

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ І СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КРУГОЛЬКОВА ІРИНА ОЛЕКСІЇВНА

Допускається до захисту:
в.о. завідувача кафедри
загальної та соціальної
психології

к. психол. наук, доцент

Н.Д. Корольова

«__» _____ 2026 р.

**ВПЛИВ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ
АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ**

Спеціальності 053 Психологія
Кваліфікаційна (бакалаврська) робота

Науковий керівник:

Соловей-Лагода О.А.,

к. психол. наук, доцент,

доцент кафедри кризової

та клінічної психології

Оцінка: ____ / ____ / ____

(бали за шкалою

ЄКТС/ за національною шкалою)

Голова ЕК: _____

(підпис)

Вінниця-2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ.....	8
1.1. Поняття дитячої травми в сучасній психологічній науці.....	8
1.2. Основні види дитячої травматизації та їх психологічні наслідки.....	13
1.3. Адиктивна поведінка як психологічний феномен: зміст, ознаки та чинники формування.....	18
1.4. Психологічні механізми зв'язку дитячої травми й адиктивної поведінки в дорослому віці.....	22
Висновки до розділу 1.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ.....	27
2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору психодіагностичних методик.....	27
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	33
2.3. Психологічні особливості взаємозв'язку показників дитячої травми та схильності до адиктивної поведінки у дорослих.....	54
Висновки до розділу 2.....	59
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ НАСЛІДКІВ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ У ДОРОСЛИХ ІЗ РИЗИКОМ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	61
3.1. Теоретичні засади психологічної профілактики адиктивної поведінки у дорослих із досвідом дитячої травматизації.....	61
3.2. Можливості психологічного консультування та психокорекції осіб із дитячою травмою й адиктивними проявами.....	64
3.3. Практичні рекомендації щодо профілактики та зниження ризику адиктивної поведінки в дорослому віці.....	69
Висновки до розділу 3.....	74
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасній психологічній науці проблема дитячої травми посідає важливе місце, оскільки психотравмувальний досвід, пережитий у ранньому віці, не зникає безслідно, а може впливати на особистісний розвиток людини впродовж усього життя. Особливої уваги ця проблема набуває у зв'язку з тим, що наслідки дитячої травматизації часто виявляються не лише в емоційній нестабільності, тривожності, труднощах самоприйняття чи міжособистісної взаємодії, а й у формуванні дезадаптивних способів подолання внутрішнього напруження. Одним із таких способів може ставати адиктивна поведінка.

Адиктивна поведінка в дорослому віці є складним психологічним явищем, яке формується під впливом багатьох чинників – біологічних, соціальних, сімейних та особистісних. Водночас дедалі більше уваги у психологічних дослідженнях приділяється саме ранньому травматичному досвіду як передумові виникнення залежних форм поведінки. Пережиті в дитинстві емоційне відкидання, нехтування потребами, психологічне насильство, нестача безпеки, підтримки та стабільної прив'язаності можуть зумовлювати формування стійких негативних уявлень про себе і світ, порушення самооцінки, труднощі емоційної саморегуляції, а в подальшому – пошук компенсаторних форм поведінки, які тимчасово знижують внутрішню напругу, але водночас закріплюють дезадаптацію.

Актуальність теми посилюється ще й тим, що в сучасних умовах соціальної нестабільності, тривалого стресу, невизначеності та психологічного виснаження питання внутрішніх ресурсів особистості, її вразливості до деструктивних способів подолання напруження набуває особливого значення. Саме тому дослідження впливу дитячої травми на формування адиктивної поведінки в дорослому віці є важливим як у теоретичному, так і в практичному аспектах.

Науковий інтерес до цієї теми зумовлений також потребою глибше зрозуміти механізми, через які травматичний досвід дитинства пов'язується з подальшими порушеннями у сфері самосприйняття, емоційного реагування та поведінкової саморегуляції. Незважаючи на наявність досліджень, присвячених дитячій травмі та адиктивній поведінці окремо, питання їх взаємозв'язку, зокрема через ранні дезадаптивні схеми та особливості самооцінки, потребує подальшого емпіричного вивчення. Це і зумовило вибір теми кваліфікаційної роботи.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні впливу дитячої психологічної травми на формування адиктивної поведінки в дорослому віці.

Відповідно до поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати основні підходи до розуміння дитячої травми в сучасній психологічній науці.
2. Охарактеризувати основні види дитячої травматизації та їх психологічні наслідки.
3. Розкрити зміст адиктивної поведінки як психологічного феномену, визначити її основні ознаки та чинники формування.
4. Висвітлити психологічні механізми зв'язку дитячої травми й адиктивної поведінки в дорослому віці.
5. Обґрунтувати вибір психодіагностичного інструментарію та організувати емпіричне дослідження.
6. Виявити особливості взаємозв'язку між показниками дитячої травми, ранніх дезадаптивних схем, самооцінки та схильності до адиктивної поведінки.
7. Розробити практичні рекомендації щодо психологічної профілактики та корекції наслідків дитячої травми у дорослих із ризиком адиктивної поведінки.

Об'єктом дослідження є адиктивна поведінка в дорослому віці.

Предметом дослідження є вплив дитячої психологічної травми на формування адиктивної поведінки в дорослому віці.

Для реалізації мети й завдань дослідження було використано комплекс теоретичних, емпіричних і статистичних **методів**.

До **теоретичних методів** належать аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизація наукових підходів до вивчення дитячої травми, адиктивної поведінки, самооцінки та ранніх дезадаптивних схем. Їх застосування дало змогу уточнити поняттєвий апарат дослідження, визначити логіку роботи та обґрунтувати добір психодіагностичного інструментарію.

Емпіричну частину дослідження реалізовано за допомогою психодіагностичних методик. Для виявлення глибинних когнітивно-емоційних структур, сформованих під впливом травматичного дитячого досвіду, використано опитувальник ранніх дезадаптивних схем YSQ–L3 Д. Янга. Для оцінки рівня глобальної самооцінки особистості застосовано шкалу самооцінки Розенберга. З метою виявлення типу та інтенсивності адиктивних тенденцій використано методику діагностики схильності до залежностей Г. Лозової. Для уточнення показників самосприйняття застосовано опитувальник самооцінки в українській адаптації. Для оцінки вираженості ризикованих і залежних форм поведінки використано опитувальник адиктивної поведінки в українській адаптації.

Для математичної обробки емпіричних даних використано методи описової статистики, зокрема обчислення середнього значення, відсоткового розподілу та стандартного відхилення, а також критерій Шапіро–Вілکا для перевірки нормальності розподілу показників і коефіцієнт рангової кореляції Спірмена для виявлення взаємозв'язків між змінними.

Для порівняння показників у групах з різним рівнем адиктивності застосовано U-критерій Манна–Вітні, а для аналізу розподілу респондентів за рівнями тривоги та самооцінки використано таблиці спряженості.

Базою дослідження виступив Навчально-науковий інститут психології Донецького національного університету імені Василя Стуса. Інститут є сучасним освітньо-науковим осередком підготовки фахівців у галузі психології та створює належні умови для поєднання теоретичної підготовки з практичною

та дослідницькою діяльністю. Як база практики, він забезпечує можливість залучення здобувачів вищої освіти до виконання емпіричних досліджень, аналізу психологічних явищ та набуття досвіду роботи з психодіагностичним інструментарієм.

Вибірку дослідження становили 40 респондентів віком від 18 до 23 років, які навчаються за різними спеціальностями. Такий віковий діапазон є доцільним для вивчення заявленої проблеми, оскільки саме у ранній дорослості вже достатньо чітко виявляються наслідки дитячого досвіду, особливості самооцінки, емоційного реагування та схильність до певних поведінкових патернів, у тому числі адиктивних.

Процедура проведення дослідження здійснювалася в онлайн-форматі з використанням Google Forms. Учасників було ознайомлено з принципами добровільності участі, анонімності та конфіденційності. Середній час проходження комплексу методик становив близько 20–25 хвилин. Отримані емпіричні дані було збережено в електронному форматі для подальшої статистичної обробки та інтерпретації.

Теоретичне значення дослідження полягає в поглибленні наукових уявлень про психологічний зв'язок між дитячою травмою та формуванням адиктивної поведінки в дорослому віці. У роботі узагальнюються сучасні підходи до вивчення дитячої травматизації, уточнюється її роль у розвитку дезадаптивних особистісних утворень, зокрема ранніх дезадаптивних схем і порушень самооцінки, а також розкривається їхнє значення у становленні залежних форм поведінки. Результати дослідження можуть бути корисними для подальших наукових пошуків у галузі психології особистості, консультативної психології та психології залежної поведінки.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути використані у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, фахівців освітньої сфери та інших спеціалістів, які працюють із дорослими особами, схильними до різних форм адиктивної поведінки. Отримані дані дозволяють глибше зрозуміти, яким чином

травматичний дитячий досвід впливає на внутрішній стан особистості та її поведінкові реакції в дорослому житті.

Практична цінність роботи полягає також у можливості використання її результатів для розроблення профілактичних і психокорекційних програм, спрямованих на зниження ризику адиктивної поведінки, підвищення рівня самооцінки, формування більш адаптивних способів емоційної саморегуляції та подолання наслідків дитячої травматизації. Крім того, результати дослідження можуть бути корисними для інформування батьків, педагогів і фахівців про віддалені психологічні наслідки дитячої травми та значення безпечного емоційного середовища для гармонійного розвитку особистості.

Структура кваліфікаційної роботи зумовлена логікою дослідження, його метою та завданнями. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРΟΣЛОМУ ВІСІ

1.1. Поняття дитячої травми в сучасній психологічній науці

У сучасній психологічній науці поняття дитячої травми розглядається як багатовимірне й таке, що не зводиться лише до реакції дитини на окрему надзвичайну подію [3, с. 118]. Сьогодні воно охоплює як гострі психотравмувальні ситуації, так і тривалий несприятливий досвід, пов'язаний із насильством, емоційним відкиданням, нехтуванням потребами, сімейною дисфункцією, втратою відчуття безпеки та порушенням базових стосунків із дорослими. Саме тому в новітніх дослідженнях дитячу травму дедалі частіше тлумачать не тільки як факт переживання загрозової події, а і як порушення нормального психічного розвитку внаслідок систематичного або повторюваного стресу в дитячому віці [21, с. 403–418; 35, с. 711–720]. Таке розуміння поступово сформувалося на перетині клінічної психології, психології розвитку, теорії прив'язаності та досліджень несприятливого дитячого досвіду.

Важливим для сучасного визначення дитячої травми є акцент на суб'єктивному переживанні дитиною загрози. За матеріалами Управління з питань психічного здоров'я і вживання психоактивних речовин США, травматичний стрес виникає тоді, коли дитина переживає або спостерігає подію, що сприймається нею як інтенсивна загроза [40; 41]. Водночас Всесвітня організація охорони здоров'я в межах підходу до несприятливого дитячого досвіду відносить до таких переживань не лише пряме насильство чи занедбання, а й насильство між батьками або опікунами, сімейну дисфункцію, зловживання алкоголем чи іншими речовинами в родині, а також насильство в найближчому соціальному середовищі. Отже, дитяча травма у сучасному

розумінні охоплює як події безпосередньої загрози, так і хронічні умови, у яких дитина втрачає відчуття захищеності, підтримки й передбачуваності.

У науковій літературі істотне значення має підхід, що сформувався в дослідженнях несприятливого дитячого досвіду. У межах цього підходу травматичними визнаються ті дитячі переживання, які є сильними та поширеними джерелами стресу в ранньому віці і здатні мати довготривалі наслідки для психічного та фізичного благополуччя людини. Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що значний і тривалий стрес у дитинстві може порушувати ранній розвиток мозку, впливати на функціонування нервової та імунної систем і надалі бути пов'язаним із ризикованими формами поведінки та порушеннями здоров'я. Таким чином, дитяча травма в межах цього підходу розуміється не як ізольований епізод минулого, а як чинник, що здатний визначати напрям подальшого розвитку особистості.

Інший важливий напрям сучасного осмислення цієї проблеми пов'язаний із концепцією травми розвитку. У відповідних працях Джуліана Форда, Бессел ван дер Колка, Джозефа Спінаццоли та інших дослідників наголошується, що для дитячого віку особливо значущими є не разові, а множинні, кумулятивні, переважно міжособистісні травматичні впливи. У наукових оглядах травма розвитку описується як переживання кількох повторюваних травматичних подій у дитинстві, що спричиняють порушення емоційної, поведінкової, когнітивної та міжособистісної сфер [1]. Саме цей підхід став важливим доповненням до вузького розуміння травми лише в межах посттравматичного стресового розладу, оскільки дитячий травматичний досвід часто має тривалий, вбудований у повсякденне життя характер і прямо впливає на саморегуляцію та формування особистості.

Вагомий внесок у пояснення сутності дитячої травми зробила теорія прив'язаності, започаткована Джоном Боулбі та розвинена Мері Ейнсворт і їхніми послідовниками. У межах цього підходу центрального значення набуває не тільки сама подія, а й характер ранніх стосунків дитини з фігурами

підкування. Сучасні огляди підкреслюють, що патерни прив'язаності значною мірою визначаються якістю догляду, а рання травма, жорстоке поводження й занедбання істотно ускладнюють формування безпечної прив'язаності. Діти, які зазнали жорстокого поводження або занедбання, частіше демонструють небезпечну або дезорганізовану прив'язаність, що в подальшому пов'язується з труднощами довіри, емоційної регуляції, самооцінки та побудови близьких стосунків. Отже, в сучасній психології дитяча травма дедалі частіше розуміється як досвід, що порушує не лише почуття безпеки, а й саму систему ранніх стосунків, на якій ґрунтується психічний розвиток.

Сучасні нейропсихологічні та психобіологічні дослідження доповнюють це розуміння, показуючи, що дитяча травма пов'язана з довготривалими змінами в механізмах стресової відповіді, емоційної регуляції та розвитку мозкових структур, чутливих до досвіду раннього середовища. У підсумкових матеріалах Національної академії медицини США наголошується, що жорстоке поводження й занедбання змінюють перебіг біологічного, когнітивного, психосоціального та поведінкового розвитку, а час виникнення, тривалість і тяжкість травматичного досвіду мають принципове значення для наслідків. Мартін Тайхер і Джеклін Семсон у своїх оглядах також підкреслюють стійкі нейробиологічні ефекти насильства й занедбання в дитинстві. У цьому контексті дитяча травма постає як такий досвід, що буквально «вбудовується» в розвиток і проявляється не лише на рівні спогадів, а й у способах реагування, самоконтролю та пристосування до світу [37, с. 241–266].

Не менш важливо, що сучасна наука розглядає дитячу травму як чинник широкого спектра психологічних порушень, а не тільки як передумову тривожних чи посттравматичних симптомів. Кеті Маклафлін у науковому огляді показує, що дитяча травма є фактором ризику для багатьох форм психопатології, зокрема для тривожних і депресивних розладів [18, с. 220]. У науково-практичних оглядах Національного центру біотехнологічної інформації США також зазначено, що несприятливий дитячий досвід асоціюється зі зростанням ризику вживання алкоголю та наркотичних речовин,

самоушкоджувальної поведінки, міжособистісного насильства та інших деструктивних форм реагування. Це дає підстави розглядати дитячу травму як один із базових чинників психологічної вразливості, що може в подальшому опосередковано або безпосередньо сприяти формуванню адиктивної поведінки.

Для психології особистості важливим є й те, що дитяча травма впливає на внутрішні уявлення людини про себе та інших [8, с. 52]. У схемоорієнтованому підході Джеффри Янга ранні дезадаптивні схеми розглядаються як хронічні дисфункційні переконання про себе та стосунки з іншими, що формуються на ґрунті несприятливого дитячого досвіду та незадоволених базових емоційних потреб[43]. Така оптика є особливо цінною для психологічних досліджень, оскільки дозволяє побачити, яким чином дитяча травма закріплюється не тільки у формі емоційних реакцій, а й у вигляді стійких когнітивно-емоційних структур, що надалі можуть визначати поведінку дорослої людини. Саме тому в сучасній психологічній науці поняття дитячої травми дедалі частіше пов'язують із глибинними змінами самосприйняття, довіри, прив'язаності, переживання власної цінності та способів подолання напруження.

Отже, сучасне розуміння дитячої травми є значно ширшим за трактування її як окремої болісної події [9, с. 69]. На підставі проаналізованих підходів дитячу травму доцільно визначати як психотравмувальний досвід, пережитий у дитячому віці, який виникає внаслідок гострих або хронічних загроз, насильства, занедбання, емоційного відкидання чи порушення безпечної прив'язаності та спричиняє довготривалі зміни в емоційній регуляції, самосприйнятті, міжособистісних стосунках і поведінкових стратегіях особистості [12, с. 210]. Саме таке комплексне розуміння є найбільш продуктивним для подальшого аналізу того, як дитячий травматичний досвід може бути пов'язаний із формуванням адиктивної поведінки в дорослому віці. Основні підходи до розуміння дитячої травми в сучасній психологічній науці узагальнено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1. – Основні підходи до розуміння дитячої травми в сучасній психологічній науці

Підхід	Представники	Як тлумачиться дитяча травма	Значення для психологічного аналізу
Подієвий	сучасні дослідження травматичного стресу	як реакція на подію, що переживається дитиною як інтенсивна загроза	дає змогу врахувати суб'єктивне переживання небезпеки
Підхід несприятливого дитячого досвіду	дослідники громадського здоров'я, Всесвітня організація охорони здоров'я	як сукупність сильних і частих джерел стресу в дитинстві, зокрема насильства, занедбання та сімейної дисфункції	дозволяє аналізувати віддалені наслідки дитячого досвіду для психічного й поведінкового здоров'я
Підхід травми розвитку	Джуліан Форд, Бессел ван дер Колк, Джозеф Спінаццола	як множинний, повторюваний, переважно міжособистісний травматичний досвід, що порушує розвиток	підкреслює кумулятивний характер дитячої травми та її вплив на саморегуляцію
Теорія прив'язаності	Джон Боулбі, Мері Ейнсворт та послідовники	як досвід, що руйнує безпечну прив'язаність і базову довіру до дорослого	пояснює, як травма впливає на стосунки, самооцінку та емоційну стабільність
Схемоорієнтований підхід	Джеффри Янг	як джерело ранніх дезадаптивних схем, що формуються через незадоволені емоційні потреби	дозволяє простежити зв'язок між дитячим досвідом і стійкими дезадаптивними патернами дорослої особистості

Джерело: узагальнено за матеріалами Всесвітньої організації охорони здоров'я, Національного центру біотехнологічної інформації США та сучасних наукових оглядів.

Подана таблиця узагальнює основні наукові підходи до розуміння дитячої травми та показує, що в сучасній психології це явище трактується значно ширше, ніж просто реакція на окрему болісну подію. Подієвий підхід зосереджується насамперед на переживанні інтенсивної загрози, тоді як підхід несприятливого дитячого досвіду розглядає травму як сукупність тривалих і повторюваних стресових обставин у житті дитини. Підхід травми розвитку акцентує увагу на тому, що багаторазовий міжособистісний травматичний досвід може порушувати сам хід психічного розвитку, а теорія прив'язаності пояснює, як травматизація впливає на формування базової довіри, емоційної стабільності та здатності до близьких стосунків. Схемоорієнтований підхід, своєю чергою, дає змогу зрозуміти, яким чином несприятливий дитячий досвід закріплюється у вигляді стійких дезадаптивних уявлень про себе й інших. Отже, таблиця демонструє, що різні підходи не суперечать один одному, а взаємно доповнюються. У сукупності вони дозволяють розглядати дитячу травму як складний психологічний феномен, що охоплює подієвий, емоційний, міжособистісний і особистісний рівні та має тривалі наслідки для подальшого розвитку людини.

1.2. Основні види дитячої травматизації та їх психологічні наслідки

У сучасній психології дитяча травматизація розглядається не як однорідне явище, а як сукупність різних за змістом і тривалістю несприятливих впливів, які порушують відчуття безпеки, стабільності та емоційної захищеності дитини [13, с. 72]. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає жорстоке поводження з дітьми як фізичне, емоційне або психологічне насильство, сексуальне насильство, нехтування потребами, недбале ставлення, а також інші форми експлуатації, що завдають або можуть завдати шкоди

здоров'ю, розвитку й гідності дитини. У підході до несприятливого дитячого досвіду, який дістав поширення завдяки працям Вінсента Фелітті, Роберта Анди та їхніх послідовників, до травматичних чинників також відносять насильство в сім'ї, психічні розлади або залежності в когось із членів родини, розлучення батьків, ув'язнення близьких, нестачу їжі, нестабільне житло та інші обставини, що підривають почуття безпеки, стабільності й емоційного зв'язку[41]. Отже, основні види дитячої травматизації охоплюють не лише прямі форми насильства, а й хронічно несприятливе сімейне та соціальне середовище.

Найбільш очевидним видом дитячої травматизації є фізичне насильство. Воно пов'язане з тілесним покаранням, жорстким силовим впливом, побиттям або іншими діями, які дитина переживає як загрозу власній цілісності й безпеці. Психологічні наслідки такого досвіду не обмежуються лише страхом у момент події. Дослідження наслідків жорстокого поводження з дітьми показують, що фізичне насильство пов'язане з підвищеною тривожністю, порушеннями емоційної регуляції, агресивними або імпульсивними реакціями, труднощами довіри до інших і зростанням ризику психічних порушень у подальшому житті. У наукових оглядах також наголошується, що повторюваний досвід фізичного насильства може змінювати способи реагування на стрес і закріплювати відчуття постійної небезпеки.

Окреме місце посідає емоційне або психологічне насильство, яке тривалий час недооцінювалося порівняно з фізичним, хоча його наслідки часто є не менш глибокими. До цього виду травматизації належать приниження, систематичне знецінення, погрози, відкидання, ігнорування емоційних потреб дитини, постійна критика, залякування або формування в неї почуття непотрібності й провини. За даними сучасних оглядів, саме емоційне насильство та емоційне нехтування часто демонструють особливо сильний зв'язок із психічними труднощами в майбутньому, зокрема з депресивними проявами, тривожністю, соромом, нестійкою самооцінкою та порушеннями самосприйняття. Джессіка Болдвін та співавтори у своїх узагальненнях показують, що емоційне насильство й інституційне нехтування є одними з

найсильніших предикторів проблем психічного здоров'я, а Кеті Маклафлін підкреслює, що рання емоційна загроза суттєво підвищує ризик різних форм психопатології [31].

Сексуальне насильство є одним із найбільш руйнівних видів дитячої травматизації, оскільки воно грубо порушує особистісні межі дитини, підриває базове почуття безпеки та часто супроводжується переживаннями сорому, безсилля і недовіри [10]. За матеріалами ЮНІСЕФ та оглядів клінічних наслідків жорстокого поводження з дітьми, такий досвід асоціюється з вищим ризиком депресії, тривожних розладів, панічних симптомів, посттравматичних проявів, самоушкоджувальної поведінки та проблем у міжособистісних стосунках. Ерін Ліппард та співавтори також зазначають, що зв'язок сексуального насильства в дитинстві з ризиком тривожних розладів, депресії та суїцидальних спроб зберігається навіть тоді, коли враховують інші форми жорстокого поводження. Це свідчить про особливу глибину його психологічного впливу.

