

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

навчально-науковий інститут післядипломної освіти

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

В.о.завідувача кафедри психології

_____ Володимир ШЕВЧЕНКО

«__» листопада 2025 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

**ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ЯВИЩ У
ДИТИНСТВІ НА ВИНИКНЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У
ДОРΟΣЛИХ**

Керівник:

к. пед. н., доц. б.в.з.

Дрозд Олена Володимирівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

к.психол.н., доцент

Михальченко Наталія В'ячеславівна

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала:

студентка VI курсу групи 665 Мз

Бойченко Богдана Юріївна

(П.І.Б.)

Спеціальності:

053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП:

«Психологія»

Миколаїв – 2025 рік

АНОТАЦІЯ

Бойченко Б. Ю. Вплив несприятливих життєвих явищ у дитинстві на виникнення психічних розладів у дорослих. – Магістерська робота.

Кваліфікаційна робота на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2025.

Кваліфікаційну роботу присвячено теоретичному та емпіричному дослідженню впливу несприятливих життєвих явищ у дитинстві (ACEs) на формування психічних розладів та емоційної дезадаптації у дорослому віці. Узагальнено основні підходи до розуміння дитячої травматизації, кумулятивного стресу та їх довготривалих наслідків. Підкреслено значення сімейного середовища, міжособистісних стосунків та емоційної безпеки для розвитку емоційної регуляції й психологічної стійкості.

Емпірична частина виявила статистично значущий зв'язок між кількістю ACEs і рівнем тривожності, депресивності та психологічного дистресу у дорослому житті. Застосовані психодіагностичні методики підтвердили, що зростання кількості травматичних подій у дитинстві корелює з вираженішою психічною симптоматикою. Робота акцентує важливість ранньої профілактики та психологічних інтервенцій.

Об'єкт дослідження – психічне здоров'я дорослих із різним рівнем несприятливого дитячого досвіду. Предмет – вплив ACEs на формування психічних розладів у дорослому віці. Наукова новизна полягає у комплексному аналізі проявів психічної симптоматики залежно від кількості та інтенсивності ACEs та у підтвердженні теоретичних моделей дитячої травматизації на локальній вибірці. Результати можуть бути використані у програмах психологічної підтримки та профілактики.

Ключові слова: несприятливі життєві події, дитяча травма, тривожність, депресивність, психічне здоров'я дорослих, сімейне середовище, кумулятивний стрес.

ANNOTATION

Boichenko B. The Impact of Adverse Childhood Experiences on the Development of Mental Disorders in Adulthood.

Qualification work for obtaining the second (master's) level of higher education in specialty 053 «Psychology» – Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2025.

This master's thesis is devoted to a theoretical and empirical study of the impact of adverse childhood experiences (ACEs) on the development of mental disorders and emotional maladaptation in adulthood. The work summarizes key approaches to understanding childhood traumatization, cumulative stress, and its long-term consequences. It emphasizes the importance of the family environment, interpersonal relationships, and emotional safety in the development of emotional regulation and psychological resilience.

The empirical part revealed a statistically significant relationship between the number of ACEs and the levels of anxiety, depression, and psychological distress in adulthood. The applied psychodiagnostic methods confirmed that an increased number of traumatic events in childhood correlates with more pronounced mental health symptoms. The study highlights the need for early prevention and psychological interventions.

Object of the study – the mental health of adults with varying levels of adverse childhood experiences. Subject of the study – the impact of ACEs on the development of mental disorders in adulthood.

The scientific novelty lies in the comprehensive analysis of mental health symptoms depending on the number and intensity of ACEs and in confirming contemporary theoretical models of childhood traumatization on a local sample. The results may be applied in psychological support and prevention programs.

Keywords: adverse childhood experiences, childhood trauma, anxiety, depression, adult mental health, family environment, cumulative stress.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ПОДІЙ У ДИТИНСТВІ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДОРΟΣЛИХ.....	9
1.1. Поняття та класифікація несприятливих життєвих подій у дитячому віці.....	9
1.2. Психологічні механізми впливу дитячих травм на формування особистості та психічне здоров'я дорослої людини.....	15
1.3. Наслідки дитячих травм у контексті розвитку психічних розладів у дорослому віці.....	21
Висновки до першого розділу	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ ДИТИНСТВА НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ДОРΟΣЛИХ.....	28
2.1. Організація та методи дослідження.....	28
2.2. Результати дослідження і їх аналіз	43
Висновки до другого розділу	51
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНА РОБОТА З ОСОБАМИ, ЯКІ МАЮТЬ НАСЛІДКИ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ПОДІЙ ДИТИНСТВА.....	53
3.1. Принципи та підходи до психокорекції осіб із травматичним досвідом дитинства.....	53
3.2. Програма психологічної корекції для осіб, які стикнулися з несприятливими життєвими подіями в дитинстві.....	60
3.3. Проведення та аналіз формуючого експерименту.....	63

Висновки до третього розділу	67
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71
ДОДАТКИ.....	78

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблематика впливу несприятливих подій дитячого віку на психічне здоров'я дорослої людини є однією з ключових у сучасній психологічній науці. Упродовж останніх десятиліть дослідники дедалі частіше звертаються до питання, як саме травматичний досвід раннього розвитку визначає психологічну стабільність, адаптаційні можливості та ризики виникнення психопатології в подальшому житті. Накопичені наукові дані переконливо демонструють, що емоційна й фізична безпека у дитинстві формує базові структури саморегуляції, довіри до світу, міжособистісної взаємодії, що визначають подальший психоемоційний розвиток особистості.

Сучасні дослідження, у тому числі масштабні лонгітюдні проєкти, показують: чим більше несприятливих подій пережито у ранньому віці, тим вищою є ймовірність розвитку у дорослому житті тривожних розладів, депресивних проявів, зниженої самооцінки, труднощів у побудові близьких стосунків і підвищеної емоційної реактивності. Негативний ранній досвід має кумулятивний характер, оскільки навіть окремі стресові фактори, такі як емоційне чи фізичне насильство, нехтування дитиною, сімейні конфлікти, залежності чи психічні розлади батьків, формують високий ризик тривалих наслідків.

Теоретичною основою магістерського дослідження стали праці провідних науковців, які заклали фундамент сучасного розуміння впливу несприятливих життєвих явищ у дитинстві на психічне здоров'я дорослих. Важливим теоретичним підґрунтям є результати масштабного дослідження несприятливих дитячих переживань (ACE), проведеного Вінсентом Фелітті, Робертом Андою та їх колегами, у якому вперше системно описано взаємозв'язок між досвідом дитячої травматизації та широким спектром психічних і поведінкових порушень у дорослому віці. Значущий внесок у вивчення механізмів формування депресивних симптомів має когнітивна концепція Аарона Бека, на основі якої була створена Шкала депресії Бека, що дозволяє оцінювати інтенсивність

депресивних проявів. Дослідження тривоги та емоційної регуляції ґрунтується на роботах Чарльза Спілберґера, автора Шкали стану і риси тривожності (STAI), яка широко використовується у клінічній та дослідницькій практиці. Аналіз психологічних наслідків травматичного досвіду доповнено результатами робіт Девіда Фінкельхора, який детально описав категорії дитячої віктимізації, та праць Андреаса Лоєффлера і колег, що окреслюють нейробиологічні механізми впливу стресу раннього віку на психічне здоров'я. У дослідженні також враховано аналітичні огляди сучасного стану вивчення АСЕ, представлені у публікаціях Кімберлі Бірнс, Елізабет Г'юз та інших авторів, які узагальнюють емпіричні дані щодо довготривалих наслідків негативного дитячого досвіду. Сукупність цих теоретичних напрацювань дозволила сформулювати комплексне бачення того, як несприятливі життєві події дитинства можуть визначати вразливість до психічних розладів у дорослому віці.

В умовах сучасної України, що переживає період тривалих воєнних і соціально-економічних потрясінь, питання психологічного впливу ранньої травматизації набуває особливої актуальності. До групи ризику потрапляють не лише діти, які зазнали прямого насильства чи занедбання, а й ті, хто зростав у сім'ях із високим рівнем напруження, бідності, втрат чи нестабільності. З огляду на зростання психоемоційного навантаження на населення, поглиблення кризових явищ та обмежений доступ до психологічних послуг, дослідження цієї проблеми має значну практичну та соціальну значущість.

У межах даної роботи було проведено комплексний аналіз зв'язку між рівнем пережитих у дитинстві несприятливих подій та психоемоційним станом дорослих учасників дослідження. На основі зібраних даних було також розроблено короткострокову корекційну програму, спрямовану на зниження рівня тривожності та депресії, підвищення емоційної стійкості та саморегуляції. Дослідження ґрунтується на сучасних підходах до вивчення дитячої травматизації, а також валідних психодіагностичних інструментах, які дозволяють оцінити як рівень травматичного досвіду, так і актуальний психоемоційний стан.

Таким чином, дана робота має на меті не лише виявлення закономірностей впливу раннього досвіду на психічне здоров'я дорослих, але й обґрунтування можливостей психокорекційної підтримки осіб, які зазнали подібного досвіду. Результати дослідження можуть бути використані у практичній психології, соціальній роботі, психотерапії та освітній сфері, сприяючи розробці ефективних програм допомоги людям із травматичним дитячим досвідом.

Об'єктом дослідження є психічне здоров'я дорослих осіб, які мають досвід переживання несприятливих подій у дитинстві.

Предметом дослідження є взаємозв'язок між рівнем дитячої травматизації та інтенсивністю психоемоційних порушень (депресії, тривожності, соматизації, obsесивно-компульсивних симптомів та ін.) у дорослому віці, а також ефективність психокорекційних втручань для зменшення цих проявів.

Метою дослідження є виявлення особливостей психоемоційного стану дорослих осіб, які пережили несприятливі події в дитинстві, встановлення взаємозв'язку між рівнем дитячої травматизації та вираженістю психічних симптомів у зрілому віці, а також розробка й апробація програми психологічної корекції, спрямованої на зменшення негативних наслідків раннього травматичного досвіду.

Для досягнення поставленої мети в роботі передбачено виконання таких **завдань дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми життєвих труднощів у дитинстві та їхнього впливу на психічне здоров'я дорослих та дослідити особливості дитячої травматизації та її психологічні наслідки на основі сучасних наукових джерел.

2. Здійснити психодіагностичне обстеження дорослих учасників із використанням валідних методик (ACE, BDI-II, STAI, SCL-90-R) та визначити рівень вираженості депресивних, тривожних, соматичних та інших психоемоційних симптомів у досліджуваній вибірці.

3. Провести кореляційний аналіз між рівнем несприятливих подій дитячого віку та актуальними симптомами психоемоційного неблагополуччя.

4. Розробити корекційну програму, спрямовану на зниження рівня тривожності та депресії в учасників із вираженими ACE-показниками, оцінити ефективність проведених корекційних групових сесій.

5. Сформулювати висновки та окреслити перспективи подальших досліджень.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що несприятливі події, пережиті в дитинстві, мають тривалий негативний вплив на психоемоційний стан дорослої особистості. Передбачається, що чим вищим є рівень дитячої травматизації (за показниками ACE), тим більш вираженими будуть показники депресивних, тривожних, соматичних та інших психопатологічних симптомів у дорослому віці (за шкалами BDI-II, STAI та SCL-90-R).

Також було висунуто припущення, що психокорекційні втручання, побудовані на принципах когнітивно-поведінкової терапії, психоедукації, релаксаційних технік та групової підтримки, сприятимуть зниженню рівня тривожності та депресивної симптоматики в учасників із підвищеними показниками ACE.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження); методи математичної статистики (знаходження кореляційного зв'язку за допомогою критерія Пірсона).

Експериментальна база дослідження:

Емпіричне дослідження проводилося на базі соціально-психологічного центру, що працює з дорослими особами, які перебувають у складних життєвих обставинах у Миколаївській області. У дослідженні взяли участь 50 осіб віком від 23 до 50 років – як чоловіки, так і жінки.

Опитування проводилося у змішаному форматі: онлайн-анкетування (Google Forms) та офлайн-опитування із використанням паперових форм.

Для формуючого експерименту було відібрано 10 учасників із високими показниками тривожності та значними АСЕ-показниками. З ними проведено дві групові корекційні сесії, спрямовані на зниження емоційної напруги, формування навичок саморегуляції та підтримки.

Теоретична та практична значущість проведеного дослідження полягає у розкритті впливу несприятливих подій дитинства на формування психоемоційних особливостей дорослої особистості. Отримані результати становлять вагомий внесок у розвиток психології розвитку, клінічної психології та травматології, оскільки поглиблюють розуміння механізмів, через які ранні стресові чинники впливають на подальше психологічне функціонування людини.

Теоретично, дослідження розширює сучасні уявлення про взаємозв'язок між рівнем дитячої травматизації та проявами депресивних, тривожних і соматичних симптомів у дорослому віці. Воно сприяє уточненню та розвитку теоретичних моделей впливу ранніх психотравмувальних подій на емоційну регуляцію, психологічну стійкість та формування адаптивних або дезадаптивних стратегій поведінки. Результати можуть бути корисними для подальшого вдосконалення концепцій психічного розвитку та моделей психопатогенезу, пов'язаних із досвідом дитячої травми.

Практично, висновки дослідження можуть бути використані для розробки ефективних психокорекційних і психопрофілактичних програм, спрямованих на зниження рівня тривожності, депресивних проявів та інших психоемоційних порушень у дорослих, які мали травматичний досвід у дитинстві. Розроблені підходи можуть застосовуватися практичними психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та фахівцями служб підтримки у роботі з клієнтами різного віку. Отримані результати також можуть слугувати підґрунтям для створення рекомендацій щодо раннього виявлення груп ризику та побудови системи психологічної допомоги.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на: XXVII Всеукраїнській щорічній науково-практичній конференції «Могилянські читання-2025: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні»

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у 1 статті та 1 тезах:

1. Бойченко Б., Дрозд О., Вплив несприятливих життєвих явищ у дитинстві на виникнення психічних розладів у дорослих, Науково-практичний журнал «Матеріали наукових конференцій Чорноморського національного університету імені Петра Могили», Миколаїв, 2025.

2. Бойченко Б., Дрозд О., Вплив несприятливих життєвих явищ у дитинстві на виникнення психічних розладів у дорослих, Матеріали X Міжнародної наукової конференції: «Сучасні проблеми забезпечення якості життя в глобалізованому світі» Opole, Poland, 2025.

Структура дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг магістерської роботи становить 98 сторінок, основний зміст викладено на 68 сторінках. Робота містить 7 таблиць, 1 діаграму та 9 додатків. Список використаних джерел складає 77 праць українських та зарубіжних авторів, з них 45 – англомовні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ПОДІЙ У ДИТИНСТВІ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДОРΟΣЛИХ

1.1. Поняття та класифікація несприятливих життєвих подій у дитячому віці

Дитинство є ключовим періодом формування особистості, під час якого закладаються основи емоційного, когнітивного та соціального розвитку. У цей період дитина особливо вразлива до впливу зовнішнього середовища, а будь-які стресові або травматичні події можуть справити тривалий вплив на її психіку. У сучасній психології такі події визначаються поняттям несприятливих життєвих подій. Це поняття охоплює широкий спектр обставин, які виходять за межі звичайного досвіду дитини та перевищують її здатність до психологічної адаптації.

Поняття несприятливих життєвих подій у науковий обіг увійшло завдяки дослідженням у галузі стресології та психології розвитку. Одним із перших вчених, хто системно вивчав вплив травматичних подій на психіку дитини, був З. Фрейд, який вказував, що дитячі переживання, пов'язані з насильством, втратою або приниженням, залишають глибокий слід у підсвідомості й можуть зумовлювати формування невротичних симптомів у дорослому віці. Надалі ідеї Фрейда були розвинуті його послідовниками: А. Фрейд, М. Кляйн, Д. Віннікоттом, які досліджували феномен дитячої вразливості, роль об'єктних відносин та вплив емоційної депривації на розвиток особистості.

Сучасна психологічна наука розглядає несприятливі життєві події не лише як окремі травматичні епізоди, а як систему факторів, що впливають на становлення психоемоційної сфери дитини. Згідно з визначенням Д. Фелліті та В. Анда, які започаткували всесвітньо відомий проєкт ACE Study, до несприятливих подій дитинства належать ситуації, пов'язані з насильством,

нехтуванням потребами дитини, розлученням батьків, психічними розладами в родині, залежностями або злочинною поведінкою дорослих членів сім'ї. Дослідники довели, що кількість таких подій має прямий дозозалежний зв'язок із ризиком розвитку психосоматичних розладів, депресії, тривожності, адиктивної поведінки й навіть серцево-судинних хвороб у дорослому житті [45].

Психологи Р. Лазарус і С. Фолкман у межах теорії стресу підкреслювали, що несприятлива подія стає психотравмувальною не лише через її об'єктивну інтенсивність, а й через індивідуальне сприйняття та ресурси дитини для подолання труднощів. Іншими словами, події, які для однієї дитини можуть бути болючими, для іншої можуть не мати руйнівного ефекту – залежно від рівня емоційної підтримки, особливостей темпераменту, попереднього досвіду тощо. Це положення дозволило розглядати НЖП не як фатальний чинник, а як стресор, який може мати як деструктивні, так і потенційно розвивальні наслідки, у разі наявності підтримувального середовища [46].

Українські науковці також приділяють значну увагу цій проблематиці. Так, Н. Чепелєва, О. Кочарян, Т. Яценко, Л. Бурлачук у своїх працях наголошують, що несприятливі життєві події у дитячому віці призводять до формування внутрішніх конфліктів, дисфункціональних схем мислення та негативного образу «Я». Психологічна травма, отримана у дитинстві, часто проявляється у дорослому віці у вигляді емоційної нестабільності, труднощів у побудові міжособистісних стосунків, гіперчутливості до критики або схильності до самозвинувачення [5,18,28,34].

З позицій когнітивно-біхевіоральної психології, несприятливі життєві події порушують формування базових переконань про світ, людей і себе. Як зазначає А. Бек, дитина, яка пережила емоційне чи фізичне насильство, може сформувати переконання «світ небезпечний», «мене неможливо любити», «я безпорадний», що зумовлює підвищений рівень тривожності й депресивності в подальшому житті [35].

Не менш важливим є підхід психосоціальної школи, представлений працями Е. Еріксона, який наголошував, що дитина на кожному етапі розвитку

проходить через певну психосоціальну кризу. Якщо умови життя перешкоджають її конструктивному розв'язанню, наприклад, відсутність безпечної прив'язаності на етапі «довіра-недовіра» – формується внутрішній дефіцит, що ускладнює розвиток самостійності, ініціативності, впевненості в собі [44].

