи дисфункціональне сімейне середовище, та визначити їхній вплив на психоемоційний стан у дорослому віці.

Базою дослідження негативного дитячого досвіду є сукупність теоретичних підходів і принципів, що забезпечують системний і науково обґрунтований аналіз впливу ранніх травматичних подій на подальший психологічний розвиток особистості. Дослідження ґрунтується на системному підході, який розглядає негативний дитячий досвід як комплексне багатовимірне явище, що охоплює біологічні, психологічні та соціальні аспекти розвитку людини. В основу покладено також особистісно-орієнтований підхід, який дозволяє врахувати індивідуальні відмінності у сприйнятті, переживанні та подоланні травматичних ситуацій дитинства. Крім того, застосовано емпіричний підхід, що передбачає використання стандартизованих психодіагностичних інструментів для об'єктивного вимірювання рівня та змісту негативного дитячого досвіду.

Для більш чіткого розуміння наслідків дитячих травм опитувальник з НДД слід проводити з опитувальником життестійкості. Використання цих шкал разом є доцільним, оскільки ці методики взаємодоповнюють одна одну та дозволяють отримати цілісне уявлення про психологічний стан особистості. Тест на негативний дитячий досвід виявляє наявність травматичних подій у дитинстві, які можуть виступати чинниками ризику розвитку психологічних труднощів у дорослому віці. Натомість тест на життестійкість визначає рівень внутрішніх ресурсів людини, її здатність адаптуватися до стресових ситуацій, долати труднощі та підтримувати емоційну рівновагу. Поєднання результатів цих двох тестів дає змогу виявити не лише потенційний негативний вплив ранніх травм, а й оцінити можливості особистості протистояти їх наслідкам.

У процесі дослідження впливу дитячих травм використання опитувальника психологічного благополуччя є науково обґрунтованим і методологічно доцільним. Методика «Орієнтовна оцінка емоційного благополуччя» спрямована на визначення рівня позитивного емоційного стану та загальної задоволеності життям. Її теоретичною основою є концепція емоційного балансу Р. Бредберна, відповідно до якої емоційне благополуччя визначається співвідношенням позитивних і негативних емоцій у

повсякденному житті людини. У вітчизняній психологічній практиці методика подається в адаптованому вигляді у працях Н.В. Паніної, Л.І. Кулікової, О.Ю. Коржової та інших, вона використовується для комплексної оцінки емоційного стану, самопочуття, соціальної адаптації та внутрішньої гармонії особистості. Тест на благополуччя дозволяє виявити міру емоційної стабільності, задоволеності власним життям і стосунками з оточенням.

Отже, опитувальник благополуччя є не лише діагностичним інструментом, а й засобом виявлення психологічних механізмів адаптації, що формуються під впливом дитячих травм і визначають подальшу життєву траєкторію людини.

Оскільки самотність виступає важливою психологічною змінною, що опосередковує зв'язок між раннім травматичним досвідом і подальшими показниками психічного та соціального функціонування особистості доцільним є використання опитувальника на самотність. Дитячі травми, пов'язані з емоційним або фізичним насильством, зневагою чи порушенням прив'язаності, формують у людини специфічні моделі соціальних взаємодій, які часто характеризуються недовірою, труднощами у встановленні близьких стосунків і відчуттям соціальної ізоляції. Унаслідок цього у дорослому віці підвищується ризик переживання суб'єктивної самотності, яка може слугувати медіатором між травматичними подіями дитинства та розвитком депресивних, тривожних і соматичних симптомів. Модифікована шкала виміру самотності UCLA є одним із найпоширеніших психодіагностичних інструментів для вивчення феномена самотності як внутрішнього, суб'єктивного переживання особистості. Її методологічна основа ґрунтується на уявленні про самотність як цілісний і всеохоплюючий стан, що охоплює когнітивний, емоційний і соціальний аспекти психічної діяльності людини. Тест розроблений у рамках одномірного підходу до виміру самотності. Його автор – Д. Рассел (Russell) – запропонував оцінювати ступінь самотності на основі частотності переживання відповідних емоційних станів.

Методика має високу валідність і надійність, що підтверджено численними емпіричними дослідженнями. Вона дозволяє не лише діагностувати рівень самотності, а й виявити особистісні та соціальні чинники, що зумовлюють її переживання. У контексті психологічних досліджень дитячих травм шкала UCLA є особливо цінною, оскільки дає змогу простежити, як ранній емоційний досвід впливає на подальше сприйняття соціальних зв'язків і рівень емоційної ізоляції в дорослому віці. Включення показників самотності до системи психодіагностичних методів дозволяє не лише визначити індивідуальні відмінності у сприйнятті міжособистісних відносин після пережитих травм, а й виявити потенційні мішені для психотерапевтичної та профілактичної роботи.

Доцільність використання опитувальника на тривожність у магістерському дослідженні, присвяченому вивченню дитячих травм у дорослих, зумовлена тим, що рівень тривожності є одним із провідних показників емоційних і психічних наслідків травматичного досвіду, отриманого у дитячому віці. Наукові дослідження свідчать, що пережиті у дитинстві психотравмувальні події формують підвищену емоційну вразливість, схильність до невротичних реакцій, станів напруження та постійного очікування небезпеки, що у дорослому віці проявляється у підвищеній тривожності. Визначення рівня тривожності за допомогою стандартизованого психодіагностичного інструменту дозволяє кількісно оцінити ступінь емоційної нестійкості, виявити наявність прихованих форм внутрішньої напруги, а також простежити взаємозв'язок між дитячими травмами та сучасним психоемоційним станом особистості. Застосування тесту на тривожність у межах дослідження забезпечує можливість проведення емпіричного аналізу, що дає змогу підтвердити або спростувати гіпотези щодо впливу травматичного досвіду дитинства на психологічне благополуччя дорослої людини. Оскільки тривожність виступає посередником між травмою та іншими проявами психологічної дезадаптації, такими як депресивність, емоційна лабільність чи

міжособистісні труднощі, її дослідження сприяє глибшому розумінню механізмів формування наслідків дитячих травм.

Методологічну основу дослідження із використанням шкали GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) становить системний, психодіагностичний і емпіричний підхід до вивчення рівня генералізованої тривожності як психоемоційного стану особистості. GAD-7 є стандартизованим опитувальником, розробленим Р. Спіцером, Дж. Вільямсом, К. Крюгером та К. Льове у 2006 році для скринінгу та оцінки інтенсивності симптомів генералізованого тривожного розладу. Методика базується на концепціях когнітивно-біхевіорального підходу, який розглядає тривожність як результат дисфункційних переконань, внутрішньої напруги та неадаптивних стратегій реагування на стрес.

Наукова валідність і надійність тесту GAD-7 підтверджена численними дослідженнями, що демонструють його високу чутливість і специфічність у виявленні рівня тривожності. Методика дозволяє кількісно оцінити вираженість симптомів, що відповідають діагностичним критеріям DSM-IV/DSM-5 для генералізованого тривожного розладу, та може бути використана як у клінічних, так і в науково-дослідницьких цілях.

У контексті психологічних досліджень, GAD-7 застосовується для виявлення зв'язку між рівнем тривожності та іншими психічними або соціальними чинниками (зокрема, дитячими травмами, самотністю, емоційним благополуччям тощо). Використання даної методики сприяє кількісному вимірюванню суб'єктивних переживань і створює можливість статистичного аналізу, що відповідає вимогам емпіричної наукової методології.

Таким чином, методологічна основа використання GAD-7 полягає у поєднанні принципів наукової об'єктивності, валідності, стандартизації та етичності психодіагностичного процесу, що забезпечує достовірність отриманих результатів і можливість їх інтерпретації в межах психологічної теорії тривожності.

Використання опитувальника для визначення депресивного стану у магістерському дослідженні, присвяченому темі дитячих травм, має важливе наукове та практичне значення. Депресивні прояви часто є одним із довготривалих наслідків психологічних травм, пережитих у дитинстві. Вони можуть формуватися як реакція на хронічний стрес, емоційну депривацію, насильство чи втрату значущих осіб. Тому оцінка рівня депресії дозволяє не лише виявити актуальний психоемоційний стан дорослої особи, а й простежити зв'язок між минулим травматичним досвідом і сучасними проявами емоційного неблагополуччя.

Методологічна основа дослідження із використанням опитувальника PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) ґрунтується на засадах емпіричного підходу до вивчення психоемоційних станів особистості та принципах наукової психодіагностики. Тест PHQ-9 є стандартизованим інструментом кількісного вимірювання симптомів депресії, розробленим Р. Спітцером, Дж. Вільямсом, К. Крюгером і К. Льове на основі діагностичних критеріїв DSM-IV. Методика передбачає самооцінку індивідом частоти проявів дев'яти основних симптомів депресивного розладу протягом останніх двох тижнів, що забезпечує можливість визначення рівня тяжкості депресивних проявів. Використання PHQ-9 у контексті дослідження дитячих травм у дорослому віці дає змогу виявити взаємозв'язок між пережитим травматичним досвідом та поточним психоемоційним станом особистості, що забезпечує наукову обґрунтованість, об'єктивність і діагностичну точність отриманих результатів.

Важливість застосування тестів на посттравматичний стресовий розлад (ПТСТ) та тривалий травматичний стрес (ТТС) у дослідженні переживання наслідків негативного дитячого досвіду в дорослому віці зумовлена необхідністю науково обґрунтованої оцінки впливу ранніх травматичних подій на подальший психічний розвиток особистості. Негативний дитячий досвід, що включає різні форми насильства, занедбання, втрату значущих фігур чи хронічний стрес у сім'ї, може формувати латентні або відкриті патопсихологічні механізми, які виявляються у дорослому віці через

симптоматику посттравматичних розладів. Стандартизовані психодіагностичні методики, спрямовані на виявлення ПТСТ та його хронічних форм, забезпечують об'єктивність, валідність і надійність отриманих даних, що є критично важливим для наукової достовірності магістерського дослідження.

Використання таких тестів дає змогу виявити структуру травматичного досвіду, зокрема інтенсивність інтрузивних спогадів, вираженість уникання, рівень гіперактивації та характер негативних когнітивно-емоційних змін, що є типовими компонентами як гострого, так і ТТС. Оцінка цих параметрів дозволяє простежити причинно-наслідкові зв'язки між подіями дитинства та актуальним психоемоційним станом дорослої людини. У випадках, коли симптоматика зберігається протягом багатьох років і набуває хронічного характеру, тести на ТТС надають можливість виявити специфіку затяжного перебігу розладу, визначити ступінь його впливу на життєдіяльність, міжособистісні стосунки та адаптаційні можливості. Таким чином, діагностика ПТСТ і ТТС виступає невід'ємним методичним компонентом магістерського дослідження, спрямованого на аналіз переживання наслідків негативного дитячого досвіду в дорослому віці. Вона дозволяє комплексно та достовірно оцінити вплив ранніх травматичних подій на подальшу динаміку психічного розвитку, підсилює теоретичні висновки емпіричними даними та забезпечує високий рівень наукової аргументованості роботи.

У межах дослідження застосовано два інструменти, створені Національним центром з вивчення ПТСР США (National Center for PTSD) та адаптовані українськими фахівцями для використання у вітчизняній вибірці: PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) – опитувальник самозвітування щодо симптомів ПТСР; CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) – структуроване клінічне інтерв'ю для діагностики та оцінювання вираженості розладу.

Переклад і культурна адаптація PCL-5 та CAPS-5 були здійснені на основі оригінальних версій (Weathers et al., 2013). Пілотне тестування українських варіантів проводилося в межах дослідження ефективності короткострокової

когнітивно-поведінкової терапії при ПТСР. Попередні статистичні результати продемонстрували високі показники внутрішньої узгодженості (α Кронбаха), а також валідність, співставну з параметрами, отриманими на американській вибірці. Загальна запланована вибірка становить 100 осіб; на теперішній момент обстежено близько 50 респондентів.

Загалом методологія дослідження передбачає використання стандартизованих інструментів міжнародного рівня, адаптованих до українського культурного контексту та перевірених надійністю й валідністю. Такий підхід забезпечує можливість достовірної діагностики посттравматичних симптомів, їх класифікації та подальшої оцінки динаміки змін у процесі психотерапевтичної інтервенції.

У дослідженні для оцінювання інтенсивності переживань, пов'язаних із тривалим травматичним стресом, було використано шкалу реакції на тривалий травматичний стрес – Оновлену українську версію (Continuous Traumatic Stress Response Scale, CTSR – Ukrainian revised version). Інструмент призначений для виявлення психологічних симптомів, що виникають унаслідок тривалого впливу стресових або травматичних подій, та дає змогу кількісно оцінити їх вираженість протягом останнього місяця.

Збір емпіричних даних здійснювався шляхом опитування респондентів із використанням стандартної інструкції та забезпеченням добровільності й конфіденційності участі. Особлива увага приділялася дотриманню етичних стандартів психологічних досліджень, включно з отриманням інформованої згоди, правом відмови на будь-якому етапі та гарантуванням анонімності відповідей. Усі учасники були поінформовані про потенційні емоційні реакції, які можуть виникати у процесі заповнення опитувальника, та отримали можливість звернутися по психологічну підтримку за потреби.

