

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Психологічні особливості копінг-поведінки та резильєнтності осіб з різним рівнем негативного дитячого досвіду

Здобувача (ки) 2 курсу КП-243 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Наталії МОРЕНЕЦЬ
(прізвище та ініціали)

Керівники

Наталія ЗАВЯЗКІНА, д.психол.н., проф.,
Світлана ПОЛШКОВА, д.мед.н.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол №11 від « 22 » червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____ д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології _____ к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі досліджено вплив негативного дитячого досвіду на формування копінг-поведінки та резильєнтності. Розглядаються теоретичні аспекти психологічної травми, її формування та вплив на особистість. Також теоретично визначено поняття негативного дитячого досвіду, копінг-поведінки та резильєнтності, особливості їх формування та вплив психотравмуючих чинників.

У другому розділі проведені соціально-демографічні аналізи вибірки, яка складалась із 121 респондента. Розглянуті і проаналізовані інструменти (авторська анкета, анкета негативного дитячого досвіду (ОНДД), шкала оцінки впливу травматичних подій (IES-R), опитувальник вивчення стратегій копінг-стратегій (Е.Хейм), методика “Інструмент дослідження резильєнтності” (ІДР-14)).

У третьому розділі була проведена описова статистика, аналізи із застосування т-критерію Стюдента та Манна-Уїтні, кореляційні та регресійні. Проведений кластерний, дисперсійний та ROC-аналіз, побудовано “дерево рішень”. Емпірично був встановлений статистично значущий зв’язок між НДД та рівнем психотравмуючої симптоматики у дорослому віці. Виявлено, що деструктивне ставлення є одним з найбільш значущих предикторів високого психоемоційного дистресу. Особи з вираженими наслідками дитячої психотравматизації більш схильні до вибору неадаптивних або відносно адаптивних копінг-стратегій, зокрема самозвинувачення. На основі отриманих результатів розроблено психокорекційну програму.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Негативний дитячий досвід;

Психологічна травма;

Копінг-поведінка;

Копінг-стратегія;

Резильєнтність.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ ТА РЕСУРСІВ ОСОБИСТОСТІ	12
1.1. Поняття негативний дитячий досвід та особливість формування дитячої психологічної травми.....	12
1.2. Теоретичні підходи до вивчення копінг-поведінки як механізму подолання наслідків психотравматичного досвіду.....	22
1.3. Резильєнтність як характеристика життєстійкості та відновлення особистості після травми.....	29
1.4. Теоретичні моделі взаємозв'язку негативного дитячого досвіду, копінг-поведінки та резильєнтності.....	36
Висновки до розділу 1	41
РОЗДІЛ 2. ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА КОПІНГ-ПОВЕДІНКУ ТА РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ	44
2.1 Організація проведення дослідження та соціально-демографічна характеристики вибірки.....	44
2.2 Опис застосованих психодіагностичних методик та обґрунтування їх використання у дослідженні.....	47
Висновки до розділу 2	52
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЮ ОСОБИСТОСТІ	54
3.1 .Описовий аналіз показників травматизації та дослідження соціально-демографічних чинників НДД.....	54

3.2 .Особливості взаємозв’язку деструктивного ставлення у дитинстві з актуальною ПТСР-симптоматикою та копінг-стратегіями.....	62
3.3. Кластерний аналіз та прогнозування рівня психотравматичний дистресу.....	74
3.4. Програма психокорекційної допомоги щодо зниження наслідків дитячої психотравматизації та практичні рекомендації за результатами дослідження.....	95
Висновки до розділу 3.....	101
ВИСНОВКИ.....	103
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	107
ДОДАТКИ.....	118

Скорочення

НДД - негативний дитячий досвід;

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад;

ДС -деструктивне ставлення;

ОНДД - опитувальник негативного дитячого досвіду;

ВШ - відношення шансів;

СВ - стандартне відхилення;

РПТС - рівень посттравматичного стресу.

ВСТУП

Сучасні соціокультурні зміни, зростання рівня соціальної нестабільності, воєнні дії, економічні труднощі та підвищення психоемоційного навантаження актуалізують проблему психологічного благополуччя особистості та чинників, що визначають її здатність до адаптації у стресових ситуаціях. Особливого значення в цьому контексті отримало вивчення впливу негативного дитячого досвіду, оскільки саме ранній вік є критично важливим періодом формування базових уявлень про себе та оточуючий світ, формування відчуття довіри.

Дитина, яка перебуває на етапі формування власної ідентичності та автономії, ще не в змозі сформувати адекватні механізми психологічного захисту. Зустріч з емоційно холодним чи насильницьким середовищем змушує дитячу психіку адаптуватись, шукаючи способи виживання за відсутності базових умов для безпеки та розвитку. Внаслідок цього формується незріла система психічних захистів, яка у дорослому віці трансформується у стійкі шаблони неадаптивної копінг-поведінки, хронічну гіперпильність, аутоагресивні тенденції та труднощі у побудові стабільних міжособистісних стосунків. Сучасні клініко-психологічні та нейробіологічні дослідження переконливо доводять, що дитячий психотравмуючий досвід призводить до стійких змін у роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісі та структурних деформацій головного мозку (таких як гіперактивність мигдалини та зниження об'єму головного мозку). Це впливає на когнітивні функції дорослої людини, яка у стресових ситуаціях обирає менш адаптивні стратегії реагування - уникнення, витіснення чи поведінковий відступ.

Водночас негативний дитячий досвід не завжди призводить до розвитку психологічних порушень, що обґрунтовує необхідність вивчення чинників, які можуть посилювати чи послаблювати його вплив на особистість. Особливу увагу серед таких чинників привертають копінг-поведінка та резильєнтність. Копінги визначають способи подолання людиною життєвих труднощів, резильєнтність же розглядається як здатність особистості зберігати

психологічну стійкість і відновлюватись після несприятливих подій. Саме ці чинники можуть значною мірою визначити індивідуальні відмінності у переживанні наслідків дитячої психотравматизації.

Не зважаючи на значну кількість досліджень, присвячених негативному дитячому досвіду, проблема взаємозв'язку між НДД, психотравматичним дистресом, копінг-поведінкою та резильєнтністю залишається недостатньо вивченою. Особливої актуальності набуває пошук психологічних механізмів, що пояснюють індивідуальні відмінності у наслідках дитячої психотравматизації, а також визначення факторів розвитку та ресурсів психологічної адаптації.

Негативний вплив дитячого травматичного досвіду підтверджується багатьма дослідженнями. Зокрема, першим дослідником можна назвати Felitti V.J. (1998), за ініціативою якого було проведено ряд досліджень у різні роки про вплив психологічних травм на захворювання у дорослих людей (Felitti, 1991, 1998, 2001, 2003, 2004, 2009, 2010). Також можна виокремити праці інших дослідників щодо впливу травматичного досвіду на зростання хронічних захворювань у дорослому віці (Nie, 2015) та проблема передчасної смерті (Brown, 2009; Kelly-Irving, 2013).

Р.Анда, Я.Гнатюк, Я.Гошовський, Р.М.Цицей серед числа інших досліджували як на психічне здоров'я та емоційний розвиток вплинув негативний дитячий досвід. У працях Д.Еванс, М.Ротбарта, Б.С.МакІвен, Х.С.Кім можна відслідкувати як фактори психологічного травмування впливають на порушення емоційної регуляції та проблеми соціальної адаптації.

Дослідженням зв'язку негативного дитячого досвіду та копінг-стратегій у подальшому житті займалися Sheffler J. (2013), Piazza J. (2010), Quinn J. (20213), Stanley I. (2016) та інші. Серед українських вчених, які працювали над цією проблематикою можна зазначити Катерину Мілютіну (2018), Юлію Савіцьку (2025), Світлану Мітіну (2025) та інших.

Одним із основних факторів, який допомагає людині за допомогою особистісних можливостей відновитися після негативного досвіду та здобути

посттравматичне благополуччя можна назвати резильєнтність. В надзвичайно складних умовах сьогодення вона може стати “рятівним кругом”, сприяти адаптації та подоланню наслідків травматичного досвіду та сприяти у збереженні психологічного здоров’я. З боку українських вчених можна виділити роботи П.Горностая, Т.Титаренко, Т.Ларіної, О.Хамініч, Г.Лазос, І.Євтушенко, Ю.Бойко-Бузиль, О.Біляковська. Серед іноземних вчених варто зазначити Дж.Річардсон, О.Фріборг, Е.Вернер, С.Лютар, М.Руттер, Т.Коско, Дж.Боннано, С.Ваніштендаль та інші.

Теоретико-методологічна основа дослідження ґрунтується положеннях сучасної психологічної науки про зв’язок раннього травматичного досвіду на формування особистісних та поведінкових моделей, а також механізмах копінг-стратегій та резильєнтності. Зокрема це концепції негативного дитячого досвіду Felitti, психоаналітичній теорії З.Фрейда, теорії его-захистів А.Фрейд, теорії прив’язаності Дж.Боулбі, класифікації копінг-стратегій COPE (Carver, 1997), моделі психологічного стресу на копінг Р.Лазаруса і С.Фолкмана та теорія схем Джеффри Янга, дослідженнях змін генетичних маркерів та теорії регуляторної гнучкості Дж.Бонанно.

Об’єкт дослідження: копінг-поведінка та резильєнтність.

Предмет дослідження: психологічні особливості копінг-поведінки та резильєнтності осіб з різним рівнем негативного дитячого досвіду.

Мета дослідження: виявити психологічні особливості копінг-поведінки та резильєнтності осіб з різним рівнем негативного дитячого досвіду.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз наукової літератури з проблематики негативного дитячого досвіду, копінг-поведінки та резильєнтності.
2. Емпірично визначити рівень травматичного дитячого досвіду у респондентів та інтенсивність переживання травматичних подій.
3. Виявити особливості копінг-поведінки та рівень резильєнтності у групах з різним рівнем негативного дитячого досвіду.

4. Дослідити взаємозв'язок між показниками НДД і рівнем психотравматичного дистресу та встановити найбільш значущі предиктори психотравматичної симптоматики.
5. Розробити програму психокорекційної допомоги щодо зниження наслідків дитячої психотравматизації.

Методи дослідження:

1. Теоретико-методологічний аналіз наукової літератури, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень.
2. Емпіричні:
 - авторська анкета;
 - анкета негативного дитячого досвіду (ОНДД);
 - шкала оцінки впливу травматичних подій (IES-R);
 - опитувальник вивчення стратегій копінг-стратегій (Е.Хейм);
 - методика "Інструмент дослідження резильєнтності" (ІДР-14).
3. Статистико-математичні:
 - збір інформації за допомогою Google-форми;
 - методи математичної статистики за допомогою JASP (Jamovi), (розрахунок середніх, стандартних відхилень, медіани, факторний аналіз, кореляційний, регресійний та кластерний аналіз, побудова дерева рішень).

Характеристика вибірки - у дослідженні прийняла участь 121 особа, з них 108 жінок і 13 чоловіків. Вік респондентів склав від 19 до 60 років. За рівнем освіти респонденти поділились наступним чином - 81 особа має вищу освіту (спеціаліст або магістр), 28 - вища освіта (бакалавр) та 12 - середню освіту. 43 респонденти мають дитину (чи декількох) до 18 років, 78 - ні. Переважна більшість респондентів (81 особа) до 18 років виховувались у повній родині (з батьком і матір'ю). Перебуває у стосунках також переважна більшість респондентів (78 особа). За психологічною допомогою звертались 66 респондентів (майже половина).

Дослідницькі питання:

1. Визначити чи існують статистично значущі відмінності у виборі копінг-стратегій між особами з різним рівнем негативного дитячого досвіду.
2. Дослідити чи пов'язаний рівень резильєнтності з рівнем негативного дитячого досвіду чи посттравматичною симптоматикою.
3. Визначити яким є взаємозв'язок між НДД та рівнем психотравматичної симптоматики у дорослому віці.
4. З'ясувати характер взаємозв'язку та структуру ефектів (прямих та опосередкованих) між деструктивним ставленням у дитинстві, копінг-стратегіями та симптомами дистресу у дорослих.
5. Дослідити чи можна виділити окремі групи респондентів за рівнем психотравматичної симптоматики та особливостями дитячого досвіду.

Теоретична та практична значущість роботи. Теоретична значущість роботи полягає в поглибленні та конкретизації уявлень про взаємозв'язок негативного дитячого досвіду, посттравматичною симптоматикою з копінг-поведінкою та резильєнтністю, а також у розширенні уявлень про механізми психологічного захисту та адаптації у осіб з травматичним досвідом дитинства. Визначити як саме різні рівні травматизації впливають на конфігурацію копінг-ресурсів та резильєнтності в нашій вибірці. Практична ж значущість може полягати у більш ранньому виявленні осіб із підвищеним ризиком психотравматичної дезадаптації, діагностики наслідків НДД. У використанні результатів у роботі клінічних психологів та психотерапевтів при роботі з наслідками дитячих травм, формуванні ресурсних копінг-стратегій та для розробки програм підвищення резильєнтності.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ ТА РЕСУРСІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Поняття негативний дитячий досвід та особливість формування дитячої психологічної травми

Вплив негативного дитячого досвіду на ментальне та фізичне здоров'я людини є важливою проблемою сьогодення. Перші психологічні дослідження цього питання розпочались у США відносно недавно, наприкінці XIX сторіччя і надалі ця тема активно розвивалась в усіх країнах світу.

Негативний дитячий досвід (НДД) - це наслідок переживань, які викликані надзвичайний інтенсивними стресовими або травматичними подіями, що мали місце до досягнення дитиною 18 років. Можуть бути одноразовими або мати наступні складові:

1. Нехтування:

- фізичне (відсутність або нестача їжі та одягу, засобів гігієни, нормальних житлових умов, неналежне виконання батьками/опікунами батьківських зобов'язань);
- емоційне (ігнорування почуттів та потреб, неглект, відсутність почуття розуміння та захищеності від значущих дорослих фігур).

2. Насильство:

- фізичне (будь-який прояв фізичного насильства - штовхання, хапання, побиття);
- сексуальне (будь-які сексуальні дії зі сторони особи, старшої більше ніж на 5 років);
- емоційне (образи, приниження, покарання ігноруванням, булінг).

3. Дисфункціональне середовище:

- застосування насильства по відношенню до інших членів родини;

- проживання з особою, яка має залежність (фармакологічну чи поведінкову);
- проживання з особою, яка має важке психічне захворювання;
- проживання з особою, що має суїцидальні думки/спроби;
- втрата одного з батьків (розлучення, ув'язнення, смерть).

Будь-який з цих чинників може стати для дитини психологічно травмуючою ситуацією та викликати у неї переживання гніву, шоку, самозвинувачення або іншої негативної емоційної реакції. Ця виснажлива реакція на стрес може стати каталізатором до змін у мозку та мати негативний вплив на його розвиток у подальшому.

Так ряд досліджень показав, що особи, щодо яких було застосовано жорстке лікування, можуть мати проблеми з навчанням та пам'яттю через зменшений обсяг у гіпокампі (McCrory et al., 2010; Wilson, Hansen, & Li, 2011). Надмірні стресові події можуть викликати знижену здатність гіпокампу нормалізувати рівень кортизолу для негативно забарвлених емоцій (Garner, Shonkoff, 2012). [61]

Травматичний досвід може призвести до зменшення об'єму та структурних змін мозолистого тіла, що впливає на порушення міжпівкульної взаємодії і розлад інтеграції емоційних та логічних процесів та ускладнити здатність раціонально осмислити емоційні спогади (може виражатися у хронічному болю, стресі, жахіттях) (McCrory et al., 2010; Wilson, Hansen, & Li, 2011). [39] Подібно до мозолистого тіла жорстоке поводження з дітьми призводить до зменшення обсягу мозочка (McCrory et al., 2010). [36]

Занедбаність та фізичне насильство в дитинстві можуть стати причиною зменшення префронтальної та орбітофронтальної кори і призвести до погіршення когнітивних функцій, емоційного регулювання, соціальної взаємодії та підвищити схильність до адикцій (McCrory et al., 2010, Hanson et al., 2010). [6]

Вплив НДД на мигдалину полягає у надмірній тривожності, проблемах з емоційним контролем, труднощах адаптації та гіперактивності (Національна наукова рада Розвиваюча дитина, 2010; Шонкофф, 2012). [6]

Рівень кортизолу у людей, які мали НДД та ні також відрізняється - так у тих, хто мав негативний досвід, часто спостерігається аномально низький рівень базального кортизолу, що пов'язано з розвитком посттравматичного стресового розладу. Також можна виокремити порушення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову системи, через що реакція на майбутні стреси стає надмірною або, навпаки, занадто слабкою (Bruce, Fisher, Pears, & Levine, 2009). [40]

Соціальна занедбаність може призвести до погіршення розвитку мозку (уповільнення росту нейронів, аксонів та синапсів) та його функцій (синтез нейромедіаторів, підтримання мозкової тканини) (Prado & Dewey, 2012). [40]

Існує чимало досліджень щодо впливу НДД на порушення когнітивної функції, яка проявляється у агресивній поведінці (Ferguson C.J., 2011) [57] та соціальних взаємовідносин (Tost H., Champagne F.A., Meyer-Lindenberg A., 2015) [92]. Психічні розлади у осіб з травматичним досвідом дебютують раніше, мають складнішу симптоматику (Hovens J.G., Giltay E.J., Wiersma J.E., Spinhoven P., Penninx B.W., Zitman F.G, 2012) [41] та складніше піддаються лікуванню стандартними протоколами лікування (Agnew-Blais J., Danese A., 2016). [57]

У 2019 році Крістіна Бетелл разом з колегами провела дослідження позитивного дитячого досвіду і дослідила як безпечне оточення та підтримка нівелюють наслідки НДД. Було виявлено, що навіть при наявності високого рівня НДД позитивний досвід і безпечне оточення знижують ризик депресії та проблем у стосунках на 72%. Це дає змогу припустити, що копінг-поведінка дорослої людини залежить не лише від рівня НДД, а й від присутності компенсуючих чинників в дитинстві людини.[44]

Одним із складників негативного дитячого досвіду є дитяча психологічна травма. Для кращого розуміння формування та динаміки процесів, що

відбуваються в психіці людини, нам, перш за все, потрібно зрозуміти що саме вважати психологічною травмою, її особливості формування та чинники, які сприяють її виникненню та впливу на подальше життя людини.

Заглиблюючись у вивчення самого поняття “психологічна травма” можна виділити 3 основні етапи становлення його, як окремого психологічного явища. Перший етап - це істерія - психологічний розлад у жінок, наступний - контузія - невроз воєнного часу та останній - травма сексуального характеру або ж насильство в сім'ї.

Згідно літературних джерел можна виокремити думку, що першу психоаналітичну теорію щодо поняття “травма” було наведено у працях З.Фрейда (1895), Ж.М.Шарко (1894), Й.Броєра (1894) та П.Жане (1894).

Так Ж.-М.Шарко (1894), досліджуючи явище “істерії”, зазначав про важливість ретельного спостереження, опису і класифікації цього явища. Він вважав, що симптоми істерії мають психологічне походження, оскільки можуть бути нав'язані або знаті за допомогою гіпнозу. [50]

Його послідовники (П.Жане [65], Й.Броер [48] та З.Фрейд [35]) активно розвивали цю тему і намагались виявити причину істерії.

Згідно із З.Фрейдом ця істерія розглядалось як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що надає патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям невротичних розладів”. [35]

Працюючи над цією темою окремо, вчені дійшли висновку що істерія - це стан, який викликаний психічною травмою. Вони зазначали, що надзвичайно сильні емоційні реакції на травматичні події призводять до зміненого стану свідомості і запускають формування істеричних симптомів. Це явище Жане назвав у своїй роботі “дисоціацією” [65], а Броер та Фрейд “розщепленням”. [48] Також вони виявили що соматичні симптоми істерії були прихованими ознаками інтенсивних травматичних подій, які були витіснені з пам'яті. Вищезазначені дослідники також дійшли висновку, що якщо витягти з пам'яті та словесно і емоційно відтворити травматичні події це суттєво послабить істеричну симптоматику.

Наступний етап вивчення психотравми розпочався по завершенню Першої світової війни. Під впливом надлюдських умов під час боїв у солдат почали проявлятися симптоми істерії, яка була до цього суто жіночим розладом. Солдати ціпеніли та втрачали здатність рухатись, або ж починали плакати і кричати, деякі втрачали здатність розмовляти чи реагувати. Це явище досліджував британський психолог Чарльз Маєрс (1915) та дав йому назву “контузія”. [79] З часом військовим психіатрам довелося визнати, що симптоми контузії викликані психологічною травмою. Насильницька смерть та жахіття війни викликало у солдатів невротичний синдром, що був схожий на істерію.[9]

Наслідки Другої світової війни та війни у В'єтнамі дали великий поштовх до розуміння ролі психологічної травми у солдат. Так у 1980 році Американська психіатрична асоціація включила до свого посібника нову категорію - “посттравматичний стресовий розлад”.[2] Його клінічні ознаки збігались з ознаками “контузії”, які досліджував Кардінер [66] під час Першої світової війни.

Наступний етап розвитку вчення про психологічну травму тісно пов'язаний з суспільним розвитком і появою жіночого визвольного руху у 1970-хх рр. І тоді стало зрозуміло, що кількість випадків посттравматичного розладу у жінок, які не приймали участі у бойових діях, значно більший, ніж у чоловіків, які воювали. На той час сексуальне життя було абсолютно табуваною темою. Так само, як і міжособистісні стосунки у родині. Дослідження понад 900 жінок, проведене правозахисницею Діаною Рассел на початку 1980 -х, дало шокуючі дані - кожна четверта жінка була зґвалтована, а кожна третя зазнала сексуальних зловживань у дитинстві. [84] Цей рух сприяв суспільному усвідомленню масштабності процесів та сприяв зміні ставлення до жертв насильства - з'являються кризові центри для жертв зґвалтування. Під час роботи із жертвами зґвалтування було з'ясовано, що симптоми їх психологічної травми такі як - нудота, безсоння, лякливність, дисоціації, нагадували симптоми, які раніше спостерігались у ветеранів бойових дій.

“Психологічна травма - це страждання безсилим”. [9]

“Психотравма - це вітальне відчуття невідповідності між загрозливими факторами ситуації і індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується почуттям безпорадності і незахищеності, а відтак спричиняє тривале потрясіння у сприйняття власної самоті та світу”.[58]

Травматична подія, серед інших кризових подій у житті, відрізняється своєю раптовістю, руйнівною силою, неможливістю протидіяти та іноді тривалістю. Може містити загрозу життю чи фізичної цілісності. Через травматичні події можуть відбуватися зміни у сприйнятті, емоціях, пам'яті та фізіологічному тонусі. Переживаючи сильні емоції, людина з психологічною травмою часто не може пояснити для самої себе витoki цих емоцій. Ці емоції є травматичними симптомами, які відокремлюються від капсули травми, куди психіка переміщає непережиті почуття. Саме таку фрагментацію роботи психіки, яка не може інтегрувати певний досвід, і він ніби розриває систему самозахисту, зазначали Жане [65] (називаючи її “дисоціацією”) та Броер та Фройд [48] (називаючи “розщепленням”). У цьому і полягає суть психотравми. Неосяжне і непережите переживання розпадається на окремі фрагменти, пов'язані з травмою - емоції, звуки, образи, думки, фізичні відчуття, які починають жити власним життям. Ці фрагменти раз за разом проникають у життя, викликаючи незрозумілі реакції, які переживає людина. Наявність психологічної травми активізує гормони стресу і захисні рухи разом із емоційними реакціями повторюються.

Згідно досліджень на тваринах можна відзначити, що при підвищенні рівня адреналіну та інших гормонів стресу спогади глибоко закарбовуються в пам'яті. [83] Те саме може повторюватись і у людей.

Також слід зазначити що травматичні сни не схожі на звичайні. Вони можуть містити у собі елементи психотравми, які майже або повністю не опрацьовані уявою. Вони можуть нести один і той самий раптовий травматичний сюжет, який активує гормони стресу через сприйняття як сигналів ворожого нападу.

Травмовані особи можуть знову і знову пережити моменти травми і у снах і в діях. Психіка, з надією на позитивне вирішення, знову і знову може програвати несвідомо небезпечну ситуацію. Згідно з З.Фройдом [35] це явище називається “повторною компульсією”. Він вважав це спробою психіки впоратись з травматичною подією. Більшість вчених погодились із цією теорією, вважаючи що через таку спонтанну спробу зцілитися людина намагається пережити травматичний досвід. Ця спроба є несвідомою та може викликати сильний стрес чи силу повторюваних емоційних реакцій.

З іншої сторони, психіка, стикнувшись з обставинами непереборної сили, може вдатися до зміну стану свідомості. Такі стани схожі до гіпнотичного стану - відмова від довільних дій, суб'єктна відстороненість, призупинення ініціативних та критичних суджень, посилене образне сприйняття, зміни відчуттів, включно із заціпенінням та спотворення реальності, втім деперсоналізація, дереалізація та зміни відчуття часу. [9] Травматичні події можуть виступати потужним активатором до трансу. Неспроможність до такого типу відсторонення люди можуть замінити алкоголем чи наркотиками, що дають короточасний ефект забуття. Про цей захисний механізм пам'яті зазначали ще Жане [65] та Кардінер. [66] Зокрема А.Кардінер зазначав, що констриктивний процес утримує капсулу з травматичними подіями поза межами свідомості і лише деякі моменти можуть з'являтися у свідомості людини. І хоча цей механізм дає певний захист для психіки від непереборних емоційних станів, з іншого боку він позбавляє можливості опрацювати цю травму та увіковічують її вплив на життя.

Травматичні події порушують відчуття зв'язку між особою та суспільством. Ставлять під сумнів базові людські стосунки, моменти віри і довіри.

Травматичні події, пережиті у дорослому віці, руйнують структуру сформованої особистості, пережиті ж у дитячому віці - формують спотворену особистість.

Дитяча психологічна травма - це травматична подія, що сталась в дитинстві та не була перепрацьована свідомістю. Вона відбивається у підсвідомості та

впливає у подальшому на формування особистості, її переконань та ідентифікацію “Я”. Безпалько О.В. дає визначення, що «дитяча психологічна травма» - це глибока емоційна подія, яка виникає внаслідок сильних негативних переживань у молодшому віці. Цей досвід може включати жорстоке поводження, нехтування, емоційну холодність, втрату близьких, життя в небезпечних умовах, тощо. [2]

Переживаючи психологічну травму дитина має сформувати довіру до ненадійного оточення, безпеки у небезпечній ситуації, контролю у жахливо непередбачуваній ситуації, сили у ситуації безпорадності. [9] І для цього вона має побудувати незрілу систему психічного захисту.

