

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Факультет психології

Кафедра соціальної психології

*На правах рукопису*

## **ДИПЛОМНА РОБОТА**

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему «**Вплив дитячої травми на «Образ Я» особистості раннього  
дорослого віку»**

**Виконав:** студент групи ПСмз-12  
спеціальності 053 «Психологія»

Процак Анна-Марія Володимирівна

**Керівник:** кандидат психологічних  
наук, доцент кафедри соціальної  
психології, доцент

Федоришин Галина Миколаївна

**Рецензент:** кандидат психологічних  
наук, доцент кафедри соціальної  
психології, доцент

Гринчук Олександра Іванівна

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА «ОБРАЗ Я» ОСОБИСТОСТІ РАННЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ</b>	
1.1. Тлумачення феномену «Образ Я» в різних психологічних концепціях....	6
1.2. Поняття про психічну травму.....	12
1.3. Особливості функціонування «Образу Я» у результаті психічних травм..	21
Висновки до першого розділу.....	29
<b>РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА «ОБРАЗ Я» ОСОБИСТОСТІ РАННЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ</b>	
2.1. Організація й методика емпіричного дослідження.....	30
2.2. Психологічний аналіз впливу травми, пережитої в дитинстві, на «Образ Я» особистості в ранньому дорослому віці.....	36
Висновки до другого розділу.....	50
<b>РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБИСТОСТІ РАННЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ТРАВМІВНІ ПОДІЇ У ДИТИНСТВІ</b>	
3.1. Професійна допомога у зціленні від посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду .....	55
3.2. Психотехніки самопомоги у долатті посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду .....	66
Висновки до третього розділу.....	72
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>74</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>79</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>84</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** «Образ Я» є однією з найважливіших соціально-психологічних характеристик особистості і належить до фундаментальних проблем у психології. Вивчення впливу дитячих психологічних травм на «образ Я» допоможе розкрити психологічні механізми, що визначають характер взаємовідносин, поведінки та адаптації особистості до соціокультурного середовища.

Поряд з теоретичним інтересом ця проблема має велике прикладне значення, бо «образ Я», що виникає у результаті особливостей сприйняття та інтерпретації індивідом соціокультурного досвіду, демонструє також значні порушення у функціонуванні, що виявляються у дезадаптації, порушенні стосунків і конфліктності, труднощах кар'єрного зростання тощо [16]. Її актуальність особливо зростає в період ранньої дорослості, коли індивід активно реалізує свій особистісний потенціал у різних сферах життєдіяльності, насамперед у професійній.

У нашому дослідженні, зважаючи на багатоаспектність функціонування «образу Я» як соціально-психологічного утворення, зосереджуємо увагу на проявах «образу Я» осіб, що пережили психологічну травму у дитинстві. Вибір такого вектора дослідження зумовлений недостатньою розробкою даного питання та запитам психологів-практиків, які переконливо доводять, що більшість дорослих, які пережили психологічну травму у дитинстві, мають порушення «образу Я», який є визначальним чинником їх дезадаптивної, а іноді й насильницької поведінки [7].

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Історія поняття травми торкається ранніх праць З. Фрейда та дофрейдівських робіт Ж. М. Шарко та Ж. Брейера. З. Фрейдом було створено першу психоаналітичну теорію травми, в якій це явище розглядалося як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що здійснює патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям невротичних розладів. Джерело травми він вбачав не у зовнішній події, а в самій психіці, у розщепленні Его, до якого приводить травматична тривога, заснована на несвідомих фантазіях [1].

Джудіт Герман у праці «Психологічна травма та шлях до видужання» зазначає, що дослідження психологічної травми мають дивну історію – подібну до епізодичної амнезії. Періоди активних досліджень змінюються періодами забуття. Неодноразово в минулому столітті вчені розпочинали аналогічні дослідження, потім раптово припиняли їх, щоб набагато пізніше знову розпочати [5]. Сьогодні відродився інтерес фахівців до “парадигми травми”, що зумовлено “відкриттям заново” явищ дитячого досвіду сексуального і фізичного насилля в сучасній культурі, а також відновленим інтересом психіатрів до дисоціативних розладів, і особливо до розладів множинної особистості і посттравматичних стресових розладів [4].

На думку Ф. Рупперта, для здорового душевного розвитку дитині необхідне задоволення симбіотичних потреб в теплі, захищеності, підтримці, любові і приналежності до сім’ї. Водночас прагнення дитини до автономності також має бути задоволеним. При цьому автономність розуміється автором як самостійність, незалежність, свобода, здатність себе забезпечувати і нести відповідальність за себе [28].

**Об’єкт дослідження** – «Образ Я» особистості раннього дорослого віку.

**Предмет дослідження** – вплив психічної травми, пережитої в дитинстві, на «Образ Я» особистості раннього дорослого віку.

**Мета дослідження** - здійснити теоретичне й емпіричне вивчення впливу дитячих травм на «Образ Я» особистості раннього дорослого віку.

Для досягнення мети дослідження поставлено виконання наступних завдань:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз впливу дитячих травм на «Образ Я» особистості раннього дорослого віку.

2. Здійснити емпіричне дослідження впливу дитячих травм на «Образ Я» особистості раннього дорослого віку.

3. Обґрунтувати методи і прийоми професійної психологічної допомоги та самопомоги у зціленні від посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду.

**Методи дослідження** – аналіз теоретичних джерел, синтез, порівняння, узагальнення; емпіричні методи (опитування, психосемантичний аналіз); статистичні методи (математична обробка даних, кореляційний аналіз). На етапі обґрунтування змісту діяльності психолога застосовувались методи узагальнення, групування, логічного та графічного моделювання.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та результати дослідження були представлені на щорічній звітній науковій конференції студентів Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (20023 р., м.Івано-Франківськ), а також на III Міжнародній науково-практичній конференції «Особистість у кризових умовах сучасності: психологічні виклики» (03 березня 2023 р., м. Івано-Франківськ) [16].

**Наукова новизна роботи** полягає в уточненні механізмів впливу травмівного досвіду дитинства на структурні компоненти «Образу Я» особистості раннього дорослого віку.

**Практичне значення** роботи полягає в обґрунтуванні методів психологічної допомоги особам, які зазнали травмівного досвіду в дитинстві.

**Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (46 найменувань) та 3 додатків. Основний зміст роботи викладено на 83 сторінках (загальний обсяг роботи - на 86 сторінках). Робота містить 5 рисунків та 5 таблиць.

## РОЗДІЛ І.

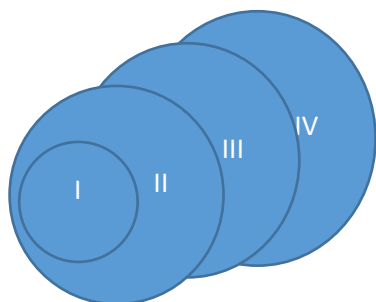
### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА «ОБРАЗ Я» ОСОБИСТОСТІ РАНЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ

#### 1.1. Тлумачення феномену «Образ Я» в різних психологічних концепціях

У психології завжди були і залишаються актуальними питання про особистість, її складові, зокрема, про те якою вона себе уявляє, що міркує щодо себе і як ставиться до себе, як на основі даних суджень і оцінок будує свій життєвий шлях, – «Образ Я». Аналіз досліджень, присвячених зазначеній проблемі, свідчить, про те, що попри значну увагу вітчизняних та зарубіжних дослідників до даного соціально-психологічного утворення, питання щодо того, як травмівний досвід дитинства впливає на «Образ Я» у ранньому дорослому віці, які можливості його змін та розвитку, залишаються недостатньо розробленими.

Питання «Образу-Я» в психологічній літературі розглядалася в працях видатних вітчизняних та зарубіжних авторів. Накопичено матеріал про зміст «Образу Я» та його структуру (Р. Берн, Л. Венгер, У. Джемс, Ч. Кулі, Дж.Мід, М. Розенберг, S. Epistein, P. Lecky, W. Strein та ін.). Багато праць розкривають вікові особливості уявлень про зміст свого «Я» (А. Грись, Р. Крайг, WJ Livesley, В. Bromley та ін.). Предметом спеціального психологічного дослідження були і питання про рівні розвитку «Образу Я» (В. Мейлі, Р. Мерлін, М. Розенберг та ін), досягнення яких на різних вікових етапах може означати не лише знання свого «Я», а й готовність його реалізувати у власній поведінці. Серед психологів українського психологічного простору, які займаються розробкою теоретичних моделей функціонування тих чи інших аспектів самосвідомості особистості Г.О. Балл, М.Й. Боришевський, І.С. Булах, С.Д. Максименко, В.В. Москаленко, Н.В. Чепелєва, Ю.М. Швалб та ін. Велику увагу приділено вивченню «Образу Я» підлітків із труднощами соціалізації (І.Бушай, І.Аршава, В.Корнієнко, В.Пушкар, Л. Степаненко та ін.). А.Грись вивчає адаптивні функції «Образу Я» неповнолітніх [6].

В історії філософії та психології висловлені різні погляди на природу «Я», співвідношення понять «Образ Я», «Я-концепція», «ідентичність» і «самосвідомість» особистості. Аналіз різних точок зору на структуру особистості та її самосвідомість дозволив Налчаджяну запропонувати схему, або послідовність розташування окремих підструктур особистості [15]:



Примітка: I - «Я», центр особистості; II - «Я-концепція», тобто самосвідомість «Я», що складається зі стійких «Я-образів»; III - ситуативні або оперативні «Я-образи»; IV - властивості особистості, риси характеру, здібності і т. п.

### **Рис. 1.1. Схема підструктур особистості (автор Налчаджян).**

Римськими цифрами позначені «сфери особистості». Вся структура центрована навколо «Я». Пізнавальні процеси не вказані, вони складають окремий блок. Центральна маленька сфера позначає «Я» (I), яке розуміється вченим як центр особистості та її самосвідомості. «Я» є центральною організуючою, інтегруючою та регулюючою інстанцією психіки, основним підсумком онтогенетичного психічного розвитку індивіда. «Я» здійснює свої функції на свідомо-підсвідомому рівні, причому його структура, по суті, не піднімається на рівень свідомості. Позначення словом «Я» може створити ілюзію повного усвідомлення цієї центральної інстанції особистості, фактично ж воно живе і здійснює свої функції підсвідомо - як в стані бадьорості, так і сну. Зокрема, вивчення сновидінь показує, що в цьому особливому активному підсвідомому стані досить чітко виражається «Я» особистості, підструктури її самосвідомості.

«Я» як центральна інстанція особистості володіє самосвідомістю, або «Я-концепцією» (сукупністю знань про себе та самоствавлення) [2, 15]. «Я-концепція» є спільною структурою самосвідомості, яка належить «Я». Вона оточує сферу «Я» і, у свою чергу, поділяється на тісно взаємопов'язані підструктури або відносно стійкі «Я-образи». Ці стійкі «Я образи» є у дорослої людини, у якої формування самосвідомості в основному завершено, є досить

стійкою структурою і піддається тільки ситуативним поверховим змінам, крім випадків конверсії, або надзвичайних обставин чи потрясінь у житті особистості. У психології названі підструктури «Я концепції» вже відомі й виступають під назвами «актуальне Я», «реальне Я», «ідеальне Я» і т. п. Дослідження зазначених психоструктур відіграє важливу роль для розуміння процесів і механізмів соціалізації особистості.

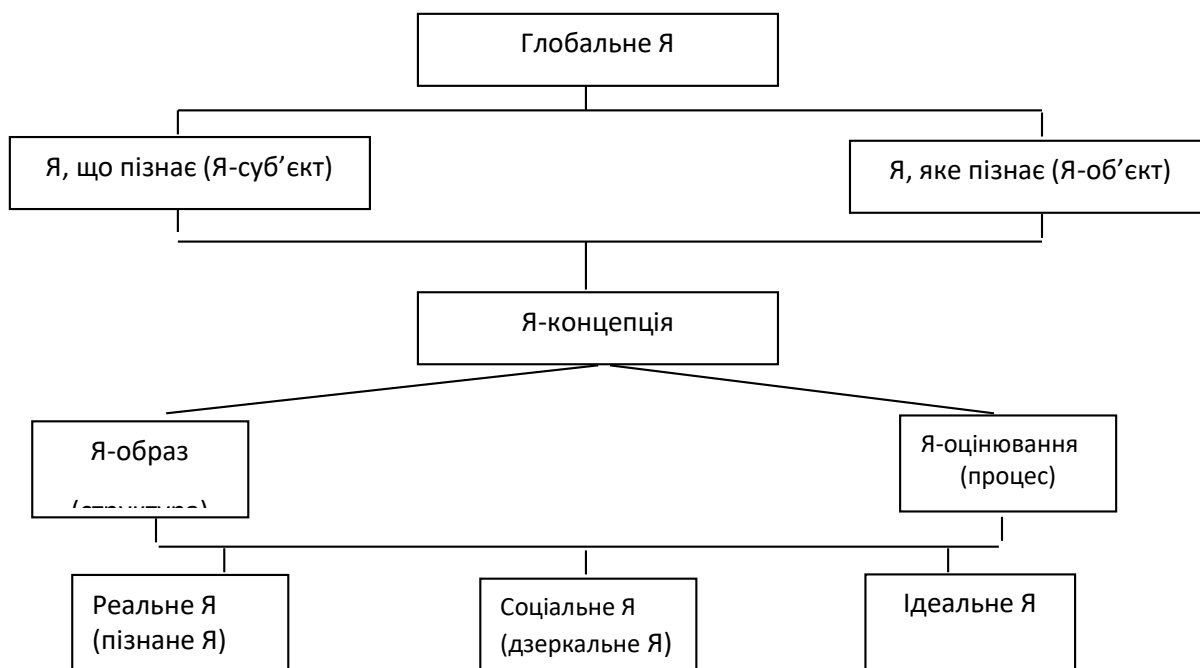
Особистість виявляє свою активність у різних, переважно соціальних ситуаціях. Активність її самосвідомості виражається у вигляді ситуативних (оперативних і динамічних) «Я-образів», які ніби «оточують» «центральне Я» і «Я концепцію». Ці динамічні й значною мірою усвідомлювані «Я-образи» є актуально усвідомлюваними частинами «Я концепції», її різних підструктур (стійких приватних «Я» або «Я-образів»). Вони входять до складу «поточку психіки», зокрема «поточку свідомості», і в залежності від швидкості зміни зовнішніх ситуацій, одразу змінюють один одного. Таким чином, психіка людини в бадьорому стані гнучко реагує на ситуативні зміни середовища.

Наступний структурний компонент особистості становлять її психічні якості та властивості, її риси і комплекси, складові характеру, темперамент, здібності, в цілому - знаряддя практичної активності особистості. Психічні процеси (відчуття, сприйняття, процеси пам'яті, мислення та уява, емоційні переживання, предметні дії і т. п.) на цій схемі не вказані [15]. Центральне «Я» особистості через стійкі підструктури «Я-концепції» керує цими процесами, регулює їх, спрямовує на пізнання себе і навколишнього світу. «Я» і зазначені психічні процеси, образно кажучи, зустрічаються на свідомо-підсвідомому динамічному шарі психіки, де виявляються ситуативні «Я-образи». На думку Налчаджяна, пізнавальні здібності і процеси в психіці людини становлять окремий функціональний блок, який підпорядковується центральному «Я», коли особистість досягає досить високого рівня зрілості. «Я» як центральна психічна інстанція особистості і «Я-концепція» є регулюючими й інтегруючими інстанціями особистості [15].

Подальший розвиток теорії «Я-концепції» йшов у напрямку вдосконалення термінологічного апарату, тезаурусу, у пошуку надійних



емпіричних даних. Результатом ґрунтовного вивчення даного феномену стало його бачення як сукупності або структури установок індивіда до самого себе (Р.Бернс) (див. рис.1.2)



**Рис 1.2. Структура «Я-концепції» (автор Р.Бернс).**

«Образ Я» (структура уявлень про себе ) складається з когнітивних установок (рольові, статусні, ціннісні, майнові тощо) [8]. Другим динамічним, процесуальним компонентом є емоційно-оціночний. Джерелом оціночних суджень індивіда про себе є соціокультурні стандарти і норми соціального оточення, соціальні реакції інших людей до індивіда (їхнє суб'єктивне розуміння), індивідуальні критерії і стандарти, засвоєні індивідом у житті. Фактично самооцінка індивіда формується при порівнянні “реального Я” з “ідеальним Я” і “реального Я” з “соціальним Я”.

Джерелами формування «Образу Я» є [8, 10, 15]:

1. Уявлення про своє тіло (тілесне Я).
2. Мова – як можливість висловлюватися і формувати уявлення про себе.
3. Суб'єктивна інтерпретація зворотнього зв'язку від значущих інших.

4. Ідентифікація з допустимою моделлю статево рольової поведінки.
5. Практика виховання дитини у сім'ї.

**Уявлення про своє тіло (тілесне Я).** Ріст, вага, тілобудова, колір очей, пропорції тіла тісно пов'язані з установками індивіда до самого себе, із самопочуттям, переживанням своєї адекватності і прийняттям себе. Як свідчать дослідження, почуття, емоційне ставлення, оцінка індивідом свого тіла співпадають з почуттями, які він переживає до себе в цілому, як до особистості. Загальний рівень задоволеності своїм тілом рівноцінний загальному рівню прийняття себе. Таким чином, висока самооцінка особистості сильно корелює із задоволеністю своїм тілом.

**Мова і розвиток «Образу Я»** [8]. Значення мови очевидне, оскільки саме з допомогою мови дитина вперше намагається виділити себе (“Я”, “моє” тощо). Іншими словами, «Образ Я» усвідомлюється людиною у мовних термінах і його розвиток здійснюється з допомогою засобів мови.

**Суб'єктивна інтерпретація зворотнього зв'язку від значущих інших** [15]. Існує багато досліджень, присвячених даному питанню. Їхні результати дають можливість виділити загальну закономірність. Якщо індивід приймається, одобрюється, визнається іншими людьми, користується їхньою повагою (тобто отримує позитивні підкріплення) і усвідомлює це, то в нього, швидше за все, розвивається позитивна образ себе. Якщо інші – батьки, ровесники, вчителі – уникають, відкидають, більше критикують (тобто він отримує більше негативних підкріплень), то, швидше за все, в нього буде розвиватися негативний «Я Образ». Без сумніву, сім'я впродовж всього формування особистості, первинна група однолітків у підлітковому віці відіграють величезне значення у формуванні і “оформленні” центральних Я-установок у підлітковому віці.

**Статеворольова ідентифікація.** Приналежність особистості до чоловічої чи жіночої статі є однією із складових основи Я-концепції [20 [15]]. Всі інші функції і характеристики базуються саме на цих уявленнях – Я істота чоловічої чи жіночої статі. Виокремлюють два процеси формування статевої приналежності індивіда – статева *ідентифікація* і статева типізація.

Ідентифікація – більш ранній процес (в основному неусвідомлюваний) ототожнення себе з роллю іншої людини (одного з батьків) і наслідування його поведінки. *Статева типізація* – більш усвідомлюваний процес опанування культурно схвалюваними нормами поведінки, типовими для ролі жінки або чоловіка у даній культурі. Для опису статевої типізації науковцями введено поняття “стандарта статевої ролі” (або статеворольового стандарту) як набуті у процесі соціального наuczіння форми поведінки і особистісні характеристики, типові для даної статі у даній конкретній культурі [19].

**Виховання дітей у сім’ї.** Більшість психологів погоджуються з тим, що перші 5 років життя людини є періодом, коли закладається базова основа особистості і Я-концепція людини. Перші відносини між людьми, які дитина пізнає у сім’ї, виступають для неї прототипом майбутніх відносин з іншими людьми [27].

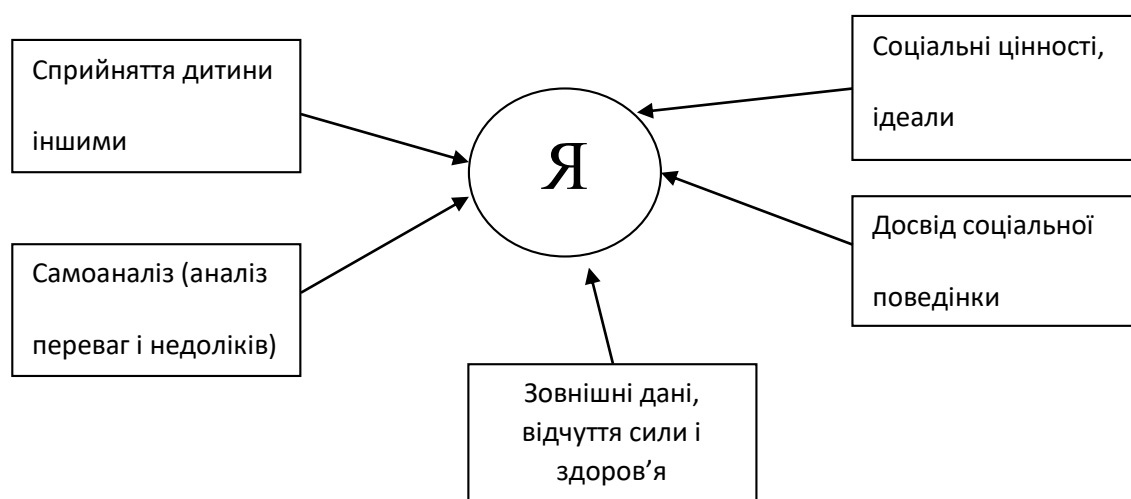
Наведемо декілька висновків досліджень, які проводилися у даній галузі. Батьки дітей з високими Я-оцінками постійно проявляють до дітей щире зацікавлення, турботу, теплоту тощо. Батьки проявляють менше поблажливості, вседозволеності, опираються на високі стандарти поведінки і підкріплюють їх відповідними правилами. У практиці виховання більше застосовуються заохочення, ніж покарання. Чітко встановлені межі поведінки допускають застосування батьками менш жорстких форм покарання. Існування обмежень забезпечує дитині той соціальний світ, у якому вона може досягати успіху [21].

