

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

на правах рукопису

МАКСИМУК МАКСИМ АНДРІЙОВИЧ

ДИТЯЧА ТРАВМА ЯК ЧИНИК АГРЕСИВНОСТІ В
ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

Галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма: «Психологія»

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:

ВІРНА ЖАННА ПЕТРІВНА,

професор, доктор психологічних наук,

професор кафедри педагогічної та вікової психології

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри _____
від _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
(_____) _____
ПІБ

ЛУЦЬК-2024

АНОТАЦІЯ

Максимук Максим Андрійович. Дитяча травма як чинник агресивності в дорослому віці.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Освітньо-професійна програма Психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024 р.

Дитячі травми є однією з найбільш значущих проблем сучасної психології та психіатрії. Вони залишають глибокий відбиток на психічному здоров'ї та поведінці людини, часто впливаючи на її розвиток і соціальну адаптацію. Агресивність, яка може проявлятися внаслідок пережитих дитячих травм, стає серйозною загрозою для соціальної стабільності, родинних стосунків та особистісного благополуччя.

Описано механізми впливу арт-терапії на емоційну стабільність осіб, що пережили дитячі травми. Арт-терапія для осіб, що пережили дитячі травми є дієвим способом розповісти про свої тривоги, страхи і переживання, це відмінна можливість подолати власний негативний емоційний стан, перенести свої переживання і поглянути на них з боку, але й навчитися успішно з ними взаємодіяти. П'ять основних психологічних механізмів закладено основою корекційного впливу арт терапевтичного методу: механізм символічного реконструювання, «усунення», емоційної децентрації, катарсису і, нарешті, механізм присвоєння соціально-нормативних особистісних сенсів.

Всі ці перелічені механізми забезпечують сувору поетапну послідовність стадій реалізації психокорекційного процесу. Кожна із зазначених стадій вирішує своє специфічне корекційне завдання. Також здійснено психологічний аналіз концептуальних підходів до вивчення проблеми емоційної стабільності особистості.

Ключові слова: дитячі травми, психічне здоров'я, агресивність, арттерапія, психокорекції, соціальна адаптація, емоційна стабільність.

ANNOTATION

Maksymuk Maksym Andriyovych. Childhood trauma as a factor in aggression in adulthood.

Graduation qualification work for the degree of «Master» in the specialty 053 Psychology. Educational and professional program Psychology. – Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

Childhood trauma is one of the most significant problems of modern psychology and psychiatry. They leave a deep imprint on the mental health and behavior of a person, often affecting his development and social adaptation. Aggression, which can manifest itself as a result of childhood trauma, becomes a serious threat to social stability, family relationships and personal well-being.

The mechanisms of the influence of art therapy on the emotional stability of people who have experienced childhood trauma are described. Art therapy for people who have experienced childhood trauma is an effective way to talk about their anxieties, fears and experiences, it is an excellent opportunity to overcome your own negative emotional state, to transfer your experiences and look at them from the outside, but also to learn to successfully interact with them. Five main psychological mechanisms are laid as the basis of the corrective effect of the art therapeutic method: the mechanism of symbolic reconstruction, "elimination", emotional decentration, catharsis and, finally, the mechanism of assigning socio-normative personal meanings.

All of these listed mechanisms provide a strict step-by-step sequence of stages of the implementation of the psychocorrectional process. Each of the specified stages solves its own specific corrective task. A psychological analysis of conceptual approaches to studying the problem of emotional stability of the individual was also carried out.

Keywords: childhood trauma, mental health, aggressiveness, art therapy, psychocorrection, social adaptation, emotional stability.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ ТА АГРЕСИВНОСТІ	8
1.1. Поняття дитячої травми: теоретичні підходи та класифікація.....	8
1.2. Визначення агресивності: типи, прояви та фактори впливу.....	11
Висновки до розділу 1.....	15
РОЗДІЛ 2. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ ТА АГРЕСИВНОСТІ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	16
2.1. Психологічні механізми перетворення дитячої травми в агресивну поведінку.....	16
2.2. Методи діагностики дитячих травм і агресивності.....	22
Висновки до розділу 2.....	24
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ДИТЯЧИХ ТРАВМ ТА МЕТОДИ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ	25
3.1 Дослідження агресивної поведінки у осіб, які зазнали дитячих травм та методи їх профілактики.....	25
3. 2. Емпіричне дослідження ранніх спогадів дитинства.....	33
3.2.1. Методики та організація дослідження.....	33
3.2.2. Взаємозв'язок, кореляція ранніх спогадів з силою "Я".....	46
3.3. Техніки арт-терапії для подолання негативного впливу дитячої травми.....	51
Висновки до розділу 3.....	57
ВИСНОВКИ	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61

ВСТУП

Актуальність дослідження. Дитячі травми є однією з найбільш значущих проблем сучасної психології та психіатрії. Вони залишають глибокий відбиток на психічному здоров'ї та поведінці людини, часто впливаючи на її розвиток і соціальну адаптацію. Агресивність, яка може проявлятися внаслідок пережитих дитячих травм, стає серйозною загрозою для соціальної стабільності, родинних стосунків та особистісного благополуччя. Вивчення взаємозв'язку між дитячими травмами та агресивною поведінкою в дорослому віці дозволяє глибше зрозуміти механізми розвитку агресії та сприяти розробці ефективних методів її профілактики і корекції. У світлі зростаючої кількості випадків агресивної поведінки та насильства у суспільстві, актуальність дослідження даної теми є надзвичайно високою.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), приблизно кожна четверта дитина у світі стикається з різними формами травматичних переживань у ранньому віці. Серед таких обставин можуть бути фізичне або психологічне насильство, емоційне нехтування, втрата рідних, війни та інші складні життєві ситуації.