Під несприятливими життєвими подіями у дитячому віці, таким чином, розуміють будь-які життєві обставини або досвід, які перевищують адаптаційні можливості дитини та призводять до стійких емоційних, поведінкових чи когнітивних змін. Їх особливість полягає у тому, що вони впливають на базові структури особистості – систему прив'язаності, почуття безпеки, уявлення про себе й інших.

У науковій літературі існує кілька підходів до класифікації несприятливих життєвих подій, що відображають різні критерії їх поділу: за джерелом виникнення, характером впливу, тривалістю, ступенем контролю дитини над ситуацією тощо. Кожен підхід розкриває певний аспект впливу травматичного досвіду на психіку дитини, тому сучасні психологи зазвичай використовують комплексну типологію, яка дозволяє розглядати несприятливі події багатовимірно.

1. Класифікація за джерелом виникнення.

Згідно з підходом О. Кочарян та Т. Яценко, несприятливі життєві події можна поділити на ендогенні та екзогенні.

Ендогенні події – це ті, що зумовлені внутрішньою ситуацією розвитку дитини, зокрема особливостями її темпераменту, самооцінки, комунікативних навичок. Наприклад, хронічне почуття неповноцінності, постійна тривога чи підвищена сенситивність можуть самі по собі виступати джерелом внутрішнього конфлікту.

Екзогенні події – це зовнішні впливи, які порушують почуття безпеки дитини. До них належать соціальні, сімейні, шкільні, економічні та інші обставини, що виходять за межі контролю дитини. Саме екзогенні події найчастіше стають основою травматичного досвіду. Прикладами можуть бути

наси́льство, емоційне відторгнення, смерть близької людини, розлучення батьків, булінг у школі, війна або вимушене переселення [18].

2. Класифікація за тривалістю та інтенсивністю впливу.

На думку Р. Лазаруса та С. Фолкман, важливе значення має тривалість та повторюваність стресового фактора. За цим критерієм виділяють:

Гострі події – короткочасні, але інтенсивні травматичні переживання (наприклад, аварія, напад, раптова смерть родича). Вони спричиняють різкий емоційний шок і можуть призвести до формування посттравматичного стресового розладу [46].

Хронічні події – тривалі або повторювані ситуації, які поступово підривають почуття безпеки дитини (систематичне приниження, емоційне нехтування, конфлікт у сім'ї). Вони мають повільний, але глибокий деструктивний ефект, впливаючи на самооцінку та базову довіру до світу.

Цей поділ особливо важливий у дитячій психології, адже діти часто не можуть вербалізувати свій досвід і живуть у стані постійного внутрішнього напруження, навіть коли зовнішніх загроз начебто немає.

3. Класифікація за ступенем контролю над ситуацією.

Згідно з концепцією Дж. Роттера про локус контролю, травматичні події можна поділити за критерієм контрольованості:

Події, що контролюються дитиною – ті, на які вона може впливати (наприклад, навчальні труднощі, конфлікт із ровесником).

Неконтрольовані події - стихійні або зовнішні обставини, які дитина не здатна змінити (наси́льство, війна, смерть близького). Саме вони мають найбільший травматичний потенціал, оскільки породжують відчуття безпорадності, а це ключовий чинник формування посттравматичних реакцій [68].

4. Класифікація за характером травматичного впливу.

Р. Керолін пропонує класифікувати несприятливі події за характером травмування:

Фізичні травми: побиття, тілесне покарання, недоїдання, наси́льство.

Емоційні травми: приниження, байдужість, постійна критика, ігнорування потреб.

Сексуальні травми: будь-які форми сексуалізованої поведінки щодо дитини.

Соціальні травми: булінг, ізоляція, дискримінація, соціальна несправедливість.

Екзистенційні травми: пов'язані з війною, втратою дому, переселенням, втратою сенсу життя.

Кожен тип має власну динаміку впливу. Так, фізичні травми часто залишають виражений тілесний і сенсорний слід, тоді як емоційні травми мають латентний характер і можуть виявитися лише через роки у вигляді тривожних або депресивних розладів.

5. Класифікація за середовищем виникнення.

Психолог У. Бронфенбреннер у своїй екологічній моделі розвитку дитини виокремив кілька рівнів середовища, у межах яких можуть виникати несприятливі події:

Мікросистема – це сім'я, школа, найближче соціальне оточення.

Мезосистема – це взаємодія між різними мікросистемами (наприклад, конфлікт між сім'єю та школою).

Екзосистема – соціальні інституції, у яких дитина безпосередньо не бере участі, але які впливають на її життя (робота батьків, політика громади).

Макросистема – культурні, економічні, політичні умови, які визначають стиль виховання, цінності, норми.

Таким чином, несприятливі події можуть мати як індивідуальний характер (насильство в сім'ї), так і структурний (соціальна ізоляція, воєнний конфлікт, бідність). Саме системний підхід дозволяє зрозуміти, що дитина є не просто жертвою окремої події, а учасником цілого комплексу взаємопов'язаних впливів [39].

Дослідження останніх десятиліть показують, що вплив несприятливих подій має тривалий і багатовимірний характер. За даними метааналізів

Д. Шонфельда, К. Відома та М. Тейлора, діти, які пережили травматичні події, у 2–3 рази частіше мають ризик розвитку депресії, тривожних розладів, адикцій, а також соматичних симптомів – безсоння, головного болю, болю в животі [69].

Найбільш руйнівним наслідком є порушення системи прив'язаності, про що писав Д. Боулбі. Діти, які зазнали нехтування або емоційного відторгнення, формують ненадійну або дезорганізовану прив'язаність, що проявляється у дорослому віці труднощами в побудові довірливих стосунків, страхом близькості або навпаки – надмірною залежністю [38].

Не менш важливим є формування когнітивних схем уразливості, описаних А. Беком: дитина починає сприймати світ як небезпечний, інших – як ворожих, а себе – як недостойну любові. У результаті формується замкнене коло травматичного мислення, що підтримує симптоматику депресії чи тривоги [36].

1.2. Психологічні механізми впливу дитячих травм на формування особистості та психічне здоров'я дорослої людини

Проблема впливу дитячих травм на формування особистості є однією з ключових у сучасній клінічній, віковій та психотерапевтичній психології. Упродовж останніх десятиліть ця тема набула міждисциплінарного характеру, об'єднавши підходи психоаналізу, когнітивної психології, нейропсихології та теорії прив'язаності. Більшість дослідників погоджуються, що пережиті у дитинстві несприятливі події мають тривалий латентний ефект, який проявляється у дорослому віці у вигляді емоційної нестабільності, міжособистісних труднощів, психосоматичних симптомів та підвищеного ризику психічних розладів.

Ще З. Фройд у своїй концепції психосексуального розвитку наголошував, що ранні дитячі переживання залишають глибокий слід у несвідомому і стають основою для формування невротичних симптомів у дорослому віці. Пізніше А. Адлер розвинув ідею про те, що дитяча безпорадність та почуття неповноцінності можуть трансформуватись у компенсаторні форми поведінки – гіперконтроль, агресію або прагнення домінування [49].

Водночас сучасні підходи, зокрема теорія прив'язаності Дж. Боулбі, пояснюють цей вплив не лише через психодинамічні механізми, а й через процеси емоційної регуляції. Дитина, яка зазнає відторгнення, насильства або нехтування, формує ненадійну прив'язаність – унікальну або тривожну. У дорослому житті це проявляється в труднощах із довірою, страхом відкидання, невмінням вибудовувати стабільні стосунки та хронічним почуттям самотності [38].

Дослідження Мері Ейнсворт довели, що тип прив'язаності формується вже у віці до 18 місяців і має прямий вплив на розвиток емоційної регуляції, стійкість до стресу та самооцінку. У дітей, які пережили насильство або занедбаність, часто формується так звана дезорганізована прив'язаність, яка поєднує в собі

одночасно страх і потребу у близькості. У дорослому житті це часто призводить до внутрішнього конфлікту між прагненням до любові та страхом її втрати.

Одним із ключових наслідків дитячих травм є порушення емоційної регуляції. Згідно з моделлю Д. Гросса, здатність до управління емоціями формується у процесі соціального навчання – через спостереження за реакціями дорослих. Якщо ж дорослі самі реагують хаотично, агресивно або байдуже, дитина засвоює деструктивні стратегії емоційного реагування [50].

Постійне перебування в стані страху чи тривоги призводить до гіперактивації гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи. За даними Б. ван дер Колка, у дітей із досвідом насильства спостерігається хронічно підвищений рівень кортизолу, що змінює структуру мозку – зокрема, зменшує об'єм гіпокампа та префронтальної кори, які відповідають за пам'ять, контроль емоцій і планування поведінки [74].

Така біологічна реакція закріплює стан постійної готовності до загрози, який у дорослому віці проявляється як генералізована тривожність, панічні розлади або гіпервідчуття небезпеки. У психологічному вимірі це виявляється у схильності до катастрофізації, гіперконтролю та труднощях у розслабленні [73].

Емоційна травма також веде до розвитку алекситимії – нездатності усвідомлювати й називати власні емоції. Це явище описав П. Сіфнеос, підкресливши, що воно часто є наслідком емоційного занедбання в дитинстві. Такі люди у дорослому віці часто відчують внутрішню «порожнечу», відчуження від себе та інших, що створює ґрунт для депресивних станів.

У рамках когнітивної теорії А. Бека дитячі травми формують негативні когнітивні схеми – стійкі переконання про себе, інших і світ. Наприклад: «Я нікому не потрібен»; «Світ небезпечний»; «Людям не можна довіряти».

Такі переконання стають ядром депресивних або тривожних розладів, адже вони зумовлюють спотворене сприйняття дійсності. Будь-яка нейтральна ситуація інтерпретується як загроза чи підтвердження власної незначущості.

Згідно з моделлю когнітивних вразливостей Дж. Янга, на основі дитячих травм формуються дисфункційні схеми, наприклад, «покинутість»,

«дефективність», «залежність». Ці схеми не зникають із віком, а лише модифікуються, стаючи частиною структури особистості. Вони визначають вибір партнерів, професій, стратегій поведінки. Саме тому особи з травматичним досвідом часто несвідомо відтворюють у стосунках сценарії, подібні до тих, які травмували їх у дитинстві [77].

Когнітивні спотворення також впливають на самооцінку. За даними Р. Бернса, досвід приниження або нехтування в дитинстві створює основу для розвитку стійкої низької самооцінки, яка не піддається корекції навіть при об'єктивних успіхах. У дорослому житті це проявляється у формі самозвинувачення, уникання соціальних контактів, залежності від зовнішньої оцінки [37].

Психологічна травма не лише змінює внутрішню структуру особистості, а й впливає на соціальну взаємодію. За моделлю соціального навчання А. Бандури, дитина засвоює соціальні ролі через спостереження за поведінкою значущих дорослих. Якщо батьки демонструють агресію, знецінення або безсилля, дитина переймає ці патерни як «норму» [34].

Так, у дорослому віці особи з дитячим травматичним досвідом схильні до двох крайнощів – або відтворення насильницьких сценаріїв, або прийняття ролі жертви. Це описано в теорії травматичної повторюваності Дж. Герман, яка вказує, що несвідоме прагнення «повернути контроль» над травматичною ситуацією змушує людину несвідомо шукати схожі контексти [53].

Крім того, дитяча травматизація часто супроводжується порушенням базової довіри до світу, про яку писав Е. Еріксон. Якщо перший психосоціальний конфлікт («довіра–недовіра») у віці до 1 року не розв'язується позитивно, формується базове відчуття небезпеки, яке зберігається впродовж життя. Такі люди сприймають навколишній світ як потенційно ворожий, що веде до соціальної ізоляції або підвищеної залежності від авторитетів [44].

Сучасні нейропсихологічні дослідження доводять, що дитячі травми залишають фізіологічний слід у структурі та функціонуванні мозку. У період

активного розвитку нервової системи (від народження до 6–7 років) мозок дитини є надзвичайно пластичним і водночас вразливим до стресу.

Дослідження Б. Перрі та В. Шор показали, що хронічний стрес у ранньому віці змінює баланс між системами «боротьби та втечі» і зонами, відповідальними за регуляцію емоцій. Гіперактивація амігдали (мигдалеподібного тіла), яка реагує на небезпеку, та гіпофункція префронтальної кори, що контролює імпульси, формують стійкий патерн реакції страху. У результаті доросла людина може реагувати на звичайні життєві ситуації так, ніби вони загрожують її безпеці [67].

Крім того, відзначаються зміни у функціонуванні гіпокампа – структури, що бере участь у формуванні пам'яті. Травматичні спогади закарбовуються у вигляді фрагментів, образів і тілесних відчуттів без чіткої часової послідовності, що призводить до феномену флешбеків. Саме тому у дорослому віці людина може не пам'ятати саму подію, але переживати її емоційно, через тілесні реакції, тривогу або панічні напади.

З точки зору нейробіології, дитячі травми формують дисфункційні нейронні зв'язки, які підтримують патологічні емоційно-когнітивні схеми. Згідно з дослідженнями, відновлення нейронних зв'язків можливе через досвід безпечних стосунків, психотерапію та тілесно-орієнтовані практики, які допомагають інтегрувати травматичні переживання [73].

Вплив дитячої травми часто проявляється не лише на психологічному, а й на соматичному рівні. Хронічний стрес, що супроводжує дитину протягом років, призводить до порушення роботи вегетативної нервової системи. Травматичний досвід є одним із провідних чинників формування психосоматичних захворювань, зокрема виразкової хвороби, бронхіальної астми, гіпертонії.

Тривале перебування в стані емоційної напруги викликає дисбаланс у роботі імунної системи. Це пояснює підвищену захворюваність дорослих, які в дитинстві зазнали насильства чи нехтування. Вони частіше мають хронічні болі, проблеми зі сном, шлунково-кишкові порушення, а також схильність до залежностей як способу саморегуляції.

У психотерапевтичній практиці відомий феномен «мовчання тіла», коли людина, не маючи доступу до емоцій, виражає біль через тіло. За даними Б. ван дер Колка, тілесні симптоми часто є формою «пам'яті тіла» про травму, яка не була усвідомлена чи пропрацьована [74].

Дитячі травми визначають не лише внутрішній світ людини, а й її соціальну поведінку та якість життя. Люди з травматичним досвідом часто мають труднощі у сфері міжособистісних відносин: вони або надмірно зливаються з партнером, або, навпаки, уникають близькості. Це призводить до циклів саморуйнування – невдалих стосунків, емоційної залежності, повторення деструктивних сценаріїв [1].

Соціальна ізоляція або деструктивні зв'язки є прямими наслідками внутрішньої дихотомії «потреба в любові – страх близькості». У професійному житті це може проявлятися у вигляді перфекціонізму, страху помилок, труднощів із прийняттям критики або ж навпаки – у формі апатії, прокрастинації, втрати мотивації [2].

Крім того, за результатами довготривалого дослідження ACE Study, існує пряма залежність між кількістю перенесених у дитинстві несприятливих подій і ризиком розвитку депресії, тривожних розладів, залежностей, а також суїцидальних тенденцій у дорослому віці.

Попри глибокий вплив травми, сучасна психологія визнає можливість посттравматичного зростання. Згідно з моделлю Т. Каломіра і Р. Тедескі, пережита травма може стати поштовхом до глибокої особистісної трансформації – розвитку емпатії, усвідомленості, нової системи цінностей [6].

Ключовим чинником цього процесу є реінтерпретація досвіду – перехід від позиції жертви до позиції суб'єкта, здатного осмислити свій біль і знайти в ньому ресурс. Психотерапевтичні методи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтовані та арт-терапевтичні підходи, спрямовані на інтеграцію травматичного досвіду у структуру особистості, а не на його витіснення [3].

Крім того, важливим є створення безпечного емоційного середовища, де людина може вперше відчувати прийняття, підтримку й контроль над власними

реакціями. Саме досвід безпеки є основою для нейронної інтеграції, тобто відновлення природних зв'язків між емоційною та когнітивною системами мозку.

Таким чином, дитячі травми є потужним детермінантом формування особистості та психічного здоров'я дорослої людини. Вони впливають на емоційний, когнітивний, нейрофізіологічний і соціальний рівні, формуючи патерни поведінки, емоційної регуляції та міжособистісної взаємодії.

Психологічні механізми цього впливу полягають у деформації базових когнітивних схем, зміні емоційного реагування, дисбалансі нейронних систем і порушенні базової довіри до світу. Водночас своєчасна психотерапевтична підтримка, досвід безпечних стосунків і реінтерпретація травматичного досвіду створюють умови для відновлення цілісності особистості, зниження психічного дистресу та розвитку посттравматичного зростання.

1.3. Наслідки дитячих травм у контексті розвитку психічних розладів у дорослому віці

Проблематика дитячих психотравм останніми десятиліттями набула особливої актуальності у контексті вивчення походження психічних розладів у дорослому віці. Результати численних емпіричних досліджень засвідчують, що ранній травматичний досвід має прямий та опосередкований вплив на формування особистості, стресову реактивність, систему міжособистісних стосунків і, зрештою, на рівень психічного здоров'я.

Травма дитинства є не просто подією минулого, а динамічним процесом, що продовжує функціонувати в структурі особистості, визначаючи спосіб сприйняття реальності, характер емоційних реакцій, відчуття безпеки й контролю. Тому її наслідки часто виявляються не відразу, а через роки – у вигляді тривожних, депресивних, соматоформних і дисоціативних розладів.

Згідно з концепцією психодинамічного підходу, дитяча травма запускає механізми витіснення, заперечення, проєкції та розщеплення, які забезпечують виживання «Я» у дитячому віці, але в дорослому житті перетворюються на дезадаптивні захисні патерни. Ці механізми підтримують психологічну рівновагу ціною спотворення сприйняття реальності, що веде до невротичних і прикордонних розладів особистості [11].

Когнітивно-поведінкова школа пояснює розвиток психопатології через формування дисфункційних схем унаслідок раннього досвіду. Наприклад, дитина, яка зазнала відкидання або насильства, засвоює базові переконання типу: «я непотрібний», «світ небезпечний», «любов треба заслужити». Ці переконання вбудовуються в когнітивну систему дорослого і визначають його емоційні реакції, поведінку й міжособистісні вибори.

У руслі біопсихосоціальної моделі дитяча травма розглядається як тригер для активації вразливих систем – генетичної, ендокринної, когнітивної та соціальної. Тобто травматичний досвід не лише впливає на психіку, а й змінює нейрофізіологічні механізми регуляції стресу, роботу гіпоталамо-гіпофізарно-

наднирникової осі, секрецію кортизолу, що зумовлює підвищену реактивність до стресу в дорослому віці [54].