Навпаки, батьки дітей з низькими Я-оцінками, як правило, застосовують жорсткі покарання, безумовне підкорення дитини вимогам батьків у поєднанні з елементами вседозволеності. Вони частіше бувають суворі, байдужі, непослідовні. Неузгоджені реакції батьків така дитина сприймає як підтвердження відторгнення, ворожості і відсутності прийняття її з боку батьків.

В цілому результати досліджень свідчать про те, що не існує єдиних правил, єдиної моделі формування високої самооцінки у дитини. Можна виокремити тільки деякі умови виховання в сім’ї, які сприяють формуванню здорової високої самооцінки особистості [21, 27]:

- Позитивна налаштованість до дитини, тепле, доброзичливе прийняття батьками дитини;
- Чітке встановлення соціальних норм, меж і правил поведінки дітей, цілеспрямоване і послідовне підтримання цих норм батьками;
- Повага з боку батьків індивідуальної ініціативи дитини у встановлених межах;
- Мінімум агресії, заперечення, неповаги і невизначеності у спілкуванні з дітьми.

В цілому на формування «Образу Я» людини впливають такі **чинники** (див. рис. 2.1) [15, 27]:



**Рис.1.2 Чинники формування «Образу Я».**

«Образ Я» – феномен динамічний і може зазнавати змін під впливом цілеспрямованих впливів, напр. психотерапевтичних, ресоціалізуючих, соціальних, особистісних.

Для раннього дорослого віку характерна зміна балансу фундаментальних чинників психічного розвитку індивіда – значущість біологічних факторів зменшується, натомість підсилюється особистісні складові в залежності від контексту соціального середовища, в якому перебуває людина.

## 1.2. Поняття про психічну травму

Сьогодні відродився інтерес фахівців до “Парадигми травми”, що зумовлено “відкриттям заново” явищ дитячого досвіду сексуального і фізичного насилля в сучасній культурі, а також відновленим досвідом психіатрів до

дисоціативних розладів, і особливо до розладів множинної особистості і посттравматичних стресових розладів [37].

Свого найбільшого поширення це поняття отримало в рамках теорії посттравматичного стресового розладу наприкінці 80-х років у кризовій психології. Історія поняття травми впливає з ранніх праць З. Фрейда та дофрейдівських робіт Ж. М. Шарко та Ж. Брейєра. З. Фрейдом було створено першу *психоаналітичну теорію травми*, в якій це явище розглядалося як *глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що має патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям невротичних розладів*. Джерело травми він вбачав не у зовнішній події, а у самій психіці, у розщепленні Его, до якого приводить травматична тривога, заснована на несвідомих фантазіях.

Поняття “психологічна травма” має різні визначення як у зарубіжній психології, так і в сучасній вітчизняній психології [24]. Поняття “травма” у повсякденному розумінні співвідноситься переважно з тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності тіла. Травми бувають легкими, важкими та несумісними з життям, все залежить від сили впливу джерела травми та захисного бар’єра тіла. За законами гомеостазу все, що порушує рівновагу та цілісність організму, викликає реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану. При цьому всі чужорідні тіла відторгаються організмом, тобто витісняються. За аналогією з фізичною травмою та реакцією на неї організму функціонує й психічна травма. Психіка, так само, як і внутрішнє середовище організму, прагне до підтримки стабільного стану, і все, що порушує цю стабільність, витісняється за термінологією З. Фрейда [13].

За Американською класифікацією хвороб DSM—IV, травматичною можна назвати таку подію, яка пов’язана зі смертю, загрозою смерті, тяжким пораненням або іншою будь-якою загрозою фізичної цілісності. Але інколи психологічна травма виникає через те, що людина стає свідком загрозової події, поранення або смерті зовсім чужої людини [29].

Класичні психологічні травми – екзистенційна травма (аварія, спроба самогубства), травма втрати (смерть близької людини), травми взаємин (мати фізично присутня, але емоційно недосяжна), травма системних взаємин

(наприклад сексуальне зловживання, вбивство, інцест), травма розвитку. До психічних травм також належать: втрати близьких людей (фізичні — смерть, психологічні — розлучення); травма “розбитого серця” (зрада, нерозділене кохання); зґвалтування, сексуальні спокушання; пережиті нещасні випадки та катастрофи. Найбільше психічних травм відбувається у сфері міжособистісних стосунків, особливо близьких та інтимних. Травми батьків руйнують їхню здатність створювати стосунки з дитиною. Вони не можуть повністю емоційно розкритися дитині як мати чи як батько, тому, що їх лякає контакт із травмуючими частинами Себе [22].

Р. Кеслер, дає класифікацію психічних травм залежно від їх частоти та прогностичного значення щодо розвитку ПТСР за американською репрезентативною вибіркою. За частотою провідного травматичного фактора травми класифікуються у порядку спадання [28]:

- спостереження насильства або нещасного випадку; нещасні випадки та аварії;
- пожежі та стихійні лиха;
- загроза застосування зброї;
- фізичне насильство; сексуальні домагання;
- зґвалтування;
- погане поводження з дитиною в дитинстві;
- участь у бойових діях;
- зневага людини у дитинстві.

*Екстренний механізм травми полягає в основному в “заморожуванні” і диссоціації (розщепленні). Він потрібний для виживання. Душевне розщеплення після травматичного досвіду розколює внутрішній світ на три частини - травмовану, виживаючу, здорову. Ознаки здорових частин: життєва енергія, воля до життя, здорові потреби, радість руху, гри, навчання тощо [5].*

Психоаналітики припускають, що близькі стосунки амбівалентні за своєю природою, є аналогом дитячо-батьківських стосунків, у яких відтворюються давні конфлікти та травми . У зв’язку з цим лікування психічних травм,

пов'язаних з міжособистісними стосунками, необхідно проводити обов'язково з опрацюванням дитячих травм.

На відміну від фізичної травми, психічна травма може мати інтрапсихічну природу, тобто психіка має здатність травматизувати саму себе, продукуючи певні думки, спогади, переживання та афекти. Друга істотна відмінність психічної травми від фізичної полягає в тому, що вона невидима та об'єктивується за непрямими ознаками, головною з яких є душевний біль. Рефлекторна реакція організму на будь-який біль — це відсторонення, уникнення, позбавлення. Але основна функція болю — інформаційна, вона повідомляє про наявність ушкодження та запускає механізм на зцілення й виживання організму. Психічний біль так само інформує про психологічне неблагополуччя та запускає механізм зцілення психіки — роботу захисних механізмів, зокрема механізмів витіснення та придушення або відповідну реакцію [4].

Відповідна реакція на травматичний вплив присутня завжди, і чим інтенсивніша травма, тим сильніша зовнішня дія або внутрішнє переживання. Відповідною реакцією може бути удар, сварка, почуття безсилля та плач, якщо людину вдарили або принизили. Відповідна реакція дає змогу здійснити розрядження надмірного психічного збудження, що виникає під час травматизації. У випадку коли психічне збудження не може бути відреаговане (наприклад, вербально, адже слова можуть замінювати не тільки дії, а й переживання), починають працювати захисні механізми психіки. Вони трансформують енергію травматичного збудження у тілесні симптоми, отже, розрядження відбувається в соматичній сфері. Відбувається те, що в психоаналізі називають конверсією [5].

Психосоматична психотерапія розглядає символічне значення конверсійних симптомів, локалізованих у тілі наступним чином [1]:

- образа, яку людина не змогла “проковтнути”, локалізується в ділянці ковтання у вигляді захворювань горла, щитоподібної залози, а образа, яку людина не змогла “переварити”, - в ділянці шлунково-кишкового тракту;

- “травма розбитого серця” має локалізацію у серці;

- почуття провини викликає нудоту, блювоту, спазми судин, а сексуальна провина - часті сечовипускання, енурез, цистит;
- “невиплакані” сльози та пригнічений плач викликають розлад кишківника та риніт (сльози знаходять інший шлях виходу);
- безсила лють та пасивна дратівливість від життєвої ситуації, відсутність підтримки й опори — порушення опорно-рухового апарату;
- травми приниження - проблеми з судинами, головний біль, гіпертонію;
- довербальні травми — порушення мовлення.

3. Фройд вказував, що оскільки соматизація сприяє розрядженню психічного напруження, у психіці формується специфічне “ментальне ядро” або “пункт перемикавання”, асоціативно пов’язаний з усією “атрибутикою” отриманої психічної травми. Це “ментальне ядро” почне активізуватися щоразу, коли ситуація нагадуватиме травматичні переживання, одночасно запускаючи патологічні механізми реагування. Вчений називав цей процес феноменом “нав’язливого повторення”. Сучасні практики взяли на озброєння таку властивість психіки щоразу переживати травмивні події і намагаються попереджати або зменшувати емоційне навантаження спогаду шляхом аналізу «тригерів», які активізують «ментальне ядро» [1]. Розуміння причини «перемикавання» «включає» когніцію, пояснення, що дає деяке розслаблення. Його можна посилити, застосувавши дихальні чи інші практики.

Таким чином, психічна травма має надзвичайно “хорошу пам’ять”, а її жертви страждають переважно від спогадів та патологічних патернів реагування, реалізованих несвідомо. З погляду З. Фрейда, вирішальним моментом для результату та наслідків травми є не її сила, а підготовленість або непередготовленість організму, яка виражається в його потенціалі. Специфічно, що травма не завжди проявляється у чистому вигляді, як хворобливий спогад або переживання. Вона стає нібито “збудником хвороби” та викликає різні симптоми (фобії, обсесії, заїкання тощо). За власними спостереженнями вчений визначив, що *симптоми можуть зникати, якщо вдається з усією емоційністю відтворити в пам’яті, повторно пережити та проговорити травматичну подію*. Пізніше ці



спостереження стали підґрунтям психоаналітичної психотерапії та дебрифінгу у роботі з психічними травмами [11].

**Таблиця 1.1**

**Класичні теорії психічної травми**

Вчений	Основні положення травми
З.Фройд	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ психічні травми відіграють важливу роль в етіології неврозів;</li> <li>✓ переживання набуває травматичного характеру внаслідок кількісного фактора;</li> <li>✓ при певній психологічній конституції травмою стає те, що при іншій не викликало б подібних наслідків;</li> <li>✓ усі психічні травми виникають у ранньому дитинстві;</li> <li>✓ психічними травмами є або переживання власного тіла, або чуттєві сприймання та враження;</li> <li>✓ наслідки травми бувають подвійного виду — позитивні та негативні; позитивні наслідки травми пов'язані із зусиллям згадати забуте переживання, зробити його реальним, знову пережити його повторення (фіксація на травмі та нав'язливе її повторення); <ul style="list-style-type: none"> <li>• негативні наслідки травми пов'язані із захисними реакціями у формі уникнення та фобій;</li> <li>• невроз — це спроба зцілення від травми, прагнення примирити одну частину “Я”, що відкололася під впливом травми з іншими частинами.</li> </ul> </li> </ul>
О.Фаніхель	<p>будь-який, раптовий та сильний потік подразників здатний викликати психічну травму в індивіда;</p> <p>для подальшої психопатології важливо, наскільки можливою була в період травми моторна реакція, позаяк її блокування істотно збільшує ймовірність психічного розладу</p>
К.Юнг	<p>Продовжив дослідження блокованих афектів та дисоційованих станів і зробив висновок про існування безлічі різних індивідуальних історій та фантазій (комплексів), що стосуються травми, інакше кажучи — до розуміння множинності травми</p>
Г. Сельє (Г. Сельє, 1979)	<p>джерелом стресового переживання є будь-яка вимога, яка пред'являється людині</p>

У своїй праці “Психоаналітична теорія неврозів” О. Феніхель писав про те, що травмуючий вплив прямо пропорційний його раптовості, та визначив типові симптоми психічної травми [28]:

- ✓ блокування або зниження функцій “єго”, втрата почуття реальності та адекватного сприйняття дійсності;
- ✓ періодичні напади неконтрольованих емоцій, особливо тривоги та гніву;
- ✓ безсоння або тяжкі порушення сну з типовими сновидіннями, в яких знову та знову переживається травма;
- ✓ “програвання” травматичної ситуації у формі фантазій, думок, переживань;
- ✓ ускладнення у вигляді психоневрологічних симптомів.

У пізніших працях поняття психічної травми розглядалося у контексті теорії стресу в якості особливої форми загальної стресової реакції (Г. Сельє, 1979). Відповідно до цього підходу травматичний стрес настає в тому випадку, якщо стресогенний фактор досить сильний, продовжується впродовж тривалого часу, перевантажує психологічні, фізіологічні та адаптаційні можливості людини, руйнує психологічний захист, викликає тривогу та призводить до психологічного й фізіологічного “ламання” в організмі. Якщо переживання стресової ситуації в нормі мобілізує адаптаційні ресурси організму та сприяє пристосуванню людини до мінливих умов, то травматичний стрес виснажує його адаптаційні можливості [18].

У сучасних працях психологічна травма визначається як стан сильного страху, що переживається людиною при зіткненні з раптовою подією, яка є потенційно загрозливою для життя. Такий страх перевершує можливості індивіда та не дозволяє йому контролювати та ефективно реагувати (Р. Levine, 1998; Zetl & Josephs, 2001).

## Сучасні теорії психічної травми

Представники	Основні положення
П.Левін (P. Levine, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Травма- це прорив у бар'єрі, що захищає людину від впливів та супроводжується надзвичайно сильним почуттям безпорадності</li> <li>✓ Психологічна травма зазвичай виникає через відсутність індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травмуючої події.</li> <li>✓ руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої події, ступеня її психологічної захищеності та здатності до саморегуляції</li> </ul>
Д. Калшед	<p>Травма – це будь-яке переживання, яке викликає «непереносимі» душевні страждання і тривогу у дитини;</p> <p>психічна травма виникає не тільки внаслідок зовнішніх травматичних подій, а й з причини внутрішньої роботи самої психіки.</p> <p>травмована психіка продовжує травмувати саму себе через синдром нав'язливого повторення.</p>
О. Ранк	<p>увів поняття “травма народження” — це несвідомі переживання людини, пов'язані з її появою на світ. Згідно з його поглядами травма, отримана при народженні, є причиною виникнення неврозів, а переживання страху народження — “першою репетицією”, прообразом переживань усіх інших ситуацій небезпеки.</p>

Серед сучасних теорій психічної травми існує цікавий підхід, розроблений американським вченим П. Левіном [38]. Розвиваючи його, автор інтегрував відповідні знання не тільки психології та психотерапії, а й біології, психофізіології, а також нейропсихології.

П. Левін писав, що зазвичай травму пов'язують з впливом таких подій, як війна, фізичне, емоційне або сексуальне насильство, нещасні випадки або природні катастрофи [38]. Однак існує багато “звичайних” подій, навіть цілком сприятливих, які можуть стати не менш травмуючими. Наприклад, незначна дорожньо-транспортна пригода часто призводить до появи фізичних, емоційних і психологічних симптомів, що підривають здоров'я. Стандартні медичні процедури й хірургічні операції можуть переживатися людиною як надзвичайно травматичні, хоча насправді вони не є такими (P. Levine, 1996).

Д.Кашлед поняття «травма» використовує для позначення будь-якого переживання, яке викликає «непереносимі» душевні страждання і тривогу у дитини. Переживання стає «непереносимим» у тому випадку, коли звичайних захисних механізмів психіки виявляється недостатньо. Травма в такому розумінні – це гостре руйнівне переживання дитячого аб'юзу, про який часто згадується у сучасній літературі, і «кумулятивна травма», викликана незадоволеними потребами в залежності [13].

Д. Калшед розкриває особливості реагування психіки на надзвичайні життєві обставини індивіда і робить два висновки. Перший із них стосується того, що травмована психіка *продовжує травмувати саму себе* [37]. Травматичний процес не припиняється із припиненням акту насильства, а продовжується зі ще більшою інтенсивністю у внутрішньому світі жертви насилля, чії фантазії часто наповнені образами фігур, які її переслідують. Другий висновок стосується того, що індивіди, які пережили психічну травму, постійно опиняються в життєвих ситуаціях, в яких вони повторно травматизуються.

Д. Калшед констатував, що психіка реагує на зовнішню травматичну подію за такою схемою: спочатку психіка трансформує зовнішню травму під внутрішню “самотравмуючу силу”, а потім відбувається малігнізація, “зляккісне

переродження” психологічних захистів, які перетворюються з системи самозбереження психіки на систему її самознищення.

Психічні захисти переходять на примітивний “архаїчний” рівень (відхід від реальності, розщеплення, аутизм, трансіві стани, виникнення множинних ідентичностей, стереотипних реакцій, втрата сенсу існування), психіка регресує, тому звернення до раціональної частини виявляється скрутним. Друга лінія захистів, тобто примітивні “архаїчні” захисти, покликані відреагувати травму та запобігти руйнуванню особистості. Головний висновок Д. Калшед полягає в тому, що травмовані люди починають постійно виявляти себе в життєвих ситуаціях, в яких вони піддаються повторній травматизації. З. Фрейд так само писав про “невроз долі”, який полягає в тому, що люди у своєму житті схильні постійно “наступати на одні й ті самі граблі”, повторюючи, таким чином, свій травматичний досвід. Наприклад, людина з травмою приниження часто опиняється в ситуаціях приниження, ударів по самолюбству, людині з травмою зради постійно зраджують. У зв’язку з цим терапія психічних травм повинна починатися зі встановлення довіри, яка виникає через розуміння та співчуття психолога, і тільки після цього переходити до поступового відновлення нормальних, зрілих захистів з наступним переходом до відновлення втраченого сенсу існування [1].

Ф. Рупперт пропонує п’ять важливих кроків у психотерапії: відмова від існуючих стратегій виживання й ілюзій, визнання травм, розуміння своїх дисоціацій, вивільнення із симбіотичних стосунків, інтеграція відщеплених частин [13]. Важливо розрізняти: відщеплені частини себе слід прийняти, перейняті із симбіотичної залежності відчуття і стани слід “відпустити”. Як шлях подолання травматичних переживань Рупперт пропонує пошук нових уявлень про світ і про себе.

### **1.3. Особливості функціонування «Образу Я» у результаті психологічних травм**

Психологи Каролінського Інституту вирішення конфліктів і креативного лідерства Беррі К. Уайнхолд і Дженей Б. Уайнхолд [20] розглядають

чотирьохстадійну модель розвитку індивіда: співзалежності, протизалежності, незалежності і взаємозалежності. Кожна стадія включає декілька важливих процесів розвитку, завершення яких необхідно для переходу на наступну стадію. Незавершеність цих процесів сповільнює та ускладнює подальший розвиток особистості. Для порівняння можна уявити, що поставлено на “паузу” відтворення фільму.

На думку вчених, більшість людей знаходяться на співзалежній і протизалежній стадіях розвитку та у подальших стосунках намагаються завершити важливі процеси розвитку, не завершені в дитячому віці. Для того, щоб здаватися дорослими, вони приховують, заперечують або ігнорують свої незадоволені в дитинстві потреби [20]. Діти, які були передчасно вирвані з співзалежної стадії розвитку через насильство, або батьківське відкидання, часто розвивають протизалежний тип поведінки для того, щоб ефективніше відштовхувати інших людей. Це означає, що їм бракує критично важливих навичок для переживання близькості. Вона часто асоціюється у таких людей з болем і небезпекою. Як результат, їм важко наближатися до людей, встановлювати контакт і залишатися в близькості певний час. Часто такі люди вдаються до компенсаторної поведінки для того, щоб краще сховати свої недоліки від інших людей, і, що найголовніше, від самих себе. Вони вчать бути поверхово задоволеними, наполегливо працюють, можуть стати дуже успішними у майбутньому. Та насправді вони бояться інтимних ситуацій, відчувають себе небезпечно за відсутності повного контролю над ситуацією, і не вміють створювати і підтримувати близьких стосунків.

Для формування здорової самооцінки дитини важливо, щоб батьки бачили її такою, якою вона є насправді, щоб розуміли, давали можливість виражати свої відчуття та бажання, забезпечували відчуття поваги [26]. Якщо усе це адекватно задовольняється на співзалежній і протизалежній стадії, тоді розвивається здорова самооцінка. Процес психологічного народження – це найбільш важливий процес розвитку, який відбувається на протизалежній стадії. Якщо батьки не змогли допомогти дитині успішно завершити цей процес, у неї розвивається “Хибне Я” (помилкове), щоб здаватися сильною і незалежною.

Дитина сподівається, що це “хибне Я” сподобається їм більше, ніж її “Істинне Я” і допоможе вижити в сім’ї. В дорослому віці елементи “хибного Я” зберігаються і заважають близькості у стосунках [10].