Дитячі травми справляють значний вплив на формування особистості, самооцінки та здатності контролювати емоції. Вони також впливають на вміння довіряти іншим, будувати стосунки та відчувати власну цінність. Негативні уявлення про себе, які виникають внаслідок травматичного досвіду, можуть залишатися з людиною на все життя, створюючи бар'єри для її особистісного та професійного розвитку.

Об'єкт дослідження - агресивність у дорослих людей.

Предметом дослідження є вплив дитячих травм на рівень агресивності в

дорослому віці.

Метою магістерської роботи є дослідження впливу дитячих травм на рівень агресивності в дорослому віці та розробка рекомендацій щодо корекції і профілактики агресивної поведінки у дорослих, які зазнали дитячих травм.

Для досягнення цієї мети були поставлені наступні **завдання**:

1. Провести теоретичний аналіз поняття дитячої травми та агресивності та визначити психологічні механізми, які пов'язують дитячі травми з агресивною поведінкою в дорослому віці.
2. Дослідити вплив різних типів дитячих травм на рівень агресивності.
3. Розробити шляхи подолання негативного впливу дитячої травми на Я-образ особистості засобами арт-терапії.

Методи дослідження: аналіз науково-теоретичних та методичних джерел, спостереження за респондентами; анкетування, метод інтерв'ю; експертна оцінка; аналіз ранніх спогадів дитинства (опитувальник ранніх спогадів The Early Recollections Questionnaire (ERQ), методика Опитувальник рівня агресивності Баса-Дарки, методи математичної статистики (кількісний і якісний аналіз, аналіз кореляційних зв'язків).

Теоретико-методологічна основа дослідження базується на комплексному підході, який поєднує основи психотерапевтичної, соціально-психологічної та психодинамічної теорій. Ключовими теоретичними концепціями для аналізу проблеми є теорії психічного розвитку, стресу, травми та агресії: психологічні засади особистісного розвитку у зарубіжній та вітчизняній психології (Г. Балл, І. Бех, Ж. Вірна, Я. Гошовський, Г. Костюк, А. Маслоу, С. Максименко, К. Роджерс, Н. Чепелева та ін.); теорія дитячої травми (К. Боуен, З. Фройд, К. Річардсон та ін.); теорія агресії (З. Фройд, А. Бандура, К. Лоренц ін.); психоаналітичний підхід (А. Адлер, З. Фройд та ін.).

Таким чином, теоретико-методологічна основа дослідження ґрунтується на інтеграції основних психологічних теорій, що пояснюють механізми розвитку дитячих травм і агресивної поведінки, а також на застосуванні комплексних методів, які дозволяють дослідити це явище з різних наукових точок зору.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що нами було проведено ґрунтовний теоретичний аналіз впливу дитячої травми на становлення Я-образу особистості та розроблені шляхи подолання негативного впливу дитячої травми на Я-образ особистості засобами арт-терапії

Практичне значення. Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для вдосконалення психотерапевтичної практики, спрямованої на зниження рівня агресивності у дорослих, які зазнали дитячих травм. Розроблені профілактичні заходи можуть бути впроваджені у роботу психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та педагогів. Результати дослідження також можуть бути корисними для подальших наукових досліджень у цій галузі.

Апробація результатів дослідницької роботи.

Ключові результати наукового дослідження були представлені на засіданнях кафедри педагогічної та вікової психології та пройшли апробацію на науковій конференції:

1. XI Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Особистість і суспільство: методологія і практика сучасної психології» (м. Луцьк, 13-17 травня 2024 року).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ ТА АГРЕСИВНОСТІ

1.1. Поняття дитячої травми: теоретичні підходи та класифікація

Дитяча травма є однією з найбільш складних і багатогранних проблем, що вивчаються сучасною психологією. Вона включає в себе широкий спектр емоційних, фізичних та психологічних переживань, які можуть мати довготривалі наслідки для психічного здоров'я і поведінки людини. У науковій літературі поняття "дитяча травма" охоплює будь-які стресові події, що відбуваються в дитячому віці і значно перевищують адаптаційні можливості дитини. Серед таких подій можна виділити фізичне і сексуальне насильство, емоційне або фізичне нехтування, втрата батьків, катастрофи природного або техногенного характеру, а також інші форми насильства та зловживань.

Теоретичні підходи до вивчення дитячої травми багатогранні і відображають різні наукові парадигми. Психоаналітична теорія, започаткована Зигмундом Фрейдом, стверджує, що дитячі травми можуть бути витіснені в несвідоме і проявлятися у вигляді різноманітних психологічних розладів у дорослому віці. За цією теорією, травматичні переживання стають частиною внутрішнього психічного життя людини і впливають на її поведінку і міжособистісні стосунки. Наприклад, непропрацьовані дитячі травми можуть викликати відчуття тривоги, депресії, а також схильність до агресивної поведінки[36].

Когнітивно-поведінкова теорія розглядає дитячі травми через призму навчання і когнітивних схем. Травматичні події можуть викликати формування негативних когнітивних схем і деструктивних поведінкових патернів, які потім

відтворюються у дорослому житті. Наприклад, дитина, яка зазнала фізичного насильства, може розвинути переконання, що агресія є єдиним ефективним способом вирішення конфліктів. Це переконання, закріплене в дитинстві, може проявлятися в агресивній поведінці у дорослому віці.