Для маленьких дітей надійне відчуття зв'язку з люблячими людьми із найближчого оточення є основою розвитку особистості, їхньої самобутності. У найраніші моменти життя у дитини формується довіра до світу, так звана базова довіра. При руйнуванні цього зв'язку травмована особа втрачає відчуття самості. Можуть відбуватись порушення на рівні базової тілесної цілісності. Втрачається віра в тебе, що поруч з іншими дитина може бути самою собою.

Діти, які знаходяться у середовищі небезпеки або поруч з емоційно нестабільними людьми, постійно мають бути пильними і розвивається надзвичайно високою чутливість до можливої загрози. Вони починають легко зчитувати міміку, жести, звучання голосу, збудження чи перебування під впливом алкоголю чи наркотичних речовин. Цей механізм розпізнавання стає автоматичним і виникає переважно за межами свідомості.

Якщо дитина перебуває в середовищі, де травматичні події стали основою життя, перед нею постає завдання формування надійних зв'язків з ненадійним оточенням, розвивати відчуття самості у стосунках з байдужими або і жорстокими людьми, шукати самозаспокоєння у небезпеці. І в цьому хаосі дитина має знайти свою віру і надію на життя. Для забезпечення і формування цих вірувань дитини відкидає той факт, що щось не так з її піклувальниками. Вона всіма силами намагається зберегти первинну прив'язаність до своїх батьків, застосовуючи при цьому широкий спектр психічних захистів. Дитина

використовує відверте заперечення реальності, пригнічує думки або ж використовує дисоціацію. У найважчих ситуаціях формує у своїй уяві окремих особистостей з ізольованими спогадами. Такий спосіб втечі від реальності слугує важливим принципом організації особистості.

Інший шлях примирення з травмуючою реальністю для дитини є формування нової реальності, в якій вона в усьому звинувачує себе, свою неправильність. На етапі раннього дитинства, коли власна особистість є орієнтиром для всього що відбувається навколо, таке самозвинувачення є нормою мислення. Але також воно відповідає процесам мислення на будь-якому віковому етапі, коли дитина намагається зрозуміти що з нею не так, шукаючи помилки у власній поведінці.

Дитина з почуттям неправильності самої себе часто намагається стати зручною і чемною, щоб догодити всім. І часто такі діти виростають в успішних людей, проте живуть з розумінням, що ця сторона є фальшивою та упередженням, що ніхто з оточуючих не знає її сутності. Компліменти і похвали вона не сприймає, адже це робиться тій успішній самості, а не їй.

В процесі повноцінного розвитку дитина набуває автономії та формує свою самість на надійних і безпечних зв'язках з піклувальниками. У будь-який складний момент вона може знайти прихисток в цьому зв'язку. Дитина, яка не мала такого надійного зв'язку, не може сформувати його і це перешкоджає нормальному розвитку емоційної саморегуляції, їх не вдається розвинути внутрішнє почуття безпеки. В майбутньому вона матиме більше залежність від зовнішніх джерел заспокоєння та перебуватиме у пошуках іншої людини, на яку можна було б покластись.

Виходячи із вищевикладеного, особливістю формування особистості дитини, яка зазнала психологічної травми є фрагментарність. І ця фрагментарність заважає інтеграції когнітивної сфери, емоційних станів та тілесного досвіду, стає на заваді формуванню відчуття незалежності в певних стосунках.

Дитина, яка мала травматичний досвід, зростає з думкою що дорослішання допоможе вирішити всі проблеми і вона віднайде себе і віру в безпечний світ. Але назагал у неї залишаються її проблеми з базовою довірою, автономією, самооцінкою та ініціативою.

Формуючи нові дорослі стосунки ця вже доросла людина перш за все прагне отримати ту базову віру, несформовану у дитинстві, захист та турботу, незважаючи на страх бути відкинутою чи зрадженою. Проте, нові стосунки не відповідають тим завищеним стандартам. Звичайні конфлікти сприймаються цією людиною надзвичайно гостро і можуть викликати занепокоєння, сильну тривогу, люті чи ненависть. Образи чи незначне нехтування сприймаються у гіпертрофованому розмірі. Не розуміючи свої почуття та емоції та маючи проблеми з їх висловленням, людина схильна до драматизації подій.

Дослідженням цього питання, питання прихильності, займалось багато вчених, зокрема Дж. Боулбі (1969) [35] та М.Мейн, Дж.Соломон (1990) [73]. Згідно з дослідженнями протягом першого року життя формується модель прихильності як система емоційних і поведінкових реакцій дитини у взаємодії з матір'ю, підґрунтям якої є узагальнений досвід взаємин з матір'ю [35]. В межах цієї теорії основою є переживання дитиною таких подій як сепарація та втрата близьких людей. Згідно цієї теорії прихильність розглядається як емоційних і тісний зв'язок між дитиною та матір'ю. Ця прихильність формується з перших днів життя і впливає на весь його подальший перебіг. Відчуваючи підтримку та захист від об'єкту прихильності, дитина сміливо пізнає цей світ, проявляє пізнавальну цікавість. З часом, на основі цих стосунків, вона вибудовує свою комунікацію з навколишнім світом. У цієї внутрішньої робочої моделі є обов'язковий елемент і це просторово-часова структура причинно-наслідкових зв'язків між діями, подіями, об'єктами, цілями і репрезентаціями. Ця модель може зазнавати змін за умови змін у відчутті надійності з об'єктом прихильності (прив'язаності). Особливо важливим періодом для формування прив'язаності є від народження до 3-х років.

Боулбі і Ейнсворт (1975) [35] виокремили 3 типи прив'язаності:

- Надійний - формується при стабільному зв'язку з об'єктом прихильності, коли дитина впевнена у безпеці і захисті.
- Тривожно-амбівалентний - зв'язок з об'єктом ненадійний. Формується схильність до надмірної емоціональності та постійний пошук доказів прихильності.
- Уникаючий - зв'язок з об'єктом прихильності не сформував відчуття захищеності. Дитина схильна до приховування своїх почуттів та емоцій, уникає формування довіри у стосунках.

Більшість дослідників дійшли висновку, що ранні прихильності безпосередньо впливають на формування стосунків у дорослих. Дж.Боулбі [35] вважав, що ці моделі можуть трансформуватись під впливом інших стосунків і розвитку нових когніцій.

Через бажання турботи та піклування травмована особа майже завжди буде мати труднощі із власними кордонами у стосунках з іншими. Через схильність шукати проблеми в собі та ідеалізувати свого партнера вона не бачить реальності. Надмірна емпатичність, низька самооцінка та підсвідоме прагнення пережити і виправити минулі стосунки можуть призвести до повторних травматичних епізодів чи зловживань.

Враховуючи вищевикладені причини ризик повторної травматизації у таких людей надзвичайно великий. Майже вдвічі вищий ризик зґвалтування у осіб, які пережили пережити сексуальне зловживання у дитинстві. У дослідженні жінок - жертв інцесту, яке було проведене Діаною Рассел, дві третини з них згодом були зґвалтовані. [85]

1.2. Теоретичні підходи до вивчення копінг-поведінки як механізму подолання наслідків психотравматичного досвіду

Життя сучасної людини неможливо уявити без стресу. Він супроводжує нас повсякдень і тому, вважаємо, необхідно зрозуміти та надати визначення цьому процесу та способами реагування на нього - "копінгу".

Реакція людини на стрес може бути як довільною так і мимовільною. Коли людина під час стресу приймає певні рішення, керуючись своєю свідомістю, - це довільна реакція. При мимовільній - людина керується темпераментом, вродженими якостями або ж тими, що сформувалися в результаті багаторазового повторення і не потребують вольової регуляції, формуються на підсвідомому рівні.

Поняття “стресу” вперше було розглянуто в працях У.Б.Кеннона, в яких зазначається, що стрес - це викликане емоційне напруження, яке стимулює реакцію “боротись або бігти”. [11]

Г.Сальє через певний час виклав своє розуміння поняттю “стрес”. Він розбив це поняття на два значення - дистрес і еустрес. Дистресом він назвав класичне розуміння стресу - реакція організму на повну загрозу. Еустрес - це щось позитивне, що не несе в собі загрози для людини. [11]

Саме поняття “копінг” вперше з’явилося в працях Л.Мерфі. Під “копінгом” класично розумілась готовність особи вирішувати життєві проблеми, поведінка, якого спрямована на вирішення життєвих обставин. Копінг формує певні засоби для подолання емоційного стресу.

Традиційно розглядається, що копінг-поведінка це механізм відповіді на стресову ситуацію, в основі якої лежить її подолання або захист від неї. [22] Безпосередній вибір стратегій подолання залежить від ступеню інтенсивності стресової ситуації, стресовості самої події та психологічної стійкості особистості адже потреба у копінгу виникає за необхідності уникнення або вирішення певної ситуації.[28]

Ця поведінка складається із дій, головною метою яких є впоратись зі складною стресовою подією використовуючи продуктивні (проблемний аналіз, співробітництво), відносно продуктивні (надання смислу, емоційна розрядка, компенсація, відволікання) та непродуктивні стратегії (стримання, ігнорування, активне уникнення). [14]

В ході вивчення копінг-стратегій Р.Лазарус переосмислив дефініцію поняття “стрес” - “психологічний стрес” і виклав його по-новому - це

дискомфорт, який відчувається коли відбувається дисгармонія між індивідуальним сприйняттям обставин оточення, та ресурсів, що доступні для взаємодії з цим оточенням. Людина сама оцінює ситуацію як стресову. Згідно з Р.Лазарусом і С.Фолкман люди оцінюють для себе рівень стресогенності ситуації та свої можливості впоратись з нею. [69]

За Р.Лазарусом людина когнітивно оцінює поточну ситуацію і за сумою когнітивних процесів людина формує стресогенність ситуації. [69]

В науковій літературі можна зустріти два основні підходи до вивчення копінг поведінки. Одна з них - орієнтована теорія за авторством К.Меннінгера. [78] Згідно цієї теорії копінг є механізмом особистості, за допомогою якого можна позбутися від внутрішнього напруження. При проведенні аналізу копінг-механізмів він виділив найбільш та найменш патологічні для особистості.

А.Фройд [59] та Д.Вайлант [94] вивчали копінг відповідно до его-орієнтованої теорії. В основі їх вчень - захисні механізми психіки.

“Копінг” - вироблені людиною засоби психологічного захисту, які формують поведінку людини в певних умовах” - це поняття було сформульоване Р.Лазарусом і дає найширше розуміння цього процесу. [69]

В сучасній науково-психологічній літературі копінг розуміється як мінливий процес, стійкі патерни якого формують певні реакції та характер поведінки. [37]

За Р.Лазарусом та С.Фолкманом [70] виділено вісім основних копінг-стратегій:

- планування вирішення проблеми, докладання зусиль по зміні ситуації, які включають в себе дослідження для вирішення проблеми, формування плану дій;
- конфронтуючий копінг, а саме активні зусилля для зміни ситуації, певна ступінь агресії та готовність до ризику;
- прийняття відповідальності, а саме признання своєї ролі в виникненні проблеми та прийняття певних рішень, що впливають на проблему;

- самоконтроль, який характеризується в вольовій регуляції своїх переживань та дій, осмислення впливу, який ситуація завдає людині;
- позитивна переоцінка, згідно з якою людина шукає переваги в стресовій ситуації, провокується позитивним світоглядом;
- пошук соціальної підтримки, звернення за допомогою до оточуючих, пошук порад;
- дистанціювання, яке проявляється в когнітивних зусиллях зменшення значимості ситуації, перенесення її на другий план, зміна фокусу на інші речі;
- уникнення та втеча від проблеми, які притаманні для ескапізму, спонукають до адиктивних звичок [69].

Впоратись із стресовими ситуаціями допомагають наступні копінг-ресурси:

- ресурси особистості, такі як «Я-концепція», інтернальний локус контролю, ресурси когнітивної сфери, афіліації;
- емпатія;
- позиція людини до навколишнього світу, духовність, ціннісна мотиваційна структура особистості;
- ресурси соціального середовища, а саме оточення, в якому живе людина;
- вміння знаходити, приймати і надавати соціальну підтримку;
- інтернальний локус контролю, або вміння контролювати своє життя і брати відповідальність за нього, є особистісним ресурсом, на основі якого формується адаптаційна поведінка. [69]

Ці копінг-стратегії у свою чергу були поділені на 4 групи:

1. Включення людини в вирішення проблеми - її планування дій, прийняття відповідальності.
2. Задля вирішення проблеми людина змінює свій психологічний стан, використовує стратегії самоконтролю та позитивної переоцінки.
3. Для третьої групи характерним є дистанціювання на уникнення людиною, відмова змінювати свій стан чи ситуації.

4. Копінг-стратегії четвертої групи полягають у пошуку людиною допомоги зі свого оточення, вона не вирішує ситуацію самостійно, а намагається отримати соціальну підтримку.

За Р.Лазарусом, численні стратегії використовуються людиною при стресі, інші стратегії - за інших умов і частіше. Він зазначав, що копінг-поведінка це комплексний процес, який виступає посередником емоцій, а окремі емоції пов'язані з певними стратегіями подолання [69].

Згідно іншої теорії дослідників Р.Моос та Д.Шеффер можна виділити три стратегії копінг-поведінки:

1. Визначення для себе значення ситуації, фокусування на поведінці.
2. Прийняття рішення щодо вирішення ситуації, фокусування на проблемі.
3. Скерованість власних почуттів для підтримання психологічної рівноваги, фокусування на емоціях.[51]

Основне припущення, яке можна сформулювати з цієї теорії, що здоров'я та самопочуття визначаються шляхом двосторонньої взаємодії когнітивної оцінки та відповіді на подолання стресу та внутрішніх і зовнішніх стресорів, інших життєвих випробувань.

На думку Є.П.Ільїна є три категорії для класифікації копінгів:

1. Емоційно-проблемний копінг, емоційно-фокусований копінг, проблемно-фокусований копінг.
2. Когнітивно-поведінковий копінг, або внутрішній, «відкритий» поведінковий копінг та орієнтований на відкриті дії копінг.
3. Успішний чи неуспішний копінг. [37]

Наступну класифікацію запропонували С.Перін та Дж.Шулер:

- стратегія зміни способу бачити проблему;
- стратегія зміни проблеми;
- стратегія керування емоційним дистресом [37].

Поняття ж “психологічний захист” було введено З.Фройдом (1894) [60]. Він вважав, що це процес, який проявляється у різних способах боротьби

власного “Я” із хворобливими думками, який відбувається на тлі неусвідомленого внутрішнього конфлікту, який переживає людина. Тобто це процес ухилення від усвідомлення якоїсь проблеми та необхідності її вирішення. За їх допомогою з’являється певний психологічний спокій.

За З.Фройдом [60] захисні механізми є вродженою структурою захисту “Его”. А.Фройд (1936) [59] зазначала, що це продукти розвитку та навчання, вони є індивідуальними та характеризують рівень адаптованості особистості. Вона виокремила наступні захисні механізми:

- витіснення,
- регресія,
- реактивне утворення,
- ізоляція,
- скасування колишнього ніколи,
- проекція,
- інстроекція,
- звернення на себе,
- звернення в свою протилежність,
- сублімація,
- ідеалізація,
- заперечення за допомогою фантазування,
- ідентифікація з агресором тощо.

Питанням систематизації захисних механізмів також займався Дж.Вейлант (1976) [93] і називав їх «інтрофізичними засобами адаптації» і класифікував за чотирма рівнями:

- вищі,
- зрілі,
- невротичні,
- примітивні.

Захисні механізми відрізняються від копінг-стратегій переважно свідомістю регуляції. І якщо копінг це добровільне використання певної

поведінкової стратегії, то захисний механізм це більш підсвідома реакція і відношення до ситуації. В деяких працях дослідники визначають копінг, як психологічний захист, який є підконтрольним свідомості. В інших наукових працях зазначається, що копінг і захисні механізми це не одна група, оскільки копінг може бути і свідомий і несвідомий, тоді як захисний механізм лише іноді може використовуватись на свідомому рівні. [5]

Копінг включається за допомогою когнітивних, моральних та мотиваційних структур особистості для подолання життєвих негараздів. Він сприяє кращій адаптації людини за допомогою наявних ресурсів та відповідно конкретній життєвій ситуації. В той час як захисні механізми є більш універсальним та пасивним способом адаптації до обставин. Згідно досліджень, адаптивні можливості копінг-стратегій збільшуються під час дії сильних стресорів. Тобто існує пряма залежність - чим вищий стрес, тим вище можливість особи до подолання та адаптації.

Виділяють три типові поведінкові копінг-стратегії [34]:

1. Стратегія вирішення проблеми - основою є реакція-відповідь на стресор.
2. Стратегія пошуку соціальної підтримки - людина шукає підтримку в оточення.
3. Стратегія уникнення - людина намагається уникнути ситуації, ухилитись від контакту з реальністю. Способи уникнення в свою чергу поділяються на активні (свідоме уникнення) та пасивні (хвороби або різного роду залежності).

Враховуючи зазначене можна зазначити що, незважаючи на те, що значення “копінг” є багатофункціональним, ми його розглядаємо як спосіб ефективної реакції на стресові події, який дозволяє адаптуватись і знизити негативний вплив стресу. Копінг-стратегія - це усвідомлена, раціональна поведінка, яка на основі наявного особистісного досвіду та психологічного ресурсу, дає змогу подолати критичну ситуацію.

1.3. Резильєнтність як характеристика життєстійкості та відновлення особистості після травми

Для людини, яка має травматичний досвід, резильєнтність виступає основним фактором посттравматичного благополуччя і сприяє використанню індивідуальних психологічних можливостей для використання механізмів відновлення.

Цей термін, “резильєнтність” з’явився у наукових працях присвячених спроможності дітей долати кумулятивний ефект НДД, в подальшому він поширився на наукові роботи стосовно всіх вікових категорій [15]. Наразі ми можемо бачити, що резильєнтність описується як багатофакторне явище, яке охоплює особистісні характеристики та вплив навколишнього оточення. Воно включає в себе підтримку оточення, когнітивну гнучкість, позитивне мислення та емоційну лабільність. [13, 17, 20]

Перше повноцінне дослідження щодо резильєнтності розпочались в 1950-х роках і було проведене Вернер Е. та Смітом Р. (1992, 1997) [18] Ними було проведене лонгітюдне дослідження майже 700 дітей з острова Кауаї (Гаваї), які народились і виховувались за соціально неблагополучних обставин - бідність, дисфункціональні родини та нестабільність середовища. Згідно отриманих даних близько третини респондентів виросли психічно здоровими, успішно інтегруватися у суспільство та створили безпечні зв'язки з оточуючими. Для переборювання несприятливого дитячого досвіду вони використовували такі захисні механізми, як адаптацію до подій, пошук рішень, налагодження безпечних міжособистісних зв'язків та психоемоційну регуляцію. Це доводить, що НДД не є вирішальним фактором дезадаптації. За умов наявності певних внутрішніх ресурсів (резильєнтності) та підтримки оточуючих у дитини формується ефективна копінг-поведінка навіть за умов несприятливого досвіду. Це дослідження запровадило новий етап дослідження резильєнтності, підкреслюючи роль соціального оточення та зовнішніх факторів при утворенні навичок пристосування. [96, 97, 98]

Аналізуючи наукову літературу ми можемо зазначити існування кількох підходів розуміння цього визначення:

- резилієнс - особистісна риса, яка дає ресурс протидіяти стресовим ситуаціям в житті, сприяє розвитку адаптаційних рис таких як гнучкість, винахідливість, здатність швидко адаптуватись до змінених умов;
- резилієнс рухливий процес - процес адаптації позитивної сторони до стресових факторів проходить при несприятливих умовах. [13]

За таких обставин резильєнтність визначається як постійний та нерівномірний процес, під час якого особистість не дивлячись на змінювані та несприятливі умови здатна набувати нових адаптивних рис, проявлятися та відновлюватися. [11] Це твердження ми можемо побачити в працях Ф.Джордано (2022). Вона так само зазначає, що резильєнтність не є сталою якістю, це процес довжиною в життя, який має певні ознаки: нелінійний і мінливий, неусвідомлюваний та наростаючий. [12] Одним з основних її моментів є не протистояння, основна ідея полягає у зміні та розвитку, і це вимагає сил від особистості та її оточення, що у свою чергу дозволяє не тільки вистояти у скрутні моменти, але і здобути нові якості і підсилити себе.[12]

З іншої сторони В.Нечай (2024) зазначає, що резильєнтність це багатофакторне поняття, яке містить в собі феноменологічний, семантичний і психологічний фактори, через це аналіз цього явища є складним і неоднозначним, але і надзвичайно важливим для його розуміння. [27]

В праці Л.П'янківської (2023) можна виділити, що в залежності від середовища чи обставин прояви резильєнтності можуть відрізнятись, (дослідження проводилось серед студентів щодо їхнього рівня адаптаційних можливостей). [29]

Лукомська С.О. (2025) у своїх дослідженнях вказувала, що резильєнтність є одним з головних особистісних ресурсів, які сприяють подоланню стресу. Також підкреслює важливість посттравматичного зростання та життєстійкості. [21] У праці Шелюг О.А. (2014) зазначається, що резильєнтність не виступає обов'язковою умовою посттравматичного зростання, не зважаючи на те що

обидва явища пов'язані із пережиттям психотравмуючого досвіду. На її думку, резильєнтність це здібність особистості повертатись до попереднього рівня психорегуляції, до травматичних подій. Вона допомагає пережити стрес та запобігти розвитку психоневрологічних розладів, але не впливає на формування нових якостей особистості. А посттравматичне зростання - це здатність набувати нових рис, переопрацьовувати набутий досвід, нове сприйняття себе та оточуючого світу. [38]

На думку Соловей-Лагода О.А. (2024) у складі резильєнтності можна виділити кілька підпунктів, які відіграють значну роль у здібності особистості пережити стресову ситуацію:

- емоційна регуляція - спроможність відновити позитивний психоемоційний стан після травмуючої події, саморегуляція власних емоційних станів;
- соціальна підтримка - підтримка і допомога зі сторони найближчого оточення, громади;
- когнітивна гнучкість - підлаштування власних думок під змінювані обставини, їх контроль, переосмислення набутого досвіду;
- планування - визначення життєвих пріоритетів та дотримання шляху до їх досягнення;
- формування адаптивних копінг-стратегій. [33]

Фактори, які сприяють у формуванні та покращенні резильєнтності є будь-які фактори, що слугують фундаментом для особистості, описала у своїй роботі Кіреєва З.О. (2022). Одним із важливих факторів є фактор віку, який має пряму залежність з кількістю предикторів. Так, після досягнення людиною 40 років, резильєнтність залежить не тільки від позитивного мислення, а й від стану фізичного здоров'я, зрозумілості подій та станом здоров'я найближчого оточення. [13]

О.Воронова та М.Барчій у 2024 р. зазначили про важливість аспекту емоційної регуляції та самоконтролю при оцінюванні резильєнтності з точки зору особистісного розвитку. [8]

Дослідження цього поняття також відбувались залежно від її контексту, так у праці Т.Цюман, О.Нагула та З.Адамська (2025) наголос робиться на психологічних умовах розвитку резильєнтності у педагогів під час воєнного стану, наголошуючи на ролі стійкості та емоційного інтелекту. [21]

У своїх роботах вчені зазначають, що важлива роль резильєнтність не тільки у подоланні складних життєвих ситуацій, але і в успішності цього та збереженні власної ідентичності та розвитку її. Аналізуючи роботи Асонов Д. і Хаустова О. (2025) варто зауважити, що визначення “резильєнтності” тісно пов'язано з визначенням “резильєнсу”, перше є властивістю або здатністю, в той час як друге - процесом. [1] У той час на думку American Psychological Association “резильєнс” можна визначити і як процес і як результат пристосування людини до травматичних або стресових подій. Цьому сприяє адаптаційні процеси прийняття нових обставин і вимог та особистісні риси, такі як емоційна та розумова гнучкість. [17]

Зважаючи на визначення резильєнтності, як спроможність психіки людини регенерувати після стресових подій, Кокун О.М. та Мельничук Т.І. (2025) запропонували наступну класифікацію факторів, які покращують чи погіршують процес регенерації:

- фактори індивідуального рівня - бажання та думки, адаптивний копінг, гарний фізичний стан, контроль поведінки, альтруїзм;
- фактори сімейного рівня - підтримка, адаптивність, виховання, близькість, комунікації;
- фактори робочої команди - згуртованість, комунікації, спільна робота, сприятливий психологічний клімат;
- суспільний фактор - приналежність, загальність, позитивність настрою, ефективна комунікація.[17]

Із позитивних чинників резильєнтності, що вона формує під натиском стресової ситуації:

1. Стрессова редукція - впливає на зменшення ефекту впливу первинної емоційної реакції.