2.2. Результати дослідження

У дослідженнях взяло участь 74 людей, з трьох вікових категорій: люди юнацького віку (до 20 років), молодь (рання зрілість 20-35) і середня

зрілість(35-45). Опитування проводилось в 8 методиках: тести на НДД та життєстійкості, шкали для визначення рівня благополуччя та самотності, опитувальники на тривогу, депресію, ПТСР та ТТС. Це дало зрозуміти скільки людей мали травми в дитинстві, яка в них була підтримка і як це вплинуло на їхню самооцінку, чи страждають вони на депресії, тривожні розлади та чи мають ПТСР. Респонденти пройшли анонімно онлайн опитування, що сприяє кращому рівню відкритості учасників і підвищує достовірність отриманого результату.

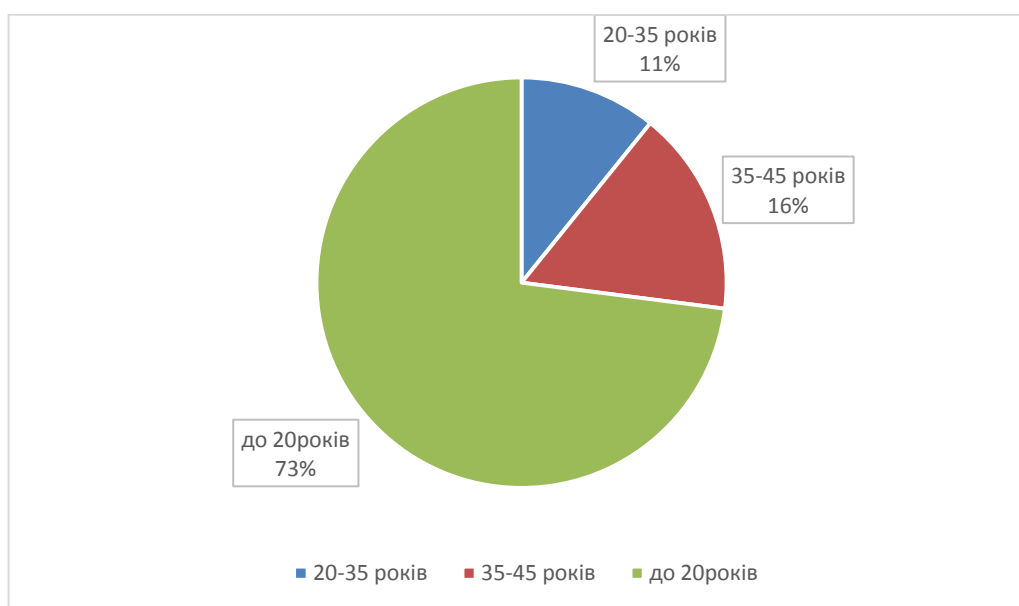
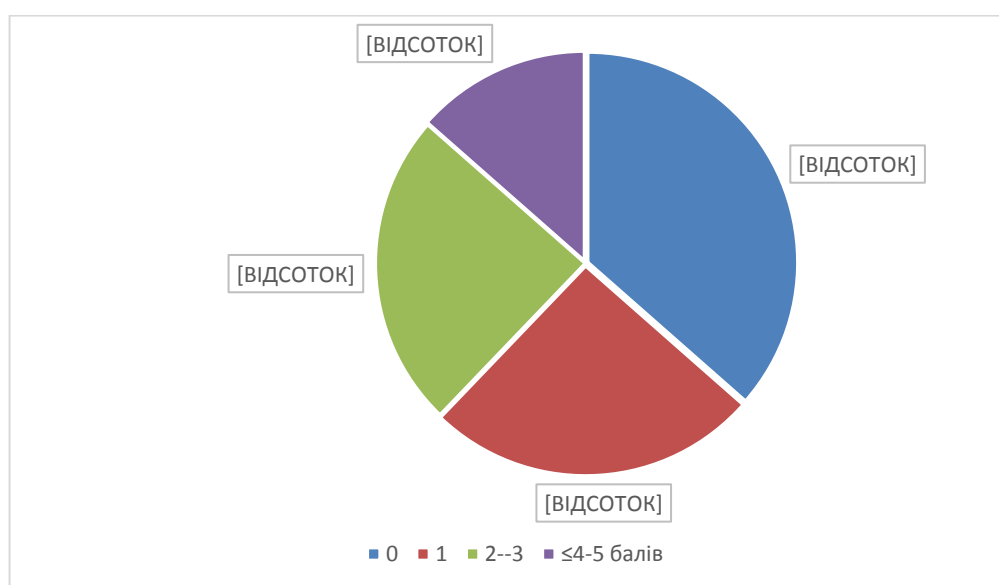


Рисунок 2.1. Кількість опитаних респондентів

Опитування на *НДД* показало: Кількість тих людей у кого було щасливе дитинство 36%, це свідчить що більше 74 % людей мали НДД. Серед них 26 % пережили принаймні одну з форм дитячих травм до 18 років. Тобто вони вже мають ризик виникнення психічних розладів. Кількість людей що мали дві-три дитячі травми 24%, це теж могло вплинути і погіршити психологічний стан цих людей . І ті хто мали чотири і більше травми в дитинстві 14 %, ризик виникнення психологічних травм і проблем з здоров'ям в цих людей значно підвищується. Арифметика дуже проста: чим більше досвіду, що травмує, тим сумніший прогноз.

Опитувальник на *життєстійкість* дає зрозуміти і виявити ті фактори, які допомагають людині зберігати та відновлювати внутрішні ресурси попри

труднощі та стресові події. Умовно всі твердження можна поділити на кілька блоків: емоційна підтримка в дитинстві (любов батьків, турбота інших дорослих, наявність людини, з якою можна було поділитися переживаннями); соціальні зв'язки та оточення (доброзичливе ставлення сусідів і друзів сім'ї, підтримка вчителів та наставників, інтерес до шкільних успіхів); сімейні правила та життєві орієнтири (наявність правил у родині, розмови про покращення життя, увага до досягнень дитини); особистісні характеристики (віра близьких у здібності, самостійність, незалежність, відчуття власної відповідальності за життя).



*Рисунок 2.2. Відсотковий розподіл респондентів за балами шкали
«Негативний дитячий досвід»*

Тепер поглянемо результати: значна кількість опитаних мали щасливе дитинство 31%, в них була сильна підтримка, розвинена автономія та внутрішня опора, результат висока психологічна стійкість. Близько половини респондентів мали хороше дитинство 49%, це дало їм достатню психологічну стійкість, сформувало навички само підтримки та опори на оточення. І кількість людей що мали середній рівень стійкості сягає 20 % вони мають певні внутрішні ресурси, але також наявні деякі прогалини у розвитку автономії та підтримки.

Загалом такі показники рівня життєстійкості свідчать про достатній рівень опори в дитячому віці, щоб в дорослому віці краще долати труднощі і бути психологічно здоровою людиною.

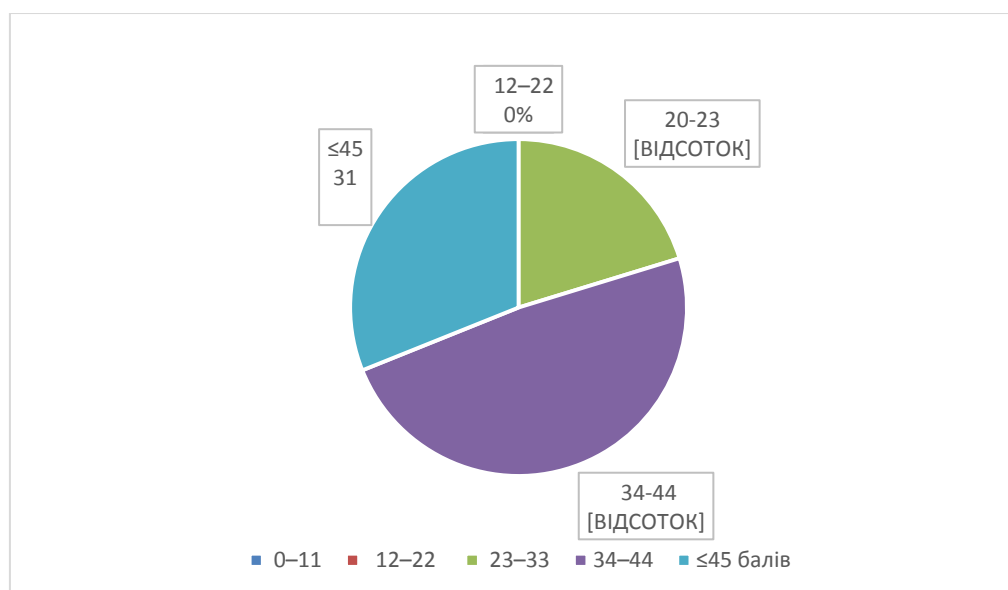


Рисунок 2.3. Показники методити «Рівень життєстійкості», %

Дані з шкали на благополуччя вказують, що більшість людей вважають себе емоційно благополучними людьми 69%. Частина людей, що частково задоволені своїм життям 28%. І та частина які мають низький рівень радості від життя 3%.

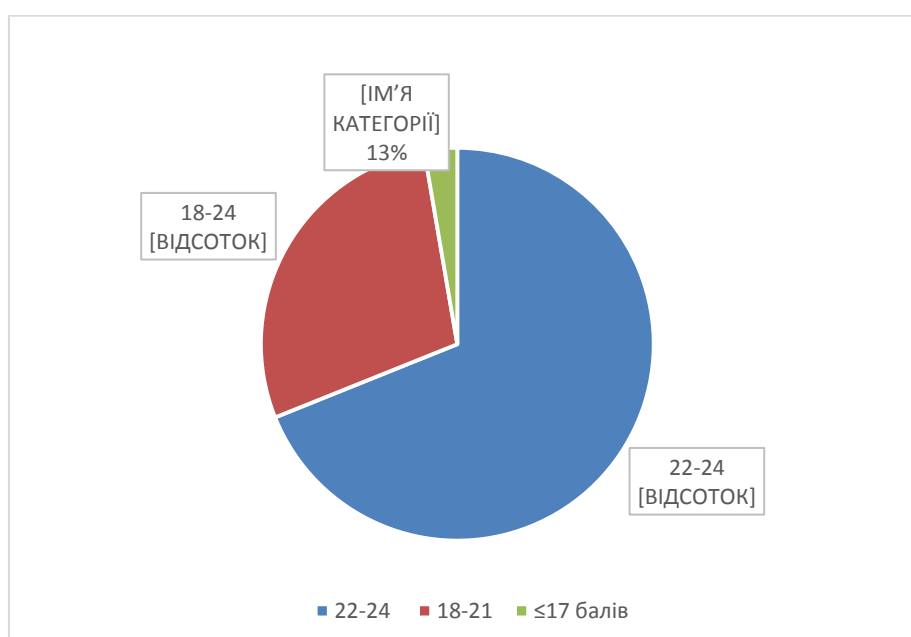


Рисунок 2.4. Показники рівня благополуччя респондентів, %

Передбачається, що високий рівень емоційного благополуччя пов'язаний із позитивним само ставленням, відкритістю у спілкуванні, соціальною адаптованістю та загальною задоволеністю життям. Низький рівень — із внутрішньою напругою, невпевненістю у собі та зниженою життєвою активністю.

Проаналізувавши шкалу на рівень самотності, можна зробити такі висновки. Немає людей які мають дуже високий та високий рівень самотності. Трохи більше половини опитаних мають низький рівень самотності - 57%. І кількість людей які мають дуже низький рівень самотності налічує - 43%.

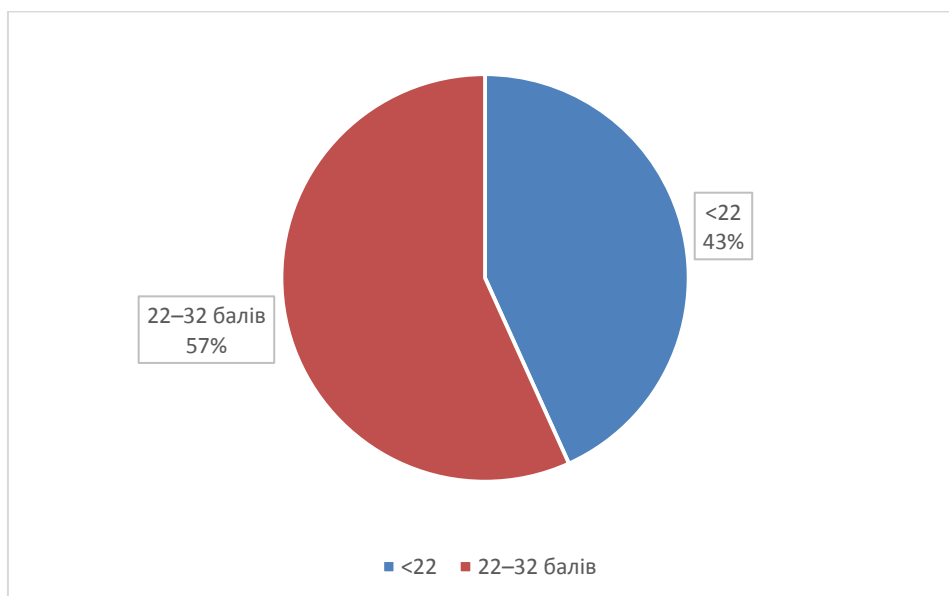


Рисунок 2.5. Показники рівня самотності, %

Такі дані дають можливість зробити такі висновки: люди що пройшли опитування не є самотніми, мають хорошу підтримку та достатні соціальні зв'язки.