Класифікація дитячих травм є складною задачею, оскільки вона включає в себе різні типи і форми травматичних подій. Відомий підхід до класифікації передбачає поділ травм на одноразові і хронічні. Одноразові травми, такі як аварія або природна катастрофа, є відносно рідкісними, але можуть мати глибокий і тривалий вплив на психіку дитини. Хронічні травми, такі як систематичне фізичне або емоційне насильство, мають кумулятивний ефект і можуть бути особливо руйнівними, оскільки дитина постійно перебуває у стані стресу.

Інший підхід до класифікації включає поділ травм на фізичні, емоційні і сексуальні. Фізичні травми включають будь-які форми фізичного насильства або зловживання, що призводять до фізичних пошкоджень. Емоційні травми виникають внаслідок словесного або психологічного насильства, нехтування або відсутності емоційної підтримки. Сексуальні травми включають будь-які форми сексуального насильства або зловживання.

Дитячі травми можуть виникати з багатьох причин, і їхній вплив на психіку дитини є надзвичайно різноманітним і глибоким. Однією з основних причин дитячих травм є фізичне насильство, яке включає удари, побиття та інші форми фізичного впливу, що призводять до тілесних ушкоджень [36]. Діти, які зазнали фізичного насильства, часто стикаються з глибокими психологічними наслідками, такими як страх, тривога, почуття безпорадності і низька самооцінка. Ці наслідки можуть залишатися з ними протягом усього життя, впливаючи на їхню здатність до формування здорових міжособистісних стосунків і адаптації до соціального середовища.

Емоційне насильство, що включає словесні образи, приниження, маніпуляції та інші форми психологічного тиску, також є важливою причиною дитячих травм. Сексуальне насильство є однією з найглибших форм дитячої травми, яке може мати серйозні і тривалі психологічні наслідки. Діти, які зазнали сексуального насильства, часто стикаються з почуттям провини, сорому і стигматизації. Вони можуть розвинути різні форми психічних розладів, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожні розлади та дисоціативні розлади. Сексуальне насильство може також вплинути на сексуальну ідентичність і сексуальну поведінку дитини, викликаючи проблеми з інтимними стосунками у дорослому віці.

Культурні та соціальні норми також можуть відігравати роль у виникненні дитячих травм. У деяких культурах і спільнотах певні форми насильства можуть бути соціально прийнятними або навіть заохочуваними, що підвищує ризик травматизації дітей. Наприклад, суворі методи виховання, що включають фізичні покарання, можуть розглядатися як нормальні у певних культурних контекстах, хоча вони можуть мати серйозні негативні наслідки для психічного здоров'я дитини.

Вплив дитячих травм на психіку дитини є багатограним і може включати широкий спектр психологічних, емоційних і поведінкових проблем. Діти, які зазнали травм, часто стикаються з труднощами у регулюванні емоцій, що може призвести до проблем з поведінкою, таким як агресивність, імпульсивність або самоушкодження. Вони можуть також мати труднощі з концентрацією уваги і навчанням, що впливає на їхню академічну успішність.

Психічні розлади, такі як депресія, тривожні розлади, ПТСР і розлади адаптації, є частими наслідками дитячих травм. Ці розлади можуть суттєво знижувати якість життя дитини і її здатність до функціонування у соціальному середовищі. Діти, які пережили травми, можуть також розвивати негативні

когнітивні схеми, що включають почуття безнадійності, безпорадності і низької самооцінки. Це може призвести до соціальної ізоляції, труднощів у встановленні і підтримці стосунків, а також до ризику розвитку залежностей та інших форм деструктивної поведінки.

У дорослому віці наслідки дитячих травм можуть проявлятися у вигляді хронічного стресу, емоційної нестабільності і проблем з міжособистісними стосунками. Люди, які зазнали дитячих травм, можуть мати схильність до агресивної поведінки, що є способом вираження накопиченого емоційного болю і невирішених внутрішніх конфліктів. Вони можуть також мати проблеми з довірою, відчувати постійне почуття небезпеки і бути схильними до уникання ситуацій, які нагадують про пережиті травми [9].

У контексті соціальної адаптації, люди, які зазнали дитячих травм, можуть мати труднощі з інтеграцією у суспільство, що може вплинути на їхню кар'єру, особисте життя і загальне благополуччя. Вони можуть відчувати себе ізольованими і незрозумілими, що підвищує ризик соціальної маргіналізації і подальшої психологічної дезадаптації.

Таким чином, розуміння причин і наслідків дитячих травм є ключовим для розробки ефективних інтервенцій і підтримки постраждалих осіб. Це включає в себе не лише терапевтичні заходи, спрямовані на лікування психологічних наслідків травм, але і профілактичні стратегії, що можуть зменшити ризик виникнення травм у майбутньому. Комплексний підхід, який включає психотерапевтичну допомогу, соціальну підтримку і освітні програми, може сприяти покращенню якості життя постраждалих і їхній успішній соціальній адаптації.

1.2. Визначення агресивності: типи, прояви та фактори впливу

Агресивність є складним і багатограним феноменом, що привертає увагу

дослідників у галузі психології, соціології, медицини та інших наукових дисциплін. Вона являє собою різні форми поведінки, які спрямовані на завдання шкоди або неприємностей іншій людині, групі людей або самому собі. Визначення агресивності може варіюватися залежно від контексту, в якому вона розглядається, а також від теоретичного підходу, що використовується для її вивчення.