2. Адаптивна перебудова - продуктивні зміни особистості, її копінг-стратегій, вірувань та переконань. Формуються нові якості та підсилюються пріоритети.[20]

А.Мастен (2019) вважає, що основною базою резильєнтності є стійкість зв'язків з оточенням та соціальна підтримка. Така позитивна взаємодія та підтримка оточення дає індивіду почуття прийняття, розуміння, безпеки та розуміння, які допомагають у подоланні наслідків стресових ситуацій. У осіб з різним рівнем НДД ефективність копінг-поведінки визначається збереженням цієї взаємодії та підтримки, що підтверджує необхідність зменшення концентрації на патологію та збільшення концентрації на пошук збереження ресурсів особистості. [75] На підтримку цього твердження вважаємо необхідним навести дослідження Пістржак Р.Н. та Соусвік С.М. (2011), що відчуття підтримки та розуміння оточення має вплив на вищий рівень резильєнтності та зменшення інтенсивності проявів ПТСР. [82]

Такі якості, як віра в себе та оточення, позитивне мислення, почуття гумору допомагають віднайти опору у важкі моменти життя. Впевненість у власних силах, позитивний настрій допомагають у переосмисленні ситуації і пошуках адаптативних рішень і є важливими складовими резильєнтності. Так, згідно досліджень Іган Г. та ін. (2022) люди з ліпше розвиненим позитивним мисленням та більше впевнені в своїх силах краще приймають виклики та відновлюються після травматичних подій. [52] Ці самі висновки можна зробити на підставі дослідження Курова (2021) - впевненість у собі і оточенні, позитивний настрій та адекватна самооцінка - ось чинники, які впливають на резильєнтність. [19]

Ще однією ознакою резильєнтності є висока саморегуляція. Саме вона, на думку Головей С. (2017) допомагає у стресових ситуаціях впливати на свої емоції та думки, проявляти високі здібності виконавчої функції, проживати несприятливі події та адаптуватись у нових умовах. [62]

Досліджуючи чинники прояву та розвитку резильєнтності Саутвік С.М. та Чарні Д.С. виокремили наступні фактори, за допомогою яких особистість краще адаптується до кризових ситуації та їх наслідків:

1. Соціальні зв'язки - надійна підтримка близьких та оточуючих;
2. Вміння вирішувати проблеми - навички чітко формулювати шляхи вирішення проблем та дотримуватись їх, вміння долати стресові ситуації;
3. Розуміння суті та прагнення, що дають мотивацію для подальших дій;
4. Самосвідомість - здатність проаналізувати та зрозуміти свої мотиви, вчинки та їх наслідки;
5. Когнітивна та емоційна гнучкість - вміння приймати нові обставини, адаптуватись до них, лабільність у своїх переконаннях, здатність змінювати їх під впливом подій;
6. Реалістичний оптимізм - вміння побачити у ситуації потенціал для особистісного розвитку, але розуміючи її тимчасовість і не відкидаючи реальну оцінку ситуації;
7. Протидія страху - здатність вдумливо стикатись зі своїм страхами, а не ігнорувати їх;
8. Релігія та духовність - в складні для себе часи люди з високим рівнем резильєнтності усвідомлено звертаються до релігії чи різних духовних практик;
9. Резильєнтні рольові моделі - існування іншої особистості, приклад якої може надихати;
10. Моральний компас - наявність особистих цінностей. [32]

Схожі чинники розвитку резильєнтності у людини сформував професор Колумбійського університету Дейвид Джи.Хелерстейн (2011). Він визначав резильєнтність як вміння адаптуватись до стресових ситуацій, шляхом пошуку нового сенсу та утримуючи рівновагу. На його думку, розвиваючи резильєнтність через певні думки та діяльність, можна підсилити психологічну стійкість:

1. Позитивне мислення - вміння знаходити шлях для розвитку, переживаючи стресову ситуацію, орієнтація на світлі моменти і віра у майбутнє;
2. Пошук сенсу - наявність цілі слугує для людини важливим ресурсом для подолання негараздів;
3. Саморегуляція - відстеження та контроль власних думок сприяє формуванню врівноважених рішень та психо-емоційній стабілізації.
4. Соціальна підтримка - безпечне і розуміюче оточення є підґрунтям для формування резильєнтності;
5. Гнучкість та адаптація - вміння підлаштуватись під подію, адаптуватись до нових вимог та прийняти необхідність змін;
6. Фізичне здоров'я - підтримка свого здоров'я шляхом правильного харчування, дотримання режиму сну та відпочинку сприяє емоційній стабільності та стійкості;
7. Гумор - гумор допомагає скинути емоційну напругу і розглянути проблему під іншим кутом;
8. Освіта та саморозвиток - здобуття нових знань формує комплекс нових навичок та вмінь, що позитивно впливають на самооцінку та стають джерелом пошуку нових рішень;
9. Усвідомленість і медитація - ці та інші практики майндфулнес допомагають віднайти спокій у моменті, поліпшити психоемоційний стан та зняти напругу. [63]

Американська психологічна асоціація у 2014 році представила свої підходи до розвитку резильєнтності:

1. Сприятливі стосунки з оточуючими, які будуть слугувати опорою та підтримкою.
2. Сприйняття кризових моментів життя як можливість для розвитку, а не безнадію.
3. Прийняття неминучості змін (не на всі зміни ми можемо вплинути чи побороти).

4. Активна життєва позиція (активна діяльність щодо вирішення питань, яка позитивно впливає на почуття контролю над власним життям).
5. Реалістичні цілі (постановка реалістичної мети та щоденні кроки до неї).
6. Саморозвиток (вміння бачити шляхи для розвитку у/після кризової ситуації).
7. Позитивне мислення (допомагає бачити перспективу, а не перешкоду на шляху, підтримує віру у власні сили).
8. Йти до мети (здатність бачити свою мету, а не труднощі на шляху до неї).
9. Формування віри в свої сили (допомагає долати перешкоди і не будувати примарні у власній голові).
10. Дбати про фізичне та психічне здоров'я (збалансоване харчування, режим дня, улюблені справи допомагають у підтриманні емоційної стабільності).

Враховуючи вищевикладене, можна підсумувати, що резильєнтність це не стільки вроджений навик, як риса, яку можна розвивати. Вона може стати підґрунтям для посттравматичного зростання та зміцнення, прикладом адаптивної копінг-стратегії, яка допоможе сприймати і адаптуватись до викликів життя.

1.4. Теоретичні моделі взаємозв'язку негативного дитячого досвіду, копінг-поведінки та резильєнтності

Вплив стресу, а тим більш травматичного досвіду, на психіку дитини може призвести до формування особистості без почуття довіри до об'єкту прихильності та навколишнього світу, без відчуття самоцінності та безпеки навколишнього світу. Для того, щоб хоч якось убезпечити себе у цьому світі дитина формує незрілу систему копінг-стратегій, яка часто є неадаптивною.

Існує ряд наукових досліджень, які зазначають про вплив дитячої психологічної травми на формування дорослої особистості, зокрема зростає ризик тривожних розладів, розладів харчової поведінки, депресії, синдрому

дефіциту уваги та гіперактивності, посттравматичний стресовий розлад, в порівнянні з людьми без подібного дитячого досвіду.

Стратегію уникнення можна спостерігати у осіб з порушеною системою саморегуляції. В дитинстві вони зазнали насильства - емоційного чи фізичного або пройшли через нехтування від найближчого оточення. Такі люди часто заміщують реальне життя віртуальним світом (відеоігри, беззмістовний скролінг, соціальні мережі, різноманітні форуми). Або поринають повністю у роботу чи небезпечні заняття спортом.

Ще один спосіб уникнення реального життя з травмами та їх наслідками - вживання різноманітних психоактивних речовин, порушення харчової поведінки або самоушкодження, як спосіб повернути контроль та впоратись із внутрішнім хаосом.

За наявності психологічних травм, сформованих через порушення прив'язаності дитини до батьків, формуються деструктивні переконання щодо власної меншовартості та небезпеки навколишнього світу або оточення.

Через ці переконання може сформуватись унікаючий тип прив'язаності. З'являються цілі покоління, які схилиються до уникнення або повної відмови від соціальної підтримки. Недовіра до оточення призводить до того, що людина ізолюється і покладається виключно на власні сили, що призводить до фізичного та емоційного виснаження.

Іншим варіантом розвитку подій може бути формування тривожного типу прив'язаності, коли індивід надмірно залежить від зовнішньої системи підтримки та оцінювання. Орієнтація тільки на соціальне зовнішнє схвалення може сприяти унеможливленню адекватному вирішенню проблеми і ця стратегія стає також неадаптивною.

Формування неорганізованого типу прив'язаності засноване на хаотичному і швидкому зміні різних копінгів від уникнення до інтенсивного вираження власних емоцій.

Джеффри Янг (2020) [99] та заснована ним теорія схем дає розуміння що вибір копінгу у дорослому віці залежить від глибинних особистісних переконань, сформованих на основі дитячих психологічних травм.

В основі вигорання, спричиненого власним відчуттям дефектності, яке індивід намагається спростувати через досягнення успіху, знаходиться копінг-стратегія гіперкомпенсації (трудоголізм, перфекціонізм). Схема, яка відповідає за установку - дефективності чи сорому.

Для схеми емоційної депривації характерна копінг-стратегія - капітуляція. Людина стає пасивною, відмовляється від відстоювання своїх прав, інтересів та самого себе адже підсвідомо є думка про свою незначущість та невіра у власні сили.

Румінація (нав'язливе обдумування) та уникнення, як копінг-стратегії, є притаманними, на думку автора, для схеми "уразливість до шкоди (тривоги, паніки)". Відповідно до цього копінгу людина проводить надмірний аналіз можливих катастроф або ж повністю відмовляється від дій, які є ризикованими, але необхідними для розвитку ситуації.

Люди з тривожним типом прив'язаності, які спираються на зовнішню соціальну підтримку, важче можуть впоратись із фінансовою нестабільністю. Часто демонструють безвідповідальність до власного фінансового благополуччя, накопичення боргів, спираючись на копінг-стратегію незрілості та пасивності.

Іншим типом копінг-стратегії, спрямованої на уникнення, є ескапізм у мережу. Це надмірне використання різноманітних соціальних мереж, відеоігор і стрімінгових платформ задля запобігання зустрічю з власними негативними емоціями, реальними проблемами чи внутрішнім дистресом. За допомогою цього копінгу людина швидко отримує соціальне схвалення, визнання, заповнює власне почуття неповноцінності. Він є деструктивним і призводить до ще більшого відчуття соціальної ізоляції. Негативні відчуття залишаються непережитими і неперепрацьованими психікою, вони заглушаються яскравістю і легкістю віртуального світу.

Резильєнтність виступає як здатність швидко адаптуватись та відновлюватись після психотравмуючих подій, ні її формування впливає багато різних факторів - соціальний, психологічний, генетичний та інші. Особистісні відмінності кожної людини мають вплив на подолання наслідків негативного досвіду.

Важливим чинником розвитку резильєнтності називають ранній дитячий досвід, який включає в себе безпечний зв'язок з об'єктом прив'язаності, постійну турботу та безпечне оточення. Саме ці фактори є фундаментом резильєнтності, формують почуття безпеки та довіри, навички емоційної саморегуляції. Якщо ж ситуація для дитини складається навпаки - це може підвищити вплив стресів та збільшити вірогідність психічних розладів. (Klika & Herrenkohl, 2013). [67]

Так, досліджуючи генетичний чинник (Берзон Л. та ін., 2015), який має вплив на резильєнтність людини, вчені виокремили ген ADRB2, він кодує 2-андренорецептори симпатичної нервової системи - бере участь у вітальній реакції “бий або біжи” та впливає на розвиток ПТСР. Цей ген може мати певні варіації (поліморфізми), які впливають на те, як людина сприймає свій негативний дитячий досвід. Одна з варіацій впливає на схильність до порушення емоційної регуляції та стає предиктором розвитку ПТСР, депресивних та тривожних розладів. Відповідно людина з більшою ймовірністю обере малоадаптивні чи дезадаптивні копінги. Інша варіація гену сприяє розвитку резильєнтності та знижує рівень ПСТР у подальшому, сприяє збереженню когнітивного контролю та формуванню адаптивної копінг-поведінки. [71]

В доповнення, вважаємо за необхідне, зазначити також про дослідження Каспі А. та інш. (2010) стосовно поліморфізму гену-переносника серотонін 5-HTTLPR, відповідального за емоційну регуляцію. Він має два варіанти - короткий та довгий. Люди з коротким варіантом, які мали негативний дитячий досвід, більш схильні у дорослому віці до депресії та суїцидальних думок. В той час люди з довгим варіантом гену виявили вищий рівень резильєнтності. Під

час дослідження було виявлено взаємодію між генетичним профілем та середовищем - під впливом негативного досвіду активуються генетична вразливість, що в подальшому впливає на формування копінг-поведінки. [49]

Вивчаючи епігенетику неможливо не зазначити про дослідження Майкла Міні та колег (2004) щодо гену NR3C1. [77] В ході дослідження вивчалось як турбота об'єкту прихильності впливає на активність генів (рецептори глюкокортикоїдів) і було виявлено, що відсутність цієї турботи зумовлює метилювання гену NR3C1, який втрачає свою активність та втрачається здатність вчасно припиняти викид кортизолу (дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі). Надлишок кортизолу у свою чергу продукує відчуття тривоги і призводить до унікаючої чи імпульсивної копінг-поведінки. Формується знижена резильєнтність та схильність до маладаптивних копінг-механізмів через неможливість фізіологічної регуляції стресового відгуку.

Досліджуючи вплив негативного дитячого досвіду на структуру мозку Мартін Тейчер та ін. (2003, 2016) зазначив про зменшення об'єму гіпокампу (відповідає за пам'ять та контекст) та мозолистого тіла (зв'язок між півкулями), амігдала (центр страху) була гіперактивна. Тобто НДД корелює з структурними змінами мозку, які призводять до переважаючої ролі емоційно-орієнтованого копінгу над проблемно-орієнтованим, через переважаючий інтенсивний афект. [90, 91]

Елізабет Біндер (2008) з колегами досліджувала вплив стресу та НДД на варіації гормону FKBP5, який регулює чутливість рецепторів до кортизолу. Результати показали роль генетичного поліморфізму гену у формуванні ризику розвитку ПТСР та низької резильєнтності. В разі наявності у людини НДД порушується механізм зворотнього зв'язку в регуляції кортизолу, що може стати основою для формування дезадаптивних копінг-стратегій поведінки. [77]

У 2020 році було опубліковане дослідження щодо впливу хронічного стресу на префронтальну кору мозку, внаслідок чого важче планувати, контролювати імпульси та переключати увагу. Тобто доведений прямий зв'язок

між рівнем НДД та дефіцитом виконавчої функції. Таким чином можна пояснити особливість копінг-поведінки людини з високим рівнем НДД - обмеженість когнітивних функцій змушує використовувати менш енергоємні стратегії, дезадаптивні, (уникнення, заперечення), що знижує рівень їх резильєнтності.[72]

Тадескі Р. та Блевінс К. (2017) дослідили поняття посттравматичного зростання і дійшли висновку, що при використанні певних копінг-стратегій, НДД може стати фундаментом для особистісного розвитку. Резильєнтність у цьому випадку виступає не тільки як здатність до відновлення, а й як динамічний процес перетворення травми на новий життєвий ресурс. [89]

Також хочемо зазначити роботу Бонанно Дж. та Бертон К. (2013) щодо дослідження особливостей копінг-поведінки осіб з НДД та їх концепцію “регуляторної гнучкості”. Автори підкреслюють важливість здатності особистості до динамічної адаптації відповідно до наявної ситуації для ефективного подолання травматичної ситуації. Згідно з Бонанно Дж. регуляторна гнучкість складається з 3 взаємопов’язаних компонентів:

1. Спроможність сформулювати адекватну оцінку поточної ситуації.
2. Наявність широкого спектру копінг-стратегій.
3. Вміння аналізувати поточну ситуацію для обрання найефективнішої копінг-стратегії та, за необхідності, її зміни.

Таким чином розвинена регуляторна гнучкість може бути причиною високої резильєнтності осіб з високим рівнем НДД. Це дозволяє індивіду уникати неадаптивних копінг-стратегій та обирати найбільш ефективні інструменти подолання залежно від змінюючихся обставин, що запобігає розвитку клінічно важливих ознак травматичного стресу. [46, 47]

Висновки до першого розділу

У цьому розділі ми розглянули теоретичні основи понятійного апарату цієї роботи. Описали витоки поняття “негативний дитячий досвід”,

“психологічна травма”, “дитяча психологічна травма”. Дослідили руйнівний вплив травми на розвиток свідомості дитини, формування її особливих станів та спектр соматичних та психологічних симптомів, які утворюються під впливом психологічної травми. Осмислили феномен негативного дитячого досвіду як кумулятивну сукупність психотравмуючих подій (різні форми насильства, неглект, нехтування, виховання у дисфункційній родині). Визначили, що НДД має пролонгований характер і визначає фізичний та психоемоційний розвиток особистості. Нейробіологічні дослідження (Тейчер М., Міні М.) [77, 90, 91] зазначили вплив травмуючих подій на гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь та структурні зміни головного мозку, що сприяє вразливості до стресу у дорослому віці.

Визначили поняття “копінг-стратегія” та розглянули різні підходи і розмежували на адаптивний (проблемно-орієнтований) та дезадаптивний (уникаючий та емоційно-орієнтований) копінг.

Проведений теоретичний аналіз дозволив сформулювати твердження про вплив дитячої травми на копінг-стратегії дорослої особи. Так, через теорію прив’язаності Дж.Боулбі [42] було описано як порушення надійного зв’язку дитини з об’єктом прив’язаності призводить до формування дезадаптивних внутрішніх моделей, через які формується копінг уникнення (недовіри) чи залежний (тривожний) від схвалення оточення. Дослідження Дж.Бонанно [46, 47] показало важливість “регуляторної гнучкості”, яка адекватно оцінювати ситуацію та змінювати копінг-стратегії залежно від їх ефективності. Завдяки Дж.Янгу [99] та схема-терапії ми визначили, що дитяча травма сприяє формуванню у психіці ранніх дезадаптивних схем і наявність таких копінгів як - цифровий ескапізм, уникнення, дезадаптивна мрійливість, гіперкомпенсація, це спроба впоратись з активацією цих травмуючих факторів.

Розглянули багатозначність поняття “резильєнтність”, яке в сучасній клінічній психології розглядається не тільки як можливість до відновлення, а і як можливість стабільного психоемоційного буття незважаючи на стресові події навколо. Встановили, що резильєнтність є результатом взаємодії індивідуальних

фізіологічних властивостей (генетичні маркери) та безпечного оточуючого середовища.

Проведений теоретичний аналіз засвідчує, що резильєнтність та копінг-поведінка виступають медіаторами між НДД та психологічним здоров'ям дорослої людини. За наявності високого рівня негативного досвіду особи часто використовують неадаптивні чи дезадаптивні копінг-стратегії (часто емоційно-орієнтовані чи уникаючі), що корелює з низьким рівнем резильєнтності. З іншого боку, високий рівень резильєнтності допомагає нівелювати негативний вплив раннього травматичного досвіду, сприяючи формування адаптивних стратегій поведінки.

РОЗДІЛ 2.

ОБҐРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА КОПІНГ-ПОВЕДІНКУ ТА РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ

2.1. Організація проведення дослідження та соціально-демографічна характеристики вибірки

Під час емпіричного дослідження щодо впливу негативного дитячого досвіду на формування копінг-поведінки та резильєнтності нами було використані психодіагностичні методики на виявлення рівня дитячого травматичного досвіду, оцінки симптомів посттравматичного стресу та їх кореляцію з превалюючою копінг-поведінкою та резильєнтністю.

Дослідження проводилось протягом листопада-грудня 2025 року і складалось із наступних етапів:

1. Сформована загальна методологія та виокремлені методи, за допомогою яких будемо вимірювати необхідні показники.
2. Розроблена форма опитувальника та організована кампанія по збору даних від респондентів.
3. Обробка отриманих даних та аналіз рівня дитячого травматичного досвіду, симптомів посттравматичного стресу та їх кореляції з превалюючою копінг-поведінкою та резильєнтністю.
4. Формування висновків щодо дослідження.

Ґрунтуючись на проведеному теоретичному аналізі наукових джерел, було визначено основні поняття щодо «негативного дитячого досвіду», «копінг-поведінки», «резильєнтності» та їх кореляцією ми підібрали основні методи для дослідження взаємозв'язку між ними, групи респондентів і інструменти для виконання дослідження.

Другий етап містив розробку опитувальника та впровадження за допомогою google форми. Опитувальник містив авторську анкету та

опитувальники з методик, адаптованих в Україні. Збір даних відбувався за допомогою соціальних мереж. Подальша їх обробка та інтерпретація – ехел та jamovi.

Характеристика вибірки: всього у дослідженні взяли участь 121 респондент, наймолодшому - 19 років, найстаршому - 60. Середній вік - 36.

Розподіл за статтю був такий: 108 жінок та 13 чоловіків

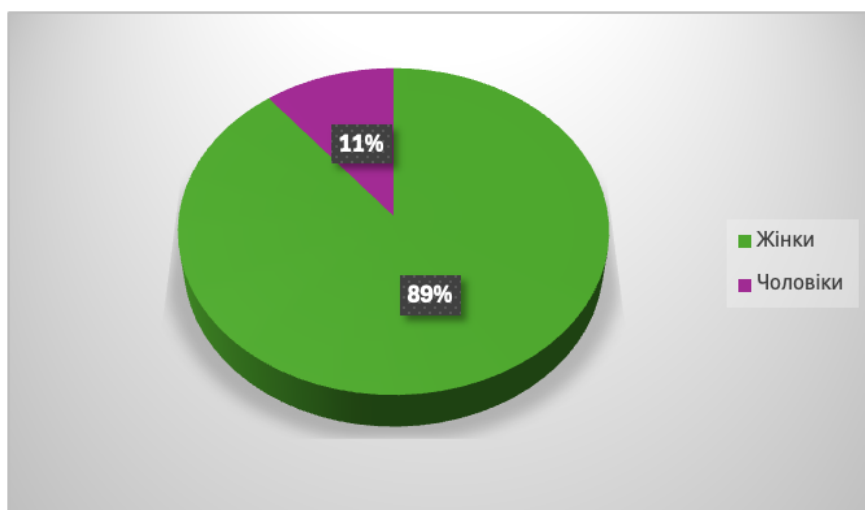


Рис.2.1. Розподіл респондентів за статтю

Як видно з діаграми переважна більшість наших респондентів це жінки (89%), відсоток чоловіків доволі малий (11%) і є статисно не значущим.

За освітою респонденти розділились на наступні категорії:

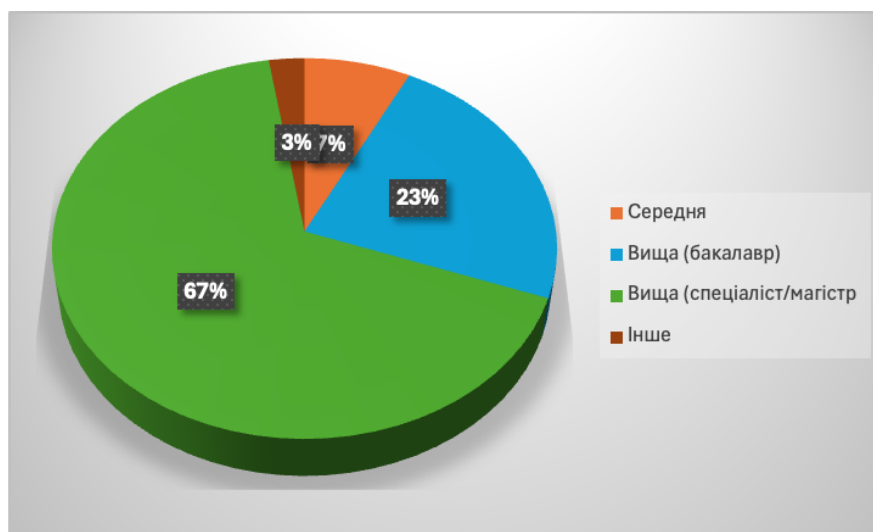


Рис.2.2. Розподіл за освітою

Також переважна більшість респондентів має вищу освіту (спеціаліст/магістр) (67%) або бакалавр (23%).

Розподіл за наявністю дітей до 18 років був наступний:

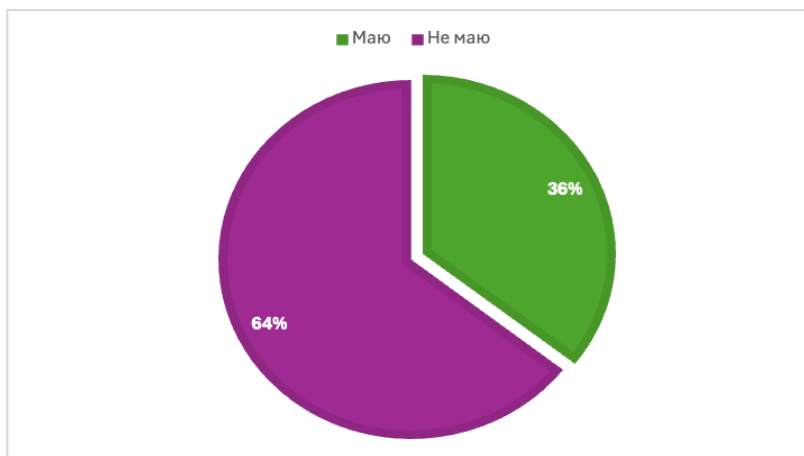


Рис.2.3. Розподіл за наявністю дітей до 18 р.

За сімейним станом респонденти розподілились на:

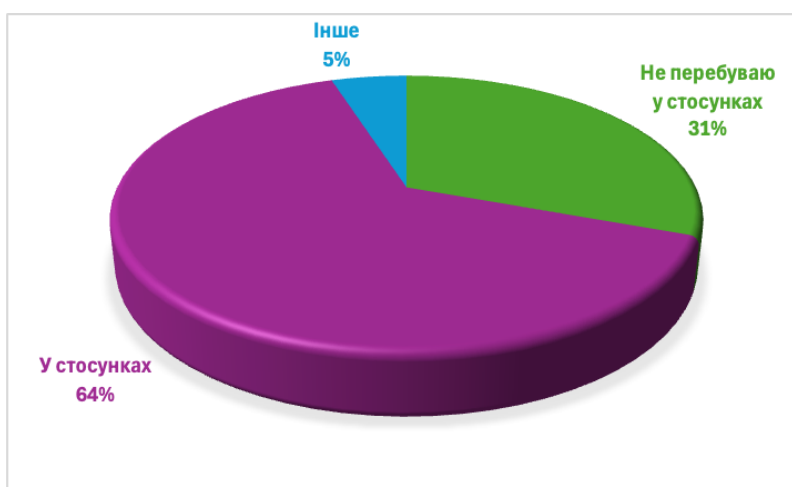


Рис.2.4. Розподіл за сімейним станом

Респонденти до 18 років виховувались у родинях:



Рис.2.5. Розподіл за родиною, де виховувався до 18 р.

Мали досвід психологічної/психотерапевтичної допомоги:

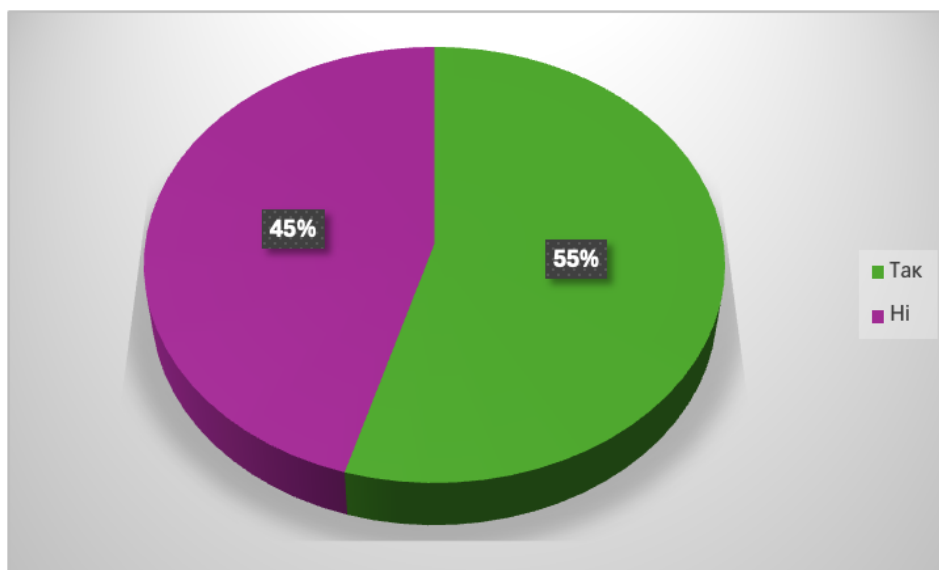


Рис.2.6. Розподіл за досвідом психологічної/психотерапевтичної

2.2. Опис застосованих психодіагностичних методик та обґрунтування їх використання у дослідженні

Вибір використаних методик був обумовлений метою нашого дослідження та необхідністю ґрунтовного аналізу і комплексної оцінки взаємозв'язків між дитячим травматичним досвідом, актуальним психоемоційним станом та внутрішніми ресурсами адаптації особистості. Обраний нами комплекс дає змогу реалізувати біопсихосоціальний підхід.