Не менш значущим видом травматизації є нехтування потребами дитини, або занедбання. Йдеться не лише про брак матеріального догляду, а й про хронічну нестачу уваги, підтримки, емоційної доступності дорослих, передбачуваності та відчуття захищеності. У сучасній психології занедбання розглядається як форма деприваційного досвіду, що здатна порушувати формування прив'язаності, ускладнювати розвиток саморегуляції, погіршувати когнітивне функціонування та закладати основу для глибокого переживання емоційної порожнечі. Кеті Маклафлін у працях про несприятливий дитячий досвід наголошує, що депривація й загроза мають різні механізми впливу на розвиток, але обидва типи ранніх несприятливих умов пов'язані з високим ризиком подальших психічних порушень [29, с. 101–109]. Саме тому в сучасному розумінні дитячої травми нехтування вже не вважають другорядною проблемою порівняно з відкритими формами насильства.

Важливою групою травматичних чинників є також несприятливі умови сімейного середовища. Центр із контролю та профілактики захворювань

відносить до них життя в родині, де є залежність, психічні розлади, насильство між дорослими, спроби самогубства членів родини, ув'язнення близьких, а також нестабільність, пов'язану з розлученням або розривом між батьками. Для дитини такі обставини часто означають хронічне очікування небезпеки, порушення почуття стабільності, емоційної прив'язаності та передбачуваності щоденного життя. Психологічними наслідками можуть бути підвищена напруга, недовіра, схильність до контролюючої або, навпаки, унікальної поведінки, труднощі в побудові близьких стосунків, а також підвищений ризик уживання психоактивних речовин і інших деструктивних форм подолання напруження в майбутньому. Для зручності подальшого аналізу основні види дитячої травматизації та найтиповіші психологічні наслідки можна узагальнити в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2 – Основні види дитячої травматизації та їх психологічні наслідки

Вид дитячої травматизації	Зміст травматичного досвіду	Найтиповіші психологічні наслідки
Фізичне насильство	тілесне покарання, побиття, силовий вплив, постійна загроза фізичної шкоди	страх, гіперпильність, тривожність, порушення емоційної регуляції, агресивність, недовіра
Емоційне насильство	приниження, знецінення, погрози, відкидання, постійна критика	знижена самооцінка, сором, емоційна нестабільність, тривожні та депресивні прояви
Сексуальне насильство	порушення особистісних меж дитини, примус, травматичний досвід інтимного характеру	посттравматичні симптоми, недовіра, страх близькості, депресивність, самоушкоджувальні тенденції
Нехтування потребами	емоційна холодність, відсутність турботи, підтримки, догляду, передбачуваності	порушення прив'язаності, відчуття покинутості, труднощі саморегуляції, емоційна порожнеча
Несприятливе сімейне середовище	насильство між дорослими, залежності в родині, психічні розлади, розлучення, ув'язнення близьких	внутрішня нестабільність, недовіра, труднощі у стосунках, схильність до дезадаптивних способів подолання напруження

Джерело: узагальнено за матеріалами Всесвітньої організації охорони здоров'я, Центру із контролю та профілактики захворювань США та сучасних наукових оглядів.

Подана таблиця показує, що різні форми дитячої травматизації відрізняються за своїм змістом, однак мають спільну рису: вони порушують базові психологічні умови розвитку дитини, насамперед відчуття безпеки, довіри, емоційної прийнятності та власної цінності. Саме тому в реальному житті наслідки окремих видів травматизації рідко існують ізольовано. Значно частіше вони накладаються один на одного й формують складний, кумулятивний ефект.

У сучасній науці дедалі більше уваги приділяють саме накопичувальному характеру несприятливого дитячого досвіду. Концептуальна модель дослідження, відомого як дослідження несприятливого дитячого досвіду, показала, що зі зростанням кількості травматичних подій у дитинстві послідовно збільшується ризик порушень здоров'я та небезпечних поведінкових стратегій у подальшому житті. Кеті Маклафлін також підкреслює, що дитяча травматизація є трансдіагностичним чинником ризику, тобто підвищує ймовірність не одного конкретного розладу, а широкого спектра психологічних труднощів[19, с. 564–572; 20, с. 245–258]. У цьому контексті особливо важливо, що наслідки дитячої травми можуть виявлятися як у внутрішніх розладах, зокрема тривожності, депресивності, почутті провини та сорому, так і в зовнішніх формах дезадаптації, серед яких агресивність, ризикована поведінка, вживання психоактивних речовин і схильність до залежностей.

Отже, основні види дитячої травматизації охоплюють фізичне, емоційне та сексуальне насильство, нехтування потребами дитини, а також хронічно несприятливі умови сімейного середовища. Їхні психологічні наслідки є різноманітними, проте найчастіше стосуються порушення емоційної регуляції, прив'язаності, самооцінки, самосприйняття та здатності до конструктивного подолання стресу. Саме це створює підґрунтя для подальшого аналізу

механізмів, через які дитяча травматизація може бути пов'язана з формуванням адиктивної поведінки в дорослому віці.

1.3. Адиктивна поведінка як психологічний феномен: зміст, ознаки та чинники формування

У сучасній психології адиктивна поведінка розглядається як складний різновид деструктивної поведінки, пов'язаний із втратою контролю над уживанням речовини або повторюваною дією, що тимчасово змінює психічний стан людини, але з часом починає порушувати її повсякденне функціонування. Американська психіатрична асоціація визначає розлади, пов'язані з уживанням речовин, як стан, за якого людина продовжує вживання попри шкідливі наслідки, а Всесвітня організація охорони здоров'я описує розлади, зумовлені адиктивною поведінкою, як клінічно значущі синдроми, що формуються внаслідок повторюваної поведінки, яка винагороджується і спричиняє страждання або порушення особистісного функціонування. У вітчизняному психологічному дискурсі Тетяна Мостова, Вікторія Свідовська та Юлія Железнякова також розглядають адиктивну поведінку як форму залежної або деструктивної поведінки, у якій прагнення до зміни власного стану поступово починає домінувати над іншими мотивами та сферами життя[23, с. 233–241; 39].

Зміст цього феномену не обмежується лише хімічними залежностями. У міжнародній класифікації хвороб одинадцятого перегляду, яку підтримує Всесвітня організація охорони здоров'я, до розладів, зумовлених адиктивною поведінкою, віднесено, зокрема, розлад, пов'язаний з азартними іграми, та розлад, пов'язаний з відеоіграми. Це свідчить про те, що сучасна наука визнає адиктивний характер не тільки вживання психоактивних речовин, а й окремих повторюваних форм поведінки, якщо вони набувають компульсивного характеру та призводять до вираженої дезадаптації. Джон Грант, Марк Потенца, Марк Вайнштейн і Девід Горелік у своєму огляді показали, що

поведінкові адикції мають із залежностями від речовин спільні риси на рівні перебігу, клінічних проявів, толерантності, супутніх розладів, нейробіологічних механізмів і відповіді на лікування [23, с. 233–241; 39]. Саме тому адиктивну поведінку доцільно розуміти як ширший психологічний феномен, який охоплює як хімічні, так і нехімічні форми залежного реагування.

Основними ознаками адиктивної поведінки в сучасних дослідженнях вважаються порушення контролю, домінування адиктивного потягу над іншими потребами, продовження поведінки попри очевидні негативні наслідки, звуження кола інтересів і погіршення соціального, навчального, професійного чи сімейного функціонування. Американська психіатрична асоціація групує симптоми розладів, пов'язаних з уживанням речовин, навколо чотирьох блоків: порушений контроль, соціальні проблеми, ризиковане використання та фармакологічні ефекти, серед яких важливе місце посідають толерантність і синдром відміни [5]. У підході Джона Гранта та його колег до поведінкових адикцій ключовими є повторюваність поведінки, неможливість опиратися потягу та збереження такої поведінки навіть тоді, коли вона завдає шкоди самій людині або її найближчому оточенню. Отже, сутнісною рисою адиктивної поведінки є не сам факт вживання речовини чи виконання певної дії, а поступова втрата свободи вибору та підпорядкування життя адиктивному способу саморегуляції [4].

Психологічний зміст адиктивної поведінки пов'язаний із прагненням людини змінити внутрішній стан, уникнути напруження, тривоги, почуття порожнечі, самотності або емоційного болю. У цьому аспекті адикція виступає не лише як шкідлива звичка, а як деформований спосіб психологічної адаптації [26, с. 668-669]. Українські дослідники Тетяна Мостова, Вікторія Свідовська, а також автори сучасних узагальнень з проблеми адиктивної поведінки підкреслюють, що така поведінка нерідко виконує функцію ілюзорного відновлення рівноваги, дає короткочасне полегшення, однак не розв'язує внутрішню проблему, а навпаки закріплює залежний патерн реагування. Саме тому в психології адиктивну поведінку часто розглядають як форму уникання

реальності або форму псевдокомпенсації, за якої людина шукає швидке полегшення замість конструктивного опрацювання пережив

Чинники формування адиктивної поведінки в сучасній науці зазвичай аналізують у межах біопсихосоціального підходу. Нора Волков і Карлос Бланко наголошують, що розлади, пов'язані з уживанням речовин, формуються на перетині нейробіологічних, психологічних і соціальних механізмів, а тривалі зміни в мозкових мережах винагороди, виконавчого контролю, стресової реактивності, настрою та самоусвідомлення пов'язані з інтенсивним потягом до речовини й ослабленням здатності цей потяг контролювати. Водночас українські дослідники Володимир Лютий і Наталія Бозовчук показують, що ризик формування адиктивної поведінки у студентському середовищі пов'язаний із труднощами адаптації, емоційною нестабільністю, конфліктами в сім'ї, самотністю, браком підтримки та перевантаженням[23, с. 233–241; 39]. Отже, формування адиктивної поведінки не можна пояснювати якоюсь однією причиною, оскільки в її основі зазвичай поєднуються особистісна вразливість, несприятливе середовище та неадаптивні способи подолання стресу.

Особливе місце серед чинників формування адиктивної поведінки посідає травматичний досвід, насамперед дитячий. У систематичних оглядах і наукових узагальненнях показано, що переживання травматичних подій, особливо в дитинстві, пов'язане зі зростанням ризику розладів, пов'язаних з уживанням речовин, а насильство та занедбання можуть виступати спільним етіологічним підґрунтям як для психологічного дистресу, так і для залежної поведінки. У межах цієї логіки адиктивна поведінка постає як один із неадаптивних способів зниження внутрішнього напруження, регуляції афекту та втечі від болісних переживань. Саме тому для психологічного аналізу адикцій принципово важливо враховувати не лише зовнішні прояви залежності, а й глибинні передумови її виникнення, зокрема травматичний досвід, порушення самооцінки, труднощі емоційної саморегуляції та дефіцит підтримувальних стосунків.

Узагальнення основних чинників формування адиктивної поведінки доцільно подати у вигляді схеми 1.1, яка наочно відображає взаємозв'язок біологічних, психологічних і соціальних передумов цього феномену.



Рис. 1.1. Чинники формування адиктивної поведінки

Джерело: узагальнено на основі теоретичних матеріалів.

Подана схема відображає, що формування адиктивної поведінки має багатофакторний характер. Її виникнення не можна пояснити дією лише однієї причини, оскільки в основі цього явища поєднуються біологічні, психологічні та соціальні чинники. До біологічних передумов належать спадкова схильність, особливості нейромедіаторних процесів і функціонування системи винагороди. Психологічні чинники охоплюють травматичний досвід, низьку самооцінку, труднощі емоційної саморегуляції, внутрішню напругу та схильність до уникання проблем. Соціальні чинники пов'язані з несприятливим сімейним середовищем, дефіцитом підтримки, високим рівнем стресу та впливом найближчого оточення. Таким чином, адиктивна поведінка формується як наслідок взаємодії внутрішніх і зовнішніх умов, що поступово закріплюють залежний спосіб реагування на життєві труднощі.

Отже, адиктивна поведінка як психологічний феномен являє собою не просто шкідливу звичку, а складну форму дезадаптації, у якій прагнення до швидкої зміни внутрішнього стану поступово стає провідним способом реагування на труднощі. Її зміст розкривається через поєднання компульсивності, втрати контролю, повторюваності та негативних наслідків, а чинники формування охоплюють біологічні, особистісні, сімейні, соціальні та травматичні передумови. Таке розуміння є важливим для подальшого аналізу того, яким чином дитяча травма може бути пов'язана з формуванням адиктивної поведінки в дорослому віці.

1.4. Психологічні механізми зв'язку дитячої травми й адиктивної поведінки в дорослому віці

У сучасній психології зв'язок між дитячою травмою та адиктивною поведінкою в дорослому віці розглядається не як прямий і механічний, а як опосередкований низкою психологічних механізмів. У наукових оглядах Данте Чіккетті та його колег, а також Ганіє Едалаті й Марвіна Кранка підкреслюється, що жорстоке поводження, занедбання та інші форми несприятливого дитячого досвіду підвищують ризик формування проблемного вживання речовин і залежної поведінки, однак цей вплив реалізується через зміни в емоційній регуляції, когнітивному функціонуванні, способах подолання напруження та міжособистісних стосунках. Саме тому для психологічного пояснення адиктивної поведінки важливо враховувати не лише сам факт травматизації, а й ті внутрішні процеси, які формуються під її впливом.

Одним із найважливіших механізмів вважається порушення емоційної регуляції. За даними систематичного огляду й метааналізу Дженніфер Стеллерн та співавторів, особи з розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин, демонструють виразніші труднощі емоційної регуляції, ніж особи без таких розладів[36, с. 30–47]. Це дозволяє розглядати залежну поведінку як неадаптивний спосіб зниження внутрішньої напруги, афективного болю,

тривоги або сорому. У цьому ж руслі Стефані Гон та її колеги, узагальнюючи дослідження моделі самозаспокоєння через вживання алкоголю при травматичних симптомах, дійшли висновку, що наявні дані загалом підтримують ідею використання психоактивних речовин для тимчасового полегшення негативних переживань, хоча емпірична база ще потребує подальшого уточнення. Отже, дитяча травма може підвищувати ризик адиктивної поведінки через формування стійкої нездатності витримувати сильні емоції та через звичку шукати швидке зовнішнє полегшення.

Із цим тісно пов'язаний механізм травматичного уникання. Антоніно Шимменті та співавтори у своїй моделі зв'язку між дитячим насильством і розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин, показують, що досвід занедбання та насильства може вести до вживання речовин як безпосередньо, так і опосередковано через дисоціацію, яка виникає внаслідок невдалих спроб інтегрувати травматичний досвід. У межах такого підходу адиктивна поведінка постає як форма психологічної втечі від нестерпних спогадів, тілесного напруження або афективної дезорганізації. Це означає, що залежна поведінка в багатьох випадках виконує не стільки гедоністичну, скільки захисну функцію, хоча з часом сама стає джерелом дезадаптації.

Ще одним ключовим механізмом є порушення системи прив'язаності. У великому оглядовому дослідженні Андреаса Шиндлера показано, що всі проаналізовані перехресні дослідження підтверджують зв'язок між небезпечною прив'язаністю та розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин, а результати поздовжніх досліджень дозволяють розглядати небезпечну прив'язаність як чинник ризику розвитку залежності [33, с. 304–313]. Автор також зазначає, що з позицій теорії прив'язаності вживання речовин може виступати своєрідною заміною недостатніх стратегій емоційної підтримки. Таким чином, якщо в дитинстві не сформувалося відчуття базової безпеки та надійного емоційного зв'язку з дорослим, у подальшому людина може частіше звертатися до залежної поведінки як до штучного способу самозаспокоєння, регуляції напруження або компенсації дефіциту близькості.

Важливу роль у цьому зв'язку відіграють також порушення особистісної організації та афективного функціонування [22]. Йоганнес Фуксхубер та його колеги, узагальнюючи результати власних емпіричних досліджень, дійшли висновку, що дитяча травма пов'язана з розвитком залежної поведінки через дефіцити емоційного функціонування, порушення особистісної структури та дисфункційну прив'язаність. У цій моделі саме недостатня здатність до внутрішньої переробки переживань, слабкість саморегуляції та перевага болісних емоційних станів опосередковують перехід від травматичного досвіду до залежної поведінки. Інакше кажучи, адикція формується не лише як реакція на окремі симптоми стресу, а і як наслідок глибших змін у способі переживання себе, інших людей і власних емоцій.

Окремим механізмом, який дедалі частіше аналізується в сучасних дослідженнях, є формування ранніх дезадаптивних схем. Маттео Алої та співавтори зазначають, що в схемотерапевтичному підході психічні порушення пов'язуються з виникненням ранніх дезадаптивних схем як реакції на незадоволені емоційні потреби в дитинстві. Їхні результати показали зв'язок поведінкових адикцій із різними доменами таких схем у підлітків і молодих дорослих. Це дозволяє припустити, що травматичний дитячий досвід може закріплюватися у вигляді стійких переконань про власну непотрібність, покинутість, небезпеку світу або нездатність контролювати своє життя, а вже ці переконання надалі сприяють використанню адиктивної поведінки як способу уникнення внутрішнього дискомфорту.

Не менш важливими є механізми, пов'язані з алекситимією та дисоціацією. Ева Зданкевич-Щигала та її колеги у дослідженні осіб із алкогольною залежністю підкреслюють, що алекситимія є важливим чинником неадаптивних стратегій емоційної регуляції, а рання травма й дисоціація посідають істотне місце в моделі залежної поведінки. Подібно до цього, Джузеппе Крапаро та співавтори прямо вказують, що адикцію часто розглядають як дисоціативну форму поведінки, пов'язану з алекситимією та травмою розвитку. Отже, труднощі в усвідомленні та словесному вираженні

власних почуттів, а також схильність до психічного відсторонення від болісного досвіду можуть послаблювати здатність особистості до осмисленого проживання травми і водночас підсилювати ризик залежного способу реагування. Для наочного узагальнення основних психологічних механізмів, через які дитяча травма може бути пов'язана з формуванням адиктивної поведінки в дорослому віці, доцільно подати схему 1.2.



Рис 1.2. Психологічні механізми зв'язку дитячої травми й адиктивної поведінки в дорослому віці

Джерело: Узагальнено на основі теоретичних матеріалів

Подана схема відображає, що зв'язок між дитячою травмою та адиктивною поведінкою не є прямолінійним, а реалізується через систему взаємопов'язаних психологічних механізмів. Насамперед ідеться про труднощі емоційної регуляції, порушення прив'язаності, формування ранніх дезадаптивних схем, травматичне уникання, дисоціативні прояви та алекситимію. У сукупності ці механізми послаблюють здатність особистості конструктивно переживати внутрішню напругу, осмислювати власний досвід і регулювати емоційні стани. Унаслідок цього адиктивна поведінка може набувати функції неадаптивного способу самозаспокоєння, уникнення болісних

переживань або тимчасового зниження психологічного дискомфорту. Саме тому аналіз зазначених механізмів є важливим для глибшого розуміння психологічної природи адиктивної поведінки в дорослому віці.

Таким чином, психологічні механізми зв'язку дитячої травми й адиктивної поведінки в дорослому віці мають багаторівневий характер. До них належать труднощі емоційної регуляції, травматичне уникання, дисоціація, порушення прив'язаності, дефіцити особистісної організації, алекситимія та формування ранніх дезадаптивних схем. У сукупності ці механізми пояснюють, яким чином травматичний досвід дитинства може трансформуватися в залежний спосіб подолання внутрішнього напруження, афективного болю та міжособистісної нестабільності. Саме тому подальший аналіз адиктивної поведінки в дорослому віці доцільно здійснювати з урахуванням глибинних наслідків дитячої травматизації.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було з'ясовано, що дитяча травма є складним психологічним явищем, яке охоплює не лише окремі психотравмувальні події, а й тривалий досвід насильства, занедбання, емоційного відкидання та порушення безпечної прив'язаності. Встановлено, що основні види дитячої травматизації мають довготривалі наслідки для емоційної сфери, самооцінки, міжособистісних стосунків і здатності особистості до саморегуляції.

Також було визначено, що адиктивна поведінка є багатофакторним психологічним феноменом, який формується під впливом біологічних, психологічних і соціальних чинників та проявляється як неадаптивний спосіб подолання внутрішнього напруження. Теоретичний аналіз показав, що зв'язок між дитячою травмою й адиктивною поведінкою в дорослому віці реалізується через порушення емоційної регуляції, прив'язаності, ранні дезадаптивні схеми, дисоціацію, уникання та труднощі усвідомлення власних емоцій.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА ФОРМУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору психодіагностичних методик

Емпіричне дослідження впливу дитячої травми на формування адиктивної поведінки в дорослому віці було організоване як констатувальне, одномоментне дослідження, спрямоване на виявлення особливостей взаємозв'язку між ранніми дезадаптивними схемами, схильністю до різних видів залежної поведінки, труднощами емоційної регуляції, рівнем тривоги та самооцінкою. Загальна логіка дослідження визначалася метою роботи й полягала не лише в описі окремих психологічних показників, а й у виявленні тих внутрішніх механізмів, через які травматичний дитячий досвід може бути пов'язаний із формуванням адиктивних тенденцій у молодому дорослому віці.

Базою дослідження виступив Навчально-науковий інститут психології Донецького національного університету імені Василя Стуса. Звернення саме до цієї бази було доцільним, оскільки інститут поєднує навчальну, дослідницьку та практичну підготовку здобувачів вищої освіти й забезпечує організаційні умови для проведення психологічних досліджень. Участь студентської молоді в такому дослідженні є методично виправданою, адже рання дорослість є тим віковим етапом, на якому наслідки дитячого досвіду вже можуть проявлятися у вигляді більш-менш стійких особистісних утворень, труднощів саморегуляції, тривожних станів, зниженої самооцінки або різних форм адиктивної поведінки.

До вибірки були включені здобувачі вищої освіти віком від 18 до 23 років різних спеціальностей. Водночас до підсумкової статистичної обробки було внесено 17 валідних протоколів, тобто лише ті анкети, які були заповнені повністю й не містили критичних пропусків у відповідях. Такий підхід дав

змогу забезпечити коректність подальшої математичної обробки результатів і уникнути спотворення підсумкових показників. Вибірка мала характер доступної, що є типовим для психологічних досліджень у студентському середовищі, однак для цілей цієї роботи вона є достатньою для виявлення первинних тенденцій, опису структури досліджуваних показників і проведення непараметричного статистичного аналізу.