Найбільш дослідженим наслідком дитячої травми є депресія. Досвід емоційного нехтування, втрати одного з батьків або насильства у дитинстві істотно підвищує ризик розвитку великого депресивного епізоду у зрілому віці [7].

Згідно з концепцією Бека, у депресивних пацієнтів формуються так звані негативні когнітивні тріади – стійкі переконання про власну неповноцінність, ворожість світу та безнадійність майбутнього. У більшості випадків коріння цих установок лежить у травматичному досвіді дитинства, коли дитина засвоює модель «любов через страждання» або «цінність через успіх» [35].

Нейробіологічні дослідження підтверджують структурні зміни в мозку таких осіб: зменшення об'єму гіпокампа, порушення функціонування амігдали й префронтальної кори, що впливає на регуляцію емоцій. У цьому контексті депресію можна розглядати як відстрочену реакцію на хронічну травматизацію, коли психіка вичерпує свої адаптаційні ресурси.

Дитячі травми є одним із ключових предикторів генералізованого тривожного розладу, соціофобії, панічних атак і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Досліджено, що, діти, які зазнали фізичного чи емоційного насильства, мають підвищену чутливість до небезпеки, що у дорослому віці проявляється гіперпильністю, соматичними симптомами тривоги, уникненням ситуацій невизначеності.

Тривога, сформована в дитинстві, часто має екзистенційний характер – це не страх конкретної події, а глибинне відчуття небезпеки, втрати контролю, яке супроводжує людину постійно. Такий тип тривожності пов'язаний із дисфункцією системи прив'язаності, коли базова довіра до світу не була сформована [25].

Залежно від характеру травматизації можуть розвиватися різні форми тривожних розладів:

- у випадку емоційного насильства – соціальна тривога, сором, страх відторгнення;
- при фізичному – панічні атаки, гіпервентиляційні кризи;
- при втраті близької людини – генералізований тривожний розлад або нав'язливі думки про смерть.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це класичний клінічний наслідок травматичного досвіду, який включає повторне переживання події, уникнення нагадувань, гіперактивацію нервової системи та емоційне заціпеніння. Однак для дитячої травматизації більш характерною є комплексна форма ПТСР (C-PTSD), описана Джудіт Герман.

C-PTSD виникає при тривалому впливі травматичних факторів (насильство, приниження, відкидання, життя у воєнній зоні, тощо) і проявляється у вигляді:

- емоційної нестабільності,
- відчуття внутрішньої порожнечі,
- труднощів у стосунках,
- хронічного сорому,
- схильності до саморуйнівної поведінки.

На відміну від класичного ПТСР, де травма має чіткі часові межі, комплексна травма інтегрується в особистісну структуру і стає частиною ідентичності. Такі люди часто описують себе як «зламаних», «порожніх» або «негідних любові» [53].

Тривалий вплив дитячих травм не лише призводить до виникнення окремих психічних розладів, а й суттєво впливає на соціальне функціонування, міжособистісні стосунки та якість життя дорослої людини. Особи, які пережили психологічне чи фізичне насильство в дитинстві, нерідко демонструють знижений рівень довіри до інших, труднощі у побудові емоційно близьких стосунків, підвищену тривожність у соціальних ситуаціях. За словами І. М. Досенко, дитяча психіка, яка формується у стані постійної небезпеки, адаптується шляхом створення «захисних сценаріїв» поведінки – надмірного

контролю, уникання близькості або, навпаки, надмірної залежності від інших [13].

Такі моделі, засновані на ранньому досвіді травми, згодом стають відтворюваними у дорослому житті, формуючи дисфункційні патерни у сфері прив'язаності. Дж. Боулбі у своїй теорії прив'язаності наголошував, що травматичний досвід, пов'язаний із втратами чи відсутністю безпечної бази у дитинстві, формує невпевнені або дезорганізовані типи прив'язаності, які стають джерелом хронічної емоційної нестабільності у дорослому віці [36].

Депресивні симптоми у дорослому віці часто мають хронічний або рекурентний характер, якщо їх витоки сягають дитячої травми. Особи з таким досвідом характеризуються підвищеною чутливістю до стресу, схильністю до почуття провини, безнадійності, самозвинувачення. У таких випадках психотерапевтична робота має на меті не лише подолання актуальних симптомів, а й переосмислення ранніх травматичних подій.

Дитячі травми, зокрема пов'язані з нестабільністю сімейного середовища або непередбачуваністю поведінки батьків, часто призводять до розвитку тривожних розладів у дорослому віці. Тривожність стає не просто емоційним станом, а основним способом взаємодії з реальністю. Дослідження демонструють, що діти, які виховувалися в атмосфері постійної критики чи непослідовності, формують внутрішнє відчуття небезпеки, що зберігається протягом життя [13].

У дорослому віці такі люди часто страждають на генералізований тривожний розлад, соціальні фобії або панічні атаки. Згідно з дослідженнями Р. Лазарус, у них спостерігається гіперактивність мигдалеподібного тіла – структури мозку, відповідальної за реакції страху, а також порушення у роботі префронтальної кори, що ускладнює когнітивний контроль над емоціями [54].

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найпоширеніших наслідків дитячих травм. Як зазначає Б. ван дер Колк, дитячий мозок, що переживає повторні або тривалі травматичні події, зазнає глибоких змін у системах регуляції стресу, що спричиняє формування так званого «комплексного ПТСР».

Такий стан характеризується не лише спогадами про травму, але й труднощами у регуляції емоцій, хронічним відчуттям небезпеки, розладами самоідентичності [54].

Дорослі, які пережили травму в дитинстві, часто повідомляють про нав'язливі спогади, нічні кошмари, гіпервозбудження, уникаючу поведінку. Досвід насильства або нехтування в дитинстві також підвищує ризик розвитку дисоціативних розладів, коли психіка намагається «розділити» непереносний досвід на окремі частини, аби зберегти функціональність особистості.

Психоаналітичні підходи (Фрейд, Кернберг, Фейрбейрн) підкреслюють, що травматичні переживання раннього дитинства створюють порушення у становленні «Я»-структури, що ускладнює інтеграцію позитивних і негативних аспектів досвіду. Як наслідок, у дорослому житті виникає нестійке відчуття власної ідентичності, емоційна залежність від інших або, навпаки, схильність до ізоляції [48].

Вплив дитячих травм виявляється не лише у сфері психічного здоров'я, але й у поведінкових реакціях. Особи з історією травми частіше схильні до зловживання алкоголем, наркотиками, ризикованої сексуальної поведінки, порушень харчової поведінки. За даними Американської психіатричної асоціації, близько 70% осіб із залежностями мають у своєму анамнезі значний травматичний досвід у дитинстві.

Крім того, існує тісний зв'язок між дитячими травмами та соматизацією. Хронічний стрес раннього віку призводить до дисбалансу у роботі вегетативної нервової системи, що може проявлятися у вигляді психосоматичних розладів – болей, втоми, розладів травлення, серцево-судинних проблем [73].

Висновки до першого розділу

Проведений теоретичний аналіз проблеми впливу несприятливих життєвих подій у дитячому віці на подальший психічний розвиток людини дає змогу зробити низку узагальнень.

По-перше, дитинство є сенситивним періодом становлення особистості, коли будь-який травматичний досвід має глибокі та тривалі наслідки. Дослідження Дж. Боулбі та інших науковців доводять, що психологічна безпека дитини є базовою умовою формування стабільної самооцінки, емоційної врівноваженості та здатності до побудови здорових міжособистісних стосунків. Натомість емоційна депривація, насильство, занедбання або інші форми психологічного тиску призводять до деформацій у структурі особистості, що можуть проявлятися через десятиліття.

По-друге, несприятливі життєві події у дитинстві слід розглядати як комплексний психотравмувальний чинник, який охоплює як зовнішні умови (соціальні, сімейні, економічні), так і внутрішні механізми сприйняття та переживання травми. Класифікації, запропоновані сучасними дослідниками дають змогу виокремити гострі, хронічні та кумулятивні форми травматизації, що по-різному впливають на формування особистісних рис, емоційної сфери та когнітивного розвитку дитини.

По-третє, психологічні механізми впливу дитячих травм реалізуються через складні взаємодії між біологічними, когнітивними та емоційними системами. Як показують дослідження Б. ван дер Колка та інших, тривале перебування у стані страху чи небезпеки змінює роботу гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, спричиняючи хронічну активацію системи стресу. Ці біологічні зміни у поєднанні з формуванням дисфункційних когнітивних схем закладають основу для розвитку тривожних і депресивних тенденцій у майбутньому.

По-четверте, травматичні події дитинства мають безпосередній зв'язок із підвищеною вірогідністю розвитку психічних розладів у дорослому віці. За

даними Американської психіатричної асоціації, рання травматизація підвищує ризик виникнення депресії, генералізованого тривожного розладу, посттравматичного стресового розладу, прикордонного та нарцисичного розладів особистості. При цьому тяжкість наслідків залежить від тривалості, інтенсивності та характеру травмувального досвіду, а також від наявності або відсутності соціальної підтримки.

По-п'яте, дитячі травми не обмежуються лише психічними порушеннями – вони впливають і на соматичну сферу. Феномен соматизації свідчить про тісний взаємозв'язок між психікою та тілом: нерозв'язані емоційні конфлікти можуть проявлятися у вигляді хронічних фізичних симптомів, болю, втоми, порушень сну чи апетиту.

Отже, дитячі травми становлять багатовимірне явище, що охоплює емоційні, когнітивні, соціальні та біологічні аспекти розвитку особистості. Вони не зникають з часом, а інтегруються у структуру «Я» людини, формуючи специфічні способи сприйняття світу, себе та інших. Розуміння цих механізмів є ключовим для розроблення ефективних програм психопрофілактики та психотерапії, спрямованих на зцілення наслідків ранніх травм і відновлення психічної цілісності дорослої особистості.

Таким чином, теоретичний аналіз дає підстави стверджувати, що подолання наслідків дитячих травм можливе лише за умови комплексного підходу – поєднання психотерапевтичної, медичної та соціальної підтримки. Сучасна психологічна наука дедалі більше схиляється до інтегративної парадигми, в якій дитяча травма розглядається не як вирок, а як точка зростання, що при відповідному опрацюванні може стати основою для розвитку стійкості, емпатії та глибшого саморозуміння.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ ДИТИНСТВА НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ДОРΟΣЛИХ

2.1. Організація та методи дослідження

Проведення емпіричного дослідження, як одного з найважливіших способів наукового пізнання психічних явищ, вимагало чіткого планування, послідовності дій та системності на всіх етапах роботи. Дослідницька програма була побудована з урахуванням принципів наукової обґрунтованості, валідності, репрезентативності вибірки та етичних норм роботи з респондентами.

Враховуючи мету роботи – виявити зв'язок між несприятливими подіями, пережитими в дитинстві, та рівнем прояву психічних симптомів у дорослому віці – дослідження було проведене у декілька послідовних етапів.

Перший етап полягав у ґрунтовному аналізі теоретичних джерел із проблеми впливу дитячих травм на психічне здоров'я дорослої особистості. На цьому етапі було здійснено систематизацію наукових підходів до поняття «адверсивний дитячий досвід», розкрито психологічні механізми трансформації травматичного досвіду у психічні порушення, визначено мету, завдання, об'єкт і предмет дослідження, а також сформовано гіпотезу.

Другий етап передбачав визначення вибірки, бази та умов проведення емпіричного дослідження. У дослідженні взяли участь 50 осіб віком від 23 до 50 років, які проживають у Миколаївській області. До вибірки увійшли як чоловіки, так і жінки, що не перебувають на психіатричному обліку та дали добровільну згоду на участь у дослідженні. Важливо зазначити, що всі учасники належать до категорії осіб, які перебували або перебувають у складних життєвих обставинах, зумовлених соціально-економічними, сімейними чи особистісними факторами. Така характеристика вибірки дає змогу глибше проаналізувати взаємозв'язок між дитячими травматичними подіями та психічним здоров'ям у дорослому віці.

Відбір учасників здійснювався методом добровільного заповнення онлайн-анкет і паперових форм, що забезпечило доступність та анонімність процедури.

Третій етап включав безпосереднє проведення психодіагностичного тестування. З метою комплексного вивчення психологічних наслідків дитячої травматизації було застосовано такі методики:

1. ACE Questionnaire (Adverse Childhood Experiences Questionnaire) – для виявлення рівня дитячої травматизації, визначення кількості та типів несприятливих подій, пережитих у дитинстві (див. Додаток А).

2. Beck Depression Inventory II (BDI-II) – для оцінки вираженості депресивних симптомів і визначення рівня емоційного виснаження у дорослому віці (див. Додаток Б).

3. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – для діагностики ситуативної (реактивної) та особистісної (стійкої) тривожності як показників емоційного напруження (див. Додаток В).

4. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) – для комплексної оцінки структури психопатологічних симптомів (тривожних, депресивних, соматичних, obsesivних тощо) та загального рівня психологічного дистресу.

Вибір саме цих інструментів обумовлений їхньою високою валідністю, надійністю та науковою апробацією в дослідженнях емоційних і психопатологічних порушень, пов'язаних із травматичними подіями дитинства. Всі зазначені опитувальники перебувають у вільному доступі онлайн, що забезпечило можливість їхнього застосування для анонімного дистанційного тестування без порушення етичних стандартів.

Четвертий етап передбачав обробку, аналіз і структурування отриманих емпіричних даних. Для цього використовувалися методи математичної статистики, зокрема розрахунок коефіцієнтів кореляції Пірсона для виявлення взаємозв'язку між показниками дитячої травматизації (ACE) та рівнем депресії (BDI-II) і тривожності (STAI).

П'ятий етап полягав у узагальненні результатів дослідження, інтерпретації отриманих даних і формулюванні висновків. На основі аналізу було визначено

закономірності впливу різних типів дитячих травм на структуру психічних симптомів у дорослому віці. Також сформульовано практичні рекомендації для психологічної допомоги особам, які мають досвід дитячих травм, і напрямки подальших досліджень.

1. Опитувальник несприятливих дитячих подій (Adverse Childhood Experiences Questionnaire, ACE Questionnaire)

Опитувальник несприятливих дитячих подій (Adverse Childhood Experiences Questionnaire, скорочено – ACE Questionnaire) є одним із найвідоміших та найпоширеніших інструментів у сучасній психології та психіатрії для дослідження впливу раннього травматичного досвіду на психічне і соматичне здоров'я дорослої людини. Цей метод був розроблений наприкінці 1990-х років у межах спільного дослідження Центрів контролю і профілактики захворювань США та медичної корпорації Kaiser Permanente. Основоположниками дослідження є Вінсент Фелітті та Роберт Анда, які у 1998 році опублікували результати масштабного епідеміологічного проєкту, що отримав назву «The ACE». Саме в рамках цього дослідження було створено стандартний інструментарій – опитувальник ACE [31].

Метою створення опитувальника було емпірично підтвердити зв'язок між досвідом несприятливих подій у дитинстві та виникненням різноманітних порушень психічного і фізичного здоров'я у дорослому віці. Дослідники прагнули визначити, як накопичення емоційних, фізичних або соціальних травм у ранньому дитинстві впливає на формування поведінкових патернів, соматичних хвороб і психічних розладів у подальшому житті.

Ідея розроблення ACE виникла на основі клінічних спостережень за пацієнтами, які зверталися за допомогою до медичних центрів Kaiser Permanente. Лікар Вінсент Фелітті, працюючи з пацієнтами, що страждали на ожиріння, звернув увагу, що значна частина з них мали в анамнезі пережиті в дитинстві травматичні події – зокрема, насильство, занедбаність, втрату батьків тощо. Ці спостереження спонукали дослідника до глибшого аналізу зв'язку між дитячими

травмами та розвитком хронічних соматичних і психічних захворювань у дорослому віці.

У 1995–1997 роках CDC і Kaiser Permanente провели масштабне опитування понад 17 000 дорослих осіб у США. Учасники відповідали на серію запитань, спрямованих на виявлення фактів насильства, емоційного знецінення, сімейної дисфункції, а також інших форм психологічних чи соціальних травм, які відбувалися до досягнення ними 18 років. Результати цього дослідження стали революційними: виявилося, що чим більша кількість несприятливих подій припала на дитячий період життя, тим вищим є ризик розвитку депресії, тривожних і соматоформних розладів, зловживання психоактивними речовинами, а також серцево-судинних і метаболічних захворювань.

Таким чином, дослідження ACE вперше емпірично підтвердило тісний взаємозв'язок між раннім психосоціальним досвідом і фізичним та психічним благополуччям у дорослому віці. Відтоді ACE Questionnaire став базовим інструментом у галузі дослідження дитячих травм, резилієнтності та профілактики психічних розладів [45].

Класичний опитувальник ACE складається з 10 основних пунктів, які відображають десять типів несприятливих життєвих подій, що могли відбутися в дитинстві. Ці події умовно поділяються на три великі групи:

1. Насильство над дитиною:
 - емоційне насильство;
 - фізичне насильство;
 - сексуальне насильство.
2. Занедбаність (недостатня турбота):
 - емоційна занедбаність;
 - фізична занедбаність.
3. Сімейна дисфункція:
 - присутність у родині психічно хворого або залежного члена;
 - насильство між батьками (спостереження за домашнім насильством);
 - ув'язнення одного з батьків;

- розлучення або розпад сім'ї;
- зловживання алкоголем чи наркотиками у родині.

Кожне запитання передбачає дві відповіді: «так» або «ні». Кожна ствердна відповідь («так») оцінюється в один бал. Підрахунок загальної кількості балів дозволяє отримати індекс ACE, який коливається від 0 до 10. Чим вищий показник, тим більш травматизованим був дитячий досвід респондента.

Вважається, що рівень 4 і більше балів суттєво підвищує ризик розвитку депресивних, тривожних, посттравматичних та інших психічних розладів у дорослому віці, а також зумовлює схильність до поведінкових девіацій, залежностей і психосоматичних порушень.

Опитувальник ACE відзначається високими показниками надійності та валідності, підтвердженими численними міжнародними дослідженнями. Його простота, короткість та універсальність роблять його надзвичайно ефективним для використання у різних контекстах – від наукових досліджень до практичної психодіагностики.

Методика не вимагає спеціальних умов чи тривалого часу для проведення: заповнення опитувальника займає приблизно 5–10 хвилин, може бути проведене як у паперовій, так і в онлайн-формі. Відсутність складних шкал дозволяє швидко отримати результат і провести статистичний аналіз (зокрема, кореляційний або регресійний), що робить цей інструмент надзвичайно зручним у психологічних дослідженнях.

У клінічній практиці ACE Questionnaire допомагає психологам і психотерапевтам виявити глибинні причини поточних емоційних чи поведінкових труднощів клієнтів, які можуть бути наслідком травматичного дитячого досвіду. У соціальній та освітній психології цей інструмент використовується для оцінки рівня ризику розвитку психічних розладів серед дітей і підлітків, а також для розроблення профілактичних програм підтримки сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах.