Методики, які увійшли в опитувальник, це:

1. Анкета негативного дитячого досвіду, ACE;
2. Опитувальник вивчення стратегій копінг-поведінки (Е. Хейм);
3. Шкала оцінки впливу травматичної події, IES-R;
4. Методика “Інструмент дослідження резильєнтності” (ІДР-14);
5. Авторська анкета

“Анкета негативного дитячого досвіду (ACE)” використана задля виявлення та кількісної оцінки травматичних подій, пережитих до 18 років і має роль незалежної змінної в роботі для диференціації груп досліджуваних (додаток А).

Перший варіант «Анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ) містив 10 запитань і 17 підзапитань та був опробований у 1990 р. [7] Дослідження, проведені В.Феллічі, Р.Енда та іншими дослідниками [53, 100, 54, 55], довели беззаперечний зв'язок між отриманою дитячою травмою (у віці до 18 років) та захворюваннями (як фізичними так і психічними) і зловживаннями. Навіть враховуючи, що більшість респондентів цього опитування були представниками середнього класу, лише незначна їх кількість мала щасливе дитинство. Дослідники дійшли висновку про пролонгований вплив (десятиліття) НДД на життя та здоров'я людей. [24]

У 2018 році було здійснене одне з перших анкетувань в Україні для визначення впливу НДД на життя респондентів. [24] В ході цього дослідження була використана модифікована анкета дослідниці Мілютіної К.Л., яка містила вже 20 питань. В анкеті з'являються питання щодо шкільного булінгу та захворювання та тяжкі хвороби, піднімаються питання нерівнозначної турботи про братів чи сестер, а також покарання мовчанням чи позбавлення свободи пересування (закривання у кімнаті чи зв'язування).

Українська адаптована версія має 22 запитання і має два варіанти відповідей «так» чи «ні» (додаток А). За кожну відповідь «так» нараховується один бал і чим вищий загальний бал – тим вищий рівень травматичного досвіду, отриманого у віці до 18 років. Відповіді також поділяються на 4 шкали:

- Шкала 1. Проживання у дисфункціональній сім'ї. Дана шкала описує випадки проживання дитини у родині, яка за певних умов не забезпечити безпечний психоемоційний та фізичний розвиток дитини та сформуванню позитивний дитячий досвід.
- Шкала 2. Деструктивне ставлення оточення. Ця шкала позначає ситуації, коли дитини зростала без відчуття безпеки та надійної прив'язаності, а також зазнає фізичного чи психологічного насилля, як методу виховання.
- Шкала 3. Залучення до раннього статевого життя. Шкала містить питання щодо успішних чи не успішних спроб сексуальних

контактів по відношенню до дитини до 18 років зі сторони іншої особи, старшої за неї на 5 і більше років.

- Шкала 4 (Додаткова). Соціально-емоційна занедбаність. До шкали увійшли питання раннього статевого життя, булінгу, психологічного покарання.[89]

Методика була перевірена на надійність за допомогою коефіцієнт Альфа Кронбаха, який показав, що внутрішня узгодженість шкал становить 0,797, що є високим показником і дає привід стверджувати що дана методика є надійною. Також спостерігаються високі кореляційні зв'язки між субшкалами анкети ($p < 0,001$), що підтверджують внутрішню узгодженість.

В межах цієї роботи дана методика дозволяє оцінити кумулятивний вплив травми. Для інтерпретації загального балу ми будемо використовувати наступну градацію:

- 0-9 балів – низький ризик, відсутній травматичний досвід;
- 10 і більше балів – високий ризик, цей бал показує підвищення ризику психологічних, соціальних та поведінкових проблем, пов'язаних з дитячою психологічною травмою. [30]

Наступною методикою, яку ми використали в межах дослідження для визначення вираженості симптомів травматичного досвіду була “Шкала оцінки впливу травматичних подій (IES-R)” (додаток Б). Ця шкала була розроблена дослідниками Daniel S. Weiss та Charles R. Marmar у 1997 році, для оцінки вираженості суб'єктивного дистресу як наслідку травматичної події. Вона часто застосовується у психологічних дослідженнях щодо наслідків травматичного досвіду, зокрема пов'язана із симптомами ПТСР. [101]

В шкалі надані 22 твердження, які описують варіативність реакцій на пережитий травматичний досвід. Респондент надає оцінку як часто протягом останнього тижня він мав зазначені симптоми, оцінюючи їх за 5-ти бальною шкалою (де “зовсім ні” - 0, а “дуже сильно” - 4). Методика має 3 підшкали:

- вторгнення (intrusion) - пов'язана з нав'язливими спогадами, снами чи думками спричиненими травматичною подією;

- уникнення (avoidance) - характеризується намаганнями індивіда уникати думок, ситуацій чи спогадів, які нагадують травматичний досвід;
- гіперактивація (hyperarousal) - відповідає за симптоми підвищеної тривоги, роздратованості та труднощі з концентрацією уваги.

Підрахунок загального балу здійснюється шляхом підсумовування балів за всіма пунктами опитувальника. Максимальний бал може становити 88. Загальна тенденція - чим вищий бал, тим вища вираженість симптомів травматичного стресу. Також опитувальник дає можливість провести аналіз кожної з підшкал і дасть змогу детальніше оцінити структуру посттравматичних переживань.

У нашому дослідженні була використана українська адаптація шкали, яка була валідована у дослідженні вчених Krupelnitska L., Yatsenko N., Keller V., Morozova-Larina O. [68] Результати валідації підтвердили внутрішню узгодженість та надійність методики, а також відповідність факторної структури оригінальній моделі шкали. Методика була перевірена на надійність за допомогою коефіцієнта Альфа Кронбаха, який показав 0,956, що є високим показником і дає привід стверджувати що дана методика є надійною. За результатами аналізу бачимо високі кореляційні зв'язки між субшкалами ($p < 0,001$), що підтверджують внутрішню узгодженість цієї шкали.

Для презентації детальної картини, як особи з різним рівнем НДД намагаються впоратись з життєвими труднощами на різних рівнях психіки, нами була використана методика «Опитувальник вивчення стратегій копінг-поведінки (Е. Хейм)» (додаток В). Вона дає можливість вивчити 26 варіантів копіngu, які залежать від певних ситуацій, та у свою чергу, розподіляються на три основні сфери психічного здоров'я – емоційну, когнітивну та поведінкову. Стратегії, у свою чергу, поділяються на:

1. Адаптивні:

- когнітивні – аналіз проблеми;
- емоційні – оптимістичний підхід;

- поведінкові – співпраця.

2. Відносно адаптивні:

- когнітивні – усвідомлення відносності, релігійність, встановлення власної цінності, ігнорування, дисимуляція, збереження самовладання, надання сенсу;
- емоційні – протести, пасивна кооперація;
- поведінкові – відволікання, альтруїзм, компенсація, конструктивна активність, звернення за допомогою.

3. Неадаптивні:

- когнітивні – покора, розгубленість;
- емоційні – емоційна розрядка, придушення емоцій, покірність, самозвинувачення, агресивність;
- поведінкові – активне уникнення, відступ.

В ході нашого дослідження ми емпірично випробували кілька підходів для інтерпретації даних цього опитувальника:

1. Сформувавши інтегральну оцінку по кожному копінгу визначили домінуючий профіль копінгу та оцінили його з точки зору адаптивності чи дезадаптивності.
2. Другим способом були порівняльні таблиці, в яких зазначені всі копінг-стратегії в порівнянні з низьким (від 0 до 9 балів) чи високим (10 і більше балів) показником НДД.
3. Іншим варіантом роботи з даною методикою можна розглянути визначення в кожній копінг-стратегії одного найбільш деструктивного рішення. Визначити хто з респондентів обрав саме його і за допомогою бінарної логістичної регресії встановити чи є зв'язок між високим балом за «Анкетой негативного дитячого досвіду» та ймовірністю вибору конкретної дезадаптивної стратегії і чи відрізняється ефект респондентів з високим та низьким балом НДД.

Також у рамках цього дослідження нами була використана методика «Інструмент дослідження резильєнтності (ІДР-14)» (Фан-Вень Ху, Чен-Хан Лінь,

Фан-РуЮе, Ю-Тай Ло&Чун-Ін Лін), яка була адаптована Л.Колесніченко та О.Береженна у 2022-2023 роках (додаток Г). За загальним показником критерій альфа-Кронбаха дорівнює 0,903, що відповідає високому рівню узгодженості питань. Аналіз внутрішньої узгодженості методики показав високі кореляційні зв'язки між субшкалами ($p < 0.001$), що підтверджують внутрішню узгодженість.

Ця методика складається з 14 запитань та містить 3 шкали:

1. Позитивне мислення.
2. Спосіб життя, спрямований на копінг та коригування.
3. Мислення, орієнтоване на віру та надію.

та має загальний показник “Фізична резильєнтність”. Використовуються 5 варіантів відповідей – категорично не згоден (-на); 2 – не згоден (-на); 3 – згоден (-на); 4 – дуже згоден (-на); 5 – абсолютно згоден (-на).

Цей інструмент був застосований з метою вимірювання здатності особистості до психологічного відновлення та стійкості і дозволяє виявити внутрішній ресурсний потенціал, який може нівелювати вплив НДД.

Авторська анкета включала в себе сім питань на визначення біографічних даних респондентів такі як – вік, стать, освіта, сімейний стан, наявність дітей, в якій родині виховувався до повноліття та наявність досвіду співпраці з психологом. Вона допомагає встановити соціально-психологічний контекст та проаналізувати середовище, в якому формувалась особистість (додаток Г).

Висновки до другого розділу

Підсумовуючи викладений матеріал, можемо зробити висновки що в рамках даного дослідження було проведено низку кроків щодо формування методичного забезпечення. Був проведений теоретичний аналіз наукових джерел та останніх досліджень відповідно нашої теми. Згідно з цим був розроблений дизайн дослідження.

Комплекс методик, використаний нами у цьому дослідженні, дозволяє здійснити багаторівневий аналіз:

- “Анкета негативного дитячого досвіду (ACE)” допомагає ідентифікувати дитячу травму та визначити ступінь її вираженості, сформувавши кумулятивний бал;
- “Шкала оцінки впливу травматичних подій (IES-R)” фіксує актуальні психоемоційні прояви цієї травми у дорослому віці та дозволяє виміряти відтермінований вплив НДД на поточне життя людини;
- «Опитувальник вивчення стратегій копінг-поведінки (Е. Хейм)» розкриває динамічний аспект реагування, показує копінг-стратегію, яку обирає особистість;
- «Інструмент дослідження резильєнтності (ІДР-14)» допомагає оцінити стабільний внутрішній ресурс (резильєнтність) та показує зв'язок між дитячим травматичним досвідом та теперішнім психоемоційним станом;
- Авторська анкета дозволила врахувати чинники, що можуть впливають на копінг-поведінку та резильєнтність

За допомогою google форми через соціальні мережі було організовано і проведено дослідження, у якому взяли участь 121 респондент. Отримані нами дані були опрацьовані через програмне забезпечення Jamovi, описані, проаналізовані та структуровані для подальшої обробки і підготовки висновків.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЮ ОСОБИСТОСТІ

3.1. Описовий аналіз показників травматизації та дослідження соціально-демографічних чинників НДД

Для аналізу отриманих даних використовуємо програму Jamovi, завантаживши туди відповідний файл.

Першим етапом створюємо описову статистику для інтерпретації результатів «Анкети негативного дитячого досвіду (ACE)», завчасно сформувавши загальний бал та бали по субшкалам опитувальника, згідно отриманих даних.

Створивши описову (дескриптивну) статистику загального показника НДД, ми побачили відносну симетричність розподілу даних у вибірці. Середнє арифметичне значення ($M=6.32$) та медіана ($Me=6.00$) є максимально наближеними, що вказує на відсутність суттєвих викидів та понаднормових зміщень (стандартне відхилення (CV) = 4.11), а загальний діапазон значень від 0 до 17. Згідно з показниками шкали Шапіро-Вілکا ($W=0.963$ та $p=0.002$), розподіл загального балу НДД статистично значуще відрізняється від нормального. Враховуючи нашу вибірку та отримані результати тесту, для подальшої роботи вважаємо доцільніше використовувати непараметричні методи статистичної обробки або методи, стійкі до відхилень від нормальності.

Аналіз окремих складових негативного дитячого досвіду дав нам розуміння про ієрархію травмуючих чинників нашої вибірки. Найвиразнішим серед них стало “деструктивне ставлення оточення” (середнє=3.37; $CV=2.39$; медіана=3), що вказує на переважання психоемоційного та фізичного тиску в дитинстві респондентів.

Наступним травмуючим чинником маємо зазначити “дисфункціональну сім'ю” (середнє=1.77; $CV=1.44$; медіана=2), більшість наших респондентів

мають 2 бали за цією шкалою, що каже про помітний досвід дисфункцій в родині.

Третім фактором виступає “соціально-емоційна занедбаність” (середнє=1.37; СВ=1.18; медіана=1). Цей показник є дещо менш вираженим, але стабільним - емоційна занедбаність присутня у значної кількості вибірки.

Найменш поширеним є чинник “раннього статевого життя” (середнє=0.471; СВ=0,754; медіана=0), що вказує на наявність цього травмуючого факту лише у вузької групи осіб.

Згідно з критерієм Шапіро-Вілка, розподіл за цими шкалами не відповідає нормальному ($p < 0,001$), що можна вважати типовим для клініко-психологічних параметрів травматизації, де більшість значень зосереджена в діапазоні низьких балів із поступовим зменшенням кількості респондентів при зростанні інтенсивності травми.

Табл.3.1.

Таблиця частот рівня НДД

Частоти			
Рівень НДД	Кіл-сть	% від загального	Кумулятивний %
Високий	32.0	26.4%	26.4%
Низький	89.0	73.6%	100.0%

Сформувавши описову статистику, додавши загальний бал та субшкали анкети НДД, з урахуванням критерієм Шапіро-Вілка, ми розділили респондентів згідно кумулятивного балу НДД. Так, особи, що набрали до 9 балів потрапили в групу з низьким балом, від 10 і вище - з високим (додаток Д).

При порівнянні груп з високим та низьким кумулятивним балом НДД ми відслідкували наступну тенденцію. Група з низьким рівнем (середнє - 4.36+2.65, медіана - 4) показує помірну ступінь травматизації (більшість людей мають показник 4). Група з високим балом зазначає про майже втричі вищий

середній бал (середнє=11.8+1.85, медіана=11.0). Про більшу однорідність наших респондентів свідчить низький показник стандартного відхилення (1.85).

Проведений аналіз окремих субшкал НДД у групах з різним рівнем кумулятивного балу виявив сильну відмінність у травматичному анамнезі респондентів. Розподіл виявився аналогічним до вищезазначеного (без розподілу на рівні). Найвиразнішим стало “деструктивне ставлення оточення”. В групі з високим балом показники (середнє=6.03; СВ=1.67; медіана=6) значно переважають відповідні показники групи з низьким балом (середнє=2.42; СВ=1.82; медіана=2).

Схожа тенденція зберігається і для шкали “дисфункціональна сім’я”, де у респондентів з високим загальним балом середній бал становить 3.19 проти 1.26 у групи з низьким балом.

Шкала “соціально-емоційної занедбаності” зберігає та підтверджує загальну тенденцію вибірки - середній показник (2.56) та медіана (2) групи з високим балом практично у 2,5 рази перевищує відповідні показники (0,94 та 1) у групі з низьким балом НДД. І це може свідчити про дефіцит емоційної підтримки у дитинстві.

Шкала “раннє статеве життя” показала, що у групі з низьким балом цей досвід практично не представлений (середнє - 0.292; медіана - 0), в той час як для іншої групи ми спостерігаємо зростання середнього до 0.97 (медіана=1). Що може слугувати додатковим обтяжуючим чинником травматизації для групи з високим кумулятивним балом НДД.

Для візуалізації відмінностей у рівнях актуального психотравматичного стресу (РПТС) залежно від інтенсивності НДД було побудовано діаграму розмаху.

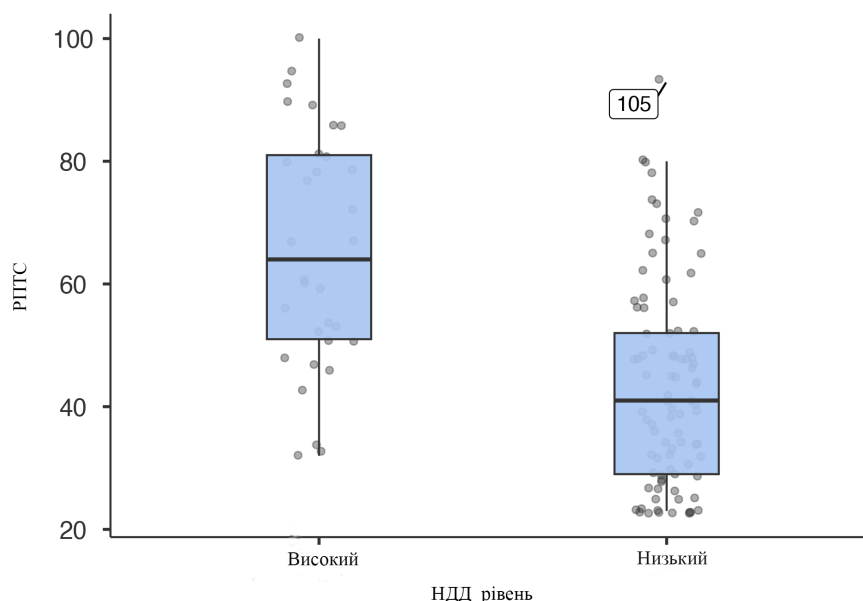


Рис.3.1. Діаграма розмаху рівня НДД та посттравматичних симптомів

Графічний аналіз дає уявлення про чітку різницю у групі з високим показником НДД (середнє=65.7) і демонструє значно вищий рівень дистресу у порівнянні з групою з низьким показником НДД (середнє=43.5). Відсутність значного перекриття між міжквартильними розмахами обох груп підтверджує стабільність виявленої закономірності щодо довготривалого впливу дитячої психологічної травми на психічний стан особистості.

За для виявлення розбіжностей між респондентами з різним рівнем НДД нами був проведений порівняльний аналіз показників посттравматичних реакцій та резильєнтності. Оскільки розподіл даних за попереднім аналізом відхилявся від нормального, нами було застосовано непараметричний критерій Манна-Уїтні.

Сформувавши описову статистику для порівняння отриманих результатів по шкалі оцінки травматичних подій з її субшкалами (вторгнення, уникнення та збудливість) та отриманих балів рівня резильєнтності ми побачили велику різницю між респондентами з різним рівнем кумулятивного балу по НДД.

Так, група з високим балом має значно вищий показник впливу травматичних подій середнє=65.7 проти 43.5 (у групи з низьким рівнем). Хоча слід зазначити, що показник 43.5 вже демонструє високий рівень стресу.

Ту саму тенденцію ми можемо спостерігати і при аналізі результатів по субшкалам травматичних подій (p для всіх шкал становить <0.001):

- уникнення - величина ефекту -0.604;
- вторгнення - величина ефекту - 0.575;
- збудливість - 0.545.

Домінуючою реакцією в обох групах можна визначити “уникнення”, що може свідчити про намагання наших респондентів витіснити травматичні спогади про НДД. Величина ефекту для всіх шкал є високою, що доводить про сильний вплив НДД на кожен складову актуального стресу.

Підтвердження статистично значущого впливу НДД на показник збудливості можна відзначити у дослідження Schalkwijk, F. та групи авторів (2023), які зазначали про взаємозв'язок дитячої травми з збудливістю, емоційною дерегуляцією та неадаптивними копінгами.[86]

Разом з тим, рівень резистентності обох груп не має статично значущої відмінності (48.9 група з низьким балом НДД проти 47.2 групи з високим балом) і може бути пов'язана з нестачею адаптаційних ресурсів. Тобто, незважаючи на рівень дитячої травматизації, респонденти показали однаково низьку спроможність до психоемоційного відновлення, що може призводити до ще більшого зростання поточного рівня стресу.

Іншим поясненням відсутності різниці рівню резильєнтності між групами може слугувати гіпотеза, що цей показник не визначається безпосередньо рівнем НДД, а формується у особистості під впливом інших соціальних та психологічних факторів.

Для аналізу особливостей копінг-поведінки був проведений аналіз частоти використання поведінкових, емоційних та когнітивних стратегій (згідно класифікації Е.Хейма). Дослідження проводилось окремо для груп з високим та низьким кумулятивним балом НДД. Отримані результати показали, що в обох групах є як адаптивні так і відносно адаптивні чи дезадаптивні копінги і частота їх використання залежить від рівня НДД.

Сформувавши таблицю спряженості для поведінкового копінгу ми можемо побачити стратегії, які обирались найчастіше нашими респондентами:

1. Відносно адаптивну стратегію “Відволікання” (В1) обрало 21,5% респондентів (з високим балом 25%, з низьким - 20,2%). Може використовуватися з метою “перемкнутися” з проблемної теми.
2. Неадаптивну стратегію “Відступу” (В6) обрало 18,2% респондентів (відповідно 21,9% та 16,9%). Це стратегія капітуляції перед наявними стресовими ситуаціями.
3. Ще одна неадаптивна стратегія “Активне уникнення” (В3) було зазначено у 19% респондентів (проценти між групами вийшли майже однаковими - 18,8% та 19,1%).

Для аналізу емоційних копінг-стратегій ми сформували таблицю спряженості в програмі jamovi.

Результати таблиці показав стратегії, які обирались найчастіше респондентами:

1. Неадаптивну стратегію “Придушення емоцій” (Б3) обрало 28,9% респондентів (з високим балом 31,3%, з низьким - 28,1%). Придушення емоцій є характерним для нашого суспільства і високі показники можуть показувати не наслідок травми, а особливості соціалізації чи менталітету
2. Неадаптивну стратегію “Самозвинувачення” (Б7) обрало 7,4% респондентів (відповідно 21,9% та 2,2%). Результати є дуже показовими для осіб з високим балом НДД адже для травмованих дітей може бути характерним формування почуття власної провини
3. Обраною адаптивною стратегією став “Оптимізм” (Б4), який обрало найбільша кількість респондентів було зазначено у 35,5% респондентів (відповідно 25% та 39,3%).

Наступним нашим етапом буде аналіз частоти використання когнітивних копінг-стратегій з виокремленими показниками для осіб з високим та низьким загальним балом НДД.

Проаналізувавши цю таблицю можна виділити основні копінг-стратегії, які обрали респонденти:

1. Неадаптивна стратегія “Покора” (A2). 21,9% респондентів з високим балом НДД обрали цю стратегію проти 7,9% з низьким балом. Це можна інтерпретувати як стан “навченої безпорадності”.
2. Відносно адаптивна “Надання сенсу” (A9). 18,8% з високим балом НДД проти 7,9% з низьким. Може бути причиною вимушених думок про надання своєму негативному досвіду якогось сенсу.
3. Неадаптивна стратегія “Ігнорування” (A1). 20,2% респондентів з низьким рівнем проти 3,1% з високим. Причиною такого розподілу, на нашу думку, може бути те, що люди з низьким показником НДД можуть собі дозволити не думати про проблему, що неможливе для сильно травмованої людини, яка постійно перебуває в збудженому стані (гіперпильність), що робить стратегію ігнорування неможливою для неї.

З метою дослідження гендерної відмінності наявності НДД та посттравматичних симптомів був проведений порівняльний аналіз за критерієм Т-Ст'юдента для незалежних вибірок.

Він не виявив статистично значущих відмінностей для різних статей у проявах посттравматичного стресу чи інтенсивності НДД ($p > 0.05$). Ці дані можуть слугувати підтвердженням узагальненості механізмів формування травми, незалежно від статі респондента. Також слід зазначити, що причиною може слугувати невелика кількість представників чоловічої статі (11% вибірки), що впливає на статистичні показники нашого дослідження.

Також аналіз за цим критерієм був проведений для перевірки чи є актуальний сімейний стан значущим фактором рівня НДД чи інтенсивності проявленості ПТСР-симптоматики. Ми отримали негативну відповідь.

Окремо ми проаналізували фактор наявності досвіду звернення за психологічною чи психотерапевтичною допомогою. І встановили, що респонденти з обох груп НДД мають майже однаковий досвід звернення по допомогу ($p = 0,968$). Можна зазначити, що сам факт психотерапевтичного

досвіду без урахування його специфіки та тривалості не є гарантованим предиктором зниження інтенсивності посттравматичної симптоматики.

Також ми провели подібний аналіз для розуміння сили впливу досвіду психологічної допомоги рівень на резильєнтність та її субшкал (позитивне мислення, копінг та коригування і віра та надія).

Табл.3.2.

Порівняльний аналіз субшкал резильєнтності

		Статист.	Ступінь свободи	p
Позитивне мислення	т-критерій Ст'юдента	0.0620	119	0.951
Копінг та коригування	т-критерій Ст'юдента	-3.1939	119	0.002
Віра та надія	т-критерій Ст'юдента	-0.8082	119	0.421
Примітка. $H_a \mu_0 \neq \mu_1$				

Порівняльний аналіз виявив, що статистично значущий показник є тільки у субшкали “Копінг та коригування” ($p=0.002$), що може інтерпретуватись як те, що психологічна допомога підвищує здатність до адаптації та застосування більш адаптативних копінгів. В той же час цей фактор не вплинув на внутрішні психологічні установки чи загальний оптимістичний світогляд респондентів. Ми в анкеті не досліджували питання надання психологічної чи психотерапевтичної допомоги більш детально (тривалість, рівень, метод і запити, з якими звертались) що може суттєво впливати на отриманий результат.