Оскільки *тривожність* може бути наслідком пережитих дитячих травм, доцільним було перевірити рівень тривожності респондентів. Це дозволяє оцінити, наскільки часто та інтенсивно людина відчуває тривогу, які ситуації її

провокують і чи має тривожність ситуативний (тимчасовий) чи особистісний (стійкий) характер.

Провівши підрахунок було з'ясовано, що у 24 % людей відсутні симптоми тривожності. Трохи менше половини - 45% мають легку ступінь тривожності. Помірна ступінь тривожності присутня у 18% людей. І високий ступінь тривожності спостерігається у 13% опитаних.

Аналіз отриманих емпіричних даних показав, що серед опитаних респондентів найвищі показники тривожності спостерігаються як у осіб, які не мали негативного досвіду дитинства (НДД), так і в тих, у кого інтенсивність НДД оцінена на рівні 5 балів. Такий розподіл свідчить про те, що наявність або відсутність НДД не є єдиним чинником, який визначає рівень тривожності в дорослому віці. Ймовірно, тривожні прояви формуються під впливом комплексу поточних стресових обставин, особистісних особливостей та соціально-психологічних ресурсів.

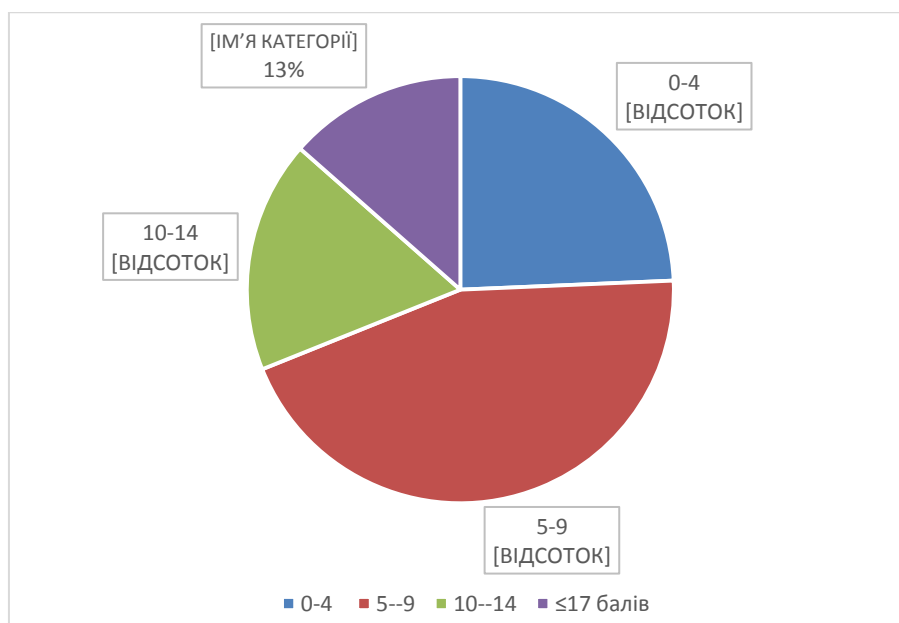


Рисунок 2.6. Показники рівня тривожності респондентів, %

Узагальнюючи отримані дані, можна стверджувати, що тривожність у вибірці має багатофакторну природу, а життєстійкість респондентів виконує помірну компенсаторну функцію, не забезпечуючи повного зниження тривожних переживань. Це підкреслює важливість розгляду тривожності у

взаємозв'язку з ширшим колом психологічних і соціальних чинників, а також актуальність розвитку програм, спрямованих на підвищення життєстійкості та формування навичок ефективного подолання стресу.

Депресія теж може бути наслідком пережитих травм в дитячому віці. Тому люди які взяли участь в нашому дослідженні, було запропоновано пройти опитувальник для визначення рівня депресії. Респонденту потрібно було оцінити, як часто або наскільки сильно він відчував певні симптоми (наприклад, смуток, втрату інтересу, втому, труднощі зі сном, відчуття провини чи безнадії).

Відсутня депресія у 19% людей, що проходили опитування. Легку депресію мають 40%. Депресія помірного ступеня є в 22%. На депресію вираженого ступеня страждають 12% людей. А кількість опитаних, що має депресію важкого ступеня сягає 5%.

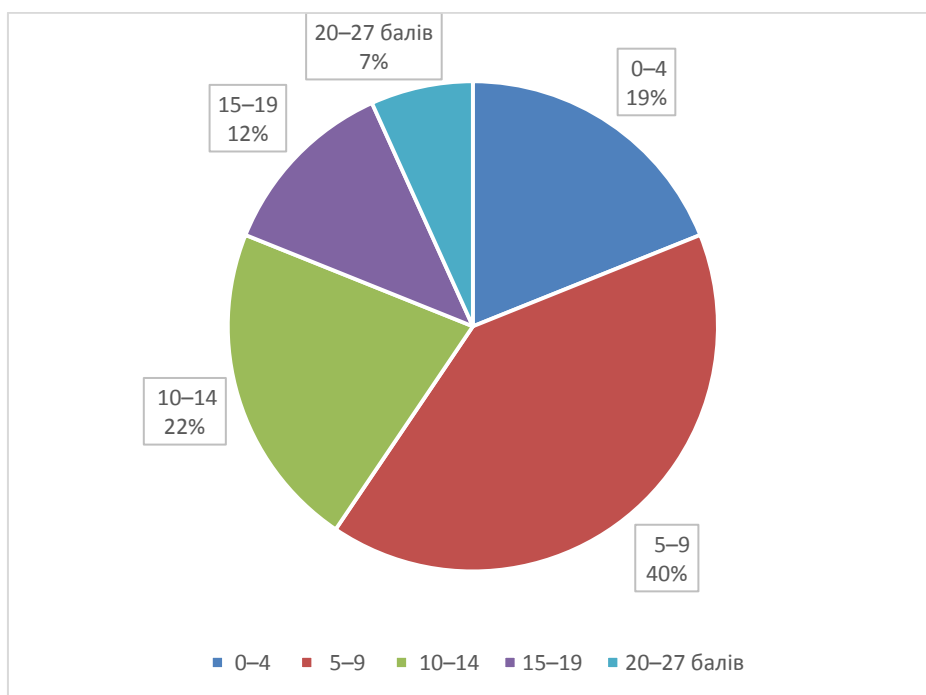


Рисунок 2.7. Показники рівня депресії досліджуваних, %

За отриманими даними можна відзначити, що найбільш виражені ознаки депресії спостерігаються в групі опитаних із рівнями НДД у діапазоні від 1 до 5 балів. Це свідчить про наявність у респондентів певних негативних переживань, пов'язаних із наслідками дитячих травмуючого досвіду. Чим нижчий показник

НДД, тим частіше виявляються емоційні труднощі, що корелюють із підвищенням депресивних проявів.

Разом із тим, показники життєстійкості опитаних перебувають у межах 24–36 балів, що відповідає не високому рівню. Це означає, що респонденти мають певний рівень внутрішніх ресурсів, уміння адаптуватися до труднощів і використовувати соціальну чи особистісну підтримку, однак цей рівень недостатньо високий, щоб ефективно протидіяти підвищеним проявам депресивної симптоматики. Така комбінація показників свідчить про вразливість респондентів до психоемоційних труднощів та можливу потребу в додатковій підтримці, психологічних інтервенціях або розвитку навичок саморегуляції.

ПТСР є наслідком пережитої травматичної ситуації. Визначення наявності ПТСР є головним критерієм в нашому дослідженні. Для того щоб зрозуміти наскільки рівень ПТСР, чи з'явилося з часом пережитих подій вже у дорослому віці було запропоновано пройти шкалу PCL-5(опис проблем, що турбують людей протягом останнього місяця) та рекреаційну шкалу на ТТС.

Згідно з результатами опитування кількість людей в яких відсутні симптоми ПТСР, або мінімальні 32%.Є окремі симптоми, але вони слабо виражені тобто низька ймовірність ПТСР у 38% респондентів. Люди в яких є ознаки ПТСР помірного ступеня - 22%.Симптоми достатньо інтенсивні; що вказує на ймовірний клінічний ПТСР у 3% опитаних. А тяжкі прояви, значне порушення функціонування і як наслідок високий ризик клінічного ПТСР згідно даних опитування може бути у 5%, що є досить великим.

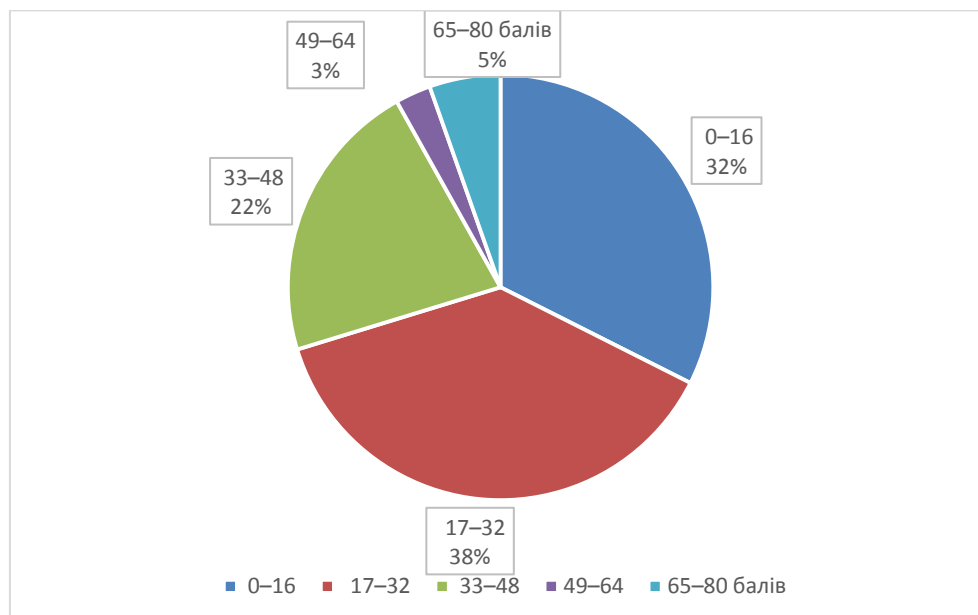


Рисунок 2.8. Показники рівня прояву симптомів ПТСР, %

До групи респондентів з найвищими показниками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) увійшли чотири особи, у яких рівень симптоматики коливається в межах 65–79 балів, що відповідає високому та дуже високому рівню ПТСР. Деталізація супутніх показників негативного дитячого досвіду (НДД) та життєстійкості дозволила виявити певні закономірності. Показники НДД у групі варіюють від 1 до 5 балів, тобто мали травматичний досвід. Показники життєстійкості у вибірці становлять 24–37 балів, що відповідає середньому, але недостатньо високому рівню. Отже, високі рівні ПТСР частково супроводжуються високими значеннями НДД, що може вказувати на більший вплив актуальних травматичних подій у дорослому віці. Ці дані можуть свідчити, що нижча життєстійкість підсилює вразливість до проявів ПТСР, ускладнює подолання стресових наслідків і зменшує адаптаційні можливості.

Аналіз даних щодо *тривалого посттравматичного стресу* (ТТС) показав, що більшість опитаних мають низький рівень проявів симптомів. Зокрема, 39% респондентів належать до категорії відсутності або мінімальної ПТСР, а 34% характеризуються легкою формою розладу. Таким чином, понад дві третини вибірки (73%) демонструють незначні прояви ТТС, що може

свідчити про відносно високий рівень адаптаційних можливостей та життєстійкості серед учасників дослідження.

Помірні показники ТТС спостерігалися у 15% респондентів, що свідчить про наявність субклінічних проявів у частини вибірки. Водночас, помірно тяжкий (7%) та тяжкий рівень ТТС (5%) зафіксований у 12% опитаних, що свідчить про існування групи з клінічно значущими симптомами, яка потребує особливої уваги та можливої психологічної підтримки.

Було виявлено, що серед респондентів спостерігаються як середні, так і високі рівні ПТСР. Тяжкий рівень ПТСР (>20 балів) зафіксований у чотирьох учасників, що свідчить про виражені симптоми тривалого травматичного стресу. Зокрема рівень депресивних проявів (НДД) у них переважно низький, хоча один учасник демонструє виражені симптоми депресії. Життєстійкість коливається від середньої до високої.