Сьогодні опитувальник несприятливих дитячих подій розглядається не лише як інструмент вимірювання травматичного досвіду, а як концептуальна

основа цілого напрямку у психологічній науці. Він став базою для розробки нових моделей пояснення взаємозв'язку між травмою, психічним здоров'ям та соматичними розладами. На основі результатів досліджень ACE сформувалося поняття «токсичного стресу дитинства», яке описує хронічний вплив сильних негативних емоцій і травматичних подій на нейробіологічний розвиток дитини.

Психологічні дослідження останніх років показують, що високі показники ACE асоціюються з порушеннями у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, дисрегуляцією рівня кортизолу, зниженням когнітивної гнучкості та емоційної регуляції. Це доводить, що наслідки дитячих травм мають не лише психічний, а й нейрофізіологічний характер.

У контексті психологічної практики ACE Questionnaire допомагає спеціалістам формувати цілісний уявний портрет клієнта, враховуючи не тільки його поточні симптоми, але й глибинні історичні причини їхнього виникнення. Він дає змогу побудувати індивідуальну траєкторію корекційної або терапевтичної роботи, зорієнтовану на опрацювання дитячого досвіду, переосмислення травматичних подій і формування ресурсного ставлення до себе.

Завдяки своїй універсальності та простоті ACE Questionnaire сьогодні активно використовується у дослідженнях у сфері психології розвитку, психотерапії, психосоматичної медицини, соціальної роботи та освіти. Методика перекладена більш ніж на 30 мов світу, у тому числі й українську, що дає змогу ефективно застосовувати її у вітчизняних дослідженнях, спрямованих на вивчення впливу несприятливих життєвих подій у дитинстві на психічне благополуччя дорослої особистості [26].

2. Методика Beck Depression Inventory (BDI-II)

Beck Depression Inventory (BDI-II) – це одна з найвідоміших, найпоширеніших та найнадійніших психодіагностичних методик для оцінювання рівня депресивної симптоматики. Вона була створена з метою кількісного вимірювання проявів депресії в осіб різного віку та соціального

статусу й стала золотим стандартом у клінічній та психологічній практиці у всьому світі.

Методика була розроблена у 1961 році американським психіатром та когнітивним терапевтом Аароном Беком спільно з колегами з Пенсильванського університету. Її створення стало результатом тривалої науково-дослідницької роботи Бека, який вивчав когнітивні аспекти депресії. У 1950–1960-х роках він провів низку експериментів, які показали, що депресивні пацієнти мають специфічний стиль мислення – схильність до негативної інтерпретації себе, світу та майбутнього (так звана когнітивна тріада Бека).

Виходячи з цих спостережень, Бек поставив за мету створити об'єктивний інструмент, який дозволяв би не лише діагностувати наявність депресії, але й визначати її інтенсивність. Результатом стала перша версія Beck Depression Inventory (BDI), опублікована у 1961 році.

Згодом, у зв'язку з оновленням діагностичних критеріїв депресивних розладів було розроблено другу, удосконалену версію – BDI-II (Beck Depression Inventory-II), яка вийшла у 1996 році. Ця версія зберегла базову структуру попередньої, але була суттєво оновлена: змінено формулювання деяких пунктів, додано симптоми, пов'язані зі змінами сну, апетиту, концентрації уваги та енергетичного рівня. Таким чином, BDI-II став інструментом, який найточніше відповідає сучасним клінічним стандартам діагностики депресії.

Методика BDI-II складається з 21 пункту, кожен із яких описує певний симптом або прояв депресії. Серед них – смуток, песимізм, відчуття провини, самооцінка, зниження задоволення, труднощі у прийнятті рішень, втома, зміни сну та апетиту, суїцидальні думки тощо.

Кожен пункт містить чотири варіанти відповідей, що відповідають різним ступеням вираженості симптомів – від 0 до 3 балів. Наприклад, пункт «Смуток» може мати такі варіанти:

0 – Я не відчуваю смутку.

1 – Я часто почуваюся засмученим.

2 – Я постійно сумую і не можу це контролювати.

3 – Я настільки засмучений, що не можу цього витримати.

Сумарний бал може варіюватися від 0 до 63. Інтерпретація результатів зазвичай подається так:

0–13 балів – відсутність або мінімальні прояви депресії;

14–19 балів – легка депресія;

20–28 балів – помірна депресія;

29–63 бали – виражена депресія.

Тест займає приблизно 10–15 хвилин для заповнення та може бути проведений як у паперовій, так і в онлайн-формі. Його простота, короткість та зрозумілість зробили його зручним інструментом як для клінічних психологів, так і для наукових дослідників.

Методика BDI-II відзначається високими показниками надійності та валідності. Валідність інструменту підтверджується численними кореляційними дослідженнями: результати BDI-II тісно пов'язані з іншими клінічними шкалами, це дає змогу вважати його ефективним індикатором депресивної симптоматики.

Методика була адаптована у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні. Українські адаптації продемонстрували належну валідність і надійність, що дозволяє використовувати її як у клінічній, так і у дослідницькій практиці.

BDI-II широко використовується у психіатрії, клінічній психології, нейропсихології, психотерапії, а також у соціальній роботі. Основна мета використання тесту – виявлення рівня депресивної симптоматики та оцінка її динаміки під впливом лікування або психокорекції.

Завдяки кількісним показникам шкала дозволяє відслідковувати зміни у психоемоційному стані клієнта протягом терапевтичного процесу. Це дає можливість не лише діагностувати стан, а й об'єктивно оцінювати ефективність психотерапевтичних або фармакологічних втручань.

Крім того, опитувальник використовується у наукових дослідженнях для вивчення кореляцій між депресією та іншими психологічними чи соціальними

чинниками – такими, як дитячі травми, рівень тривожності, соціальна підтримка, самооцінка, особистісні риси тощо.

У контексті дослідження впливу несприятливих життєвих подій у дитинстві на психічні розлади у дорослих, BDI-II є надзвичайно важливим інструментом. Він дозволяє емпірично перевірити гіпотезу про те, що вищий рівень дитячої травматизації (за ACE Questionnaire) корелює з вищими показниками депресивних симптомів у дорослому віці. Таким чином, ця методика допомагає встановити зв'язок між минулими психотравмувальними факторами та поточним психоемоційним станом особистості.

До основних переваг BDI-II належать:

- простота використання і швидкість обробки результатів;
- висока чутливість до змін у стані пацієнта;
- можливість самозаповнення;
- універсальність – застосовується як у клінічних, так і в дослідницьких умовах.

Проте методика має й певні обмеження. Вона не є інструментом для встановлення клінічного діагнозу депресії, а лише оцінює інтенсивність симптомів. Також на результати можуть впливати ситуативні чинники – наприклад, стрес або втома респондента під час тестування. Незважаючи на це, BDI-II залишається одним із найнадійніших засобів для оцінювання емоційного стану людини.

Отже, Beck Depression Inventory-II – це високонадійний, валідний та зручний у застосуванні інструмент, який дає змогу кількісно оцінювати рівень депресивних проявів у дорослих. Його використання у наукових дослідженнях і практичній психології сприяє глибшому розумінню механізмів формування депресії, взаємозв'язку між дитячими травмами та психічним здоров'ям у дорослому віці, а також забезпечує можливість ефективного моніторингу змін у стані клієнтів [30].

Методика State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – це один із найвідоміших і найнадійніших психодіагностичних інструментів для оцінювання рівня тривожності як тимчасового стану, так і стійкої особистісної риси. Ця методика є золотим стандартом у психології для визначення інтенсивності тривоги, її характеру та динаміки.

Шкала STAI була створена у 1964 році американським психологом Чарльзом Д. Спілбергером у співпраці з Р. Горсучем і Р. Лушене. Її розроблення стало частиною масштабної програми досліджень у галузі емоційної регуляції, які проводилися в Університеті Флориди.

Спілбергер виходив з того, що термін “тривожність” у психології використовується двозначно: з одного боку – як емоційний стан, що виникає у відповідь на стресову ситуацію (ситуативна тривога), а з іншого – як стійка властивість особистості, схильність реагувати занепокоєнням навіть за незначних подразників (особистісна тривога). Розмежування цих двох форм тривожності стало фундаментальним у теорії Спілбергера та визначило структуру майбутнього тесту [67].

У 1970 році вийшла перша стандартизована версія State-Trait Anxiety Inventory (Form X), а в 1983 році з’явилася оновлена версія Form Y, що увійшла в історію як STAI Form Y – найбільш поширений варіант, який використовується донині. У нас методика була адаптована та стандартизована у 1980-х роках Ю. Л. Ханіним, тому у пострадянському просторі тест відомий як “Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна”.

Теоретично STAI ґрунтується на концепції емоційної регуляції

Спілбергера, згідно з якою тривожність є універсальним психічним феноменом, що має як тимчасовий, так і стабільний характер.

Ситуативна (реактивна) тривожність – це короткочасний емоційний стан, який характеризується напруженням, нервозністю, занепокоєнням і зростанням активності автономної нервової системи. Вона виникає у конкретній стресовій ситуації й зникає після її завершення.

Особистісна тривожність – це індивідуальна схильність сприймати широкий спектр ситуацій як потенційно небезпечні або загрозливі, що супроводжується хронічним відчуттям напруги й неспокою.

Таким чином, методика дозволяє не лише кількісно оцінити рівень тривоги, а й визначити, чи вона є реакцією на поточні події, чи рисою особистості, що зумовлює поведінкові й емоційні особливості людини.

Тест займає близько 10–12 хвилин і може бути проведений індивідуально або групою. Завдяки простоті формулювань, він підходить для широкого кола респондентів – від студентів до пацієнтів клінічних закладів.

Українська адаптація методики, здійснена на базі перекладу й стандартизації Ю. Л. Ханіним, пройшла психометричну перевірку, показавши надійні результати, сумісні з міжнародними даними. Завдяки цьому STAI широко застосовується у клінічній, освітній та дослідницькій практиці в Україні.

STAI використовується для оцінювання тривожності у найрізноманітніших контекстах:

- у клінічній психології – для діагностики тривожних і депресивних розладів;
- у психотерапії – для визначення динаміки емоційного стану клієнта під час лікування;
- у педагогічній і професійній психології – для оцінювання адаптації, стресостійкості, рівня емоційного напруження;
- у наукових дослідженнях – для аналізу взаємозв'язку тривожності з іншими психічними явищами (депресією, дитячими травмами, емоційною нестійкістю, вигоранням тощо).

У дослідженнях, пов'язаних із впливом несприятливих подій дитинства, STAI дозволяє перевірити гіпотезу про те, що вища кількість дитячих травм корелює з підвищеним рівнем особистісної тривожності у дорослому віці. Це відкриває можливості для глибшого розуміння механізмів формування хронічної тривожності як наслідку емоційного неблагополуччя в дитинстві.

Основними перевагами STAI є:

- можливість роздільного вимірювання тимчасової і стабільної тривоги;
- висока валідність та надійність;
- гнучкість у використанні (клінічна, освітня, дослідницька сфера);
- простота інтерпретації та кількісна оцінка результатів.

Серед обмежень методики можна відзначити її чутливість до ситуативних чинників – наприклад, рівень ситуативної тривожності може різко змінюватися залежно від обставин проведення тесту (іспити, стрес тощо). Крім того, у респондентів із низькою саморефлексією можливе заниження або завищення результатів. Незважаючи на це, STAI залишається одним із найбільш валідних і науково обґрунтованих методів оцінки тривожності.

Таким чином, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) є універсальним, надійним і науково обґрунтованим інструментом, який дозволяє всебічно оцінити тривожність як стан і як особистісну характеристику. Його використання у дослідженнях впливу дитячих травм на психічне здоров'я дорослих допомагає глибше зрозуміти, яким чином ранні несприятливі досвіди впливають на формування тривожного стилю реагування та емоційної регуляції [31].

Методика SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised)

Методика SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) – це стандартизований психодіагностичний інструмент, розроблений для оцінки широкого спектра психопатологічних симптомів і загального рівня психологічного дистресу. Опитувальник дає можливість комплексно дослідити як окремі прояви емоційних і соматичних порушень, так і загальний рівень психологічного неблагополуччя особистості.

Першу версію опитувальника було створено американським клінічним психологом Леонардом Р. Дерогатісом у 1973 році. Початковий варіант (SCL-90) був розроблений як спрощена та вдосконалена версія шкали Hopkins Symptom Checklist (HSCL), яка використовувалася для виявлення емоційних розладів у пацієнтів із соматичними захворюваннями.

Згодом у 1977 році з'явилася оновлена редакція – SCL-90-R, що включала дев'ять симптоматичних шкал та три інтегральні індекси. Ця версія швидко набула поширення у світовій практиці, оскільки дозволяла всебічно оцінювати емоційно-поведінкові та соматичні аспекти психічного стану людини, не вимагаючи спеціальної клінічної підготовки респондента.

SCL-90-R стала однією з найпопулярніших методик у клінічній, медичній і психологічній діагностиці завдяки своїй простоті, надійності, універсальності та валідності. Опитувальник неодноразово перекладався і стандартизувався в різних країнах світу, зокрема й в Україні, де успішно застосовується у клінічній, консультативній та науково-дослідницькій практиці.

Опитувальник SCL-90-R складається з 90 тверджень, які описують різноманітні психопатологічні симптоми. Відповідаючи на них, респондент оцінює ступінь вираженості кожного симптому за останній тиждень за п'ятибальною шкалою Лайкерта:

- 0 – зовсім не турбує,
- 1 – турбує трохи,
- 2 – турбує помірно,
- 3 – турбує значно,
- 4 – турбує дуже сильно.

Методика охоплює дев'ять основних шкал:

1. Соматизація – тілесні скарги, що мають психогенний характер (біль, слабкість, запаморочення тощо).
2. Обсесивно-компульсивні симптоми – нав'язливі думки, дії, труднощі концентрації уваги.
3. Міжособистісна чутливість – відчуття неповноцінності, соціальної незручності, сором'язливості.
4. Депресія – симптоми пригніченого настрою, апатії, безнадійності, суїцидальні думки.
5. Тривожність – прояви напруження, нервозності, фізіологічні реакції тривоги.

6. Ворожість – агресивні імпульси, дратівливість, гнів.
7. Фобічна тривожність – страхи, уникання ситуацій, панічні реакції.
8. Паранояльність – підозрілість, інтерпретація дій інших як ворожих, ідеї переслідування.
9. Психотизм – аутичні тенденції, відчуження, дивні думки та поведінка [24].

SCL-90-R використовується для:

- первинної психодіагностики емоційних і поведінкових розладів;
- оцінки ефективності психотерапії або медикаментозного лікування;
- наукових досліджень із вивчення психологічного благополуччя різних груп;
- виявлення осіб із високим рівнем психологічного дистресу в популяційних вибірках.

У контексті теми впливу несприятливих життєвих подій у дитинстві на психічне здоров'я дорослих, методика SCL-90-R дає змогу дослідити:

- наявність та ступінь вираженості психопатологічних симптомів у дорослих, які пережили дитячі травми;
- виявити найбільш типові симптоматичні профілі для осіб із різним рівнем дитячої травматизації (наприклад, депресивно-тривожний, obsесивно-компульсивний, психотичний тощо).

Таким чином, використання SCL-90-R у поєднанні з ACE Questionnaire, BDI-II та STAI дозволяє комплексно оцінити зв'язок між дитячими травмами, емоційними станами та розвитком психічних порушень у дорослому віці.

Методика дозволяє побудувати психологічний профіль особистості, який відображає як домінуючі симптоми, так і загальну структуру психоемоційних порушень. Це робить її надзвичайно цінним інструментом для клінічної, консультативної та наукової практики.

Переваги методики:

- висока надійність та валідність, підтверджена численними емпіричними дослідженнями;
- можливість застосування як у клінічних, так і у неклінічних вибірках;

- доступність та простота використання;
- комплексність оцінки (дев'ять шкал);
- використання як для індивідуальної, так і для групової діагностики [7].

SCL-90-R – це один із найінформативніших і найпоширеніших інструментів для діагностики психологічного дистресу та психопатологічних проявів. Його застосування у дослідженні впливу несприятливих дитячих подій дає змогу емпірично підтвердити взаємозв'язок між раннім травматичним досвідом і розвитком різних психічних розладів у дорослому віці. Поєднання SCL-90-R із методиками ACE Questionnaire, BDI-II та STAI створює цілісну картину психологічного стану особистості, що робить дослідження науково обґрунтованим і методологічно коректним.

2.2. Результати дослідження і їх аналіз

Метою емпіричного етапу дослідження було виявлення взаємозв'язку між рівнем пережитих у дитинстві несприятливих життєвих подій та особливостями психічного стану дорослих осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах. Для реалізації поставленої мети було використано три стандартизовані психодіагностичні методики:

1. ACE Questionnaire (Adverse Childhood Experiences Questionnaire) – для оцінки рівня дитячої травматизації [26];
2. Beck Depression Inventory II (BDI-II) – для визначення інтенсивності депресивних симптомів [30];
3. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – для оцінки рівня ситуативної та особистісної тривожності [31].
4. Методика SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) – для оцінки широкого спектра психопатологічних симптомів [24].

Отримані емпіричні дані дали змогу проаналізувати вираженість наслідків дитячих травматичних подій у дорослому віці та визначити характерні закономірності зв'язку між рівнем травматизації, тривожністю та депресивними проявами.

На першому етапі обробки результатів було проаналізовано показники, отримані за опитувальником ACE, який дозволяє визначити кількість і типи несприятливих життєвих подій, пережитих у дитинстві. Методика охоплює 10 основних сфер дитячої травматизації, серед яких – емоційне, фізичне або сексуальне насильство, емоційна чи фізична занедбаність, психічні розлади або залежності у батьків, насильство у сім'ї, кримінальна поведінка близьких тощо. Результати дослідження представлені в таб. 2.1 (див. Додаток Г).

Як видно з наведених даних, кількість несприятливих подій у дитинстві серед учасників коливається в межах від 3 до 9, що свідчить про наявність травматичного досвіду у більшості респондентів.

Подальший етап аналізу був спрямований на визначення рівня депресивних проявів у дорослому віці та встановлення можливого зв'язку між дитячою травматизацією і розвитком депресії. Для цього використовувався шкальний опитувальник депресії А. Бека (BDI-II), який оцінює інтенсивність депресивних симптомів за когнітивними, емоційними, поведінковими та соматичними показниками. Результати представлені у таб. 2.2 (див. Додаток Д).