Співзалежні люди зазвичай розвивають згорнуте “хибне Я” і виглядають слабкими і безпорадними. А особистість із протизалежною поведінкою розвиває роздуте “хибне Я”. Особистість з співзалежною поведінкою більше схильна до депресії, а з протизалежною поведінкою - до грандіозності, щоб не відчувати депресії. Для завершення процесу психологічного народження необхідно побороти внутрішню боротьбу між двома “уявними” протилежними силами: природнім **прагненням до близькості** й прагненням до **емоційної сепарації та самовизначення** [8]. Якщо процес психологічного народження не завершився, прагнення до злиття та єднання народить сильний страх “поглинання”. Цей досвід особистість може переживати як смерть чи розривання на частини. Протилежна сила – сепарація може породжувати сильний страх екзистенційної самотності, вигнання, відторгненості. Управління цими сильними переживаннями вимагає духовної мужності. К.Юнг писав, що такий досвід необхідний для того, щоб завершити процес індивідуації, який розглядався ученим як одночасно психологічний і духовний процес. Він закликав людей шукати свою **духовну істину всередині себе** [1].

Критичним фактором для розуміння того, **яким чином базові травми перетворюються на життєві сценарії** є знання того, яким чином порушується процес утворення прив’язаності [17]. Коли це трапляється, дитина сприймає це як “зупинку” оточуючого світу. Все завмирає, так ніби натиснули кнопку “пауза” при перегляді фільму. Саме в такі моменти створюються базові переконання, цінності, припущення і очікування про те, яким має бути наше життя у цьому світі і який досвід воно нам принесе.

Здійснюючи пошук джерела травм у клієнтів Уайнхолд [5] пропонує уявляти людське життя у вигляді цибулини. В центрі її знаходиться базовий травматичний досвід, що включає в себе як пре- так і перинатальні травми. Цей травматичний досвід зберігається у формі переконань (напр. «Зі мною щось не так»), цінностей (напр. «Це нормально, коли інші мене ображають, оскільки я не

маю достатньої важливості і значимості»), припущень (напр., «Дорослі – це істоти, які роблять боляче і яким не можна довіряти») або очікувань (напр., «Всі зміни, які я буду розпочинати у своєму житті, будуть вкрай болючими і неприємними»). Ці переконання, цінності, припущення й очікування формують матрицю внутрішньої робочої моделі світу, яка формує сприйняття та інтерпретацію життєвого досвіду. У результаті ці травми формують внутрішню модель, або життєвий сценарій, який програється у багатьох варіаціях. Кожного разу, програючись заново, травма завершується тим самим результатом: це підтверджує ранні деструктивні переконання, припущення, очікування і додає новий пласт навколо центру цибулини. З кожним новим пластом все більше й більше акторів втягується в життєву драму, яка базується на первинному травматичному досвіді.

Вільне, спонтанне вираження бажань немовляти, дитини, підлітка, їх жага знань і істини, їх потреба в любові - все це піддається різним обмеженням. Дорослі применшують реальні здібності і потенції дитини, прагнуть до максимального контролю за нею з метою упередження від реальних або уявних небезпек, прагнуть «прожити життя за дитину», що по суті означає «закреслення» реального життя дитини, регрес і фіксацію на примітивних формах спілкування заради забезпечення симбіотичних зв'язків із нею» [26].

На думку Ф. Рупперта, для здорового душевного розвитку дитині необхідні симбіотичні потреби в теплі, захищеності, підтримці, любові і приналежності до сім'ї, які мають бути задоволені. Водночас прагнення дитини до автономності також має бути задоволеним. При цьому автономність розуміється автором як самостійність, незалежність, свобода, здатність себе забезпечувати і нести відповідальність за себе [5].

Автономність і псевдоавтономність мають свої характеристики. Так для автономності характерними є самостійність у стосунках, прийняття допомоги у випадку необхідності, довіра, реалістична самооцінка. На протилежному полюсі – псевдоавтономності – ізоляція і занурення у себе, страх залежності, недовіра як базове відчуття, переоцінка власних можливостей. «Симбіотична травма» виявляється у беспорядності і нездатності дитини до емоційного контакту із



матір'ю, який дав би їй опору. Любов дитини до матері існує завжди, однак любов матері до дитини може розвиватиметься якщо мати не травмована. Травматичні переживання є основною причиною недостатньої любові батьків до дитини.

Так, ознаками травмованої частини «Я» при симбіотичній травмі є [5]: відчай через неможливості досягнути любові матері чи батька, відчуття самотності, відкинутості, страх смерті, пригнічений гнів, туга, крайня ступінь “відходу” у себе. Ознаками травмованих частин при травмі відносин є: виснажлива боротьба за контакт із батьками, ідеалізація матері чи батька, ідентифікація з батьківськими механізмами виживання, фузія з травмованими частинами батьків, заперечення і витіснення власних травм. Наслідки симбіотичної травми для дитини: нездатність відрізнити свої відчуття від чужих, нездатність відстоювати свої внутрішні і зовнішні межі, симбіотичне переплетення своєї долі з долями своїх батьків, псевдоавтономність, життя з чужою ідентичністю, симбіотичний полон і в інших близьких стосунках, психічні захворювання (наприклад гіперактивність, депресії, психози). Ознаками симбіотичної залежності є: боязке чіпляння, гнів, ненависть, насильство в стосунках, коли здається, що нічого не вартий, коли по-справжньому не розумієш і хочеш змінити іншу людину, будуєш ілюзії в любові, навіть до марення [5].

Для подолання симбіотичної травми здоровим частинам необхідно [11]: укріплювати власну волю, розвивати потребу у самостійності, навчитися розпізнавати реальність і ілюзії, бути здатним відрізнити свої відчуття від перейнятих, мати бажання звільнитися від симбіотичних стосунків, проникнутись бажанням створювати здорові стосунки, бути готовим визнати свої травми, готовність відповідати за свої вчинки, прагнення до правди і ясності, відмовитися від бажань спасти будь-кого, любити себе, не втрачати надії вирішити свої проблеми.

Дитячий психолог А. Венгер у своїй книзі “Психологічна допомога дітям та підліткам після Бесланської трагедії” виокремлює типові для постраждалих від травматичних ситуацій етапи переживання психологічної травми [28]:

**I. Шоковий етап.** Перша реакція на важку психологічну травму — шоковий стан. Піддатливість шоківому стану особливо висока у дітей через їхню емоційну незрілість. Цей стан може проявитися у різних формах: патологічного гальмування; патологічного збудження. При патологічному гальмуванні дитина бліда, малорухлива, її дії загальмовані, міміка проявляється слабо (“маскоподібне обличчя”). Вираз обличчя може бути нейтральним, сумним або наляканим. Мова бідна, тиха. Інколи спостерігається елективний мутизм (відмова від використання мови в певних ситуаціях) або тотальний мутизм (повна відмова дитини від використання мови). Реакція на зовнішні подразники дуже ослаблена. Дитина може не відповідати на поставлені їй запитання, не звертати уваги на оточуючих людей, які намагаються встановити з нею контакт. При патологічному збудженні спостерігається висока рухова активність дитини, але ця активність не має цільового направлення. Дитина може кудись бігти, кричати, голосно плакати, можливі агресивні та деструктивні (руйнівні) дії. У шоківому стані у дитини різко знижена реакція на будь-які зовнішні впливи. Досить часто патологічне збудження та патологічне гальмування в однієї і тієї самої дитини чергуються: гальмування змінюється збудженням, потім знову розпочинається гальмування. Таким чином, загальною характеристикою шоківому стану є відсутність цілеспрямованої активності дитини і відсутність контакту з оточуючим світом [28].

**II. Етап стабілізації.** Якщо психологічна підтримка була відсутньою або неефективною на попередньому етапі, то у дитини, яка пережила психотравмуючу подію, можуть з'явитися симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

**III. Етап відновлення.**

**IV. Етап особистісної та соціальної інтеграції.**

Багато дітей-жертв живуть надією, що дорослішання принесе їм звільнення та свободу. Однак особистість, сформована в умовах примусу та контролю, погано пристосовується до дорослого життя [7]. У жертви залишаються фундаментальні проблеми з базовою довірою, автономією та ініціативою. Вона підходить до раннього дорослого життя — встановлення незалежності та

близькості - з тягарем значних порушень у сфері самопомоги, пізнання та пам'яті, ідентичності та здатності формувати стабільні стосунки. Вона – в'язень свого дитинства. Намагаючись створити нове життя, вона повторно стикається з травмою.

Найближчі стосунки постраждалої особи керовані прагненням захисту та турботи й переслідувані страхом бути покинутою та використаною. У погоні за порятунком вона може шукати сильних, авторитарних осіб, котрі, як їй здаватиметься, забезпечать їй особливе піклування у стосунках. Через ідеалізацію партнера постраждала особа намагається тримати подалі страх домінування або зради. Проте партнерові неминуче не вдається виправдати ці очікування. Коли настає розчарування, постраждала особа може знецінити людину, яку раніше ідеалізувала. Конфлікти можуть спровокувати сильну тривогу, депресію або лють. Навіть незначне нехтування може викликати колишній досвід байдужості, а образи нагадають про минулу жорстокість. Постраждалій особі зазвичай бракує соціальних та вербальних навичок для розв'язання конфлікту. Відтак вона виробляє паттерн нестабільних стосунків, постійно повторюючи сценарій порятунку, несправедливості, зради [7].

Майже завжди постарждалій особі, яка прагне турботи і порятунку, важко встановлювати особисті кордони [45]. Її схильність знецінювати себе та ідеалізувати тих, до кого вона прив'язується, її емпатична налаштованість до бажань інших та автоматична, несвідома звичка слухатися також роблять її вразливою перед будь якою особою, наділеною владою і авторитетом. Через дисоціативну захисну манеру їй важко формувати свідому та точну оцінку небезпеки. А бажання знову пережити небезпечну ситуацію і змусити її добре закінчитися може призводити до повторення зловживання.

У зв'язку з цим доросла постраждала у дитинстві особа перебуває під високим ризиком повторних знущань у дорослому житті. Ризик згвалтування, сексуального переслідування або побиття високий для всіх жінок, однак у жертв сексуального зловживання у дитинстві приблизно удвічі вищий [45]. Тож дитина-жертва у дорослому віці, немовби приречена пережити свій травматичний досвід не лише у спогадах, але й у повсякденному житті.

Феномен повторної віктимізації, без сумніву, безперечно реальний, вимагає великої обережності при інтерпретації. Повторного насилля не шукають активно, а радше, пасивно переживають його як жахливу, проте неминучу долю. Таким чином, пережиті в дитинстві травми перетворюються на життєві сценарні установки, цінності, переконання, які мають переважно неусвідомлюваний характер.

Визначальними чинниками при цьому є порушення процесів утворення прив'язаності, в результаті чого дитина занурюється у внутрішній світ переживань, втрачаючи зв'язок із реальним зовнішнім світом. Переживання травми з часом посилюються і у випадку невідреагованості почуттів повторюються у майбутніх реальних стосунках, у ставленні до себе, в результаті чого виникає повторна травматизація. З метою захисту психіки від повторних травматичних переживань розвивається понаднормативний рівень функціонування захисних механізмів, які можуть мати різну інтенсивність та спрямованість [43].

Порушення «Образу Я» у результаті переживання психологічної травми виявляються у тому, що травмівні впливи формують Хибне або помилкове «Я» [12]. У внутрішньому світі особистості це виражається в ототожненні з іншими, уособленні їх, блокуванні різних аспектів Істинного Я. На зовнішньому поведінковому рівні це виявляється у певних манерах поведінки, у вчинках, які є наслідком як реальних рис значимих «Інших», так і суб'єктивно інтерпретованих, які можуть існувати лише в образах фантазій травмованої особистості. Для подолання травматичних переживань та гармонізації «образу Я» необхідно створити умови для того, щоб індивід мав змогу бути самим собою не лише у власному внутрішньому світі і не лише за допомогою нього, а й у реальних зв'язках системи «Я – світ», та збагачувався позитивним досвідом взаємних переживань [8]. У другому розділі ми представимо результати вивчення впливу дитячої травми на «Образ Я» і зокрема на соціальну підсистему «образу Я» - «соціальної ідентичності» у ранньому дорослому віці, в якій відображені сприймання, оцінка та переживання особистістю самої себе як носія певних соціальних відносин.

## Висновки до першого розділу

«Образ Я» є однією з найважливіших соціально-психологічних характеристик особистості і належить до фундаментальних проблем у психології. Вивчення впливу дитячих психологічних травм на цю характеристику допоможе розкрити психологічні механізми, що визначають характер взаємовідносин, поведінки та адаптації особистості до соціокультурного середовища. Поряд із теоретичним інтересом ця проблема має велике прикладне значення, бо «Образ Я», що виникає у результаті особливостей сприйняття та інтерпретації індивідом соціокультурного досвіду, демонструє також значні порушення у функціонуванні, що виявляються у дезадаптації, порушенні стосунків і конфліктності, труднощах кар'єрного зростання тощо. У нашому дослідженні, зважаючи на багатоаспектність функціонування «Образу Я» як соціально психологічного утворення, зосереджуємо увагу на проявах образу Я осіб, що пережили психологічну травму у дитинстві. Вибір такого вектора дослідження зумовлений недостатньою розробкою даного питання та запитами психологів-практиків, які переконливо доводять, що особи, які пережили психологічну травму у дитинстві, мають порушення образу Я, який є визначальним чинником їх дезадаптивної, а іноді й насильницької поведінки.

Доросла людина відтворює дитячі травми, потрапляючи у травматичні ситуації з тими емоційними реакціями, патернами поведінки та переживаннями, що й у дитинстві. Психічна травма проявляється у порушеннях системи відносин між людьми, ускладнює особисте життя, руйнує значущі міжособистісні зв'язки, проявляється в асоціальній та девіантній поведінці. Неадекватні форми переживання психічної травми обумовлюють глибокі порушення у життєдіяльності та розвитку людини на трьох рівнях: деструкуралізація відносин особистості зі світом та оточенням, втрата довіри до життя та людей; емоційні, когнітивні, особистісні та поведінкові розлади; психосоматичні захворювання. Конструктивні способи подолання психічних травм здатні актуалізувати внутрішні ресурси людини та започаткувати особистісний і духовний розвиток.

## **РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА «ОБРАЗ Я» ОСОБИСТОСТІ РАНЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ**

### **2.1. Організація й методика емпіричного дослідження**

Методологічною основою вивчення впливу травмивного досвіду дитинства на «Образ Я» на рівні методології психології є принцип системності, у рамках якого вплив травмивного досвіду на «Образ Я» постає як вплив на сукупність компонентів (когнітивного, емоційно-перцептивного і поведінкового), яка не зводиться до суми їх властивостей, але визначається ними, типом їх взаємодії і розкривається через базову категорію «Образ» – системну властивість свідомості, яка містить образ світу, образ себе та образ дії; категорію «Я» як метапсихологічний еквівалент категорії «суб'єкт». Я постає як суб'єкт діяльності, об'єкт самопізнання, носій реальності.

Спираючись на дослідження вітчизняних вчених М. Й. Боришевського, І. М. Бушай, О. Є. Гуменюк та ін., зарубіжних психологів Р. Бернс, У. Джемс, К. Роджерса про структурні компоненти образу Я, ми виділили чотири діагностичні критерії дослідження «Образу Я», а саме : соціально-перцептивний, когнітивний, поведінковий та емоційно-ціннісний. Відтак метою емпіричного дослідження є вивчення впливу травмивного досвіду дитинства на кожен зі зазначених складових «Образу Я».

Когнітивна компонента «Образу Я» складається з уявлень особистості про саму себе як носія соціальних відносин. Критерієм його розвитку є диференційованість уявлень про себе та ідентифікація із соціальним середовищем. Подібні когнітивні структури назвали Я-схемами. Останні являють собою когнітивні узагальнення щодо себе, зроблені на основі минулого досвіду, що упорядковують і скеровують процес переробки інформації. Від Я-схеми залежить, чи буде людина звертати увагу на деяку інформацію, як вона буде структуруватися і наскільки легко буде запам'ятовуватися. В особистості багато контекстуальних Я, кожне з яких має свій набір характеристик. Деякі характеристики цих Я будуть перетинатися між собою, а інші будуть

розрізнятися [7]. Ці характеристики становлять так звану «соціальну ідентичність» особистості (Ф.Патакі).

Для вивчення уявлень особистості про саму себе, сприймання, оцінку й переживання стосовно самого себе – носія соціальних відносин, ми використали тест **Ф.Патакі** «Тест двадцяти суджень «Хто Я такий»» [3].

Респондентам пропонувалося написати двадцять суджень – відповідей на запитання «Хто Я такий» (лише визначення). Далі опитувані позначали ті судження, які уважали небажаними для себе.

### **Обробка даних.**

Судження поділяють на вісім груп:

- 1) Судження-найменування (ім'я, вік, етнічна приналежність тощо);
- 2) Соціально-рольові судження;
- 3) Оцінні судження;
- 4) Форми активності й схильності;
- 5) «фізичне Я»;
- 6) Компетентність – самовизначення;
- 7) Особистісні характеристики;
- 8) Інші судження.

На підставі виконання завдань можна визначити індекс самоприйняття, що показує, яку частину висловлених суджень респондент вважає негативною, небажаною. Для цього підраховуються судження, позначені як небажані. Індекс самоприйняття може бути в межах від 0 до 1, тобто

$$0 < \text{індекс самоприйняття} < 1,$$

де 0 – негативні судження відсутні,

1 – усі судження оцінюються як негативні.

Соціально-перцептивний критерій містить показники, які визначають ступінь відмінності з «Образом Я» в уявленні інших, особливості відносин у системі «Я–інший» на основі сприйняття очікуваного ставлення оточуючих. Згідно з позицією соціальних психологів, людина формує образ Я, оцінюючи свої суб'єктивні переживання з колективної точки зору. Відтак те, як людина розглядає саму себе, повинно бути відображенням думок інших про неї. Змістом

останнього є усвідомлені особистістю уявлення або оцінки інших людей про неї [15]. При описі соціального Я відповіді особистості часто розкривають реакції інших людей на її дії. Воно репрезентоване відповідями, в яких знання про себе подані порівняно із знаннями про інших людей, причому ці знання стосуються переважно характеристик активності особистості. Для вивчення соціально-перцептивної компоненти «Образу Я» ми використали «Тест десяти суджень», модифікований варіант методики Ф.Патакі «Тест двадцяти суджень «Хто Я такий»». Респондентам пропонувалось написати десять суджень-відповідей на запитання «Хто Я такий на думку інших?».

Емоційно-оцінний аспект містить загальну самооцінку та загальне самоставлення. Самооцінка – оцінка особистістю себе самої, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей, вона є важливим регулятором поведінки, від неї залежать взаємини з навколишніми, критичність, вимогливість до себе, ставлення до успіхів і невдач [19]. З часом самооцінки, поряд із факторами, що їх сформувавши, сприяють виникненню домагання, яке специфічно містить уявлення про власне Я та зумовлює інтенсивність і певною мірою продуктивність діяльності.

**Самооцінка вивчалася за допомогою методи Т.В. Дембо-С.Я.Рубінштейн.** Опитуваним пропонувалось оцінити за 100-бальною шкалою розвиток у себе таких якостей як здоров'я, вміння щось робити самому, упевненість, здібності, характер, зовнішність, авторитет. При цьому, оцінка менше 45 вказує на низький рівень самооцінки, оцінка в діапазоні 45-59 – про середній рівень, оцінка в діапазоні від 60 до 74 – про високий рівень. І числа від 75 до 100 – про дуже високий рівень самооцінки [9].

З метою вивчення глобального ставлення особистості до себе ми використали методику М.Розенберга «Шкала для вимірювання самоповаги» [9]. (Rosenberg's Self-Esteem Scale). *Самоповага – це суб'єктивна оцінка людиною себе як внутрішньо позитивної або негативної до певної міри. Сюди також входить впевненість у своїх цінностях; дозвіл собі жити і бути щасливим; комфорт у вираженні своїх думок, бажань і потреб; почуття, що радість – це невід'ємне право* [19]. Опитувальник створювався і використовувався як



одновимірний, хоча, проведений пізніше, факторний аналіз виявив два незалежні фактори: самоприниження і самоповагу: чим вищий один, тим нижчий інший.

Респондентам пропонувалося десять суджень з чотирма градаціями відповідей: повністю згоден, згоден, не згоден і зовсім не згоден.

#### Судження

1. Я відчуваю, що я гідна людина - принаймі не меншою мірою, ніж інші.
2. Я схильний відчувати себе невдахою.
3. Мені здається, що я маю й хороші якості.
4. Я здатний робити дещо не гірше, ніж інші.
5. Гадаю, мені немає чим особливо пишатися.
6. Я добре ставлюся до себе.
7. Загалом я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Я іноді ясно відчуваю свою непотрібність.
10. Часом думаю, що я у всьому поганий.

#### Ключ і обробка результатів тесту.

За кожен відповідь нараховується бал відповідно до ключа. Прямі запитання: 1,3,4,6,7. Оцінка відповідей:

4 – повністю згоден

3 – згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

Зворотні питання – 2,5,8,9,10 – бали в них нараховуються навпаки: 4 = 1, 3 = 2, 2 = 3, 1 = 4. Рівень самоповаги дорівнює сумі балів.