Аналіз, проведений за критерієм Краскела-Волліса, показав, що номінальна структура родини (повна чи неповна, були присутні батьки у вихованні чи ні), у якій виховувались наші респонденти до 18 років, не має визначального значення для рівня подальшої травматизації.

Дослідження Фроми Уолш (2021) про концепцію сімейної резильєнтності підтверджують цей висновок. Уолш у своїй роботі доводить, що внутрішнє благополуччя родини та взаємовідносини всередині визначаються не її складом, а внутрішніми процесами - взаємною підтримкою та відкритою комунікацією. [98]

Цей результат підкреслює нашу основну тезу - важлива не форма родини, у якій виховувалась дитина до 18 років, а формат стосунків у ній. У соціально і зовнішньо благополучній родині може бути присутнє деструктивне ставлення. Травма не формується за критерієм соціального статусу - вона залежить від відношення батьківських фігур до дитини.

3.2. Особливості взаємозв'язку деструктивного ставлення у дитинстві з актуальною ПТСР-симптоматикою та копінг-стратегіями

Наступним етапом нашого дослідження став аналіз внутрішніх факторів, які трансформують негативний дитячий досвід у сталі прояви посттравматичного дистресу. Розуміння що саме, які чинники дитячої травматизації, мають найбільший вплив на актуальний психологічний стан особистості, дасть змогу сформулювати рекомендації для подальшої психотерапевтичної корекції.

Подальшим проведенням нами аналіз для встановлення взаємозв'язків між показниками НДД, посттравматичних реакцій та резильєнтності став кореляційний із використанням коефіцієнта Спірмана. Він підтвердив наявність статистично значущих зв'язки між НДД та посттравматичними симптомами (додаток Б).

Так був підтверджений статистично значущий зв'язок між загальним балом НДД та рівнем стресу за шкалою IES-R ($p=0.517$; $p<0.001$), що вказує на пряму залежність між негативним дитячим досвідом та вираженістю посттравматичних реакцій.

Аналіз субшкал анкети НДД підтвердив отримані нами результати за попередніми аналізами:

- деструктивне ставлення показало найвираженіший зв'язок ($p=0.495$; $p<0.001$);
- соціально-емоційне занедбання має трохи нижчі результати ($p=0.431$; $p<0.001$);
- дисфункційна сім'я має наступні результати ($p=0.394$; $p<0.001$);
- раннє статеве життя має найнижчий через них вплив ($p=0.320$; $p<0.001$).

Цей аналіз дає нам змогу зазначити, що всі перелічені фактори НДД мають вплив на рівень посттравматичних реакцій. Деструктивне ставлення у дитинстві є системним фактором, який не лише спричиняє стрес, а й робить здатність особистості до відновлення дуже важким.

Паралельно з цим не було виявлено значущих кореляційних зв'язків між показником резильєнтності на рівнем НДД (p -від 0.113 до 0.085; $p>0.05$) чи посттравматическими симптомами ($p=-0.063$; $p=0.492$). Що слугує додатковим підтвердженням що у даній вибірці не має прямого зв'язку між резильєнтністю, НДД та рівнем посттравматичного стресу. Особистісна резильєнтність є автономним ресурсом, який не корелює з іншими факторами.

Для перевірки статистичної значущості відмінностей у рівнях посттравматичного стресу залежно від кумулятивного балу НДД було застосовано непараметричний критерій Манна-Уїтні.

Табл. 3.3.

Критерій Манна-Уїтні для незалежних вибірок РПТС

Т-тест для незалежних вибірок					
		Статис	p		Розмір ефекту

РПТС	Манн-Уїтні	553	<0.001	Бісеріальна кореляція рангів	-0.612
Примітка. $H_a \mu_{\text{висока}} \neq \mu_{\text{низька}}$					

Описова статистика						
	Група	Розмір вибірки	Середнє	Медіана	СВ	СП
РПТС	Висока	32	65.7	64.0	19.5	3.45
	Низька	89	43.5	41.0	16.6	1.76

Результат продемонстрував статистично значущий ефект та високозначущу різницю між групами ($U=553$; $p<0.001$). Респонденти з високим показником НДД виявляють значно вищий рівень дистресу (середнє=65.7), у порівнянні з групою з низьким рівнем (середнє=43.5).

Аналіз також демонструє високу потужність виявленого зв'язку (розмір ефекту = -0.612), що в чергове підтверджує наші дослідження, що одним із основних предикторів інтенсивності психотравматичних симптомів у дорослому віці є негативний дитячий досвід.

Для розуміння, який саме предиктор негативного дитячого досвіду є найважливішим у формуванні посттравматичних симптомів був проведений лінійний регресійний аналіз.

Табл.3.4.

Лінійний регресійний аналіз субшкал ОНДД

Показники якості моделі

Модель	R	R ²
1	0.580	0.337
Примітка. Моделі, розраховані для розміру вибірки =121		

Коефіцієнти моделі - РПТС				
Предиктор	Оцінка	Стандартна похибка	t	p
Константа	32.331	2.751	11.7515	<0.001
Дисфункційна сім'я	2.033	1.628	1.2492	0.214
Деструктивне ставлення	2.955	0.855	3.4562	<0.001
Раннє статеве життя	6.972	3.703	1.8826	0.062
Соц-емоційна занедбаність	0.155	2.838	0.0545	0.957

Регресійний аналіз є статистично значущим ($p < 0.001$) і пояснює 33,7% дисперсії показника актуального посттравматичного стресу ($R^2 = 0.337$). Аналізуючи предиктори НДД лише показник деструктивного ставлення дав статистично значущий результат ($p < 0.001$). Ми можемо зробити висновок, що саме деструктивне відношення до дитини в ранній період відіграє ключову роль у підвищенні ролі посттравматичних симптомів. Інші шкали не показали статистично значущих зв'язків.

Проведений аналіз кореляційної матриці (Пірсона) ілюструє позитивний зв'язок між рівнем негативного дитячого досвіду та інтенсивністю посттравматичних симптомів ($r = 0.531$, $p < 0.001$). Що дозволяє стверджувати про емпіричне доведення про довготривалий вплив НДД на психічне здоров'я особистості (додаток Д).

Разом з тим ми бачимо відсутність лінійних зв'язків між показником резильєнтності (ІДР-14) та НДД ($p=0.824$), що підтверджує автономність показника резильєнтності як внутрішнього конструкту. Показник віку також не виявив кореляції з іншими складовими, що дозволяє нам стверджувати про стабільність виявлених психологічних патернів протягом життя людини.

Для перевірки гіпотези про головну роль деструктивного ставлення, як найбільш руйнівного чинника НДД була підготовлена кореляційна матриця, яка включала безпосередньо субшкалу деструктивного ставлення (НДД), загальний бал посттравматичного стресу та його субшкали (вторгнення, уникнення та збудливість) (додаток Е).

Аналіз поглиблених кореляційних зв'язків фактора “Деструктивне ставлення” (ДС) зі всіма факторами актуального психотравматичного стану показав його всебічний і глибинний вплив на психіку респондентів.

Ми спостерігаємо високозначущі кореляційні зв'язки ($p<0.001$) між ДС та всіма складовими посттравматичного стресу - вторгнення, уникнення та збудливість. В нашому дослідженні деструктивне ставлення є головним агресором розвитку дезадаптації - постійне знецінення та емоційне нехтування чи насильство в ранні дитячі роки створюють стійке підґрунтя для формування ПТСР-симптоматики, вражаючи одночасно емоційну, поведінкову та когнітивну сферу особистості.

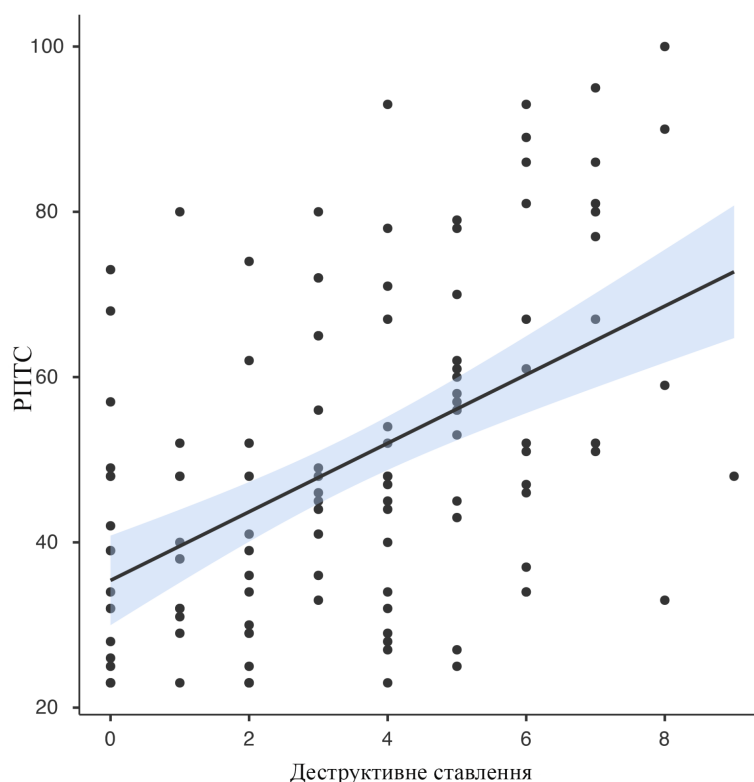


Рис.3.2. Діаграма розсіювання

Для візуалізації отриманих даних ми побудували діаграму розсіювання з лінійною регресією. Спостерігаємо прямо пропорційну залежність - зростання інтенсивності деструктивного досвіду поєднується з лінійним підвищенням рівня стресу. Вузький довірчий інтервал навколо лінії регресії підтверджує високу прогностичну значущість цього показника.

Графік наочно підтверджує роль деструктивного ставлення як основного обумовлюючого чинника у структурі психотравматичного досвіду особистості.

Проведення ієрархічного регресійного аналізу дало нам змогу остаточно визначити деструктивне ставлення як головного предиктора (агресора) у структурі психотравматичного досвіду респондентів (додаток Є).

Додавши фактор деструктивного ставлення до моделі, де вже були зазначені дисфункціональна сім'я, соціальна занедбаність та раннє статеве життя, призводить до зростання статистично значущої пояснювальної сили моделі ($\Delta R^2=0.068$; $p<.001$). Додавання копінгів на третьому етапі не призвело до зростання значущості моделі ($\Delta R^2=0.0097$; $p=0.647$). Це вкотре доводить, що хронічне психоемоційне знецінення та жорстоке ставлення у дитинстві є

потужним джерелом дистресу, що його вплив не компенсується способами адаптації.

Отримані результати узгоджуються з сучасними дослідженнями, які підтверджують наявність зв'язку між НДД та вираженістю психотравматичної симптоматики у дорослому віці. Так, у дослідженні Schalinski I (2016) співавторів було встановлено, що зростання кількості негативних дитячих переживань супроводжується зростанням ПТСР симптоматики, дисоціативних проявів та емоційної дезадаптації. [87]

Також цей результат співзвучний до праць Фелітті та Анда (2002), які зазначали про довготривалий руйнівний вплив емоційного насильства та деструктивного ставлення на психіку дорослого, оскільки вони руйнують саму основу самооцінки.

Одним із найвагоміших питань залишається механізм, за допомогою якого дитяча травма продовжує впливати і у дорослому віці. Ми висунули гіпотезу, про вплив на цей механізм емоційної неадаптивної копінг-стратегії “Самозвинувачення”, яку обрали 21,9% респондентів з високим рівнем НДД та поведінкової “Відступ”, яку також обрали 21,9% респондентів з високим рівнем НДД. То ж, за для поглибленого дослідження механізмів впливу дитячого травматичного досвіду на формування копінг-стратегій ми застосували аналіз медіацій для певних стратегій з використанням показника посттравматичних симптомів (РПТС) як медіатора (додатково застосували bootstrap-процедури (95% CI)).

Першою копінг-стратегією, яку ми перевірили стала емоційна копінг-стратегії “Самозвинувачення”.

Табл.3.5.

Медіаційний аналіз стратегії “Самозвинувачення”

Оцінка ефектів медіації		
	95% Довірчий інтервал	

Вплив	Оцінка	Стандарт на похибка	Нижній	Вищий	Z	p	% медіації
Опосередкований	1.38	0.651	0.140	2.79	2.12	0.034	27.3
Прямий	3.67	1.583	0.443	6.43	2.32	0.020	72.7
Всього	5.05	1.850	1.265	8.37	2.73	0.006	100.0

Цей аналіз підтвердив результати логістичної регресії і довів статистично значущий зв'язок між рівнем НДД та стратегією “Самозвинувачення”. Виявив наявність значущого непрямого впливу НДД через посттравматичні симптоми ($p=0.034$). Прямий ефект також виявився значущим ($p=0.020$), що свідчить про характер часткової медіації.

Також можемо зазначити, що актуальний стрес на 27,3% пов'язує вплив НДД на вибір даної стратегії, інша частина - 72,7% це прямий вплив показника НДД.

Наступним проведеним аналізом медіацій був для поведінкової копінг-стратегії “Відступ”.

Табл.3.6.

Медіаційний аналіз стратегії “Відступ”

Оцінка ефектів медіації				
Вплив	Оцінка	Стандартна похибка	Z	p
Опосередкований	1.041	0.533	1.952	0.051
Прямий	-0.546	0.829	-0.659	0.510

Всього	0.495	0.963	0.514	0.607
--------	-------	-------	-------	-------

Згідно отриманої інформації можемо зазначити про наявність статистичної тенденції непрямого впливу НДД через посттравматичні симптоми на вибір цієї стратегії ($p=0.051$). В той же час прямий ефект НДД є незначущим ($p=0.510$), як і повний ефект ($p=0.607$).

Це дає нам змогу зробити висновок, що використання копінг-стратегії “Відступ” не обумовлене безпосередньо НДД, але, можливо, вплив на це має поточний рівень посттравматичних симптомів. І може перегукуватись із теорією пролонгованої вразливості - дитяча психологічна травма не завжди формує поведінку людини, але визначає поріг чутливості до сучасних стресорів.

Наступною стратегією, для якої ми провели аналіз медіації стала поведінкова “Відволікання”.

Результати показали відсутність прямого впливу ($p=0.344$), непрямого ($p=0.109$) і загального впливу ($p=0.904$) показника НДД на вибір цієї стратегії. Дозволяє дійти нам висновку, що “Відволікання” є автономною копінг-стратегією, на формування якої не впливає досвід НДД чи посттравматичні симптоми. Враховуючи наш попередній регресійний аналіз, де було встановлено її зв'язок з резильєнтністю, можемо припустити, що ця стратегія більше зумовлена ресурсними характеристиками особистості.

Дані медіаційного аналізу показали варіативність ролей копінг-стратегій у способі взаємодії між НДД, посттравматичними симптомами на поведінковими і емоційними копінгами.

Емоційна стратегія “Самозвинувачення” показала часткову медіацію-негативний дитячий досвід має як прямий вплив та і опосередкований через посттравматичні симптоми. Довірчий інтервал для непрямого зв'язку не містить нуля, що доводить статистично значущий ефект нашого аналізу.

Поведінкова стратегія “Відступу” показала тенденцію до опосередкованого ефекту через посттравматичні симптоми і відсутність прямого впливу, це може свідчити про вплив актуального психологічного стану

на вибір стратегії. Медіаційний аналіз стратегії “Відволікання” не виявив жодного медіаційного ефекту.

Для перевірки гіпотези про те, що копінг-стратегія виступає медіатором між НДД та актуальним рівнем посттравматичного стресу, провели медіаційний аналіз з копінг-стратегією “Самозвинувачення”.

Табл.3.7.

Медіаційний аналіз деструктивного ставлення та самозвинувачення

			95% Довірчий інтервал			
Вплив	Оцінка	Стандарт на похибка	Нижній	Вищий	Z	p
Опосередкований	0.0893	0.208	-0.318	0.496	0.430	0.667
Прямий	4.0600	0.688	2.711	5.409	5.901	<0.001
Всього	4.1493	0.657	2.862	5.437	6.316	<0.001

Оцінки коефіцієнтів шляху

					95% Довірчий інтервал			
			Оцінка	Стандартна похибка	Нижній	Вищий	Z	p

Деструкти вне ставлення	→	Самоз винува чення	0.0330	0.00956	0.0143	0.0517	3.454	<0.001
Самозвину вачення	→	РПТС	2.7048	6.24506	-9.5352	14.9449	0.433	0.665
Деструкти вне ставлення	→	РПТС	4.0600	0.68806	2.7114	5.4086	5.901	<0.001

Аналіз встановив, що деструктивне ставлення у дитинстві значуще пов'язане із збільшенням застосування стратегії самозвинувачення ($p < .001$). Що вказує на те, що респонденти, які мали у дитинстві більше виражене деструктивне ставлення з боку значущих дорослих, частіше схильні до звинувачення себе у складних життєвих ситуаціях.

Водночас зв'язок між самозвинуваченням та рівнем психотравматичної симптоматики виявився незначущим ($p = 0.6650$). Медіаційний ефект також не дав значущого результату ($p = 0.667$), оскільки довірчий інтервал включає нуль.

Також необхідно зазначити про статистично значущі результати впливу деструктивного ставлення на психотравматичну симптоматику та високі показники загального впливу ($p < .001$).

Медіаційна роль копінг-стратегії “Самозвинувачення” не підтвердилась, вона не виступає значущим механізмом для реалізації цього впливу у досліджуваній вибірці.

Аналіз дескрептивних статистик дав змогу сформулювати симптоматичний профіль респондентів, які схильні до вибору стратегії “Самозвинувачення” (додаток Ж). Вони демонструють вищі середні показники по всіх субшкалах посттравматичних симптомів, порівняно з іншими респондентами нашої вибірки. Особливо виділяється різниця за шкалою уникнення (середнє=22.6 проти 17.6) та вторгнення (середнє=21.4 проти 16.6). Це дає нам змогу дійти висновку, що самозвинувачення є не просто стратегією

емоційного копінгу, а може виступати складовою деструктивного симптомокомплексу, де намагання уникнути травматичних переживань незбагненим чином поєднується з аутоагресивними думками.

Для перевірки відмінностей між особами, що використовують та не використовують стратегію самозвинувачення, ми застосували непараметричний критерій Манна-Уїтні.

Табл.3.8.

Т-критерій для незалежних вибірок субшкал психотравматичного досвіду

Т-критерій для двох незалежних вибірок					
		Статистика	p		Розмір ефекту
Вторгнення	Манна-Уїтні	319	0.068	Бісеріальна кореляція рангів	0.367
Уникнення	Манна-Уїтні	281	0.028	Бісеріальна кореляція рангів	0.442
Збудливість	Манна-Уїтні	345	0.115	Бісеріальна кореляція рангів	0.316
Примітка. H_a $\mu_0 \neq \mu_1$					

Порівняльний аналіз підтвердив нашу попередню знахідку статистично значущого зв'язу стратегії “Самозвинувачення” та субшкали “Уникнення” ($p=0.028$), щодо субшкали “Вторгнення” то тут ми спостерігаємо статистичну тенденцію ($p=0.068$). Цей результат (розмір ефекту=0.442) дозволяє нам зробити висновок, що самозвинувачення є не лише емоційним наслідком НДД, а й частиною активного механізму уникання, який посилює свій вплив під час травматичних подій.

Ці результати можуть бути зумовлені невеликою вибіркою респондентів з самозвинуваченням, що знижує статистичну потужність аналізу.

Для аналізу поведінкової копінг-стратегії “Відволікання” був проведений тест з використанням непараметричного критерію Манна-Уїтні.

Тест показав специфічну захисну роль цієї стратегії, оскільки її використання асоціюється із зниженням показників поточного стресу. Ми побачили статистично значущу роль “Збудливості” ($p=0.038$) та тенденцію до значущості “Вторгнення” ($p=0.54$) у респондентів. Цей результат свідчить про вірогідний адаптивний механізм відволікання, який використовують для зниження стресу та стабілізації психоемоційного стану шляхом перемикання активностей.

Такий же тест ми провели для ще однієї стратегії поведінкового копіngu “Відступ”. Стратегія не демонструє статистично значущих зв’язків з посттравматичними симптомами, а вказує на їх тенденцію до значущості. Можна сформулювати припущення - відступ не вибір, а наслідок психоемоційного виснаження. Людина відступає через вторгнення спогадів, що унеможлиблює її подальше реагування на стресову ситуацію.

Провівши короткі підсумки можна зазначити, що головним чинником НДД наших респондентів є деструктивне ставлення з боку значущих батьківськи фігур, яке має сильний вплив на психоемоційний стан особистості. Основним проявом травматизації є стратегія “самозвинувачення”. Це може пояснити чому дорослі особистості залишаються у цьому стані - вони “включити” цю поведінкову модель дорослого у свою когнітивну модель і продовжують нападати самі на себе.

3.3. Кластерний аналіз та прогнозування рівня психотравматичний дистресу

З метою виділення типів психотравматичного реагування респондентів у був проведений кластерний аналіз (k-середніх) із наперед визначеною кількістю

кластерів ($k=2$, з метою виокремлення групи з відносно нижчим та вищим рівнем психотравматичної симптоматики) на основі субшкал опитувальника IES-R (вторгнення, уникнення, збудливість).

Табл.3.9.

Кластерний аналіз

Таблиця суми квадратів	
	Значення
Кластер 1	74.4
Кластер 2	56.0
Між кластерами	229.6
Всього	360.0

Кластерна таблиця	
Кластер No	Значення
1	83
2	38

Таблиця центрів кластерів			
	Вторгнення	Уникнення	Збудливість
1	-0.533	-0.524	-0.557
2	1.164	1.144	1.216

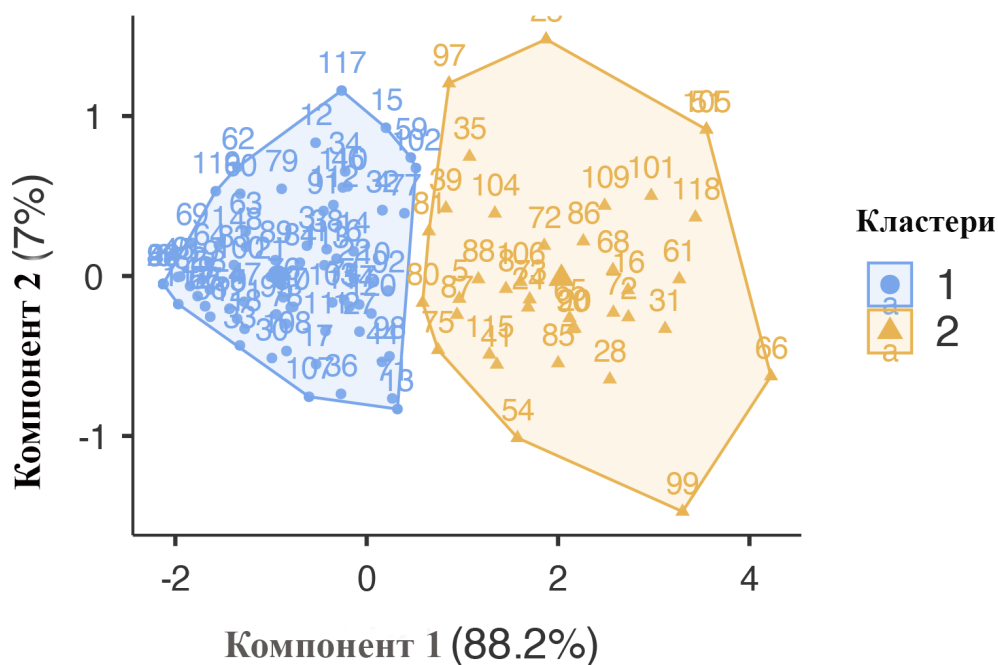


Рис.3.3. Кластерний аналіз

В результаті було ідентифіковано 2 контрастні групи:

1. Перший кластер (83 особи) має показники симптомів, нижчі за середні по вибірці (показники: вторгнення -0.533, уникнення - 0.524, збудливість - 0.557). Цю групу ми назвали “умовно адаптивна”, оскільки має низьку інтенсивність посттравматичних симптомів порівняно з середніми значеннями вибірки.
2. Другий кластер (38 осіб) поєднав осіб з високими показниками посттравматичного стресу (показники: вторгнення 1.164, уникнення 1.144, збудливість 1.216). Це наша група ризику оскільки показники субшкал (вторгнення, уникнення, збудливість) проявляються спільно і з високою інтенсивністю.

Графічна візуалізація показала чітке розмежування кластерів, що демонструє присутність двох психологічно різних груп у нашій вибірці. Формування такого чіткого розподілу підтверджує єдність посттравматичного синдрому - за умови наявності НДД симптоми розвиваються комплексно, формуючи єдиний патологічний профіль.

Для перевірки відмінностей між виділеними кластерами було проведено дисперсійний аналіз (ANOVA), який виявив статистично значущі відмінності між виділеними кластерами та посттравматичними симптомами ($F=261.1$, $p<.001$), а також між кластерами та деструктивним ставленням у дитинстві ($F=19.1$, $p<.001$)

Табл.3.10.

Основний дисперсійний аналіз (критерій Велча) РПТС та деструктивного ставлення

Основний дисперсійний аналіз (критерій Велча)				
	F	Ступінь свободи 1	Ступінь свободи 2	p
РПТС	261.1	1	64.2	<0.001
Деструктивне ставлення	19.1	1	71.2	<0.001

Дані свідчать, що респонденти з високим рівнем психотравматичної симптоматики мають вищі показники деструктивного ставлення у дитинстві. Тест показав валідність кластерного розподілу та свідчать про наявність двох психологічно відмінних груп респондентів.

Цей результат дає нам змогу зазначити, що саме ця субшкала НДД є типологічним фактором, який визначає формування важкого посттравматичного профілю в дорослому віці. Деструктивне ставлення у дитинстві є першопричиною подальшої психологічної дезадаптації особистості.

З метою перевірки зв'язку між рівнем НДД та типом посттравматичного реагування був проведений аналіз таблиць спряженості із застосування критерію χ^2 Пірсона (додаток 3). За результатами ми спостерігаємо статистично значущий зв'язок між рівнем НДД та належністю до кластеру психотравматичного дистресу ($\chi^2 = 15.8$; $p<.001$). Респонденти з високим рівнем НДД значно частіше належать до кластеру з високим рівнем психотравматичної

симптоматики. Сила зв'язку за показником Cramer's V становить 0.361, що відповідає помірному рівню асоціації між змінними.