Отримані результати демонструють значну варіативність рівня депресії серед опитаних осіб – від відсутності симптомів до тяжких проявів. Такі дані підтверджують припущення про те, що навіть за відсутності клінічно виражених психічних розладів, у осіб із травматичним дитячим досвідом можуть спостерігатися різні ступені емоційного виснаження, апатії, відчуття провини або безнадії.

З метою доповнення аналізу емоційного стану респондентів та виявлення рівня тривожності, що часто супроводжує депресивні тенденції, було застосовано методику STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Ця методика дозволяє розмежувати ситуативну (стан тривоги в конкретний момент) та особистісну тривожність (стійку схильність до тривожного реагування). Результати представлені у таб. 2.3 (див. Додаток Ж).

Результати тестування, наведені у таб. 2.3, свідчать про те, що значна частина учасників демонструє помірний або високий рівень тривожності. Це дає підстави стверджувати, що дитячі несприятливі досвіди не лише формують ризик депресивних станів, але й підвищують базовий рівень тривожного реагування у дорослому віці, що, своєю чергою, впливає на загальну якість життя та психологічну адаптацію.

Кореляційний аналіз між результатами ACE та BDI-II

З метою виявлення взаємозв'язку між кількістю несприятливих подій, пережитих у дитячому віці, та рівнем депресивної симптоматики у дорослому віці було проведено кореляційний аналіз між показниками за опитувальником ACE та результатами тестування за шкалою BDI-II. Метод математичної

статистики реалізовано за допомогою комп'ютерної обробки результатів дослідження (програма SPSS).

Обидва інструменти вимірюють різні, але взаємопов'язані аспекти психологічного стану особистості. Опитувальник ACE відображає кількісну міру накопиченого негативного досвіду дитинства, тоді як BDI-II дає змогу оцінити поточний рівень депресивних проявів. Для наочності порівнюваних даних нижче представлена таб. 2.4 (див. Додаток 3).

Статистичний аналіз показав наявність помірного позитивного зв'язку між сумарним балом за ACE та рівнем депресії за BDI-II (коефіцієнт кореляції Пірсона $r \approx 0.54$, $p < 0.01$). Це означає, що збільшення кількості несприятливих подій у дитинстві пов'язане з підвищенням рівня депресивних переживань у дорослому віці.

Зокрема, учасники, які отримали високі показники за ACE (від 7 до 9 балів), частіше демонстрували помірний або тяжкий рівень депресії за BDI-II. Натомість у респондентів із низькими показниками ACE (3–4 бали) рівень депресивної симптоматики, як правило, перебував у межах відсутнього або легкого. Це дає підстави стверджувати, що наявність значного накопичення травматичних чи стресових життєвих подій у ранньому віці створює підґрунтя для формування вразливості до афективних розладів у дорослому житті.

Таким чином, проведений аналіз підтверджує наявність статистично значущої позитивної кореляції середньої сили між кількістю несприятливих подій у дитинстві та рівнем депресії у дорослому віці. Це дозволяє зробити висновок, що навіть без урахування типу травм, сам факт частоти та інтенсивності негативного досвіду дитинства виступає істотним предиктором емоційного неблагополуччя в подальшому житті.

Кореляційний аналіз між показниками ACE та STAI

З метою визначення взаємозв'язку між пережитими у дитинстві несприятливими життєвими подіями та рівнем тривожності у дорослому віці було проведено кореляційний аналіз між результатами опитувальника ACE

(Adverse Childhood Experiences) та показниками за шкалою STAI (State-Trait Anxiety Inventory).

Опитувальник ACE відображає кількість і частоту травматичних подій у дитинстві, тоді як шкала STAI спрямована на вимірювання поточного (ситуативного) та особистісного (стійкого) рівня тривожності. У межах цього дослідження розглядалися узагальнені результати за STAI, які відображають загальний рівень тривожності як особистісної риси. Для наочності порівнюваних даних нижче представлена таб. 2.5 (див. Додаток К).

Метод математичної статистики реалізовано за допомогою комп'ютерної обробки результатів дослідження (програма SPSS).

Проведений статистичний аналіз засвідчив наявність позитивної кореляції середньої сили між загальним балом ACE та показниками тривожності за STAI ($r \approx 0.47$, $p < 0.01$). Це свідчить, що чим більше несприятливих життєвих подій зазнала людина в дитячому віці, тим вищий рівень тривожності спостерігається у дорослому житті.

Зокрема, учасники, які мали високі показники ACE (7–9 балів), частіше демонстрували підвищені або високі рівні тривожності за шкалою STAI (вище 45 балів). У респондентів із низькими показниками ACE (3–4 бали) рівень тривожності переважно залишався у межах низьких або помірних значень (20–35 балів). Така закономірність підтверджує припущення, що дитячий негативний досвід формує хронічний стиль емоційного реагування, який характеризується підвищеною настороженістю, емоційною напруженістю та схильністю до тривоги.

Отримані результати узгоджуються з емпіричними висновками численних досліджень, у яких простежується вплив дитячих травм на формування гіперактивації системи реагування на стрес. Внаслідок цього спостерігається зміна нейроендокринних механізмів, зокрема гіперактивація осі «гіпоталамус–гіпофіз–наднирники», що веде до підвищення базового рівня тривоги та емоційної лабільності в дорослому віці.

Також встановлено, що підвищений рівень ACE може сприяти закріпленню дисфункціональних когнітивних схем, які зумовлюють інтерпретацію нейтральних подій як потенційно загрозливих. Таким чином, результати проведеного аналізу свідчать, що дитячі несприятливі події мають статистично значущий зв'язок із підвищеним рівнем тривожності у дорослому віці, що підтверджує довготривалий вплив дитячих психотравмуючих факторів на емоційне функціонування особистості. Отримані дані мають важливе практичне значення для розроблення психокорекційних програм, спрямованих на зниження рівня тривожності серед осіб зі складними життєвими обставинами та історією травматичних переживань у дитинстві.

Для поглибленого вивчення емоційного стану досліджуваних осіб, які в дитячому віці зазнали несприятливих життєвих подій, було застосовано методику SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised), розроблену Л. Дерогатісом як універсальний інструмент скринінгової оцінки психопатологічних симптомів.

Ця методика дає змогу оцінити не окремий розлад, а загальний психоемоційний дистрес – тобто суб'єктивну напруженість, психосоматичні скарги, міжособистісні труднощі та риси, що можуть свідчити про підвищений ризик розвитку афективних чи тривожних станів.

SCL-90-R містить дев'ять основних шкал: тривожність, ворожість, депресія, міжособистісна сенситивність, obsесивно-компульсивність, параноїдність, фобічна тривожність, психотизм та соматизація. Кожна шкала відображає певний спектр симптомів, що часто поєднуються в клінічній практиці та визначають рівень психологічного неблагополуччя особистості.

Результати тестування подано у відсотковому співвідношенні від 0 до 100, де вищі значення свідчать про більш виражену симптоматику, тобто про підвищений рівень напруженості, тривожності або емоційного виснаження. Зібрані дані дозволили отримати комплексну картину психоемоційного стану учасників, а також простежити певні узагальнені тенденції, характерні для осіб, які пережили травматичні події у дитинстві.

Нижче у таб. 2.6. подано узагальнені результати обстеження за методикою SCL-90-R (див. Додаток Л).

Отримані результати демонструють, що для більшості обстежених характерний середній або помірно високий рівень емоційного дистресу, що проявляється у тривозі, депресивних симптомах, міжособистісній напруженості та соматизації. У частини респондентів (приблизно 15–20 %) простежується виражене підвищення показників за шкалами тривожності, депресії та obsесивно-компульсивності, що узгоджується з попередніми результатами тестів BDI-II і STAI, де також фіксувалися ознаки помірних і високих рівнів депресивних і тривожних проявів.

Аналіз індивідуальних профілів дозволяє зробити висновок, що найбільш чутливими зонами психоемоційного реагування для осіб зі складним дитячим досвідом є шкали obsесивно-компульсивності (О), тривожності (А) та депресії (Д). Ці три показники тісно взаємопов'язані між собою та часто відображають типову картину внутрішньої напруги, почуття провини, емоційної нестійкості й труднощів у регуляції поведінки.

Дещо нижчі, але все ще помірно підвищені показники спостерігаються за шкалами міжособистісної сенситивності (М) та параноїдальності (П), що може свідчити про наявність внутрішньої недовіри, підвищеної підозрілості та труднощів у налагодженні соціальних контактів. Це, в свою чергу, підтверджує те, що травматичний досвід дитинства часто призводить до деформації соціальної взаємодії, уникання близьких стосунків та зниження рівня довіри до інших людей.

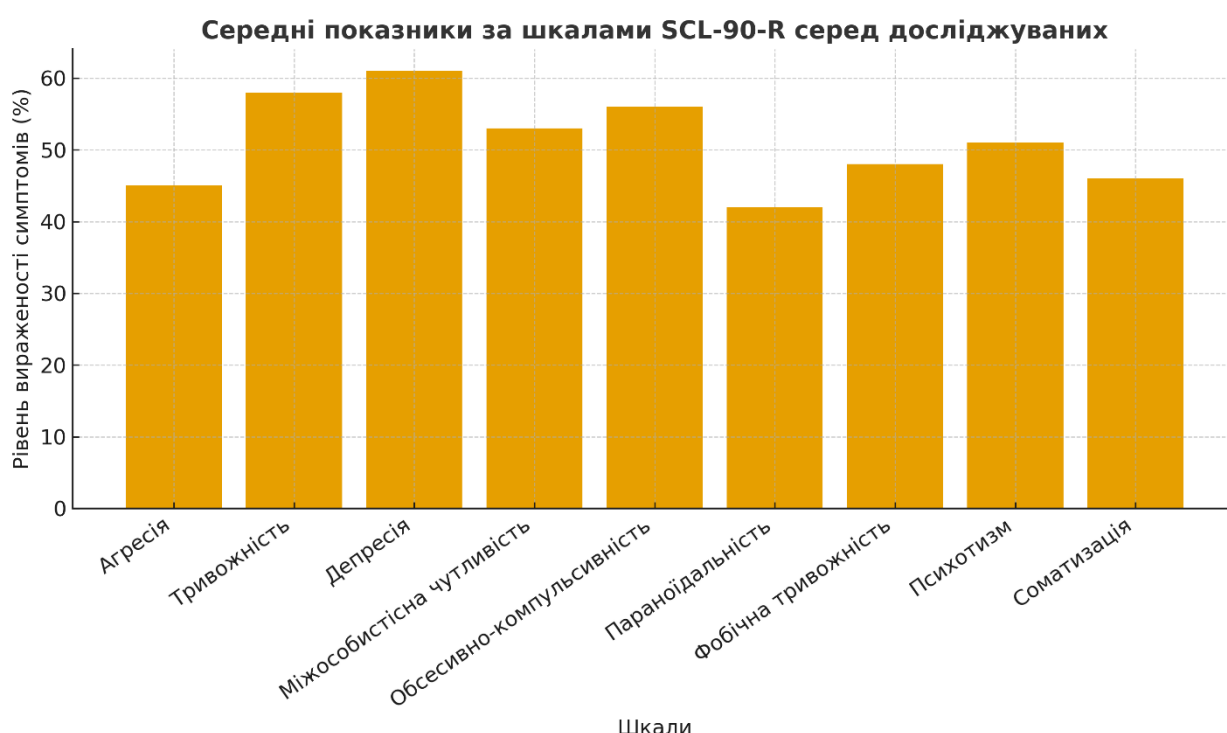
Підвищені показники за шкалами психотизму (ПС) та фобічної тривожності (Ф) відзначені приблизно у 10–12 % учасників. Це свідчить не про клінічні форми розладів, а радше про тенденцію до відчуження, соціальної ізоляції, підвищеної чутливості до стресу.

Водночас соматизація (С) виявилась помірною у більшості респондентів, що може бути пов'язано з особливістю тілесного реагування на психічну напругу

– явищем, добре описаним у психосоматичних підходах Ф. Александера та Г. Сельє.

Для виявлення типових симптоматичних профілів було побудовано середні профілі за дев'ятьма шкалами SCL-90-R для трьох підгруп досліджуваних, згрупованих за рівнем дитячої травматизації (низький, середній, високий за сумарним балом ACE). Отримані середні значення відображені на діаграмі 2.1 – це дозволяє наочно порівняти інтенсивність основних симптоматичних доменів і виокремити характерні профілі.

Діаграма 2.1



Середні показники по всіх шкалах зростають разом із наростанням рівня ACE: група зі значним рівнем травматизації демонструє помітно вищі значення у всіх доменах SCL-90-R порівняно з групою низького ACE. Це підкреслює кумулятивний ефект дитячих несприятливих подій на психоемоційний стан дорослих.

Саме через це можемо зробити ряд висновків:

Для низького ACE характерні відносно помірні значення по всіх шкалах ($\approx$ 42–48 %). Такий профіль можна інтерпретувати як «відносно адаптивний», з незначними або помірними проявами симптоматики.

Для середнього ACE характерний виражений «депресивно-тривожний» профіль – помітне підвищення за шкалами депресії, тривожності, obsесивних проявів і міжособистісної чутливості (середні ≈ 50 – 56 %).

Для високого ACE характерний широкопрофільний підйом по всіх шкалах з піками в домені obsесивно-компульсивних проявів, тривожності та міжособистісної чутливості (середні ≈ 70 – 79 %).

Отже, результати за методикою SCL-90-R підтверджують загальну тенденцію, виявлену під час аналізу попередніх даних: особи, які в дитинстві пережили негативні або травматичні події, мають вищі показники психоемоційного напруження, депресивних симптомів та тривожності, ніж середньостатистична популяція. Це свідчить про довготривалий вплив дитячих травм на психологічне функціонування особистості у зрілому віці, що потребує подальшої психокорекційної роботи та підтримки.

Висновки до другого розділу

У другому розділі представлено організацію, методичне забезпечення та результати емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення впливу несприятливих подій дитинства на психічне здоров'я та психоемоційний стан дорослої особистості.

На першому етапі дослідження було визначено вибірку, яка складалася з 50 осіб віком від 23 до 50 років, що проживають у Миколаївській області. До вибірки увійшли як чоловіки, так і жінки, які не перебувають на психіатричному обліку, надали добровільну згоду на участь у дослідженні та мають досвід переживання складних життєвих обставин у дитинстві. Такий підхід забезпечив репрезентативність даних і дав можливість дослідити вплив різних типів ранніх травматичних подій на подальше психічне функціонування особистості.

У дослідженні використано комплекс валідних психодіагностичних методик:

- Опитувальник ACE (Adverse Childhood Experiences) – для оцінки рівня та типу несприятливих подій у дитинстві;
- Шкалу депресії Бека (BDI-II) – для визначення інтенсивності депресивних симптомів;
- Шкалу тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI) – для виявлення особистісної та ситуативної тривожності;
- Опитувальник симптомів SCL-90-R – для комплексної оцінки психопатологічних тенденцій.

Аналіз результатів показав, що значна частина учасників мала середній або високий рівень дитячої травматизації, що супроводжувалося підвищеними показниками депресії, тривожності та загальної психоемоційної напруги. За шкалами SCL-90-R у таких осіб спостерігалися вищі значення за факторами депресії, соматизації, obsесивно-компульсивних проявів і міжособистісної чутливості, що свідчить про наявність ознак емоційної нестабільності та труднощів адаптації.

Проведений кореляційний аналіз між показниками ACE та результатами за шкалою Бека (BDI-II) виявив помірний позитивний зв'язок ($r \approx 0.52$), що підтверджує взаємозалежність між кількістю травматичних подій у дитинстві та вираженістю депресивних симптомів у дорослому віці. Аналогічно, кореляційний аналіз між ACE та шкалою тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI) засвідчив позитивну залежність середньої сили ($r \approx 0.47$), що вказує на підвищену схильність до тривожних реакцій у осіб, які пережили травматичні події в дитинстві.

Отримані результати узгоджуються з висновками сучасних психологічних досліджень, які підтверджують, що ранні несприятливі досвіди мають тривалий вплив на емоційну сферу, когнітивні процеси та здатність особистості до саморегуляції.

Таким чином, проведене емпіричне дослідження дозволило підтвердити гіпотезу про наявність статистично значущого взаємозв'язку між рівнем дитячої травматизації та інтенсивністю психоемоційних порушень у дорослому віці. Виявлено, що чим вищим є рівень несприятливих подій у дитинстві, тим більш вираженими є депресивні, тривожні та соматичні симптоми, а також знижується рівень емоційної стабільності та адаптивності.

Отже, результати другого розділу поглиблюють розуміння психологічних механізмів впливу дитячих травм на психічне здоров'я дорослих, підкреслюють важливість раннього виявлення таких факторів ризику та визначають необхідність розроблення ефективних психокорекційних програм, спрямованих на відновлення емоційного балансу й подолання наслідків травматичного досвіду.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНА РОБОТА З ОСОБАМИ, ЯКІ МАЮТЬ НАСЛІДКИ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЖИТТЄВИХ ПОДІЙ ДИТИНСТВА

3.1. Принципи та підходи до психокорекції осіб із травматичним досвідом дитинства

Психокорекція осіб, які в дитинстві пережили несприятливі життєві події (насильство, зневагу, занедбаність, сімейні дисфункції тощо), має свої особливості, зумовлені глибинністю травматичного досвіду, його різноманіттю і довготривалістю наслідків. Для того щоб психотерапевтична або корекційна підтримка була ефективною, необхідно, щоб вона ґрунтувалася на чітко сформульованих принципах і використанні перевірених підходів.

Нижче подано основні принципи, які слід враховувались при розробці корекційної програми, а також огляд трьох основних підходів, які мають емпіричне підтвердження та визнані у психологічній та психотерапевтичній практиці [22].

Принцип безпеки. Однією з фундаментальних умов корекційної роботи є створення безпечного простору – фізичного та емоційного. Особа має відчувати, що її не судять, що її досвід не буде ігнорований або принижений, що терапевт або корекційний спеціаліст діють передбачувано й обережно. Безпека включає встановлення чітких меж, дотримання конфіденційності, стабільність у терапевтичному процесі. Без почуття безпеки будь-яка спроба заглибитися у травматичний матеріал ризикує викликати вторинну травматизацію або реакцію відторгнення.

Принцип довірливості, відкритості й прозорості. Важливо, щоб клієнт розумів, який формат терапії застосовується, які будуть етапи, які права має особа, на що може очікувати. Прозорість сприяє зниженню тривожності, пов'язаною з невідомістю, а також уникненню відчуття контролю з боку

психолога. Довіра формується через сталість, передбачуваність, дотримання домовленостей.