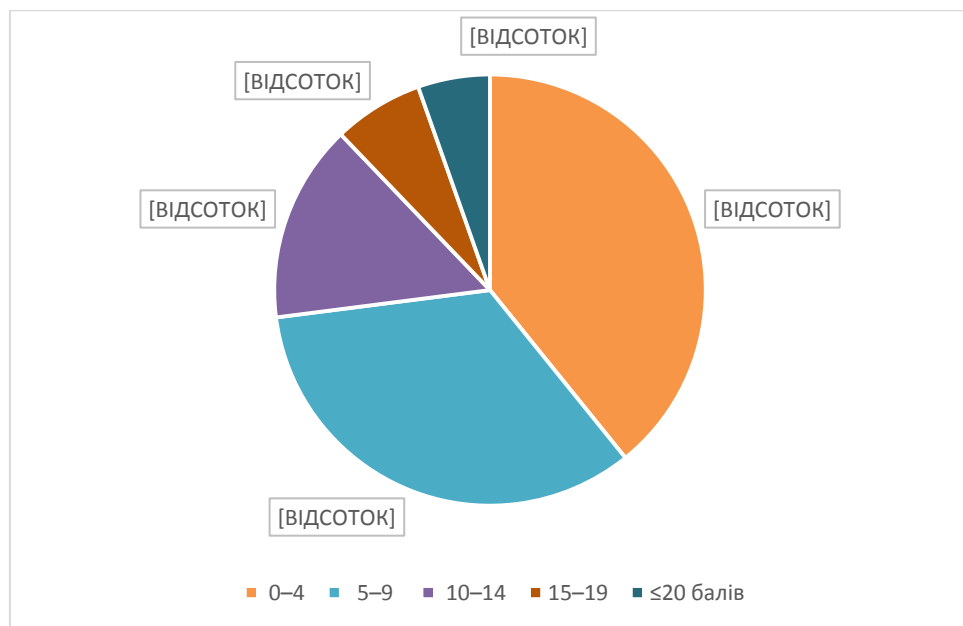


Рисунок 2.9. Показники рівня прояву симптомів тривалого травматичного стресу, %

Отримані результати демонструють, що: респонденти з найвищими показниками ПТСР мають переважно середній рівень життєстійкості, який не забезпечує достатніх ресурсів для ефективного подолання наслідків

травматичного досвіду; рівень НДД у цих осіб не є високим, що свідчить про домінуючий вплив актуальних травмуючих подій дорослого віку, а не дитячих травм; найбільш критичне поєднання — високий ПТСР + високий НДД + низька життєстійкість — спостерігається лише в одного респондента, що підтверджує гіпотезу про мультиплікативний ефект дитячих травм у поєднанні з низькими особистісними ресурсами.

Таким чином, результати вказують на необхідність поглибленого аналізу впливу життєстійкості як потенційного захисного чинника та ролі негативного дитячого досвіду як фоновної, а не визначальної змінної у формуванні ПТСР у дорослому віці.

Доцільно буде також розглянути дані по різних вікових категоріях окремо. Спочатку проаналізуємо юнацький вік до 20 років. Кількість балів НДД є в межах від 0-до 5 балів, життєстійкість має різні показники. Респонденти цього віку мають низький рівень тривожності, але в деяких кількість балів вказує на можливість депресивного стану. Загалом середні показники самотності та благополуччя. Водночас спостерігаються в окремих опитаних високі показники ПТСР та ТТС.

Щодо респондентів вікової категорії ранньої зрілості. Показники НДД від 1-3 балів, бали життєстійкості, благополуччя та самотності мають середні статистичні дані. Також спостерігаються мала кількість симптомів тривожності і депресії. При вищих показниках ПТСР спостерігаються невисокі показники ТТС.

Ще проаналізуємо дані респондентів вікової категорії середньої зрілості. Рівень НДД від 1- 4 балів, показники життєстійкості від середніх до високих, більшість людей цього віку вважають себе достатньо благополучними і не самотніми. Мало людей з ознаками депресивного та тривожного станів. В деяких респондентів можуть мати ознаки ПТСР, а ТТС майже не спостерігається в опитаних.

2.3 Математично-статистичний аналіз

У межах емпіричного дослідження було проведено кореляційний аналіз взаємозв'язків між рівнем негативного дитячого досвіду (НДД), життєстійкістю та низкою психологічних характеристик дорослих учасників. Отримані показники засвідчили наявність системних, статистично значущих тенденцій, що відображають вплив травматичного дитячого досвіду на емоційно-психологічний стан у зрілому віці, а також роль життєстійкості як захисного ресурсу.

Кореляція між НДД та благополуччям виявилася негативною ($r = -0,33$), що вказує на зниження суб'єктивного благополуччя за умов більш інтенсивного негативного досвіду дитинства. Слабко-позитивний зв'язок між НДД і самотністю ($r = 0,18$) свідчить про тенденцію до формування соціальної відстороненості у дорослому віці. І хоча рівень тривожності демонструє мінімальну кореляцію з НДД ($r = 0,08$), депресія має помірний позитивний зв'язок ($r = 0,30$), що узгоджується з даними про роль дитячої травматизації у формуванні депресивної симптоматики.

Таблиця 2.1.

	НДД	Життєстійкість
Благополуччя	-0,32681	0,437965549
Самотність	0,184732	-0,2698516
Тривога	0,075256	-0,184622243
Депресія	0,303214	-0,302161517
ПТСР	0,238284	-0,247656152
ТТС	0,332802	-0,398409718

Подібним чином НДД корелює із симптомами ПТСР ($r = 0,24$) та особливо з ТТС ($r = 0,33$), що свідчить про їхню підвищену вираженість у випадку накопичення негативних подій дитинства. Ці результати підтверджують, що травматичні переживання дитинства можуть мати

довготривалий кумулятивний ефект і проявлятися у зрілому віці у вигляді стійких посттравматичних симптомів.

Життєстійкість продемонструвала переважно негативні кореляційні зв'язки з психологічними порушеннями: із самотністю ($r = -0,27$), тривогою ($r = -0,18$), депресією ($r = -0,30$), ПТСР ($r = -0,25$) та ТТС ($r = -0,40$). Особливо виражений вплив життєстійкості спостерігається щодо хроніфікованих посттравматичних симптомів, що підкреслює її роль як важливого буферного чинника у подоланні травматичних наслідків.

Поряд із цим встановлено позитивний кореляційний зв'язок між життєстійкістю та благополуччям ($r = 0,44$), що свідчить про її сприятливий внесок у підтримання позитивного емоційного стану та загального психічного здоров'я.

Отримані дані підтверджують, що негативний дитячий досвід справляє довготривалий вплив на емоційний стан та психічне функціонування дорослих, сприяючи розвитку депресивних, посттравматичних та соціально-емоційних труднощів. Водночас життєстійкість виконує компенсаторну та захисну функцію, зменшуючи інтенсивність негативних проявів та підвищуючи рівень суб'єктивного благополуччя.

Загалом результати кореляційного аналізу вказують на необхідність розвитку життєстійкісних ресурсів у рамках психокорекційних і реабілітаційних програм, спрямованих на подолання наслідків дитячих психотравмуючих подій.

Висновки до 2 розділу

Методологічна основа дослідження впливу негативного дитячого досвіду на психологічний стан дорослої особистості забезпечила наукову цілісність, валідність та системність проведеної роботи. Висунуті припущення щодо ролі негативних ранніх подій, життєстійкості, рівня благополуччя, схильності до самотності, тривожності, депресивних проявів та формування посттравматичного стресового розладу були концептуально обґрунтовані й

потребували емпіричної перевірки з використанням стандартизованих психодіагностичних інструментів.

Застосування опитувальника негативного дитячого досвіду (ACEs) створило можливість кількісно визначити характер і частоту травматичних подій у дитинстві та заклало підґрунтя для подальшого аналізу їхнього зв'язку з емоційним та соціальним функціонуванням у дорослому віці. Використання системного, особистісно-орієнтованого та емпіричного підходів забезпечило комплексний розгляд феномена психотравматизації як багатовимірного явища, що інтегрує біологічні, психологічні та соціальні чинники.

Доцільність включення до дослідження шкал життестійкості та психологічного благополуччя обумовлена їх здатністю виявляти внутрішні ресурси особистості, рівень її адаптаційного потенціалу та загальний емоційний фон. Джерелом додаткової інформації щодо соціально-емоційних наслідків дитячих травм стала шкала самотності UCLA, що дозволила оцінити специфіку міжособистісних взаємодій та рівень суб'єктивної соціальної ізоляції у дорослому віці.

Включення опитувальників GAD-7 та PHQ-9 забезпечило можливість об'єктивного вимірювання рівня тривожності та депресивних симптомів, які часто виступають психологічними наслідками ранньої травматизації. Застосування цих методик сприяло отриманню статистично значущих даних щодо взаємозв'язку між дитячими травмами та емоційним неблагополуччям у зрілому віці. Особливе значення в структурі методологічного забезпечення мали опитувальники PCL-5 та CAPS-5, які дозволили оцінити вираженість симптоматики ПТСР, зокрема у її тривалих та хронічних формах. Їх використання надало можливість поглиблено дослідити патопсихологічні механізми впливу дитячих травм на подальший психічний розвиток особистості.

Отже, методологічна основа дослідження, сформована на основі поєднання теоретично обґрунтованих підходів та валідних психодіагностичних інструментів, забезпечила комплексний аналіз негативного дитячого досвіду та

його психологічних наслідків. Вона дала змогу не лише перевірити висунуті гіпотези, але й сформуванати системне уявлення про зв'язки між ранніми травматичними подіями, ресурсними характеристиками особистості та сучасним психоемоційним станом дорослої людини. Такий підхід підвищує наукову достовірність отриманих результатів і створює підґрунтя для подальших досліджень у галузі психології травми та психопрофілактики.

Отримані результати дали змогу визначити поширеність негативних дитячих подій серед респондентів, оцінити рівень наявних ресурсів підтримки в дитинстві та їхній вплив на психологічний стан у дорослому віці. Також було виявлено, яким чином НДД, життєстійкість і наявні психологічні симптоми взаємопов'язані між собою, які фактори є ризиковими, а які — захисними щодо розвитку тривожних, депресивних і посттравматичних проявів.

Статистична обробка результатів передбачала розрахунок субшкальних та загальних сумарних балів, а також використання методів описової статистики для визначення основних тенденцій вибірки. Застосування кореляційного аналізу дозволило встановити взаємозв'язки між показниками тривалого травматичного стресу та іншими психологічними характеристиками, що є важливим для виявлення закономірностей та інтерпретації отриманих даних. Отримані результати стали підґрунтям для подальших узагальнень і формулювання висновків щодо специфіки переживання тривалого травматичного стресу у досліджуваній вибірці. Проведений математично-статистичний аналіз дозволив встановити наявність значущих взаємозв'язків між рівнем негативного дитячого досвіду, життєстійкістю та показниками емоційно-психологічного стану дорослих учасників дослідження. Зокрема, результати кореляційного аналізу підтвердили, що підвищений рівень негативних подій дитинства асоціюється зі зниженням суб'єктивного благополуччя та підвищенням імовірності появи депресивних, тривожних і посттравматичних симптомів у зрілому віці. Найбільш виражені кореляції були зафіксовані між НДД та депресією, а також ТТС, що вказує на можливий

кумулятивний ефект травматичних переживань, який зберігається протягом життя.

Водночас життєстійкість продемонструвала стабільні захисні зв'язки, зменшуючи вираженість негативних емоційних станів і посттравматичних симптомів, а також позитивно корелюючи із суб'єктивним благополуччям. Найсильніший її вплив простежувався щодо ТТС, що підтверджує роль життєстійкості як ключового психологічного ресурсу, здатного послаблювати наслідки дитячих травм.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що негативний дитячий досвід виступає значущим предиктором дезадаптивних психологічних проявів у дорослому віці, тоді як життєстійкість — ефективним компенсаторним чинником, який сприяє підтриманню психічного благополуччя та зниженню інтенсивності травматичних симптомів. Отримані дані підкреслюють доцільність цілеспрямованого розвитку життєстійкісних ресурсів у психокорекційних, профілактичних і реабілітаційних програмах для осіб із досвідом дитячих психотравмуючих подій.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ

3.1. Програма тренінгового заняття

Подолання наслідків дитячих травм постає одним із ключових компонентів психічного функціонування особистості, оскільки дитячі травми можуть формувати специфічні патерни поведінки — підвищену тривожність, уникання відповідальності, труднощі у плануванні, зниження самооцінки та схильність до швидкого виснаження. Тренінгова програма повинна не лише формувати нові навички саморегуляції, а й сприяти подоланню наслідків раннього травматичного досвіду, що впливає на життєдіяльність дорослої людини. Оскільки травмотерапія є довготривалим процесом, а проведене анонімне опитування показало, що серед опитаних є ті, хто відчуває себе самотніми, мають депресивні та тривожні стани, та в деяких респондентів

присутні симптоми ПТСР було розроблено тренінгову програму, структуровану у форматі десяти тематичних занять. Відтак тренінгові зустрічі спрямовані на зменшення симптоматики цих станів та на покращення ментального здоров'я учасників. Оскільки роб

Перше заняття тренінгової програми (вступ до проблематики психологічної травми дитинства) спрямоване на формування в учасників системного розуміння природи психологічної травми дитинства та механізмів її впливу на подальший психічний і соціальний розвиток особистості. Центральне місце відводиться аналізу феномену «відкладеного впливу», який описує ситуації, коли наслідки ранніх травматичних подій проявляються у віддаленій перспективі — переважно в підлітковому або дорослому віці — у формі порушень емоційної регуляції, труднощів у міжособистісних взаєминах, соматичних проявів чи специфічних моделей поведінки. Після теоретичного блоку учасники залучаються до спільного вироблення правил групової взаємодії, що охоплюють принципи конфіденційності, добровільності участі, взаємоповаги та утримання від оцінних суджень. Особливий акцент робиться на створенні безпечного простору, який забезпечує умови для відкритого висловлення власних переживань, підтримання емоційного комфорту та запобігання повторній травматизації. У цьому контексті визначаються ключові критерії психологічної безпеки групи, зокрема дозованість саморозкриття, орієнтація на ресурсність та дотримання індивідуальних меж кожного учасника. Практична частина заняття включає вправи «Знайомство у колі», коротке представлення та окреслення очікувань, і «Дерево правил», у межах якої формується комплекс групових норм. Завершується заняття короткою рефлексією, що дає змогу учасникам усвідомити власні первинні очікування, рівень готовності до опрацювання теми та особисту відповідальність за підтримання конструктивного і безпечного психологічного клімату протягом усієї тренінгової програми.