Для того, щоб детальніше дослідити взаємовплив між досліджуваними параметрами був проведений кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена субшкал анкети НДД на Шкали оцінки впливу травматичної події з копінг-стратегіями, які найчастіше обирались нашими респондентами (самозвинувачення, відступ, відволікання та надання сенсу).

Так був виявлений статистично значущий зв'язок між копінг-стратегіями “Відступу” та “Відволікання” ($p=0.006$), що можна інтерпретувати як те, що люди, які використовують відступ при стресових ситуаціях частіше використовують і відволікання. Тобто був виявлений узгоджений патерн унікаючої поведінки - поведінкове відсторонення та когнітивне відволікання. Об'єднуючись вони створюють єдиний блок поведінкового захисту.

Емоційний копінг “Самозвинувачення” показав сильний статистичний зв'язок з субшкалами анкети ОНДД “Дисфункційна сім'я” та “Деструктивне ставлення” (для обох $p<0.001$). Це підтверджує, що самозвинувачення в формується в дитинстві внаслідок активної деструкції та дисфункції родини. Ці несприятливі умови розвитку впливають на формування тенденції до інтерналізації негативного досвіду та схильності покладати відповідальність за події на себе. Це підтверджує отримані результати медіаційного аналізу, де самозвинувачення є механізмом, за допомогою якого травматичний дитячий досвід впливає на психологічне функціонування через поточний стрес.

Цей зв'язок узгоджується з сучасним дослідженням Marten A. (2022), яка розглядала сором та самокритичність як типові психологічні наслідки НДД. [74]

Також кореляційний аналіз показав статистично значущі позитивні зв'язки між субшкалами анкети ОНДД та РПТС ($p<0.001$). Це можна інтерпретувати що вищий кумулятивний бал НДД корелює з більш вираженими симптомами вторгнення, уникнення та гіперзбудження. Несприятливий дитячий досвід має довготривалий вплив на емоційну регуляцію та підвищує вразливість до поточних стресових ситуацій.

Вважаємо за необхідне відмітити, що показник резильєнтності майже не корелює з субшкалами інших опитувальників. Резильєнтність - це не наслідок чи відсутність травм, це ресурс, який дає змогу жити незважаючи на показники посттравматичних симптомів.

Наступним кроком буде побудова бінарної регресії з метою визначення предикторів, для якої ми обрали дезадаптивну стратегію “Відступу”, що є характерною для людей з високим рівнем травматизації, адже вони схильні до поведінкового відступу в важких ситуаціях.

Табл.3.11.

Логістична бінарна регресія стратегії “Відступ”

Показники якості моделі			
Модель	Відхилення	AIC	R^2_{McF}
1	109	117	0.0518
Примітка. Моделі, розраховані для розміру вибірки =121			

Коефіцієнти моделі - Відступ					
Предиктор	Оцінка	Стандартна похибка	Z	p	Відношення шансів
Константа	-1.2518	1.2493	-1.002	0.316	0.286
НДД	-0.0455	0.0690	-0.659	0.510	0.956
РПТС	0.0278	0.0140	1.982	0.047	1.028
Резильєнтність	-0.0298	0.0230	-1.294	0.196	0.971

Примітка. Оцінки представляють логарифм відношення шансів для "Відступ = 1" проти "Відступ = 0"

Проведений багатофакторний аналіз вибору неадаптивної стратегії "Відступу" (B6) показав значущий вплив показника актуального стресу. Лише рівень актуальної травматизації за шкалою IES-R є статистично значущим предиктом ($p=0.047$; ВШ=0.849). Вибір даної стратегії визначається не кумулятивним балом НДД ($p=0.510$), а гостротою поточних психотравмуючих факторів. Кожен додатковий бал показника РПТС збільшує вірогідність використанні відступу, як поведінкової стратегії на 2,8%. Отже ця стратегія виникає ситуативно, як реакція на стресові події, і не неї не має вплив ні загальний рівень НДД ні рівень резильєнтності.

Наступною ми проаналізували відносно адаптивну стратегію "Відволікання" (B1). Її обрали майже в однакових пропорціях представники обох груп респондентів.

Табл.3.12.

Логістична бінарна регресія стратегії "Відволікання"

Показники якості моделі			
Модель	Відхилення	AIC	R^2_{McF}
1	114	122	0.0908
Примітка. Моделі, розраховані для розміру вибірки =121			

Коефіцієнти моделі - Відволікання					
Предиктор	Оцінка	Стандартна похибка	Z	p	Відношення шансів
Константа	3.7882	1.4843	2.55	0.011	44.176

НДД	-0.0704	0.0686	-1.03	0.305	0.932
РПТС	0.0273	0.0150	1.82	0.068	1.028
Резильєнтність	-0.0663	0.0258	-2.57	0.010	0.936
Примітка. Оцінки представляють логарифм відношення шансів для "Відволікання = 0" проти "Відволікання = 1"					

Ця модель описує близько 9,1% варіативності ($R^2=0.091$). Результати цього аналізу свідчать, що провідним фактором вибору цієї стратегії є показник індивідуальної резильєнтності ($p=0.010$; ВШ=0.936). Це дає підстави думати, що особи з вищим ресурсом психологічної стійкості частіше обирають стратегію відволікання для подолання стресових ситуацій. Рівень посттравматичного стресу показав лише статистичну тенденцію ($p=0.068$), а НДД впливає на цей вибір ($p=0.305$). Таким чином, застосування індивідом даної поведінкової стратегії визначається рівнем резильєнтності, а не негативним дитячим досвідом.

Провівши дослідження неадаптивного копіngu “Активне уникнення” (В3) ми побачили відсутність статистично значущого і жоден предиктор не є значущим при використанні цієї стратегії. Отриманий результат має низьку пояснювальну здатність ($R^2=0.091$), що свідчить про обмежену прогностичну цінність включених змінних. Так бал НДД має $p=0.790$, рівень резильєнтності також не має впливу на обрання ($p=0.965$), як і показник посттравматичних симптомів ($p=0.872$). Використання даної стратегії може свідчити про вплив інших психологічних чи ситуаційних факторів.

Для узагальнення цих попередніх результатів, вважаємо за необхідне зазначити цей логістичний регресійний аналіз показав, що ці копінг стратегії мають різну детермінованість. Так, застосування стратегії відволікання статистично обумовлене рівнем резильєнтності, а показник посттравматичних симптомів має тенденцію до впливу на цей вибір. Стратегія активного

уникнення не показала статистично значущих зв'язків з жодним з предикторів, ймовірно, зумовлена автономністю та залежністю від інших чинників. Цей копінг для нашої виборки не є однорідним: одні стратегії формуються під впливом психологічних чинників, інші мають автономний характер і інші предиктори до утворення.

Слідуючим кроком буде побудова бінарної логістичної регресії для визначення предикторів використання дезадаптивної емоційної копінг-стратегії “Придушення емоцій” (Б3). Ця модель продемонструвала надзвичайно низьку пояснювальну здатність ($R^2=0.091$), що означає надзвичайно низьку прогностичну силу включених змінних. За результатами цього аналізу ми спостерігаємо, що жоден із показників не є статистично значущим предиктором використання даної стратегії. Кумулятивний бал НДД не впливає на цей фактор ($p=0.805$; ВШ=0.986). Показник посттравматичних симптомів також не має статистично значущих результатів ($p=0.903$; ВШ=1.001), як і показник резильєнтності ($p=0.246$; ВШ=1.023).

Підсумовуючи цей матеріал можемо зазначити, що стратегія придушення емоцій є стійкою емоційною регуляторною стратегією. Вона відносно стабільна, може бути пов'язана з особистісними або соціальними чинниками та не залежить від фактору НДД, посттравматичних симптомів чи рівня резильєнтності.

Розглянемо ще одну стратегію для визначення впливу досліджуваних предикторів за допомогою бінарної логістичної регресії - адаптивну емоційну копінг-стратегію “Оптимізм”.

Проведений аналіз показав відсутність прямих суттєвих предикторів серед досліджуваних змінних. Бал НДД не впливає на цей фактор ($p=0.478$; ВШ=0.960), як і показник резильєнтності ($p=0.433$; ВШ=1.015).

Втім, спостерігається цікава статистична тенденція з показником посттравматичного стресу ($p=0.79$; ВШ=0.979). Цей факт дозволяє нам висунути гіпотезу, що здатність до оптимістичного мислення у нашій вибірці більшою мірою приглушується гострою наявних посттравматичних

переживань, чим наслідками НДД. Це може свідчити про те, що оптимізм є ситуативно вразливим ресурсом, який знижується під впливом актуального дистресу. Посттравматичні чинники можуть призводити до зниження здатності людини до оптимістичної когнітивно-емоційної переоцінки події.

Ще однією емоційною копінг-стратегією, яку ми проаналізуємо через логістичну бінарну регресію, буде “Самозвинувачення” (В7).

Табл.3.13

Логістична бінарна регресія стратегії “Самозвинувачення”

Показники якості моделі			
Модель	Відхилення	AIC	R^2_{McF}
1	51.2	59.2	0.200
Примітка. Моделі, розраховані для розміру вибірки =121			

Коефіцієнти моделі - "Самозвинувачення"					
Предиктор	Оцінка	Стандартна похибка	Z	p	Відношення шансів
Константа	-5.76864	0.073	-2.49168	0.013	0.00312
НДД	0.32852	0.1207	2.72130	0.007	1.38892
РПТС	1.78e-4	0.0206	0.00862	0.993	1.00018
Резильєнтність	0.00889	0.0376	0.23661	.813	1.00893
Примітка. Оцінки представляють логарифм відношення шансів для ""Самозвинувачення" = 1" проти ""Самозвинувачення" = 0"					

Цей аналіз показав задовільну пояснювальну здатність ($R^2=0.200$), що можна інтерпретувати як доволі добру прогностичну силу для психологічного дослідження.

Ще однією важливою знахідкою необхідно назвати що кумулятивний бал НДД показав статистично значущий з цією копінг-стратегією і є вагомим предиктом її використання ($p=0.007$; ВШ=1.38892). Можна стверджувати, що зі зростанням балу НДД на 1 ймовірність використання цієї стратегії зростає на 38,9%.

В той же час показник посттравматичних симптомів (РПТС) ($p=0.993$) та резильєнтності ($p=0.813$) не показали статистично значущого впливу.

Підсумовуючи, можна зазначити що саме негативний дитячий досвід є головним фактором формування схильності до самозвинувачення у стресових ситуаціях.

За допомогою бінарної логістичної регресії для виявлення предикторів ми дослідили неадаптивну когнітивну копінг-стратегію “Покара” (A2).

Ця модель продемонструвала надзвичайно низьку пояснювальну здатність ($R^2=0.0439$), що означає низьку прогностичну силу включених змінних. Згідно отриманих результатів цієї регресії ми бачимо, що жоден із показників не є статистично значущим предиктором використання даної стратегії. Загальний бал НДД не впливає на цей фактор ($p=0.631$; ВШ=0.962). Показник посттравматичних симптомів (РПТС) також не має статистично значущих результатів ($p=0.289$; ВШ=0.983), як і показник резильєнтності ($p=0.307$; ВШ=1.029).

Згідно проведеного аналізу можемо зазначити, що дезадаптивна стратегія покори є стійкою емоційною регуляторною стратегією. Вона відносно стабільна, може бути пов’язана з особистісними або соціальними чинниками та не залежить від фактору НДД, посттравматичних симптомів чи рівня резильєнтності. Можна зробити припущення, що “Покора” не є наслідком лише травматичного досвіду та його наслідків. Його можна назвати “станом вивченої безпорадності”, що виникає під дією інших факторів, які не вивчаються в рамках

цього дослідження. Ми можемо висунути гіпотезу, що формування пасивної когнітивної позиції є складним системним феноменом, який вимагає дослідити інші особистісні фактори, не обумовлені нашої роботою.

Ще однією дослідженою стратегією когнітивного копіngu буде відносно адаптивна “Надання сенсу” (A9), аналіз якої буде проводитись за допомогою логістичної бінарної регресії.

Табл.3.14

Логістична бінарна регресія стратегії “Надання сенсу”

Показники якості моделі			
Модель	Відхилення	AIC	R^2_{McF}
1	68.8	76.8	0.166
Примітка. Моделі, розраховані для розміру вибірки =121			

Коефіцієнти моделі - "Надання сенсу"					
Предиктор	Оцінка	Стандартна похибка	Z	p	Відношення шансів
Константа	9.74891	2.6296	3.707	<.001	17135.592
РПТС	-0.00603	0.0177	-0.342	0.733	0.994
НДД	-0.06553	0.0896	-0.732	0.464	0.937
Резильєнтність	-0.13043	0.0429	-3.042	0.002	0.878
Примітка. Оцінки представляють логарифм відношення шансів для ""Надання сенсу" = 0" проти ""Надання сенсу" = 1"					

Ця модель демонструє задовільну пояснювальну здатність ($R^2=0.0439$), що можна назвати помірною прогностичною силою.

За результатами можна стверджувати, що показник травматичного дитячого досвіду ($p=0.464$; ВШ=0.937) та рівень посттравматичних симптомів ($p=0.733$; ВШ=0.994) не є статистично значущими предикторами використання даної стратегії.

Рівень резильєнтності показав, що є статистично значимим предиктором для цієї стратегії ($p=0.002$). Водночас, при значенні ВШ=0.878 можемо зазначити про наявність оберненої залежності - при зростанні рівня резильєнтності у індивіда спотерігається зниження необхідності у пошуку сенсів чи знеціненні значення травматичного досвіду. На підставі цих даних можна побудувати ще одну гіпотезу, що ця когнітивна стратегія виступає механізмом адаптації для осіб з низьким рівнем резильєнтності, створюючи умови для пристосування до несприятливих умов через інтелектуалізацію досвіду.

Останню логістичну регресію ми будемо проводити для неадаптивної когнітивної копінг-стратегії “Ігнорування” (A1) для визначення предикторів її застосування.

Отримана модель показала низьку пояснювальну здатність ($R^2=0.0865$), що вказує на низьку прогностичну силу включених змінних. Згідно отриманих результатів цієї регресії ми бачимо, що жоден із показників не є статистично значущим предиктором використання стратегії ігнорування. Загальний бал травматичного досвіду (НДД) не впливає на неї ($p=0.190$; ВШ=0.898). Показник посттравматичних симптомів (РПТС) не має статистично значущих результатів ($p=0.158$; ВШ=0.975), так само як і показник резильєнтності не демонструє значного впливу ($p=0.295$; ВШ=0.975).

Стратегія “Ігнорування” не визначається досліджуваними предикторами нашого дослідження і, ймовірно, формується іншими особистісними чинниками. Можна розглядати цю стратегію як універсальну захисну реакцію, яка не залежить від психологічних ресурсів чи травматичного досвіду.

Підсумовуючи дані логістичної регресії для обраних стратегій когнітивного копіngu демонструють, що копінг не є однорідним і його стратегії

зумовлені різними чинниками. Обрані, згідно таблиці спряженості, найбільш поширені неадаптивні стратегії не мають статистично значущих зв'язків з НДД, посттравматичними симптомами чи резильєнтністю, що може вказувати на їх відносну автономність. В той час як відносно адаптивна стратегія “Надання сенсу” виявила значущий статистичний зв'язок з рівнем резильєнтності.

Узагальнені результат логістичної регресії дозволили нам встановити специфічну різноманітність факторів, що впливають на вибір копінг-стратегій. Згідно наших вищевикладених аналізів можна зазначити, що різні психологічні сфери (когнітивна, поведінкова, емоційна) мають незалежні чинники впливу.

1. Емоційна стратегія “Самозвинувачення” за нашим аналізом має найсильніший зв'язок з негативним дитячим досвідом ($p=0.007$; $ВШ=1.38892$), що може вказувати на її вплив на формування внутрішніх когнітивно-емоційних сфер реагування. І цей результат перегукується з теорією когнітивних ілюзій Р.Янофф-Бульман (1992) [81], який визначає самозвинувачення як негнучку когнітивну схему, що формується під впливом руйнування базових безпекових переконань про позитивне ставлення світу.

Відсутність зв'язку між цією стратегією та рівнем посттравматичних реакцій і резильєнтності підтверджуються дослідженнями Дж.Герман (1992) [9] про “застигання” травматичного ефекту. У її роботі зазначається, що самозвинувачення стає автоматичною реакцією для формування відчуття ілюзорного контролю у стресових ситуаціях.

2. В когнітивній сфері особливу увагу привернув розподіл респондентів за рівнем НДД при аналізі стратегії “Ігнорування”. Респонденти з низьким рівнем використовують її у 20.2%, з високим - 3,1%. Результати цього аналізу підтверджуються дослідженнями Б.Ван дер Колк (2014) [4] про нейробіологію травми, який зазначив що така неспроможність до ігнорування труднощів є результатом підвищеної нервової збудливості та хронічної гіперпильності. Отриманий травматичний досвід переформатовує когнітивну сферу і будь-який стрес сприймається особою як фактор надзвичайної сили, що

унеможливилює використання унікаючих стратегій, які характерні для осіб без травматичного досвіду.

3. Резильєнтність у нашому дослідженні має зворотній зв'язок зі стратегіями “Відволікання” (B1) та “Надання сенсу” (A9), що формує певну тенденцію для розуміння основи психологічної стійкості. Адже згідно теорії Дж.Боннано (2004) [46] про мінімальний вплив можна визначити наші результати як кращу результативність регулювання стійких осіб, яким не потрібні додаткові когнітивні дії для регуляції. У них високий рівень резильєнтності виступає як додатковий ресурс адаптації до стресової ситуації.

4. Отриманий нами результат статистично значущого предиктора для стратегії “Відступу” (B6) у вигляді посттравматичних реакцій і відсутність зв'язку з показником НДД є підтвердженням моделі “аллостатичного навантаження” Б.Мак'юена (2016) [3], яка ґрунтується на тому, що ця стратегія є наслідком надзвичайно сильного навантаження на особу і виснаження її адаптаційних ресурсів. Це, у свою чергу, може слугувати підтвердженням що стратегія “Відступу” є не стільки рисою характеру, скільки показником надзвичайно сильного перевантаження нервової системи стресом.

Для перевірки зв'язку між копінг-стратегією Самозвинувачення та інтенсивність дитячого травматичного досвіду було застосовано критерій згоди Пірсона (χ^2) та побудовано таблиці спряженості.

Табл.3.15

Таблиця спряженості Самозвинувачення та рівня НДД

Таблиці спряженості			
	НДД_рівень		
Самозвинувачення	Високий	Низький	Всього
0	25	87	112

1	7	2	9
Всього	32	89	121
Критерій χ^2			
	Значення	Ступінь свободи	p
χ^2	13.2	1	<.001
N	121		

Згідно наших результатів виявлена наявність високозначущої залежності стратегії від НДД ($\chi^2=13.2$, $p<0.001$). Графік частотного розподілу демонструє, що цю стратегію обирають у більшій мірі респонденти з високим балом НДД - так 78% осіб, що схильні до використання самозвинувачення, належать до групи з високим балом, що імперично доводить обумовленість цієї неадаптивної стратегії негативним дитячим досвідом.

Такий самий аналіз ми зробили для відносно адаптивної когнітивної стратегії “Надання сенсу”, який показав статистичну тенденцію до зв’язку з балом НДД ($\chi^2=2.83$; $p=0.092$). У поєднанні цього результату з попереднім з Т-Тесту, коли дана стратегія не показала значущого зв’язку з посттравматичними симптомами, ми можемо дійти висновку, що когнітивна інтелектуалізація є менш специфічною реакцією на НДД, ніж емоційні стратегії. Вибір даної стратегії у нашій вибірці розділений більш рівномірно, на відміну від стратегії “Самозвинувачення”.

Аналіз часткового розподілу для поведінкової стратегій “Відступ” не виявив статистично значущої залежності від рівня НДД ($\chi^2=0.399$; $p=0.528$). Відповідно до попередніх аналізів можемо відзначити, що ця стратегія не обумовлена дитячою травматизацією, а виступає непрямую реакцією на інтенсивну актуальну симптоматику (зокрема при вторгненні).

Стратегія не демонструє статистично значущих зв'язків з посттравматичними симптомами, а вказує на їх тенденцію до значущості. Можна сформулювати припущення - відступ не вибір, а наслідок психоемоційного виснаження. Людина відступає через вторгнення спогадів, що унеможлиблює її подальше реагування на стресову ситуацію.

З метою визначення ролі копінг-стратегій та НДД у формування посттравматичного досвіду було проведено множинний лінійний регресійний аналіз. (додаток И). Дана модель є статистично значущою та пояснює 28,4% варіації рівня стресу ($R^2=0.284$). Аналізуючи результати відзначаємо, що лише деструктивне ставлення є статистично значущим ($p<0.001$) і домінуючим предиктором актуального посттравматичного стану. Копінги, які виступали у якості інших змінних, не показали значущого зв'язку у цьому аналізі. Це може доводити що саме когнітивні установки, які були закладені внаслідок дитячого травматичного досвіду, є провідними факторами формування посттравматичних симптомів у нашій вибірці, а копінг-стратегії мають другорядний характер. Цей вплив НДД є настільки великим, що нівелює внесок окремих стратегій у межах даної статистичної моделі.

Для перевірки гіпотези щодо модураційної ролі резильєнтності між самозвинуваченням та актуальними посттравматичними симптомами був проведений аналіз модурації.

Табл.3.16.

Модераційний аналіз

Оцінки ефектів модурації				
	Оцінка	Стандартна похибка	Z	p
Самозвинувачення	1.6621	0.83114	2.000	0.046
РПТС	0.0554	0.00916	6.052	<0.001

Самозвинувачення	0.0253	0.03928	0.643	0.520
* РПТС				

Побудова модель показала статистичну значущість посттравматичного стресу ($p < 0.001$) та самозвинувачення ($p = 0.46$). Але взаємодія між цими показниками відсутня ($p = 0.520$) і вказує на відсутність модерації.

Для перевірки незалежності зв'язку між копінг-стратегіям та рівнем поточного посттравматичного стресу був проведений частковий кореляційний аналіз із контролем фактора негативного дитячого досвіду.

Провівши аналіз ми не знайшли статистично значущих зв'язків між копінг-стратегіями та показниками посттравматичного стресу. Що підтверджує нашу основну думку - зв'язок між травматичними симптомами та стратегіями не є незалежним, він обумовлюється наявністю раннього дитячого травматичного досвіду. Це робить показник НДД основним фактором, що формує подальшу динаміку психодраматичного процесу та методи роботи з ними.

Також ми перевірили широкий спектр соціально-демографічний чинників (стать, вік, освіта, батьківська родина та наявність досвіду психологічної допомоги) на кореляцію з основними копінг-стратегіями. Відсутність статистично значущих відмінностей між ними підкреслює фундаментальну роль деструктивного ставлення. Травматичний досвід не залежить від соціального статусу, він однаково сильно впливає і на чоловіків і на жінок, у стосунках і без, і не корелює з рівнем освіти.

Для перевірки прогностичної ролі деструктивного ставлення в родині щодо належності респондентів до кластерів травматичного дистресу було проведено бінарну логістичну регресію (ROC-аналіз).

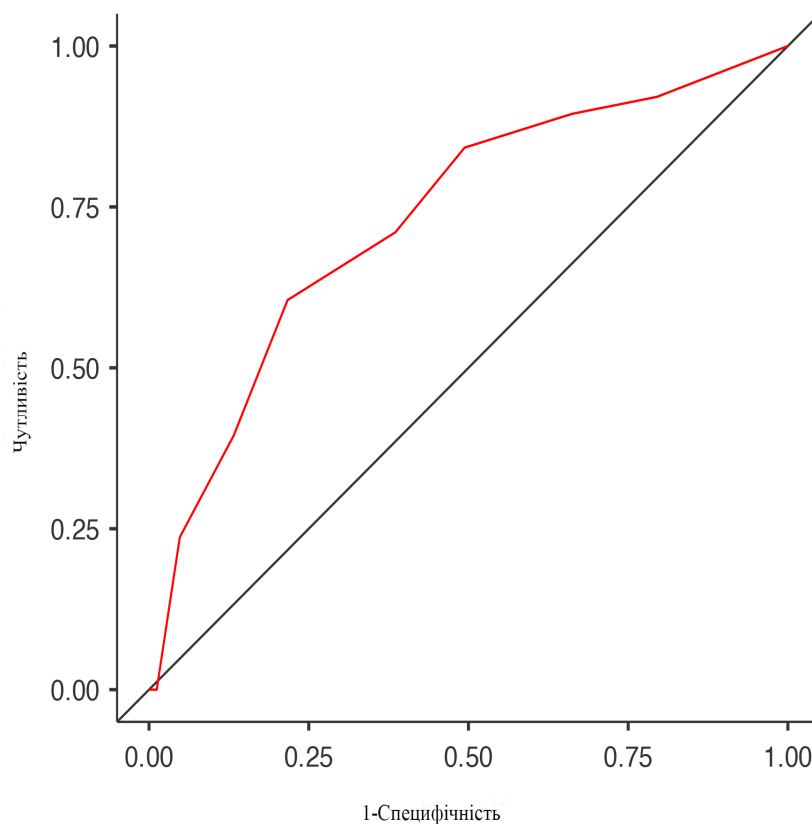


Рис.3.4. ROC-аналіз

Отримані результати показали, що деструктивне ставлення є статистично значущим предиктом належності до кластеру високого травматичного дистресу ($p < 0.001$). Зростання показника деструктивного ставлення збільшує можливість потрапляння до кластеру з вираженими симптомами вторгнення, уникнення та збудливості у 1,45 рази. Площа під ROC-кривою становить 0.732, що вказує на добру дискримінативну здатність моделі. Цей доводить, що цей показник із ймовірністю 73,2% правильно розрізняє респондентів із високим та низьким рівнем НДД. ROC-крива демонструє, що фактор деструктивного ставлення в дитинстві є статистично значущим предиктором належності до групи високого психологічного дистресу.

Для визначення ієрархії чинників, які пов'язані з приналежністю до кластерів травматичного дистресу, та встановлення значущих порогів їхнього впливу був проведений аналіз дерева рішень. Дана модель складається з усіх субшкал ОНДД, копінг-стратегій та демографічних змінних.