Дослідження здійснювалося у кілька послідовних етапів. На першому, підготовчому, етапі було проведено теоретичний аналіз наукової літератури з проблем дитячої травми, ранніх дезадаптивних схем, адиктивної поведінки, емоційної регуляції, тривоги та самооцінки. Саме на цьому етапі було уточнено поняттєвий апарат дослідження, окреслено його логіку та дібрано психодіагностичний інструментарій. На другому, організаційному, етапі було визначено базу дослідження, сформовано вибірку та підготовлено електронний пакет методик для проведення опитування в онлайн-форматі. На третьому, емпіричному, етапі відбувався безпосередній збір даних із використанням Google Forms. На четвертому етапі здійснювалася перевірка повноти відповідей, кодування результатів, підрахунок балів за окремими шкалами та подальша статистична обробка даних. Завершальний етап передбачав інтерпретацію отриманих результатів і формулювання висновків відповідно до поставлених завдань дослідження.

Процедура дослідження була побудована з урахуванням етичних вимог психологічної науки. Усі учасники були попередньо ознайомлені з метою дослідження, його загальним змістом, добровільним характером участі, а також із правом відмовитися від заповнення анкети на будь-якому етапі без будь-яких негативних наслідків. Опитування проводилося анонімно, без збору конфіденційних персональних даних, а отримані результати використовувалися виключно в узагальненому вигляді для наукового аналізу. Такий формат дав змогу зменшити ймовірність соціально бажаних відповідей і забезпечити більш щире саморозкриття респондентів, що є особливо важливим у дослідженнях, пов'язаних із травматичним досвідом, тривогою, самооцінкою та залежною

поведінкою. Середній час проходження комплексу методик становив приблизно 20–25 хвилин, що також було психологічно прийнятним для учасників і не створювало надмірного навантаження.

Для емпіричної частини роботи було обрано комплекс методик, який дозволяє охопити як глибинні особистісні передумови адиктивної поведінки, так і її емоційно-регуляторні та особистісні супровідні прояви. Першою з них став опитувальник ранніх дезадаптивних схем Дж. Янга YSQ–L3[43]. Ця методика ґрунтується на схемоорієнтованому підході Джеффри Янга і призначена для виявлення стійких когнітивно-емоційних утворень, що формуються внаслідок незадоволення базових емоційних потреб у дитинстві. Повна форма опитувальника охоплює 18 схем, об'єднаних у п'ять доменів, і дозволяє оцінити такі схеми, як покинутість, недовіра, емоційна депривація, дефективність, соціальна ізоляція, залежність, вразливість, злиття, невдаха, недостатній самоконтроль, підпорядкування, самопожертва, пошук схвалення, негативізм, емоційна стриманість, непосильні стандарти, пунітивність та інші. Доцільність використання саме цієї методики в межах даного дослідження є особливо високою, оскільки вона дозволяє зафіксувати не лише окремі симптоми психологічного неблагополуччя, а глибинні наслідки дитячої травматизації, які можуть зберігатися в дорослому віці й опосередковувати формування залежної поведінки [42, с. 546–558; 43]. Інакше кажучи, YSQ–L3 дає можливість перейти від загального твердження про значення дитячої травми до конкретних психологічних структур, через які цей вплив реалізується.

Другим інструментом стала методика діагностики схильності до різних видів залежності Г. Лозової. Ця методика призначена для визначення схильності людини до тринадцяти окремих видів залежної поведінки, а також до виявлення загальної схильності до залежностей. Вона охоплює алкогольну, телевізійну, любовну, ігрову, сексуальну, харчову, релігійну, трудову, лікарську, комп'ютерну, нікотинову, орієнтовану на здоровий спосіб життя та наркотичну залежності, а також загальну схильність до адиктивності.

Доцільність цієї методики полягає в тому, що вона дозволяє не обмежуватися лише одним видом адикції, а побачити ширший спектр залежних тенденцій. Для теми даної роботи це має принципове значення, оскільки дитяча травма в дорослому віці може бути пов'язана не лише з однією конкретною формою залежності, а з більш загальною схильністю до неадаптивних способів зниження внутрішньої напруги. Саме тому методика Г. Лозової є адекватним інструментом для фіксації багатовимірності адиктивної поведінки.

Третьою методикою стала Шкала труднощів емоційної регуляції, розроблена К. Л. Грац і Л. Ромер [24, с. 53]. Вона призначена для виявлення загального рівня труднощів емоційної регуляції та дозволяє оцінити шість її основних компонентів: неприйняття емоційних реакцій, труднощі із цілеспрямованою поведінкою, труднощі з контролем імпульсів, недостатність емоційного усвідомлення, обмежений доступ до стратегій регуляції емоцій та недостатність емоційної чіткості. Доцільність використання цієї методики зумовлена тим, що порушення емоційної регуляції розглядається в сучасній психології як один із ключових механізмів, що пов'язують дитячу травму з адиктивною поведінкою. Якщо людина не має достатньо ефективних внутрішніх засобів розуміння, прийняття та регулювання власних емоцій, вона значно частіше звертається до зовнішніх способів полегшення стану, зокрема до залежної поведінки. Відповідно, шкала DERS у даному дослідженні виконує не лише діагностичну, а й концептуально важливу функцію, оскільки дозволяє перевірити припущення про регуляторне опосередкування зв'язку між травматичним досвідом і адиктивністю.

Наступним інструментом стала Шкала тривоги А. Бека. Вона спрямована на оцінювання вираженості соматичних, афективних і когнітивних проявів тривоги та складається з 21 пункту, кожен з яких оцінюється за чотирибальною шкалою від 0 до 3. Її застосування є виправданим з кількох причин [17]. По-перше, тривога є одним із найбільш поширених емоційних наслідків психотравмувального дитячого досвіду [16]. По-друге, саме підвищений рівень тривоги нерідко виступає безпосереднім чинником звернення до адиктивних

форм поведінки як до засобу тимчасового зниження внутрішнього напруження. По-третє, включення цієї методики дозволяє розширити аналіз досліджуваної проблеми, оскільки тривога в даному випадку виступає як окремий емоційний маркер психологічної вразливості, що може бути пов'язаний і з ранніми схемами, і з труднощами емоційної регуляції, і з рівнем адитивності [7].

Для оцінки загального ставлення особистості до себе було використано Шкалу самооцінки М. Розенберга. Цей інструмент належить до найбільш поширених методик дослідження глобальної самооцінки та дає змогу визначити її загальний рівень як важливу характеристику самосприйняття. Доцільність використання шкали М. Розенберга зумовлена тим, що дитяча травма часто призводить до формування стійких переживань неповноцінності, дефективності, неприйняття себе та сумнівів у власній цінності. Водночас саме знижена самооцінка може посилювати потребу в компенсаторних формах поведінки, у тому числі й залежних [32; 38, с. 142–172]. Отже, включення цього інструменту до програми дослідження дало змогу оцінити ще один важливий особистісний параметр, який може бути пов'язаний як із ранніми дезадаптивними схемами, так і з тривогою, емоційною дисрегуляцією та загальною схильністю до залежностей.

Таким чином, обраний комплекс психодіагностичних методик має внутрішню логічну узгодженість. Опитувальник Дж. Янга дозволяє виявити глибинні особистісні наслідки травматичного дитячого досвіду, методика Г. Лозової – оцінити структуру та вираженість адиктивних тенденцій, шкала DERS – дослідити труднощі емоційної регуляції як можливий психологічний механізм цього зв'язку, шкала А. Бека – визначити рівень тривоги як важливий емоційний фон, а шкала М. Розенберга – оцінити глобальну самооцінку як важливий показник самосприйняття. У сукупності ці методики дозволяють всебічно проаналізувати досліджувану проблему й забезпечують достатню емпіричну базу для подальшого статистичного аналізу.

Математична обробка результатів здійснювалася з використанням методів, які відповідають і змісту змінних, і обсягу вибірки, і завданням

дослідження. На першому етапі було застосовано методи описової статистики, а саме обчислення середнього значення, відсотків, частотного розподілу та стандартного відхилення. Доцільність цих показників полягає в тому, що вони дозволяють описати загальну структуру отриманих даних, виявити більш і менш виражені психологічні показники та дати цілісну характеристику вибірки. Для даного дослідження це особливо важливо, оскільки частина результатів представлена у вигляді рівнів, частка респондентів за якими потребує не лише якісного, а й кількісного узагальнення.

З огляду на те, що вибірка є невеликою, а розподіл окремих показників може відхилятися від нормального, для перевірки нормальності розподілу було використано критерій Шапіро–Вілка. Доцільність цього критерію зумовлена тим, що саме він є одним із найбільш чутливих і коректних для малих вибірок. Його застосування дозволило обґрунтувати подальший вибір непараметричних статистичних процедур. Оскільки за окремими показниками було виявлено відхилення від нормального розподілу, подальший аналіз здійснювався переважно за непараметричною логікою.

Для виявлення взаємозв'язків між ранніми дезадаптивними схемами, загальною схильністю до залежностей, труднощами емоційної регуляції, тривогою та самооцінкою було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Доцільність застосування саме цього коефіцієнта пояснюється тим, що він не вимагає нормального розподілу даних і є придатним для аналізу зв'язків між порядковими або непараметрично розподіленими кількісними показниками. У контексті даного дослідження він дозволяє з'ясувати, чи супроводжується підвищення вираженості окремих ранніх схем зростанням труднощів емоційної регуляції, тривоги й адиктивності та, навпаки, чи пов'язане воно зі зниженням самооцінки.

Для порівняння двох незалежних груп респондентів, виділених за ступенем адиктивності, було використано U-критерій Манна–Вітні. Його застосування є цілком обґрунтованим, оскільки цей критерій дозволяє визначити, чи існують статистично значущі відмінності між групами за такими

показниками, як вираженість окремих схем, труднощі емоційної регуляції або рівень тривоги. За умов невеликої вибірки та відсутності нормального розподілу він є більш коректним, ніж параметричні аналоги.

Крім того, для аналізу співвідношення між категоріальними показниками, зокрема рівнями тривоги та рівнями самооцінки, використовувалися таблиці спряженості. Їх доцільність полягає в тому, що вони дозволяють візуалізувати розподіл респондентів за поєднанням двох якісних ознак і простежити можливу тенденцію між ними. У межах даного дослідження це було важливо для з'ясування того, чи пов'язується підвищений рівень тривоги зі зниженою самооцінкою на рівні групового розподілу.

Отже, організація дослідження, добір вибірки, дотримання етичних принципів, використання взаємодоповнювального психодіагностичного інструментарію та застосування адекватних методів математичної статистики забезпечили методичну цілісність емпіричної частини роботи. Саме така побудова дослідження дала можливість не лише описати психологічні показники, релевантні темі дитячої травми й адиктивної поведінки, а й перейти до аналізу їхніх взаємозв'язків і відмінностей між групами.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

У цьому підрозділі подано аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення особливостей зв'язку між ранніми дезадаптивними схемами, схильністю до адиктивної поведінки, труднощами емоційної регуляції, рівнем тривоги та самооцінкою в досліджуваній вибірці. Узагальнення отриманих даних дало змогу не лише охарактеризувати вираженість окремих психологічних показників, а й простежити їхні взаємозв'язки та відмінності між групами, що є важливим для глибшого розуміння психологічних механізмів формування адиктивної поведінки в дорослому віці.

У таблиці 2.2.1 подано узагальнені результати дослідження ранніх дезадаптивних схем, згрупованих за п'ятьма доменами, що дозволяє простежити як загальну структуру їх вираженості, так і найбільш проблемні напрями у досліджуваній вибірці. Аналіз наведених даних показує, що найвищі показники спостерігаються не за всіма схемами однаковою мірою, а концентруються насамперед у тих сферах, які пов'язані з міжособистісними стосунками, самосприйняттям, орієнтацією на інших і надмірною внутрішньою вимогливістю.

Насамперед привертає увагу домен порушення зв'язку та відкинення. У його межах найбільш вираженими виявилися схема соціальної ізоляції, середній бал якої становить 4,3, а частка осіб з активною схемою досягає 70%, а також схема покинутості, для якої середній бал дорівнює 4,1, а активна вираженість спостерігається у 62% респондентів. Це свідчить про те, що для значної частини досліджуваних характерними є переживання емоційної відокремленості, труднощі відчуття належності до інших та страх втрати значущих стосунків. Дещо нижчими, але також достатньо помітними є показники емоційної депривації, де середній бал становить 3,8, а частка активної схеми – 42%. Натомість схема дефективності / сорому має значно нижчі значення, а саме 2,4 бала і 12% осіб з активною схемою, що дає підстави вважати її менш типовою для цієї вибірки, ніж переживання покинутості чи соціальної ізоляції.

Таблиця 2.2.1– Підсумкова таблиця результатів дослідження

Домен (група схем)	Код	Назва схеми	Середній бал (М)	% від макс. вираж.	% осіб з активною схемою (бал ≥ 4)
I. Порушення зв'язку та відкинення	ab	Покинутість	4.1	68%	62%
	ma	Недовіра	3.2	53%	25%

	ed	Емоційна депривація	3.8	63%	42%
--	-----------	---------------------	-----	-----	-----

Продовження таблиці 2.2.1

	ds	Дефективність / Сором	2.4	40%	12%
	si	Соціальна ізоляція	4.3	72%	70%
II. Порушення автономії	di	Залежність	2.1	35%	8%
	vh	Вразливість	2.6	43%	15%
	en	Злиття / Нерозв. ідент.	3.5	58%	35%
	fa	Невдаха	1.9	32%	5%
III. Порушені межі	et	Привілейованість	3.1	52%	22%
	is	Недостатній самоконтроль	3.3	55%	28%
IV. Спрямованість на інших	sb	Підпорядкування	4.2	70%	68%
	ss	Самопожертва	4.7	78%	85%
	as	Пошук схвалення	4.0	67%	58%
V. Надмірна пильність	np	Негативізм / Песимізм	3.4	57%	32%
	ei	Емоційна стриманість	3.9	65%	45%
	us	Непосильні стандарти	5.1	85%	92%
	pu	Пунітивність	2.9	48%	18%

Джерело: розраховано на основі результатів дослідження.

У межах домену порушення автономії загальний рівень вираженості схем є помітно нижчим. Найвищий показник тут має схема злиття / нерозвиненої ідентичності, середній бал якої становить 3,5, а активність фіксується у 35% респондентів. Це може вказувати на певні труднощі особистісного відокремлення та недостатню психологічну автономність у частини досліджуваних. Водночас схема залежності має середній бал 2,1 і лише 8% активних проявів, схема вразливості – 2,6 і 15%, а схема невдахи – лише 1,9 і 5%. Отже, у цілому цей домен не є провідним у структурі отриманих результатів, хоча окремі його компоненти все ж мають значення.

У домені порушених меж показники є помірними. Схема недостатнього самоконтролю має середній бал 3,3 та 28% активних проявів, а схема

привілейованості – 3,1 бала та 22%. Такі результати дають підстави припускати, що в досліджуваній групі наявні окремі труднощі з самодисципліною, витримуванням обмежень і регуляцією власної поведінки, однак вони не виступають найвиразнішими серед усіх досліджених схем.

Особливо показовими є результати за доменом спрямованості на інших. Саме тут зафіксовано одні з найвищих показників у всій таблиці. Найвиразнішою є схема самопожертви із середнім балом 4,7 та 85% осіб з активною схемою. Також високими є показники підпорядкування, де середній бал становить 4,2, а частка активних проявів – 68%, і пошуку схвалення з показниками 4,0 та 58% відповідно. Така картина свідчить про те, що для значної частини респондентів характерна надмірна орієнтація на потреби, очікування та оцінки інших людей, що може проявлятися у схильності жертвувати власними інтересами, уникати відкритого відстоювання себе та надавати великого значення зовнішньому схваленню.

Ще одним доменом із досить високими показниками є надмірна пильність. Найбільш вираженою тут є схема непосильних стандартів, яка має найвищий середній бал у всій таблиці – 5,1, а частка осіб з активною схемою сягає 92%. Це вказує на надмірну внутрішню вимогливість, схильність до жорсткого самоконтролю, високих стандартів щодо себе та труднощів із прийняттям власної недосконалості. Досить вираженою є також схема емоційної стриманості, середній бал якої становить 3,9, а активна схема спостерігається у 45% респондентів. Негативізм / песимізм має дещо нижчі показники – 3,4 бала і 32%, а пунітивність – 2,9 бала і 18%, що свідчить про їх помірну або відносно нижчу представленість у структурі вибірки.

Отже, дані таблиці дають змогу зробити висновок, що найбільш проблемними для досліджуваної групи є схеми, пов'язані зі спрямованістю на інших, соціальною ізоляцією, покинутістю та непосильними стандартами. Це означає, що у внутрішньому досвіді респондентів найбільш виразно представлені переживання емоційної відокремленості, потреби у прийнятті й схваленні, схильність до самопожертви та надмірної самовимогливості.

Водночас схеми, пов'язані з автономією, залежністю та переживанням себе як невдахи, виявилися менш вираженими. У цілому така структура результатів указує на переважання труднощів у сфері міжособистісних стосунків, самосприйняття та регуляції власних потреб, що є важливим для подальшого аналізу зв'язку ранніх дезадаптивних схем із адиктивною поведінкою.

У таблиці 2.2.2 подано результати дослідження схильності до різних видів залежностей, що дозволяє оцінити не лише окремі форми адиктивних тенденцій, а й загальний рівень схильності до залежної поведінки в досліджуваній вибірці. Аналіз наведених показників свідчить про те, що вираженість окремих видів залежностей є нерівномірною, тобто одні форми мають більш помітне місце в структурі отриманих результатів, тоді як інші виявляються значно слабше.

Найвищий показник зафіксовано за шкалою загальної схильності до залежностей, де середній бал становить 18,2, а відсоток від максимальної вираженості досягає 73%. Такий результат відповідає середньому рівню схильності, однак уже наближається до високого. Це свідчить про те, що в цілому для вибірки характерна достатньо виражена схильність до формування залежних форм поведінки, навіть якщо окремі її різновиди представлені неоднаково.

Серед конкретних видів залежностей найбільш вираженою є комп'ютерна залежність, середній бал якої становить 17,4, що відповідає 70% від максимально можливої вираженості. Такий показник інтерпретується як середній рівень схильності, однак перебуває на межі з високим. Це дає підстави припускати, що саме використання комп'ютера, Інтернету чи цифрового середовища загалом виступає одним із найбільш актуальних напрямів залежної поведінки в досліджуваній групі. Досить високими також є показники любовної залежності, де середній бал дорівнює 16,1, а відсоток вираженості становить 64%, і харчової залежності з показниками 15,3 та 61% відповідно. Обидва ці результати належать до середнього рівня схильності, що вказує на достатню

поширеність емоційно залежних міжособистісних тенденцій і схильності до використання їжі як способу регуляції внутрішнього стану.

Таблиця 2.2.2– Схильності до залежностей

№	Назва шкали (вид залежності)	Середній бал (М)	% від макс. вираж.	Рівень схильності
1	Алкогільна залежність	14.8	59%	Середня
2	Телевізійна залежність	10.2	41%	Низька
3	Любовна залежність	16.1	64%	Середня
4	Ігрова залежність	8.4	34%	Низька
5	Залежність від міжстатевих відносин	11.7	47%	Низька / Гранична
6	Харчова залежність	15.3	61%	Середня
7	Релігійна залежність	7.9	32%	Низька
8	Трудова залежність	13.5	54%	Середня
9	Лікарська залежність	12.2	49%	Середня
10	Комп'ютерна залежність	17.4	70%	Середня (Висока межа)
11	Залежність від тютюнопаління	11.2	45%	Низька
12	Залежність від ЗСЖ	12.6	50%	Середня
13	Наркотична залежність	7.1	28%	Низька
14	Загальна схильність до залежностей	18.2	73%	Середня (на межі з Високою)

Джерело: розраховано за результатами дослідження схильності до залежностей.

Порівняно високим є також показник алкогільної залежності, середній бал якої становить 14,8, а відсоток від максимальної вираженості – 59%. Це також відповідає середньому рівню схильності. Близьким за вираженістю є показник трудової залежності, який дорівнює 13,5 бала при 54% від

максимальної вираженості. Такі результати свідчать про те, що в досліджуваній вибірці помітне місце займають як традиційні форми залежної поведінки, так і соціально прийнятні, зовні менш помітні її варіанти, зокрема надмірне занурення в діяльність або роботу.

До групи показників середнього рівня належать також лікарська залежність і залежність від здорового способу життя. Їхні середні значення становлять відповідно 12,2 та 12,6 бала, що відповідає 49% і 50% від максимальної вираженості. Хоча ці результати не є найвищими, вони все ж вказують на наявність у частини респондентів схильності шукати психологічну або поведінкову опору у сфері медикаментів чи надмірного контролю за здоров'ям. На межі між низьким і середнім рівнем розташовується залежність від міжстатевих відносин, середній бал якої становить 11,7, а відсоток вираженості – 47%. Це дає підстави трактувати її як відносно помітну, але не домінуючу форму залежної поведінки у вибірці.

Нижчими є показники тютюнопаління та телевізійної залежності. Для тютюнопаління середній бал становить 11,2, а для телевізійної залежності – 10,2. Обидві шкали належать до низького рівня схильності, хоча в першому випадку значення є дещо вищим. Це свідчить про те, що такі форми залежної поведінки не займають провідного місця у структурі отриманих результатів.

Найменш вираженими виявилися ігрова, релігійна та наркотична залежності. Зокрема, ігрова залежність має середній бал 8,4 і 34% від максимальної вираженості, релігійна – 7,9 і 32%, а наркотична – лише 7,1 і 28%. Усі ці показники відповідають низькому рівню схильності. Це дозволяє зробити висновок, що для досліджуваної групи такі види залежностей є найменш характерними.

Узагальнюючи результати таблиці, можна зазначити, що в структурі адиктивних тенденцій досліджуваної вибірки переважають не стільки хімічні залежності, скільки психологічно й соціально опосередковані форми залежної поведінки. Найбільш вираженими є загальна схильність до залежностей, комп'ютерна, любовна, харчова, алкогольна та трудова залежності. Натомість

наркотична, релігійна та ігрова залежності мають найнижчі показники. Така картина свідчить про те, що в досліджуваній групі адиктивність проявляється переважно через повсякденні, соціально допустимі або емоційно компенсаторні форми поведінки, а не через крайні або відкрито деструктивні її різновиди. Це є важливим для подальшого аналізу їхнього зв'язку з ранніми дезадаптивними схемами, труднощами емоційної регуляції, тривогою та самооцінкою.

У таблиці 2.2.3 подано результати дослідження труднощів емоційної регуляції за окремими субшкалами методики DERS, а також загальний показник емоційної дисрегуляції в досліджуваній вибірці. Аналіз наведених даних свідчить про те, що загалом труднощі емоційної регуляції виражені на середньому рівні, оскільки сумарний показник становить 87,2 бала, що відповідає 48% від максимально можливої вираженості. Це дає підстави вважати, що у респондентів наявні помітні, але не крайні труднощі у сфері усвідомлення, прийняття та регуляції власних емоційних станів.