Друге заняття (типи прив'язаності та їх роль у формуванні довготривалих моделей взаємодії) націлене на системний аналіз впливу ранніх досвідів

прив'язаності на формування стійких міжособистісних моделей поведінки у дорослому віці. Центральним теоретичним конструктом є внутрішні робочі моделі, які розглядаються як когнітивно-афективні структури, що організовують сприйняття себе, значущих інших та характер взаємодії з ними. Аналізується взаємозв'язок між якістю прив'язаності в дитинстві та схильністю дорослої особистості до формування адаптивних або дезадаптивних патернів у контексті довіри, залежності, контролю й емоційної регуляції.

Розглянуто чотири базові типи прив'язаності — надійний, тривожно-амбівалентний, унікальний та дезорганізований — у контексті їхнього впливу на структуру міжособистісної взаємодії. Особливу увагу приділено тому, як порушена прив'язаність може зумовлювати неузгоджені очікування, підвищену чутливість до відкидання, труднощі у встановленні й підтриманні меж або тенденцію до емоційного дистанціювання.

Практична частина заняття включає інструменти самоаналізу міжособистісних сценаріїв, виявлення автоматизованих реакцій у ситуаціях близькості та дистанції, а також аналіз тригерів, що активують дезадаптивні моделі поведінки. Практичний блок включає вправу «Довіра в дії», групове обговорення «Як змінилися мої стосунки після травми?» та міні-рольові ігри з тренування комунікативних навичок.:

Третє заняття тренінгової програми (емоційна регуляція та досвід пригнічених емоцій) орієнтоване на формування цілісного розуміння феномену емоційної дисрегуляції, що часто постає наслідком психотравмуючого досвіду дитинства та інших потенційно травматичних подій. Емоційна дисрегуляція розглядається як порушення здатності усвідомлювати, модулювати та адекватно виражати внутрішні емоційні стани, що може проявлятися у формі надмірного емоційного збудження, пригнічення почуттів або їхньої фрагментованості.

У межах заняття учасники ознайомлюються з методами ідентифікації та усвідомлення власних емоцій, а також із техніками їхньої контейнеризації, які забезпечують створення психологічного простору для безпечного сприйняття

та опрацювання внутрішніх переживань. Особливий акцент робиться на стратегіях відновлення контакту з пригніченими емоційними станами як ключовому компоненті інтеграції травматичного досвіду та розвитку емоційної стійкості.

Окрема увага приділяється аналізу базових емоцій, що найчастіше супроводжують травматичні переживання, зокрема гніву, сорому, провини та страху. Розглядаються їхні когнітивні та соматичні прояви, а також адаптивні підходи до їхньої регуляції, такі як усвідомлене спостереження за емоційними реакціями, техніки заземлення, дихальні методики та інші прийоми, спрямовані на безпечне проживання та вираження емоцій. Практичний блок включає вправи «Картки емоцій» (розпізнавання емоційних станів) та техніку «Емоційний термометр», а також міні-обговорення «Як мої емоції впливають на моє тіло?».

У результаті учасники отримують як теоретичні знання, так і практичні інструменти для ефективної взаємодії з емоціями в умовах психологічного стресу та після пережитих травматичних подій.

Четверте заняття тренінгової програми (відновлення внутрішньої цілісності та робота з дитячими частинами «Я») присвячене процесу інтеграції фрагментованого психічного досвіду, що формується внаслідок пережитих у дитинстві травматичних подій, а також розвитку здатності до усвідомлення та опрацювання так званих «дитячих частин» особистості. Психологічна травма раннього віку нерідко зумовлює розщеплення внутрішнього «Я» на окремі структурні компоненти, які репрезентують різні аспекти емоційних реакцій, потреб та переживань. Подібна фрагментація може проявлятися у дорослому віці у вигляді внутрішніх конфліктів, надмірної самокритики, труднощів із самопідтримкою та емоційною регуляцією.

У межах заняття передбачено системне опрацювання цих внутрішніх частин із використанням методів гештальт-терапії, що спрямовані на підвищення рівня усвідомлення власних емоцій, потреб і внутрішніх суперечностей. Особливий акцент робиться на техніках внутрішнього діалогу,

які сприяють встановленню контакту з ранніми переживаннями та формуванню здатності до емпатійного ставлення до себе. У практичному блоці застосовуються вправи, зокрема переформулювання дезадаптивних установок та розроблення індивідуального плану самодопомоги.

Загалом заняття спрямоване не лише на психологічну стабілізацію, а й на розвиток співчутливого ставлення до себе як ключового чинника відновлення особистісної цілісності та зміцнення психічного здоров'я у дорослому віці. Підхід базується на інтеграції когнітивних, емоційних і тілесних компонентів переживань, забезпечуючи комплексний вплив на внутрішній світ особистості та підтримуючи процес її відновлення.

Метою п'ятого заняття (подолання тривожності) є та забезпечення учасників систематизованими теоретичними знаннями щодо механізмів формування тривожних станів, що виникають унаслідок дитячих психотравмуючих подій, а також формування практичних навичок саморегуляції та психоемоційної стабілізації. Тривожні стани, детерміновані ранніми травматичними досвідами, характеризуються специфічними особливостями та відрізняються від тривожності, яка формується у зрілому віці за відсутності травматичного фону. Зокрема, дитячі травми здатні залишати стійкі когнітивно-емоційні сліди, що проявляються у формі надмірного страху, підвищеного відчуття небезпеки, сенситивності до стресових стимулів, а також у вигляді фізіологічних реакцій тривоги, таких як тахікардія, м'язове напруження чи порушення сну.

У межах заняття буде розглянуто психофізіологічні прояви тривожності та їхню специфіку у контексті пережитих дитячих травм. Акцент зроблено на когнітивні та емоційні механізми підтримання тривожних станів, зокрема повторному відтворенню травматичних сценаріїв, внутрішньому самозвинуваченню та хронічному очікуванню небезпеки. Передбачено аналіз типових когнітивних схем, що сприяють збереженню тривоги, таких як установки на невизначеність, відчуття безпорадності та схильність до негативної інтерпретації подій.

Заняття спрямоване на підвищення усвідомлення учасниками власних тривожних реакцій та їхніх першоджерел, а також на формування базових навичок емоційної саморегуляції та тілесної стабілізації. Додатково передбачено розвиток компетентності у застосуванні когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих методик самопідтримки. Серед практичних технік використовуватимуться метод заземлення «5–4–3–2–1» та дихальна вправа «Дихання по квадрату», а також підходи до роботи з нав'язливими спогадами.

Шосте заняття (розуміння механізмів виникнення депресивних станів) пов'язано з формуванням розуміння причин виникнення депресивних станів у дорослому віці, пов'язаних із пережитими в дитинстві психотравмуючими подіями. Депресивні стани, що мають корені в ранньому травматичному досвіді, характеризуються порушеннями емоційного розвитку, формуванням негативного самооцінювання та стійких дисфункційних когнітивних схем, які підтримують відчуття провини, безпорадності та емоційної ізоляції. У дорослому віці це проявляється хронічною пригніченістю, зниженням інтересу до повсякденних активностей, соціальним відстороненням і соматичними симптомами.

Психологічна робота з такими станами передбачає комплексний підхід, що включає усвідомлення походження негативних емоційних та когнітивних патернів, відновлення емоційної регуляції та розвиток навичок самопідтримки. Усвідомлення зв'язку між ранніми травматичними переживаннями та сучасними депресивними проявами сприяє зниженню інтенсивності негативних емоцій і стабілізації психоемоційного стану.

Методи корекції когнітивних схем, розвиток самоспівчуття та усвідомлення емоційних реакцій сприяють зменшенню депресивних переживань і підвищенню внутрішнього ресурсу. Інтеграція індивідуальних та групових арттерапевтичних вправ дозволяє поєднати теоретичні знання з практичним опануванням технік пом'якшення депресивних станів, що підвищує психологічну стійкість та загальний рівень психічного благополуччя.

На сьомому занятті (тілесні прояви травми та методи соматичної стабілізації) розглядаються тілесні прояви психологічної травми та методи соматичної стабілізації. Психотравматичний досвід дитячого віку нерідко зумовлює стійкі зміни у функціонуванні нервової системи, які в дорослому віці проявляються як психофізіологічні маркери. До таких проявів належать підвищена м'язова ригідність, порушення дихальних патернів, гіперзбудження, а також тенденція до реакцій «заморожування» або до емоційної й соматичної дисоціації. Зазначені феномени відображають дисрегуляцію автономної нервової системи та порушення балансу між симпатичною і парасимпатичною активністю, що узгоджується з основними положеннями полівагальної теорії.

У межах заняття учасники ознайомлюються з методами розвитку тілесної обізнаності, які передбачають фіксацію та аналіз відчуттів у різних ділянках тіла, локалізацію м'язової напруги та спостереження за фізіологічними реакціями на внутрішні й зовнішні стимули. Важливим аспектом є тілесна активація (дуже легкі рухи), спрямовані на відновлення суб'єктивного відчуття безпеки, зниження рівня збудження та стабілізацію функціонування нервової системи, спрямовані на усвідомлення м'язової напруги.

Таким чином, заняття спрямоване на формування у учасників практичних навичок контролю психофізіологічних проявів травми, підвищення рівня тілесної обізнаності та розвитку здатності до самостійної стабілізації у ситуаціях стресового чи травмуючого впливу, що створює основу для подальшої терапевтичної роботи та адаптивного функціонування в дорослому житті.

Восьме заняття (когнітивно-поведінкові аспекти переживання травматичного досвіду) націлене на дослідження когнітивних процесів, що формуються під впливом психотравмуючих подій у дитинстві, та їхньому впливу на психоемоційний стан дорослої людини. Основна увага приділяється дезадаптивним когнітивним схемам, які визначають сприйняття себе, інших людей і світу, зокрема установкам безпорадності, недовіри, небезпеки та заниженої самоцінності.

Заняття передбачає аналіз цих схем, виявлення ключових переконань і оцінку їхнього впливу на емоційні та поведінкові реакції. Значна увага приділяється методам когнітивного переосмислення, що дозволяють змінювати дисфункціональні переконання та формувати більш адаптивні стратегії мислення.

Практична частина включає вправи на розвиток ресурсності, роботу з образами та стратегії самопідтримки, що сприяють підвищенню психологічної стійкості та ефективному регулюванню емоційних реакцій у дорослому житті.

Дев'яте заняття присвячене (розвиток стресостійкості і посттравматичного зростання) дослідженню можливостей особистісного розвитку після переживання травматичного досвіду. Основна увага зосереджена на концепції посттравматичного зростання, яка передбачає не лише подолання негативних наслідків травми, а й інтеграцію пережитого досвіду у власне життя з метою виявлення нових ресурсів, цінностей та смислів. Основний фокус зосереджено на усвідомленні індивідуальній сильній стороні та потенціалу для подальшого розвитку.

Заняття поєднує теоретичний блок із практичними методами, що сприяють рефлексії та самопізнанню. Зокрема, у вправі «Мої внутрішні ресурси» учасники в малих групах ідентифікують та аналізують психологічні, емоційні та соціальні ресурси, які підтримують їх у подоланні складних життєвих ситуацій. Вправа «Дерево сили» передбачає створення символічної схеми, де коріння, стовбур та гілки відображають базові цінності, внутрішні ресурси та досягнення особистості, що визначають її стійкість. Завершальним етапом є обговорення «Що було здобуто у результаті складного досвіду?», яке дозволяє усвідомити позитивні трансформації та потенційні напрями розвитку внаслідок подолання травматичних подій. Таким чином, заняття забезпечує інтеграцію теоретичних знань і практичних вправ, сприяє розвитку стресостійкості, формуванню посттравматичного зростання та підтримує усвідомлення учасниками власних ресурсів і потенціалу для подальшого особистісного розвитку.