Класичні визначення агресивності включають концепцію Зигмунда Фрейда, який вважав, що агресія є природним інстинктом людини, спрямованим на руйнування і самозахист. Фрейд вважав, що агресія є невід'ємною частиною людської природи і повинна бути усвідомлена і контрольована для уникнення деструктивних наслідків [36].

Сучасні підходи до визначення агресивності також включають когнітивно-поведінкові теорії, які розглядають агресію як результат навчання і соціалізації. Згідно з цими теоріями, агресивна поведінка формується через спостереження і моделювання поведінки інших, а також через позитивне підкріплення агресивних дій. Альберт Бандура, автор теорії соціального навчання, стверджував, що діти вчаться агресії, спостерігаючи за моделями агресивної поведінки, такими як батьки, однолітки, герої фільмів і відеоігор [47].

Агресивність може проявлятися в різних формах, які варіюються від прямих фізичних дій до тонких вербальних або психологічних маніпуляцій. Фізична агресія включає в себе такі дії, як удари, побиття, штовхання або інші форми фізичного насильства. Це найочевидніша і найвидиміша форма агресії, яка часто привертає увагу правоохоронних органів і медичних працівників.

Вербальна агресія включає словесні напади, образи, погрози та інші форми словесного насильства. Хоча вона може бути менш очевидною, ніж фізична агресія, вербальна агресія може мати серйозні психологічні наслідки

для жертви, включаючи зниження самооцінки, депресію і тривожні розлади. Вербальна агресія часто проявляється у сімейних конфліктах, шкільних булінгах і робочих місцях, де комунікація відіграє важливу роль.

Психологічна агресія або емоційне насильство включає в себе маніпуляції, контроль, ізоляцію і інші форми поведінки, які призводять до емоційного болю і дистресу. Цей тип агресії може бути важким для ідентифікації і часто залишається непоміченим, оскільки не залишає видимих слідів. Проте його вплив може бути дуже руйнівним для психічного здоров'я і добробуту жертви.

Психологічні фактори включають особистісні риси, такі як імпульсивність, низька толерантність до фрустрації і схильність до негативних емоцій. Люди з такими рисами можуть бути більш схильними до агресивної поведінки у відповідь на стресові ситуації або провокації. Крім того, травматичні переживання, такі як дитячі травми, можуть сприяти розвитку агресивних патернів поведінки у дорослому віці.

Соціальні фактори включають вплив родини, однолітків і соціального оточення. Однолітки також можуть відігравати важливу роль у формуванні агресивної поведінки через груповий тиск і соціальні норми.

Культурні фактори включають вплив засобів масової інформації, суспільних цінностей і норм. У суспільствах, де насильство і агресія часто зображуються у засобах масової інформації як прийнятні або навіть бажані форми поведінки, може спостерігатися підвищений рівень агресії серед населення.

Ще одним новим напрямком є вивчення впливу цифрових технологій і соціальних медіа на агресивність. Розвиток Інтернету і соціальних мереж створив нові платформи для агресивної поведінки, такі як кібербулінг, тролінг і інтернет-агресія. Ці форми агресії можуть мати серйозні психологічні наслідки

для жертв, включаючи депресію, тривогу і навіть суїцидальні думки. Дослідження показують, що анонімність і відсутність безпосереднього зворотного зв'язку у цифровому середовищі можуть сприяти підвищенню рівня агресивної поведінки. Це підкреслює необхідність розробки нових стратегій для боротьби з агресією в Інтернеті, включаючи освітні програми для дітей і підлітків, політики і механізми регулювання поведінки в онлайн-середовищі.

Не менш важливим є вплив гендерних факторів на агресивність. Дослідження показують, що існують значні відмінності у формах і проявах агресивної поведінки між чоловіками і жінками. Чоловіки частіше демонструють фізичну агресію, тоді як жінки частіше виявляють реляційну агресію, таку як соціальні маніпуляції і виключення з групи. Гендерні стереотипи і соціалізаційні процеси відіграють важливу роль у формуванні цих відмінностей. Розуміння гендерних аспектів агресії має важливе значення для розробки ефективних інтервенцій і програм, що враховують специфіку агресивної поведінки у різних групах населення.

Таким чином, агресивність є складним явищем, яке включає різні типи і форми поведінки, що виникають під впливом багатьох факторів. Розуміння природи агресивності і її детермінантів є важливим для розробки ефективних методів профілактики і корекції агресивної поведінки, що має велике значення для покращення психічного здоров'я і соціальної гармонії у суспільстві. Це вимагає міждисциплінарного підходу, який включає дослідження у галузі психології, соціології, біології і культурології, а також розробку комплексних програм втручання, спрямованих на зниження рівня агресії і покращення міжособистісних стосунків.

Висновки до розділу 1

Досліджено, що дитяча травма є складним психоемоційним явищем, яке може мати довготривалі наслідки на розвиток дитини. У теоретичних підходах підкреслюється значення психічних, соціальних та фізичних факторів у виникненні травматичних ситуацій. Класифікація дитячих травм дозволяє визначити різні типи і характер травм, що впливають на психоемоційний стан дитини, і сприяє розвитку ефективних методів підтримки та реабілітації.

Зазначено, що агресивність у дітей є важливою темою, що пов'язана з реакцією на стресові або травматичні ситуації. Визначення агресивності передбачає аналіз як внутрішніх, так і зовнішніх факторів, які можуть впливати на її прояви. Вивчення типів агресивності та її різноманітних проявів допомагає краще розуміти механізми її виникнення і розробляти стратегії для її корекції та управління.