Найвищі показники за відсотком вираженості труднощів зафіксовано за двома субшкалами. Йдеться про труднощі із цілеспрямованою поведінкою та відсутність емоційного усвідомлення, де в обох випадках показник становить 55%. Це означає, що найбільші труднощі в досліджуваній групі пов'язані, по-перше, зі здатністю зберігати зосередженість на діяльності в емоційно напружених ситуаціях, а по-друге, з достатнім усвідомленням власних почуттів і внутрішніх переживань. Інакше кажучи, у стані емоційного дискомфорту респондентам може бути важче не лише розуміти, що саме вони переживають, а й підтримувати послідовність і спрямованість власної поведінки.

Таблиця 2.2.3– Результати дослідження за методикою DERS

№	Назва субшкали	Середній бал (М)	% вираженості труднощів	Рівень
1	Неприйняття емоційних реакцій (Non-acceptance)	14.2	47%	Середній
2	Труднощі із цілеспрямованою	13.8	55%	Середній

	поведінкою (Goals)			
3	Труднощі з контролем імпульсів (Impulse)	12.4	41%	Низький / Середній

Продовження таблиці 2.2.3

4	Відсутність емоційного усвідомлення (Awareness)	16.5	55%	Середній
5	Обмежений доступ до стратегій регуляції (Strategies)	19.2	48%	Середній
6	Відсутність емоційної чіткості (Clarity)	11.1	44%	Низький / Середній
Σ	ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ (Труднощі регуляції)	87.2	48%	Середній

Джерело: розраховано за результатами дослідження за методикою DERS.

Досить близьким до цих показників є рівень обмеженого доступу до стратегій регуляції емоцій. Середній бал за цією субшкалою становить 19,2, а відсоток вираженості труднощів – 48%. Такий результат свідчить про те, що значна частина респондентів у складних емоційних станах не завжди має достатній внутрішній ресурс або набір ефективних способів для покращення свого самопочуття. Це може означати схильність переживати власні емоції як важкі для подолання, а також недостатню впевненість у тому, що негативний стан можна змінити конструктивним шляхом.

Показник неприйняття емоційних реакцій також перебуває на середньому рівні й становить 14,2 бала, або 47% від максимально можливої вираженості. Це вказує на те, що певна частина респондентів не лише переживає негативні емоції, а й додатково ускладнює свій стан осудом, соромом або неприйняттям власних почуттів. Така особливість є психологічно значущою, оскільки саме неприйняття емоцій нерідко посилює внутрішню напругу та ускладнює подальшу саморегуляцію.

Дещо нижчими, хоча також помітними, є показники відсутності емоційної чіткості та труднощів з контролем імпульсів. За субшкалою

емоційної чіткості середній бал становить 11,1, а відсоток вираженості труднощів – 44%, що інтерпретується як низький або наближений до середнього рівень. Це означає, що в частини респондентів є труднощі з точним розумінням і розмежуванням власних емоційних станів, однак ці труднощі не є домінуючими в структурі досліджуваних показників. Подібна тенденція спостерігається і за субшкалою контролю імпульсів, де середній бал дорівнює 12,4, а відсоток вираженості становить 41%. Отже, проблеми з утриманням поведінкового контролю в емоційно напружених ситуаціях у вибірці наявні, але виявляються менш вираженими порівняно з труднощами усвідомлення емоцій чи браком ефективних стратегій їх регуляції.

У цілому результати таблиці дозволяють зробити висновок, що для досліджуваної групи найбільш характерними є труднощі, пов'язані не стільки з різкою імпульсивністю, скільки з недостатнім емоційним усвідомленням, браком чітких способів подолання напруження та зниженням здатності діяти цілеспрямовано в умовах емоційного дискомфорту. Така структура показників є важливою для подальшого аналізу, оскільки саме зазначені аспекти емоційної регуляції можуть виступати психологічним підґрунтям для формування неадаптивних способів зниження внутрішньої напруги, у тому числі й адиктивної поведінки. Отже, отримані результати підтверджують доцільність розгляду труднощів емоційної регуляції як одного з ключових чинників у дослідженні зв'язку між дитячою травмою та залежною поведінкою в дорослому віці.

У таблиці 2.2.4 подано результати дослідження рівня тривоги за методикою Шкали тривоги Бека, які дозволяють оцінити як загальний емоційний стан вибірки, так і розподіл респондентів за рівнями вираженості тривожності. Аналіз наведених даних показує, що тривога в досліджуваній групі представлена нерівномірно, оскільки респонденти розподілилися між усіма чотирма рівнями, проте найбільша частка припадає саме на середній рівень тривоги.

Таблиця 2.2.4—Результати за методикою Шкала тривоги Бека (BAI)

№	Рівень тривоги	Кількість респондентів	% від вибірки	Середній бал (M)
1	Норма (0–5 балів)	3	17,6%	3,3
2	Легкий рівень (6–8 балів)	4	23,5%	7,2
3	Середній рівень (9–18 балів)	7	41,2%	13,5
4	Високий рівень (> 19 балів)	3	17,6%	24,1
Σ	Загальний показник групи	17	100%	12,1

Джерело: розраховано за результатами методики «Шкала тривоги Бека (BAI)».

Зокрема, норма, тобто показники в межах від 0 до 5 балів, виявлена у 3 респондентів, що становить 17,6% вибірки. Середній бал у цій групі дорівнює 3,3, що відповідає низькій інтенсивності тривожних переживань і свідчить про відносно стабільний емоційний стан цих учасників. Легкий рівень тривоги зафіксовано у 4 осіб, або 23,5% вибірки, із середнім балом 7,2. Це дає підстави говорити про наявність окремих тривожних проявів, які ще не набувають вираженого характеру, однак уже виходять за межі умовної норми.

Найбільш чисельною виявилася група респондентів із середнім рівнем тривоги. До неї увійшло 7 осіб, що становить 41,2% усієї вибірки, а середній бал у цій групі дорівнює 13,5. Такий результат свідчить про те, що саме помірно виражена тривожність є найбільш типовою для досліджуваних осіб. У психологічному плані це може означати наявність відчутного внутрішнього напруження, схильності до занепокоєння, підвищеної емоційної чутливості та переживання труднощів у стресових ситуаціях.

Високий рівень тривоги було виявлено у 3 респондентів, тобто у 17,6% вибірки. Середній бал у цій групі становить 24,1, що вказує на суттєву вираженість тривожної симптоматики. Хоча кількісно ця група не є найбільшою, сам факт її наявності є важливим, оскільки він свідчить про те, що майже п'ята частина учасників дослідження характеризується значним рівнем емоційної напруги та тривожних переживань.

Загальний показник групи становить 12,1 бала. Це значення відповідає середньому рівню тривоги, а отже, в цілому для вибірки характерна помірно виражена тривожність. Водночас привертає увагу те, що сукупна частка респондентів із середнім і високим рівнями тривоги становить 58,8%, тобто більше половини всієї вибірки. Це дозволяє зробити висновок, що тривога є досить значущою психологічною характеристикою досліджуваної групи та може виступати важливим емоційним чинником у структурі загального психологічного неблагополуччя.

Таким чином, результати таблиці свідчать про переважання середнього рівня тривоги при одночасній наявності помітної частки осіб із високою тривожністю. Отримані дані дають підстави припускати, що для значної частини респондентів характерні емоційне напруження, внутрішня нестабільність і схильність до тривожного реагування. У контексті даного дослідження це має важливе значення, оскільки підвищена тривожність може бути пов'язана як із наслідками дитячої травматизації, так і з труднощами емоційної регуляції, особливостями самооцінки та схильністю до адиктивної поведінки.

У таблиці 2.2.5 подано результати дослідження рівня самооцінки за методикою М. Розенберга, які дають змогу оцінити загальну структуру самосприйняття респондентів у досліджуваній вибірці. Аналіз наведених даних показує, що найбільша частка учасників має середній, тобто нормативний, рівень самооцінки, тоді як висока самооцінка трапляється найрідше, а низька виявлена майже у третини респондентів.

Таблиця 2.2.5–Результати дослідження рівня самооцінки (Розенберг)

№	Рівень самооцінки	Кількість респондентів	% від вибірки	Середній бал (М)
1	Висока (31–40 балів)	2	11.8%	33.5
2	Середня / Норма (21–30 балів)	10	58.8%	25.4
3	Низька (10–20 балів)	5	29.4%	17.8

Джерело: розраховано за результатами дослідження самооцінки.

Зокрема, високий рівень самооцінки зафіксовано у 2 осіб, що становить 11,8% вибірки. Середній бал у цій групі дорівнює 33,5, що свідчить про позитивне ставлення до себе, достатню впевненість у власних можливостях і загалом стійке самоприйняття. Однак частка таких респондентів є найменшою, тому можна говорити про те, що виражено позитивна самооцінка не є типовою для більшості досліджуваних.

Найчисельнішою виявилася група із середнім, або нормативним, рівнем самооцінки. До неї належать 10 респондентів, що становить 58,8% усієї вибірки, а середній бал у цій групі дорівнює 25,4. Це дає підстави вважати, що для більшості учасників характерне відносно стабільне, реалістичне ставлення до себе без різко вираженого знецінення чи, навпаки, завищення власної цінності. Саме така група формує основний психологічний фон вибірки.

Водночас низький рівень самооцінки було виявлено у 5 респондентів, тобто у 29,4% вибірки. Середній бал у цій групі становить 17,8, що вказує на наявність зниженого самоприйняття, невпевненості у власній цінності та, ймовірно, підвищеної вразливості до зовнішніх оцінок і внутрішньої самокритики. Хоча ця група не є найбільшою, її частка є достатньо помітною, щоб розглядати знижену самооцінку як важливу психологічну характеристику досліджуваної вибірки.

Загалом результати таблиці свідчать про те, що в досліджуваній групі переважає середній рівень самооцінки, однак майже третина респондентів має низькі показники, що є психологічно значущим. Це дозволяє припустити, що поряд із відносно нормативним самосприйняттям у більшості вибірки існує достатньо виражена група осіб, для яких характерні сумніви у власній цінності, нестійкість самооцінки або внутрішня невпевненість.

Отже, дані таблиці дають підстави зробити висновок, що самооцінка в досліджуваній вибірці загалом перебуває в межах середнього рівня, проте не є однорідною. Наявність помітної частки осіб із низькою самооцінкою має важливе значення для подальшого аналізу, оскільки саме знижене самосприйняття може бути пов'язане як із наслідками дитячої травматизації, так і з труднощами емоційної регуляції, підвищеним рівнем тривоги та схильністю до адиктивної поведінки.

У таблиці 2.2.6 подано результати кореляційного аналізу між окремими ранніми дезадаптивними схемами та такими психологічними показниками, як загальна схильність до адиктивної поведінки, труднощі емоційної регуляції, рівень тривоги та самооцінка. Наведені коефіцієнти дають змогу простежити не лише сам факт наявності зв'язку між змінними, а й його напрям і силу. Загалом результати свідчать про те, що найбільш значущими в контексті дослідження виявилися схеми покинутості, соціальної ізоляції, непосильних стандартів і недостатнього самоконтролю, оскільки саме вони демонструють найбільш виражені зв'язки з показниками адиктивності, труднощів емоційної регуляції, тривоги та самооцінки.

Передусім варто звернути увагу на схему покинутості. Вона виявляє помірно сильний позитивний зв'язок із загальною адикцією, де коефіцієнт кореляції становить 0,64, а також позитивний зв'язок із труднощами емоційної регуляції на рівні 0,58 і тривогою на рівні 0,52. Водночас зі самооцінкою зафіксовано від'ємний зв'язок, який дорівнює -0,48. Це означає, що зі зростанням вираженості переживань покинутості в респондентів посилюється схильність до залежної поведінки, зростають труднощі регуляції емоцій і рівень

тривоги, а самооцінка, навпаки, знижується. Така закономірність цілком узгоджується з психологічною логікою дослідження, оскільки страх втрати значущих стосунків і внутрішня нестабільність можуть підвищувати загальну емоційну вразливість особистості.

Ще більш виразні зв'язки спостерігаються щодо схеми соціальної ізоляції. Саме вона має один із найвищих коефіцієнтів кореляції із загальною адикцією – 0,71, а також досить сильний позитивний зв'язок із труднощами емоційної регуляції – 0,61. З рівнем тривоги ця схема також корелює позитивно, хоча дещо слабше, на рівні 0,45. Натомість зі самооцінкою зафіксовано помірний від'ємний зв'язок -0,55. Отримані результати свідчать про те, що переживання соціальної відокремленості, відчуження та відсутності належності до інших супроводжується підвищеною схильністю до адиктивної поведінки, більш вираженими труднощами емоційної регуляції, а також нижчим рівнем самооцінки. У психологічному сенсі це може означати, що соціальна ізоляція виступає важливим чинником внутрішнього неблагополуччя та посилює ризик дезадаптивних способів подолання напруження.

Таблиця 2.2.6 – Кореляційні зв'язки між ранніми дезадаптивними схемами та психологічними показниками

Ранні дезадаптивні схеми (YSQ)	Загальна адикція (Лозова)	Труднощі регуляції (DERS)	Тривога (BAI)	Самооцінка (Розенберг)
Покинутість (ab)	0,64**	0,58*	0,52*	-0,48*
Соціальна ізоляція (si)	0,71**	0,61**	0,45*	-0,55*
Самопожертва (ss)	0,42	0,35	0,38	-0,21
Непосильні стандарти (us)	0,55*	0,49*	0,62**	-0,39
Недостатній самоконтроль (is)	0,78**	0,72**	0,48*	-0,42

Джерело: розраховано автором.

Іншу картину демонструє схема самопожертви. Хоча всі коефіцієнти тут мають позитивний або від'ємний напрям, їхня сила є значно меншою. Зокрема, зв'язок із загальною адикцією становить 0,42, із труднощами регуляції – 0,35, із тривогою – 0,38, а зі самооцінкою – -0,21. Такі значення вказують на наявність певної тенденції, однак вона є слабшою і не має такого виразного психологічного значення, як у випадку інших схем. Отже, самопожертва, хоча й може бути пов'язана з окремими проявами внутрішньої напруги, не виступає одним із центральних чинників у структурі виявлених зв'язків.

Схема непосильних стандартів також виявила досить суттєві кореляції. Вона позитивно пов'язана із загальною адикцією на рівні 0,55, із труднощами емоційної регуляції – 0,49, а особливо помітно – із тривогою, де коефіцієнт становить 0,62. Зі самооцінкою спостерігається від'ємний зв'язок -0,39. Це дозволяє припустити, що надмірна вимогливість до себе, орієнтація на жорсткі стандарти й постійне прагнення відповідати завищеним вимогам супроводжуються зростанням внутрішньої напруги, тривожності та ускладненням емоційної саморегуляції. При цьому самооцінка в таких випадках має тенденцію до зниження, що може бути пов'язано з постійним невдоволенням собою і власними результатами.

Найсильніші кореляційні зв'язки у всій таблиці зафіксовані щодо схеми недостатнього самоконтролю. Вона має дуже високий позитивний зв'язок із загальною адикцією, що становить 0,78, а також із труднощами емоційної регуляції – 0,72. Крім того, вона позитивно пов'язана з тривогою на рівні 0,48 і від'ємно – зі самооцінкою на рівні -0,42. Це дає підстави вважати недостатній самоконтроль одним із найбільш значущих психологічних чинників у структурі досліджуваних зв'язків. По суті, чим сильніше в особистості виражені труднощі з самодисципліною, витримуванням обмежень і регуляцією власної поведінки, тим вищою є її схильність до адиктивних форм реагування, тим більшими є проблеми з емоційною регуляцією та тим нижчим виявляється рівень самооцінки.

Отже, результати кореляційного аналізу дають змогу стверджувати, що не всі ранні дезадаптивні схеми однаковою мірою пов'язані з психологічними показниками, які вивчалися в межах цього дослідження. Найбільш значущими виявилися схеми покинутості, соціальної ізоляції, непосильних стандартів і недостатнього самоконтролю, тоді як самопожертва продемонструвала значно слабші зв'язки. Загальна тенденція полягає в тому, що зростання вираженості проблемних схем супроводжується посиленням адиктивності, труднощів емоційної регуляції та тривоги, а також зниженням самооцінки. Це підтверджує припущення про те, що ранні дезадаптивні схеми є важливими внутрішніми психологічними чинниками, через які наслідки дитячого травматичного досвіду можуть виявлятися в дорослому віці.

У таблиці 2.2.7 подано результати порівняння показників у двох групах респондентів, які відрізняються за ступенем адиктивності, а саме у групі з високим рівнем адикції та у групі з низьким її рівнем. Для виявлення статистично значущих відмінностей між цими групами було використано U-критерій Манна-Вітні, що дозволяє оцінити, наскільки суттєво різняться показники за окремими психологічними характеристиками. Аналіз наведених даних свідчить про те, що респонденти з вищим рівнем адиктивності мають більш виражені негативні психологічні показники, ніж особи з низьким рівнем адикції.

Передусім це стосується схеми емоційної депривації. У групі з високою адикцією її середній показник становить 4,6, тоді як у групі з низькою адикцією він дорівнює 2,9. Значення U-критерію становить 18,5, а рівень значущості $p = 0,031$, що свідчить про статистично значущу різницю між групами. Це дає підстави припускати, що особи з більш вираженою схильністю до адиктивної поведінки частіше переживають дефіцит емоційної підтримки, тепла, прийняття та психологічної близькості. Інакше кажучи, внутрішнє відчуття незадоволеності базових емоційних потреб виявляється значно характернішим саме для групи з високою адиктивністю.

Таблиця 2.2.7– Порівняння рівнів дезадаптивних схем у групах з різним ступенем адиктивності

Назва схеми / показника	Група 1 (висока адикція)	Група 2 (низька адикція)	U-критерій Манна-Вітні	Рівень значущості (p)
Емоційна депривація (ed)	4,6	2,9	18,5	0,031
Труднощі регуляції (DERS)	102,4	72,1	12,0	0,008
Тривога (BAI)	18,5	8,2	15,5	0,015

Джерело: упорядковано автором.

Ще більш виразні відмінності простежуються за загальним показником труднощів емоційної регуляції. У групі з високою адикцією середній бал становить 102,4, тоді як у групі з низькою адикцією – 72,1. Отримане значення U-критерію дорівнює 12,0 при $p = 0,008$, що вказує на статистично значущу різницю на вищому рівні достовірності. Це означає, що респонденти з більш вираженою адиктивною поведінкою мають істотно більші труднощі у сфері розуміння, прийняття та регуляції власних емоцій. Такий результат є особливо важливим, оскільки він підтверджує припущення про значущу роль емоційної дисрегуляції як одного з психологічних механізмів, пов'язаних із формуванням адиктивних тенденцій.

Подібна закономірність спостерігається і щодо рівня тривоги. У групі з високою адикцією середній показник тривоги становить 18,5 бала, тоді як у групі з низькою адикцією – лише 8,2 бала. Значення U-критерію дорівнює 15,5 при $p = 0,015$, що також свідчить про статистично значущу різницю між групами. Отже, респонденти з високою адиктивністю демонструють значно

вищий рівень тривожності, ніж особи з низькою схильністю до залежної поведінки. Це може свідчити про те, що адиктивна поведінка для таких осіб частково виконує функцію неадаптивного способу зниження внутрішньої напруги, емоційного дискомфорту та тривожних переживань.

Таким чином, результати таблиці показують, що група з високим рівнем адиктивності достовірно відрізняється від групи з низьким рівнем за всіма трьома проаналізованими показниками. Для неї характерні вищий рівень емоційної депривації, більш виражені труднощі емоційної регуляції та вищий рівень тривоги. Це дає підстави стверджувати, що підвищена адиктивність пов'язана не лише з окремими поведінковими проявами, а й із глибшими емоційними та особистісними труднощами. Отримані результати підсилюють припущення про те, що адиктивна поведінка формується на тлі емоційного неблагополуччя, труднощів саморегуляції та фрустрації базових психологічних потреб.

Таблиця 2.2.8– Перевірка нормальності розподілу показників за критерієм Шапіро–Вілка

Змінна	Середнє (M)	Стандартне відхилення (SD)	W- статистика	p- value
Загальна адикція	18,2	4,1	0,88	0,034
Самооцінка	24,1	5,8	0,91	0,046

Джерело: розраховано за результатами перевірки нормальності розподілу показників за критерієм Шапіро–Вілка.

У таблиці 2.2.8 подано результати перевірки нормальності розподілу основних показників за критерієм Шапіро–Вілка, що дало змогу визначити, наскільки емпіричні дані відповідають умовам нормального розподілу та, відповідно, які методи статистичної обробки є доцільними для подальшого аналізу. У таблиці наведено два показники, а саме загальну адикцію та самооцінку, для яких подано середнє значення, стандартне відхилення, W-статистику та рівень значущості.

За показником загальної адикції середнє значення становить 18,2 бала, а стандартне відхилення дорівнює 4,1, що свідчить про певну варіативність результатів у межах вибірки. Значення критерію Шапіро–Вілка для цього показника становить 0,88 при $p = 0,034$. Оскільки рівень значущості є меншим за 0,05, це дає підстави стверджувати, що розподіл показника загальної адикції статистично відрізняється від нормального. Отже, для подальшого аналізу цього показника доцільно використовувати непараметричні методи статистики.

Подібна тенденція спостерігається і щодо самооцінки. Середнє значення за цим показником становить 24,1 бала, а стандартне відхилення дорівнює 5,8, що вказує на дещо ширший розкид результатів порівняно із загальною адикцією. Значення W-статистики для самооцінки становить 0,91 при $p = 0,046$. Оскільки це значення також є меншим за 0,05, розподіл самооцінки так само не відповідає критеріям нормального розподілу. Це означає, що використання параметричних критеріїв для аналізу цього показника не є достатньо обґрунтованим.

Таким чином, результати таблиці свідчать про те, що обидва досліджувані показники, а саме загальна адикція та самооцінка, мають розподіл, що відхиляється від нормального. Це є важливим з методичного погляду, оскільки саме така особливість отриманих даних обґрунтовує використання непараметричних статистичних процедур у подальшому аналізі, зокрема коефіцієнта рангової кореляції Спірмена та U-критерію Манна–Вітні. Отже, перевірка нормальності розподілу не лише уточнила статистичні характеристики вибірки, а й підтвердила коректність обраної логіки математичної обробки результатів.

У таблиці 2.2.9 подано таблицю спряженості, яка відображає співвідношення між рівнем тривоги та рівнем самооцінки в досліджуваній вибірці. Такий спосіб представлення результатів дає змогу побачити, як поєднуються між собою дві психологічно значущі характеристики, а саме тривожність і самооцінка, та простежити, чи супроводжується підвищення рівня тривоги зниженням самосприйняття респондентів.

Наведені дані свідчать про те, що серед респондентів із високою або середньою тривогою 4 особи мають низьку самооцінку, тоді як 6 осіб характеризуються середньою або високою самооцінкою. Загальна кількість респондентів у цій групі становить 10 осіб. Це означає, що саме в групі з вираженішою тривожністю частка осіб зі зниженою самооцінкою є досить помітною. Водночас більшість респондентів цієї групи все ж мають середню або високу самооцінку, що свідчить про те, що підвищена тривога не завжди автоматично супроводжується різким зниженням самосприйняття, однак досить часто з ним поєднується.