Рівень самоповаги дорівнює сумі балів, отриманої респондентом. Оцінка проводиться по відношенню до можливого максимуму (40) і мінімуму (10) балів і співвідноситься з рівнем самоповаги респондентів того ж віку і статі.

Орієнтовні показники:

- 35-40 балів - надмірно високий рівень самоповаги;
- 30-34 бали - високий, продуктивний рівень самоповаги;
- 21-29 балів - середній рівень самоповаги;

- 20-16 балів - низький рівень самоповаги, схильність до самознищення;
- 15-10 балів - вкрай низький рівень самоповаги, виражене самоприниження.

Поведінковий аспект формується під дією трьох попередніх компонентів. Механізм діяльності, продуктивної самореалізації особистості передбачає сформований внутрішній центр активності суб'єкта – самосвідоме ставлення до себе і до іншого, образ Я. Завдяки розвинутій самосвідомості людина, здійснюючи свою діяльність у соціальній дійсності, здатна приймати певні рішення, виходячи з об'єктивної оцінки зовнішніх обставин, спроможна передбачити наслідки своїх дій, нести відповідальність за результати своєї діяльності і за використані засоби. При цьому людина переосмислює саму себе, відкриває нові особистісні властивості, ставить нові завдання, самостверджується [13, с. 258]. Соціальна спрямованість поведінкового аспекта образу Я особистості характеризується здатністю здійснювати вибір, визначати цілі, співвідносити своє Я і координувати свою поведінку в системі відносин з оточенням, виробляти стратегії долаття травмівних ситуацій. Пункти 12-14 опитувальника життестійкості, який подано нижче, відповідають даному критерію.

З метою вивчення негативного дитячого досвіду (НДД) ми звернулися до Міжнародного опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я про негативний дитячий досвід, (Донною Джексон Наказава). Розробниками опитувальника є команда лікарів V.Felitti, R.Anda. Вчені вказали на чіткий зв'язок між багатьма видами проблем у дитинстві та фізичними хворобами та психічними розладами у дорослому. Респондентам пропонувалося 10 запитань - травмівних ситуацій, стверджувальні відповіді на які оцінювалися одним балом. До таких травм належать: словесні приниження й образи; відсутність емоційної та фізичної уваги; жорстоке поводження й згвалтування; проживання в сім'ї, де один з батьків страждає на депресію чи психічну хворобу або є залежним від алкоголю чи інших речовин; спостереження жорстокого поводження матір'ю, втрата одного з батьків через роздільне проживання чи розлучення. Визначається 10 видів негативного дитячого досвіду, але нові дослідження виявляють й інші типи дитячих травм: смерть одного з батьків, спостереження жорстокого

поводження з братом чи сестрою, соціальне насилля, зростання в бідності, спостереження жорстокого поведження матері з батьком, знущання однокласників чи вчителя. Зміст опитувальника представлено у додатку А.

Перші п'ять запитань опитувальника - особисті: про емоції та фізичні чинники стресу, з якими мали справу досліджувані в дитячому і підлітковому віці. Йшлося про випадки, коли хтось з ображав, принижував чи змушував дитину відчувати страх (емоційне насилля); бив, штовхав (фізичне насилля) або торкався із сексуальними натяками (сексуальне насилля). Ці запитання також окреслювали ситуації, коли пацієнт почувався непотрібним у сім'ї або члени родини не піклувалися одне про одного. Питання стосувалися й відчуття захищеності, а також нехтування економічними потребами дитини (економічне насилля), зокрема потреби в чистому одязі, їжі та медичній допомозі.

Наступні п'ять запитань стосувались інших членів сім'ї: особливостей сімейної ситуації в період дорослішання. Наприклад, втрата одного з батьків через роздільне проживання чи розлучення; спостереження фізичного насилля щодо матері; проживання в одному будинку з людиною, яка має залежності; проживання в одному будинку з людиною, яка страждає на депресію або інші психічні чи поведінкові розлади, або яка має суїцидальні схильності; випадки, коли член сім'ї перебував у в'язниці. Тим чи іншим чином усі десять запитань пов'язані з сімейними дисфункціями.

У дослідженнях Вінсента Дж.Фелліті і Роберта Енда дві третини (64%) респондентів відповіли «Так» на одне або дві запитань. Опитувані - середнього класу американці, жінки й чоловіки з хорошою освітою, переважно білошкірі, медичною страховкою та стабільною роботою. Це означає, що вони пережили принаймі одну з форм дитячих травм до 18 років. А 87% з тих, хто відповів «Так» на запитання також мали негативний дитячий досвід [34].

Діти, які доводилося переживати складні ситуації в ранньому віці, проявляли більшу життєву стійкість тоді, коли мали авторитетного, надійного дорослого, який прийшов на допомогу й допоміг зрозуміти, що те, що з ними відбувалося, сталося не з їхньої провини. Зідно з даними Джека Шонкоффа з Центру розвитку дитини, наявність або відсутність адекватної підтримки з боку

дорослої людини, а також тривалість впливу й характер стресового чинника можуть мати величезне значення у визначенні його як стерпний або токсичний щодо дитини. Стрес вважається стерпним, коли тривалі труднощі, навіть такі як втрата близької людини або стихійне лихо, мають тимчасовий, нетривалий характер і стримуються стосунками між дитиною і дорослими, які допомагають навчитись адаптуватися. Без адекватної підтримки з боку дорослих стрес стає токсичним [32].

Дослідники з Університету Еморі нещодавно виявили, що коли дитина пережила негативний досвід, однак мала хороші взаємини в сім'ї і їй було до кого звернутися, то в такої дитини спостерігалися зміни в гені рецептора окситоцину. Цей ген має захисний вплив – допомагає дитині бути стійкішою [30]. Опитувальник життєстійкості представлено у Додатку Б.

Знання і визнання НДД як однієї з причин проблем зі здоров'ям фізичним і ментальним у дорослому віці сприяють швидшому одужанню. У старій приказці про те, що знання – це сила, є правда. Тільки тоді, коли людина розуміє силу впливу й ураження від травмивного досвіду, вона буде робити науково обгрунтовані кроки, аби позбутися цього впливу. Мозок і тіло ніколи не залишаються статичними: вони завжди перебувають у процесі становлення і розвитку.

Наступним етапом емпіричного дослідження була математична обробка даних, виведення середніх значень, процентних співвідношень, встановлення кореляційного зв'язку й інтерпретація даних, виявлення особливостей образу Я осіб юнацького віку й раннього дорослого віку, які зазнали травмивних ситуацій у дитинстві. Обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Eхіle.

## **2.2 Результати дослідження**

Всього у дослідження взяло участь 34 респондентів, мешканців Прикарпаття. З них – 82,4 % жінки і 17,6 % чоловіки. Більшість проживає у місті (73,5 %). Питання про місце проживання було включене в опитувальник, оскільки, згідно опрацьованої наукової літератури, насилля зустрічається менше

у сільській місцевості, оскільки там сильніший соціальний контроль і життя людей практично на виду [5]. Це певною мірою зобов'язує дотримуватися моральних норм. У містах – навпаки – сусіди можуть роками не зустрічати один одного, спостерігається більша соціальна дистанція.

У відповідь на запитання «Чи бувало таке, що хтось з батьків або інших дорослих удома часто або дуже часто сварився на вас, ображав, осуджував чи принижував? Можливо, поведився так, що ви починали боятися фізичного болю?» 55,8 % (19 осіб) дали стверджувальну відповідь. З них – 73,7 проживають у місті.

У відповідь на запитання «Чи бувало таке, що хтось з батьків або інших дорослих удома часто або дуже часто штовхав вас, хапав, бив або кидав щось у вас? Можливо, вдаряв так сильно, що залишався слід чи ушкодження?» більшість (35,3 %) також відповіли «Так». З них 25 % чоловіки, 75 % проживає у місті. Підсумовуємо: більшість досліджуваної вибірки зазнавали фізичного насилля у батьківських сім'ях. Переважна більша частина осіб, які зазнали фізичного насилля, проживають у міській місцевості. Також більшу частину цих респондентів становлять жінки.

Ще донедавна побиття уважалось нормою виховання в українській традиції а розуміння і ласка хоч і оспівувалися у народній творчості та були швидше альтернативою «Учи дитину не страшкою, а ласкою» - говорить народна мудрість.

На наступне запитання, яке стосувалося сексуального насилля, дали стверджувальну відповідь 26,5 %. З них 66,7% проживає у місті, 88,9 % - жінки. Узагальнюючи дані, можемо стверджувати, що сексуальне насилля значно менше спостерігається в українських родинах, більше – у містах, однак воно присутнє. Цей факт засвідчує, що соціальним, медичним і психологічним службам, поліції не вдається виявити усі факти даного виду насилля і вжити усіх заходів щодо його недопущення.

У відповідь на запитання, яке стосувалося проявів психологічного насилля, а саме «Чи відчували ви часто або дуже часто, що ніхто в сім'ї не любить вас або не вважає важливим і особливим? Або ж ви відчували, що члени вашої

родини не дбають та не підтримують одне одного, в родині відсутня близькість?», стверджувальну відповідь дали 55,8 % дали стверджувальну відповідь. З них – 73,7 проживають у місті. Підсумовуємо: більшість досліджуваної вибірки зазнавали психологічного насилля у батьківських сім'ях. Переважна більша частина їх проживає у міській місцевості. Також більшу частину цих респондентів становлять жінки (78,9 %).

На жаль, не всіма батьками практикується усвідомлене батьківство, а інтуїтивна практика призводить до реактивних реакцій батьків на спонтанність дитини, повторення кола насилля, осудження, порівняння, завищених вимог і невраховування особливостей дитини тощо. Більшість батьків не ідентифікує психологічне (емоційне) насилля, а свої авторитарні чи байдужі методи виховання пояснюють власними особливостями характеру і досвідом власного дитинства: «Нічого, і мене в кут ставили колінами на гречку. Нічого мені не сталося....», «Немає часу на розмови з дитиною, треба працювати», «

На запитання щодо наявності економічного насилля у батьківській сім'ї стверджувальну відповідь дали 10,9 %. Це двоє респондентів, один з яких проживає у місті, а другий у селі. Можемо підсумувати, що за цим показником місце проживання не відобразилось як один з чинників насилля. Відсоток прояву даного виду насилля теж – невисокий.

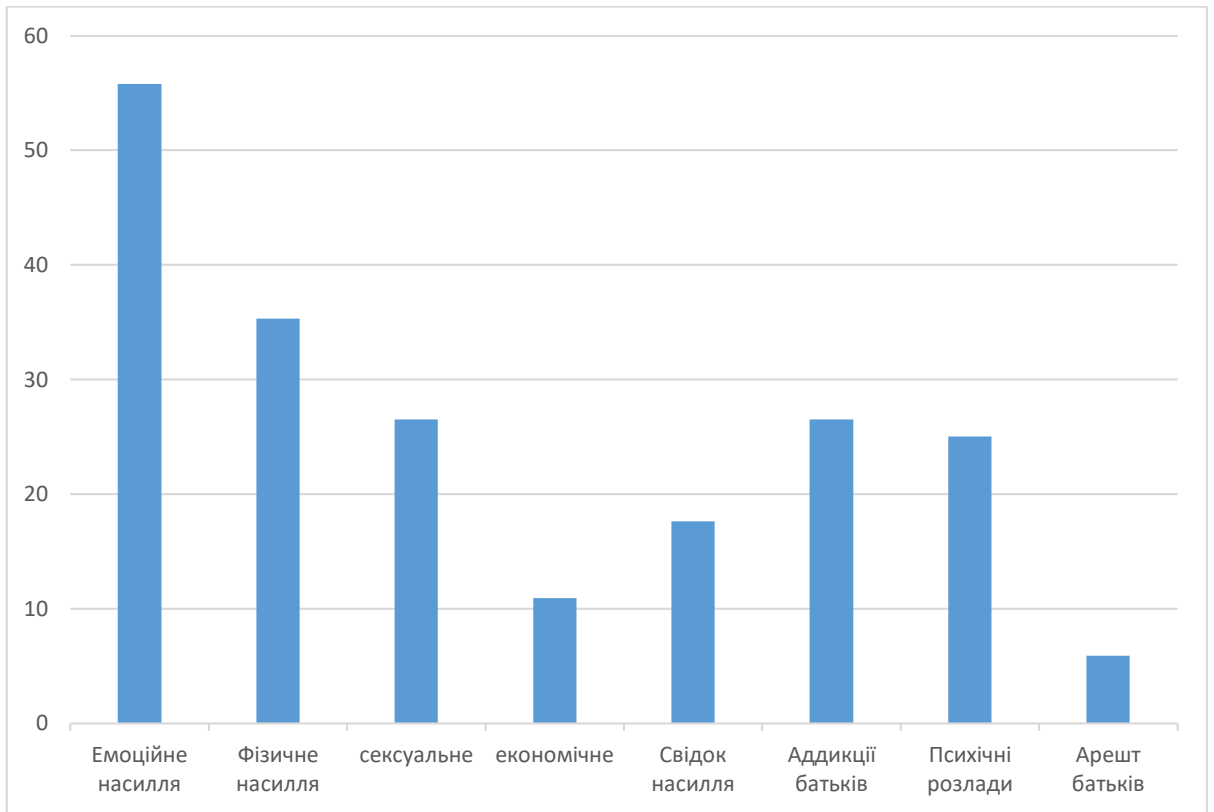
Також ми запитали у респондентів, чи довелося їм пережити втрату у зв'язку з розлученням батьків або тим, що від них відмовились у дитинстві. 29,4 % дали стверджувальну відповідь. Більшість з них також проживає у місті – 70%. Сьогодні розлучення стало звичною практикою вирішення конфліктів подружжя. Однак цей вибір, зроблений ними, негативно позначається на стані ментального здоров'я дитини, яку лише ставлять перед фактом. Залежно віку, дитина по різному може переживати розлучення батьків. Дошкільнята, напр., можуть не розуміти всього, що відбувається у домі і приписувати провину за конфлікти і розлучення батьків собі. Молодші школярі стають дратівливими, в них погіршується концентрація уваги, сон, падає успішність. Розлучення – це важка травмівна ситуація для дитини, тому можуть спостерігатися реакції ПТСР. Підлітки ще по іншому реагують. Вони можуть або замикатися у собі, або

звинувачувати того з батьків, з ким проживають, у розлученні. Їхня картина світу руйнується, і вони намагаються знайти винного цьому і різними способами віднайти почуття безпеки. Юнаки також гостро сприймають розлучення батьків, адже саме у цьому віці вже починається пошук шлюбного партнера, сформовані його образ і уявлення про сім'ю. Доводиться усі схеми змінювати і проявляти гнучкість. Особи раннього дорослого віку факт розлучення батьків переживають менше, намагаються критично осмислити ситуацію, зрозуміти вибір батьків. У більшості є вже свої сім'ї, більшість реалізували себе як у сімейних, так і у професійних ролях, тому для батьків можуть виступити підтримкою.

Наступне питання стосувалося того, чи були респонденти свідком насилля, здійсненого щодо матері. Відомо, що особи, а особливо діти, які стали свідками насилля, зазнають тих самих психологічних травм, що і жертва насилля. 17,6 % відповіли, що їм довелося бути свідками сцен насилля у дитячому віці. 66,7% з них проживають у місті. Порівняльний аналіз даних показує, що ці респонденти зростали у сім'ях, де батьки мали психічні розлади, аддикції і кримінальну поведінку. Як бачимо, хоч наша вибірка і невелика, та все ж доволі переконлива, щоб стверджувати, що у містах ми спостерігаємо більший відсоток усіх видів насилля. Жертвами насилля більше половини є дівчатка.

Серед травмівних чинників, що негативно впливають на подальше здоров'я, розвиток, Я концепцію є, є аддикції батьків, психічні захворювання і кримінальна поведінка батьків. 41,2 % опитуваних зазначили, що вони виховувалися алкогольно чи наркотично залежними батьками. 26,5 % респондентів зазначили, що виховувались у сім'ях, де один з батьків мав психічні розлади. У 5,91 % один з батьків відбував покарання.

Підсумовуючи відповіді на отримані запитання, можемо побачити, що найчастіше у сім'ях респонентів траплялось емоційне насилля (див рис.2.1).



**Рис.2.1. Розподіл відповідей респондентів на виявлення травмівних подій.**

На другому місці – фізичне. Дещо менше – сексуальне. Опитуваним також доводилося ставати свідками насилля. Наявні і такі психотравмуючі чинники як адикції батьків, психічні розлади і кримінальна поведінка.

Хоч переважна частина опитуваних досліджуваної вибірки, постраждалих від насилля, проживає у місті, ті респонденти, які не зазначили наявності у себе тих чи інших форм насилля, також проживають у міській місцевості (17,6 %).

17,64 % опитуваних (6 осіб) не відзначили жодного із видів насилля. 26,47 % (9 осіб) респондентів відповіли «Так» на одне або два запитання. Це означає, що вони пережили принаймні одну з форм дитячих травм до 18 років. 23,52 % (8 осіб) зазнали три види негативного дитячого досвіду, а 32,35 (15 осіб) % набрали в опитувальнику чотири і більше балів. Це доволі високий показник, вищий, ніж у дослідженнях зарубіжних науковців.

Так, у дослідженнях V.J.Felitti, 40% зазнали двох або більше видів негативного дитячого досвіду, а 12,5 % набрали в опитувальнику чотири і більше балів [34].

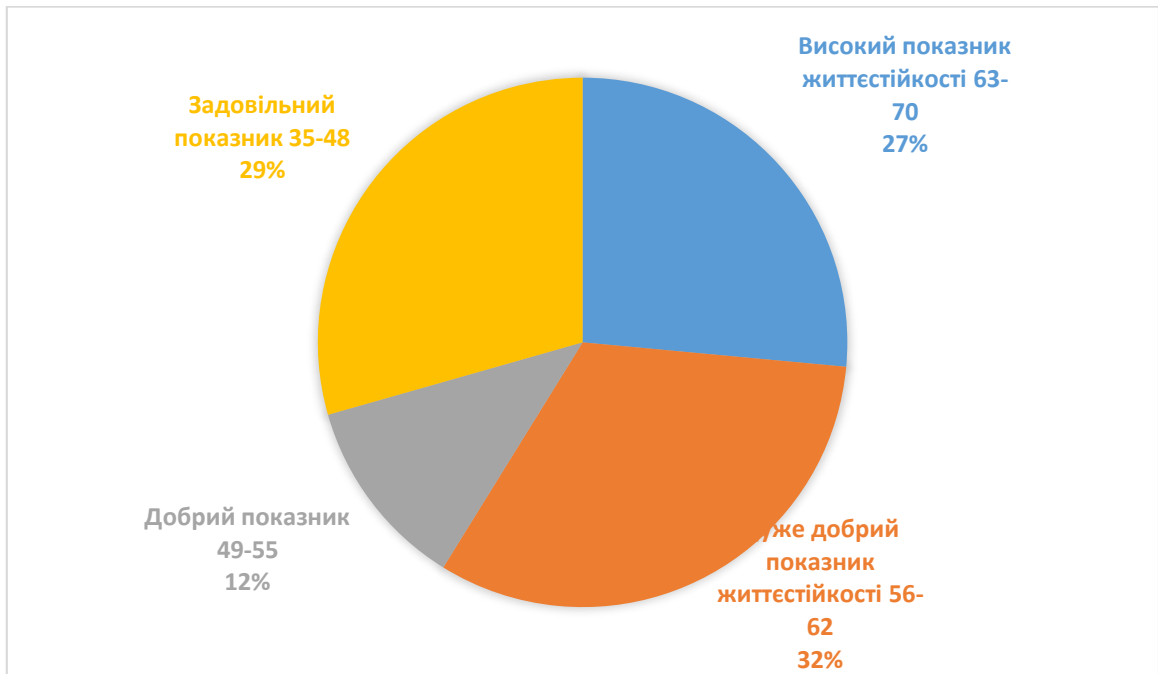


У своїх дослідженнях вчені виявили, що люди з чотирма балами ННД мають удвічі більший ризик захворіти на рак, ніж ті, хто набрав нуль балів [33]. З кожним балом ННД ризик потрапити до лікарні з аутоімунним захворюванням збільшується на 20%. Ті, хто має чотири бали, страждатимуть на депресію на 460% ймовірніше, ніж ті у кого нуль балів» [31].

Фелітті стверджує, що час не загоєє усіх ран. Не можна «просто пережити» щось, бо це нагадає про себе навіть через 50 років. Час приховує. І людський організм перетворює травматичний емоційний досвід дитинства на фізичне захворювання. «Період немовляти й роки дитинства не зникають, а, ніби дитячі відбитки у сирому цементі, залишаються довічно» [33]. Більше того, учені встановили зв'язок між дитячою травмою, структурою мозку та добробутом у дорослому віці і назвали цей зв'язок психобіологічною «теорією всього». Загальний принцип цієї теорії: «ваша емоційна біографія стає вашою фізичною біологією». І разом вони становлять більшу частину життєвого сценарію. Так, дослідники Кембриджського університету виявили, що вплив таких розповсюджених хронічних форм сімейної дисфункції як нестача любові або розлад між батьками, призводять до змін у мозку, що розвивається, зменшуючи його розміри і об'єм [46].