Доведено, що фактори впливу на розвиток агресивної поведінки варіюються від родинного середовища і соціального оточення до біологічних і психологічних аспектів. Розуміння цих факторів є ключовим для розробки програм, що сприяють здоровому психоемоційному розвитку дітей.

Таким чином, теоретичні підходи до вивчення дитячої травми та агресивності створюють фундамент для ефективної підтримки дітей, які пережили травматичні ситуації, і для запобігання розвитку агресивної поведінки.

РОЗДІЛ 2

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ ТА АГРЕСИВНОСТІ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

2.1. Психологічні механізми перетворення дитячої травми в агресивну поведінку

Вивчення взаємозв'язку дитячої травми та агресивності в дорослому віці є надзвичайно важливим аспектом психології, оскільки саме дитячі травматичні досвіди часто закладають основу для майбутніх моделей поведінки. Дитячі травми можуть включати фізичне, емоційне або сексуальне насильство, нехтування, втрату батьків або інших значущих фігур, а також тривалі стресові ситуації, такі як жорстокі розлучення або життя в умовах постійного конфлікту. Вплив таких подій може бути довготривалим і глибоким, оскільки дитина, що перебуває на стадії активного розвитку і становлення особистості, особливо вразлива до зовнішніх стресорів [1; 6; 7; 9; 10; 11; 13; 14; 15; 17; 18; 21; 27; 28; 29; 32; 34; 35; 38; 39 45; 47; 52 та ін.].

Психологічні механізми, які пояснюють, як дитяча травма може перетворюватися на агресивну поведінку у дорослому віці, є складними і багатогранними. Одним з ключових механізмів є порушення емоційної регуляції. Діти, які зазнали травми, часто мають труднощі з розпізнаванням, вираженням та управлінням своїми емоціями. Ці труднощі можуть продовжуватися і в дорослому віці, призводячи до того, що людина стає схильною до імпульсивних і агресивних реакцій у відповідь на стресові ситуації. Емоційна дисрегуляція може включати в себе підвищену чутливість до негативних емоцій, таких як гнів і роздратування, та труднощі у використанні адаптивних стратегій подолання стресу [17].

Дитяча травма також може впливати на розвиток самооцінки і самовідчуття. Багато дітей, що зазнали травматичних подій, відчують себе нелюбими, непотрібними або безсилями. Ці почуття можуть зберігатися у дорослому віці, перетворюючись на хронічне відчуття невдоволення собою і оточуючими. Низька самооцінка і почуття власної нікчемності можуть підштовхувати людину до агресивної поведінки як способу компенсувати ці негативні почуття і домінувати над іншими для відчуття власної значущості.

Соціальні фактори також відіграють значну роль у перетворенні дитячої травми в агресивну поведінку. Діти, які зростають у середовищі з високим рівнем насильства, можуть сприймати агресію як нормальну і допустиму форму поведінки. Це так зване «навчання через спостереження» або моделювання, коли дитина переймає моделі поведінки від значущих дорослих або однолітків. У дорослому віці ці навички можуть бути закріплені і використовуватися в конфліктних ситуаціях.

Порушення у формуванні прив'язаності також може бути важливим механізмом. Діти, які не мали стабільних і безпечних відносин з батьками або іншими значущими дорослими, можуть розвинути нездорові стилі прив'язаності. Це може включати в себе уникання близькості, підвищену тривожність щодо відносин або схильність до агресивних реакцій у відповідь на загрозу відкидання. У дорослому віці ці стилі прив'язаності можуть проявлятися у труднощах з побудовою здорових і стабільних відносин, що часто призводить до конфліктів і агресії.

Нарешті, важливо враховувати нейробиологічні наслідки дитячої травми. Дослідження показують, що хронічний стрес у дитячому віці може призводити до змін у структурі і функціонуванні мозку. Це може включати в себе підвищену активність мигдалини, яка відповідає за реакції страху і агресії, і зниження активності префронтальної кори, яка відповідає за контроль імпульсів

і прийняття рішень. Такі нейробіологічні зміни можуть сприяти підвищеній схильності до агресивної поведінки у дорослому віці [18].

Таким чином, перетворення дитячої травми в агресивну поведінку є складним і багатогранним процесом, що включає взаємодію психологічних, соціальних і біологічних факторів. Розуміння цих механізмів має важливе значення для розробки ефективних стратегій втручання і підтримки, спрямованих на запобігання агресивної поведінки і підтримку психічного здоров'я людей, які зазнали дитячих травм. Ці втручання можуть включати терапевтичні методи, спрямовані на покращення емоційної регуляції, зміну негативних когнітивних схем, підвищення самооцінки і розвиток здорових моделей поведінки у міжособистісних відносинах.

Вплив різних типів дитячої травми на рівень агресивності є надзвичайно важливою темою у психологічних дослідженнях, оскільки різні форми травматичних переживань можуть мати різноманітні наслідки для поведінки людини у дорослому віці.

Кожен тип дитячої травми має свої унікальні характеристики і механізми впливу на психіку, що може сприяти формуванню агресивних реакцій і поведінкових патернів [19].

Нехтування, як фізичне, так і емоційне, також є значущим фактором у формуванні агресивної поведінки. Діти, які зазнають нехтування, можуть відчувати себе ізольованими і покинутими, що призводить до розвитку почуття безпорадності і безвиході. Відсутність належної емоційної підтримки і турботи може порушувати розвиток соціальних навичок і емоційної регуляції, що може спричинити підвищену агресивність. Нехтування може також вплинути на розвиток прив'язаності, що робить дорослу людину менш здатною до формування здорових і стабільних міжособистісних відносин.