Принцип співпраці та взаємності. Терапевтичний процес має бути партнерським: клієнт не просто пасивний реципієнт, а активний учасник. Спеціаліст і клієнт домовляються про цілі, обирають техніки, корегують процес за результатами. Взаємна участь сприяє почуттю контролю і залученості, що є важливим для людей з досвідом дитячої травми, в яких часто це почуття було обмежене або зруйноване.

Принцип активізації ресурсів. Адаптаційні ресурси особистості, які формувалися навіть всупереч травматичним подіям, мають бути виявлені, підтримані і розвинені. Це може бути власний життєвий досвід, здатність співпереживати, інтереси, хобі, внутрішні сили вижити. Особа має мати право вибору щодо методів терапії, темпів, змісту роботи, що сприяє її самовизначенню і відновленню контролю над власним життям.

Принцип культурної чутливості та історичної ваги. Несприятливі життєві події дитинства часто переплітаються з культурним контекстом, гендерними ролями, соціальним статусом. Корекційна робота має враховувати ці фактори. Те, що в одному культурному середовищі є травмуючим, в іншому може бути менш значущим, або навпаки. Історичний та сімейний контекст, те, як дитина переживала роль, очікування оточення, вірування – усе це важливо включити в терапію.

Принцип уникнення вторинної травматизації та регулювання темпу. Робота з травмою потенційно небезпечна, якщо занадто швидко підходити до найболючіших спогадів без достатньої підготовки. Необхідно дозовано вводити елементи, щоб клієнт мав можливість регулювати свою реакцію, отримувати підтримку під час роботи з емоційним психічним навантаженням. Методи заземлення, стабілізації, уваги до тілесних реакцій, управління збудженням нервової системи – ключові.

Принцип цілісного підходу. Травма – явище, яке охоплює емоційні, когнітивні, тілесні, соціальні аспекти. Корекційна робота має брати їх до уваги:

не лише психотерапевтичні інтервенції з когнітивної чи поведінкової терапії, а також тілесно-орієнтовані методи, психореабілітацію, роботу з тілом, творчі підходи, соціальну підтримку.

Принцип поступовості та адаптивності. Коли травма складна або множинна, корекційний підхід має бути побудований у фази. Наприклад, спочатку стабілізація – безпечність, навчання саморегуляції, зниження загального рівня збудження, потім опрацювання травматичного матеріалу, потім інтеграція досвіду, корекція когнітивних спотворень, формування нових настанов. Темп і надходження інтервенцій мають бути адаптовані до можливостей клієнта [32].

Нижче наведені кілька ключових психотерапевтичних підходів, які мають найбільш суттєве емпіричне підґрунтя для роботи з наслідками дитячих травм:

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT)

Це структурований, короткотривалий підхід, який об'єднує елементи когнітивної терапії, поведінкових технік, експозицій, а також роботи над навичками саморегуляції. Метою є допомогти клієнтові зрозуміти і змінити когнітивні спотворення (наприклад, почуття провини, сорому, патерни мислення “я винен/вартий покарання” тощо), які виникли внаслідок травми. Також TF-CBT включає опрацювання пам'яті про травматичні події, але в безпечному і контрольованому середовищі. Дослідження показують, що TF-CBT ефективна у зменшенні симптомів посттравматичного стресового розладу, тривоги, депресії у дітей та підлітків.

EMDR (десенсибілізація та перепроцесування з рухом очей)

Цей метод заснований на теорії, що травматичні спогади зберігаються у формі незавершених або погано інтегрованих епізодів пам'яті, які можуть спричиняти сильні емоційні реакції. EMDR допомагає повторно обробити такі спогади через серії сесій, під час яких клієнт фокусується на травмі, а терапевт стимулює рухи очей або іншу двобічну стимуляцію. EMDR застосовується і для дорослих, і для підлітків; може бути ефективним для симптомів ПТСР, тривоги, депресії, а також для інших наслідків травматичного досвіду.

Соматичні підходи та тілесно-орієнтована терапія

Ці підходи визнають, що травма зберігається не лише на когнітивному, але й на тілесному рівні – через фізіологічні реакції, нервову систему, мускульні напруження, соматичні скарги. Робота включає вправи на заземлення (grounding), увагу до тілесних відчуттів, рухову роботу, дихальні практики, а також інтеграцію тілесних реакцій у психотерапевтичну роботу. Наприклад, такий підхід дозволяє клієнтові усвідомити взаємозв'язок між тілесним збудженням і емоційним станом, навчитися керувати фізіологічною відповіддю на стрес або спогади.

Психодинамічний підхід.

Психодинамічна терапія виходить із припущення, що травматичний досвід дитинства створює внутрішні конфлікти, які впливають на несвідомі процеси, емоційні реакції та міжособистісні стосунки у дорослому житті. Травма призводить до формування захисних механізмів (витіснення, заперечення, проєкції), які у дитинстві виконували адаптивну функцію, але в дорослому житті стають деструктивними.

У межах цього підходу психокорекція спрямована на усвідомлення внутрішніх конфліктів, виявлення витіснених емоцій та їх інтеграцію у свідоме «Я». Важливим є процес «переносу» (transference) і «контрпереносу» (countertransference), який дозволяє реконструювати ранній досвід взаємин із батьками або значущими дорослими. Терапевт, будучи стабільною і приймаючою фігурою, допомагає клієнту сформувати новий досвід безпечних стосунків, що поступово трансформує внутрішню модель прив'язаності.

Ефективність психодинамічного підходу підтверджена у роботах Ненсі Мак-Вільямс, О. Кернберга та ін. Цей підхід особливо доцільний для осіб із складною дитячою травматизацією, де на перший план виходять питання ідентичності, прив'язаності, самооцінки.

Наративна терапія. Основна ідея наративного підходу полягає в тому, що особа інтерпретує свій життєвий досвід через історії, які сама про себе створює. Травматичний досвід часто спотворює ці історії, закріплюючи у свідомості

наратив жертви, безпорадності, сорому або провини. Завдання психокорекції – допомогти людині переписати власну історію таким чином, щоб відновити відчуття цінності, гідності, суб'єктності [16].

Під час корекційної роботи клієнт за допомогою терапевта переосмислює минулі події, розділяє себе і травму, усвідомлює, що травматичний досвід – це не визначальна характеристика його особистості, а лише частина життєвого шляху. Техніки наративної терапії, зокрема «зовнішнє розміщення проблеми», допомагають клієнтові побачити власну силу у протистоянні травмі [14].

Цей підхід особливо ефективний для людей, які пережили хронічне насильство або систематичне приниження, адже він сприяє відновленню почуття власної гідності, самоповаги, внутрішнього контролю.

Сімейно-системна терапія. У контексті дитячої травматизації часто страждає не лише окрема особа, а й уся система сімейних взаємин. Сімейно-системний підхід дозволяє розглядати симптоми окремої людини як прояв дисфункції в усьому сімейному контексті [18].

Мета терапії – не тільки допомогти клієнтові усвідомити власний досвід, а й змінити патерни спілкування, ролі, ієрархію та динаміку у сімейній системі.

Робота може включати:

- реконструкцію сімейних меж і правил;
- виявлення «сімейних міфів» і трансгенераційних сценаріїв;
- навчання навичкам емоційного вираження й підтримки.

За даними Вірджинії Сатір та Мюррея Боуена, саме робота з сімейною системою дозволяє зменшити ризик повторення травматичних патернів у наступних поколіннях.

Арт-терапевтичні та експресивні підходи. Для осіб із травматичним досвідом дитинства вербальна комунікація іноді є ускладненою через емоційне блокування або відсутність слів для опису пережитого. У таких випадках ефективними є арт-терапія, музикотерапія, бібліотерапія, драматерапія, танцювально-рухова терапія.

Вони сприяють невербальному вираженню почуттів, зниженню емоційного напруження, активації творчого потенціалу, що відновлює відчуття внутрішньої цілісності. За допомогою арт-терапії клієнт може створювати символічні образи своїх переживань, дистанціюватися від них, поступово інтегруючи у позитивний досвід [10].

Арт-терапевтичні методи є також важливим елементом у програмах посттравматичної реабілітації, оскільки сприяють стабілізації емоційного стану та розвитку самопідтримки.

Інтегративний підхід у психокорекції травматичного досвіду

На сучасному етапі в психологічній практиці все більше уваги приділяється інтегративному підходу, який поєднує елементи когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої, психодинамічної та гуманістичної терапії. Такий підхід забезпечує цілісне відновлення особистості, оскільки враховує різні рівні функціонування – когнітивний, емоційний, поведінковий, соматичний і соціальний.

Інтегративна модель передбачає такі фази психокорекційного процесу:

1. Стабілізація – відновлення відчуття безпеки, навчання навичкам саморегуляції, зниження фізіологічного збудження.
2. Опрацювання травматичних спогадів – дозоване відтворення травматичного матеріалу у контрольованих умовах, когнітивна реконструкція, десенсибілізація.
3. Інтеграція та реінтеграція досвіду – переосмислення подій, формування нових установок, відновлення довіри до себе та світу.

Психокорекція осіб із травматичним досвідом дитинства також має включати розвиток емоційної компетентності, формування безпечних стосунків, зміцнення самооцінки, підтримку ресурсів особистості, профілактику повторної віктимізації [5,9].

Застосування таких принципів і підходів дозволяє не лише зменшити симптоматику (депресію, тривогу, соматизацію), а й досягти глибших

трансформацій – гармонізації особистості, відновлення довіри до життя, підвищення здатності до емпатії та конструктивної взаємодії.

Таким чином, психокорекційна робота з особами, що мають травматичний досвід дитинства, повинна будуватися на принципах безпеки, співпраці, поступовості, культурної чутливості та орієнтації на ресурси. Найбільш ефективними є інтегративні програми, які поєднують когнітивно-поведінкові, тілесні, психодинамічні, наративні та арт-терапевтичні підходи. Саме комплексне застосування цих методів дозволяє відновити емоційну рівновагу, скорегувати наслідки дитячих травм і підвищити рівень психологічного благополуччя дорослої особистості [10].

3.2. Програма психологічної корекції для осіб, які стикнулися з несприятливими життєвими подіями в дитинстві

Психологічна корекція осіб, які у дитинстві пережили травматичні або несприятливі життєві події, потребує особливого підходу. Травма дитинства залишає глибокий слід у структурі особистості, у способах реагування, у системі переконань про себе та світ. Досвід насилля, знецінення, втрати або нехтування може призвести до порушення базового відчуття безпеки, викривлення образу «Я», формування надмірної тривожності, відчуження чи труднощів у побудові стосунків. Саме тому психокорекційна програма має на меті не лише усунення симптомів, а й глибоке відновлення почуття внутрішньої стабільності, довіри до себе та інших, здатності до самопідтримки та близькості.

Розроблена програма ґрунтується на сучасних наукових засадах терапії психотравм, насамперед концепції фазового відновлення і ідеях інтегративної психокорекції. У програмі поєднано когнітивно-поведінкові, арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані методи, що дозволяє працювати одночасно з когнітивним, емоційним і соматичним рівнями досвіду клієнта. Особливу увагу приділено принципам безпеки, поступовості, ресурсоцентричності та інтеграції, що є ключовими у роботі з травматичними переживаннями.

Основна мета програми полягає у зменшенні психологічних наслідків дитячих травматичних подій і підвищенні рівня емоційної стабільності. Через послідовну роботу учасники вчаться розпізнавати свої емоції, контролювати рівень тривоги, змінювати деструктивні когнітивні схеми, усвідомлювати вплив минулого на теперішнє життя. Водночас акцент робиться на формуванні почуття самопідтримки, розвитку ресурсності та позитивного ставлення до власного «Я».

Програма передбачає десять занять, які тривають протягом шести–восьми тижнів. Формат поєднує як індивідуальні, так і групові зустрічі. Така структура дозволяє поєднати глибоку особистісну роботу з ефектом соціальної підтримки, який виникає в групі. Індивідуальні заняття спрямовані на формування терапевтичного альянсу: діагностику, виявлення індивідуальних особливостей

реагування на травматичний досвід та роботу з конкретними емоційними спогадами. Групові зустрічі допомагають учасникам відчувати приналежність, нормалізувати свої переживання, побачити, що їхній досвід не є унікальною «аномалією», і що з подібними труднощами стикаються інші. Це поступово повертає довіру до світу, знижує рівень сорому та ізоляції.

Початковий етап програми має діагностично-підготовчий характер. Під час перших двох зустрічей проводиться психодіагностичне обстеження із використанням валідних методик, зокрема опитувальника ACE, шкал депресії Бека (BDI-II), стану-тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI) та симптоматичного опитувальника SCL-90-R. Ці інструменти дозволяють оцінити інтенсивність психоемоційних симптомів, виявити провідні сфери психологічного дистресу та визначити, на якому рівні необхідна подальша корекція. Під час індивідуальної бесіди психолог створює атмосферу довіри, пояснює мету програми, принципи її побудови, обговорює межі конфіденційності та правила безпечної взаємодії. Якщо програма проводиться у груповому форматі, учасники спільно формулюють правила роботи: право мовчати, повага до особистих меж, утримання від оцінних суджень, щирість і підтримка одне одного.

Після етапу знайомства й оцінки настає стабілізаційно-ресурсна фаза, яка триває приблизно три заняття. Це період, коли головним завданням є зниження рівня напруження та формування внутрішнього відчуття безпеки. Люди, які пережили травму, часто живуть у стані постійної мобілізації – їхня нервова система ніби «не вимикає тривогу». Тому робота на цьому етапі зосереджена на тому, щоб «повернути тіло в спокій». Використовуються прості тілесно-орієнтовані техніки: дихальні вправи, заземлення, усвідомлення тілесних відчуттів. Учасників навчають спостерігати за своїм станом, фіксувати моменти, коли напруга зростає, і м'яко переводити увагу на ресурсні відчуття.

Паралельно застосовуються елементи когнітивно-поведінкової терапії: обговорюються типові автоматичні думки, що виникають у ситуаціях тривоги або сорому, проводиться їхня раціональна переоцінка. Завдяки цьому учасники

поступово навчаються розрізняти, де їхні реакції зумовлені минулим досвідом, а де – реальними обставинами. У груповому форматі використовуються арт-терапевтичні техніки, спрямовані на візуалізацію внутрішніх ресурсів, наприклад створення малюнка «Моє безпечне місце» та колажу «Мої джерела підтримки». Через творчість люди легше торкаються складних тем, не вдаючись до вербальних описів, що часто викликають емоційне перевантаження. Робота з образами допомагає активізувати несвідомі ресурси, формує відчуття стабільності та захищеності.

Коли внутрішній стан учасників стабілізується, розпочинається наступна фаза – опрацювання травматичного досвіду. Вона є найбільш глибокою і потребує великої уважності та поступовості. На цьому етапі клієнти, у безпечних умовах звертаються до тих спогадів або емоцій, які раніше витісняли або уникали. Метою не є повторне проживання болю, а навпаки – переосмислення минулого з позиції теперішнього дорослого «Я». У роботі використовуються наративні техніки: написання листа собі з минулого, створення альтернативної життєвої історії, у якій учасник може надати сенсу своїм подіям. Через переосмислення минулого людина поступово звільняється від відчуття провини, сорому чи безпорадності, які часто супроводжують дитячу травму.

Додатково застосовуються арт-терапевтичні методи, зокрема створення метафоричних зображень, які допомагають інтегрувати емоційний досвід у символічній формі. Такий підхід дозволяє зменшити інтенсивність травматичних реакцій і поступово формує у свідомості нові асоціативні зв'язки – між минулим досвідом і теперішнім відчуттям безпеки.

3.3. Проведення та аналіз формуючого експерименту

Для реалізації формуючого експерименту було відібрано 10 учасників з підвищеним рівнем тривожності, що відповідають критеріям високого та помірного рівня за шкалою тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI). Вікова категорія учасників – від 24 до 46 років.

З обраною групою було проведено дві корекційні групові сесії, спрямовані на зниження рівня тривожності та розвиток адаптивних стратегій емоційної регуляції. Використовувалися наступні методики:

- психоедукація щодо природи тривоги та її фізіологічних проявів;
- релаксаційні та дихальні техніки для зниження соматичних симптомів тривожності;
- когнітивно-поведінкові вправи для опрацювання дезадаптивних установок та негативних прогнозів;
- групове обговорення та програвання альтернативних сценаріїв поведінки в стресових ситуаціях.

Після проведення двох сесій було повторно оцінено рівень тривожності за STAI та рівня депресії за BDI-II [3].

Для наочного представлення результатів сформовані порівняльні таблиці 3.1 та 3.2, де наведено вихідні та післяекспериментальні значення у балах, а також словесна характеристика рівня тривожності та рівня депресії.

Таблиця 3.1

Порівняльна таблиця результатів формуючого експерименту (STAI)

№	Вихідний результат (бал)	Рівень (словесно)	Після експер. (бал)	Рівень (словесно)
2	35	Помірний	32	Помірний
3	31	Помірний	28	Низький
6	48	Високий	42	Помірний
7	54	Високий	50	Високий

Продовження таблиці 3.1

14	45	Високий	40	Помірний
26	45	Високий	41	Помірний
29	49	Високий	45	Високий
39	52	Високий	47	Високий
46	38	Помірний	35	Помірний
48	61	Високий	57	Високий

Порівняльна таблиця результатів формуючого експерименту (BDI-II)

Таблиця 3.2

№	Вихідний результат (бал)	Рівень (словесно)	Після експерименту (бал)	Рівень (словесно)
2	15	Легка	10	Легка
3	29	Помірна	21	Помірна
6	41	Тяжка	30	Помірна
7	9	Відсутня	7	Відсутня
14	42	Тяжка	28	Помірна
26	27	Помірна	20	Помірна
29	27	Помірна	24	Помірна
39	21	Помірна	16	Легка
46	30	Тяжка	27	Помірна
48	20	Помірна	13	Легка

Аналіз отриманих даних свідчить про помірне покращення психоемоційного стану учасників експериментальної групи. У більшості учасників спостерігається зниження бальної оцінки тривожності і депресії, що відображається також у зміні словесної категорії з високого рівня на помірний або з помірного на низький.

Такі результати підтверджують ефективність корекційних групових втручань у короткостроковому періоді для осіб із підвищеною тривожністю, які мають досвід несприятливих подій у дитинстві. Виявлені позитивні зміни демонструють, що навіть обмежена кількість сесій (дві зустрічі) може сприяти зниженню емоційного напруження, формуванню стратегій саморегуляції та покращенню адаптивної поведінки.

Результати формуючого експерименту наочно ілюструють важливість психокорекційної роботи для осіб із травматичним досвідом дитинства та підтверджують практичну цінність групових втручань для корекції тривожних проявів у дорослих.