Вчені встановили зв'язок між певного виду насиллям, пережитим у дитинстві і захворюваннями у дорослому віці [ 13, с.47].Звісно, попри те, що існує прямий зв'язок між травмою в дитячому віці й хворобою в дорослому, негативний дитячий досвід не є єдиною причиною хвороби в дорослому житті. Мають значення і спосіб життя, і генетика, й екологія, і харчування.

Має значення також, чи мало місце в житті дитини прийняття і психологічна підтримка, любов хоча б однієї дорослої людини. Ми поцікавилися у респондентів і отримали наступні відповіді. 26,47 % мають відмінні показники життєстійкості. За максимальних 70 балів, вони набрали від 63 до 70. Такі люди здатні зберігати ментальне здоров'я, відновлюватися за кризових ситуацій. 44,1 % мають добрі показники, в межах 49-62 бали з 70. 29,4 % мають низькі показники життєстійкості (рис. 2.2).



**Рис.2.2. Розподіл відповідей респондентів на запитання опитувальника життєстійкості.**

Специфіка даного опитувальника полягає у тому, що коефіцієнт життєстійкості вираховується не від наявних показників соціальних компетенцій особи, розвитку її умінь емоційної саморегуляції тощо, а від показників наявності осіб і ситуацій піклування і прийняття у її дитинстві.

Порівняльний аналіз даних показує, що опитувані, які набрали 4 і більше балів з НДД, мають в основному коефіцієнт життєстійкості «задовільний» (66,7%) і 33,3% - «добрий».

Особи, які отримали 0 з НДД мають відмінний – 40% і дуже добрий коефіцієнт - 60%. Опитувані, які відповіли один або двічі «Так» в опитувальнику негативного дитячого досвіду мають відмінний коефіцієнт життєстійкості - 55,6% і дуже добрий – 22,2%. Ще 22,2% мають задовільний коефіцієнт.

Особи, які пережили три форми негативного дитячого досвіду в основному мають коефіцієнт 50 з 70, який характеризується як добрий (50%). Одна з цієї групи опитуваних має відмінний коефіцієнт (12,5%) і 37,5% - задовільний.

Підсумок: порівняльний аналіз обох методик показав, що із збільшенням показника негативного дитячого досвіду показники життєстійкості особистості зменшуються. Однак є окремі випадки, коли опитувані з високими показниками

НДД мали все ж у своєму середовищі осіб, які надавали ї підтримку долати травмівні ситуації.

**Когнітивна складова «Образу Я»** представлена уявленнями респондентів про себе як носіїв соціальних відносин. Критерієм його розвитку є диференціація уявлень про себе й ідентифікація із соціальним середовищем.

Віповідаючи на запитання «Хто Я?», респонденти вказували свої соціальні ролі і характеристики визначення, з якими вони себе співвідносять, тобто описували свої соціальні статуси і якості, які, на їхню думку, пов'язані з ними. В ідентифікаційних характеристиках кожного було представлено таку сферу життя, як сім'я (мати, дочка, онука, дружина, майбутня мама тощо). Це свідчить про значущість приналежності до цієї соціальної групи. Також поцінованими були професійне і навчальне середовище (педагог, психолог, військовий, студент), сфера інтимно-особистісних стосунків (кохана жінка, друг). Співвідношення соціальних ролей й індивідуальних характеристик є на користь перших і говорить про те, що респонденти приймають й усвідомлює свою індивідуальність.

Прояви **рефлексії** ми визначали за кількістю відповідей. Оскільки дослідження проводилось онлайн, то ми не могли спостерігати, наскільки важко чи легко і за який час респонденти відповідали на питання опитувальника. Людина з розвиненою рефлексією швидко відповідає на запитання і дає більше характеристик. Людині, яка нечасто замислюється над своїм життям, складно відповідати на запитання тесту, вона записує характеристики після деяких роздумів. Як бачимо з даних таблиці 2.2, у респондентам з низьким індексом НДД притаманні високий і середній рівень рефлексивності, тобто, відповідаючи на запитання «Хто Я?», вони дали до 15 і всі 20 відповідей. Особам з високим індексом НДД, які мали численні, більше 4, ситуацій насилля, притаманний здебільшого середній рівень рефлексивності (див. табл. 2.1).

## Індекс рефлексивності

	Високий рівень Більше 15 тверджень	Середній рівень	Низький рівень (1-2 твердження)
Низький індекс ННД (0-2)	5	8	2
Середній індекс (3)	4		4
Високий індекс НДД (4 і більше)	1	7	3
Сума	10 (29,4%)	15 (44,1%)	9 (26,5%)

Даний опитувальник дав можливість визначити особливості **статеворольової ідентичності**. Позначення своєї статі може бути відсутнім, прямим і непрямим. Прямі позначення статі проявляються у тому, що опитуваний вказує на свою статеву приналежність конкретними словами, які можуть бути нейтральними (дівчина), емоційно-позитивними (веселий хлопець), емоційно-негативними (некрасива дівчина), відчуженими (особа жіночої статі). Наявність прямого позначення статі означає, що сфера психосексуальності в цілому і порівняння себе з іншими представниками такої ж статі приймається особистістю і є важливою темою самоусвідомлення. 79,4% опитуваних дали пряму нейтральну характеристику.

Непрямі позначення статі виявляються в соціальних ролях, які індивід уважає своїми, або через закінчення слів. Троє респондентів, які зазнали три і більше різновидів насилля у віці до 18 р. дали непрямі позначення, напр., «психологічно стійка», «наївна» (через закінчення), «військовий» (через соціальну роль) (див. табл.2.2).

## Співвідношення НДД і позначення статі респондентами

	Нейтральне	Емоційно- позитивне	непряме	Не вказано статі	
Високий індекс НДД (4 і більше)	8		1	1	11
Середній індекс НДД (3)	5	1	2		8
Низький індекс НДД (0-2)	14	1			15 (з них 6 не вказали жодного виду насилля)

Характеристики статевої ідентичності знаходяться на першому місці у більше половини респондентів (55,9%). 14,7% респондентів на перше місце поставили соціально-рольові характеристики (студент, мама, син). Були також такі позначення, як «людина» (11,8%), особистість (5,9%). Одна респондентка з високими балами НДД позначила на першому місці соціальну навичку - «психологічну стійкість». Інша респондентка з високим НДД, відповідаючи на запитання «Хто Я?», написала - «духовне сотворіння, яке переживає людський досвід». Один з респондентів, який набрали максимальну кількість балів з НДД (6 з 10) не відповідав на запитання даного опитувальника, а інший з цієї ж вибірки не дав визначення статі. Можемо припустити або про низький рівень рефлексивності даних респондентів і відсутність цілісного уявлення про статево-рольову поведінку, або про застосування захисного механізму уникання, оскільки роздуми над даним запитанням викликають надто болісні травмивні спогади, з якими респонденти не готові зустрітись. Ще одним припущенням може бути не сформованість статевої ідентичності, криза ідентичності в цілому.

Щодо часових аспектів «Образу Я», то у відповідях переважали судження теперішнього часу, що свідчить про активність й усвідомленість дій респондентів. Ідентифікаційних характеристик, пов'язаних із минулим «Я» не виявлено. Якщо б в самоописах були дієслова, які позначали б минулий час, то це би свідчило про бажання повернутися в минуле, яке виявляється більш привабливим або травмивним (якщо психологічна травма залишається актуальною). Натомість є перспективні характеристики у двох осіб з високим індексом травмивного досвіду («майбутня мама» (2)), «майбутній психолог» (1) і в однієї з низьким індексом НДД («майбутній психолог»). Присутність цілей і життєвих перспектив є важливою характеристикою «Образу Я» і виконують цільову й екзистенційну роль.

Соціально-перцептивна складова «Образу Я» вивчалась шляхом вивчення відмінностей між судженнями про себе та уявленнями про судження інших про себе у системі відносин «Я–інший». Змістом соціального Я є усвідомлені особистістю уявлення або оцінки інших людей про неї. Перша відмінність стосується кількості суджень. Їх удвічі менше, або ж вони відсутні взагалі (45,45 %). Судження також відрізняють емоційною забарвленістю. Якщо більшість тих, які стосувалися уявлень про себе мали нейтральне забарвлення, то уявлення про думки інших мають здебільшого негативне забарвлення. Напр., «Я егоїст. Я агресивна. Я конфліктна. Я добра. Я чесна. Я вірна. Я злопам'ятна», «Гадаю, що на думку інших людей я замкнута, некомунікабельна, холодна, відчужена людина. Можу допомогти, якщо поруч хтось потребує», «Я невпевнена, я закрита, я не вмю довіряти, я можу чогось досягти, я таємнича, я розумна, я симпатична». Є також описи, в яких переважають позитивні характеристики, напр., «Цікава, розумна, зверхня, агресивна, домінуюча, незалежна, працьовита, гарна, талановита», «Вихована, пристойна, горда, цілеспрямована, борець за справедливість, впевнена, активна, комунікативна, цікава (не як всі)». Однак їх у даній вибірці значно менше, ніж в осіб з низьким індексом НДД. Узагальнюючи приходимо до висновку, що в респондентів з високим індексом НДД переважають негативні уявлення про себе (36,36 %) або ж описи відсутні (45,45 %). Позитивні тексти у 18,18%. При описі соціального Я відповіді респондентів

презентувались переважно характеристиками активності особистості (напр., «борець за справедливість», «активна», «конфліктна», «можу допомогти» тощо).

На підставі оцінок респондентами суджень про себе (позитивних і негативних) ми визначили індекс **самоприйняття**. Він може бути в межах від 0 до 1, тобто  $0 < \text{індекс самоприйняття} < 1$ , де 0 – негативні судження відсутні, 1 – усі судження оцінюються як негативні. Індекс самоприйняття в осіб з низьким індексом ННД, високий – 0-0,2. Індекс самоприйняття в осіб з середнім індексом ННД коливається від 0,2 до 0,5. У респондентів із високим рівнем ННД індекс самоприйняття різний і коливається від 0 до 0,4. 36,36% даної вибірки не дали відповіді на запитання, «Яке з описаних Вами суджень негативно Вас охарактеризовує?».

Дані опитувальника Дембо-Рубінштейн доповнили характеристики емоційно-ціннісного компонента «Образу Я». Так, у більшості респондентів опитуваної вибірки виявлено високий рівень самооцінки (58,8 %). Серед них надто високий рівень виявлено у 17,6 %. У респондентів з високим рівнем ННД виявлено середній рівень самооцінки (54,54%) і високий рівень (45,45%). При цьому у чотирьох респондентів низька оцінка своєї зовнішності, у двох – впевненості у собі.

Перевірка наявності значущих кореляційних зв'язків між показниками «самоприйняття», «самооцінка» і ННД показала, що взаємозв'язок є. Відповідно, коефіцієнт кореляції Пірсона  $r = -0,75$  та  $r = -1$ , значущість  $-1 \leq R_{xy} \leq 1$ .

Дослідження рівня самоповаги показало, що надмірно високий рівень самоповаги притаманний 17,6 % вибірки. Ми не можемо стверджувати, що це є гіперкомпенсація і намагання відновити зруйновану повагу через ситуації насилля у дитинстві, оскільки цей самий рівень притаманний і тим, хто зазначив лише про один. 35,3 % властивий високий продуктивний рівень. Їм притаманні саморозвиток і самовдосконалення на постійній основі. Вони адекватно оцінюють свої переваги і недоліки, помилки. Середній рівень виявлено у 44,1 %. Опитувані зберігають повагу до себе при невдачах, але схильні іноді звинувачувати себе у помилка. У результаті така поведінка не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо і швидко зреагувати і проявити

гнучкість. Низький рівень самоповаги виявлено лише в одній особі, яка, на жаль, зазнала в дитинстві травмивного досвіду і серед близьких родичів якої були такі, що мали психічні розлади (див. табл 2.3.)

**Таблиця 2.3**

**Розподіл відповідей респондентів на виявлення рівня самоповаги**

Рівень самоповаги	Кількість, %	НДД		Примітка
		Індекс НДД	К-сть, відносно кількості показника рівня самоповаги	
надмірно високий рівень самоповаги	17,6 % (6 осіб)	0	1 (16,7)	Більше притаманний особам, які мали один чи два травмивні фактори
		1-2	3 (50%)	
		3	-	
		4 і більше	2 (66,7 %)	
високий, продуктивний рівень самоповаги	35,3 % 12 осіб	0	3 (25%)	Майже однаковий. Якщо об'єднати групи з нульовим і найменшими показниками НДД, то більше притаманний особам, які не мали або мали одну травмивну ситуацію
		1-2	4 (33,3%)	
		3	3 (25 %)	
		4+	2 (16,7 %)	
середній рівень самоповаги	44,1 % 15 осіб	0	2 (13,3 %)	Спостерігається більше в осіб, які мають 3 і більше травмивні фактори – 9 з 15
		1-2	4 (26,7 %)	
		3	4 (26,7 %)	
		4+	5 (33,3 %)	
низький рівень самоповаги, схильність до самознищення	2,9 % (1 особа)	В родині є особа, яка страждала на психічні розлади або вчинила суїцид		



Порівняльний аналіз даних дозволяє зробити висновок, що рівень самоповаги і рівень НДД перебувають у взаємозв'язку (коефіцієнт кореляції Пірсона - 0,1). Чим вищий індекс НДД, тим нижчий рівень самоповаги. Розподіл балів опитувальника вимірювання самоповаги між опитуваними з різним рівнем НДД не має суттєвих відмінностей. Надмірно високий рівень самоповаги однаково притаманний як особам без травмивного дитячого досвіду, так і тим, хто мав 4 і більше прояви такого. Високий продуктивний рівень лише з невеличким випередженням проявляється в осіб, які зазнали меншого травмивного досвіду. Середній рівень самоповаги також однаково притаманний як особам, які мали один випадок НДД, так і тим, у кого було 4 і більше. Низький рівень зі схильністю до самознищення було виявлено в однієї особи, яка страждала від емоційного і фізичного насилля, батьки якої чи один з них мав психічні розлади. Отже, можемо прийти до висновку, що на рівень самоповаги у ранньому дорослому віці чинник негативного дитячого досвіду не впливає. Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні даного зв'язку в інших вікових групах, зокрема в юнацькій.

## Висновки до другого розділу

Підсумовуючи отримані дані, зазначимо, що найчастіше у сім'ях респондентів траплялось емоційне насилля. На другому місці – фізичне. Дещо менше – сексуальне. Опитуваним також доводилося ставати свідками насилля. Наявні і такі психотравмуючі чинники як адикції батьків, психічні розлади і кримінальна поведінка. Хоч переважна частина опитуваних досліджуваної вибірки, постраждалих від насилля, проживає у місті, ті респонденти, які не зазначили наявності у себе тих чи інших форм насилля, також проживають у міській місцевості, однак у меншій кількості (17,6 %).

17,64 % опитуваних (6 осіб) не відзначили жодного із видів насилля. 26,47 % (9 осіб) респондентів відповіли «Так» на одне або два запитання. Це означає, що вони пережили принаймні одну з форм дитячих травм, зазначених вище, до 18 років. 23,52 % (8 осіб) зазнали три види негативного дитячого досвіду, а 32,35 (15 осіб) % набрали в опитувальнику чотири і більше балів. Це доволі високий показник, вищий, ніж у дослідженнях зарубіжних науковців.

**Когнітивна складова «Образу Я»** представлена уявленнями респондентів про себе як носіїв соціальних відносин. Критерієм його розвитку є диференціація уявлень про себе й ідентифікація із соціальним середовищем.

Респондентам з низьким індексом ННД притаманні високий і середній рівень рефлексивності, тобто, відповідаючи на запитання «Хто Я?», вони дали до 15 і всі 20 відповідей. Особам з високим індексом ННД, які мали численні, більше 4, ситуацій насилля, притаманний здебільшого середній рівень рефлексивності

Співвідношення соціальних ролей й індивідуальних характеристик є на користь перших і говорить про те, що респонденти приймають й усвідомлюють свою індивідуальність. В ідентифікаційних характеристиках кожного було представлено такі сфери життя, як сім'я (мати, дочка, онука, дружина, майбутня мама тощо), професійні і навчальні спільноти (педагог, психолог, військовий, студент), сфера інтимно-особистісних стосунків (кохана жінка, друг). Це свідчить про значущість приналежності до вказаних соціальних груп.

79,4% опитуваних дали пряме нейтральне позначення своєї статі. Наявність прямого позначення статі означає, що сфера психосексуальності в цілому і порівняння себе з іншими представниками такої ж статі приймається особистістю і є важливою темою самоусвідомлення.

Непряме позначення статі виявляється в соціальних ролях, які індивід уважає своїми, або через закінчення слів. Троє респондентів, які зазнали три і більше різновидів насилля у віці до 18 р. дали непряме позначення, напр., «психологічно стійка», «наївна» (через закінчення), «військовий» (через соціальну роль).

Характеристики статевої ідентичності знаходяться на першому місці у більше половини респондентів (55,9%). 14,7% респондентів на перше місце поставили соціально-рольові характеристики (студент, мама, син). Були також такі позначення, як «людина» (11,8%), особистість (5,9%). Одна респондентка з високими балами НДД позначила на першому місці соціальну навичку - «психологічну стійкість». Інша респондентка з високим НДД, відповідаючи на запитання «Хто Я?», написала - «духовне сотворіння, яке переживає людський досвід». Один з респондентів, який набрали максимальну кількість балів з НДД (6 з 10) не відповідав на запитання даного опитувальника, а інший з цієї ж вибірки не дав визначення статі. Можемо припустити або про низький рівень рефлексивності даних респондентів і відсутність цілісного уявлення про статево-рольову поведінку, або про застосування захисного механізму уникання, оскільки роздуми над даним запитанням викликають надто болісні травмівні спогади, з якими респонденти не готові зустрітись. Ще одним припущенням може бути не сформованість статевої ідентичності, криза ідентичності в цілому.

Щодо часових аспектів «Образу Я», то у відповідях переважали судження теперішнього часу, що свідчить про активність й усвідомленість дій респондентів.

є перспективні характеристики у двох осіб з високим індексом травмівного досвіду («майбутня мама» (2)), «майбутній психолог» (1) і в однієї з низьким індексом НДД («майбутній психолог»). Присутність цілей і життєвих

перспектив є важливою характеристикою «Образу Я» і виконують цільову й екзистенційну роль.

Соціально-перцептивна складова «Образу Я» вивчалась шляхом вивчення відмінностей між судженнями про себе та уявленнями про судження інших про себе у системі відносин «Я–інший». Змістом соціального Я є усвідомлені особистістю уявлення або оцінки інших людей про неї. Перша відмінність стосується кількості суджень. Їх удвічі менше, або ж вони відсутні взагалі (45,45 %). Судження також відрізняють емоційною забарвленістю. Якщо більшість тих, які стосувалися уявлень про себе мали нейтральне забарвлення, то уявлення про думки інших в осіб, які набрали більше як 4 бали опитувальника ННЖ, мають здебільшого негативне забарвлення.

На підставі оцінок респондентами суджень про себе (позитивних і негативних) ми визначили індекс самоприйняття. Він може бути в межах від 0 до 1, тобто  $0 < \text{індекс самоприйняття} < 1$ , де 0 – негативні судження відсутні, 1 – усі судження оцінюються як негативні. Індекс самоприйняття в осіб з низьким індексом ННД, високий – 0-0,2. Індекс самоприйняття в осіб з середнім індексом ННД коливається від 0,2 до 0,5. У респондентів із високим рівнем ННД індекс самоприйняття різний і коливається від 0 до 0,4. 36,36% даної вибірки не дали відповіді на запитання, «Яке з описаних Вами суджень негативно Вас охарактеризовує?».

Дані опитувальника Дембо-Рубінштейн доповнили характеристики емоційно-ціннісного компонента «Образу Я». Так, у більшості респондентів опитуваної вибірки виявлено високий рівень самооцінки (58,8 %). Серед них надто високий рівень виявлено у 17,6 %. У респондентів з високим рівнем ННД виявлено середній рівень самооцінки (54,54%) і високий рівень (45,45%). При цьому у чотирьох респондентів низька оцінка своєї зовнішності, у двох – впевненості у собі.

Перевірка наявності значущих кореляційних зв'язків між показниками «самоприйняття» та «самооцінка» показала, що взаємозв'язок є. Відповідно, коефіцієнт кореляції Пірсона  $r = 0,75$  та  $r = 1$ , значущість  $-1 \leq R_{xy} \leq 1$ .

Нас цікавило запитання, що допомогло респондентам долати травмівні ситуації і відносити самооцінку й самоповагу. Опитувальник життестійкості показав, що 26,47 % мають відмінні показники життестійкості. За максимальних 70 балів, вони набрали від 63 до 70. Такі люди здатні зберігати ментальне здоров'я, відновлюватися за кризових ситуацій. 44,1 % мають добрі показники, в межах 49-62 бали з 70. 29,4 % мають низькі показники життестійкості.

Специфіка даного опитувальника полягає у тому, що коефіцієнт життестійкості вираховується не від наявних показників соціальних компетенцій особи, розвитку її умінь емоційної саморегуляції тощо, а від показників наявності осіб і ситуацій піклування і прийняття у її дитинстві. Порівняльний аналіз даних показує, що опитувані, які набрали 4 і більше балів з НДД, мають в основному коефіцієнт життестійкості «задовільний» (66,7%) і 33,3% - «добрий».