Метою десятого підсумкового заняття (інтеграція досвіду та підбиття підсумків) є систематизація пройденого матеріалу, закріплення отриманих знань і навичок, а також сприяння формуванню стійких стратегій самопідтримки. Заняття передбачає оцінку прогресу учасників, усвідомлення власних ресурсів та інтеграцію нових способів регуляції емоційних і поведінкових реакцій.

У процесі заняття здійснюється узагальнення ключових результатів попередніх сесій, що включає аналіз особистих досягнень, змін у психоемоційному стані та рівня опанування технік саморегуляції. Окрему увагу приділено рекомендаціям щодо подальшого розвитку психологічної стійкості, підтримки емоційного балансу та продовження практики навичок самопомоги в повсякденному житті.

Для інтеграційної роботи використовуються методи письмової рефлексії та групової взаємодії. Зокрема, застосовуються вправи, що спрямовані на систематизацію особистих досягнень, рефлексію змін та обмін соціальною підтримкою серед учасників. Завершення заняття передбачає символічне фіксування результатів і створення відчуття завершеності, що сприяє мотивації до подальшого саморозвитку.

Таким чином, підсумкове заняття виконує інтеграційну функцію, сприяє закріпленню практичних навичок і забезпечує учасникам можливість усвідомлено продовжувати роботу над власним розвитком поза межами групової роботи.

3.2. Рекомендації щодо самостійної роботи

Дитячі травми залишають глибокий емоційний слід, який може проявлятися у тривожності, депресивності, труднощах у стосунках, гіперчутливості чи дисоціації. Робота з ними потребує безпеки, поступовості та професійної підтримки. Сучасна психологія виділяє кілька найбільш ефективних підходів. Найвищу доказовість мають психотерапевтичні методи.

Їх є багато видів, розглянемо основні, які є науково обгрунтованими: Ван дер колк книга

Психодинамічна терапія / (Терапія прив'язаності) допомагає зрозуміти, як дитячий досвід формував поточні реакції та опрацювати незавершені переживання, змінити патерни стосунків і самооцінку.

EMDR (Desensitization and Reprocessing) це один із найефективніших методів при травмах. Він допомагає переробити травматичні спогади так, щоб вони перестали викликати сильні емоційні реакції.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) вчить змінювати травматичні переконання про себе («Я поганий», «Мене не можна любити») та регулювати емоції та поведінку, справлятися з тригерами.

Схема-терапія є особливо корисною людям, які мали у дитинстві нестачу безпеки, любові, стабільності. Вона працює з «внутрішньою дитиною» та деструктивними схемами (покинутості, недовіри, самокритики).

Вид психотерапевтичної методики залежить від індивідуальних особливостей, тяжкості психотравматичних досвідів, та інтеграції цих технік в ширший терапевтичний процес. Проте слід пам'ятати про стратегії самодопомоги, які підсилюють терапію, і є дуже корисними допоміжними інструментами у подоланні наслідків пережитого травматичного дитинства, які підсилюють терапію, ось найбільш дієві :Вн днр колк, Уламки дитячих травм

Писання задля зцілення (therapeutic writing, expressive writing) є дуже ефективний інструмент травмотерапії, що базується на емпірично підтверджених психологічних механізмах опрацювання травматичного досвіду. У науковій літературі цей метод розглядають як спосіб структурованого емоційно-когнітивного опрацювання переживань, який сприяє зниженню психологічної напруги, інтеграції травматичних спогадів та формуванню адаптивніших стратегій подолання стресу.

По-перше, писання сприяє когнітивній реконструкції травматичних подій. Коли людина вербалізує власний досвід, відбувається його впорядкування: хаотичні фрагменти пам'яті отримують логічну структуру,

встановлюються причинно-наслідкові зв'язки, а подія набуває більш зрозумілого та менш загрозливого змісту. Такий процес відповідає механізмам когнітивної переробки, які лежать в основі сучасних підходів до лікування ПТСР.

По-друге, експресивне писання дозволяє здійснити емоційне розвантаження та регуляцію афекту. Фіксація емоцій на письмі знижує інтенсивність переживань, оскільки активує механізм «дистанціювання»: описуючи подію, людина переходить з позиції "учасника" в позицію "спостерігача". Це зменшує фізіологічне збудження, яке часто супроводжує травматичні спогади, та підвищує здатність до саморегуляції.

Крім того, дослідження показують, що писання має позитивний вплив на фізичне та психічне здоров'я, включаючи покращення якості сну, зниження рівня тривожності, депресивної симптоматики та загальної стресової реактивності. Такий ефект пов'язують із активацією парасимпатичної нервової системи та зменшенням рівня гормонів стресу.

Важливим є те, що писання у контексті травмотерапії підтримує формування смислів і переосмислення життєвих подій. У процесі створення тексту людина має можливість сформулювати нову інтерпретацію травматичного досвіду, що сприяє зростанню життєстійкості та розвитку посттравматичного зростання.

Отже, писання як терапевтичний метод є ефективним аналітично-емоційним інструментом, що дозволяє глибше усвідомити, структурувати й інтегрувати травматичний досвід. Воно відіграє важливу роль у зменшенні симптомів ПТСР, підвищенні емоційної регуляції та сприяє відновленню психологічного благополуччя.

Арт терапевтичні методи допомагають та сприяють зниженню емоційної напруги, покращують саморегуляцію, активують ресурси особистості та дозволяють безпечно опрацьовувати травматичний досвід через творчий процес. Їх багатоканальний вплив на психіку – тілесний, емоційний, когнітивний та сенсорний – робить арттерапію ефективним інструментом у

комплексній травмотерапії. Малювання створює умови для зовнішнього виявлення внутрішніх переживань через образи та символи. Візуальна репрезентація травматичного досвіду сприяє зменшенню емоційної напруги, формуванню відчуття контролю над власним станом, а також активує процеси когнітивної переробки подій. Крім того, у процесі малювання активуються ділянки мозку, пов'язані з регуляцією емоцій та побудовою сенсорної пам'яті, що сприяє поступовому зниженню інтенсивності травматичних спогадів.

Музикотерапія допомагає відновлювати емоційну рівновагу через вплив на нейрофізіологічні механізми стресу. Музика здатна модулювати активність автономної нервової системи, знижуючи фізіологічні прояви тривоги, а також сприяє доступу до глибинних емоційних шарів, які можуть залишатися недоступними у вербальній терапії. Прослуховування музики чи її активне створення формує відчуття безпеки, стимулює позитивні афекти та допомагає переробляти складні емоції через ритм, тембр і мелодичну структуру.

Танцювально-рухова терапія залучає соматичні механізми регуляції, що є особливо важливими у роботі з травмою, яка часто фіксується у тілі у вигляді м'язових затисків, зміни постави або рухових патернів. Через усвідомлений рух клієнт відновлює контакт із тілом, що покращує здатність до розпізнавання й регуляції власних станів. Танцювальні практики також активують механізми міжпівкульної інтеграції та сприяють формуванню відчуття цілісності, яке було порушене травматичним досвідом.

Узагальнюючи, арттерапевтичні методи, музика та танець посідають важливе місце в сучасних підходах до роботи з психологічними травмами, оскільки активують невербальні канали вираження та сприяють інтеграції травматичного досвіду. Дослідження показують, що творчі методи допомагають обійти когнітивні бар'єри, які часто виникають у людей із травматичними переживаннями, та забезпечують безпечний спосіб опрацювання емоцій, які важко висловити словами.

Медитація розглядається як практика, що сприяє розвитку здатності до регуляції емоцій, підвищує усвідомленість власних внутрішніх станів та знижує

рівень фізіологічного напруження. Дослідження показують, що регулярна медитативна практика корелює зі зниженням симптомів тривоги, депресії та посттравматичного стресу, а також змінами в нейронних мережах, відповідальних за стресову реактивність. Завдяки розвитку навичок фокусування уваги та спостереження за власними емоційними реакціями без оцінювання, медитація допомагає зменшувати автоматизовані реакції, сформовані внаслідок дитячої травматизації. Таким чином, медитація може істотно покращувати психоемоційний стан та допомагати в адаптації до наслідків НДД.

Любов і турбота є базовими елементами травмотерапії, оскільки вони безпосередньо впливають на здатність індивіда відновлювати внутрішню рівновагу, регулювати емоційні стани та формувати здорові моделі самосприйняття. У контексті пережитої травми турбота про себе сприяє активації системи самозаспокоєння, яка нейробіологічно пов'язана з парасимпатичною регуляцією та зниженням рівня кортизолу. Це підтримує здатність організму виходити зі стану хронічної гіперзбудженості, характерної для ПТСР. Любов до себе, розуміючи її не як нарцисичне самозамилування, а як прийняття власних меж, емоцій та потреб, підсилює відчуття безпеки, що є ключовим чинником у відновленні після травматичних подій.

Також встановлено, що практики самооберігання – усвідомлене піклування про фізичні й емоційні стани, толерантне ставлення до власного болю, відмова від самокритики – сприяють зростанню нейропластичності та відновленню когнітивних функцій, порушених тривалим стресом. Це важливо для формування нових адаптивних моделей реагування, зокрема здатності до саморегуляції, побудови здорових міжособистісних меж та опанування внутрішніх тригерів.

Турбота про себе також забезпечує розвиток позитивної самоідентичності, що дозволяє людині перейти від позиції «я – травма» до позиції «я – цінна особистість, яка пережила травму». Така зміна парадигми

істотно знижує ризик повторної ретравматизації та сприяє інтеграції травматичного досвіду без його патологізуючого впливу.

Отже, любов і турбота допомагають зменшити тяжкість симптоматики, підтримують стійкість нервової системи, формують адаптивні моделі поведінки та сприяють глибокому відновленню психічного здоров'я.

Сила прощення в травмотерапії розглядається як один із ключових психологічних механізмів, що сприяє відновленню внутрішньої рівноваги та зниженню симптомів посттравматичного стресу. У науковій літературі підкреслюється, що прощення не означає виправдання насильницьких чи травмувальних дій, а радше є глибинним процесом емоційного звільнення, який дає змогу людині зменшити вплив минулого досвіду на теперішнє функціонування.

З позицій психотерапевтичних підходів прощення виконує регулятивну функцію: воно знижує рівень хронічної напруги, агресії, внутрішнього конфлікту та почуття провини, що часто супроводжують пережиту травму. Дослідження показують, що здатність до прощення пов'язана з нижчим рівнем тривожності, депресивності та фізіологічних стресових реакцій. Механізм цього ефекту пояснюється зменшенням румінацій — повторюваних негативних думок про травматичну подію, які підтримують психічне виснаження та ПТСР.

У травмотерапії прощення розглядається також як компонент когнітивної реконструкції. Воно сприяє зміні інтерпретацій подій, формуванню більш адаптивних переконань про себе та світ, а також розвитку посттравматичного зростання. Через процес прощення людина поступово формує нові значення та відчуття контролю над власним життям, що підсилює її психологічну стійкість.

Важливим є те, що прощення — це тривалий і індивідуальний процес, який не може бути нав'язаний. У терапевтичній практиці воно часто включає етапи усвідомлення емоцій, прийняття власного болю, розмежування відповідальності та формування внутрішнього рішення відмовитися від деструктивного емоційного тягаря. Таким чином, прощення виступає механізмом емоційної регуляції та відновлення, який допомагає людині

зменшити вплив травматичного досвіду та відновити психічне здоров'я. У цілому, наукові дані свідчать, що прощення в травмотерапії є ефективним чинником зниження психологічних симптомів, підвищення благополуччя та формування більш гармонійного ставлення до себе та свого життєвого досвіду.

Соціалізація є додатковим процесом формування здатності особистості адаптуватися до соціального середовища, засвоювати соціальні норми, цінності та моделі поведінки. У контексті роботи з психологічними травмами соціалізація виступає важливим механізмом відновлення психоемоційного стану постраждалого, оскільки травмовані особи часто виявляють соціальну ізоляцію, втрату довіри до оточення та порушення міжособистісних контактів. Участь у соціальних взаємодіях, групових заняттях або терапевтичних спільнотах дозволяє відновити відчуття приналежності, зменшити почуття самотності та тривожності, а також сприяє формуванню ефективних навичок міжособистісної взаємодії.

Колективізація, або інтеграція індивідів у колективні структури та групові процеси, також має значний терапевтичний ефект у роботі з травмами. Колективні форми роботи, такі як групова терапія, підтримуючі спільноти або психотерапевтичні групи, створюють безпечне середовище для обміну емоціями та досвідом, що дозволяє переживати травматичні події в контексті взаємної підтримки. У груповому форматі учасники можуть моделювати здорові способи взаємодії, отримувати соціальне схвалення та розвивати емоційну регуляцію. Це особливо важливо для осіб із посттравматичними розладами, оскільки колективізація сприяє зменшенню стигматизації власного досвіду та підвищенню почуття спільності з іншими.