Травматичні втрати, такі як смерть одного з батьків або інших близьких

людей, також можуть мати значний вплив на рівень агресивності. Діти, які пережили втрату, часто відчують глибокий смуток, депресію і почуття покинутості. Це може призводити до розвитку гніву і агресії як способу вираження свого горя і розчарування. У деяких випадках діти можуть також відчувати провину за втрату, що ще більше посилює їх емоційний дистрес і агресивну поведінку.

Стресові ситуації, такі як розлучення батьків, часті переїзди або життя в умовах економічної нестабільності, також можуть сприяти підвищенню рівня агресивності. Діти, які зазнають таких стресових факторів, часто відчують нестабільність і невизначеність, що може призводити до розвитку почуття тривоги і страху. У відповідь на ці емоції діти можуть розвивати агресивну поведінку як спосіб контролю над ситуацією і зниження свого стресу. Хронічний стрес також може впливати на фізіологічні процеси в організмі, спричиняючи дисбаланс у нейрохімічних системах, що регулюють емоції і поведінку [21].

Соціальний контекст, у якому діти зростають, також відіграє важливу роль у формуванні агресивної поведінки. Діти, які живуть у середовищі з високим рівнем насильства і кримінальної активності, можуть сприймати агресію як нормальний і прийнятний спосіб вирішення конфліктів. Крім того, культурні і соціальні норми, які заохочують агресивну поведінку, також можуть сприяти підвищенню рівня агресивності. Це підкреслює важливість розгляду соціально-культурного контексту у вивченні впливу дитячої травми на агресивність.

Доповнюючи дослідження впливу різних типів дитячої травми на рівень агресивності, можна розглянути нові перспективи, які пропонують сучасні дослідження і підходи. Зокрема, актуальними є питання генетичних і епігенетичних впливів, ролі резилієнсу та посттравматичного зростання, а

також впливу на агресивність соціальних і культурних змін у сучасному світі.

Генетичні і епігенетичні впливи стають дедалі важливішими у розумінні того, як дитяча травма впливає на агресивність у дорослому віці. Генетичні дослідження показують, що певні генетичні варіанти можуть впливати на схильність до агресивної поведінки, особливо в умовах стресу або травми. Наприклад, поліморфізм гена, що кодує моноаміноксидазу А (МАОА), був пов'язаний з підвищеною агресивністю у осіб, які зазнали насильства в дитинстві. Епігенетичні механізми, такі як метилювання ДНК, можуть модулювати експресію генів у відповідь на стресові події, що також впливає на поведінкові реакції. Ці процеси підкреслюють складну взаємодію між генетичною схильністю і впливом середовища, що формує агресивні тенденції [22].

Посттравматичне зростання є ще однією концепцією, яка розширює наше розуміння наслідків дитячої травми. Це феномен, при якому люди, що зазнали значних травматичних подій, не лише відновлюються, але й демонструють особистісне зростання, розвиток нових життєвих цінностей і посилення міжособистісних зв'язків. Посттравматичне зростання може сприяти розвитку позитивних стратегій подолання і зниженню агресивної поведінки. Дослідження показують, що підтримка з боку близьких людей, терапевтична допомога і саморефлексія можуть сприяти посттравматичному зростанню, допомагаючи людям трансформувати негативний досвід у джерело сили і розвитку.

Соціальні і культурні зміни також мають значний вплив на рівень агресивності, зумовленої дитячими травмами. Сучасний світ зіткнувся з новими викликами, такими як міграція, глобалізація, цифрові технології та зміни в соціальних нормах. Міграція, зокрема, може бути травматичною для дітей, які втрачають звичне середовище і стикаються з новими культурними і соціальними умовами. Глобалізація і швидкі соціальні зміни можуть

підвищувати рівень стресу і невизначеності, що також впливає на психічне здоров'я і поведінкові реакції. Цифрові технології, зокрема соціальні мережі, створюють нові платформи для агресії, такі як кібербулінг, що може підсилювати агресивні реакції у людей, які зазнали травм у дитинстві [23].

Пандемія COVID-19 також стала значним стресовим фактором для багатьох дітей і підлітків, впливаючи на їх психічне здоров'я і рівень агресивності. Закриття шкіл, соціальна ізоляція, економічні труднощі і тривога через здоров'я створили нові виклики для дітей і їх сімей. Дослідження показують, що пандемія призвела до зростання рівня стресу і агресивної поведінки серед дітей і підлітків. Це підкреслює необхідність розробки нових стратегій підтримки і втручання, спрямованих на зниження негативних наслідків пандемії для психічного здоров'я.

Значну роль у зниженні рівня агресії можуть відігравати програми психосоціальної підтримки і втручання. Терапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), діалектична поведінкова терапія (ДПТ) і травмофокусована терапія, показали високу ефективність у роботі з особами, що зазнали дитячих травм. Ці методи допомагають людям розпізнавати і змінювати негативні мисленнєві схеми, розвивати навички емоційної регуляції і покращувати міжособистісні відносини. Соціальні програми, спрямовані на підтримку родин, розвиток позитивного батьківства і створення безпечного середовища для дітей, також можуть знижувати ризик агресивної поведінки.