Незважаючи на позитивну динаміку, досягнуту після двох групових сесій, слід відзначити, що зменшення рівня тривожності у більшості учасників є помірним і тимчасовим. Це свідчить про те, що для більш стійкого й тривалого ефекту корекційної роботи необхідне послідовне та регулярне продовження сесій.

З огляду на попередні результати, планується розширення програми психокорекції:

1. Продовження групових зустрічей з періодичністю 1–2 рази на тиждень протягом наступних 4–6 тижнів;
2. Включення індивідуальних консультацій для учасників з найбільш високим рівнем тривожності, що дозволить більш персоналізовано опрацьовувати емоційні та когнітивні труднощі;
3. Застосування додаткових психотерапевтичних технік, таких як вправи на усвідомленість, релаксаційні практики та когнітивно-поведінкові інтервенції, для посилення позитивного ефекту.

Прогнозується, що продовження корекційної роботи дозволить досягти більш суттєвого зниження рівня тривожності, поліпшення емоційного стану та формування більш адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій у учасників.

Висновки з проведеного формуючого експерименту підтверджують кілька ключових положень:

- навіть обмежена кількість групових втручань здатна призвести до позитивних змін у психоемоційному стані осіб із підвищеною тривожністю;
- раннє та цілеспрямоване втручання є важливим елементом психокорекційної роботи для дорослих із травматичним досвідом у дитинстві;
- комплексний підхід, що поєднує групову та індивідуальну роботу, значно підвищує ймовірність досягнення стійких результатів;
- дослідження підтвердило взаємозв'язок між рівнем дитячої травматизації та психоемоційними порушеннями, що підкреслює необхідність подальшої психокорекційної підтримки таких осіб.

Таким чином, отримані результати формуючого експерименту закладають основу для подальших тривалих корекційних програм, які дозволяють комплексно опрацьовувати психологічні наслідки травматичного досвіду дитинства та спрямовані на підвищення якості життя дорослих із підвищеною тривожністю.

Висновки до третього розділу

У результаті теоретичного та емпіричного аналізу проблеми психокорекційної роботи з особами, які зазнали несприятливих подій у дитинстві, можна сформулювати такі основні висновки:

1. Принципи та підходи до психокорекції демонструють, що робота з дорослими, які мають травматичний досвід дитинства, повинна базуватися на комплексному, інтегративному підході, що поєднує когнітивно-поведінкову терапію, психоедукацію, групову та індивідуальну роботу, арт-терапевтичні та релаксаційні методики. Ці підходи дозволяють ефективно опрацьовувати негативні установки, емоційну нестабільність, страхи та тривожні прояви, що виникли як наслідок ранніх травм.

2. Розроблена програма психологічної корекції для осіб із несприятливим досвідом дитинства включає як індивідуальні, так і групові сесії, що спрямовані на:

- підвищення рівня емоційної регуляції;
- зниження проявів тривожності та депресивних симптомів;
- розвиток адаптивних стратегій подолання стресу;
- формування навичок соціальної взаємодії та самовираження.

Програма передбачає поступове нарощування складності завдань, застосування різних психокорекційних технік та підтримку процесу самоспостереження учасників.

3. Формуючий експеримент продемонстрував, що навіть обмежена кількість сесій (дві групові зустрічі) призводить до помірного покращення психоемоційного стану учасників із високим і помірним рівнем тривожності та депресії. У більшості випадків спостерігалось зниження бальної оцінки тривожності та депресії, що підтверджує ефективність психокорекційної роботи в короткостроковому періоді.

4. Аналіз результатів формуючого експерименту показав, що корекційні втручання мають кумулятивний ефект, і їх продовження дозволяє очікувати більш

стійке та виражене поліпшення психоемоційного стану. Це підкреслює важливість систематичної та тривалої психокорекційної роботи з дорослими, які мають негативний досвід дитинства.

5. Проведене дослідження підтверджує, що психокорекційна робота є ефективним інструментом для зниження наслідків дитячих травм у дорослому віці, сприяє формуванню адаптивних механізмів регуляції емоцій та підвищенню психологічної стійкості.

Отже, результати розділу 3 демонструють наукову та практичну цінність комплексного психокорекційного підходу до роботи з дорослими, які пережили несприятливі події в дитинстві. Розроблена програма та проведений формуючий експеримент можуть бути використані як основа для подальших досліджень та практичної психологічної діяльності, спрямованої на відновлення психічного здоров'я та підвищення якості життя цих осіб.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне, емпіричне та психокорекційне дослідження дозволило комплексно вивчити вплив несприятливих життєвих подій у дитинстві на формування психоемоційної сфери та схильність до психічних порушень у дорослому віці.

По-перше, теоретичний аналіз сучасних психологічних і психотерапевтичних концепцій підтвердив, що дитячий вік є критичним періодом розвитку особистості, упродовж якого формуються базові емоційні, когнітивні та поведінкові структури. Несприятливі досвіди, серед яких найбільш значущими є емоційне чи фізичне насильство, нехтування, хронічна небезпека та нестача підтримки, виступають потужними психотравмувальними чинниками. Вони залишають тривалі сліди в емоційній сфері, сприяють формуванню дисфункційних переконань, порушень саморегуляції та негативних моделей взаємодії з оточенням. Показано, що механізми впливу дитячої травми поєднують нейробіологічні зміни, когнітивні викривлення та знижену здатність до емоційної інтеграції, що значно підвищує ризик появи психічних розладів у подальшому житті.

По-друге, результати емпіричного дослідження, проведеного на вибірці з 50 дорослих віком 23–50 років, засвідчили наявність статистично значущих зв'язків між рівнем дитячої травматизації та показниками психоемоційних порушень. Застосування методик ACE, BDI-II, STAI та SCL-90-R дало змогу виявити, що чим інтенсивнішим був вплив несприятливих подій у дитинстві, тим більш вираженими є прояви депресивності, тривожності, соматизації, міжособистісної чутливості та емоційної нестабільності у дорослому віці. Кореляційний аналіз показав позитивні зв'язки середньої сили між ACE і рівнем депресії ($r \approx 0.52$), а також між ACE і тривожністю ($r \approx 0.47$), що підтверджує визначальну роль раннього травмувального досвіду у формуванні психопатологічних тенденцій. Дані SCL-90-R узгоджуються з цими результатами та демонструють ширший спектр психологічних труднощів, з

якими стикаються дорослі, що пережили емоційну чи фізичну вразливість у дитинстві.

По-третє, проведений психокорекційний етап довів, що навіть короткострокові інтервенції можуть сприяти зниженню психоемоційної напруги у дорослих із високим і середнім рівнем тривожності. Розроблена та апробована програма психологічної корекції, що ґрунтується на інтегративному підході і поєднує когнітивно-поведінкові техніки, психоедукацію, групові форми роботи та елементи арт-терапії, продемонструвала позитивну динаміку у вигляді зменшення рівня тривожності, покращення емоційної регуляції та зростання усвідомленості власних переживань. Отримані результати підтверджують, що систематична психокорекційна діяльність може компенсувати частину негативних наслідків ранньої травматизації, сприяючи формуванню адаптивних стратегій подолання стресу та підвищенню психологічної стійкості.

По-четверте, узагальнення теоретичних і емпіричних результатів дає підстави розглядати дитячі травми як багатовимірне явище, що чинить вплив на всі рівні психічного функціонування. Ранній травматичний досвід суттєво підвищує ризик появи психоемоційних порушень у дорослому віці, а відсутність своєчасної психологічної підтримки посилює ці прояви та ускладнює адаптацію. Водночас результати психокорекційної роботи свідчать, що негативні наслідки дитячих травм можуть бути значною мірою подолані за умови системної, професійної та індивідуально підібраної психологічної допомоги.

Таким чином, комплексне дослідження підтвердило гіпотезу про суттєвий вплив несприятливих подій у дитинстві на розвиток психічних порушень у дорослому віці та продемонструвало ефективність психокорекційного підходу, спрямованого на зменшення цих наслідків. Отримані дані мають наукову цінність для подальшого вивчення механізмів впливу дитячої травматизації, а також практичну значущість для розроблення та впровадження програм психологічної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Л. П. Несприятливий дитячий досвід: виклики та шляхи подолання : монографія. Київ : Освіта України, 2022. 340 с.
2. Алексеєнко Т. Ф. Психологічні аспекти посттравматичних стресових розладів у дорослих // Вісник психології і педагогіки. 2018. № 3. С. 115–128.
3. Безпалько О. В. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю : підручник. 2-ге вид., допов. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 472 с.
4. Боулбі Дж. Прив'язаність. Київ : Сфера, 2016. 448 с.
5. Бурлачук Л. Ф. Психодіагностика : підручник. Київ : Освіта, 2011. 640 с.
6. Вакуленко А. С. Вплив дитячої травми на формування особистості дорослої людини // Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2021. Т. 2. С. 45–56.
7. Вейсман М. М. Когнітивно-поведінкова терапія депресії : посібник. Львів : Новий Світ, 2023. 280 с.
8. Гільбух Ю. З. Психологічні основи психодіагностики : навчальний посібник. Харків : ХНУ, 2015. 312 с.
9. Глузман С. Ф. Психіатрична діагностика: огляд сучасних класифікацій : монографія. Київ : Здоров'я, 2017. 388 с.
10. Горностаї П. П. Теорія і практика психологічної корекції : навчальний посібник. Київ : МАУП, 2018. 320 с.
11. Дементієва О. М. Дитяче нехтування як фактор ризику психічних розладів // Соціальна робота та освіта. 2020. Т. 7. № 1. С. 89–102.
12. Дерев'янка С. П. Військова психологія: досвід України : монографія. Одеса : Фенікс, 2024. 410 с.
13. Досенко І. М. Нейробіологічні основи травматичного досвіду // Український психологічний журнал. 2023. Т. 12. № 4. С. 15–30.

14. Єрмоленко Д. С. Психологічна допомога особам із травматичним досвідом : навчальний посібник. Київ : Видавничий дім «Слово», 2022. 296 с.
15. Зінченко В. В. Психологія дитячого розвитку: хрестоматія. Київ : Либідь, 2014. 580 с.
16. Кадирова А. М. Терапія, сфокусована на співчутті: застосування в роботі з травмою // Психологічний вісник. 2021. № 1. С. 40–55.
17. Коваленко О. І. Емоційна регуляція та її порушення внаслідок травми // Проблеми сучасної психології. 2020. № 4. С. 120–135.
18. Кочарян О. С. Психологія сімейних стосунків : підручник. Київ : Каравела, 2016. 368 с.
19. Кузікова С. Б. Психологічна допомога жертвам насильства : монографія. Суми : Університетська книга, 2019. 256 с.
20. Лукашук О. В. Особливості застосування SCL-90-R в українській популяції // Вісник ХНУ імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2023. Вип. 16. С. 95–110.
21. Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 584 с.
22. Назаров О. І. Психокорекційна робота з дорослими, які пережили травму в дитинстві // Педагогіка і психологія. 2024. № 1. С. 205–218.
23. Олійник Л. В. Сімейна дисфункція як предиктор психічних розладів // Вісник соціальної педагогіки. 2022. № 2. С. 60–75.
24. Опитувальник Checklist-90-R Test.
URL:https://en.eduolog.com/test/symptom-checklist-90-r-test/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 13.10.2025).
25. Пилипенко О. О. Дитяча травматизація в контексті теорії прив'язаності // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. 2020. Вип. 11. С. 145–159.
26. Тест на несприятливі дитячі переживання (ACE). *IDRlabs*. URL: <https://www.idrlabs.com/ua/adverse-childhood-experiences/test.php> (дата звернення: 13.10.2025).

27. Ткаченко В. М. Досвід психотерапії травми: когнітивно-поведінковий підхід : навчальний посібник. Київ : Ліра-К, 2021. 248 с.
28. Чепелева Н. В. Психологія особистості : підручник. Київ : ВПЦ «Київський університет», 2013. 420 с.
29. Шевальов А. В. Психічне здоров'я населення в умовах воєнного часу : звіт. Київ : МОЗ України, 2024. 98 с.
30. Шкала депресії Бека. URL: <https://cbt-therapist.net/BDI> (дата звернення: 13.10.2025).
31. Шкала тривоги Спілбергера (STAI). URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2703-shkala-trevogi-spilbergera-STAI> (дата звернення: 13.10.2025).
32. Яценко Т. С. Глибинна психологія : навчальний посібник. Київ : Вища школа, 2012. 352 с.
33. Anda, R. F. A Public Health Approach to Preventing Adverse Childhood Experiences // *Child Abuse & Neglect*. 2020. Vol. 109. Article 104690. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33130424/> (дата звернення: 14.11.2025).
34. Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1986. 617 p.
35. Beck, A. T. *Cognitive Therapy of Depression*. New York : Guilford Press, 1979. 425 p.
36. Beck, J. S. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2021. 437 p.
37. Berens, A. M. The dose-response relationship between Adverse Childhood Experiences and adult psychological functioning // *Development and Psychopathology*. 2021. Vol. 33. № 5. P. 1599–1611. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34211116/> (дата звернення: 14.11.2025).
38. Bowlby, J. *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York : Basic Books, 1969. 428 p.
39. Bronfenbrenner, U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1979. 330 p.

40. Chaudhari, S. S. et al. The long-term effects of adverse childhood experiences on adult health and behaviors: mediating role of socioeconomic inequality // *BMC Public Health*. 2025. Vol. 25. Article 1079. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12107932/> (дата звернення: 14.11.2025).
41. DeRogatis, L. R. *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual*. 3rd ed. Minneapolis, MN : NCS Pearson, 1992. 100 p.
42. Dube, S. R., Felitti, V. J., Anda, R. F. et al. Adverse Childhood Experiences and the Risk of Subsequent Mental Illness in Adults // *Psychiatric Services*. 2005. Vol. 56. № 6. P. 697–701.
43. Egeland, B. Developmental sequelae of maltreatment in infancy // *Handbook of Child Maltreatment*. New York : Springer, 2012. P. 237–258.
44. Erikson, E. H. *Childhood and Society*. New York : W. W. Norton, 1950. 397 p.
45. 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) // *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. Vol. 14. № 4. P. 245–258. URL: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/pdf](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/pdf) (дата звернення: 13.10.2025).
46. Folkman, S., Lazarus, R. S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Pub. Co., 1984. 445 p.
47. Ford, J. D., & Courtois, C. A. Adverse childhood experiences and clinical correlates of psychiatric diagnoses in adulthood // *Journal of Traumatic Stress*. 2020. Vol. 33. № 5. P. 660–670. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32488814/> (дата звернення: 14.11.2025).
48. Freud, A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. London : Hogarth Press, 1936. 196 p.
49. Freud, S. *Three Essays on the Theory of Sexuality*. New York : Basic Books, 1905. 238 p.
50. Gerhardt, S. *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. Hove, UK : Routledge, 2014. 304 p.

51. Gilbert, P. *Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Maintenance*. London : Routledge, 2010. 504 p.
52. Gross, J. J. *Handbook of Emotion Regulation*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2014. 827 p.
53. Herman, J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. New York : Basic Books, 1992. 272 p.
54. Keles, S., Van der Kolk, B. A., & R. Lanius, R. A. Adverse childhood experiences: impacts on adult mental health and social withdrawal // *Frontiers in Public Health*. 2023. Vol. 11. Article 1277766. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1277766/full> (дата звернення: 14.11.2025).
55. Klain, M. *Envy and Gratitude and Other Works 1946–1963*. London : Hogarth Press, 1975. 367 p.
56. Lazarus, R. S. *Psychological Stress and the Coping Process*. New York : McGraw-Hill, 1966. 466 p.
57. Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. *The Adult Attachment Interview: Protocol, procedure, and coding manual*. Berkeley : University of California, 1998. 200 p.
58. Martinez, M. P. et al. The impact of different adverse childhood experiences on the dimensions of emotional dysregulation in adults with major depression // *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 16. Article 1587042. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2025.1587042/full> (дата звернення: 14.11.2025).
59. McEwen, B. S. Allostasis and allostatic load: implications for neuropsychopharmacology // *Neuropsychopharmacology*. 2000. Vol. 22. № 2. P. 108–124.
60. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2019. 614 p.
61. Monks, B. C. et al. Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes // *Journal of Affective Disorders*. 2024. Vol. 347. P. 182–190.

URL:

https://www.researchgate.net/publication/378773517_Adverse_Childhood_Experiences_and_Adult_Mental_Health_Outcomes (дата звернення: 14.11.2025).

62. Nuri, M. S., & Nuri, M. B. Adverse Childhood Experiences Are Associated with Mental Health Problems Later in Life: An Umbrella Review of Systematic Review and Meta-Analysis // *ResearchGate*. 2025. URL: https://www.researchgate.net/publication/385911210_Adverse_Childhood_Experiences_are_associated_with_Mental_Health_Problems_later_in_life_An_Umbrella_Review_of_Systematic_Review_and_Meta-analysis (дата звернення: 14.11.2025).

63. O'Neill, E., & G. J. S. Adverse Childhood Experiences, Positive Childhood Experiences, and Adult Health // *Journal of the Society for Social Work and Research*. 2020. Vol. 13. № 3. P. 401–416. URL: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/712410> (дата звернення: 14.11.2025).

64. Porges, S. W. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. New York : W. W. Norton, 2011. 308 p.

65. Reicher, C. A. et al. Adverse Childhood Experiences (ACEs) in Specific Vulnerable Developmental Periods Can Increase the Likelihood of Chronic Pain in Adulthood—Results from a Cross-Sectional Study // *Journal of Clinical Medicine*. 2024. Vol. 15. № 7. Article 839. URL: <https://www.mdpi.com/2075-4418/15/7/839> (дата звернення: 14.11.2025).

66. Rotter, J. B. *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1954. 466 p.

67. Schore, A. N. *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York : W. W. Norton, 2003. 432 p.

68. Siek, K. et al. Prevalence of Adverse Childhood Experiences and Long-Term Associations With Mental Health Among Adults: A Nationwide Cross-Sectional Study in China // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2025. Vol. 86. № 5.

Article 24m15112. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12401931/> (дата звернення: 14.11.2025).

69. Spielberger, C. D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1983. 143 p. URL: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state> (дата звернення: 13.10.2025).

70. Symptom Checklist-90-R Test. *Eduolog.com*. URL: https://en.eduolog.com/test/symptom-checklist-90-r-test/?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 13.10.2025).

71. Taylor, S. E. *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions*. 2nd ed. New York : McGraw-Hill, 2018. 528 p.

72. The Adverse Childhood Experiences Questionnaire: Two Decades of Research // *Cogent Psychology*. 2019. Vol. 6. № 1. Article 1581447. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2331205X.2019.1581447> (дата звернення: 13.10.2025).

73. Van der Kolk, B. A. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology // *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8. Suppl. 5. Article 1341887.