Наукові дослідження показують, що інтеграція соціалізації та колективізації у терапевтичний процес підвищує ефективність психологічної реабілітації. Соціалізаційні процеси допомагають відновити базові соціальні функції та самооцінку, тоді як колективізація створює можливість для емпатійної взаємодії та підтримки, що знижує рівень тривоги, депресії та

ізоляції. Взаємодія цих процесів забезпечує комплексну психосоціальну підтримку, яка є критично важливою для відновлення після травмуючих подій.

Фізичні практики відіграють важливу роль у травмотерапії, оскільки психотравматичні події залишають слід не лише у психіці, а й у тілі. Травма часто проявляється через м'язову напругу, порушення дихання, вегетативні дисбаланси та інші соматичні симптоми. Використання фізичних практик у терапевтичному процесі спрямоване на відновлення цілісності тіла та психіки, нормалізацію фізіологічних процесів та покращення здатності людини до саморегуляції.

До фізичних практик у травмотерапії належать дихальні техніки, йога, легкі фізичні вправи та рухові практики. Вони допомагають зменшувати рівень тривожності, напругу в м'язах, покращують циркуляцію крові та обмінні процеси, що сприяє зниженню фізіологічної реакції на стрес. Через свідоме відчуття власного тіла та рухів відбувається поступове відновлення відчуття безпеки, формування нових патернів поведінки та підвищення емоційної стійкості.

Наукові дослідження свідчать, що фізичні практики активують парасимпатичну нервову систему, сприяють регуляції гормонів стресу, зменшують симптоми тривоги та депресії. Вони також стимулюють вироблення ендорфінів і серотоніну, що покращує настрій та загальний психофізичний стан. Крім того, регулярна фізична активність допомагає людині відновлювати контроль над тілом, що особливо важливо для осіб, які пережили насильство або тяжкі психотравматичні події. Таким чином, фізичні практики у травмотерапії виконують комплексну функцію: вони допомагають відновити тілесну та емоційну рівновагу, сприяють зниженню стресових реакцій і створюють умови для безпечного проживання травматичного досвіду, що є невід'ємною складовою процесу зцілення.

Таким чином, додання дитячих травм у зрілому віці є значущим процесом, який не лише усуває негативні наслідки минулого, а й сприяє особистісному зростанню, підвищенню якості життя та формуванню більш

стійкої й цілісної самоідентичності. Це робить роботу з ранніми психотравмуючими подіями актуальною та необхідною складовою психологічної підтримки дорослих.

Висновок до розділу 3

Подолання дитячих травм у дорослому віці є важливим і науково обґрунтованим напрямом психологічної допомоги, оскільки наслідки ранніх психотравмуючих переживань можуть зберігатися протягом усього життя та впливати на емоційне, когнітивне й соціальне функціонування особистості. Проведене дослідження свідчать, що непропрацьовані дитячі травми пов'язані з підвищеним ризиком розвитку тривожних і депресивних розладів, порушеннями прив'язаності, зниженням стресостійкості, труднощами у міжособистісних стосунках та формуванням дисфункціональних поведінкових стратегій. Саме тому їхнє опрацювання є не лише терапевтично доцільним, але й превентивним щодо подальших психоемоційних ускладнень.

Розроблена тренінгова програма підвищення життєстійкості спрямована на комплексне опрацювання наслідків дитячих психотравмуючих подій та формування адаптивних стратегій поведінки у дорослому віці. Ґрунтуючись на результатах попереднього емпіричного дослідження, яке засвідчило наявність у частини учасників підвищеної тривожності, депресивних проявів, почуття самотності та симптомів ПТСР, програма охоплює системний психокорекційний підхід, що поєднує когнітивні, емоційні та соматичні методи роботи.

Кожне заняття має чітко визначені завдання та логічно вписується у загальну структуру програми. Перші сесії спрямовані на формування безпечного терапевтичного простору, усвідомлення феномену психологічної травми дитинства, механізмів прив'язаності та емоційної регуляції. Подальші заняття забезпечують глибше опрацювання внутрішніх конфліктів, роботу з «дитячими частинами Я», корекцію тривожних і депресивних проявів, підвищення тілесної обізнаності та стабілізації нервової системи. Завдяки

поєднанню елементів гештальт-терапії, когнітивно-поведінкових технік, соматичних практик та арттерапевтичних інструментів учасники отримують можливість розвивати навички самоспостереження, саморегуляції та емоційної стійкості.

Окремого значення набуває акцент на когнітивно-поведінкових механізмах переживання травми, формуванні адаптивних переконань та подоланні дезадаптивних схем, які зазвичай закладаються внаслідок негативного дитячого досвіду. Заняття, присвячене зміцненню стресостійкості та посттравматичному зростанню, сприяє усвідомленню учасниками власних ресурсів, закладає основу для розвитку внутрішньої сили та переосмислення травматичного досвіду як потенційного джерела розвитку.

Підсумкове заняття забезпечує інтеграцію всіх набутих знань і навичок, що дозволяє учасникам сформувати цілісне бачення власного прогресу, закріпити техніки самодопомоги та вибудувати індивідуальні стратегії подальшого розвитку психологічної стійкості. Таким чином, програма підвищення життєстійкості виступає ефективним інструментом корекційної роботи, який сприяє зниженню проявів психоемоційної дестабілізації, покращенню ментального здоров'я та формуванню адаптивних моделей функціонування у дорослому житті.

У рамках програми також були розроблені та запропоновані рекомендації із самодопомоги, які спрямовані на зниження інтенсивності психологічного напруження та підвищення рівня особистісної стійкості. До них належать: застосування технік дихальної та м'язової релаксації; використання щоденника емоцій для відстеження внутрішніх станів; впровадження структурованого режиму дня для зменшення перевантаження; формування навичок позитивного самовираження та самопідкріплення; короткі вправи з тілесної усвідомленості та заземлення; встановлення здорових міжособистісних меж та пошук ресурсної соціальної підтримки.

Зазначені рекомендації підсилюють ефективність тренінгової програми та сприяють формуванню стійкої навички саморегуляції, що є важливою умовою для подальшої адаптації та профілактики повторної травматизації.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі було здійснено комплексний теоретико-емпіричний аналіз психічних та емоційних проявів, пов'язаних із впливом дитячих травм на подальший життєвий шлях дорослої людини. Теоретичний огляд засвідчив, що НДД (негативний досвід дитинства) виступає системоутворюючим чинником ризику для формування у зрілому віці тривожних, депресивних, посттравматичних реакцій, погіршення соціально-емоційного функціонування та зниження суб'єктивного благополуччя. Водночас наукові джерела підтверджують значущу роль життєстійкості та ресурсів саморегуляції як протекторних механізмів, здатних пом'якшувати наслідки психотравмування.

Емпіричне дослідження дало змогу виявити закономірності взаємозв'язку між параметрами НДД та актуальними психоемоційними станами дорослих досліджуваних. Установлено, що підвищені показники негативного дитячого досвіду статистично пов'язані з вищими рівнями тривожності, депресивних проявів, переживання самотності та симптомів ПТСР, а також ТТС. Водночас спостерігається зворотний зв'язок між НДД і рівнем життєстійкості та суб'єктивного благополуччя. Чим інтенсивніший негативний досвід дитинства, тим нижчі показники адаптивного функціонування у дорослому віці.

Особливої уваги заслуговує встановлена захисна роль життєстійкості: її високі показники пов'язані зі зменшенням інтенсивності тривожних, депресивних та посттравматичних симптомів, а також із підвищенням рівня особистісного благополуччя. Це дає змогу розглядати життєстійкість як ключовий ресурс переробки травматичного досвіду та відновлення психологічної рівноваги.

Результати кореляційного аналізу показали, що негативний дитячий досвід має переважно негативний вплив на емоційно-психологічний стан у дорослому віці. Зокрема, встановлено зниження рівня благополуччя та підвищення показників депресії, ПТСР і ТТС у разі зростання НДД. Водночас

життєстійкість продемонструвала протилежну тенденцію: вона позитивно пов'язана з благополуччям та негативно — з самотністю, тривогою, депресією і посттравматичними проявами. Отримані результати вказують на важливу буферну роль життєстійкості у подоланні наслідків дитячих травматичних подій.

Загалом проведене дослідження доводить, що негативний досвід дитинства є суттєвим предиктором психоемоційних труднощів у зрілому віці, а життєстійкість виступає центральним протекторним механізмом, що пом'якшує інтенсивність цих проявів. Отримані результати підкреслюють необхідність впровадження психопрофілактичних програм, спрямованих на розвиток навичок емоційної регуляції, стресостійкості та на формування здорових способів подолання наслідків травматичних переживань. Практичне значення роботи полягає у можливості використання цих даних у психологічному консультуванні, психокорекції та розробці програм підтримки осіб, які мають досвід дитячих психотравмуючих подій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л.М. Категорія зрілості особистості у віковій психології [Електронний ресурс] : монографія. Харків : 2011. Вип. 39. С. 5–12. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2011_39_3
2. Алещенко О.В. Особливості дитячої травми та її наслідки [Електронний ресурс] : монографія. Дніпро : 2022. С. 54–55. URL: <http://info.dgu.edu.ua/handle/123456789/895>
3. Асеева К.В. Вплив психологічних травм дитинства на особливості застосування психозахисту дорослими жінками у процесі самоприйняття : емпіричні аспекти [Електронний ресурс] : монографія. Varna : 2021. С. 507–511. URL: <https://isg-konf.com/wp-content/uploads/2021/05/XXV-Conference-May-11-14-2021.pdf#page=508>
4. Авторський колектив (Н. Несенюк, Н. Чудаєва, О. Мурашкевич). Довідник «Травматичні події: психологічна підтримка та самодопомога» : монографія. Київ : 2022. С. 91
5. Блінов О.А. Бойова психічна травма : монографія. Київ : Талком, 2019. 700 с.
6. Бондаровська В.М., Кульбачка Т.В., Ламах Е.Б., Козуб Л.І. Допомога людині, яка знаходиться у стані шоку, стресу чи травми : монографія. Київ : ТОВ «ДКс центр», 2015. URL: [Допомога_в_шоку_стресі_травмі.pdf](#)
7. Бурбо Л. П'ять травм і масок, які заважають бути собою : монографія. Київ : Софія, 2014.
8. Вахоцька І.О. Вплив психологічної травми на формування деструктивних тенденцій психіки суб'єкта : монографія. Суми : 2019. С. 392–396. URL: <https://dspace.udpu.edu.ua/handle/123456789/14065>
9. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології : монографія. Луцьк : 2023. С. 55–73
10. Герберт К. Розуміти травматичний досвід: путівник для безпосередніх учасників та їх родин : монографія. Київ : 2022.

11. Гершанов О. Основи роботи з травмою : монографія. Київ 2023.
12. Гершанов О., Макієнко Н. Шлях до зцілення: основи роботи з наслідками травматичних подій : монографія. Київ 2024.
13. Гібсон Л.К. Дорослі діти емоційно незрілих батьків. монографія. Київ : 2021. С. 23. URL: <https://worldinbooks.com.ua/wp-content/uploads/2022/05/dorosli-dity-emotsijno-nezrilyh-batkiv-925225.pdf>
14. ГО «ЦПД «Конфіденс» за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ). Робота з людьми, які пережили травматичні події : монографія. Київ : 2024.
15. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання : монографія. 2015. С. 378–390. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnapv_ppn_2015_1_31
16. Гошовська О.Я. Вплив психологічних травм дитинства. : монографія. Луцьк : 2013. С. 18–27
17. Гусейнова Н. Психологічні особливості дитячої травми : монографія. Тернопіль : 2014. С. 302–305
18. Дем'яненко Ю. Дитячі травми у дорослому віці: монографія. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/dytyachi-travmy-u-doroslomu-viczi/>
19. Джексон Наказова Д. Уламки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це припинити : монографія. Київ : BookChef, 2022
20. Емоційне насильство в дитинстві як причина мігрені: монографія. URL: <https://mozok.ua/migren/article/2780-emotcjne-nasilstvo-v-ditinstv-yak-prichina-mgren>
21. Ільченко Р.М. Організація психологічного супроводу з подолання травматичного досвіду особистості: монографія. Полтава : 2024. С. 417–448. URL: surl.li/kqtefc
22. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький 2021.