Аналіз дерева рішень

Загальні статистики з навчальною вибіркою			
	Точність: 95% довірчий інтервал		
Точність	Нижній	Вищий	Коефіцієнт Каппа
0.733	0.626	0.822	0.409

Матриця похибок для тренувальної вибірки		
	Контрольна категорія	
	Низький	Високий
Низький	45	9
Високий	14	18

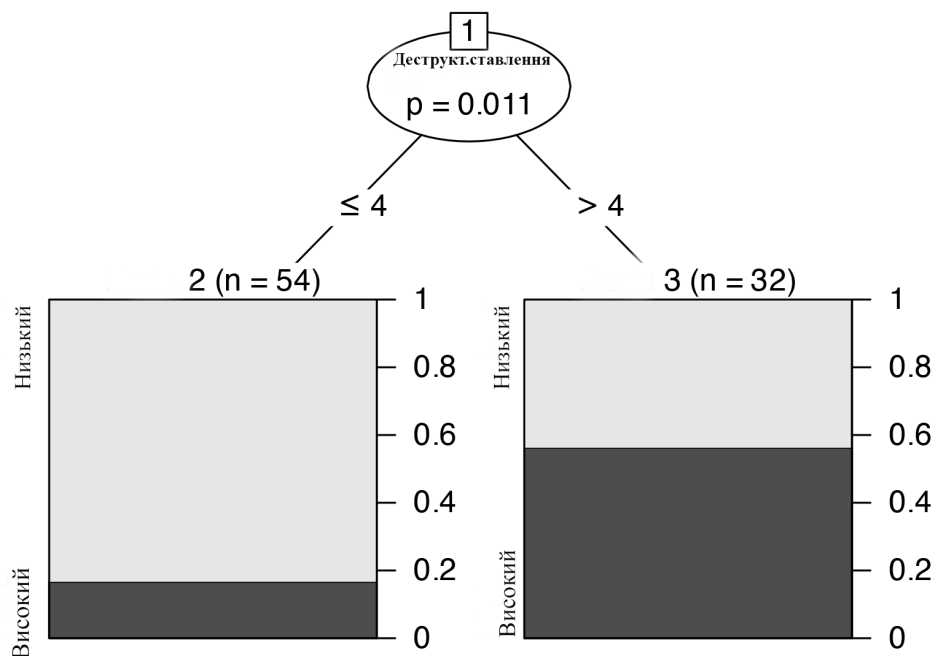


Рис.3.5. Дерево рішень

Наша модель демонструє задовільну прогностичну здатність (73,3%) і дає змогу визначити, що саме деструктивне ставлення з боку значущих батьківських фігур в дитинстві має найбільший вплив на формування високого рівня посттравматичних симптомів.

Аналіз визначив критичний поріг на рівні 4 балів. Респонденти з нижчим рівнем деструктивного ставлення (<4) частіше належали до кластеру з низькими рівнем психотравматичної симптоматики. В той час як респонденти з вищим рівнем (більше 4) значно частіше потрапляли до кластеру високого психотравматичного дистресу.

Отримані результати також підтверджують сучасні дослідження про неоднорідність впливу чинників НДД на психоемоційний стан особистості. Так, дослідження Negriff, S. (2020) доводять що саме деструктивне сімейне середовище та емоційне насильство можуть вступати сильнішими предикторами посттравматичної симптоматики, ніж інші чинники НДД.

3.4. Програма психокорекційної допомоги щодо зниження наслідків дитячої психотравматизації та практичні рекомендації за результатами дослідження

Результати проведеного емпіричного дослідження показали, що пережитий у дитинстві досвід деструктивного виховання та несприятливе сімейне середовище мають статистично значущий вплив на формування поточного рівня психотравматичної симптоматики. Так ми виявили тісний зв'язок між рівнем НДД, деструктивним ставленням у родині та неадаптивними копінг-стратегіями. Оскільки ми встановили, що критичний поріг у 4 бали за шкалою деструкції є точкою входу у групу високого ризику це дає підстави для розробки програми допомоги.

Отримані результати свідчать про необхідність в розробці практичних психокорекційних заходів, які будуть спрямовані на:

1. Зниження рівня психоемоційного напруження.
2. Опрацювання травматичного дитячого досвіду.
3. Зменшення самозвинувачення та внутрішньої критики.
4. Формування адаптивних способів подолання стресу.
5. Стабілізацію емоційного стану.
6. Розвиток навичок позитивного мислення.
7. Формування позитивного “Я-образу”.

За результатами нашого дослідження була розроблена психокорекційна програма “Відновлення внутрішньої безпеки”, орієнтована на осіб з високим рівнем негативного дитячого досвіду.

Основна мета програми полягає у зниженні рівня психотравматичної симптоматики, формуванні більш адаптивних способів реагування на актуальні стресові ситуації та утворенню позитивного образу власного я.

Основними завданнями програми можна визначити:

- усвідомлення впливу дитячого травматичного досвіду на поточний психоемоційний стан;

- зниження рівня внутрішньої напруги та тривожності;
- корекція самозвинувачення та деструктивних переконань;
- розвиток навичок психологічної саморегуляції;
- формування адаптивних копінг-стратегій;
- підвищення рівня психологічної стійкості;
- розвиток навичок безпечної міжособистісної взаємодії.

На нашу думку така програма буде корисна для:

- особам із високим рівнем дитячої психотравматизації;
- респондентам із проявами посттравматичного стресу;
- особам з високим рівнем самозвинувачення;
- респондентам, які виховувались в середовищі сімейної дисфункції

та емоційної депривації.

Програма може проводитися в кількох форматах: індивідуальні сесії, робота в міні-групах та психологічний тренінг. Рекомендована тривалість групових занять 10-12 зустрічей раз на два тижні, для безпечного та повноцінного опрацювання набутого психотерапевтичного досвіду та адаптації нових знань. Рекомендації щодо індивідуальної роботи - один раз на тиждень тривалістю до 50 хвилин. Тривалість визначається психоемоційним рівнем клієнта та його готовністю до роботи.

Під час реалізації даної програми важливо дотримуватись наступних принципів:

- безпечність;
- добровільність;
- конфіденційність;
- безоціночність сприйняття;
- надання часу, необхідного для опрацювання травматичного досвіду;
- ресурсності та підтримки.

Модуль 1. Психоедукація та усвідомлення дитячого травматичного досвіду.

На цьому етапі ми допомагаємо зрозуміти вплив НДД на актуальний психоемоційний стан та доносимо думку що наявний стрес це нормальна реакція на ненормальні обставини минулого.

Ми будемо аналізувати та рефлексувати щодо наступних моментів:

- поняття психологічної травми;
- вплив дитячого досвіду на емоційну сферу;
- вплив дитячих психотравм на сьогодення;
- механізми психологічного захисту.

Запропоновані практичні вправи:

1. “Лінія життя” - вправа спрямована на усвідомлення значущих життєвих подій та їхнього впливу на емоційний стан особистості. У процесі виконання аналізуються як неприємні так і ресурсні моменти, що сприяє підвищенню рівня саморефлексії, інтеграції пережитого досвіду та актуалізації внутрішніх ресурсів.

2. “Моє безпечне місце” - формування у особи чіткого спогаду про затишне і безпечне для нього місце, куди, в разі психологічно складних для переживання моментів, він може повернутися думками і віднайти спокій та ресурс для перепроживання стресових подій.

3. Ведення щоденника емоцій. Проводиться для кращого усвідомлення власних емоцій та почуттів, ідентифікації їх та набуття навичок саморефлексії.

4. “Мій поріг 4.0” допомагає визначити і наочно показати вплив НДД на щоденні проявлення стресу.

Очікувані результати - підвищення рівня саморефлексії та зниження внутрішньої невизначеності.

Модуль 2. Робота з самозвинуваченнями та деструктивними переконаннями.

За результатами нашого дослідження самозвинувачення є одним із важливих механізмів підтримання психотравматичної симптоматики. Метою є

зниження рівня внутрішньої критики та формування більш позитивного ставлення до самого себе.

Теми, з якими ми будемо працювати:

- природа самозвинувачення;
- внутрішній критик;
- негативні автоматичні думки;
- формування самопідтримки.

Запропоновані практичні вправи:

1. Техніка виявлення автоматичних думок. Вправа допомагає розвинути саморефлексію, знизити автоматизм негативних реакцій (через їх усвідомлення), формуванню більш реалістичного мислення та усвідомленню внутрішніх деструктивних установок.

2. “Когнітивне переписування”. Сприяє зниженню самозвинувачення, послабленню негативних когнітивних схем, формуванню більш адаптивного і позитивного ставлення до самого себе та зниженню рівню тривоги та емоційної напруги.

3. “Лист собі у дитинство”. Впливає на емоційне опрацювання дитячих травм, формуванню самопідтримки, зменшенню внутрішньої напруги та розвитку емоційної чутливості до себе.

4. Техніки розвитку самоспівчуття. Формують доброзичливе та підтримуюче ставлення до самого себе.

Очікувані результати - зменшення самокритики, зниження почуття провини та підвищення рівня самосприйняття.

Модуль 3. Формування адаптивних копінг-стратегій.

В ході нашого дослідження було встановлено, що неадаптивні способи подолання поточного стресу можуть посилювати прояви психотравматичної симптоматики наступний модуль присвячений розвитку конструктивних способів реагування на стресові ситуації.

Основні теми для пропрацювання:

- поняття копінг-стратегій;

- адаптивні та неадаптивні способи подолання стресу;
- емоційна саморегуляція;
- розвиток власної ресурсності.

Запропоновані вправи:

1. Техніки дихальної релаксації проводяться для зниження психоемоційного напруження, тривожності та фізіологічних проявів стресу через нормалізацію дихання та активізацію процесів самозаспокоєння.

2. М'язова релаксація допомагає для зменшення тілесного напруження, підвищення усвідомлення власного фізичного стану та формування навичок контролю психофізіологічної збудливості.

3. Техніки “заземлення” використовуються для стабілізації емоційного стану, зниження інтенсивності травматичних переживань та повернення в поточну хвилину.

4. “Колесо ресурсів” - для актуалізації зовнішніх та внутрішніх ресурсів особистості, підвищення відчуття власної психологічної опори та формування більш адаптивного ставлення до власних можливостей.

5. Тренування навичок емоційної стабілізації сприяє розвитку здатності усвідомити, контролювати та конструктивно переживати емоції без використання неадаптивних копінг-стратегій.

Очікувані результати - зниження рівня тривожності, підвищення стресостійкості та формування адаптивних копінг-стратегій у стресових ситуаціях.

Модуль 4. Відновлення міжособистісної безпеки.

Згідно результатів кластерного аналізу пережите деструктивне ставлення в дитинстві призводить до підвищення рівня емоційної вразливості. Основна мета цього модулю полягає у формуванні навичок безпечної взаємодії та відновлення довіри до оточуючих.

Основні теми:

- психологічні кордони;
- безпечні стосунки;

- довіра;
- асертивна підтримка;
- навички емоційної комунікації.

Запропоновані практичні вправи:

1. Рольові ігри використовуються для відпрацювання навичок безпечної міжособистісної взаємодії, розвитку емоційної комунікації та формуванню більш адаптивних моделей поведінки у стресових ситуаціях.

2. Вправи на встановлення кордонів спрямовані на формування навичок усвідомлення та захисту власних психологічних меж, зниження залежної поведінки та підвищення відчуття особистісної безпеки.

3. Тренування навичок асертивності призначені для уникнення пригнічення власних емоцій, розвитку здатності відкрито висловлювати власні думки та почуття без агресії або пасивного уникнення, а також для підвищення впевненості у міжособистісній взаємодії.

4. “Мої потреби та почуття” сприяє розвитку емоційної усвідомленості, навичок розпізнавання власних потреб та формуванню здатності коректно повідомляти про них у спілкуванні з іншими людьми.

Очікувані результати модуля - покращення міжособистісної взаємодії, зниження емоційної залежності та розвиток навичок конструктивної комунікації.

Очікувана ефективність всієї програми:

- зниження рівня психотравматичної симптоматики;
- зменшення рівня тривожності;
- зниження самозвинувачення;
- підвищення емоційної стабільності;
- розвиток більш адаптивних копінг-стратегій;
- покращення психологічного благополуччя.

Програма може бути використана працівниками допомагаючих професій в

центрах психологічної допомоги чи кризових центрах. Також її можна адаптувати для роботи в певними віковими чи соціальними групами, які мають наслідки НДД.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі представлені результати емпіричного дослідження взаємозв'язку негативного дитячого досвіду, посттравматичної симптоматики, копінг-поведінки та резильєнтності у дорослому віці.

Аналіз соціально-демографічних факторів нашої вибірки (вік, стать, сімейний стан, рівень освіти та формальна структура батьківської родини) показав відсутність їхнього значущого впливу на рівень актуального стресу та НДД ($p > 0.005$). Що може свідчити про те, що вирішальним чинником травматизації є не зовнішні соціальні фактори, а якість внутрішньосімейних стосунків та ставлення до дитини.

За результатами кількох аналізів був встановлений статистично значущий зв'язок між показниками негативного дитячого досвіду, деструктивного ставлення у сім'ї та рівнем психотравматичної симптоматики за методикою IES-R. Найсильніший взаємозв'язок встановлено між деструктивним сімейним досвідом та показниками вторгнення, уникнення та збудливості, а також загальним рівнем посттравматичного дистресу. Отримані результати свідчать про всебічний вплив раннього посттравматичного досвіду на емоційне функціонування особистості у дорослому віці.

Медіаційний аналіз показав прямий зв'язок між деструктивним ставленням та неадаптивною стратегією самозвинувачення, що вказує на негативний вплив дитячого досвіду на особливості сприйняття власного я.

У результаті кластерного аналізу ми виділили дві групи респондентів, які достовірно відрізняються за рівнем психотравматичної симптоматики. Перший кластер об'єднав респондентів з низьким рівнем, тоді як другий демонструє високі показники за всіма субшкалами посттравматичної симптоматики.

Дисперсійний аналіз підтвердив статистично значущі міжкластерні відмінності як за загальним показником РПТС, так і за рівнем деструктивного сімейного досвіду. Аналіз таблиць спряженості із застосування критерію χ^2 Пірсона підтвердив попередні аналізи.

Додатково було проведено аналіз дерева рішень та ROC-аналіз логістичної регресії. Дані результати підтвердили важливість прогностичного впливу деструктивного ставлення у дитинстві на формування високого рівня посттравматичного дистресу. Значення $AUC = 0.732$ вказують на добру дискримінативну здатність побудованої моделі.

В той же час проведені аналізи не показали статистично значущого зв'язку між рівнем НДД, посттравматичної симптоматики та резильєнтності. Це може свідчити, що особистісна резильєнтність є автономним ресурсом для нашої вибірки, який не корелює з іншими факторами.

На основі результатів дослідження було розроблено психокорекційну програму, спрямовану на зниження наслідків дитячої психотравматизації, розвиток адаптивних копінг-стратегій, зменшення самозвинувачення та підвищення психологічної стійкості особистості.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі проведені теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження визначення специфіки та характеру взаємозв'язку посттравматичної симптоматики, копінг-поведінки та ресурсів резильєнтності у дорослому віці під впливом кумулятивного ефекту ранньої психоемоційної травматизації. Здійснене дослідження дозволило сформулювати наступні висновки:

1. Проведений теоретичний аналіз сучасних наукових джерел дозволив обґрунтувати концептуальну модель дослідження, в якій негативний дитячий досвід є одним з визначальних факторів формування психоемоційних порушень у дорослому віці. Він зумовлює довготривалі структурні та нейробілогічні зміни у психіці особистості. Особливе значення у розвитку психотравматичної симптоматики мають емоційне насильство, деструктивне ставлення з боку значущих батьківських фігур, родинна дисфункція та емоційний неглект у дитинстві. Аналіз теоретичних джерел показав, що наслідками таких стресових ситуацій можуть бути підвищений рівень тривожності, самозвинувачення, емоційна дисрегуляція, ускладнення у міжособистісній взаємодії та формування неадаптивних копінг-стратегій. Дослідження теоретичних підходів дозволило визначити, що успішність подолання пролонгованих наслідків дитячого травмування у дорослому віці визначається не виокремленими захисними механізмами, а рівнем розвитку регуляторної гнучкості та її спроможністю спиратися на внутрішні ресурси резильєнтності.
2. За результатами емпіричного дослідження встановлено, що значна частина респондентів має досвід негативних подій у дитинстві та демонструє різний рівень психотравматичної симптоматики. Результати вивчення НДД свідчать про виражену неоднорідність та ненормальний розподіл показників у вибірці, де ключовим обтяжуючим фактором

виступає хронічний емоційний та фізичний тиск у вигляді деструктивного ставлення оточення. Оцінка актуальних посттравматичних симптомів за шкалою IES-R показала наявність високого рівня суб'єктивного дистресу в цілому в нашій вибірці з провідною реакцією уникнення, що може вказувати на стійку тенденцію респондентів до когнітивно-поведінкового витіснення спогадів про травмуючий досвід.

3. Виявлено психологічні особливості адаптаційних ресурсів у групах з різним рівнем НДД. Дослідження особливостей копінг-поведінки показало, що у респондентів із вираженими наслідками дитячої травматизації переважають неадаптивні копінг-стратегії, зокрема самозвинувачення, відступ та покора. Водночас, відсутність медіаційного ефекту через поведінкові стратегії вказує на складність механізмів впливу ранньої психотравматизації на психоемоційне функціонування особистості. Проведені аналізи не показали статистично значущого зв'язку між рівнем НДД, посттравматичної симптоматики та резильєнтності. Це може пояснюватись тим, що особистісна резильєнтність є автономним ресурсом для нашої вибірки, який не корелює з іншими складовими дослідження. Єдиним статистично значущим чинником, який має вплив на здатність до функціонального копінгу та коригування поведінки (однієї з субшкал опитувальника ІДР-14) виступив досвід отримання психологічної допомоги.
4. Визначено структуру ефектів та головні предиктори психотравматичної симптоматики. За результатами емпіричного дослідження виявлено статистично значущі взаємозв'язки між показниками негативного дитячого досвіду та посттравматичної симптоматики. Виявлено статистично значущі відмінності між групами з різним рівнем НДД за показниками психотравматичного дистресу. Встановлено, що зі зростання деструктивного досвіду у дитинстві підвищуються показники вторгнення, уникнення, збудливості та загального психотравматичного дистресу. Найбільш виражені кореляційні зв'язки нами були зафіксовані між

деструктивним ставлення у сім'ї та загальним рівнем психотравматичної симптоматики. Результати регресійного аналізу показали, що саме показник деструктивного ставлення у дитинстві є найбільш значущим предиктором психотравматичної симптоматики у дорослому віці. Побудована модель показала добру прогностичну здатність (0.732). Це вказує на те, що емоційно несприятливе сімейне середовище є одним із ключових факторів формування високого рівня посттравматичної симптоматики. Одночасно з цим, соціально-демографічні показники, такі як вік, стать, освіта, формальна структура батьківської родини наших респондентів не мають статистично значущих зв'язків ні з рівнем НДД, ні посттравматичних симптомів. Кластерний аналіз дав змогу сформулювати дві виокремлені групи респондентів - з високим та низьким рівнем психотравмуючої симптоматики. Встановлено, що респонденти з високими показниками показують також вищий рівень негативного дитячого досвіду та деструктивного сімейного середовища. Результати дисперсійного аналізу та критерію χ^2 Пірсона підтвердили статистично значущі міжгрупові відмінності та зв'язок між високим рівнем НДД і належністю до кластеру вираженого психотравматичного дистресу. Отримані результати дослідження загалом корелюються із сучасними науковими роботами з вивчення психологічних травм та підтверджують значущий вплив негативного дитячого досвіду на психоемоційне функціонування особистості у дорослому віці.

5. За результатами емпіричного дослідження було розроблено психокорекційну програму, спрямовану на зниження наслідків дитячої психотравматизації, розвиток адаптивних копінг-стратегій, зменшення самозвинувачення та підвищення рівня резильєнтності. Подана програма вміщує наступні модулі - психоедукаційний, когнітивно-корекційний, емоційно-регуляційний та комунікативний. Може використовуватись у практиці психологічного консультування, психокорекції та

психотерапевтичної роботи з особами, які мають досвід негативного дитячого середовища.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов, Д., & Хаустова, О. Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019, № 4(4), 12-25.
2. Безпалько, О. В., & Лях, Т. Л. (2006). З досвіду налагодження партнерства у рамках проекту "Покращення соціальних послуг дітям та сім'ям у громаді". *Покращення якості соціальних послуг дітям та сім'ям в громаді (Інформаційно-методичні матеріали за підсумками проекту "Покращення якості соціальних послуг дітям та сім'ям в громаді" 2003-2006 рр.)*, 73-76.
3. Брюс Перрі, Майя Салавіц (2023) *Хлопчик, якого ростили як собаку та інші випадки дитячих психологічних травм*. Видавництво Ростислава Бурлаки: Київ.
4. Ван дер Колк, Б. (2024). *Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому*. Харків: Віват.
5. Вдовиченко, А.В. (2013). Особливості копінг-поведінки особистості у життєвих та професійних ситуаціях. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія «Психологічні науки», 17-20.
6. Вілсон, К.Р., & Хансен, Дж., & Лі, М. (2011). Реакція травматичного стресу при жорстокому поводженні з дітьми та наслідкові нейропсихологічні ефекти. *Агресія та насильницька поведінка*, 16 (2), 87-97.
7. Власова, О.І. & Родіна, Н.В. & Целікова, Ю.О. & Ворнікова, Л.К. & Тихоненко, Ю.О. (2022). Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ). *Офтальмологічний журнал*, № 1 (504), 63-72.
8. Воронова, О., & Барчій, М. (2024). Окремі аспекти дослідження резильєнтності особистості, № 1: *Слобожанський науковий вісник*. Серія: Психологія, 28-32.

9. Герман, Д. (2023). *Психологічна травма та шлях до видужання*. Львів: видавництво старого Лева.
10. Грабовська С.Л. (2010). Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях. *Психологічне здоров'я особи і суспільства*, 188-199.
11. Гусак, Н., & Чернобровкіна, В., & Чернобровкін, В., & Максименко, А., & Богданов, С., & Бойко, О. М. (2017). *Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс:[посібник з проведення тренінгу]*. Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». К.:НаУКМА.
12. Джордано, Ф. *Резильєнтність: від теорії до практики*. Париж Женева: ВІСЕ, 2022.
13. Жданюк, Л. (2023). Резильєнтність як психологічний інструмент відновлення і розвитку особистості. *Scientific Collection InterConf*. № 168, 90-92.
14. Кіясь, А.В. Екологічність побудови копінг-поведінки педагога як умова його професіоналізації. *Актуальні проблеми психології*. 2009. № 20, 187-191.
15. Кетлер-Митницька, Т.С. (2023). Резильєнтність як чинник посттравматичного зростання в умовах війни. *Актуальні проблеми права, психології та педагогіки в умовах війни: матеріали міжнародної науково-практичної онлайн-конференції*. Білоцерківський НАУ. Біла Церква: БНАУ, 2023, 194-197.
16. Кіреєва, З.О. (2022). Предиктори резильєнтності та оптимізму у осіб різного віку під час проживання пандемії sars-cov-2 № 1: *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки*, 5-10.
17. Кокун, О.М., & Мельничук, Т.І. (2023). *Резилієнс-довідник: практичний посібник*. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України.
18. Кокун, О.М. (2025). *Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика: монографія*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

19. Курова, А.В. (2021). Ситуація невизначеності у парадигмі сучасних викликів суспільства. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*. Ужгород: Видавничий дім «Гельветика». Випуск 4, 51–55.
20. Лазос, Г. (2018). Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Том 3: Консультативна психологія і психотерапія*. Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України; Вінниця, ФОП Рогальська І. О. Вип. 14, 26-64.
21. Лукомська, С.О. (2025). Резильєнтність як системна якість кризових психологів: теоретичний аналіз аа концептуалізація. *Вісник ХНПУ імені ГС Сковороди Психологія*, 23-26.
22. Ма, Фу. (2020). Копінг-поведінка як системний об'єкт дослідження. *Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Запоріжжя.
23. Маккрорі, Е., & Де Бріто, С.А., & Viding, Е. (2010). Огляд досліджень: Нейробіологія та генетика жорстокого поводження та негараздів. *Журнал психології та психіатрії*, 51, 1079—1095.
24. Мілютіна, К.Л. (2018). Модель емпіричного дослідження наслідків дитячого досвіду у дорослому житті. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Запорізького національного університету та Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. За ред. С.Д. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. Запоріжжя: ЗНУ. 2018; 2 (14), 78-83.
25. Музиченко, І.В., & Ткачук, І.І. (2017). *Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби: метод.рек.* Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи.
26. Наугольник, Л. Б. (2015). *Психологія стресу*. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ.
27. Нечай, В. (2024). Психологічний, семантичний та феноменологічний аналіз поняття резильєнтності. *Світ наукових досліджень. Випуск 26:*

- матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції (м.Тернопіль, Україна, м.Ополе, Польща, 24-25 січня 2024 р.)/за ред.: О. Патряк та ін. ГО «Наукова спільнота», WSZIA w Opolu. Тернопіль: ФО-П Шпак В.Б., 152.
28. Пічурін, В.В. (2015). Копінг-стратегії студентів і психологічна готовність до професійної праці. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*, №2, 53-59.
 29. П'янківська, Л. (2023). Особливості прояву резильєнтності у студентів в умовах воєнного часу. *Перспективи та інновації науки*, (10 (28)).
 30. Родіна, Н.В., & Бірон, Б.В., & Уханова, А.І., & Семенюк, Н.С., & Кернас, А.В. (2020). Створення шкали для оцінки міжрольових конфліктів у медичних працівників офтальмологічного профілю. *Офтальмологіческий журнал*, 2(493), 79-86.
 31. Сандак, О.С. (2021). Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник Херсонського Державного університету*, Вип. 2, 49-62.
 32. Саутвік, С.М., & Чарні, Д.С. (2024). *Резилієнтність. Мистецтво долати найбільші виклики життя*. 3-тє вид. Львів: Свічадо.
 33. Соловей-Лагода, О.А. (2024). Резилієнтність особистості: поняття, моделі та техніки плекання. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки*, 32-44.
 34. Ткачук, Т.А. (2011). *Копінг-поведінка: стратегії та засоби реалізації*. Ірпінь: УДФСУ.
 35. Туриніна, О.Л. (2017). *Психологія травмуючих ситуацій*. Київ: ДП "Видавничий дім "Персонал".
 36. Хансон, Дж. Л., & Чунг, М.К., & Авантс, Б. Б., & Ширткліфф, Е.А., Джей, Дж., & Девідсон, Р.Дж., & Поллак, С.Д. (2010). Ранній стрес пов'язаний зі змінами орбітофронтальної кори: дослідження морфометрії на основі тензорів структури мозку та поведінкового ризику. *Журнал неврології*, 30, 7466-7472. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0859-10.2010>.