Таблиця 2.2.9– Таблиця спряженості: Рівень тривоги vs Рівень самооцінки (кількість осіб)

Рівень тривоги	Низька самооцінка	Середня / Висока самооцінка	Всього
Висока / Середня тривога	4	6	10
Низька / Норма	1	6	7

Джерело: упорядковано автором.

У групі респондентів із низькою тривогою або показниками в межах норми спостерігається дещо інша картина. Тут лише 1 особа має низьку самооцінку, тоді як 6 осіб характеризуються середньою або високою самооцінкою. Загальна кількість респондентів у цій групі становить 7 осіб. Таке співвідношення вказує на те, що за нижчого рівня тривожності знижена самооцінка трапляється значно рідше, а більш типовим є нормативне або позитивніше ставлення до себе.

Якщо порівняти обидві групи, то можна помітити певну тенденцію: зі зростанням рівня тривоги збільшується і частка осіб із низькою самооцінкою. Хоча в обох групах переважають респонденти із середньою або високою самооцінкою, у групі з більш вираженою тривожністю знижене самосприйняття представлене значно помітніше. Це дає підстави припускати наявність несприятливого поєднання між емоційною напругою та ставленням до себе,

коли підвищена тривога може супроводжуватися менш стійкою або більш вразливою самооцінкою.

Отже, дані таблиці дозволяють зробити висновок, що між рівнем тривоги та самооцінкою простежується змістовно важливий зв'язок. Особи з вищим рівнем тривоги частіше демонструють знижену самооцінку, тоді як серед респондентів із низькою тривожністю переважає середня або висока самооцінка. У контексті даного дослідження це є важливим, оскільки підтверджує доцільність розгляду тривоги та самооцінки як взаємопов'язаних психологічних чинників, що можуть бути залучені до формування загального емоційного неблагополуччя та пов'язані з іншими досліджуваними показниками.

Отже, результати емпіричного дослідження засвідчили, що у досліджуваній вибірці найбільш вираженими є окремі ранні дезадаптивні схеми, пов'язані з переживанням покинутості, соціальної ізоляції, самопожертви та непосильних стандартів, а також помірно виражені труднощі емоційної регуляції, середній рівень тривоги й переважно нормативна, але нестійка самооцінка. Водночас встановлені кореляційні зв'язки та міжгрупові відмінності підтверджують, що підвищення адиктивності супроводжується посиленням емоційної депривації, труднощів емоційної регуляції, тривоги та зниженням самооцінки, що дає підстави розглядати ці показники як взаємопов'язані психологічні чинники у структурі наслідків дитячої травматизації.

2.3. Психологічні особливості взаємозв'язку показників дитячої травми та схильності до адиктивної поведінки у дорослих

У межах цього дослідження психологічні наслідки дитячої травматизації розглядалися через систему ранніх дезадаптивних схем, які відображають стійкі емоційно-когнітивні способи переживання себе, інших людей і світу загалом. Саме тому аналіз взаємозв'язку показників дитячої травми та схильності до

адиктивної поведінки в дорослому віці доцільно здійснювати не ізольовано, а через поєднання кількох взаємопов'язаних блоків – ранніх схем, труднощів емоційної регуляції, рівня тривоги, самооцінки та загальної схильності до залежностей. Отримані результати дозволяють стверджувати, що цей зв'язок має не прямолінійний, а складний психологічно опосередкований характер.

Для конкретизації виявлених взаємозв'язків між показниками дитячої травматизації, ранніми дезадаптивними схемами, емоційною регуляцією, тривогою, самооцінкою та схильністю до адиктивної поведінки було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Вибір саме цього статистичного показника зумовлений тим, що окремі змінні не відповідали критеріям нормального розподілу, тому застосування непараметричного методу є більш коректним для інтерпретації отриманих результатів.

Таблиця 2.3.1 – Значення коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена між ранніми дезадаптивними схемами та психологічними показниками

Ранні дезадаптивні схеми	Загальна адикція	Труднощі емоційної регуляції	Тривога	Самооцінка
Покинутість	0,64**	0,58*	0,52*	-0,48*
Соціальна ізоляція	0,71**	0,61**	0,45*	-0,55*
Самопожертва	0,42	0,35	0,38	-0,21
Непосильні стандарти	0,55*	0,49*	0,62**	-0,39
Недостатній самоконтроль	0,78**	0,72**	0,48*	-0,42

Джерело: розраховано автором за результатами емпіричного дослідження.

Як видно з таблиці 2.3.1, найбільш тісні позитивні кореляційні зв'язки із загальною схильністю до адиктивної поведінки мають схеми недостатнього самоконтролю, соціальної ізоляції та покинутості. Найвищий коефіцієнт зафіксовано між недостатнім самоконтролем і загальною адикцією – 0,78, що свідчить про сильний прямий зв'язок між труднощами саморегуляції поведінки та схильністю до залежних форм реагування. Достатньо вираженим є також зв'язок соціальної ізоляції із загальною адикцією – 0,71, а також покинутості із загальною адикцією – 0,64.

Позитивні кореляції між ранніми дезадаптивними схемами та труднощами емоційної регуляції свідчать про те, що чим сильніше виражені наслідки несприятливого дитячого досвіду, тим більш помітними є труднощі в усвідомленні, контролі та регуляції емоційних станів. Найбільш виразний зв'язок у цьому блоці встановлено між недостатнім самоконтролем і труднощами емоційної регуляції – 0,72, а також між соціальною ізоляцією та труднощами емоційної регуляції – 0,61.

Окрему увагу привертає зв'язок ранніх дезадаптивних схем із тривогою. Найтісніший позитивний зв'язок виявлено між схемою непосильних стандартів і тривогою – 0,62. Це означає, що надмірна внутрішня вимогливість, страх помилки та постійне прагнення відповідати високим очікуванням супроводжуються підвищенням рівня тривожності.

Водночас зв'язки ранніх дезадаптивних схем із самооцінкою мають від'ємний характер. Це свідчить про те, що зі зростанням вираженості схем покинутості, соціальної ізоляції, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів рівень самооцінки знижується. Найбільш помітний зворотний зв'язок виявлено між соціальною ізоляцією та самооцінкою – -0,55, що підтверджує значення переживання відчуженості й неприйняття для формування негативного ставлення до себе.

Насамперед результати дослідження показали, що у вибірці найбільш вираженими виявилися схеми, пов'язані зі спрямованістю на інших, переживанням соціальної ізоляції, покинутості, емоційної депривації та непосильних стандартів. Особливо високими були показники за схемами самопожертви, підпорядкування, пошуку схвалення та непосильних стандартів. Це свідчить про те, що в досліджуваній групі достатньо поширеними є такі внутрішні установки, як орієнтація на зовнішнє схвалення, схильність ігнорувати власні потреби, труднощі емоційної автономії, а також підвищена самовимогливість. Водночас сам по собі високий рівень вираженості окремої схеми ще не означає її однакову роль у формуванні адиктивної поведінки. Це добре видно на прикладі схеми самопожертви, яка має високі середні

показники у вибірці, однак демонструє відносно слабші зв'язки із загальною адикцією, труднощами емоційної регуляції, тривогою та самооцінкою. Отже, психологічна значущість окремих схем визначається не лише рівнем їх поширеності, а й місцем у структурі взаємозв'язків із іншими показниками.

Найбільш виразний зв'язок із загальною схильністю до залежностей виявили схеми недостатнього самоконтролю, соціальної ізоляції та покинутості. Особливо показовим є коефіцієнт між недостатнім самоконтролем і загальною адикцією, який становить 0,78, що вказує на сильний позитивний зв'язок. Це означає, що зі зростанням труднощів самодисципліни, витримування внутрішніх обмежень і регуляції власної поведінки посилюється й схильність до залежної поведінки. Достатньо тісний зв'язок із загальною адикцією мають також соціальна ізоляція і покинутість, для яких коефіцієнти становлять відповідно 0,71 і 0,64. Така закономірність дає підстави припускати, що переживання відокремленості, емоційної нестачі та страху втрати значущих стосунків створюють психологічне підґрунтя для пошуку компенсаторних способів зниження напруги, одним із яких і може ставати адиктивна поведінка.

Не менш важливими є зв'язки між ранніми схемами та труднощами емоційної регуляції. Найсильніше з показником емоційної дисрегуляції пов'язаний недостатній самоконтроль, для якого коефіцієнт кореляції становить 0,72. Досить тісними є також зв'язки із соціальною ізоляцією, покинутістю та непосильними стандартами. Це означає, що труднощі у сфері емоційної регуляції не виникають самі по собі, а тісно вплетені у структуру більш глибоких особистісних утворень, сформованих на ґрунті несприятливого дитячого досвіду. Інакше кажучи, чим сильніше в дорослої людини виражені переживання покинутості, соціального відчуження, жорсткої внутрішньої вимогливості чи брак самоконтролю, тим важче їй усвідомлювати, витримувати й регулювати власні емоційні стани. Саме тому труднощі емоційної регуляції можна розглядати як один із центральних психологічних механізмів, через який наслідки дитячої травматизації пов'язані з адиктивністю.

Аналіз кореляцій також показав, що значущу роль у цій структурі відіграє тривога. Найтісніший позитивний зв'язок із рівнем тривоги має схема непосильних стандартів, де коефіцієнт становить 0,62. Це свідчить про те, що надмірна внутрішня вимогливість, страх не відповідати високим очікуванням і постійне прагнення до безпомилковості супроводжуються зростанням емоційної напруги. Позитивні зв'язки з тривогою виявлено також для схем покинутості, соціальної ізоляції та недостатнього самоконтролю. Отже, підвищена тривожність у межах даного дослідження виступає не випадковим супутнім явищем, а складовою ширшого психологічного комплексу, в якому поєднуються наслідки ранньої емоційної нестабільності, труднощі регуляції й схильність до залежної поведінки. Це підтверджується і результатами міжгрупового порівняння, де респонденти з високим рівнем адиктивності мають істотно вищі показники тривоги, ніж особи з низькою адиктивністю.

Окремої уваги потребує зв'язок ранніх дезадаптивних схем із самооцінкою. У всіх випадках, де зафіксовано більш помітні коефіцієнти, цей зв'язок має від'ємний характер. Найбільш виразно він простежується для соціальної ізоляції, покинутості, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів. Це означає, що зі зростанням вираженості цих схем рівень самооцінки знижується. У психологічному сенсі така закономірність є цілком зрозумілою, оскільки переживання емоційного відкинення, внутрішньої неповноцінності, соціальної відчуженості або постійної невідповідності власним стандартам підриває позитивне ставлення до себе. При цьому самооцінка, як показало дослідження, є не лише окремою особистісною характеристикою, а й важливим елементом загальної системи психологічної вразливості.

Порівняння груп із різним рівнем адиктивності додатково поглиблює розуміння цього взаємозв'язку. У групі з високою адикцією статистично значуще вищими виявилися показники емоційної депривації, труднощів емоційної регуляції та тривоги. Особливо показовою є різниця за загальним балом DERS, яка свідчить, що респонденти з більш вираженою схильністю до

залежностей значно гірше справляються з власними емоціями, ніж особи з низьким рівнем адиктивності. Так само більш високі показники тривоги в цій групі дають підстави вважати, що залежна поведінка може виконувати функцію неадаптивного способу подолання постійного внутрішнього напруження. Вищий рівень емоційної депривації у групі з високою адикцією ще раз підкреслює значення раннього досвіду браку емоційної підтримки та близькості у формуванні подальшої психологічної вразливості.

Важливо й те, що результати дослідження не дають підстав зводити зв'язок дитячої травми й адиктивної поведінки лише до одного окремого чинника. Навпаки, отримані дані свідчать про багаторівневий характер цього зв'язку. На особистісному рівні він виявляється через ранні дезадаптивні схеми, насамперед покинутість, соціальну ізоляцію, непосильні стандарти та недостатній самоконтроль. На емоційному рівні він проявляється через підвищену тривогу та труднощі емоційної регуляції. На рівні самосприйняття – через зниження самооцінки. Саме поєднання цих складників формує психологічний фон, на якому адиктивна поведінка може набувати для людини функції псевдокомпенсації, тимчасового зниження напруги або уникнення болісних переживань.

Таким чином, результати нашого дослідження дозволяють стверджувати, що психологічні особливості взаємозв'язку показників дитячої травми та схильності до адиктивної поведінки в дорослих полягають у тому, що найбільш значущими виявляються не стільки окремі травматичні переживання як такі, скільки їх закріплення у вигляді стійких ранніх схем, які згодом поєднуються з емоційною дисрегуляцією, тривожністю та зниженим самосприйняттям. Найбільш вразливими у цьому контексті є особи з вираженими переживаннями покинутості, соціальної ізоляції, емоційної депривації, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів. Саме така конфігурація показників створює найбільш сприятливі умови для формування і закріплення адиктивної поведінки як неадаптивного способу емоційного саморегулювання.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було організовано та проведено емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення зв'язку між показниками дитячої травми, схильністю до адиктивної поведінки, труднощами емоційної регуляції, рівнем тривоги та самооцінкою. За результатами аналізу встановлено, що у вибірці найбільш вираженими є схеми соціальної ізоляції, покинутості, самопожертви, підпорядкування та непосильних стандартів, а серед адиктивних тенденцій переважають загальна схильність до залежностей, комп'ютерна, любовна та харчова залежності.

Отримані результати також показали, що для респондентів характерні помірно виражені труднощі емоційної регуляції, середній рівень тривоги та переважно середній рівень самооцінки, хоча майже третина вибірки має її знижені показники. Кореляційний і порівняльний аналіз підтвердив, що підвищення вираженості окремих ранніх дезадаптивних схем пов'язане зі зростанням адиктивності, труднощів емоційної регуляції й тривоги, а також зі зниженням самооцінки. Це дає підстави розглядати дитячу травматизацію як важливий психологічний чинник, пов'язаний із формуванням адиктивної поведінки в дорослому віці.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ НАСЛІДКІВ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ У ДОРΟΣЛИХ ІЗ РИЗИКОМ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Теоретичні засади психологічної профілактики адиктивної поведінки у дорослих із досвідом дитячої травматизації

Психологічна профілактика адиктивної поведінки у дорослих із досвідом дитячої травматизації має спиратися не лише на загальні уявлення про залежності, а передусім на розуміння тих внутрішніх механізмів, через які травматичний досвід продовжує впливати на особистість у зрілому віці. У нашому дослідженні було встановлено, що найбільш вираженими виявилися схеми соціальної ізоляції, покинутості, самопожертви, підпорядкування та непосильних стандартів, а найбільш тісно з адиктивністю були пов'язані покинутість, соціальна ізоляція, недостатній самоконтроль і непосильні стандарти. Крім того, група з вищим рівнем адиктивності характеризувалася більшою емоційною депривацією, вищими труднощами емоційної регуляції та вищим рівнем тривоги. Це означає, що профілактична робота має бути спрямована не тільки на зниження ризику залежної поведінки як такої, а й на послаблення тих особистісних і емоційних передумов, які підтримують її формування.

У сучасній психологічній і психотерапевтичній практиці одним із базових орієнтирів для роботи з наслідками травми є травмоорієнтований підхід. У матеріалах Управління з питань психічного здоров'я і вживання психоактивних речовин США наголошується, що допомога особам із травматичним досвідом має будуватися навколо безпеки, передбачуваності, довіри, співпраці, підтримки з боку значущих інших і відновлення суб'єктної позиції людини. Для дорослих із ризиком адиктивної поведінки це має особливе значення, оскільки залежність нерідко формується в умовах, коли особистість не має достатнього

внутрішнього відчуття опори й безпеки. Відповідно, теоретичною основою профілактики в такому випадку є не тиск, не заборона і не моралізування, а створення таких психологічних умов, у яких людина поступово набуває досвіду емоційної стабільності, зрозумілості власних реакцій і контролю над своїм життям.

Важливе місце в обґрунтуванні профілактики займає схемоорієнтований підхід Джеффри Янга. У межах цієї концепції ранні дезадаптивні схеми розглядаються як стійкі самопідтримувальні емоційно-когнітивні утворення, що виникають унаслідок несприятливого дитячого досвіду та надалі визначають способи сприймання себе, інших людей і життєвих ситуацій. Сучасні огляди також показують позитивний зв'язок між активацією ранніх дезадаптивних схем і різними формами адиктивної поведінки. З огляду на результати нашого дослідження це означає, що психологічна профілактика має бути спрямована на послаблення саме тих схем, які виявилися найбільш психологічно значущими, а саме покинутості, соціальної ізоляції, емоційної депривації, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів. Практично це передбачає допомогу людині в розпізнаванні власних стійких внутрішніх установок, усвідомленні їхнього походження, відмежуванні актуальної реальності від травматичного досвіду минулого та формуванні більш гнучких і реалістичних способів реагування.

Ще однією важливою теоретичною підставою профілактики є уявлення про визначальну роль емоційної регуляції у підтриманні залежної поведінки. У систематичних оглядах і метааналізах, зокрема в працях Дженніфер Стеллерн, Ненсі Вайс та їхніх колег, показано, що люди з адиктивними розладами в середньому мають більш виражені труднощі емоційної регуляції, ніж особи без таких порушень, а емоційна дисрегуляція є важливою ланкою у зв'язку між травматичними переживаннями та вживанням психоактивних речовин. Саме тому результати нашого дослідження, де загальний рівень труднощів емоційної регуляції є середнім, але достовірно вищим у групі з високою адиктивністю, слід розглядати як аргумент на користь того, що профілактика має обов'язково

включати розвиток навичок емоційного усвідомлення, прийняття почуттів, витримування напруження, контролю імпульсивних реакцій і пошуку конструктивних способів самозаспокоєння [28, с. 423]. Інакше кажучи, доросла людина має отримати не тільки знання про ризики залежності, а й реальні психологічні засоби, які дозволяють їй обходитися без залежної поведінки як способу зменшення внутрішнього болю.

Не менш важливою є теорія прив'язаності, започаткована Джоном Боулбі й розвинена його послідовниками. У сучасних оглядах, зокрема в роботах Андреаса Шиндлера, підкреслюється, що ненадійна прив'язаність пов'язана з розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин, а вживання речовин або інші форми залежної поведінки можуть виконувати функцію своєрідного замітника емоційної підтримки. Для нашого дослідження це особливо важливо, оскільки саме схеми покинутості, соціальної ізоляції та емоційної депривації виявилися або дуже вираженими, або статистично значущо пов'язаними з адиктивністю. Отже, профілактика має включати відновлення досвіду безпечних стосунків, розвиток здатності звертатися по допомогу, формування чіткіших міжособистісних меж і зменшення страху емоційної близькості чи відкинення. У цьому сенсі профілактика адиктивної поведінки є водночас і профілактикою міжособистісної ізоляції, бо саме ізолюваність і дефіцит підтримки нерідко роблять залежну поведінку для людини психологічно привабливою.

Результати другого розділу також показали, що важливою ланкою в структурі ризику є тривога та самооцінка. У вибірці переважає середній рівень тривоги, а майже третина респондентів має низьку самооцінку. Водночас кореляційний аналіз виявив, що зі зростанням вираженості покинутості, соціальної ізоляції, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів самооцінка знижується, а тривога зростає. Це дає підстави вважати, що профілактична робота має бути спрямована не тільки на поведінковий контроль, а й на внутрішнє ставлення людини до себе. У дорослих із досвідом дитячої травматизації це означає поступове послаблення жорсткої

самокритики, зниження залежності від зовнішнього схвалення, формування реалістичнішого образу себе та зменшення катастрофічних очікувань. Особливої уваги потребують ті випадки, де висока самовимогливість поєднується з низькою емоційною прийнятністю себе, оскільки саме така комбінація, як показали наші дані, супроводжується вищою тривогою та більшою психологічною вразливістю.

Таким чином, теоретичні засади психологічної профілактики адиктивної поведінки у дорослих із досвідом дитячої травматизації мають будуватися на поєднанні травмоорієнтованого підходу, схемоорієнтованого розуміння особистості, теорії прив'язаності та сучасних уявлень про емоційну регуляцію. Однак у контексті нашого дослідження ці підходи набувають не абстрактного, а цілком конкретного змісту. Першочергової уваги потребують не всі можливі ризики однаковою мірою, а насамперед емоційна депривація, покинутість, соціальна ізоляція, недостатній самоконтроль, непосильні стандарти, труднощі емоційної регуляції, тривога та знижена самооцінка. Саме тому профілактика має бути спрямована на відновлення почуття психологічної безпеки, розвиток емоційної саморегуляції, зміцнення особистісної автономії, підтримку більш стабільного самосприйняття та формування неадиктивних способів подолання внутрішнього напруження. Лише за такої умови вона буде не формальною, а справді психологічно обґрунтованою і відповідатиме тим особливостям, які були виявлені в нашій вибірці.

3.2. Можливості психологічного консультування та психокорекції осіб із дитячою травмою й адиктивними проявами

Результати проведеного дослідження показали, що адиктивні прояви у дорослих не існують ізольовано, а поєднуються з певною системою ранніх дезадаптивних схем, труднощами емоційної регуляції, підвищеною тривогою та нестійкою самооцінкою. Найбільш вираженими виявилися схеми самопожертви, підпорядкування, пошуку схвалення, соціальної ізоляції,

покинутості та непосильних стандартів, а найтісніші зв'язки із загальною адикцією мали покинутість, соціальна ізоляція, недостатній самоконтроль і непосильні стандарти. Крім того, група з вищим рівнем адиктивності характеризувалася більш вираженою емоційною депривацією, вищим рівнем тривоги й більшими труднощами емоційної регуляції. Саме тому психологічне консультування і психокорекція в такому випадку мають бути спрямовані не лише на зовнішні прояви залежної поведінки, а на глибинні особистісні механізми, через які травматичний дитячий досвід продовжує впливати на дорослу людину.

Теоретичною основою такої роботи є уявлення про те, що адиктивна поведінка часто виконує для людини функцію неадаптивного самозаспокоєння, уникнення болісних переживань або короточасного зниження внутрішньої напруги. На це вказували Бессел ван дер Колк, Ганіс Едалаті, Марвін Кранк та інші дослідники, які розглядали залежну поведінку як один із можливих наслідків травматизації, емоційної дисрегуляції та порушень у сфері прив'язаності. У межах нашого дослідження така логіка також підтверджується: підвищення адиктивності супроводжувалося вищими показниками тривоги, труднощів регуляції емоцій та емоційної депривації. Це означає, що психологічна допомога має бути спрямована не тільки на припинення небажаної поведінки, а й на відновлення тих внутрішніх ресурсів, які дозволяють людині обходитися без залежного способу зниження напруги.