Особи, які отримали 0 з НДД мають відмінний – 40% і дуже добрий коефіцієнт - 60%. Опитувані, які відповіли один або двічі «Так» в опитувальнику негативного дитячого досвіду мають відмінний коефіцієнт життестійкості - 55,6 % і дуже добрий – 22,2%. Ще 22,2% мають задовільний коефіцієнт.

Особи, які пережили три форми негативного дитячого досвіду в основному мають коефіцієнт 50 з 70, який характеризується як добрий (50 %). Одна з цієї групи опитуваних має відмінний коефіцієнт (12,5%) і 37,5% - задовільний.

Підсумок: порівняльний аналіз обох методик показав, що із збільшенням показника негативного дитячого досвіду показники життестійкості особистості зменшуються. Однак є окремі випадки, коли опитувані з високими показниками НДД мали все ж у своєму середовищі осіб, які надавали ї підтримку у подоланні травмівних ситуацій.

Дослідження рівня самоповаги показало, що надмірно високий рівень самоповаги притаманний 17,6 % вибірки. Ми не можемо стверджувати, що це є гіперкомпенсація і намагання відновити зруйновану повагу через ситуації насилля у дитинстві, оскільки цей самий рівень притаманний і тим, хто зазначив лише про один. 35,3 % властивий високий продуктивний рівень. Їм притаманні саморозвиток і самовдосконалення на постійній основі. Вони адекватно оцінюють свої переваги і недоліки, помилки. Середній рівень виявлено у 44,1 %.

Опитувані зберігають повагу до себе при невдачах, але схильні іноді звинувачувати себе у помилка. У результаті така поведінка не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо і швидко зреагувати і проявити гнучкість. Низький рівень самоповаги виявлено лише в однієї особи, яка, на жаль, зазнала в дитинстві травмівного досвіду і серед близьких родичів якої були такі, що мали психічні розлади.

Порівняльний аналіз даних дозволяє зробити висновок, що рівень самоповаги і рівень НДД не перебувають у взаємозв'язку (коефіцієнт кореляції - 0,1598). Розподіл балів опитувальника вимірювання самоповаги між опитуваними з різним рівнем НДД не має суттєвих відмінностей. Надмірно високий рівень самоповаги однаково притаманний як особам без травмівного дитячого досвіду, так і тим, хто мав 4 і більше прояви такого. Високий продуктивний рівень лише з невеличким випередженням проявляється в осіб, які зазнали меншого травмівного досвіду. Середній рівень самоповаги також однаково притаманний як особам, які мали один випадок НДД, так і тим, у кого було 4 і більше. Низький рівень зі схильністю до самознищення було виявлено в однієї особи, яка страждала від емоційного і фізичного насилля, батьки якої чи один з них мав психічні розлади. Отже, можемо прийти до висновку, що на рівень самоповаги у ранньому дорослому віці чинник негативного дитячого досвіду не впливає. Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні даного зв'язку в інших вікових групах, зокрема в юнацькій.

## РОЗДІЛ ІІІ. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСОБИСТОСТІ РАНЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ТРАВМІВНІ ПОДІЇ У ДИТИНСТВІ

### 3.1. Професійна допомога у зціленні від посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду

Переживши негативний досвід у дитинстві, молоді люди знаходять у собі сили для відновлення і зцілення. Доступні у засобах масової комунікації вебінари, книги, підкасти дають достатньо роз'яснювальної інформації, технік зцілення. Та іноді, незважаючи на всі зусилля, людина не може упоратися самостійно. Їй на допомогу приходить фахівець. Сучасні дослідження у галузі психології і психотерапії, медицини, нейробіології засвідчують про низку дієвих методів/напрямів у роботі з посттравматичним синдромом негативного дитячого досвіду [11, 14].

Робота з досвідченим психологом чи психотерапевтом допомагає пережити «старе». Цей спогад об'єднується з позитивним досвідом, де психотерапевт налаштований на клієнта, бачить клієнта, приймає його таким, як він є, незалежно від його досвіду. Коли клієнт, можливо, вперше у житті відчуває довіру й коли це повторюється, то змінюються старі схеми в мозку, які диктують клієнтові, що довіряти не можна. У нього створюються нові мозкові клітини і зв'язки, які дають змогу формувати нові звички й по новому реагувати на оточення. Сила терапії полягає у тому, що клієнт нарешті, у дорослому віці, може навчитися довіряти надійній людині. Безумовне прийняття з боку терапевта перебудовує клієнта так, що у нього виникає повноцінне й здорове самоприйняття [1].

**У роботі фахівець застосовує різноманітні підходи і методи. Один із них, - емоційне реагування при повторному переживанні травматичного досвіду та звільнення від хворобливих симптомів (досягнення катарсису) [1].** Поняття “катарсис” вперше увів Аристотель та описав його як “очищення” душі від негативних емоцій за допомогою перегляду театральних вистав. Співпереживаючи героям вистави, глядач переживає різні пригнічені та невідрадаговані емоції та звільняється від них. Прототипом катарсису є

християнська сповідь. Вперше техніку катарсису за допомогою гіпнозу застосував Й. Брейєр наприкінці XIX століття при лікуванні істерії. Катарсичні техніки містять обов'язкове розслаблення пацієнта та спонтанне пригадування й уявлення. Емоційні реакції відбуваються через плач, крики, стогін, лють, а також через тілесні симптоми: ядуху, блювоту, біль, спазми тощо.

**Техніка «Лист»** [2] Це досить ефективний інструмент, оскільки багато людей вважають за краще таку форму спілкування, а не обличчям до обличчя, і можуть писати про себе відвертіше, ніж говорити. Незважаючи на те, що письмова терапія може бути успішною, клієнт повинен мати можливість попросити і про індивідуальну бесіду. Так само, як і при індивідуальних бесідах, важливе значення тут має детальне структурування процедури роботи. Лист пишеться уявною ручкою на уявному папері і проговорюється вголос. Він починається звичайним привітанням «Здрастуй ...» і закінчується підписом автора. Важливо, щоб клієнт розумів, що він може висловити абсолютно всі свої почуття без обмежень. Його завдання - описати свою проблему настільки детально, наскільки це можливо. Водночас тут повинен переважати аналіз поведінки. Часто після роботи над листом клієнт починає відчувати свою силу і готовність протистояти життєвим труднощам.

Якщо техніка застосовується в груповій роботі, кілька членів групи по черзі пишуть листи. Можна попросити когось бути помічником (друге Я), який пише постскриптом.

**Техніка «Телефонна розмова»** [2]. Клієнта просять зателефонувати для розповіді з проблемної ситуації. Консультант просить описати місце, де знаходиться телефон, набрати номер, тримати в руці трубку і почати розмову такими словами: «Алло, говорить ... Дзвоню тобі, щоб ...» Клієнта спонукають говорити все, що приходить в голову, навіть більш відкрито, ніж у реальному спілкуванні. Розмова займає близько 10 хвилин. Вона не є повторенням реальних розмов у минулому.

Мета даної техніки - полегшити відкрите вираження почуттів по відношенню до кривдника, вийти з емоційного замішання і визначити своє ставлення до реальних подій.



**Техніка «Порожній стілець»** [11]. Ця одна з найпоширеніших технік гештальттерапії і психодрами. Консультант ставить стілець навпроти клієнта і пропонує помістити на нього відсутню особу або окрему рису характеру, значиму емоцію: «Спробуйте уявити, що на цьому стільці сидить ...» Можливість звернутися до уявного співрозмовника дозволяє клієнту висловити все, що хочеться, все, що наболіло, висловити свої почуття, виплеснути негативні емоції.

**Техніка «Повернення у часі»**. Консультант пропонує згадати минулу ситуацію, коли відбулася травмівна подія вперше: «Давай переведемо годинник назад. Де відбувається інцидент? Яка зараз година?». При цьому розмова ведеться в теперішньому часі. Клієнт пояснює свої дії: «Я роблю це тому, що ...»

Це психодраматична техніка, в якій використовуються всі відповідні прийоми (друге Я, обмін ролями). Разом з розігрівом вона може тривати близько чотирьох годин.

**Техніка «Крок у майбутнє»**. Консультант пропонує клієнту розіграти складну конфліктну ситуацію, що загрожує насильством, з якою він може зіткнутися в майбутньому. Програються різні сценарії з різними людьми для вибору оптимальної поведінкової стратегії. Мета техніки - випробувати нові способи взаємодії, що знижують ризик насильства, і відмовитися від невідповідних стереотипів.

**Техніка «Ослаблення травматичного інциденту»** [18]. Це дуже ефективна техніка втручання при кризі. Її автор - Франк Джербод. Техніка ослаблення травматичного інциденту (ОТІ) складається з візуалізації, повторного переживання травми (без переривань, інтерпретацій і коментарів). Можна направити роботу на одну окрему подію або на серію подій, об'єднаних загальною темою, яка прямо пов'язана з травмою. Цей метод дозволяє когнітивно переоцінити травматичні події.

Дана техніка передбачає нейтральність консультанта. Клієнт тут є «глядачем», консультант тільки створює умови для процедури «перегляду». Для роботи необхідно, щоб клієнт був досить бадьорим на початку сеансу, довіряв консультанту і бажав вирішувати проблему. Консультант повинен надати

клієнту безпечно терапевтичне оточення, а також переконатися в тому, що він хоче працювати з проблемою.

Місце для «перегляду» має бути ізольованим, щоб ходу роботи нічого не заважало. Процедура може зайняти багато часу, але ні консультант, ні клієнт не повинні поспішати. Спілкування з клієнтом чітко структуроване і не передбачає жодних інтерпретацій. Консультант нейтральний, він приймає без коментарів все, що б клієнт не говорив. Консультант не повинен дозволяти собі оцінку ні в якому вигляді. Можливо, клієнт почне загрожувати консультанту, але і в цьому випадку не повинно бути жодних обговорень. Якщо у консультанта виникають емоційні реакції, їх не слід проявляти. У клієнта може бути сильна емоційна реакція, він може захотіти зупинитися, тоді консультант йому повинен допомогти продовжувати роботу, щоб знову зустрітися з тим, що він пережив під час травматичної події. Завдання консультанта - довести сесію до успішного завершення.

Техніка проведення ОТІ дуже проста. Консультант пояснює основні правила і описує процедуру: «Вам потрібно слідувати інструкції і робити те, що я скажу. Ми повинні працювати, не перериваючись. Ваше завдання - згадати епізод і пройти через нього багато разів. Працюємо до результату, зупинимося, коли відчуєте себе краще. Можливо, вам захочеться зі мною щось обговорити, запитати, але цього ми не будемо робити. Я не буду давати порад, не буду оцінювати вас. Що було - те було. Зараз перед нами стоїть завдання зробити так, щоб ці спогади не заважали жити. Ми не будемо докладно обговорювати ваш випадок, я поясню, що потрібно робити. Вам не слід з будь-ким обговорювати те, що станеться на сесії».

Процедура ОТІ. Інструкції консультанта: «Згадайте травматичний інцидент. Уявіть собі, що ви дивитеся про це фільм на відео. Перегляньте подію і скажіть:

1 крок. Коли це сталося?

2 крок. Де це сталося?

3 крок. Як довго це тривало? Якщо це ланцюжок подій, згадайте першу.

4 крок. Поверніться до початку інциденту.

5 крок. Увімкніть кнопку «відео», почніть перегляд. (Якщо необхідно, закрийте очі.) Що ви уявляєте, бачите, відчуваєте? Коротко розкажіть про це.

6 крок. Перегляньте подію, пройдіть через інцидент до кінця. Дайте мені знати, коли завершите перегляд.

7 крок. Скажіть, що сталося? Що ви уявляєте, бачите, чуєте, відчуваєте? Коротко розкажіть про це.

8 крок. Вам потрібно пройти через цей епізод багато разів. Це схоже на повторний перегляд фільму, коли його дивишся кілька разів і помічаєш все більше деталей і реагуєш менш емоційно. Скажіть вголос «початок», коли повернетесь до початку епізоду, перегляньте епізод знову. Можете розповісти те, що захочете, можете повідомляти тільки про нові деталі, які ви помічаєте при повторному перегляді. Коли закінчите перегляд, знову повертайтеся до початку. Пройдіть все до кінця.

9 крок. Після того як ви кілька разів всі перегляньте, я хочу дізнатися, краще вам або гірше. Інцидент стає легшим чи важчим? »

Якщо клієнт говорить, що стало легше, необхідно почати спочатку; якщо важче чи без змін, консультант питає: «Може, інцидент почався раніше?» При позитивній відповіді слід попросити повернутися до передував епізоду, пройшовши кроки 5-8.

Якщо клієнт не може згадати попередній епізод, слід запитати клієнта, чи є в його досвіді що-небудь, що нагадує ситуацію травми? Якщо відповідь позитивна, консультант просить клієнта згадати цю подію, свої почуття, думки. У цьому випадку слід повторити кроки 1-8.

Коли у консультанта створюється враження, що клієнт досяг «фіналу», він задає питання типу: «Як інцидент представляється вам тепер? Чи усвідомлюєте ви, які рішення приймали під час події? », «Чи є щось, що ви хотіли б запитати або сказати до кінця сесії?».

Як дізнатися, що можна закінчити процедуру ОТІ? Зазвичай про це говорить видима зміна емоційних і вегетативних реакцій. Крім цього, клієнт при кожному перегляді помічає більше деталей, робить більше коментарів, висловлює більше суджень. Можна поставити запитання, чи стало йому легше.

Якщо відповідь негативна, то або подія почалося раніше, або є інші події, які пов'язані з цією.

Якщо консультанту доводиться працювати з невизначеним запитом, наприклад: «Я боюся бути серед людей», то необхідно запропонувати клієнтові переглянути останній випадок, коли він відчував це почуття, потім йти назад до первинної травми.

Отже, запропоновані технології допомагають людям згадати важкі минулі переживання й навчитися ставитися до цих спогадів без болю у теперішньому житті. Завдяки контрольованому й повторному пригадуванню люди вчаться не пов'язувати негативні емоції з об'єктами і спогадами, яких вони бояться.

Доцент кафедри неврології та психіатрії Данієлла Шиллер в Маун-Синай під час досліджень виявила, що «коли викликати негативний спогад знову й знову у безпечних обставинах, більшості людей вдається подолати свій страх. Спогад залишиться, а емоції щодо нього зникнуть» [42]. Наприклад, людина зможе перебувати з батьком, який принижував або завдавав шкоди, але з часом відчуття паніки і тривоги минуть, перебуваючи поруч з ним. Страх зникає.

EMDR (ДПРО) або десенсибілізація і переспрямування руху очей, - ефективна форма психотерапії, яка допомагає у цьому процесі. Терапію ДПРО розробила у 1990 р. Френсіс Шапіро. Вона помітила, що коли людина під час роздумів про хворобливі переживання минулого швидко переводить погляд справа наліво, як це відбувається на найглибших стадіях сну або сну зі швидким рухом очей, - то емоції й стресові реакції, пов'язані з цими спогадами, зникають [1].

Ф.Шапіро зрозуміла, що багато пацієнтів можуть прийти на прийом до психотерапевта чи психіатра зі скаргами на тривожність, але якщо пацієнт не повідомляє про ПТСР чи серйозну травму, лікар може ніколи і не дізнатися про їхній негативний дитячий досвід. Вчена пропонує список тверджень і якщо котресь з них спричиняє дискомфорт в тілі, пришвидшене серцебиття, ускладнене або поверхневе дихання, це означатиме, що є непропрацьовані емоції про минулі події. Ось деякі з негативних переконань [1]:

Я не заслуговую на любов

Я жахливий/а  
Я погана людина  
Я неадекватний/а  
Я недостатньо хороший/а  
Я потворний/а (ненавиджу своє тіло)  
Я не заслуговую..  
Я дурний/а (недостатньо розумний/а)  
Я – розчарування  
Я заслуговую смерті  
Я заслуговую бути нещасним/ою  
Я не такий/а, як усі (не підходжу  
Я повинен/нна був/ла щось зробити  
Я вчинив/ла неправильно  
Я повинен/нна був/ла знати краще.

Ф.Шапіро виявила, що вона може допомогти пацієнтам безпечно звертатися до своїх негативних емоцій і перетворити ранні спогади, пов'язані з їх негативними, емоційно-руйнівними переконаннями, просто з допомогою природного процесу швидкого руху очей.

Під час сеансу ДПРО-терапії пацієнтові допомагають викликати хворобливі емоції. У процесі того, як ці емоції призводять до згадування конкретних важких переживань і виникнення глибоко вкорінених почуттів, пацієнта просять переводити погляд справа наліво або стежити за світловим малюнком, який рухається, імітуючи рух очей у глибокій фазі сну. Терапевт керує фокусом уваги клієнта. Або ж люди можуть тримати в кожній руці маленьку паличку, яка періодично курсує справа наліво. Вчена пояснює, що у кожного у мозку є цент обробки інформації, який спрямований на те, щоб сприймати досвід, пов'язувати його з минулими спогадами й подіями у житті, обробляти цю інформацію та робити нові висновки. За допомогою ДПРО розглядаються ранні спогади, які можуть спричиняти ці почуття, поточні ситуації, які їх викликають, розглядаються наявні у пацієнта симптоми і що

потрібно зробити у майбутньому, щоб людина могла повноцінно рухатися уперед.

ДПРО-терапія імітує ті самі неврологічні процеси, які відбуваються під час фази глибокого сну й очищають мозок. Повторюване переспрямування уваги в ДПРО викликає нейробіологічний стан, схожий на глибоку фазу сну, і цей процес – як у сні, так і в ДПРО – підтримує інтеграцію мозку, яка порушується під час несприятливих ситуацій і хронічного непередбачуваного токсичного стресу. Ця інтеграція може сприяти зменшенню кількості епізодичних спогадів про травматичні події, які людина зберігає в гіпокампі, й зниженню факторів тривоги у мигдалині [44].

Іншим способом нормалізації почуттів клієнтів є терапевтична практика, відома як **соматичне переживання**, або СП, що допомагає зосередитися на відчуттях у тілі. Техніка розроблена доктором наук, директором Інституту соматичного переживання травми Пітером А. Левіним [38].

Вчений зауважив, що коли діти стикаються з нещастями й травмами, у них вмикаються захисні стратегії «бий або біжи», або ж «завмири». Ці стратегії можуть зберігатися протягом усього життя. Вчений помітив, що тваринам у дикій природі вдається відновлюватися після загрозливих для життя ситуацій, коли вони були паралізовані страхом. Після того, як загроза зникає, вони різко знімають усе фізичне напруження, яке тримали всередині у стані боротьби, втечі або завмирання, мимоволі здригаючись чи тремтячи. Цей викид фізичної енергії перезапускає їхній режим дихання. Вони знову починають глибоко дихати, а це повертає вегетативну нервову систему до нормального стану, відновлюючи рівновагу в тілі. Страх минає, як і вся надлишкова енергія, яка виникла внаслідок утримання цього страху й напруги в тілі.

Соматичне переживання дає змогу безпечно розрядити всі емоції та відчуття, накопичені під час травматичної події. Фахівці використовують соматичний досвід, щоб допомогти полегшити симптоми психічних і фізичних захворювань, пов'язаних з травмою, зокрема ті, які є наслідком посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду, травми розвитку, ПТСР. Клієнтів не просять розповідати про свої травматичні переживання, а

намагаються дізнатися про те, як організм реагує на стрес, як він регулює стрес, звернути увагу на фізичні відчуття, налаштуватися на них і побачити, які виникають почуття, думки й образи. Поступово в безпечному середовищі люди вчаться розпізнавати незначний початковий дистрес і вивільняти цю накопичену енергію, що дає їхній нервовій системі повернутися в стан рівноваги.

Реакції тіла на стрес подано нижче у списку:

- Серце (швидко б'ється/калатає/вистрибує з грудей)
- Грудна клітка (біль/здається, ніби вона от-от розірветься/стискається/нема чим дихати)
- Дихання (глибоке/прискорене)
- Голова (крутиться/затьмарена свідомість/паморочиться)
- Думки (страшні думки/страх втратити свідомість чи померти)
- Живіт (напружений/метелики в животі/нудота)
- Кисті та пальці (спітнілі/напружені/тремтіння/поколювання)
- Ноги та ступні (напружені/ніби дерев'яні/важко втриматися на ногах/ поколювання у ступнях)
- Кволість
- Пітливість.

Тіло — розумний механізм, який готує людину до дій, якщо є небезпека. І при цьому вона відчуває страх. Це дуже старі інстинкти виживання. Реакція страху може бути викликана також іншими тригерами, які нагадують про небезпеку. Наприклад, думками та спогадами. Коли один із таких тригерів викликає реакцію страху, людина не знаходить собі місця та готова або тікати, або боротися, й не завжди розуміє, звідки взялося відчуття страху чи небезпеки.

Соматичні вправи є хорошою профілактикою, адже допомагають розпізнати стани, коли людина готова вибухнути від гніву або тривоги, різко відреагувати втратити самовладання. Клієнт може навчитися розпізнавати ознаки такого стану (м'язова напруга, «біль у шийі», ускладнене дихання, оніміння, тілесний дискомфорт або хвороблива слабкість), брати паузу й зосереджуватися [38].