23. Колесніченко Л.А., Артюшина М.В., Бодак О.О. Зв'язок переживання дитячих травм та особливостей ставлення до себе в дорослому віці : монографія. 2024. С. 1365–1377
24. Левчук, М. В. (2023). Психологічна стійкість в умовах воєнного конфлікту. *Вісник військової психології*, (3), 45–60.
25. Левіна П., Клайна М. Допомога дітям з психологічними травмами : монографія. URL: [Допомога_дітям_з_психологічними_травмами.pdf](#)
26. Лотиш С.А., Вольнова Л.М. Особливості психотравмуючого досвіду дитинства : монографія. Житомир : 2023. С. 195–197. URL: surli.cc/wuytrr
27. Лупійчук С. Психологічна характеристика внутрішніх та зовнішніх чинників психічної травми : монографія. Тернопіль : 2024. С. 163–164. URL: <http://psr.wunu.edu.ua/wp-content/uploads/2025/01/Tom-1.-Mizhnarod.konf.-2024.pdf#page=164>
28. Любченко Л. Сімейні психотравми. : монографія. URL: surl.li/ikwual
29. Мавгдисюк Л.І., Корнійчук О.М. Психологічні особливості осіб зрілого віку : монографія. Луцьк : 2017. С. 25–28. URL: <https://www.inforum.in.ua/docs/psi2017.pdf>
30. Максимова Н.Ю. Принципи терапії психологічних травм дитинства : монографія. Київ : 2018. С. 125–135. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/712010/>
31. Оксютович М.О., Сабадуха В.О. Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації : монографія. Київ : 2023. С. 58–65
32. Петрушина О. Тренування розслаблення після травми : монографія. 2023. URL: [_Тренування_розслаблення_після_травми.pdf](#)
33. Психологія переживання подій : зб. наук. пр.: монографія. Ніжин : 2020. 190 с. URL: surl.li/diregm
34. Рахубовська Х. Психологічні травми дитинства. Як позбутися? : монографія. URL: <https://rakhubovska.com/stati/psychologichni-travmy-dytynstva-porady-psyhologa-yak-pozbutysya>

35. Рева В. Етапи розвитку мозку людини з моменту народження : монографія. 2023
36. Робаківська Ю.П. Психологічна травма та її вплив на життя людини : монографія. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi69/0050617.pdf#page=138>
37. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : монографія. Київ : В.Д. Персонал, 2017
38. Шталь С. Твоїй внутрішній дитині потрібен дім : монографія. Харків : КДС, 2022
39. Ясперс К. Загальна психопатологія : монографія. Київ : Академічний проект, 1997
40. Якиманская І. С. Спогади про дитячі психологічні травми: аналіз і класифікація // Перспективи науки. 2014. № 4. С. 61-64,
41. Bettelheim B. The Informed Heart : monograph. 1960
42. Bowlby J. Attachment and Loss : monograph. 1969, 1980
43. CDC. Adverse Childhood Experiences (ACEs) : monograph. Atlanta, GA : 2021
44. Charcot J.-M. Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System : monograph. Paris : b. v., b. r., 1887
45. Expanding the Original Definition of Adverse Childhood Experiences (ACEs) : monograph. PubMed, 2018
46. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The ACE Study : monograph. American Journal of Preventive Medicine, 1998, 14(4), 245–250
47. Frankl V. Man's Search for Meaning : monograph. 1946
48. Freud S. The Aetiology of Hysteria : monograph. Vienna : b. v., b. r., 1896
49. Herman J. Trauma and Recovery : monograph. New York : Basic Books, 2015

50. Hughes K., Bellis M., Hardcastle K., Sethi D., et al. Adverse Childhood Experiences : monograph. PubMed, 2021
51. Janet P. L'automatisme psychologique : monograph. Paris : b. v., b. r., 1889
52. Piaget J. The Psychology of the Child : monograph. New York : b. v., b. r., 1989
53. Silonok I.K. Characterization of Post-Traumatic Syndrome in Adolescents : monograph. Adygea, 2013
54. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score : monograph. New York : Penguin Books, 2014
55. Vygotsky L.S. The History of the Development of Higher Mental Functions : monograph. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1978
56. Yakymanska I.S. Memories of Childhood Psychological Trauma: Analysis and Classification : monograph. Київ : Перспективи науки, 2014

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник НДД

Прочитати питання і поставте найточнішу відповідь.

	Питання	Так	Ні
1	Чи траплялося так, що батько або інший дорослий, який проживає з вами, часто чи дуже часто лаяв вас, ображав, утискував чи принижував? Можливо, він діяв таким чином, що ви боялися фізичного насильства ?	1	0
2	Чи траплялося так, що батько або інший дорослий, який проживає з вами, часто чи дуже часто штовхав вас, хапав, шльопав чи кидав у вас щось? Можливо, якось він ударив вас настільки сильно, що у вас залишилися сліди удару або ви отримали ушкодження?	1	0
3	Чи траплялося так, що дорослий або хтось старший за вас мінімум на п'ять років будь-коли чіпав, чи пестив вас, чи змушував вас чіпати його/її тіло з натяком на секс? Або мав намір поторкати (торкав) вас неналежним чином, або зробив над вами сексуальне насильство?	1	0
4	Чи траплялося так, що ви часто чи дуже часто відчували, що ніхто у вашій сім'ї вас не любить чи не виявляє до вас інтерес? Можливо, ви відчували, що члени вашої сім'ї не дбають один про одного, не відчують близькості, не підтримують одне одного?	1	0
5	Чи траплялося так, що ви часто чи дуже часто відчували, що вам не вистачає їжі? Можливо, вам доводилося носити брудний одяг? Можливо, ваші батьки були надто п'яні або під кайфом, щоб дбати про вас або зводити до лікаря у разі потреби? Можливо, у вас було почуття, що ніхто вас не захищає?	1	0
6	Можливо, ви втратили свого біологічного батька через розлучення, відмови від вас чи будь-яку іншу причину?	1	0
7	Чи траплялося так, що вашу матір чи іншу близьку людину часто чи дуже часто штовхали, хапали, били чи кидали щось у неї/його? Можливо, їй загрожували рушницею або ножем? Можливо це відбувалося на ваших очах ?	1	0
8	Чи проживали ви з будь-ким, хто був схильний до зловживання спиртним, чи був алкоголіком, чи вживав наркотики?	1	0
9	Чи страждав хтось із ваших домочадців депресією або психічними захворюваннями ? Чи намагався хтось із домочадців накласти на себе руки?	1	0
10	Чи сидів хтось із ваших домочадців у в'язниці ?	1	0

Опитувальник на життєстійкість

Будь-ласка, позначте найточнішу відповідь на питання.

	Питання	Безумо- вно так	Ймові- рно так	Невпев- нений/а	Ймові- рно ні	Безумо- вно ні
1	Я вважаю, що моя мати любила мене у дитинстві.	4	3	2	1	0
2	Я вважаю, що мій батько любив мене у дитинстві.	4	3	2	1	0
3	Дбати про мене батькам допомагали інші люди, і, здається, вони любили мене.	4	3	2	1	0
4	Мені казали, що в ранньому дитинстві зі мною любив грати хтось із членів сім'ї, і я любив /ла цю людину.	4	3	2	1	0
5	Коли мені було сумно в дитинстві, або коли я був схвилюваний/на, я знаходив/ла підтримку в когось із членів сім'ї.	4	3	2	1	0
6	Сусіди чи друзі моїх батьків дуже добре ставилися до мене.	4	3	2	1	0
7	Поки я зростав/ла, підтримку мені надавали вчителі, тренери, вожаті та інші люди.	4	3	2	1	0
8	Хтось із членів моєї сім'ї цікавився моїми успіхами у школі.	4	3	2	1	0
9	Члени моєї родини, сусіди та друзі часто говорили про те, як покращити наше життя.	4	3	2	1	0
10	У нас у сім'ї були правила, і ми повинні були їх дотримуватися.	4	3	2	1	0
11	Коли мені реально було погано, я майже завжди міг/огла знайти людину, якій довіряю, і поговорити з нею.	4	3	2	1	0
12	У підлітковому віці мало хто сумнівався у моїх здібностях, близькі люди вірили в мене і знали, що я вмію доводити справу до кінця.	4	3	2	1	0
13	Я був/ла незалежним/ною і пробивним/ною.	4	3	2	1	0
14	Я вважав/ла, що сам/а творю своє життя.	4	3	2	1	0

Орієнтовна оцінка емоційного благополуччя

За допомогою цієї таблиці можна оцінити рівень вашого емоційного благополуччя.

	Питання	Так	Мабуть	Ні
1	У мене багато друзів.	2	1	0
2	Схоже, я подобаюся людям.	2	1	0
3	Я пишаюся тим, як прожив своє життя дотепер	2	1	0
4	Мені просто пристосуватися до раптових змін ситуації .	2	1	0
5	Я знаю, що я сам відповідаю за своє життя	2	1	0
6	Мені легко любити інших людей.	2	1	0
7	Мені подобається моя робота (навчання).	2	1	0
8	Мені просто виражати свої почуття.	2	1	0
9	Звичайно, я щасливий.	2	1	0
10	Мені подобається більшість людей, із якими я знайомий.	2	1	0
11	Я знаю, що належну до тих, із ким люди хотіли б спілкуватися.	2	1	0
12	Мені б не хотілося багато чого змінювати в собі.	2	1	0

Модифікована шкала виміру самотності UCLA

Укажіть, як часто Ви переживаєте стан, описаний у кожному нижченаведеному пункті;
обведіть кружком бал для кожного пункту.

		Ніколи	Іноді	Мало	Часто
1	Я відчуваю, що перебувало в злагоді з оточуючими мене людьми.	4	3	2	1
2	Я відчуваю брак у дружньому спілкуванні.	1	2	3	4
3	Немає нікого, до кого я міг би звернутися.	1	2	3	4
4	Я не почуваю себе самотнім.	4	3	2	1
5	Я відчуваю себе частиною групи друзів.	4	3	2	1
6	У мене багато спільного з оточуючими людьми.	4	3	2	1
7	Я більше не замикаюся в собі.	1	2	3	4
8	Ніхто з оточуючих не розділяє моїх інтересів і думок.	1	2	3	4
9	Я – людина, котра легко віддаляється від людей.	4	3	2	1
10	Є люди, до яких я відчуваю глибокі почуття.	4	3	2	1
11	Я почуваю себе покинутим.	1	2	3	4
12	Мої соціальні зв'язки неглибокі.	1	2	3	4
13	Ніхто не знає мене по-справжньому.	1	2	3	4
14	Я почуваю себе ізольованим від інших людей.	1	2	3	4
15	Я можу знайти друзів, як тільки я цього захочу.	4	3	2	1
16	Є люди, котрі по-справжньому розуміють мене.	4	3	2	1
17	Я нещасливий від того, що так віддалений від людей.	1	2	3	4
18	Люди навколо мене, але не зі мною.	1	2	3	4
19	Є люди, з якими я можу поговорити.	4	3	2	1
20	Є люди, до яких я можу звернутися.	4	3	2	1

Тест на тривожність (GAD-7)

Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли наступні проблеми ?

	Питання	Ніколи	Кілька днів	Майже половину часу	Майже щодня
1	Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість:	0	1	2	3
2	Нездатність впоратись із хвилюванням:	0	1	2	3
3	Надмірне занепокоєння з різного приводу:	0	1	2	3
4	Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:	0	1	2	3
5	Крайній рівень неспокою: «Місця собі не знаходжу»:	0	1	2	3
6	Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості:	0	1	2	3
7	Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:	0	1	2	3

Тест на депресію (PGH)

Протягом останніх двох тижнів як часто вас турбували будь-які з перерахованих проблем ?

	Питання	Ніколи	Кілька днів	Більше половини часу	Майже щодня
1	Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ	0	1	2	3
2	Поганий настрій , відчуття пригнічення чи безнадії	0	1	2	3
3	Труднощі з засинанням поверхневий сон або навпаки надмірна сонливість	0	1	2	3
4	Відчуття втоми або зниження енергії	0	1	2	3
5	Поганий апетит або переїдання	0	1	2	3
6	Негативне відчуття щодо себе -що ви невдаха або,що ви підвели свою родину	0	1	2	3
7	Труднощі з концентрацією уваги ,наприклад під час читання газети чи перегляду телевізора	0	1	2	3
8	Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих.Або навпаки надмірна і непритаманна вам метушливість та активність	0	1	2	3
9	Думки що було б краще якби ви померли або думки про те щоб заподіяти собі шкоду	0	1	2	3
		Не ускладнювали взагалі	Дещо ускладнювали	Дуже ускладнювали	Надзвичайно ускладнювали
	Якщо ви відзначали будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для вас виконання вашої роботи, домашніх обов'язків , або наскільки ускладнили стосунки з людьми?	0	1	2	3

Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

Тут перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця.

	Питання	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже відчутно
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не	0	1	2	3	4

	так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?					
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталось після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Шкала Реакції на Тривалий Травматичний Стрес

Наступні твердження описують симптоми, які можуть з'являтися після важких чи стресових переживань. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження і позначте відповіді, які найкраще описують ваші переживання за останній місяць.

	Питання	Зовсім ні	Трохи	Доволі сильно	Сильно
1	Я почуваюсь невмотиваним/ою	0	1	2	3
2	Мені складно довіряти людям які мене оточують	0	1	2	3
3	Я відчуваю, що не можу захистити тих хто від мене залежить	0	1	2	3
4	Я почуваюсь розумово виснаженим /ою	0	1	2	3
5	Я відчуваю, що мене ніхто не розуміє	0	1	2	3
6	Я відчуваю себе безпорадним/ою	0	1	2	3
7	Я відчуваю, що моє життя немає сенсу	0	1	2	3
8	Я почуваю себе зрадженим/ою	0	1	2	3
9	Я відчуваю, що немає контролю над майбутнім	0	1	2	3