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

75. Walker, M. P. *Why We Sleep: Unlocking the Power of Sleep and Dreams*. New York : Scribner, 2017. 368 p.

76. Winnicott, D. W. *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London : Hogarth Press, 1965. 296 p.

77. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York : Guilford Press, 2003. 320 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник несприятливих дитячих подій (ACE Questionnaire)

Інструкція: Пригадайте період, коли ви зростали, протягом перших 18 років життя, якщо ваша відповідь «так» - додавайте по 1 балу.

1. Чи часто батько, мати або інший дорослий у домогосподарстві...

Лаяв вас, ображав, принижував або змушував почуватися
нікчемною/ним?
або

Діяв так, що ви боялися, що вам можуть завдати фізичної шкоди?

Так / Ні

2. Чи часто батько, мати або інший дорослий у домогосподарстві...

Штовхав, хапав, штурхав, бив або кидав у вас предмети?
або

Бив вас так сильно, що залишалися сліди чи ви отримували травми?

Так / Ні

3. Чи був дорослий або особа щонайменше на 5 років старша за вас, який/яка коли-небудь...

Торкався/лася вас або змушував/ла вас торкатися його/її тіла сексуальним
чином?
або

Намагався чи змушував до орального, анального або вагінального сексу?

Так / Ні

4. Чи часто ви відчували, що...

Ніхто у вашій сім'ї не любив вас або не вважав важливою/им або
особливою/им?
або

Ваша сім'я не підтримувала одне одного, не була близькою чи
турботливою?

Так / Ні

5. Чи часто ви відчували, що...

Вам не вистачало їжі, вам доводилося носити брудний одяг, і не було кому вас захистити?

або

Ваші батьки були занадто п'яні чи «під дією», щоб піклуватися про вас або відвести до лікаря, коли це було потрібно?

Так / Ні

6. Чи були ваші батьки коли-небудь розлучені або жили окремо?

Так / Ні

7. Чи була ваша мати або мачуха...

Часто штовхана, хапана, вдарена або в неї кидали предмети?

або

Інколи чи часто бита, штовхана, копана, вдарена кулаком або твердим предметом?

або

Коли-небудь побита сильно — протягом кількох хвилин, або їй погрожували зброєю (пістолетом чи ножем)?

Так / Ні

8. Чи жили ви з кимось, хто мав проблеми з алкоголем або наркотиками?

Так / Ні

9. Чи був хтось у домогосподарстві депресивним, психічно хворим або намагався вчинити самогубство?

Так / Ні

10. Чи був член вашої сім'ї у в'язниці?

Так / Ні

Шкала депресії Бека (BDI-II)

Опросник заповнюється пацієнтом самостійно. Кожний пункт шкали оцінюється від 0 до 3 балів; загальна сума може становити від 0 до 62.

Аналіз результатів тесту:

- 0–9 балів — відсутність депресивних симптомів
- 10–15 балів — легка депресія (субдепресія)
- 16–19 балів — помірна депресія
- 20–29 балів — виражена депресія (середньої тяжкості)
- 30–63 балів — тяжка депресія

Інструкція:

У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожную групу. Потім визначте у кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як ви почувалися цього тижня і сьогодні. Поставте позначку біля обраного твердження.

Якщо кілька тверджень у групі здаються вам однаково відповідними, позначте їх усі. Перш ніж зробити вибір, переконайтеся, що ви прочитали всі твердження в кожній групі.

1

- 0 Я не відчуваю засмучення чи суму.
- 1 Я засмучений.
- 2 Я постійно засмучений і не можу від цього відволіктися.
- 3 Я настільки засмучений і нещасний, що не можу цього витримати.

2

- 0 Я не хвилююся щодо свого майбутнього.
- 1 Мене турбує майбутнє.
- 2 Я відчуваю, що мене нічого доброго не чекає.
- 3 Моє майбутнє безнадійне, і ніщо не може змінитися на краще.

3

- 0 Я не відчуваю невдахою.
- 1 Я відчуваю, що зазнавав більше невдач, ніж інші.
- 2 Оглядаючись на життя, я бачу в ньому багато невдач.
- 3 Я відчуваю повним невдахою як особистість.

4

- 0 Я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше.
- 1 Я отримую менше задоволення від життя, ніж раніше.
- 2 Мені більше нічого не приносить задоволення.
- 3 Я повністю незадоволений життям, усе мені набридло.

5

- 0 Я не відчуваю винним.
- 1 Я досить часто відчуваю винним.
- 2 Більшу частину часу я відчуваю винним.
- 3 Я постійно відчуваю провину.

6

- 0 Я не думаю, що мене можуть покарати.
- 1 Я відчуваю, що мене можуть покарати.
- 2 Я очікую покарання.
- 3 Я відчуваю вже покараним.

7

- 0 Я не розчарований у собі.
- 1 Я розчарований у собі.
- 2 Я мені противний.
- 3 Я ненавиджу себе.

8

- 0 Я знаю, що не гірший за інших.
- 1 Я критикую себе за помилки і слабкості.
- 2 Я постійно звинувачую себе у своїх вчинках.
- 3 Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається.

9

- 0 Я ніколи не думав про самогубство.
- 1 Мені приходять думки про самогубство, але я їх не здійснию.
- 2 Я хотів би покінчити з собою.
- 3 Я б убив себе, якби мав можливість.

10

- 0 Я плачу не більше, ніж зазвичай.
- 1 Зараз я плачу частіше.
- 2 Тепер я плачу майже постійно.
- 3 Раніше я міг плакати, а тепер не можу навіть тоді, коли хочеться.

11

- 0 Я дратівливий не більше, ніж зазвичай.
- 1 Я легше дратуюся, ніж раніше.
- 2 Тепер я постійно відчуваю роздратування.
- 3 Я став байдужим до речей, які раніше мене дратували.

12

- 0 Я не втратив інтересу до інших людей.
- 1 Я менше цікавлюся людьми, ніж раніше.
- 2 Я майже втратив інтерес до інших людей.
- 3 Я повністю втратив інтерес до інших людей.

13

- 0 Я іноді відкладаю рішення, як і раніше.
- 1 Я частіше, ніж раніше, відкладаю рішення.
- 2 Мені важче приймати рішення, ніж раніше.
- 3 Я більше не можу приймати рішення.

14

- 0 Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж зазвичай.
- 1 Мене непокоїть, що я виглядаю старішим/старішою та непривітною/ним.

- 2 Я знаю, що в моїй зовнішності сталися значні зміни, які роблять мене непривабливою/им.
- 3 Я знаю, що виглядаю жахливо.

15

- 0 Я можу працювати так само добре, як і раніше.
- 1 Мені потрібно більше зусиль, щоб почати щось робити.
- 2 Мені важко змусити себе щось робити.
- 3 Я зовсім не можу виконувати роботу.

16

- 0 Я сплю так само добре, як і раніше.
- 1 Зараз я сплю гірше.
- 2 Я прокидаюся на 1–2 години раніше й маю труднощі з повторним засинанням.
- 3 Я прокидаюся на кілька годин раніше звичайного й більше не можу заснути.

17

- 0 Я втомлююся не більше, ніж зазвичай.
- 1 Тепер я втомлююся швидше.
- 2 Я втомлююся майже від усього, що роблю.
- 3 Я не можу нічого робити через втому.

18

- 0 Мій апетит не змінився.
- 1 Мій апетит гірший, ніж раніше.
- 2 Мій апетит тепер значно гірший.
- 3 У мене взагалі немає апетиту.

19

- 0 Останнім часом я не худнув, або втрата ваги була незначною.
- 1 Останнім часом я втратив понад 2 кг.
- 2 Я втратив понад 5 кг.
- 3 Я втратив понад 7 кг.

20

- 0 Я не хвилююся про своє здоров'я більше, ніж зазвичай.
- 1 Мене турбують проблеми зі здоров'ям, такі як біль, розлади шлунка, закрепи тощо.
- 2 Я дуже занепокоєний своїм фізичним станом, і мені важко думати про щось інше.
- 3 Я настільки занепокоєний своїм фізичним станом, що не можу думати ні про що інше.

21

- 0 Я не помічав змін у своєму сексуальному інтересі.
- 1 Мене менше цікавлять сексуальні питання, ніж раніше.
- 2 Зараз мене набагато менше цікавлять сексуальні питання.
- 3 Я повністю втратив сексуальний інтерес.

Шкала самооцінки ситуативної тривожності (STAI)

Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів - низький рівень тривожності, від 31-45 балів - середній, більше 45 балів - високий рівень тривожності.

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і обведіть ті запитання, з якими ви погоджуєтесь. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я напружений.
4. Я відчуваю співчуття.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я прикро вражений.
7. Мене хвилюють можливі негаразди.
8. Я відчуваю себе відпочившим.
9. Я насторожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений (накручений в собі).
15. Я не відчуваю напруги і скованості.
16. Я задоволений.
17. Я заклопотаний.
18. Я занадто збуджений і мені ніяково.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

21. Я відчуваю задоволення.
22. Я швидко втомлююсь.
23. Я легко можу заплакати.
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.
25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.
26. Я почуваю себе бадьорим.
27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.
28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.
29. Я занадто переживаю через дрібниці.
30. Я буваю повністю щасливий.
31. Я приймаю все занадто близько до серця.
32. Мені не дістає впевненості у собі.
33. Я почуваю себе в безпеці.
34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.
35. У мене буває хандра.
36. Я задоволений.
37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.
39. Я врівноважена людина.
40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.

Додаток Г

Таблиця 2.1

Результати опитувальника ACE Questionnaire

№	Вік	Результат
1	31	5
2	41	5
3	36	8
4	24	3
5	40	6
6	47	7
7	26	4
8	33	6
9	44	6
10	23	5
11	24	4
12	28	6
13	24	7
14	37	8
15	25	5
16	32	3
17	34	6
18	28	9
19	43	7
20	46	4
21	46	6
22	30	5
23	50	4
24	34	5
25	38	7
26	23	4
27	40	9
28	48	6
29	45	6
30	26	4
31	24	3
32	39	4
33	39	7
34	28	6
35	49	4
36	36	7
37	39	5
38	24	5

Продовження таблиці 2.1

39	44	7
40	40	7
41	30	7
42	31	4
43	50	4
44	46	4
45	27	5
46	40	8
47	45	6
48	46	4
49	25	5
50	34	4

Результати методики Beck Depression Inventory – II (BDI-II)

№	Результат (чисельний)	Результат (словесний)
1	7	Відсутня
2	15	Легка
3	29	Помірна
4	8	Відсутня
5	21	Помірна
6	41	Тяжка
7	9	Відсутня
8	10	Легка
9	16	Легка
10	18	Легка
11	19	Легка
12	26	Помірна
13	29	Помірна
14	42	Тяжка
15	10	Легка
16	11	Легка
17	11	Легка
18	16	Легка
19	21	Помірна
20	10	Легка
21	24	Помірна
22	23	Помірна
23	16	Легка
24	13	Легка
25	22	Помірна
26	27	Помірна
27	39	Тяжка
28	28	Помірна
29	27	Помірна
30	10	Легка
31	9	Відсутня
32	13	Легка
33	21	Помірна
34	20	Помірна
35	16	Легка
36	16	Легка
37	8	Відсутня

Продовження таблиці 2.2

38	10	Легка
39	21	Помірна
40	46	Тяжка
41	23	Легка
42	9	Відсутня
43	10	Легка
44	20	Помірна
45	16	Легка
46	30	Тяжка
47	15	Легка
48	20	Помірна
49	20	Помірна
50	11	Легка

Результати методики State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

№	Результат (чисельний)	Результат (словесний)
1	21	Низький
2	35	Помірний
3	31	Помірний
4	20	Низький
5	42	Помірний
6	48	Високий
7	54	Високий
8	30	Низький
9	28	Низький
10	21	Низький
11	36	Помірний
12	32	Помірний
13	30	Низький
14	45	Високий
15	24	Низький
16	36	Помірний
17	41	Помірний
18	34	Помірний
19	37	Помірний
20	29	Низький
21	44	Помірний
22	38	Помірний
23	33	Помірний
24	33	Помірний
25	33	Помірний
26	45	Високий
27	33	Помірний
28	39	Помірний
29	49	Високий
30	28	Низький
31	24	Низький
32	30	Низький
33	31	Помірний
34	41	Помірний
35	21	Низький
36	29	Низький
37	36	Помірний
38	29	Низький

Продовження таблиці 2.3

39	52	Високий
40	30	Низький
41	36	Помірний
42	29	Низький
43	32	Помірний
44	37	Помірний
45	34	Помірний
46	38	Помірний
47	38	Помірний
48	61	Високий
49	39	Помірний
50	40	Помірний

Порівняльна таблиця результатів опитувальника ACE і BDI-II

№	Вік	Результати ACE	Результати BDI-II (чисельні)	Результати BDI-II (словесні)
1	31	5	7	Відсутня
2	41	5	15	Легка
3	36	8	29	Помірна
4	24	3	8	Відсутня
5	40	6	21	Помірна
6	47	7	41	Тяжка
7	26	4	9	Відсутня
8	33	6	10	Легка
9	44	6	16	Легка
10	23	5	18	Легка
11	24	4	19	Легка
12	28	6	26	Помірна
13	24	7	29	Помірна
14	37	8	42	Тяжка
15	25	5	10	Легка
16	32	3	11	Легка
17	34	6	11	Легка
18	28	9	16	Легка
19	43	7	21	Помірна
20	46	4	10	Легка
21	46	6	24	Помірна
22	30	5	23	Помірна
23	50	4	16	Легка
24	34	5	13	Легка
25	38	7	22	Помірна
26	23	4	27	Помірна
27	40	9	39	Тяжка
28	48	6	28	Помірна
29	45	6	27	Помірна
30	26	4	10	Легка
31	24	3	9	Відсутня
32	39	4	13	Легка
33	39	7	21	Помірна
34	28	6	20	Помірна
35	49	4	16	Легка
36	36	7	16	Легка

Продовження таблиці 2.4

37	39	5	8	Відсутня
38	24	5	10	Легка
39	44	7	21	Помірна
40	40	7	46	Тяжка
41	30	7	23	Легка
42	31	4	9	Відсутня
43	50	4	10	Легка
44	46	4	20	Помірна
45	27	5	16	Легка
46	40	8	30	Тяжка
47	45	6	15	Легка
48	46	4	20	Помірна
49	25	5	20	Помірна
50	34	4	11	Легка

Порівняльна таблиця результатів опитувальника ACE і STAI

№	Вік	Результати ACE	Результати STAI (чисельні)	Результати STAI (словесні)
1	31	5	21	Низький
2	41	5	35	Помірний
3	36	8	31	Помірний
4	24	3	20	Низький
5	40	6	42	Помірний
6	47	7	48	Високий
7	26	4	54	Високий
8	33	6	30	Низький
9	44	6	28	Низький
10	23	5	21	Низький
11	24	4	36	Помірний
12	28	6	32	Помірний
13	24	7	30	Низький
14	37	8	45	Високий
15	25	5	24	Низький
16	32	3	36	Помірний
17	34	6	41	Помірний
18	28	9	34	Помірний
19	43	7	37	Помірний
20	46	4	29	Низький
21	46	6	44	Помірний
22	30	5	38	Помірний
23	50	4	33	Помірний
24	34	5	33	Помірний
25	38	7	33	Помірний
26	23	4	45	Високий
27	40	9	33	Помірний
28	48	6	39	Помірний
29	45	6	49	Високий
30	26	4	28	Низький
31	24	3	24	Низький
32	39	4	30	Низький
33	39	7	31	Помірний
34	28	6	41	Помірний
35	49	4	21	Низький
36	36	7	29	Низький
37	39	5	36	Помірний

Продовження таблиці 2.5

38	24	5	29	Низький
39	44	7	52	Високий
40	40	7	30	Низький
41	30	7	36	Помірний
42	31	4	29	Низький
43	50	4	32	Помірний
44	46	4	37	Помірний
45	27	5	34	Помірний
46	40	8	38	Помірний
47	45	6	38	Помірний
48	46	4	61	Високий
49	25	5	39	Помірний
50	34	4	40	Помірний

Додаток Л

Таблиця 2.6

Узагальнені результати обстеження за методикою SCL-90-R

№	А	Т	Д	М	О	П	Ф	Пс	С
1	25	28	26	30	32	25	22	26	28
2	48	52	44	49	54	50	42	45	46
3	70	76	74	79	81	75	68	72	73
4	22	25	23	24	27	22	20	21	23
5	55	60	58	61	63	57	50	56	52
6	89	92	90	93	95	91	88	90	87
7	65	68	62	70	72	67	63	66	64
8	38	40	37	41	43	38	34	37	35
9	46	50	48	52	54	50	44	48	46
10	28	31	27	29	33	28	25	26	27
11	35	38	34	37	39	35	33	34	33
12	56	60	55	59	62	58	54	55	53
13	68	71	69	74	75	70	67	68	66
14	92	94	91	96	97	92	90	93	89
15	41	45	39	42	46	43	39	41	40
16	44	48	45	46	49	45	43	44	43
17	52	55	53	56	58	54	50	52	50
18	62	66	60	63	65	61	59	60	57
19	66	70	65	68	69	66	63	65	63
20	45	48	43	46	47	44	42	43	41
21	64	68	61	65	67	63	61	63	60
22	59	63	58	61	64	60	56	58	55
23	42	46	41	43	45	41	39	40	39
24	47	51	48	49	52	48	44	46	43
25	61	65	62	66	68	64	60	61	59
26	70	73	69	71	74	70	66	69	68
27	90	92	91	94	95	91	88	90	89
28	64	68	63	66	69	64	62	64	61
29	78	81	80	83	85	80	76	79	77
30	35	38	34	36	39	35	33	34	33
31	22	25	23	24	25	22	20	21	22
32	37	40	35	38	41	37	33	36	34
33	60	63	61	65	67	62	58	60	58
34	59	62	60	63	64	61	56	59	57
35	38	41	36	38	39	37	33	35	34
36	44	47	42	45	46	43	40	42	41
37	46	49	45	48	50	47	44	45	43
38	40	43	39	42	44	40	36	38	36
39	82	85	80	83	86	83	79	81	78
40	91	94	89	93	95	91	88	90	86
41	59	63	60	61	63	60	57	59	57
42	28	31	27	29	32	28	25	27	26
43	38	41	36	38	40	37	34	35	34
44	53	56	52	54	55	52	49	50	48
45	48	51	46	49	51	48	45	46	44

Продовження таблиці 2.6

46	92	95	91	94	96	93	90	92	88
47	55	58	54	57	59	56	52	54	53
48	88	91	87	90	93	89	85	87	84
49	59	63	58	61	63	60	57	58	56
50	60	63	59	62	65	61	56	59	57