Узагальнюючи, можна сказати, що різні типи дитячої травми можуть мати різноманітні і комплексні наслідки для рівня агресивності у дорослому віці. Фізичне, емоційне і сексуальне насильство, нехтування, травматичні втрати і хронічний стрес можуть впливати на психічне здоров'я і поведінкові патерни через різні психологічні, соціальні і біологічні механізми. Розуміння цих механізмів є ключовим для розробки ефективних стратегій втручання і

підтримки, спрямованих на зниження рівня агресії і покращення психічного здоров'я людей, які зазнали дитячих травм. Це вимагає міждисциплінарного підходу, який включає дослідження і втручання на рівні індивідуальної психотерапії, сімейної терапії, соціальної підтримки і політики [24].

2.2 Методи діагностики дитячих травм і агресивності

Методи діагностики дитячої травми відіграють важливу роль у виявленні та розумінні впливу травматичного досвіду на дорослих осіб.

В експериментальному дослідженні було залучено 81 респондента віком 18-58 років. Опитування проводили онлайн, та анонімно.

Для аналізу діагностики прояву дитячих травм і агресивності було використано відповідні методики:

1. *Методика «Анкета негативного дитячого досвіду»*. Анкета складається з 22 запитань, відповідати слід так або ні [8].
2. *Опитувальник рівня агресивності Баса-Дарки* [28]. Мета опитувальника – опис поведінки людини за вказаними видами реакцій. Методика Баса – Дарки широко використовується у зарубіжних дослідженнях, у яких підтверджується її високі валідність й надійність й сама методика високо цінується психологами практиками за компактність, високу (знову ж таки) валідність й достовірні діагностичні дані. Опитувальник систематично використовується також і у вітчизняних наукових дослідженнях. Методика включає 75 питань й призначена для діагностики агресивних й ворожих реакцій особистості. Дана методика надає текстову інтерпретацію по структурі, спрямованості агресивних й ворожих реакцій особистості, показники за шкалами, й "графічний профіль особистості".

Види реакцій, що діагностуються за означеною методикою:

- фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи;
- непряма агресія, така, що має завуальований характер й спрямована на іншу особа чи ні на кого не спрямована;
- роздратування - готовність до прояву негативних почуттів при найменшому збудженні (запальність, грубість);
- негативізм – опозиційна манера у поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти звичаїв і законів;
- образа – заздрість й ненависть до оточуючих за дійсні й вигадані дії;
- підозрілість – в діапазоні від недовіри й обережності по відношенню до людей до переконання в тому, що інші люди планують і завдають шкоди;
- вербальна агресія – вираження негативних почуттів як через форму (крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози);
- почуття провини – висловлює можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що чинить зло, а також відчуються їм докори совісті.

Також, сума показників фізичної, непрямой й вербальної агресії утворюють показник агресивності. А сума показників підозрілості й образи утворює показник ворожості.

3. *FPI - багатофакторний особистісний тест.*

Тест розроблений за допомогою факторного аналізу. Форма В діагностує 12 факторів: I «Невротичність», II «Спонтанна агресивність», III «Депресивність», IV «Дратівливість», V «Товариськість», VI «Врівноваженість», VII «Реактивна агресивність», VIII «Стриманість/Сором'язливість», IX «Відкритість», X «Екстраверсія», XI «Емоційна лабільність», XII «Маскуліність-фемінінність». Шкали опитувальника I–IX є базовими, а X–XII – похідними. Первинні оцінки за кожним фактором переводяться у стенайни.

Висновки до розділу 2

Досліджено, що дитяча травма може стати тригером формування агресивних установок через механізми психологічного захисту, таких як витіснення, проєкція та ідентифікація з агресором.

Нерозв'язані дитячі переживання сприяють формуванню внутрішнього конфлікту, який може проявлятися як зовнішня агресія в дорослому віці.

Доведено, що соціальне оточення та рівень емоційної підтримки відіграють значну роль у пом'якшенні або посиленні негативних наслідків дитячих травм.

Обґрунтовано, що діагностика дитячих травм базується на використанні методів інтерв'ю, тестів проєктивного характеру, опитувальників (наприклад, шкал оцінки травматичних подій).

Для визначення рівня агресивності застосовуються стандартизовані психологічні опитувальники, спостереження за поведінкою, методики самооцінки та оцінки оточуючими.

Комплексне застосування методів дозволяє отримати більш об'єктивну картину впливу дитячої травми на агресивність у дорослому віці.

Таким чином, дослідження показало, що дитячі травматичні переживання мають значний вплив на формування агресивної поведінки в дорослому віці. Ефективна діагностика передбачає системний підхід, який враховує як психологічні механізми, так і контекстуальні фактори розвитку особистості. Подальші дослідження можуть зосередитися на розробці програм психокорекції та профілактики негативних наслідків дитячих травм.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ДИТЯЧИХ ТРАВМ ТА МЕТОДИ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ

3.1. Дослідження агресивної поведінки у осіб, які зазнали дитячих травм та методи їх профілактики

Під час проведення онлайн-опитування отримали такі показники.

За «Анкетою негативного дитячого досвіду» маємо такі дані:

На №1 та на запитання №8 20 % (16) респондентів, відповіли що мали негативний досвід поганого поводження з ними.

На друге питання: Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб ви боялися, що хтось з дорослих завдасть вам фізичної шкоди?

34% (28 респондентів) мали страх, що хтось з дорослих завдасть їм шкоди. В дорослому житті це може проявитись в невпевненості у прийнятті рішень чи більш складніших проблем.

На запитання №3, №4, №9, №13 % відповідей складає 14% (11 респондентів). Питання №3 та 4 стосуються фізичного знущання з боку дорослих №9 та №13 стосуються згуртованості в сім'ї.