На початковому етапі психологічного консультування особливого значення набуває створення безпечного, передбачуваного й приймального простору взаємодії [2, с. 313; 25]. Для осіб із вираженими схемами покинутості, соціальної ізоляції та емоційної депривації це є не просто формальною умовою роботи, а її змістовною основою. У таких випадках консультативні стосунки частково виконують коригувальну функцію, оскільки дають людині досвід стабільного контакту, уважного ставлення, прийняття без осуду та послідовності. Саме на цьому наголошували Джон Боулбі й Мері Ейнсворт у межах теорії прив'язаності, а в пізніших психологічних і психотерапевтичних

підходах ця ідея була розвинена як необхідність формування безпечного терапевтичного зв'язку для осіб із досвідом ранньої емоційної нестабільності. У контексті нашого дослідження це особливо важливо, оскільки вираженість схем покинутості та соціальної ізоляції виявилася не лише високою, а й статистично пов'язаною з адиктивністю, труднощами емоційної регуляції та зниженням самооцінки.

Зміст консультування на початковому етапі доцільно будувати навколо психоосвіти, стабілізації та поступового усвідомлення власних психологічних механізмів. Людині важливо допомогти зрозуміти, що її адиктивні прояви не є ознакою слабкості чи «зіпсованості», а мають свою внутрішню історію і нерідко пов'язані з дитячим досвідом емоційної нестачі, відкинення або нестабільності. Такий підхід дозволяє зменшити самозвинувачення й створює основу для подальшої психокорекції. Особливу увагу тут слід приділяти зв'язку між емоційним станом і поведінкою. З огляду на наші результати, де у групі з вищою адиктивністю виявлено значно вищі труднощі емоційної регуляції, консультативна робота має допомогти клієнтові розпізнавати, у які моменти саме емоційне перевантаження, тривога, внутрішня порожнеча або самотність стають пусковими чинниками залежної поведінки.

На етапі глибшої психокорекційної роботи особливо перспективним є схемоорієнтований підхід Джеффри Янга [15, с. 888]. Його значення для нашого дослідження є очевидним, оскільки саме ранні дезадаптивні схеми були обрані як основний показник психологічних наслідків дитячої травматизації. Схеми покинутості, соціальної ізоляції, емоційної депривації, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів потребують не лише усвідомлення, а й поступового послаблення їхнього впливу на повсякденне життя людини [34, с. 523]. У практичній роботі це означає допомогу клієнтові в розпізнаванні власних автоматичних очікувань, наприклад переконання, що інші обов'язково покинуть, що справжньої близькості досягти неможливо, що свої потреби не мають значення, або що право на цінність треба постійно «заслужити» через надмірні вимоги до себе. Психокорекція в такому випадку передбачає

поступове формування більш реалістичних уявлень про себе, інших і стосунки, а також відпрацювання нових способів реагування замість звичних дезадаптивних сценаріїв.

Окремого значення набуває робота з емоційною регуляцією. У дослідженні було встановлено, що труднощі емоційної регуляції є не просто фоновим показником, а одним із центральних компонентів у структурі адиктивного ризику. Саме тому у процесі консультування і психокорекції доцільно формувати в клієнтів навички розпізнавання власних емоцій, їхнього прийняття, розмежування емоційного стану і поведінкової реакції, витримування напруги без негайного переходу до залежної дії. У цьому контексті особливо корисними є напрацювання Марші Лінеган, яка показала значення розвитку навичок емоційної саморегуляції, витримування стресу, контролю імпульсивних реакцій і міжособистісної ефективності [27]. У нашому дослідженні це має особливу вагу з огляду на високі зв'язки адикції з недостатнім самоконтролем та труднощами регуляції. Отже, психокорекція має бути спрямована на те, щоб людина навчилася не лише розуміти свої емоції, а й не діяти імпульсивно під їхнім впливом.

Не менш важливим напрямом є зниження рівня тривоги. За отриманими даними, у вибірці переважав середній рівень тривоги, а в групі з високою адиктивністю цей показник був достовірно вищим. Крім того, тривога виявила зв'язки з покинутістю, соціальною ізоляцією, непосильними стандартами та недостатнім самоконтролем. Це дає підстави включати до психокорекційної роботи елементи, спрямовані на зменшення тривожного реагування, послаблення катастрофічних очікувань, корекцію надмірної внутрішньої напруги та формування більш реалістичного сприйняття труднощів. У цьому аспекті важливими є підходи Аарона Бека, який показував роль дисфункційних переконань і тривожних інтерпретацій у підтриманні емоційного неблагополуччя. Для осіб із непосильними стандартами та підвищеною самокритикою це означає необхідність роботи не лише з тривогою як

симптомом, а й з її когнітивним підґрунтям, зокрема з жорсткими вимогами до себе та постійним очікуванням помилки, відкидання або невдачі.

Зважаючи на те, що у вибірці були виявлені також виражені схеми самопожертви, підпорядкування та пошуку схвалення, важливою складовою психокорекції є формування здоровіших міжособистісних меж. У таких випадках людина часто звикає орієнтуватися не на власні потреби, а на очікування інших, боїться втратити стосунок, уникає відкритого висловлення незгоди та надмірно залежить від зовнішньої оцінки. Хоча ці схеми не завжди демонстрували найсильніші кореляції з адиктивністю, вони створюють тло хронічного внутрішнього виснаження, пригнічення потреб і психологічної залежності від значущих осіб. Саме тому консультативна й психокорекційна робота має включати розвиток навичок самопідтримки, уміння відстоювати власні кордони, поступове зниження потреби у зовнішньому схваленні та визнанні, а також формування більшої автономії у стосунках.

Важливим напрямом залишається робота із самооцінкою. Наші результати показали, що майже третина респондентів має знижений рівень самооцінки, а низка схем демонструє з нею від'ємні зв'язки. Це означає, що для частини осіб із дитячою травмою й адиктивними проявами характерне нестійке або негативне ставлення до себе, відчуття меншовартості та схильність оцінювати себе через призму власних недоліків або зовнішніх оцінок. У психокорекційній роботі це потребує переходу від жорсткої самокритики до більш реалістичного і приймального ставлення до себе. У цьому контексті корисними є як когнітивні техніки переосмислення дисфункційних переконань, так і робота з емоційним досвідом, де людина вчиться не лише раціонально змінювати уявлення про себе, а й поступово проживати себе як цінну, гідну підтримки та права на помилку особистість.

У випадках, де адиктивні прояви вже мають відносно стійкий характер, доцільним є поєднання консультування з мотиваційною роботою. Вільям Міллер і Стівен Ролнік показали, що зміни в поведінці рідко бувають стійкими, якщо людина не проходить внутрішній шлях від заперечення до усвідомленої

готовності до змін [30]. Для осіб із дитячою травматизацією це особливо важливо, оскільки залежна поведінка часто виконує для них функцію психологічного захисту. Саме тому у роботі необхідно не тиснути на людину, а допомогти їй усвідомити подвійність власного ставлення до адиктивної поведінки: з одного боку, вона приносить короточасне полегшення, з іншого – підтримує внутрішню нестабільність, тривогу, залежність і самознецінення.

Отже, можливості психологічного консультування та психокорекції осіб із дитячою травмою й адиктивними проявами є достатньо широкими, однак їхня ефективність залежить від того, наскільки вони враховують індивідуальну структуру психологічної вразливості. Результати нашого дослідження показують, що така робота має орієнтуватися насамперед на послаблення схем покинутості, соціальної ізоляції, емоційної депривації, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів, на розвиток емоційної регуляції, зниження тривоги, зміцнення самооцінки та відновлення здоровіших міжособистісних меж. Саме такий підхід дозволяє розглядати психологічну допомогу не як поверхове усунення симптомів, а як глибоку корекцію тих внутрішніх умов, на ґрунті яких адиктивна поведінка виникає і закріплюється.

3.3. Практичні рекомендації щодо профілактики та зниження ризику адиктивної поведінки в дорослому віці

Практичні рекомендації щодо профілактики та зниження ризику адиктивної поведінки в дорослому віці мають спиратися не на абстрактні уявлення про залежності, а на ті психологічні закономірності, які були виявлені в нашому дослідженні. Отримані результати показали, що найбільш значущими в контексті адиктивного ризику виявилися схеми покинутості, соціальної ізоляції, емоційної депривації, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів. Водночас підвищена адиктивність поєднувалася з більшими труднощами емоційної регуляції, вищим рівнем тривоги та нижчими показниками самооцінки. Це означає, що профілактика має бути спрямована не

лише на попередження окремих форм залежної поведінки, а й на корекцію тих особистісних і емоційних передумов, які створюють ґрунт для її формування.

Насамперед доцільно рекомендувати раннє виявлення осіб групи ризику [6, с. 14-15]. У практичній роботі психолога це означає увагу до таких проявів, як хронічне відчуття емоційної самотності, страх відкинення, надмірна орієнтація на схвалення інших, виражена самокритика, труднощі самоконтролю та використання зовнішніх способів полегшення стану замість внутрішньої саморегуляції. У цьому аспекті особливо корисними є підходи Джеффри Янга, який показував, що ранні дезадаптивні схеми часто визначають спосіб реагування людини на стрес і міжособистісні труднощі вже в дорослому віці. З огляду на це профілактична робота має починатися з психологічного обстеження та своєчасного розпізнавання тих схем, які виявилися найбільш пов'язаними з адиктивністю у нашій вибірці. Чим раніше фахівець помітить домінування схем покинутості, соціальної ізоляції, емоційної депривації або недостатнього самоконтролю, тим більше шансів запобігти закріпленню залежної поведінки як звичного способу подолання напруження.

Другим важливим напрямом є розвиток навичок емоційної регуляції. Наше дослідження показало, що у групі з вищою адиктивністю труднощі емоційної регуляції були достовірно вищими, а кореляційний аналіз засвідчив тісний зв'язок між адиктивністю та окремими її порушеннями. Це дає підстави рекомендувати систематичну роботу з розпізнаванням емоцій, їхнім прийняттям, вербалізацією переживань, розвитком уміння витримувати напруження та відкладати імпульсивну реакцію. У цьому контексті вагомими є напрацювання Марші Лінеган, яка доводила, що зниження імпульсивності та формування навичок витримування емоційного дискомфорту зменшує ризик саморуйнівної поведінки. Для осіб із досвідом дитячої травматизації особливо важливо навчитися розрізняти саму емоцію й спосіб реагування на неї, оскільки саме змішування цих двох площин часто робить залежну поведінку психологічно привабливою.

Окремої уваги потребує профілактична робота з наслідками емоційної депривації, покинутості та соціальної ізоляції. Джон Боулбі та Мері Ейнсворт переконливо показали, що порушення ранньої прив'язаності залишають тривалий слід у способі переживання близькості, довіри й безпеки. У нашому дослідженні саме схеми покинутості й соціальної ізоляції мали одні з найтісніших зв'язків із загальною адикцією, труднощами емоційної регуляції та зниженням самооцінки. Це означає, що профілактика має бути спрямована на подолання внутрішньої ізолюваності, розвиток здатності встановлювати більш безпечні та стабільні стосунки, звертатися по підтримку і не шукати її заміни в адиктивній поведінці. Для таких осіб корисною є не лише індивідуальна робота, а й участь у підтримувальних групах, де можна отримати досвід прийняття, визнання й належності без необхідності пристосовуватися через самозречення чи залежність.

Не менш значущим напрямом є зниження надмірної самовимогливості та корекція жорстких внутрішніх стандартів. У нашому дослідженні схема непосильних стандартів була однією з найбільш виражених, а також демонструвала позитивний зв'язок із тривогою, труднощами емоційної регуляції та загальною адикцією. Це дозволяє стверджувати, що частина респондентів схильна жити в режимі постійного внутрішнього напруження, високих вимог до себе та хронічного невдоволення власними результатами. Аарон Бек у своїх працях показував, що жорсткі дисфункційні переконання нерідко підтримують емоційне неблагополуччя, тривогу та самознецінення. Тому практичні рекомендації мають передбачати поступове пом'якшення внутрішнього критика, формування більш реалістичних очікувань до себе, розвиток терпимішого ставлення до власних помилок та відмову від логіки, за якою право на цінність треба безперервно доводити. Для профілактики адиктивної поведінки це має принципове значення, оскільки саме виснаження від внутрішнього тиску нерідко підштовхує людину до пошуку швидкого полегшення.

З огляду на результати дослідження важливо також спрямовувати профілактичну роботу на зміцнення самооцінки. Хоча в цілому у вибірці переважав середній рівень самооцінки, майже третина респондентів мала її знижені показники, а низка схем виявила з нею від'ємні зв'язки. Це означає, що для частини дорослих із досвідом дитячої травматизації характерні нестійке самосприйняття, внутрішня невпевненість і залежність від зовнішнього схвалення. У цьому напрямі доречно спиратися як на когнітивний підхід Аарона Бека, так і на схемоорієнтовані ідеї Джеффри Янга, які дозволяють працювати не лише з окремими негативними думками про себе, а з глибшими внутрішніми переконаннями про власну нецінність, непотрібність або неспроможність. Профілактика в такому випадку має включати формування більш стійкого самоприйняття, розвиток внутрішніх критеріїв самооцінювання та зменшення залежності від оцінок інших людей[14; 38, с. 142–172].

Оскільки серед конкретних форм залежностей у нашому дослідженні найбільш вираженими виявилися комп'ютерна, любовна, харчова, алкогольна та трудова залежності, практичні рекомендації мають враховувати не лише загальний ризик адиктивності, а й її найімовірніші прояви. У випадку комп'ютерної залежності доцільно рекомендувати впорядкування режиму користування цифровими засобами, чітке розмежування часу праці й відпочинку, зменшення емоційної залежності від віртуального простору та розширення кола реальної активності. За наявності любовної залежності особливу увагу слід приділяти формуванню міжособистісних меж, зменшенню страху самотності та зміцненню внутрішньої автономії. Якщо ж ідеться про харчову або алкогольну залежність, то профілактична робота має бути спрямована на розпізнавання емоційних пускових чинників, які запускають відповідну поведінку, та на формування альтернативних способів зниження напруження. У випадку трудової залежності доцільно працювати з надмірною самовимогливістю, страхом бездіяльності, труднощами відпочинку та прив'язаністю власної цінності винятково до продуктивності.

Важливим напрямом профілактики є також зниження рівня тривоги. У нашому дослідженні більше половини респондентів мали середній або високий рівень тривоги, а в групі з високою адиктивністю цей показник був достовірно вищим. Це дає підстави розглядати тривогу як один із ключових чинників ризику. Практично це означає потребу у формуванні навичок заспокоєння, тілесного й дихального самовідновлення, зменшення катастрофічних очікувань, розвитку реалістичнішого сприйняття складних ситуацій та усвідомлення того, що сильні емоції є тимчасовими й не обов'язково вимагають негайного поведінкового розрядження [11, с. 33]. У цьому сенсі профілактика адиктивної поведінки є водночас і профілактикою хронічної тривожності, оскільки саме невміння витримувати постійне внутрішнє напруження часто робить залежну поведінку привабливою як спосіб швидкого полегшення.

Крім індивідуальної роботи, значущою є й психопросвітницька складова. Для дорослих із досвідом дитячої травматизації важливо розуміти, що адиктивна поведінка часто не є наслідком «слабкого характеру», а формується як неадаптивна відповідь на давній досвід емоційної нестачі, нестабільності чи хронічної напруги. На цьому наголошували Джудіт Герман і Бессел ван дер Колк, які розглядали травматичний досвід як такий, що зберігається не лише в пам'яті, а й у способах емоційного реагування та організації поведінки. Відповідно, просвітницька робота має допомагати людині побачити зв'язок між її дитячим досвідом, актуальними внутрішніми труднощами та ризиком залежної поведінки. Таке розуміння зменшує самозвинувачення й водночас підвищує відповідальність за зміни, бо людина починає бачити, що її поведінка має причини, але не є незмінною.

Отже, практичні рекомендації щодо профілактики та зниження ризику адиктивної поведінки в дорослому віці мають бути комплексними і спиратися на психологічний зміст отриманих у дослідженні результатів. Найбільшу увагу доцільно приділяти ранньому виявленню схем покинутості, соціальної ізоляції, емоційної депривації, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів, розвитку емоційної регуляції, зниженню тривоги, зміцненню самооцінки,

формуванню міжособистісних меж та опрацюванню найбільш імовірних форм залежної поведінки. Саме така побудова профілактичної роботи дозволяє впливати не лише на зовнішні прояви адиктивності, а на ті внутрішні психологічні умови, які підтримують її виникнення й закріплення у дорослому віці.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було обґрунтовано теоретичні засади психологічної профілактики адиктивної поведінки у дорослих із досвідом дитячої травматизації, розкрито можливості психологічного консультування та психокорекції, а також сформульовано практичні рекомендації щодо зниження ризику залежної поведінки. З урахуванням результатів нашого дослідження встановлено, що профілактична й корекційна робота має бути спрямована насамперед на послаблення наслідків емоційної депривації, покинутості, соціальної ізоляції, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів, а також на розвиток емоційної регуляції, зниження тривоги, зміцнення самооцінки й формування більш адаптивних способів подолання внутрішнього напруження.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі було теоретично обґрунтовано й емпірично досліджено особливості взаємозв'язку показників дитячої травми та схильності до адиктивної поведінки в дорослому віці. Відповідно до поставлених завдань сформульовано такі висновки.

1. У ході теоретичного аналізу з'ясовано, що дитяча травма в сучасній психології розглядається як складний і багатовимірний феномен, який охоплює не лише окремі психотравмувальні події, а й тривалий досвід емоційної депривації, покинутості, відкинення, порушення прив'язаності, насильства, нехтування потребами дитини та нестабільності значущих стосунків. Встановлено, що наслідки такого досвіду можуть зберігатися в дорослому віці у вигляді стійких когнітивно-емоційних утворень, труднощів саморегуляції, підвищеної тривожності, зниженої самооцінки та схильності до неадаптивних способів подолання внутрішньої напруги.
2. Визначено, що адиктивна поведінка є багатофакторним психологічним феноменом, який формується під впливом особистісних, емоційних, міжособистісних і поведінкових чинників та проявляється як неадаптивний спосіб зниження внутрішнього дискомфорту. Теоретичний аналіз показав, що її формування тісно пов'язане з переживанням емоційної нестачі, порушенням базового відчуття безпеки, труднощами емоційної регуляції, імпульсивністю, тривогою та нестійким самосприйняттям.
3. З'ясовано, що психологічний зв'язок між показниками дитячої травми та адиктивною поведінкою в дорослому віці реалізується через низку внутрішніх механізмів. До них належать ранні дезадаптивні схеми, труднощі емоційної регуляції, підвищена тривожність, зниження самооцінки, порушення прив'язаності та недостатній самоконтроль. Саме ці механізми забезпечують перехід від травматичного дитячого досвіду до залежного способу реагування в дорослому житті.

4. У процесі емпіричного дослідження було обґрунтовано й застосовано комплекс психодіагностичних методик, що дав змогу всебічно вивчити проблему. Для оцінки глибинних наслідків дитячої травматизації використано опитувальник ранніх дезадаптивних схем Дж. Янга, для діагностики схильності до різних видів залежностей – методику Г. Лозової, для дослідження труднощів емоційної регуляції – шкалу труднощів емоційної регуляції, для виявлення рівня тривоги – шкалу тривоги А. Бека, для оцінки самооцінки – шкалу М. Розенберга. Для математичної обробки результатів застосовано методи описової статистики, критерій Шапіро–Вілка, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, U-критерій Манна–Вітні та таблиці спряженості, що забезпечило методичну обґрунтованість отриманих висновків.

5. За результатами емпіричного дослідження встановлено, що у структурі ранніх дезадаптивних схем найбільш вираженими є схема непосильних стандартів, самопожертви, соціальної ізоляції, підпорядкування, покинутості та пошуку схвалення. Це свідчить про наявність у досліджуваній вибірці виражених переживань емоційної нестачі, соціального відчуження, підвищеної залежності від оцінки інших, схильності ігнорувати власні потреби та надмірної внутрішньої вимогливості. Серед адиктивних тенденцій найвищими виявилися показники загальної схильності до залежностей, комп'ютерної, любовної, харчової, алкогольної та трудової залежностей, що дає підстави говорити про переважання соціально прийнятних або повсякденних форм адиктивної поведінки. Також встановлено, що для вибірки характерні середній загальний рівень труднощів емоційної регуляції, середній рівень тривоги та переважно нормативний рівень самооцінки, хоча майже третина респондентів має її знижені показники.

6. Кореляційний і порівняльний аналіз підтвердив наявність статистично значущих взаємозв'язків між показниками дитячої травми, операціоналізованими через ранні дезадаптивні схеми, та схильністю до адиктивної поведінки. Найбільш тісні позитивні зв'язки із загальною адикцією виявили схеми недостатнього самоконтролю, соціальної ізоляції, покинутості

та непосильних стандартів. Ці ж схеми виявили зв'язки з труднощами емоційної регуляції, тривогою та зниженням самооцінки. Додатково встановлено, що група з вищим рівнем адиктивності достовірно відрізняється від групи з нижчим її рівнем більш вираженою емоційною депривацією, вищими труднощами емоційної регуляції та вищим рівнем тривоги. Отримані результати підтверджують, що дитяча травматизація пов'язана з адиктивною поведінкою не прямо, а через систему особистісних і емоційних порушень, які зберігаються у дорослому віці.

7. На підставі теоретичного та емпіричного аналізу розроблено практичні напрями психологічної профілактики та зниження ризику адиктивної поведінки в дорослому віці. Визначено, що така робота має бути спрямована насамперед на своєчасне виявлення осіб групи ризику, послаблення схем покинутості, соціальної ізоляції, емоційної депривації, недостатнього самоконтролю та непосильних стандартів, розвиток навичок емоційної регуляції, зниження тривоги, зміцнення самооцінки, формування здоровіших міжособистісних меж і пошук неадиктивних способів подолання внутрішнього напруження. Це дозволяє розглядати профілактику не як формальне запобігання залежності, а як цілісну психологічну допомогу, спрямовану на подолання глибинних наслідків дитячої травматизації.

Теоретичний аналіз і результати емпіричного вивчення дають підстави стверджувати, що показники дитячої травми є важливим чинником психологічної вразливості особистості та пов'язані зі схильністю до адиктивної поведінки в дорослому віці через ранні дезадаптивні схеми, труднощі емоційної регуляції, тривожність і самооцінку. Отримані результати можуть бути використані у практиці психологічного консультування, психокорекції та профілактичної роботи з дорослими, які мають досвід дитячої травматизації та ризик формування залежної поведінки

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бессел Ван дер Колк. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому / пер. з англ. І. Кривошеї. Київ : Наш Формат, 2021. 464 с.
2. Герман Джудіт. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.
3. Дзюба Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: зміст, особливості, наслідки. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ : Видавництво «Фенікс», 2012. Т. XII. Психологія творчості. Вип. 15. Част. II. С. 113–120.
4. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Діагностування поведінкових адикцій військовослужбовців : методичний посібник. Київ : ТОВ «7БЦ», 2024. ISBN 978-617-549-400-4.
5. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Профілактика поведінкових адикцій військовослужбовців : методичний посібник. Ч. 1. Київ : ТОВ «7БЦ», 2025. 209 с. ISBN 978-617-549-577-3.
6. Музиченко І. В. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. С. 14–15.
7. Овсяннікова Я. О. *Психологічна допомога дітям, які пережили психічну травму внаслідок надзвичайної ситуації*. Право і безпека. 2012. № 1. С. 317–321.
8. Основи глибинної психології: курс лекцій : навчальний посібник / уклад. Н. В. Гриньова. Умань : Візаві, 2013. С. 124.
9. Паливода Л. І. *Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проекціях*. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71). № 6. С. 68–72.

10. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакції людини на травматичну ситуацію. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/713132/1/Journal26-pages-43-47.pdf>(дата звернення: 10.04.2026 р.).
11. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
12. Титаренко Т. М. Психологія особистості : словник-довідник / за ред. П. П. Горностая. Київ : Рута, 2001. 320 с.
13. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.
14. Aloï M., Verrastro V., Rania M., Sacco R., Fernández-Aranda F., Jiménez-Murcia S., De Fazio P., Segura-Garcia C. The Potential Role of the Early Maladaptive Schema in Behavioral Addictions Among Late Adolescents and Young Adults. *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 10. Art. 3022. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03022>.
15. Ball S. A. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*. 1998. Vol. 23, No. 6. P. 883–891. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00057-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00057-2).
16. Beck A. T., Epstein N., Brown G., Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56, No. 6. P. 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>.
17. Beck A. T., Steer R. A. Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX : The Psychological Corporation, 1990.
18. Chapman D. P., Whitfield C. L., Felitti V. J., Dube S. R., Edwards V. J., Anda R. F. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*. 2004. Vol. 82, No. 2. P. 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>.

19. Dube S. R., Felitti V. J., Dong M., Chapman D. P., Giles W. H., Anda R. F. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*. 2003. Vol. 111, No. 3. P. 564–572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>.
20. Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., Koss M. P., Marks J. S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. Vol. 14, No. 4. P. 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8).
21. Ford J. D. Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis for Children: a 10-Year Update on Developmental Trauma Disorder. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2023. Vol. 16, No. 2. P. 403–418. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00415-4>.
22. Fuchshuber J., Unterrainer H. F. Childhood Trauma, Personality, and Substance Use Disorder: The Development of a Neuropsychanalytic Addiction Model. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 11. Art. 531. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00531>.
23. Grant J. E., Potenza M. N., Weinstein A., Gorelick D. A. Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2010. Vol. 36, No. 5. P. 233–241. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884>.
24. Gratz K. L., Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004. Vol. 26, No. 1. P. 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>.
25. Hyman S. M., Garcia M., Sinha R. Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2006. Vol. 32, No. 4. P. 655–664. <https://doi.org/10.1080/10623320600919193>.

26. Khantzian E. J. Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction*. 2013. Vol. 108, No. 4. P. 668–669. DOI: 10.1111/add.12004.
27. Linehan M. M. *DBT Skills Training Manual*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2015. 504 p. ISBN 9781462516995.
28. Mandavia A., Robinson G. G. N., Bradley B., Ressler K. J., Powers A. Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2016. Vol. 29, No. 5. P. 422–429. <https://doi.org/10.1002/jts.22131>.
29. McLaughlin K. A. Mechanisms linking childhood adversity with psychopathology: learning as an intervention target. *Behaviour Research and Therapy*. 2019. Vol. 118. P. 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.04.008>.
30. Miller W. R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2013. 482 p. ISBN 9781609182274.
31. Norman R. E., Byambaa M., De R., Butchart A., Scott J., Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*. 2012. Vol. 9, No. 11. Art. e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>.
32. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. 326 p.
33. Schindler A., Bröning S. A Review on Attachment and Adolescent Substance Abuse: Empirical Evidence and Implications for Prevention and Treatment. *Substance Abuse*. 2015. Vol. 36, No. 3. P. 304–313. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.983586>.
34. Shorey R. C., Stuart G. L., Anderson S. Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: a comparison with a non-clinical group. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2013. Vol. 44, No. 5. P. 522–527. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.12.001>.
35. Spinazzola J., van der Kolk B., Ford J. D. Developmental Trauma Disorder: A Legacy of Attachment Trauma in Victimized Children. *Journal of Traumatic Stress*. 2021. Vol. 34, No. 4. P. 711–720. <https://doi.org/10.1002/jts.22697>.

36. Stellern J., Xiao K. B., Grennell E., Sanches M., Gowin J. L., Sloan M. E. Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2023. Vol. 118, No. 1. P. 30–47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>.
37. Teicher M. H., Samson J. A. Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016. Vol. 57, No. 3. P. 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>.
38. Veldbrekht O., Zinchenko N., Tavrovetska N. Rosenberg Self-Esteem Scale: Ukrainian Adaptation and Psychometric Properties. *Insight: the Psychological Dimensions of Society*. 2025. No. 13. P. 142–172. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-7>.
39. World Health Organization. Addictive behaviour. URL: https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour#tab=tab_1 (дата звернення: 16.04.2026).
40. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). 2020. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-%28ace-iq%29> (дата звернення: 16.04.2026).
41. World Health Organization. Child maltreatment. 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (дата звернення: 15.04.2026).
42. Yalcin O., Lee C., Correia H. Factor Structure of the Young Schema Questionnaire (Long Form-3). *Australian Psychologist*. 2020. Vol. 55, No. 5. P. 546–558. <https://doi.org/10.1111/ap.12458>.
43. Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York : Guilford Press, 2003. 436 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

YSQ – L3

ІНСТРУКЦІЯ: Нижче наводяться твердження, які Ви можете використати для опису себе. Будь ласка, прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки добре воно описує Вас. Якщо Ви невпевнені щодо найкращого варіанту відповіді, то нехай Ваша відповідь буде ближча до того, що Ви емоційно, аніж раціонально, відчуваєте є більш правдивим.

Якщо хочете, то змініть формулювання твердження так, щоб воно було навіть ще точнішим описом Вас (але не змінюйте початкового змісту твердження).

ПРИКЛАД: А. 4 Я переживаю, що не сподобаюсь важливим для мене людям.

Потім виберіть найбільш відповідну оцінку за шкалою від 1 до 6, що описує Вас (включаючи Ваші перефразування), а обрану Вами цифру впишіть у клітинку перед кожним твердженням (або ж у додатковий бланк для запису результатів).

ШКАЛА. 1 = абсолютно не відповідає мені

2 = в основному не відповідає мені

3 = більше вірно, ніж невірно. 4 = в міру відповідає мені

5 = переважно відповідає мені

6 = досконало описує мене

1. У моєму житті не було людей, які б розуміли і відповідали на мої емоційні потреби.
2. Я не отримав (-ла) достатньо любові та уваги.
3. Здебільшого, у мене не було нікого, хто б дав мені пораду, або підтримав емоційно.
4. Переважно у мене не було нікого, хто б турбувався про мене, з ким я б міг розділити свій внутрішній світ, хто б щиро цікавився тим, що зі мною відбувається.

5. Більшу частину мого життя у мене не було нікого, хто б хотів мати зі мною близькі стосунки і проводити зі мною багато часу.
6. Здебільшого в мене не було нікого, хто б давав тепло, підтримку і любов.
7. Більшу частину мого життя я не відчував (-ла), що я є особливим (-ою) для когось.
8. Здебільшого в мене не було нікого, хто б справді слухав мене, розумів мене або був зацікавлений моїми справами чи почуттями.
9. Дуже рідко у моєму житті був хтось, хто міг би дати мені добру пораду чи підказку, коли я не був (-ла) впевнений (-а), що робити.
- *ed
10. Я переживаю, що люди, яких я люблю, скоро помруть, навіть якщо не має загрози їх здоров'ю та благополуччю з медичної точки зору.
11. Я помічаю, що «прилипаю» до близьких мені людей тому, що боюся, що вони покинуть мене.
12. Я переживаю, що близькі мені люди покинуть/відкинуть мене.
13. Я відчуваю, що мені не вистачає джерела стабільної емоційної підтримки.
14. Я не вважаю, що важливі стосунки триватимуть довго, я очікую, що вони завершаться.
15. Я почуваюсь узалежним (-ою) від стосунку з людьми, які не можуть справді зобов'язатися до тривалих, відповідальних стосунків зі мною.
16. Зрештою, я все одно буду один (-на).
17. Коли я відчуваю, що хтось, кого я люблю, віддаляється від мене, я впадаю у відчай.
18. Інколи я настільки переживаю, що люди покинуть мене, що сам (-а) відкидаю їх.
19. Я засмучуюсь, коли хтось залишає мене самого (-у), навіть на короткий проміжок часу.

20. Я не можу розраховувати на людей, якщо вони не можуть бути постійно присутніми у моєму житті – регулярної присутності мені замало.

21. Я не можу дозволити собі сильно зближуватись з іншими людьми тому, що я не впевнений (-а), що цей стосунок буде стійким і вони завжди будуть поруч.

22. Виглядає так, що важливі люди в моєму житті завжди приходять і відходять.

23. Я дуже переживаю, що люди, яких я люблю, знайдуть когось іншого, хто їм буде подобатись більше, ніж я, і покинуть мене.

24. Близькі мені люди завжди були дуже непередбачуваними: в один момент вони поряд зі мною, привітні, а в інший – вони розгнівані, засмучені, егоцентричні та конфліктні.

25. Я настільки потребую інших людей, що переживаю, що втрачу їх.

26. Я не можу бути собою чи виявляти, що я насправді відчуваю, інакше важливі для мене люди покинуть мене.

*ab

27. Я вважаю, що люди мають намір використати мене задля власних потреб.

28. Я часто відчуваю, що повинен (-на) захищати себе від інших.

29. Я відчуваю, що не можу втрачати пильність в присутності інших людей, інакше вони навмисно зроблять мені боляче.

30. Якщо хтось добре до мене ставиться, то я припускаю, що він/вона має якісь приховані наміри.

31. Мене обов'язково хтось зрадить, це лиш питання часу.

32. Більшість людей думають тільки про себе.

33. Я маю великі труднощі з довірою до людей.

34. Я часто маю підозри щодо мотивів інших людей.

35. Люди дуже рідко є чесними; вони зазвичай не є тими, за кого себе видають.

36. Зазвичай я шукаю приховані мотиви у діях людей щодо мене.
37. Якщо я думаю, що хтось збирається завдати мені болю, то намагаюся завдати болю першим (-ою).
38. Як правило, я повинен (-на) ретельно перевірити людей перед тим, як зможу їм довіряти.
39. Я влаштовую «перевірки» іншим людям, щоб переконатися в тому, що вони говорять правду і мають добрі наміри.
40. Я живу за правилом «Контролюй інших, інакше вони контролюватимуть тебе».
41. Я починаю злитись, коли думаю про те, як жорстоко зі мною поводитися люди в моєму житті.
42. У моєму житті близькі мені люди використовували мене задля досягнення власних цілей чи задоволення власних потреб.
43. Я зазнав (-ла) фізичного, емоційного або сексуального насильства з боку важливих людей в моєму житті.
- *ma
44. Я не такий (-а) як всі.
45. Я абсолютно відрізняюсь від інших людей.
46. Я нікому не належу; я самотник.
47. Я відчуваю відчуженість (-ою) від інших людей.
48. Я відчуваю ізоляцію (-ою) і самотність (-ьою).
49. Я завжди відчуваюся поза групою.
50. Ніхто по-справжньому мене не розуміє.
51. Моя сім'я завжди відрізнялась від сімей навколо нас.
52. Іноді я відчуваюся інопланетянином.
53. Якщо мене завтра не стане, то ніхто цього не помітить.
- *si
54. Жоден (-на) чоловік/жінка, з якою я хочу бути, не зможе розвивати подальші стосунки і хотіти бути зі мною, якщо дізнається про мої недоліки і вади.

55. Ніхто, хто мені дуже подобається, не залишився б поруч зі мною, якби пізнав мене справжнього (-ю).
56. За своєю суттю я недосконалий (-а) і дефективний (-а).
57. Немає значення скільки я стараюсь, я відчуваю що мені не вдається здобути достойного (-у) чоловіка/жінку, який (-а) би поважав мене і вважав (-ла) мене цінним (-ою).
58. Я недостойний (-на) любові, поваги та уваги від інших.
59. Я відчуваю, що я невартий (-а) любові.
60. Я є людиною, яку неможливо прийняти такою, якою вона є – тож я не можу відкриватися перед іншими людьми.
61. Якби люди дізналися про мої основні недоліки, то я не міг (могла) б дивитися їм в очі.
62. Коли я подобаюсь людям, то почуваюся так, ніби я їх обманюю.
63. Я часто помічаю, що мене тягне до людей, які критикують або відкидають мене.
64. У мене є особисті таємниці і я не хочу, щоб близькі люди дізнались про них.
65. Це моя вина, що батьки не любили мене достатньою мірою.
66. Я не дозволяю людям пізнати мене справжнього (-ю).
67. Один з найбільших страхів це той, що мої недоліки будуть виявлені.
68. Я не можу зрозуміти, як хтось може мене любити.
- *ds
69. Майже нічого з того, що я роблю на роботі (чи в навчанні), я не роблю настільки добре, як це можуть зробити інші люди.
70. Я некомпетентний (-а), коли мова йде про досягнення у праці чи навчанні.
71. Інші люди є більш здібними від мене у сфері роботи (чи навчання) тому й вони можуть чогось, на відміну від мене, досягнути у житті.
72. Я невдаха.

73. Я не настільки талановитий (-а) в роботі (чи навчанні), як інші люди.

74. Я не настільки розумний (-а), як інші люди, якщо мова йде про роботу (чи навчання).

75. Я відчуваюся приниженим (-ою) через мої недоліки та невдачі на роботі (у навчанні).

76. Мені часто соромно знаходитись поряд з іншими людьми, тому що я не рівня їм за тим, чого досяг у житті.

77. Я часто порівнюю мої досягнення з досягненнями інших людей і відчуваю, що інші люди набагато успішніші за мене.

*fa

78. Я не відчуваю, що здатний (-а) самостійно давати собі раду у повсякденному житті.

79. Я потребую інших людей, щоб справлятися зі всім.

80. Я не відчуваю, що можу впоратися самостійно з вимогами щоденного життя.

81. Я переконаний (-а), що інші люди можуть краще потурбуватися про мене, ніж я сам (-а) про себе.

82. Мені важко братися за нові завдання поза роботою, якщо поряд не буде когось, хто б мене супроводжував.

83. Я вважаю себе особою, залежною від інших, якщо мова йде про щоденне функціонування.

84. Я псую все, за що беруся, навіть поза межами роботи (навчання).

85. Я нездібний (-а) у більшості сферах мого життя.

86. Якщо я покладатимусь на власний розсуд у повсякденних ситуаціях, то прийму неправильне рішення.

87. Мені не вистачає практичних знань та вмінь необхідних для щоденного життя.

88. Я не можу покладатися на власні судження в щоденних ситуаціях.

89. Я не маю впевненості у своїй здатності вирішувати щоденні проблеми, які виникають.

90. Я відчуваю, що потребую когось, на кого можу покластися, хто б давав мені поради у практичних питаннях.

91. Я відчуваю себе більше дитиною, ніж дорослим, коли йдеться про виконання повсякденних обов'язків.

92. Для мене давати собі раду самостійно з викликами та завданнями щоденного життя є надто великим стресом.

*di

93. Я не можу позбутися відчуття, що має трапитись щось погане.

94. Я відчуваю, що катастрофа (природня, кримінальна, фінансова або зі здоров'ям) може трапитись в будь-який момент.

95. Я переживаю, що можу стати безхатченком, опинитися на вулиці.

96. Я переживаю, що на мене хтось нападе.

97. Я вдаюся до значних запобіжних заходів, щоб уникнути хвороби чи травм, нещасних випадків.

98. Я переживаю, що у мене розвивається серйозна хвороба, навіть попри те, що нічого серйозного лікарі не виявили при обстеженні.

99. Я є ляклива людина.

100. Я занадто хвилююсь про погані речі, які відбуваються у світі: злочини, забруднення навколишнього середовища і т.п.

101. Я переживаю, що можу зійти з розуму.

102. Я переживаю, що в мене буде панічна атака.

103. Я часто переживаю, що в мене може бути серцевий напад або рак, навіть якщо для цього існують дуже незначні медичні підстави.

104. Я відчуваю, що світ є небезпечним місцем.

*vu

105. Я не був (-ла) в змозі відокремитись від батьків так, як це зробили інші люди мого віку.

106. Як мої батьки, так і я, ми маємо тенденцію до того, щоб надмірно перейматися життям та проблемами одні одних.

107. Мені та моїм батькам дуже важко приховувати інтимні подробиці одні від одних, не відчуючи себе винними або зрадженими.

108. Моїм батькам та мені потрібно розмовляти одні з одними майже щодня, інакше хтось з нас почуватиметься винним, зраним, розчарованим або самотнім.

109. Я часто відчуваю, що не маю відокремленої ідентичності від моїх батьків чи від мого партнера.

110. Я часто відчуваю, що мої батьки визначають моє життя – і я не маю власного.

111. Мені дуже важко утримувати будь-яку дистанцію в стосунку з близькими мені людьми; мені складно в будь-який спосіб відчувати себе окремим людиною.

112. Я настільки відчуваю себе пов'язаним (-ою) з моїм партнером чи батьками, що мені важко відділити себе від них, визначити, ким я є сам по собі і чого хочу.

113. Мені важко відокремити мою точку зору чи думку від точки зору моїх батьків чи партнера.

114. Я часто відчуваю, що в стосунку з батьками чи моїм партнером не існує межі, яка би відділяла простір мого приватного життя – щодо них у мене немає жодних кордонів.

115. Я відчуваю, що моїм батькам є або було б дуже боляче, якби я жив (-ла) своїм життям, далеко від них.

*eu

116. Я дозволяю іншим людям, щоб було так, як вони хочуть, тому що я боюся наслідків.

117. Я вважаю, що якщо я роблю те, що хочу, то цим самим просто напрошуюсь на неприємності.

118. Я думаю, що в мене немає вибору і я змушений (-а) задовольняти бажання інших, інакше вони мене відкинуть.

119. У стосунках я надаю іншій особі право вирішального голосу у прийнятті рішень.

120. Я завжди дозволяв (-ла) іншим приймати рішення за мене, тож я дійсно не знаю, чого хочу для себе.

121. Я відчуваю, що важливі рішення в моєму житті не були справді прийняті мною.

122. Я постійно намагаюся догодити людям, щоб вони не відкинули мене.

123. Для мене є великою трудностю вимагати, щоб мої права поважали, а також, щоб зважали на мої почуття.

124. Я невиразно виявляю людям своє незадоволення замість того, щоб прямо проявити свою злість чи незадоволення.

125. Я прикладаю набагато більше зусиль, ніж інші люди, щоб уникнути прямої суперечки/конфронтації з іншими людьми.

*sb

126. Я ставлю потреби інших вище від своїх, бо інакше я почуватимусь винним (-ою).

127. Я почувуюся винним (-ою), коли засмучую або розчаровую інших.

128. Я більше віддаю людям, ніж отримую взамін.

129. Вкінці-кінців, зазвичай, на мене лягає турбота про близьких людей.

130. Не існує майже нічого, чого б я не міг (могла) терпіти, якщо я когось люблю.

131. Я є доброю людиною, тому що турбуюсь про інших більше ніж, про себе.

132. На роботі я, зазвичай, добровільно виконую додаткові завдання в позаробочий час.

133. Не має значення, наскільки я зайнятий (-а), я завжди знайду час для інших.
134. Я можу жити на мінімальних засобах для існування, бо мої потреби дуже незначні.
135. Я щасливий (-а) лише тоді, коли всі навколо мене щасливі.
136. Я настільки зайнятий (-а) турботою про інших, що майже не маю часу для себе.
137. Я завжди вислуховую проблеми інших.
138. Мені комфортніше дарувати подарунки, ніж отримувати.
139. Інші люди вважають, що я занадто багато роблю для інших, і недостатньо для себе.
140. Незалежно від того, скільки я даю, я завжди відчуваю, що це недостатньо.
141. Якщо я роблю те, що хочу, то почуваюся некомфортно.
142. Мені дуже важко просити інших турбуватися про мої потреби.
- *ss
143. Я переживаю, що втрачу контроль над своїми діями.
144. Я переживаю, що можу завдати комусь серйозної фізичної або емоційної шкоди, якщо мій гнів вийде з-під контролю.
145. Я вважаю, що повинен (-на) контролювати свої емоції та імпульси, інакше трапиться щось погане.
146. В мені є багато гніву і почуття образи, яких я не виявляю.
147. Я занадто сором'язливий (-а), щоб показувати свої позитивні почуття до інших (напр., прихильність, турботу).
148. Мені соромно висловлювати свої почуття до інших.
149. Мені важко бути теплим (-ою) і спонтанним (-ою).
150. Я настільки контролюю себе, що люди думають, що я неемоційний (-а).
151. Люди вважають мене емоційно скутим (-ою).

*ei

152. Я повинен (-на) бути найкращим (-ою) в тому, що роблю; «друге місце» неприйнятне для мене.
153. Я намагаюся тримати все в ідеальному порядку.
154. Я постійно мушу виглядати якнайкраще.
155. Я намагаюсь робити все якнайкраще; мені замало, щоб було просто “достатньо добре”.
156. Мені потрібно стільки всього зробити, що зовсім не залишається часу для відпочинку.
157. Нічого з того, що я роблю, не є достатньо добрим; я завжди можу зробити краще.
158. Я повинен (-на) виконувати всі свої обов’язки.
159. Я відчуваю на собі постійний тягар обов’язків та справ, які маю завершити на належному рівні.
160. Мої стосунки страждають, тому що я надто багато часу приділяю виконанню своїх обов’язків.
161. Я настільки хочу зробити все добре, а тому перепрацьовую, що це відображається на моєму здоров’ї.
162. Я часто жертвую своїм щастям та задоволенням, задля того, щоб довести справи до належного рівня виконання.
163. Коли я помиляюсь, то заслуговую на сувору критику.
164. Я не можу так легко звільнити себе від відповідальності чи пробачити собі свої помилки.
165. Я дуже конкурентна особистість.
166. Я надаю велике значення грошам і статусу.
167. Судячи по моїй поведінці, я завжди повинен (-на) бути «номер один».
- *us
168. Мені дуже важко прийняти відповідь “ні”, коли я когось про щось прошу.

169. Мене часто злять або дратують ситуації, коли я не можу отримати те, чого хочу.

170. Я особливий (-а), і тому на мене не поширюються багато обмежень і заборон, які накладаються на інших людей.

171. Я ненавиджу, коли мене обмежують або не дають мені робити те, що я хочу.

172. Я вважаю, що не повинен (-на) дотримуватись певних правил чи норм так, як це роблять інші люди.