37. Шайхлісламов, З.Р., & Горбенко, В.Ю. (2023). Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії. поведінки особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія: Психологія, 64-69.
38. Шелюг, О.А. (2014). Деякі проблеми вимірювання феномену посттравматичного росту. *Актуальні проблеми соціології, педагогіки, психології*. № 23, 297-303.
[URL: http://apspp.soc.univ.kiev.ua/index.php/home/article/view/299](http://apspp.soc.univ.kiev.ua/index.php/home/article/view/299).
39. Шонкофф, Дж. (2012). Довічні наслідки ранніх дитячих негараздів та токсичного стресу. *Педіатрія*, 129 (1), 232-246. doi: [10.1542/peds.2011-2663](https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663).
40. Шонкофф, Дж. П., & Філіпс, Д.А. (2000). Від нейронів до околиць: наука про ранній розвиток дитинства. Вашингтон, округ Колумбія: *Національна академія преси*. doi: [10.17226/9824](https://doi.org/10.17226/9824).
41. Agnew-Blais, J., & Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatr*. doi: [10.1016/S2215-0366\(15\)00544-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544-1).
42. Ainsworth, M.D.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*. 46, 333-341.
43. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
44. Bethell, Christina, & Jones, Jennifer (2019). Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample. *JAMA Pediatr* Published Online:173;(11):e193007. [doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3007](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007).
45. Binder, E. B., & Salyakina, D., & Lichtner, P., & Wochnik, G. M., & Ising, M., Pütz, B., & Muller-Myhsok, B. (2004). Polymorphisms in FKBP5 are associated with increased recurrence of depressive episodes and rapid response to antidepressant treatment. *Nature genetics*, 36(12), 1319-1325. doi: [10.1038/ng1479](https://doi.org/10.1038/ng1479). Epub 2004 Nov 21.

46. Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events. *American Psychologist*. Vol. 59, 20-28.
47. Bonanno, G.A., & Burton, C.L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
48. Breuer, J. & Freud, S. (1955) *Studies on Hysteria*. London: Hogarth Press.
49. Caspi, et al. (2010). Genetic sensitivity to the environment: The case of the serotonin transporter gene (5-HTT) and its implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry*, 167, 509-527.
50. Charcot, J.-M., & Richer, P.M.L.P. (1887). *Les démoniaques dans l'art*. Paris: A. Delahaye et E. Lecrosnier.
51. Devon, E. (2012). Psychosocial factors as predictors of suicidal ideation amongst adolescents in the free state province: a cross-cultural study Scientific article. *University Of The Free State: Department of Psychology, Faculty of the Humanities*.
52. Egan, H., & O'Hara, M., & Cook, A., & Mantzios, M. (2022). Mindfulness, self-compassion, resiliency, and wellbeing in higher education: A recipe to increase academic performance. *Journal of Further and Higher Education*, 46(3), 301- 311. doi: [10.1080/0309877X.2021.1912306](https://doi.org/10.1080/0309877X.2021.1912306).
53. Felitti, V.J. & Anda, R.F. & Nordenberg, D. & Williamson, D.F. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol.14(4), 245-258.
54. Felitti V.J. & Anda R.F. (2010). *The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care / Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. New York: Cambridge University Press.

55. Felitti, V.J. & Anda, R.F. (2010). The Lifelong Effects of Adverse Childhood Experiences/Chadwick's Child Maltreatment: Sexual Abuse and Psychological Maltreatment. Vol. 2. *STM Learning*, 203-215.
56. Felitti, V. J. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44-47.
57. Ferguson, C.J. (2011). Video games and youth violence: a prospective analysis in adolescents. *Youth J* [10.1007/s10964-010-9610-x](https://doi.org/10.1007/s10964-010-9610-x).
58. Fischer, G. & Reidesser, P. (2023). *Lehrbuch der Psycho-traumatologie*. Ernst Reinhardt Verlag.
59. Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defence*. London: The International Psycho-Analytical Press / Hogarth Press.
60. Freud, S. (1959). *The Neuro-Psychoses of Defence*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
61. Garner, A. S., & Shonkoff, J. P., (2012). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), 232-246.
62. Goloway, S. (2017). *Happily Ever Resilient: A Content Analysis of Themes of Resilience in Fairytales*. <https://eric.ed.gov/?id=ED581904>.
63. Hellerstein, D. (2011). How can I become more resilient. *Psychology today*, 27.
64. Hovens, J.G., & Giltay, E.J., & Wiersma, J.E., & Spinhoven, P., & Penninx, B.W., & Zitman, F.G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*. doi: [10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x).
65. Janet, P. (1973). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Société Pierre Janet/Payot/.
66. Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. NY: Paul B. Hoeber, Inc.

67. Klika, J. B., & Herrenkohl, T. I. (2013). A review of developmental research on resilience in maltreated children. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(3), 222-234. <https://doi.org/10.1177/1524838013487808>.
68. Krupelnyska, L., & Yatsenko, N., & Keller, V., & Morozova-Larina, O. (2025). The impact of events scale-revised (IES-R): Validation of the Ukrainian version. *Comprehensive Psychiatry*, 139.
69. Lazarus, R. (1984). *Stress, appraisal, and coping Monography*. New York: Basic Books.
70. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
71. Liberzon, I., & King, A. P., & Ressler, K. J., & Almlil, L. M., & Zhang, P., Ma, S. T., & Galea, S. (2014). Interaction of the ADRB2 gene polymorphism with childhood trauma in predicting adult symptoms of posttraumatic stress disorder. *JAMA psychiatry*, 71(10), 1174-1182.
72. Jessie I Lund, & Elaine Toombs, & Abbey Radford, & Kara Boles, Christopher Mushquash (2020). Adverse Childhood Experiences and Executive Function Difficulties in Children: A Systematic Review. *Child Abuse & Neglect*. doi [10.1016/j.chiabu.2020.104485](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104485) DOI:10.1016/j.chiabu.2020.104485.
73. Main, M., & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
74. Marten, A. (2022). Multiple Adverse Childhood Experiences (ACES) and experience of shame in adults: a systematic review of the relationship between multiple ACEs and shame; and, An empirical study of the associations between ACEs, shame, and proneness to psychosis.
75. Masten, A. (2019). Resilience from a developmental systems perspective. *World Psychiatry*. doi: [10.1002/wps.20591](https://doi.org/10.1002/wps.20591).
76. McEwen, B.S. (2016). Central role of the brain in stress and adaptation. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion and Behavior*, 39-55. doi: [10.1016/b978-0-12-800951-2.00005-4](https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800951-2.00005-4).

77. Michael J Meaney, & Ian CG Weaver, & Nadia Cervoni, & Frances A Champagne, & Ana C D'Alessio, & Shakti Sharma, & Jonathan R Seckl, & Sergiy Dymov, & Moshe Szyf. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci.* doi: [10.1038/nn1276](https://doi.org/10.1038/nn1276).
78. Menninger, K., & Mayman, M., & Pruyser, P. (1963). *The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness*. New York, NY: Viking Press.
79. Myers, C.S. (1940). *Shell Shock in France*. Cambridge: Cambridge University Press.
80. Negri, S. (2020). ACEs are not equal: Examining the relative impact of household dysfunction versus childhood maltreatment on mental health in adolescence. *Social science & medicine*, 245.
81. Olson, J. A. (1994). Janoff-Bulman, Ronnie (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press, 256.
82. Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2011). Psychological resilience in OEF-OIF veterans: Application of a novel classification approach and examination of demographic and psychosocial correlates. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 560-568.
83. Pitman, R. (1989). Post-Traumatic Stress Disorders, Hormones and Memory. *Biological Psychiatry*, 26, 221-223.
84. Russel, D.E.H. (1984). *Sexual Exploitation: Rape, Child Sexual Abuse, and Sexual Harassment*. Beverly Hills, CA:Sage.
85. Russell, D.E.H. (1986). *The Secret Trauma*. New York: Basic Books.
86. Schalkwijk, F., & Van Someren, E. J., & Nicolai, N. J., & Uijtewaal, J. L., & Wassing, R. (2023). From childhood trauma to hyperarousal in adults: The mediating effect of maladaptive shame coping and insomnia. *Frontiers in human neuroscience*, 17.
87. Schalinski, I., & Teicher, M. H., & Nischk, D., & Hinderer, E., & Müller, O., & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC psychiatry*, 16(1), 295.

88. Suedfeld, P. (1997). Reactions to societal trauma: Distress and/or eustress. *Political Psychology*. Vol. 18(4), 849-861.
89. Tedeschi, R., & Blevins, C. (2017). Posttraumatic growth: a pathway to resilience. *The Routledge international handbook of psychosocial resilience*, 324-333.
90. Martin H. Teicher, & Susan L. Andersen, & Ann Polcari, & Carl M. Anderson, & Carryl P. Navalta, & Dennis M. Kim. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Issues 1-2, 33-44.
91. Martin H. Teicher, & Jacqueline A. Samson, & Carl M. Anderson, & Kyoko Ohashi. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17, 652-666.
92. Tost, H., & Champagne, F.A., & Meyer-Lindenberg A. (2015). Environmental influence in the brain, human welfare and mental health. *Nat. Neurosci.* doi:[10.1038/nrn.4108](https://doi.org/10.1038/nrn.4108).
93. Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston, MA: Little, Brown and Company.
94. Vaillant, G.E. (1992). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
95. Walsh, F. (2021). Family resilience. *Multisystemic resilience*, 255-270.
96. Werner, E. E. (1997). Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica, Supp.*, 422, 103-105. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1997.tb18356>.
97. Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. McGraw-Hill.
98. Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
99. Young, J.E., & Klosko J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press.

100. Zarse, E.M., & Neff, M.R., & Yoder, R., & Hulvershorn, L., & Chambers, J.E., & Chambers, R.A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases *Cogent Medicine*. V. 6 (1).
101. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In: Wilson J., Keane T. (Eds.). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

ДОДАТКИ

“Додаток А”

Анкета негативного дитячого досвіду, АСЕ

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

«так» або «ні».

- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто вас ображав, сварив або принижував?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих поводив себе таким чином, що ви боялися фізичної шкоди?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто бив, хапав, штовхав або кидав у вас що-небудь?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто або бодай одноразово побив так, що залишились синці або ушкодження?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з осіб старший більш як на 5 років хоч би одноразово торкався до вас з сексуальним наміром?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з осіб старший більш як на 5 років намагався скоїти або мав з вами статевий акт (оральний, анальний, вагінальний)?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб ви часто відчували що вас не люблять, до вас байдужі?
- Чи часто ви відчували, що ваші брати та сестри отримують більше уваги батьків, ніж ви?
- Члени вашої родини не були близькими, не підтримували один одного?
- Ви (до 18 років) жили з кимось, хто зловживав алкоголем або наркотиками?
- Чи можна сказати, що батьки не дбали про вас належним

чином через надмірне вживання алкоголю / наркотичних речовин?

- Ви часто приходили до школи у брудному та старому одязі, не мали їжі?
- Чи ви часто відчували (до 18 років), що не було когось, хто б вас захистив?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто бив, хапав, штовхав вашу маму або інших членів родини?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих бодай одноразово погрожував ножем або рушницею вашій мамі або іншим членам родини?
- До того, як вам виповнилось 18 років, ваші батьки жили окремо або були розлучені?
- Хтось з тих з ким ви жили в дитинстві страждав психічними розладами?
- Хтось з тих з ким ви жили в дитинстві потрапив до в'язниці?
- Хтось з тих з ким ви жили в дитинстві намагався скоїти самогубство?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто вас закривав у кімнаті або прив'язував?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто не розмовляв із вами більше декількох годин в якості покарання?
- Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб ви були жертвою цькування або насильства у школі?

Має 4 субшкали:

Шкала 1. Проживання у дисфункціональній сім'ї (11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21)

Шкала 2. Деструктивне ставлення оточення (1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 14, 22, 23)

Шкала 3. Залучення до раннього статевого життя (5, 6)

Шкала 4 (Додаткова). Соціально-емоційна занедбаність (5, 6, 13, 19, 21, 23)

Табл. Розподіл балів за шкалами ОНДД

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

“Додаток Б”

Шкала оцінки впливу травматичної події, IES-R

Нижче описано переживання людей після важких стресових ситуацій/подій, що трапилися з ними в житті. Прочитайте кожен пункт та оцініть, на скільки ви відчували подібне протягом останніх семи днів у зв'язку з конкретною ситуацією/подією, що мала місце протягом вашого життя.

Відповіді: ніколи, іноді, рідко, часто, завжди.

- Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушує мене знову пережити все, що трапилося
- Я не міг(могла) спокійно спати ночами
- Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося
- Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів
- Я не дозволяв(ла) собі засмучуватися, коли думав(ла) про цю подію або щось нагадувало мені про неї
- Я думав(ла) про те, що трапилося, проти своєї волі
- Мені здавалося, що всього того, що сталося зі мною, ніби й не було насправді, або все, що тоді відбувалося, було нереальним
- Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилося
- Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості
- Я був(ла) весь час напруженим(ною) і сильно здригався(лась), якщо щось раптово лякало мене
- Я намагався(лася) не думати про те, що трапилося
- Я розумів(ла), що мене і досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив(ла), щоб їх уникнути
- Я відчував(ла) щось на зразок заціпеніння і всі мої переживання з приводу того, що сталося, були наче «паралізовані»

- Я раптом помітив(ла), що дію або почуваюся так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації
- Мені було важко заснути
- Мене буквально переповнювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією
- Я намагався(лася) витіснити з пам'яті те, що трапилося
- Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь
- Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) неприємні фізичні ознаки: пітнів(ла), дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс тощо
- Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося
- Я постійно остерігався(лась) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане
- Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапилося
- Коли сталася з вами важка стресова ситуація/подія, про яку ви згадали і про яку давали попередні відповіді?

Має 3 підшкали:

1. Вторгнення— нав'язливі спогади (питання 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20).
2. Уникнення— уникнення нагадувань про подію (5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22).

Гіперактивація — підвищена збудженість (4, 10, 15, 18, 19, 21).

Інтерпретація загального балу

У літературі використовуються приблизні пороги:

Загальний бал	Інтерпретація
0–23	норма / мінімальні симптоми
24–32	можливий ПТСР
33–36	ймовірний ПТСР
≥ 37	клінічно значущий рівень симп.

Часто у дослідженнях використовують cut-off = 33.

“Додаток В”

Опитувальник вивчення стратегій копінг-поведінки (Е. Хейм)

Інструкція: «Вам буде запропоновано низку тверджень щодо особливостей Вашої поведінки. Постарайтеся згадати, яким чином Ви найчастіше вирішуєте важкі та стресові ситуації, а також ситуації високої емоційної напруги. Обведіть, будь ласка, той номер твердження, який Вам підходить. У кожному розділі тверджень необхідно вибрати лише один варіант, за допомогою якого Ви вирішуєте свої труднощі.

Відповідайте, будь ласка, відповідно до того, як Ви справляєтеся зі складними ситуаціями протягом останнього часу. Не роздумуйте довго – важлива Ваша перша реакція. Будьте уважні!».

Текст опитувальника

А

1. «Кажу собі: зараз є щось важливіше, ніж труднощі».
2. «Кажу собі: це доля, треба з цим змиритися».
3. «Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре».
4. «Я не втрачаю самовладання та контролю над собою у важкі хвилини і намагаюся нікому не показувати свого стану».
5. «Я намагаюся проаналізувати, все зважити та пояснити собі, що відбулося».
6. «Я кажу собі: порівняно з проблемами інших людей мої – це дрібниця».
7. «Якщо щось сталося, то так завгодно Богові».
8. «Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не вийти з цих труднощів».
9. «Я надаю своїм труднощам особливий смисл, а долаючи їх, я вдосконалююся сам».
10. «На даний час я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але з часом зможу впоратися і з ними, і з більш складними».

Б

1. «Я завжди глибоко обурений несправедливістю долі до мене і протестую».
2. «Я впадаю у відчай, я плачу і плачу».
3. «Я пригнічую емоції у собі».
4. «Я завжди впевнений, що є вихід із скрутної ситуації».
5. «Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені».
6. «Я впадаю у стан безнадійності».
7. «Я вважаю себе винним і отримую по заслугах».
8. «Я впадаю в сказ, стаю агресивним» .

В

1. «Я поринаю в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі».
2. «Я намагаюся допомогти людям і в турботах про них забуваю про свої прикрощі».
3. «Намагаюся не думати, всіляко уникаю зосереджуватися на своїх неприємностях».
4. «Намагаюся відволіктися і розслабитися (за допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі тощо)».
5. «Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (їду подорожувати, вступаю на курси іноземної мови тощо)».
6. «Я ізолююся, намагаюся залишитися наодинці з собою».
7. «Я використовую співпрацю зі значущими мені людьми для подолання труднощів».
8. «Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою».

“Додаток Г”

«Інструмент дослідження резильєнтності (ІДР-14)» (Фан-Вень Ху, Чен-Хан Лін, Фан-РуЮе, Ю-Тай Ло&Чун-Ін Лін)

Твердження	Категорично не згоден\а	Не згоден\а	Згоден\а	Дуже згоден\а	Категорично згоден\а
1. Я можу відновитися після хвороби чи травми протягом очікуваного часу					
2. Я вірю що зможу одужати від будь-якої хвороби чи травми					
3. Я намагаюся дивитися на речі позитивно, коли стикаюся з хворобою чи травмою					
4. Я коригую свій спосіб життя після хвороби чи травми					
5. Коли я хворий чи травмований, я приймаю допомогу від своїх рідних та друзів					
6. Коли мені потрібно, я можу знайти когось, хто допоможе					
7. Я вважаю що зможу впоратись зі своїми щоденними справами					

8. Я вважаю що зможу відновитися після хвороби чи травми , щоб виконувати повсякденні справи					
9. Незалежно від того, хороші чи погані речі, я вважаю, що більшість з них відбувається не просто так					
10. Минулий досвід дає мені впевненість у протистоянні новим викликам і труднощам					
11. Я сильна людина, коли стикаюся з хворобою чи травмою					
12. Я очікую і планую своє майбутнє					
13. Я можу впоратись з неприємними або болісними почуттями, такими як сум, страх і гнів					
14. Я відчуваю, що зможу впоратись зі своїм життям.					

Ключ: підрахувати суму набраних балів, де відповідь категорично не згоден - оцінюється в 1 бал; не згоден - 2; згоден - 3; дуже згоден - 4; категорично згоден -5.

Має 3 субшкали:

Шкала “Позитивне мислення” - 1, 2, 3, 8, 11, 13.

Шкала “Спосіб життя, спрямований на копінг та коригування” - 4, 5, 6, 9.

Шкала “Мислення, орієнтоване на віру та надію” - 7, 10, 12, 14.

“Додаток Г”

Авторська анкета

Містить наступні запитання:

1. Скільки Вам повних років?
2. Стать:
 - жіноча,
 - чоловіча,
 - інше/не хочу вказувати.
3. Освіта:
 - середня,
 - вища (бакалавр),
 - вища (спеціаліст, магістр).
4. Сімейний стан:
 - не перебуваю у стосунках,
 - у стосунках,
 - інше.
5. Чи маєте дітей до 18 р.?
 - так;
 - ні.
6. До 18 років виховувались:
 - у повній родині (мати і батько),
 - у неповній родині (мати або батько жила (жив) окремо, але підтримували спілкування),
 - у неповній родині (мати або батько жила (жив) окремо і не підтримували спілкування),
 - з опікунами або піклувальниками,
 - інше.
7. Чи звертались Ви за допомогою до психолога\психотерапевта.
 - так;
 - ні.

“Додаток Д”

Табл.4.1.

Описова статистика кумулятивного балу та субшкал ОНДД

	ОНДД_рівень	Дисфункційна сім'я	Деструктивне ставлення	Раннє статеве життя	Соціально-емоційне занедбання	ОНДД
Розмір вибірки	Високий	32	32	32	32	32
	Низький	89	89	89	89	89
Пропущені	Високий	0	0	0	0	0
	Низький	0	0	0	0	0
Середнє	Високий	3.19	6.03	0.969	2.56	11,8
	Низький	1.26	2.42	0.292	0.944	4.36
Медіана	Високий	3.00	6.00	1.00	2.00	11.0
	Низький	1	2	0	1	4
СВ	Високий	1.4	1.67	0.897	1.24	1.88
	Низький	1.07	1.82	0.607	0.817	2.65

Мінімальне	Високий	0	0	0	0	10
	Низький	0	0	0	0	0
Максимальне	Високий	7	9	2	5	17
	Низький	5	7	2	4	9
Критерій Шапіро-Вілка	Високий	0.854	0.872	0.756	0.904	0.848
	Низький	0.871	0.925	0.527	0.822	0.950
Критерій Шапіро-Вілка	Високий	<0.001	0.001	<0.001	0.008	<0.001
	Низький	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.002

Кореляційний аналіз НДД, РПТС, резильєнтністю та віку

Кореляційна матриця					
		НДД	РПТС	Резильєнтність	Вік
НДД	Коефіцієнт кореляції Пірсона	—			
	Ступінь свободи	—			
	p-value	—			
РПТС	Коефіцієнт кореляції Пірсона	0.531	—		
	Ступінь свободи	119	—		
	p-value	<0.001	—		
Резильєнтність	Коефіцієнт кореляції Пірсона	-0.020	-0.031	—	
	Ступінь свободи	119	119	—	
	p-value	0.824	0.737	—	
Вік	Коефіцієнт кореляції Пірсона	-0.007	-0.017	-0.069	—
	Ступінь свободи	119	119	119	—
	p-value	0.941	0.856	0.454	—

“Додаток Е”

Табл.4.3.

Кореляційна матриця субшкал та загального показника посттравматичних симптомів

Кореляційна матриця						
		Диструк. ставлення	Вторгне ння	Уникнення	Збудливість	РПТС
Диструк. ставлення	Коефіцієнт кореляції Пірсона	—				
	Ступінь свободи	—				
	p-value	—				
	Верхня межа 95% довірчого інтервалу	—				
	Нижня межа 95% довірчого інтервалу	—				
	Розмір вибірки	—				
Вторгнен ня	Коефіцієнт кореляції Пірсона	0.455***	—			
	Ступінь свободи	119	—			
	p-value	<0.001	—			
	Верхня межа 95% довірчого інтервалу	0.586	—			
	Нижня межа 95% довірчого інтервалу	0.301	—			
	Розмір вибірки	121	—			

Уникнення	Коефіцієнт кореляції Пірсона	0.493***	0.802***	—		
	Ступінь свободи	119	119	—		
	p-value	<0.001	<0.001	—		
	Верхня межа 95% довірчого інтервалу	0.617	0.857	—		
	Нижня межа 95% довірчого інтервалу	0.345	0.727	—		
	Розмір вибірки	121	121	—		
Збудливість	Коефіцієнт кореляції Пірсона	0.446***	0.857***	0.812***	—	
	Ступінь свободи	119	119	119	—	
	p-value	<0.001	<0.001	<0.001	—	
	Верхня межа 95% довірчого інтервалу	0.578	0.898	0.865	—	
	Нижня межа 95% довірчого інтервалу	0.290	0.800	0.741	—	
	Розмір вибірки	121	121	121	—	
РПТС	Коефіцієнт кореляції Пірсона	0.498***	0.945***	0.936***	0.933***	—
	Ступінь свободи	119	119	119	119	—
	p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	—
	Верхня межа 95% довірчого інтервалу	0.621	0.961	0.955	0.953	—

“Додаток Є”

Табл.4.4.

**Регресійний аналіз прогностичних факторів адаптаційного
потенціалу та копінг-поведінки**

Показники якості моделі		
Модель	R	R ²
1	0.516	0.267
2	0.579	0.335
3	0.587	0.344
Примітка. Моделі, розраховані для розміру вибірки =120		

Зіставлення моделей							
Зіставлення							
Модель		Модель	ΔR^2	F	Ступінь свободи 1	Ступінь свободи 2	p
1	-	2	0.06805	11.763	1	115	<0.001
2	-	3	0.00971	0.553	3	112	0.647

Коефіцієнти моделі - РПТС				
Предиктор	Оцінка	SE	t	p
Константа	33.723	3.031	11.1279	<0.001
Дисфункційна сім'я	1.665	1.728	0.9635	0.337
Раннє статеве життя	6.477	3.791	1.7084	0.090

Соц-емоційна занедбаність	0.390	2.890	0.1351	0.893
Деструк. ставлення	2.996	0.871	3.4409	<0.001
“Надання сенсу”	-0.429	4.952	-0.0867	0.931
“Самозвинувачення”	1.696	6.377	0.2660	0.791
“Відволікання”	-4.853	3.780	-1.2837	0.202

Описова статистика субшкал
“Шкали оцінки впливу травматичної події, IES-R”

Описова статистика				
	Самозвинувачення	Вторгнення	Уникнення	Збудливість
Розмір вибірки	0	112	112	112
	1	9	9	9
Пропущені	0	0	0	0
	1	0	0	0
Середнє	0	16.6	17.2	12.7
	1	21.4	22.6	15.7
Медіана	0	15.0	16.0	11.0
	1	20	24	14
СВ	0	7.24	7.66	5.59
	1	8.28	6.37	5.83
Мінімальне	0	8	8	6
	1	10	14	10
Максимальне	0	38	39	29
	1	33	32	25

“Додаток З”

табл.4.6.

Аналіз частотного розподілу НДД та копінг-стратегії “Надання сенсу”

Таблиці спряженості			
	НДД_рівень		
"Надання сенсу"	Високий	Низький	Всього
0	26	81	107
1	6	7	13
Всього	32	88	120

Критерій χ^2			
	Значення	Ступінь свободи	p
χ^2	2.83	1	0.092
Розмір вибірки	120		

“Додаток И”

табл.4.7.

Лінійна регресія пливу НДД на РПТС

Показники якості моделі		
Модель	R	R ²
1	0.533	0.284
Примітка. Моделі, розраховані для розміру вибірки =120		

Зіставлення моделей							
Зіставлення							
Модель		Модель	ΔR^2	F	Ступінь свободи 1	Ступінь свободи 2	p
1	-	2	0.06805	11.763	1	115	<0.001
2	-	3	0.00971	0.553	3	112	0.647

						95% Довірчий інтервал	
Предиктор	Оцінка	Стандартна похибка	t	p	Стандарт на похибка	Нижній	Вищий
Константа	35.60	3.066	11.611	<0.001			
Надання сенсу	2.59	5.125	0.506	0.614	0.0405	-0.1180	0.1991
Самозвинувачення	5.29	6.369	0.831	0.408	0.0700	-0.0970	0.2370
Відволікання	-5.23	3.970	-1.317	0.190	-0.1082	-0.2711	0.0546

Відступ	6.98	4.291	1.626	0.107	0.1356	-0.0297	0.3009
Деструктивне ставлення	3.85	0.700	5.500	<0.001	0.4608	0.2948	0.6267