Чим більший переляк, тим більше реагує тіло; і чим більше тіло реагує, тим сильніше відчуття страху. Отже, один зі способів зменшення рівня стресу є розслаблення. І чим більше тіло розслаблене, тим більше у хороших відчуттів і думок. Для того, щоб упоратися з новими фізичними відчуттями й спогадами, люди вчаться процесу, який називається «маятник». Вони визначають «безпечне місце» у своїй свідомості – точку дотику, до якої можуть звернутися в будь-який час, щоб відчути себе в безпеці. Це може бути спогад про близьку людину або про благодійника, який допоміг їм, або ж про безпечне місце, у якому вони побували, чи уявне місце – часто на природі. Або вони можуть просто тримати в руках предмет, який допомагає «заземлити» їх у теперішньому моменті. Клієнти повертаються то до свого безпечного місця, то до складніших фізичних відчуттів та емоцій, що виникають унаслідок минулих травм. Вони вчаться безпечно протистояти дитячому стресу й розряджати цей стан, щоб нервова система могла збалансуватися. Левін називає це «ритмом скорочення та вилучення» [25]. Таке коливання уваги також заспокоює, розряджаючи стан стресового збудження. Травматичні відчуття виходять через сльози чи тремтіння. Можливість легко дихати – ключова ознака того, що вегетативна нервова система заспокоюється і зцілюється. Приклад техніки «Безпечне місце» наведено у Додатку В.

**Керована візуалізація** є ще одним методом долання дитячої психологічної травми. Використовує уяву й образи, щоб змінити нейронну структуру. З керованою уявою клієнт використовує праву півкулю мозку: вона відповідає за ментальну обробку інформації. Таким чином можна перебудувати старі шаблони. Берні Сігел зазначає, що ментальна уява – це не просто думати про щось, це процес, у який залучена переважно права частина. Він охоплює використання зорових, слухових і нюхових відчуттів, а також пам'ять, настрій, емоції [41].

Спортсмени використовують творчу візуалізацію для покращення своїх результатів. Перед відповідальним матчем вони уявляють, як замахуються битою або забивають м'яча. Якщо людина в уяві щодня практикує вправу для п'яти пальців на фортепіано, вона демонструє такий самий нейронний ріст у



відповідній моторній корі головного мозку, як і у тих, хто фізично щодня займається цією справою на фортепіано [39].

Ментальна уява змушує мозок повірити в те, що ми дійсно робимо те, що уявляємо. Пацієнти, які приймали плацебо і яким повідомляли, що ці таблетки – плацебо, відчували менший біль, ніж пацієнти, які не отримували жодного лікування [36].

Д.Наказава описує приклад застосування творчої візуалізації, керованої уяви: спілкування з «мудрим Я», яке дає пораненій і покинутій дівчинці (клієнтові), якою вона колись була, заспокоєння і прийняття, які так і не отримала від матері [13].

Керовану візуалізацію використовують у роботі з інтрузивними спогадами, у тому числі пов'язаними із пережитим у дитинстві насиллям. Як відомо інтрузії бувають зорові, слухові, нюхові, тактильні. Для кожної із них розроблено спеціальні техніки із використанням уяви і залученням спогадів. Наприклад, для роботи із зоровими інтрузіями використовують техніку «Метод екрану», «Рамкування», «Позитивна контркартинка» та ін. Наведемо деякі них [23].

**Метод екрану.** «Тримайте очі відкритими. Уявіть, що ви бачите екран телевізора на стіні навпроти вас. Картинка має бути чіткою. А тепер спробуйте побачити на цьому екрані спогад про вашу травматичну подію. Вдається? Добре. Картинка кольорова чи чорно-біла? Ви можете змінити її? Якщо кольорова, спробуйте зробити її чорно-білою, і навпаки. Подивіться, що станеться. Гаразд. Тепер ваша картинка має рухатися, як у фільмі. Якщо потрібно, примусьте її рухатися. Чудово. Тепер уявіть, що ви використовуєте пульт дистанційного керування, щоб поставити кадр на паузу. Запустіть картинку знову. Спробуйте перемотати її назад і подивитися, що буде. Є? Добре. Повільно прокручуйте кадр уперед, а потім спробуйте його пришвидшити. А тепер зробіть картинку нечіткою і розмитою, як при низькій якості.

Подивіться, чи вдасться вам зробити так, щоб картинка зблідла й почала зникати. Тепер уявіть, що ви берете пульт від телевізора і натискаєте кнопку вимкнення».

Керована візуалізація використовується у багатьох техніках у роботі з розслабленням (дихальні техніки, м'язової релаксації). Наведемо приклад техніки «Очищення розуму», яка використовується для впорядкування думок і для розслаблення.

Техніка «Очищення розуму» [23]. Знайдіть собі місце, щоб зручно вмотитися. Сідайте не дуже близько одне до одного. Тепер розберемо наступний інструмент, який ми назвали «очищення розуму», тому що так само як будинок або кімната потребують прибирання, щоб позбутися пилу та залишків сміття, наш розум потребує очищення від небажаного матеріалу та напруги. Заплющте очі. Якщо не можете, знайдіть місце на підлозі перед собою, щоб зосередити погляд лише на ньому. А тепер уявіть, що (ви стоїте під чарівним золотистим дощиком, а може це чарівний водоспад або душ? Вода переливається усіма кольорами веселки. Вона омиває ваше волосся, личко, чоло, плечі, змиває всю вашу напругу, переживання, думки. Нехай цей дощик торкнеться кожної вашої думки, переживання і наповнить вас гарним настроєм, енергією, радістю. Відчуйте, як добре позбутися всього цього небажаного стресу і напруги. Цей спосіб очищення розуму можна використовувати настільки часто, наскільки вважаєте за потрібне».

Отже зцілення від негативного дитячого досвіду й оптимізація «Образу Я» в ранньому дорослому віці можливе без допомоги фахівця, але найчастіше відбувається у тісній співпраці людини, яка зазнала страждань у дитинстві, і команди фахівців, зокрема психологів і психотерапевтів. Можна виокремити декілька модулів у такій роботі: робота з інтрузивними спогадами, робота з реакціями тіла на стрес, зі збудливістю, тривожністю і страхами, а також психосоціальна допомога, психоедукація у навчінні соціальним навичкам.

### **3.2.Психотехніки самопомоги у доланні посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду**

Знання того, що хронічний дитячий стрес призводить до хронічних захворювань, у дорослому віці та проблем у стосунках, може сприяти зціленню. Як тільки людина зрозуміє, що причини її труднощів у дитинстві, вона нарешті

зможе зробити науково обґрунтовані кроки, щоб позбутися впливу несприятливого дитячого досвіду. У людини завжди є вибір: або залишатися замкненим у минулому і розмірковувати про те, як усе могло скластися, або активно допомагати собі й оточенню проявляти стійкість та рухатися вперед до зростання і до трансформації.

Навіть якщо постраждала і дитинстві особа не звертається до фахівця, з яким могла б поділитися своєю історією, вона може почати говорити правду, «писати для зцілення». Це дає змогу побачити себе такою, якою вона є насправді, - можливо, вперше в житті.

Професор психології в Техаському університеті Джейм Пеннебейкер розробив наступне завдання: протягом чотирьох днів записувати найглибші емоції і думки про емоційне потрясіння, яке найбільше вплинуло на життя. Під час письма слід досліджувати подію і те, як вона вплинула. Можна пов'язати цей досвід з дитинством, стосунками з батьками, з близькими людьми теперішніми чи колишніми, з кар'єрою тощо. Писати слід безперервно протягом 20 хв на день [43]. Таке, «обмежене в часі зосереджене письмо може мати позитивний ефект» Напр., коли студентів просили писати для зцілення, у них підвищувалася успішність. Люди, які писали про емоційні потрясіння, рідше зверталися до лікаря, й у них спостерігалися зміни у функціонуванні імунної системи. Вправа з простим письмом про свої секрети, навіть якщо одразу ж після цього людина знищувала написане, позитивно впливає на здоров'я [40].

Інший спосіб зцілення – малювати, щоб «відкрити рани» (Бенрі Сігул). Малювати можна все – фотографію родини, природу тощо. Слід відкласти малюнок на декілька днів, а далі розглянути і проаналізувати. Сприймати малюнок слід так, ніби розшифруєте сон. Можуть бути раптові осяяння. Арт-терапія є корисним інструментом, щоб розкрити те, що заховано в підсвідомості.

Найкращий метод відновлення – медитація усвідомленості. Люди, які практикують медитацію усвідомленості швидше відновлюються після стресу та менше на нього реагують. Рівень гормону кортизолу знижувався швидше, щойно зникав стресовий чинник [35].

Доцент кафедри дитячої та підліткової психіатрії Університету Вісконсину Раян Херрінга зауважує, що коли діти практикують усвідомленість, вони можуть зміцнювати ті ділянки мозку, зокрема лобову частину й гіпокамп, що ослаблені ранніми дитячими травмами. [41] Доведено, що медитація усвідомленості допомагає контролювати емоції, проявляти гнучкість, оцінювати варіанти та приймати рішення. Вона також підвищує емпатію, самосвідомість і самоаналіз та допомагає позбутися почуття страху [37].

Користь від застосування майндфулнес приголомшлива. Коли людина дихає повільними глибокими вдихами й видихами, вона заряджає енергією свою недостатньо активну парасимпатичну нервову систему. Дихання є найкращим з відомих заспокійливих засобів.

Щоб розпочати щоденну практику медитації, важливо передусім поставитися до себе з безумовною любов'ю і дозволити собі медитативний досвід за будь яких умов. Слід встановити регулярний час і місце для медитації. Можна обрати стілець або подушку на підлозі. Слід стежити за своєю поставою, щоб залишатися сконцентрованим й не засинати. Руки можна розташувати на колінах. На початку медитації слід робити декілька повних глибоких вдихів і видихів, свідомо випускати повітря, розслаблюючи обличчя, плечі, руки та ділянку живота. Свідоме зняття напруги в тілі допомагає відкритися всім відчуттям, що виникнуть під час медитації. Слід обрати «якір» медитації, напр., дихання, відчуття у руках або у всьому тілі, звуки усередині чи навколо.

Сьогодні багато громадських центрів, студій йоги, подкастів пропонують заняття й посібники з медитацій. У США, Великій Британії, у Німеччині популярною є програма MBSR (Mindfulness-based Stress Reduction), яка є частиною державної системи охорони здоров'я і пропонує заняття усвідомленої медитації, усвідомленого руху і йоги.

Ще одним способом самопомоги може стати розвиток «ментального зору» (Ден Сігел). Це здатність проникати в суть, здатність відчувати власне внутрішнє психічне життя і відбивати те, що ми називаємо самосвідомістю, «Образ Я» чи самопізнання. Це також емпатія, здатність відчувати внутрішнє психічне життя іншої людини, й інтеграція або здатність об'єднати самоемпатію

й емпатію і взаємодіяти з іншими людьми у здоровий спосіб. Ментальний зір не дає людині «бути сумною» чи «бути злою», а допомагає визнати наявність цих почуттів, прийняти їх і відокремити від «Я», тобто від її сутності. Для того, щоб розпочати цей важливий процес достатньо заплющити очі й запитати в себе: «Що я відчуваю просто зараз у своєму тілі?». Після цього прислухатися до відчуттів, напр., наскільки напружені м'язи чи сильно б'ється серце. Далі запитати в себе «Яку емоцію я зараз переживаю», звернути увагу на образи, які виникають [41].

Описана техніка є другим етапом у структурі моделі ненасильницького спілкування, запропонованого Маршалом Розенбергом у 60-х рр. минулого століття.

Не менш важливим способом самодопомоги є робота з тілом, турбота про здоров'я і здоровий спосіб життя, здоровий сон, правильне харчування, масаж, аромотерапія тощо.

Зцілення від травми ефективно відбувається, коли людина перебуває у групах підтримки, учасники якої готові ділитися власними історіями і ресурсами. Прикладом такої може бути група «12 кроків» або групи особистісного зростання. Важливо розуміти, що людина не самотня у своїх почуттях втрати, провини і сорому, тривоги або горя. Звернення до людей, які розуміють наслідки посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду дає не лише підтримку, а й новий погляд на життя.

Техніка «Час на переживання» (адаптовано з Велс & Сембі, 2004, оригінал належить Борковец, Вілкінсон, Фоленсбі та Лерманн, 1983) є потужним інструментом у роботі з хвилюваннями. Пропонуємо текст методики [18].

"Іноді у свідомості людей з'являються не картинки чи звуки, а слова та переживання. Але насправді це лише думка або проблема, яка вас турбує, яку ви намагаєтеся розв'язати. Деякі переживання ви можете подолати самотійно — наприклад, якщо посварилися з кимось, можна піти і вибачитися. Деякі хвилювання потребують залучення іншої людини, щоб щось зробити — наприклад, отримати дозвіл на постійне перебування в країні. І є також переживання, яким ви просто не владні дати раду. Іноді можна зайняти чимось голову, щоб відволіктися від них. Це корисно, тому що допомагає почуватися

краще. Але не завжди допомагає в довгостроковій перспективі. Насправді намагання ігнорувати переживання іноді може призвести до того, що їх стає все більше і більше. І вони, як відомо, забирають час та енергію, яку ми могли б використати на інші справи.

Тому сьогодні ми покажемо вам інструмент, який допоможе впоратися з хвилюваннями — він називається «час на переживання». І так само як ви щодня виділяєте час на школу чи їжу, ми хочемо, щоб ви приділяли 15 хвилин на день для переживань. Робіть це принаймні за годину до сну. Найкраще — щодня в один і той самий час, хоч це й не завжди можливо. Ви можете виділяти стільки часу, скільки вам потрібно, щоб здобути контроль над думкою, яка вас турбує. У цей спеціально виділений час можете хвилюватися скільки завгодно. АЛЕ не потрібно хвилюватися, якщо ви цього не хочете.

Ось як потрібно діяти. Якщо вам в голову приходить неприємна думка поза виділеним часом на переживання, просто зауважте, про що вона. Скажіть собі: «Я не збираюся зараз про це думати. Для цього в мене буде виділений час на переживання». Нехай ця думка сама розсіється, коли ви займетеся якимись своїми справами або почнете думати про щось інше. Просто поспостерігайте за своїми неспокійними думками та зрештою відпустіть їх. Уявіть, що ці думки — хмари, які плывуть високо над вами. Хай собі плывуть. Користі від них ніякої, тож дозвольте їм просто проплисти повз.

У свій час на переживання запишіть думки, які у вас виникають. Розсортуйте їх у різні групи - ті, з якими ви можете впоратися самостійно; ті, з якими потрібно залучати інших людей; і решта переживань. Потім подумайте, що ви можете зробити з кожною групою. Можливо, з деякими зможете впоратися самі, або ж попросите у когось допомоги.

Коли у вас в голові з'являється переживання, не забувайте просто казати собі: «Я не збираюся зараз з тобою розбиратися. Зустрінемося у визначений час на переживання». Тоді спостерігайте, як думка згасає, поки ви займаєтеся чимось іншим. Якщо використовувати такий підхід щоразу, коли переживання вриваються у ваші думки, згодом процес стане автоматичним, і переживання припинятимуться ще до того, як ви встигнете подумати про них".

Використовуючи наше дихання, ми можемо стати більш розслабленими і завдяки цьому знизити рівень тривоги. Нижче подається частина техніки м'язової релаксації [17].

«Покладіть руки на живіт. Повільно вдихніть через ніс, рахуючи до 4–5, потім повільно видихніть через рот (і так само повільно рахуйте до 4–5), примовляючи собі: «Розслабся». Повторіть чотири рази. Далі спочатку затисніть, а тоді розслабте один кулак, а потім другий. Рахуйте до 5, коли затискаєте, і до 5, коли розтискаєте.

Тоді зробіть те саме з ногами: спочатку напружте їх, рахуючи до 5, а потім розслабте, знову ж таки рахуючи до 5. Далі зробіть ще чотири вдихи через ніс і чотири видихи через рот, поклавши руки на живіт. Скажіть собі: «Розслабся», коли видихаєте. А тепер уявіть, що тримаєте в кулаці всю напругу або тривогу. Відпустіть їх, коли розслабляєте кулаки. Потім потрусіть ними, щоб позбутися останніх частинок напруги чи тривоги».

Описані вище дихальні техніки, техніки прогресивної м'язової релаксації, арттерапевтичні техніки, медитації, тимчасового відкладання допоможуть зберегти емоційну рівновагу, набути ресурсного стану і впоратися з опрацюванням травмівного досвіду.

## Висновки до третього розділу

Знання того, що хронічний дитячий стрес призводить до хронічних захворювань, ментальних труднощів у дорослому віці та проблем у стосунках, може сприяти зціленню. Як тільки людина зрозуміє, що причини її труднощів у дитинстві, вона нарешті зможе зробити науково обґрунтовані кроки, щоб позбутися впливу несприятливого дитячого досвіду. У людини завжди є вибір: або залишатися замкненим у минулому і розмірковувати про те, як усе могло скластися, або активно допомагати собі й оточенню проявляти стійкість та рухатися вперед до зростання і до трансформації.

Перед тим як застосовувати техніки самопомоги (зцілення), важливо провести психодіагностику, зокрема заповнити опитувальник про негативний дитячий досвід. Це можна зробити онлайн: <http://www.acestudy.org/survey>. Далі важливо відповісти на запитання опитувальника життестійкості. Він дає уявлення про особисту історію, підкреслюючи сильні сторони, позитивні аспекти дитячого досвіду, які є невіддільною частиною історії дитини. Важливо вираховувати бал життестійкості разом з балом НДД для того, щоб зрозуміти, що допомогло дитині протистояти негараздам. Для корекційної роботи важливо дізнатися, як ці фактори можуть додати більше життестійкості у доросле життя.

Можна відповіді прописати самостійно або звернутися до фахівця. Робота з фахівцем допомагає пережити «старе». Цей спогад об'єднується з позитивним досвідом, де психотерапевт або психолог налаштований на клієнта, приймає його таким, як він є, незалежно від його досвіду. Безумовне прийняття з боку терапевта перебудовує клієнта так, що у нього виникає повноцінне й здорове самоприйняття.

Психологічна допомога особам, які пережили травмівний досвід у дитинстві полягає, у першу чергу, у відпрацюванні спогадів про подію, яка обростає за роки новими інтерпретаціями та оцінками, вироблення і зміцнення навичок емоційної саморегуляції і зняття емоційного напруження, психологічної стійкості, психоедукація і навчіння новим копінг-стратегіям і соціальним навичкам які допоможуть гнучко реагувати на нові виклики.



Для роботи з інтрузивними спогадами психолог використовує цілу низку інструментів, залежно від виду інтрузії: «Метод Екрану», «Рамкування», «Зміна звуку», «Зміна запаху» та ін. Емоційне реагування клієнтом при повторному переживанні травматичного досвіду та звільнення від хворобливих симптомів відбувається з допомогою технік «Лист», «Телефонна розмова», «Повернення у часі», «Порожній стілець», EMDR, соматичне переживання, керовану візуалізацію та ін. Техніки майндфулнес, «Очищення розуму», м'язової релаксації, дихання, шкалювання емоцій допомагають упоратися з сильним хвилюванням під час сесії. Техніка «Сходишки долання страху» допомагає екологічно побороти страх.

Самодопомога теж можлива в роботі з травмивним досвідом. І розпочинати її потрібно з відновлення режиму дня, збалансованого розподілу часу, застосуванні фізичних вправ та навантажень, регулювання сну та опрацювання нічних кошмарів. Також самостійно можлива робота з інтрузивними спогадами, письмо для зцілення, малювання, тренування навичок емоційної саморегуляції з допомогою дихальних технік та м'язової релаксації, техніки «Час на переживання», медитації, технік майндфулнес, тренування соціальних навичок впевненості у собі, цілепокладання, управління собою в часі, управління поведінкою у конфлікті та ін .

Зцілення від травми ефективно відбувається, коли людина перебуває у групах підтримки, учасники якої готові ділитися власними історіями і ресурсами. Прикладом такої може бути група «12 кроків» або групи особистісного зростання. Важливо розуміти, що людина не самотня у своїх почуттях втрати, провини і сорому, тривоги або горя. Звернення до людей, які розуміють наслідки посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду дає не лише підтримку, а й новий погляд на життя.

## ВИСНОВКИ

У психології завжди були і залишаються актуальними питання про особистість, її складові, зокрема, про те якою вона себе уявляє, який її «Образ Я». Й одразу постають питання про те, як травмівний досвід дитинства впливає на «Образ Я», які можливості його змін та розвитку. Аналіз досліджень, присвячених зазначеній проблемі, показав, що травмівні події дитинства, особливо, якщо вони тривалі і спричинені дитині людьми, яким вона довіряла, негативно позначаються як на фізичному, так і на ментальному здоров'ї, позначаються на уявленнях про себе та самостваленні особистості, на оцінці себе, своїх стосунків з оточенням, що відображається в активності особистості, життєвих виборах, уміннях приймати рішення, життєстійкості. Сила впливу значною частиною залежить від того, чи була поруч з дитиною, хоч одна особа, яка адекватно підтримала її у складних ситуаціях чи позбавила від джерела насилля. Цей факт є безумовним джерелом життєстійкості дитини в минулому, який вона, вже будучи дорослою або екстрапулює у свій теперішній досвід, або ні. Принаймні на основі цих стосунків вона може вибудувати конструктивні відносини з світом.