173. Я вважаю, що те, що можу запропонувати я, є ціннішим від того, що можуть запропонувати інші.

174. Я, зазвичай, ставлю мої потреби вище від потреб інших.

175. Я часто помічаю, що настільки зайнятий (-а) своїми справами, що не маю часу для друзів чи сім'ї.

176. Люди часто говорять мені, що я надмірно контролюю спосіб, в який виконуються завдання.

177. Я дуже дратуюсь, коли люди не роблять те, що я їх прошу.

178. Я не можу терпіти, коли інші говорять мені, що робити.

*et

179. Мені надзвичайно важко припинити вживати алкоголь, курити, переїдати чи відмовитись від інших шкідливих звичок.

180. Мені важко організувати себе, щоб завершити рутинне або нудне завдання.

181. Я часто дозволяю собі проявити такі емоції чи імпульсивні реакції, які спричиняють мені проблеми або ранять інших людей.

182. Якщо я не можу досягнути мети, то швидко розчаровуюсь і відмовляюсь від неї.

183. Мені важко пожертвувати миттєвим задоволенням задля досягнення довготривалої мети.

184. Часто буває так, що коли я починаю злитись, то вже не можу себе контролювати.
185. Я маю схильність виконувати надто багато роботи, навіть якщо знаю, що для мене це погано.
186. Я дуже швидко знуюсь, втрачаю інтерес.
187. Якщо виявляється, що завдання важке, я, зазвичай, не завершую його до кінця.
188. Я не можу довго концентруватись на чомусь.
189. Я не можу змушувати себе робити речі, які не приносять мені задоволення, навіть якщо я знаю, що це заради мого добра.
190. Я виходжу з себе навіть через найменшу образу.
191. Мені рідко вдавалося притримуватись мого рішення.
192. Я майже ніколи не стримую себе від прояву моїх справжніх почуттів та емоцій, незалежно від того, чого мені це буде коштувати.
193. Я часто дію імпульсивно, про що пізніше шкодую.
- *is
194. Для мене важливо подобатись майже всім моїм знайомим.
195. Я підлаштовуюсь під тих, з ким перебуваю для того, щоб більше їм подобатись.
196. Я прикладаю великих зусиль для того, щоб мене прийняли, щоб мене поважали.
197. Моя самооцінка переважно ґрунтується на думці інших людей про мене.
198. Гроші і знайомства з важливими людьми додають мені почуття власної цінності.
199. Я багато часу приділяю своєму зовнішньому вигляду, щоб люди оцінили мене.
200. Досягнення є більш цінними для мене, якщо їх хтось помічає.
201. Я настільки зосереджений (-на) на тому, щоб бути як всі, що інколи не знаю, ким я є.

202. Мені важко ставити власні цілі, не беручи до уваги думку інших про мій вибір.
203. Коли я думаю про важливі рішення в моєму житті, то бачу, що у їх прийнятті для мене було ключовим, щоби ці рішення були схвалені іншими людьми.
204. Навіть якщо мені хтось не подобається, я все одно хочу подібатись тій особі.
205. Я почуваюсь менш важливим (-ою), якщо не отримую багато уваги від інших.
206. Якщо я виступаю на засіданні або якщо мене представлено на зборах, то я очікую схвалення і визнання.
207. Похвала і компліменти дають мені відчуття цінності.
*as
208. Навіть якщо все йде добре, я думаю, що це тимчасово.
209. Якщо стається щось добре, я хвилююсь, що після цього може статись щось погане.
210. Неможливо бути надмірно ретельним; майже завжди щось піде не так.
211. Незважаючи на те, як багато я працюю, я боюсь фінансового краху.
212. Я хвилююсь, що неправильне рішення може призвести до катастрофи.
213. Я часто надмірно переймаюсь через незначні рішення, тому що думаю, що їх наслідки можуть бути дуже серйозними.
214. Я почуваюся краще, коли подумки готую себе до того, що мені нічого не вийде, аніж робити щось, а потім бути розчарованим, якщо щось піде не так.
215. Я концентруюсь більше на негативних моментах та подіях життя, ніж на позитивних.
216. Я більше песиміст, ніж оптиміст.
217. Близькі мені люди вважають, що я надмірно за все переживаю.

218. Якщо люди занадто захоплені чимось, мені стає незручно і я відчуваю, що маю застерегти їх про те, що щось може піти не так.

*пр

219. Якщо я роблю помилку, то заслуговую на покарання.

220. Якщо я не стараюсь з усіх сил, мені слід очікувати невдачі.

221. Мені немає пробачення, якщо я зроблю помилку.

222. Люди, які не виконують чесно свою частину роботи, повинні бути покарані.

223. Здебільшого, я не приймаю виправдань інших. Вони просто не хочуть взяти на себе відповідальність і

«заплатити» за наслідки.

224. Якщо я не виконую роботу добре, то повинен (-на) постраждати від наслідків.

225. Я часто думаю про помилки, які зробив (-ла), і відчуваю злість на себе.

226. Коли люди роблять щось погане, мені важко сказати “я тобі пробачаю і давай забудемо про це”.

227. Я тримаю образу навіть після того, як людина попросила пробачення.

228. Мене дратує, коли я бачу, що людині все дуже легко сходить з рук.

229. Мене дратує, коли люди виправдовуються або звинувачують інших у своїх проблемах.

330. Немає значення, чому я зробив (-ла) помилку; коли я роблю щось не так, я маю за це заплатити.

331. Я часто собі докоряю за багато речей, які я зробив (-ла) не так.

332. Я погана людина, яка заслуговує на покарання.

Таблиці для обробки результатів YSQ – L3

Опитувальник ранніх дезадаптивних схем Янга

Таблиця 1. Узагальнення результатів за схемами

Назва схеми (скорочено)	YS Q код	Номер пункту YSQ (всього пунктів)	Кількість тверджен ь, які Ви оцінили:			Ваша загальна кількість балів для цієї схеми (у дужках вказана максимальн о можлива)	Оцінка цього показник а
			4	5	6		
ЗРАЗОК	xx	300–309 (10)	1	2	2	1x4 + 2x5 + 2x6 = 26 (60)	високий
Схема емоційної депривації	ed	1–9 (9)				(54)	
Схема покинення/нестабільно сті стосунків	ab	10–26 (17)				(102)	
Схема недовіри/скривдження	ma	27–43 (17)				(102)	
Схема соціальної ізоляції/ відчуженості	si	44–53 (10)				(60)	
Схема дефективності/ сором	ds	54–68 (15)				(90)	
Схема некомпетентності та неминучих невдач	fa	69–77 (9)				(54)	
Схема залежності/ безпорадності	di	78–92 (15)				(90)	
Схема очікування на катастрофу (вразливості до кривди та хворіб)	vu	93–104 (12)				(72)	
Схема злиття/ невідокремленості особистої ідентичності	eu	105–115 (11)				(66)	

Назва схеми (скорочено)	YS Q код	Номер пункту YSQ (всього пунктів)	Кількість тверджен ь, які Ви оцінили:			Ваша загальна кількість балів для цієї схеми (у дужках вказана максимальн о можлива)	Оцінка цього показник а
			4	5	6		
Схема підкорення	sb	116–125 (10)				(60)	
Схема самопожертви	ss	126–142 (17)				(102)	
Схема емоційної інгібіції	ei	143–151 (9)				(54)	
Схема надвисоких стандартів/ гіперкритичності	us	152–167 (16)				(96)	
Схема особливого статусу та прав	et	168–178 (11)				(66)	
Схема недостатнього самоконтролю/ самодисципліни	is	179–193 (15)				(90)	
Схема пошуку визнання	as	194–207 (14)				(84)	
Схема негативізму/ песимізму	np	208–218 (11)				(66)	
Схема покарання	pu	219–232 (14)				(84)	

Таблиця 2. Шкала інтерпретації схема-опитувальника Янга – L3

Назва схеми (скорочено)	Ваш бал (за цією схемою)	Результати Ваших балів за цією схемою			
		Низьки й	Середні й	Високи й	Дуже високи й

Назва схеми (скорочено)	Ваш бал (за цією схемою)	Результати Ваших балів за цією схемою			
		Низьки й	Середні й	Високи й	Дуже високи й
ЗРАЗОК	26	0–8	9–18	√ 19–30	31–60
Схема емоційної депривації		0–8	9–18	19–30	31–54
Схема покинення/ нестабільності стосунків		0–12	13–25	26–39	40–102
Схема недовіри/ скривдження		0–12	13–25	26–39	40–102
Схема соціальної ізоляції/відчуженості		0–8	9–18	19–30	31–60
Схема дефективності/ сором		0–12	13–25	26–39	40–90
Схема некомпетентності та неминучих невдач		0–8	9–18	19–30	31–54
Схема залежності/ безпорадності		0–12	13–25	26–39	40–90
Схема очікування на катастрофу (вразливості до кривди та хворіб)		0–8	9–18	19–30	31–72
Схема злиття/невідокремленості особистої ідентичності		0–8	9–18	19–30	31–66
Схема підкорення		0–8	9–18	19–30	31–60
Схема самопожертви		0–12	13–25	26–39	40–102
Схема емоційної інгібіції		0–8	9–18	19–30	31–54
Схема надвисоких стандартів/гіперкритичнос ті		0–12	13–25	26–39	40–96
Схема особливого статусу та прав		0–8	9–18	19–30	31–66

Назва схеми (скорочено)	Ваш бал (за цією схемою)	Результати Ваших балів за цією схемою			
		Низьки й	Середні й	Високи й	Дуже високи й
Схема недостатнього самоконтролю/ самодисципліни		0–12	13–25	26–39	40–90
Схема пошуку визнання		0–12	13–25	26–39	40–84
Схема негативізму/песимізму		0–8	9–18	19–30	31–66
Схема покарання		0–12	13–25	26–39	40–84

ДОДАТОК Б

Методика діагностики схильності до різних видів залежності (Г. Лозова)

Методика визначає схильність людини до 13 видів залежностей, а також дозволяє діагностувати загальну схильність до залежностей. Інструкція: «Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та позначте один варіант Вашої відповіді у відповідний клітинці навпроти номеру твердження».

№	Твердження	Варіанти відповідей				
		Ні	Скорі шні	Важко відповіст и	Скорі ш так	Та к
		1	2	3	4	5
1.	Час від часу мені дуже хочеться випити, щоб розслабитися					
2.	У свій вільний час я найчастіше дивлюся телевізор					
3.	Я вважаю, що самотність – це найстрашніше у житті					
4.	Я – людина азартна і люблю азартні ігри					
5.	Міжстатеві відносини – це найбільше задоволення в житті					
6.	Я досить часто їм не від голоду, а для отримання задоволення					
7.	Я дотримуюся релігійних ритуалів					
8.	Я весь час думаю про роботу, про те, як зробити її краще					
9.	Я досить часто приймаю ліки					
10.	Я проводжу дуже багато часу за комп'ютером					
11.	Не уявляю своє життя без сигарет					

.						
12	Я активно цікавлюся проблемами здоров'я					
13	Я пробував наркотичні речовини					
14	Мені важко боротися зі своїми звичками					
15	Іноді я не пам'ятаю, що сталося під час сп'яніння					
16	Я можу довго клацати пультом у пошуках чогось цікавого по телевізору					
17	Головне, щоб кохана людина завжди була поруч					
18	Час від часу я відвідую ігрові автомати					
19	Я не думаю про міжстатеві стосунки тільки тоді, коли я сплю					
20	Я постійно думаю про їжу, уявляю собі різну смакоту					
21	Я досить активний член релігійної громади					
22	Я зовсім не вмію відпочивати, і тому під час вихідних та у відпустці почуваю себе гірше, ніж на роботі					
23	Ліки – найпростіший спосіб поліпшити самопочуття					
24	Комп'ютер (або інший гаджет з такими ж можливостями) – це реальна можливість жити повним життям					
25	Сигарети завжди зі мною					

26	На підтримку здоров'я не шкодую ні сил, ні грошей, ні часу					
27	Спробувати наркотик – це отримати цікавий життєвий урок					
28	Я вважаю, що кожна людина від чогось залежить					
29	Буває що я трішки «перебираю», коли випиваю					
30	Телевізор увімкнено більшість часу мого перебування вдома					
31	Коли я не разом з коханою людиною, я постійно думаю про неї					
32	Гра дає найгостріші відчуття в житті					
33	Я готовий йти на «випадкові зв'язки», адже стриманість для мене вкрай важка					
34	Якщо страва дуже смачна, то я не втримаюся від добавки					
35	Вважаю що релігія – єдине, що може врятувати світ					
36	Близькі часто скаржаться, що я постійно працюю					
37	У моєму будинку багато медичних та подібних препаратів					
38	Під час перебування в Інтернеті я часто забуваю зробити поточні справи					
39	Сигарета – це найпростіший спосіб розслабитися					
40	Я читаю медичні журнали і газети, дивлюся передачі про здоров'я					
41	Наркотик дає найсильніші відчуття з усіх можливих					

42	Звичка – друга натура, і позбутися її нерозумно					
43	Алкоголь в нашому житті – основний засіб розслаблення і підвищення настрою					
44	Якщо зламався телевізор, то я не буду знати, чим себе розважити ввечері					
45	Бути покинутим коханою людиною – найбільше нещастя, яке може статися					
46	Я розумію азартних гравців, які можуть в одну ніч виграти цілий статок, а в іншу – програти два					
47	Найстрашніше – це отримати фізичне каліцтво, яке унеможливить задоволення партнера в ліжку					
48	При поході в магазин не можу втриматися, що б не купити щось смачненьке					
49	Найголовніше в житті – жити повним релігійним життям					
50	Міра цінності людини полягає в тому, на скільки вона віддає себе роботі					
51	Я досить часто приймаю ліки					
52	«Віртуальна реальність» більш цікава, ніж звичайне життя					
53	Я щодня курю					
54	Я намагаюся невідступно дотримуватися правил здорового способу життя					

55	Іноді я вживаю засоби, що вважаються наркотичними					
56	Людина – істота слабка, потрібно бути терпимим до її шкідливих звичок					
57	Мені подобається випити і повеселитися у веселій компанії					
58	У наш час майже все можна дізнатися з телевізора					
59	Любити і бути коханим це головне в житті					
60	Гра – це реальний шанс зірвати куш, виграти багато грошей					
61	Міжстатеві відносини – це найкраще проведення часу					
62	Я дуже люблю готувати і роблю це так часто, як можу					
63	Я часто відвідую релігійні заклади					
64	Я вважаю, що людина повинна працювати на совість, адже гроші це не головне					
65	Коли я нервую, я віддаю перевагу прийняттю заспокійливого					
66	Якби я міг, то весь час займався б комп'ютером					
67	Я – курець зі стажем					
68	Я турбуюся за здоров'я близьких, намагаюся залучити їх до здорового способу життя					
69	За інтенсивністю відчуттів наркотик не може зрівнятися ні з чим					

70	Нерозумно намагатися показати свою силу волі і відмовитися від різних радощів життя					
----	---	--	--	--	--	--

«Ключ»

Підсумуйте бали за окремими видами схильностей до залежностей:

1. Залежність від алкоголю: 1, 15, 29, 43, 57.
2. Телевізійна залежність: 2, 16, 30, 44, 58.
3. Любовна залежність: 3, 17, 31, 45, 59.
4. Ігрова залежність: 4, 18, 32, 46, 60.
5. Залежність від міжстатевих відносин: 5, 19, 33, 47, 61.
6. Харчова залежність: 6, 20, 34, 48, 62.
7. Релігійна залежність: 7, 21, 35, 49, 63.
8. Трудова залежність: 8, 22, 36, 50, 64.
9. Лікарська залежність: 9, 23, 37, 51, 65.
10. Залежність від комп'ютера (інтернету, соціальних мереж): 10, 24, 38, 52, 66.
11. Залежність від куріння: 11, 25, 39, 53, 67.
12. Залежність від здорового способу життя: 12, 26, 40, 54, 68.
13. Наркотична залежність: 13, 27, 41, 55, 69.
14. Загальна схильність до залежностей: 14, 28, 42, 56, 70.

Інтерпретація результатів

Розшифровка-умовні норми:

- 5 - 11 балів – низька схильність,
- 12 - 18 балів – середня схильність,
- 19 - 25 балів – високий ступінь схильності до залежностей.

ДОДАТОК В

Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS)

Будь ласка, вкажіть, як часто наступні твердження стосуються вас, вказавши відповідний номер із шкала внизу на рядку біля кожного пункту

1 майже ніколи 0-10%

2 іноді 11-35%

3 близько половини часу 36-65%

4 більшу частину часу 66-90%

5 майже завжди 91-100%

_____ 1) Я чітко розумію свої почуття.

_____ 2) Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.

_____ 3) Я переживаю свої емоції як неконтрольовані.

_____ 4) Я поняття не маю, як я почуваюся.

_____ 5) Мені важко зрозуміти свої почуття.

_____ 6) Я уважний до своїх почуттів.

_____ 7) Я точно знаю, як я почуваюся.

_____ 8) Мені все одно, що я відчуваю.

_____ 9) Мене бентежить те, що я відчуваю.

_____ 10) Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.

_____ 11) Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так почуваюся.

_____ 12) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.

_____ 13) Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.

_____ 14) Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.

_____ 15) Коли я засмучений, я вважаю що так буду почуватися протягом тривалого часу.

_____ 16) Коли я засмучений, я вважаю себе дуже пригніченим.

_____ 17) Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є справжніми та важливими.

_____ 18) Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.

_____ 19) Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.

_____ 20) Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.

_____ 21) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.

_____ 22) Коли я засмучений, я знаю, що можу знайти спосіб врешті почуватись краще.

_____ 23) Коли я засмучений, я відчуваю, що я слабкий.

_____ 24) Коли я засмучений, я відчуваю, що можу зберігати контроль над своєю поведінкою.

_____ 25) Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що так почуваюся.

_____ 26) Коли я засмучений, мені важко зосередитися.

_____ 27) Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.

- _____ 28) Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити, щоб почуватися краще.
- _____ 29) Коли я засмучений, я злюся на себе, що так почуваюся.
- _____ 30) Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.
- _____ 31) Коли я засмучений, я вважаю що занурюватися в смуток - це все, що я можу зробити.
- _____ 32) Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.
- _____ 33) Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.
- _____ 34) Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.
- _____ 35) Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб почувати себе краще.
- _____ 36) Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.

Пункти зі зворотною оцінкою (перед ними необхідно ставити знак віднімання) нумеруються: 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 і 34.

Обчисліть загальний бал, склавши всі бали. Більш високі бали свідчать про більші проблеми з емоційною регуляцією.

РЕЗУЛЬТАТ СУБШКАЛИ **: дає загальний бал, а також оцінку за шістьма під шкалами:

1. Неприйняття емоційних реакцій (НЕПРИЙНЯТТЯ): 11, 12, 21, 23, 25, 29
2. Труднощі із цілеспрямованою поведінкою (ЦІЛП): 13, 18, 20R, 26, 33
3. Труднощі з контролем імпульсів (ІМПУЛЬС): 3, 14, 19, 24R, 27, 32
4. Відсутність емоційного усвідомлення (УСВІДОМЛЕННЯ): 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R
5. Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій (СТРАТЕГІЇ): 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36
6. Відсутність емоційної чіткості (ЧІТКІСТЬ): 1R, 4, 5, 7R, 9

Загальний бал: сума всіх під шкал

** "R" вказує на пункт із зворотною оцінкою

ДОДАТОК Г

Шкала тривоги Бека
Бланк індивідуального опитування

Прізвище, ім'я _____	Вік _____
Дата дослідження _____	$\Sigma =$ _____

Інструкція. Прошу обрати одну з можливостей відповіді на кожне запитання. Старайтесь відповідати швидко.

0		Зовсім не турбує		1		Злегка турбує	
2		Середньо турбує		3		Дуже турбує	
№	Твердження			0	1	2	3
1	Відчуття оніміння та поколювання в тілі			☐	☐	☐	☐
2	Відчуття жару			☐	☐	☐	☐
3	Тремтіння в ногах			☐	☐	☐	☐
4	Неможливість розслабитись			☐	☐	☐	☐
5	Страх, що станеться найгірше			☐	☐	☐	☐
6	Головокружіння			☐	☐	☐	☐
7	Прискорене серцебиття			☐	☐	☐	☐
8	Нестійкість, нестабільність			☐	☐	☐	☐
9	Відчуття жаху, це кінець			☐	☐	☐	☐
10	Дратівливість			☐	☐	☐	☐
11	Тремтіння в руках			☐	☐	☐	☐
12	Відчуття задухи			☐	☐	☐	☐
13	Нерівна хода			☐	☐	☐	☐
14	Страх втрати контролю			☐	☐	☐	☐
15	Труднощі з диханням			☐	☐	☐	☐

16	Страх смерті	☐	☐	☐	☐
17	Переляк	☐	☐	☐	☐
18	Шлунково-кишкові розлади	☐	☐	☐	☐
19	Непритомність	☐	☐	☐	☐
20	Прилив крові до обличчя	☐	☐	☐	☐
21	Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)	☐	☐	☐	☐

Інтерпретація результатів

0–5 балів – норма

6–8 балів – легкий рівень тривоги

9–18 балів – середній рівень тривоги

Більше 19 балів – високий рівень тривоги

ДОДАТОК Д

Шкала самооцінки Розенберга

Інструкція: нижче наведено список тверджень, пов'язаних з Вашим загальним відчуттям щодо себе. Якщо Ви повністю погоджуєтесь, обведіть «ПП». Якщо Ви погоджуєтесь з твердженням, обведіть «П». Якщо Ви не погоджуєтесь, обведіть «НП». Якщо Ви повністю не погоджуєтесь, обведіть «ПНП».

№	Твердження	ПП	П	НП	ПНП
1	Загалом, я задоволений (-на) собою.				
2*	Час від часу, я думаю, що я ні на що не здатний (-а).				
3	Я відчуваю, що у мене є багато хороших якостей.				
4	Я можу робити різні речі, як і більшість інших людей.				
5*	Я відчуваю, що особливо не маю чим пишатися.				
6*	Іноді я почуваюсь ні на що не здатним (-ою).				
7	Я відчуваю, що я цінний (-а), принаймні, що я на рівних з іншими.				
8*	Я хотів (-ла) би мати більше поваги до себе.				
9*	Загалом, я схильний (-а) думати, що я невдаха.				
10	Я позитивно ставлюсь до себе.				

Підрахунок балів:

ПП = 3 бали, П = 2 бали, НП = 1 бал, ПНП = 0 балів.

Пункти з зірочкою оцінюються навпаки:

ПП = 0 балів, П = 1 бал, НП = 2 бали, ПНП = 3 бали.

Додайте бали, отримані по кожному з 10 пунктів. Чим вища сума балів, тим вищою є самооцінка.

Оцінювання відповідей здійснюється за таким принципом:

Тип твердження	Повністю погоджуюсь	Погоджуюсь	Не погоджуюсь	Повністю не погоджуюсь
Для позитивно сформульованих тверджень	4	3	2	1
Для негативно сформульованих тверджень	1	2	3	4