Аналіз теоретичних концепцій феномену «Образ Я» дозволив виділити декілька його діагностичних критеріїв: травмівний досвід відображається на уявленнях особистості про себе та на соціальному Я (когнітивний і перцептивний критерії), на самооцінці і самостваленні (емоційно-оцінковий), на стратегіях життєстійкості (поведінковий критерій). Відповідно до критерії було підібрано діагностичний інструментарій.

Аналіз отриманих емпіричних результатів дозволив зробити наступні висновки. Найчастіше у сім'ях респондентів траплялось емоційне насилля. На другому місці – фізичне. Дещо менше – сексуальне. Опитуваним також доводилося ставати свідками насилля. Наявні і такі психотравмуючі чинники як адикції батьків, психічні розлади і кримінальна поведінка. Переважна частина опитуваних досліджуваної вибірки, постраждалих від насилля, проживає у місті.

17,64 % опитуваних (6 осіб) не відзначили жодного із видів насилля. 26,47% респондентів пережили принаймні одну з форм дитячих травм,

зазначених вище, до 18 років. 23,52 % зазнали три види негативного дитячого досвіду, а 32,35 % набрали в опитувальнику чотири і більше балів. Це доволі високий показник, вищий, ніж у дослідженнях зарубіжних науковців.

Респондентам з низьким індексом ННД притаманні високий і середній рівень рефлексивності, тобто, відповідаючи на запитання «Хто Я?», вони дали до 15 і всі 20 відповідей. Особам з високим індексом ННД, які мали численні, більше 4, ситуацій насилля, притаманний здебільшого середній рівень рефлексивності

Когнітивна складова «Образу Я» представлена уявленнями респондентів про себе як носіїв соціальних відносин. Критерієм його розвитку є диференціація уявлень про себе й ідентифікація із соціальним середовищем. Співвідношення соціальних ролей й індивідуальних характеристик є на користь перших і говорить про те, що респонденти приймають й усвідомлюють свою індивідуальність. В ідентифікаційних характеристиках кожного було представлено такі сфери життя, як сім'я (мати, дочка, онука, дружина, майбутня мама тощо), професійні і навчальні спільноти (педагог, психолог, військовий, студент), сфера інтимно-особистісних стосунків (кохана жінка, друг). Це свідчить про значущість приналежності до вказаних соціальних груп.

79,4% опитуваних дали пряме нейтральне позначення своєї статі. Наявність прямого позначення статі означає, що сфера психосексуальності в цілому і порівняння себе з іншими представниками такої ж статі приймається особистістю і є важливою темою самоусвідомлення. Непряме позначення статі виявляється в соціальних ролях, які індивід вважає своїми, або через закінчення слів. Троє респондентів, які зазнали три і більше різновидів насилля у віці до 18 р. дали непряме позначення, напр., «психологічно стійка», «наївна» (через закінчення), «військовий» (через соціальну роль).

Характеристики статевої ідентичності знаходяться на першому місці у більше половини респондентів (55,9%). Одна респондентка з високими балами НДД позначила на першому місці соціальну навичку - «психологічну стійкість». Інша респондентка з високим НДД, відповідаючи на запитання «Хто Я?», написала - «духовне сотворіння, яке переживає людський досвід». Один з

респондентів, який набрали максимальну кількість балів з НДД (6 з 10) не відповідав на запитання даного опитувальника, а інший з цієї ж вибірки не дав визначення статі. Можемо припустити або про низький рівень рефлексивності даних респондентів і відсутність цілісного уявлення про статево-рольову поведінку, або про застосування захисного механізму уникання, оскільки роздуми над даним запитанням викликають надто болісні травмівні спогади, з якими респонденти не готові зустрітись. Ще одним припущенням може бути не сформованість статевої ідентичності, криза ідентичності в цілому.

Щодо часових аспектів «Образу Я», то у відповідях переважали судження теперішнього часу, що свідчить про активність й усвідомленість дій респондентів. Є перспективні характеристики у осіб з високим індексом травмівного досвіду. Присутність цілей і життєвих перспектив є важливою характеристикою «Образу Я» і виконують цільову й екзистенційну роль.

Соціально-перцептивна складова «Образу Я» вивчалась шляхом вивчення відмінностей між судженнями про себе та уявленнями про судження інших про себе у системі відносин «Я–інший». Перша відмінність стосується кількості суджень. Їх удвічі менше, або ж вони відсутні взагалі (45,45 %). Судження також відрізняють емоційною забарвленістю. Якщо більшість тих, які стосувалися уявлень про себе мали нейтральне забарвлення, то уявлення про думки інших в осіб, які набрали більше як 4 бали опитувальника ННЖ, мають здебільшого негативне забарвлення.

На підставі оцінок респондентами суджень про себе (позитивних і негативних) ми визначили індекс **самоприйняття**. У респондентів із високим рівнем НДД індекс самоприйняття різний і коливається від 0 до 0,4. Дані опитувальника Дембо-Рубінштейн доповнили характеристики емоційно-ціннісного компонента «Образу Я». Так, у більшості респондентів опитуваної вибірки виявлено високий рівень самооцінки (58,8 %). Серед них надто високий рівень виявлено у 17,6 %. У респондентів з високим рівнем ННД виявлено середній рівень самооцінки (54,54%) і високий рівень (45.45%).

Нас цікавило запитання, що допомогло респондентам долати травмівні ситуації і відносити самооцінку й самоповагу. Опитувальник життєстійкості

показав, що 26,47 % мають відмінні показники життєстійкості. 44,1 % мають добрі показники, в межах 49-62 бали з 70. 29,4 % мають низькі показники життєстійкості. Специфіка даного опитувальника полягає у тому, що коефіцієнт життєстійкості вираховується не від наявних показників соціальних компетенцій особи, розвитку її умінь емоційної саморегуляції тощо, а від показників наявності осіб і ситуацій піклування і прийняття у її дитинстві. Порівняльний аналіз даних показує, що опитувані, які набрали 4 і більше балів з НДД, мають в основному коефіцієнт життєстійкості «задовільний» (66,7%) і 33,3% - «добрий». Зі збільшенням показника негативного дитячого досвіду показники життєстійкості особистості зменшуються. Однак є окремі випадки, коли опитувані з високими показниками НДД мали все ж у своєму середовищі осіб, які надавали ї підтримку у подоланні травмівних ситуацій.

Дослідження рівня самоповаги показало, що надмірно високий рівень самоповаги притаманний 17,6 % вибірки. Середній рівень виявлено у 44,1 %. Опитувані зберігають повагу до себе при невдачах, але схильні іноді звинувачувати себе у помилка. У результаті така поведінка не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо і швидко зреагувати і проявити гнучкість. Низький рівень самоповаги виявлено лише в однієї особи, яка зазнала в дитинстві травмівного досвіду і серед близьких родичів якої були такі, що мали психічні розлади.

На основі теоретичного аналізу й результатів проведеного емпіричного дослідження ми обґрунтували методи і прийоми професійної психологічної допомоги та самопомоги у зціленні від посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду. Психологічна допомога особам, які пережили травмівний досвід у дитинстві, полягає, у першу чергу, у відпрацюванні спогадів про подію, яка обростає за роки новими інтерпретаціями та оцінками, вироблення і зміцнення навичок емоційної саморегуляції і зняття емоційного напруження, психологічної стійкості, психоедукація і наочіння новим копінг-стратегіям і соціальним навичкам які допоможуть гнучко реагувати на нові виклики.

Для роботи з інтрузивними спогадами психолог використовує цілу низку інструментів, залежно від виду інтрузії: «Метод Екрану», «Рамкування», «Зміна звуку», «Зміна запаху» та ін. Емоційне реагування клієнтом при повторному переживанні травматичного досвіду та звільнення від хворобливих симптомів відбувається з допомогою технік «Лист», «Телефонна розмова», «Повернення у часі», «Порожній стілець», EMDR, соматичне переживання, керовану візуалізацію та ін. Техніки майндфулнес, «Очищення розуму», м'язової релаксації, дихання, шкалювання емоцій допомагають упоратися з сильним хвилюванням під час сесії. Техніка «Сходінки долання страху» допомагає екологічно побороти страх.

Самодопомога теж можлива в роботі з травмивним досвідом. І розпочинати її потрібно з відновлення режиму дня, збалансованого розподілу часу, застосуванні фізичних вправ та навантажень, регулювання сну та опрацювання нічних кошмарів. Також самостійно можлива робота з інтрузивними спогадами, письмо для зцілення, малювання, тренування навичок емоційної саморегуляції з допомогою дихальних технік та м'язової релаксації, техніки «Час на переживання», медитації, технік майндфулнес, тренування соціальних навичок впевненості у собі, цілепокладання, управління собою в часі, управління поведінкою у конфлікті та ін. У додатку представлено вправи наративної психології, які застосовують у кризовому консультуванні.

Зцілення від травми ефективно відбувається, коли людина перебуває у групах підтримки, учасники якої готові ділитися власними історіями і ресурсами. Прикладом такої може бути група «12 кроків» або групи особистісного зростання. Важливо розуміти, що людина не самотня у своїх почуттях втрати, провини і сорому, тривоги або горя. Звернення до людей, які розуміють наслідки посттравматичного синдрому негативного дитячого досвіду дає не лише підтримку, а й новий погляд на життя.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії / наук. ред.: В. Горбунова, В. Климчук. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
2. Вереїна Л.В. Досвід формування позитивної емоційної орієнтації Я-образу. Проблеми загальної та педагогічної психології. Зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. 2002. Т. IV ч. 3. С. 34-38.
3. Вивчення особистості підлітка. За ред М.Т.Дригус. К.: Інститут психології АПН України, 1994. 128 с.
4. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч.посібник. К.: ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.
6. Грись А.М. Адаптивні функції образу Я неповнолітніх. *Проблеми загальної та педагогічної психології*, 2011.
7. Грись А.М. Особливості функціонування «Образу Я» в результаті переживання психологічної травми. *Проблеми загальної та педагогічної психології*: [зб. наук. праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПН України/за ред. СД Максименка]. Т. XVI. Режим доступу: <https://core.ac.uk/download/pdf/19596323.pdf>
8. Журжу Т. С. Особливості та психокорекція образу "Я" у підлітків з девіантною поведінкою. Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти. Харків., 2009. 23 с.
9. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
10. Кацєро А.О. Особливості образу Я у бездоглядних підлітків: автореф дис... канд. психол. наук за спеціальністю 19.00.01. Київ., 2005. 19 с.

- 11.Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
- 12.Кризова психологія : навчальний посібник. За заг. ред. О.В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с
- 13.Наказава Д.Д. Уламки дитячих травм. Чому ми хворіємо і як це припинити. К.: Форс Україна, 2022. 384 с.
- 14.Охорона психічного здоров'я в умовах війни. Пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова та ін. К.: Наш формат, 2017. 1068 с.
- 15.Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія. К.: Академвидав. 2020.
- 16.Процак А.-М.В., Федоришин Г.М. Вплив дитячої травми на «Образ Я» в ранньому дорослому віці. *Збірник тез III Міжнародної науково-практичної конференції «Особистість у кризових умовах сучасності: психологічні виклики»* (03 березня 2023 р., м. Івано-Франківськ) / За наук. ред. проф. Л. С. Пілецької, проф. І. М. Гояна, проф. Н.Є.Завацької, доц. О. М. Чуйко. м. Івано-Франківськ, 2023. С.290-295. URL: <https://ksp.pnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/68/2023/07/zbirnyk-tez-konferentsii-2023.docx-2.pdf>
- 17.Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник. Упор. Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
- 18.Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. Упор З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ «Видавництво «Логос». 2015р. 207 с.
- 19.Психологічна енциклопедія. Автор-упорядник О. М. Степанов. К.: «Академвидав», 2023. 424 с.
- 20.Психологія особистості: словник-довідник. За ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. К.: Рута, 2021. 320 с.
- 21.Рибак Р.Р., Федоришин Г.М. Особливості розвитку емоційного інтелекту у підлітків. *Збірник тез III Міжнародної науково-практичної конференції*



*«Особистість у кризових умовах сучасності: психологічні виклики» (03 березня 2023 р., м. Івано-Франківськ) / За наук. ред. проф. Л. С. Пілецької, проф. І. М. Гояна, проф. Н.Є.Завацької, доц. О. М. Чуйко. м. Івано-Франківськ, 2023. С.296-300. URL: <https://ksp.pnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/68/2023/07/zbirnyk-tez-konferentsii-2023.docx-2.pdf>*

- 22.Сандал О. Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Випуск 2. 2021. С 49-62.*
- 23.Сміт П., Дирегров А., Юле В. Діти і війна. Навчання технік зцілення. Львів. 2022. 198 с.
- 24.Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ.навч. закл. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
- 25.Титаренко Т.М. Психологічне здоров’я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
- 26.Федоришин Г. М., Стефурак Ю.Р. Психологічна стійкість як предмет психологічного аналізу. *Збірник тез III Міжнародної науково-практичної конференції «Особистість у кризових умовах сучасності: психологічні виклики» (03 березня 2023 р., м. Івано-Франківськ) / За наук. ред. проф. Л. С. Пілецької, проф. І. М. Гояна, проф. Н.Є.Завацької, доц. О. М. Чуйко. м. Івано-Франківськ, 2023. С.353-359. URL: <https://ksp.pnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/68/2023/07/zbirnyk-tez-konferentsii-2023.docx-2.pdf>*
- 27.Федоришин Г. Психологічні проблеми сімейного виховання. Івано-Франківськ, 2013. 213 с.
- 28.Христюк О. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ, 2’2017. С. 183-197.*

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. – Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
30. Bradley B., Davis T.A., Wingo A.P. et al/ Family Environment and Adult Resilience: Contributions of Positive Parenting and the Oxytocin Receptor Gene. *European Journal of Psychotraumatology*. (September 18, 2013), 4.
31. Brown D.W., Anda R.F. et al., «Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine* 37, no. 5. November 2009. P. 289-96.
32. Center on the Developing Child. Harvard University. Key Concepts: Toxic Stress. <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/toxic-stress/>
33. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J. et al. «Growing Up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction» *Child abuse and neglect* 25, no. 12. December 2001. P. 1627-40.
34. Felitti V.J. and Anda R.F. «The relationship of Adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare» in *The Effect of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*, edited by R.Lanius, E.Vermetten, C.Pain. New York: Cambridge University Press. 2010. P.77.
35. Kaliman P., Alvarez-Lopez N., Cosin-Tomas M. Rapid changes in histone deacetylases and inflammatory gene expression in expert meditators. *Psychoneuroendocrinology* 40 (February 2014). P.96-107.
36. Kam-Hansen S. Jakubowski V. Kelley J. et al. Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks. *Science translational medicine* 6, no.218 (January 8,2014), 218ra5
37. Kerr C.E., Sacchet M.D., Lazar S.W. Mindfulness starts with the body:somatosensory attention and top-down modulation of cortical alpha rhythms in mindfulness meditation. *Frontiers in Human Neuroscience* 7 (February 13, 2013), 12.
38. Levin P., Klain M. *Trauma-Proofing Your Kids: A Parents` Guide for Instilling Confidence, Joy and Resilience*. Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2014

39. Pascual-Leone A., Nguyet D., Cohen G. and al. Modification of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. *Journal of Neurophysiology* 74, no. 3 (September 1995), 1937-45.
40. Pennebaker J.W., Kiecolt-Glaser, Glaser R. Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, no. 2 (April 1988). P. 239-245.
41. Sigel B. *The art of Healing: Uncovering your inner wisdom and potential for self-healing*. Novato, CA: New World Library, 2013
42. Shiller D., Monfils M.H., Raio M., et al., Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature*, 463, no.7277 (January 7, 2010), P.49-53
43. Smyth J.M., Hockemeyer J.R., Heron K.E. et al. Prevalence, type, disclosure and severity of adverse life events in college students. *Journal of the American College of Health*. 57, no. 1 (July-August 2008), P. 69-76.
44. Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *Journal of clinical psychology* 58, no. 1(January 2002). P. 61-75.
45. Russell D.E.H. *The Secret Trauma*. New York: Basic Books, 1986
46. Walsh N.D., Dalgleish, M.V.Lombardo, et al. General and specific effects of early life psychosocial adversities on adolescent grey matter volume. *Neuroimage: clinical* 4 (2014). P.308-318.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### **Опитувальник негативного дитячого досвіду (автори V.Felitti, R.Anda)**

1. Чи бувало таке, що хтось з батьків або інших дорослих удома часто або дуже часто сварився на вас, ображав, осуджував чи принижував? Можливо, поведився так, що ви починали боятися фізичного болю?

2. Чи бувало таке, що хтось з батьків або інших дорослих удома часто або дуже часто штовхав вас, хапав, бив або кидав щось у вас? Можливо, вдаряв так сильно, що залишався слід чи ушкодження?

3. Чи бувало таке, що дорослий або людина, яка була старша за вас щонайменше на п'ять років, колись пестила вас або торкалася свого тіла із сексуальними натяками? Можливо, намагалася доторкнутися до вас чи доторкнулася неприпустимим чином, або ж сексуально домагалася вас?

4. Чи відчували ви часто або дуже часто, що ніхто в сім'ї не любить вас або не вважає важливим і особливим? Або ж ви відчували, що члени вашої родини не дбають та не підтримують одне одного, в родині відсутня близькість?

5. Чи відчували ви часто або дуже часто, що у вас недостатньо їжі, вам доводиться носити брудний одяг, ніхто не може захистити вас? Чи бувало таке, що ваші батьки перебували у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння й не могли подбати про вас або відвести до лікаря, коли вам це було потрібно?

6. Чи втрачали ви когось з біологічних батьків через розлучення, відмову або з інших причин?

7. Чи бувало таке, що вашу біологічну або названу матір часто чи дуже часто штовхали, хапали, били або кидали щось у неї? Чи бувало таке, що її іноді, часто або дуже часто вдаряли, кусали, били кулаком чи вдаряли чимось важким? Або постійно били протягом кількох хвилин, чи загрожували вогнепальною або холодною зброєю?

8. Чи ви жили колись з людиною, яка мала проблеми з алкоголем або вживала наркотики, купуючи їх на вулиці? 9. Чи перебував хтось з вашої родини у депресії, можливо, мав психічну хворобу або вчинив самогубство?

10. Чи перебував хтось з вашої родини у в'язниці?

**Опитувальник життєстійкості [33]**

1. Вважаю, що моя мама любила мене, коли я був/ла маленьким/ою
2. Вважаю, що мій батько любив мене, коли я був/ла маленьким/ою
3. Коли я був/ла маленьким/ою, інші люди допомагали моїм батькам піклуватися про мене, і складалося враження, що вони мене люблять
4. Я чув/ла, що коли був/ла немовлям, хтось у моїй родині любив гратися зі мною, і мені це теж подобалося
5. Коли я був/ла дитиною, у моїй сім'ї були родичі, які допомагали мені почуватися ліпше, якщо мені було сумно або тривожно
6. Коли був/ла дитиною, у мене було враження, що я подобався/лася сусідам або батькам моїх друзів
7. Коли я був/ла дитиною, вчителі, тренери, лідери молоді або священники допомагали мені.
8. Хтось у моїй родині цікавився моєю успішністю в школі
9. Моя сім'я, сусіди та друзі часто говорили про те, як зробити наше життя кращим.
10. У нашому домі були правила, і ми мусили їх дотримуватися
11. Коли мені було дуже погано, я майже завжди міг/могла знайти людину, з якою можу поділитися.
12. Коли я був/ла юним/ою, люди помічали, що я можу досягати поставлених цілей.
13. Я був/ла незалежним/ою і цілеспрямованим/ою
14. На мою думку, життя таке, яким ти робиш його сам.

**Медитативна техніка «Безпечне місце»**

«Зробіть кілька глибоких рівномірних вдихів. Заплющте очі, продовжуйте спокійно дихати. Подумайте про своє безпечне місце й уявіть, що ви стоїте або сидите там. Бачите себе? У своїй уяві роззирніться навколо. Що є поблизу? Подивіться на предмети, які там є, і гляньте, з чого вони зроблені, якого кольору та форми. Уявіть, що простягаєте руку й торкаєтеся їх. Які вони на дотик? Тепер ще раз роздивіться навкруги, тільки на відстані. Що бачите? Подивіться на різні кольори, форми та тіні. Це ваше безпечне місце, і ви можете уявити будь-що. Коли ви там, ви відчуваєтеся спокійно й умиростворено. Уявіть свої босі ноги на землі. Які відчуття у вас виникають? Крокуйте повільно, помічаючи різні речі. Подумайте, якими вони можуть бути на дотик. Що ви чуєте? Можливо, ніжні звуки вітру, цвірінькання пташок чи шур-хотіння природи навколо вас. А може, ви відчуваєте теплі сонячні промені на своєму обличчі? А запах який? Може, щось у повітрі чи запах квітів, або ж аромат вашої улюбленої їжі? У своєму безпечному місці ви можете бачити речі, яких потребуєте, й уявляти, як торкаєтеся чи нюхаєте їх, чуєте приємні звуки. Ви відчуваєте себе спокійними та щасливими.

Заирніть у свою уяву ще раз. Добре заирніть. Пам'ятайте, що це ваше безпечне місце. Воно завжди буде там. Ви завжди можете уявити себе у цьому місці, коли прагнете спокою, впевненості та щастя. Тепер приготуйтеся відкрити очі й покинути своє безпечне місце. Ви можете повернутися у будь-який момент. Коли ви відкриваєте очі, відчуваєте себе ще більш спокійними та щасливими».