На запитання №5: Чи було у Вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з осіб старший більш як на 5 років хоч би одноразово торкався до вас з сексуальним натяком? , 21% (17 респондентів) вказали що в дитинстві мали такий досвід.

На питання №6, №18 питання стосуються сексуального насилля 2,5 % (2 респонденти) стикнулись у своєму житті з такою ситуацією; № 15, №20 3,7% (3 респондента) стикались з погрозами життю чи дорослі завдали фізичної шкоди.

На №7 запитання: Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб ви часто або дуже часто відчувати, що вас не люблять, до вас байдужі? 26% (21 респондент), відповів що мав такі емоції. Це могла відбуватис як в раньому дитинстві через складнощі з батьками та їх ставленням, а також під час підліткового віку, коли дитина в критичний період сприймає критику більш емоційно, що негативно відображається на її вчинках.

На запитання №10: Ви (до 18 років) жили з кимось, хто зловживав алкоголем або наркотиками? 31% (25 опитаних) відповіли так.

На запитання №11 та №12, що стосується зовнішнього вигляду через батьків що зловживають алкоголем чи наркотичними речовинами, та не надавали належного догляду, 1,2% (1 респондент) відповідь, що мав такий досвід.

Чи можна сказати, що батьки не дбали про вас належним чином через надмірне вживання алкоголю чи наркотичних речовин? 12. Ви часто, або дуже часто приходили до школи у брудному та старому одязі, не мали їжі?

На запитання №14: Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто або дуже часто бив, хапав, штовхав вашу маму або інших членів родини?, 16% (13 респондентів) мали такий досвід. В подальшому дорослому житті такий досвід може позначитись і на власному вихованні дітей, так і на емоційному стані людини.

На №16 запитання, що стосується розлучення батьків 22% (18 опитаних), проживали в таких родин.

Питання №17 та №19 стосуються проблем психічних розладів чи затяжними депресивними розладами, що спричиняли суїцидальні думки у членів сім'ї, 5% (4 респонденти) мали такий досвід.

Запитання №21, стосується покарань, а саме: Чи було у вашому дитинстві (до 18 років) щоб хтось з дорослих часто або дуже часто не розмовляв із вами

більше декількох годин в якості покарання? 25% (20 опитаних), були покарені саме в такий спосіб. Такий вид покарання не несе в собі фізичного чи іншого знущання, але може негативно позначитись на самооцінці, впевненості, так як дитина може не розуміти основну причину, чому з нею не спілкуються.

Останнє запитання стосувалось цькування та насильства в школі. 15% (12 респондентів), мали такий досвід.

За методикою «*Опитувальник рівня агресивності Баса-Дарки*» маємо такі результати (таб. 3.1):

Ступінь агресивності оцінюється за сумою балів.

Таблиця 3.1

Загальні показники за методикою «Опитувальник рівня агресивності Баса-Дарки»

Рівні	Показники
Низький	35 %
Середній	37,5%
Високий	17,5%

Низький свідчить про нечесність, прагнення відповідати суспільній нормі. Такі ознаки зустрічаються у людей з низькою самокритичністю і високою вимогливістю. Більшість респондентів мають низький рівень агресії. Зазвичай це викликано спонтанною агресією і пов'язано з нездатністю переключити агресію на діяльність або неживі об'єкти.

Середній рівень агресії виражається спонтанністю, певною анонімністю і слабкою здатністю до гальмування. До атрибута середнього рівня додається підвищений ступінь агресії, показники відплати та провокації.

Дуже високий рівень агресії пов'язаний із задоволенням від агресії, провокацією агресії з боку оточуючих.

За методикою «*FPI - багатofакторний особистісний тест*» маємо такі показники:

Перевірка конструктивної валідності (конвергентності) тесту за допомогою психофізіологічних показників ВСП дозволяє виявити такі прямі кореляційні зв'язки шкал тесту FPI:

- 1) «відкрита» шкала та рівень повільнохвильової активності LF ($r=0,39$, $p=0,031$) та рівня загальної енергії організму
- 2) ТП адаптивного резерву ($R = 0,38$, $P = 0,028$);
- 3) шкала «екстраверсія» та рівень високочастотної активності HF ($R = 0,31$, $P = 0,068$ – тренд істинної кореляції)
- 4) шкала «загальмованість/сором'язливість» та індекс вагемоційної взаємодії LF/HF ($R = 0,35$, $P = 0,053$ – тренд істинного зв'язку).

Ці кореляції можна чітко пояснити, підтвердивши валідність шкал тесту FPI. Іншими словами, «відкрита» шкала вказує на рівень резистентності людини, а по відношенню до рівня ЛФ показує рівень активації симпатoadреналової системи. Це відповідає вищому рівню психічної та фізичної напруги та імпульсивності, яка характерна для самокритичних людей. Самокритика йде рука об руку з низькою самооцінкою, і цей процес може порушити регулятивні системи організму. Також існує кореляція між «відкритою» шкалою та балом ТП (загальний показник нейрогуморальної регуляції організму).

Але оскільки LF є частиною ТР, цей зв'язок є результатом початкового зв'язку між «відкритим» і LF.

Зв'язок між «екстраверсією» та високочастотною HF-активністю можна пояснити за допомогою полівагальної теорії С. Пор'я та інших психологічних

досліджень ВСР. З цих досліджень відомо, що низька вагусна активність (представлена низьким рівнем HF) існує у людей, які здатні втекти від соціальних стосунків, тобто у людей, і за наявності високого HF людина демонструє соціальні упередження та поведінка є характеристикою інших людей.

Також виявлено три різні кореляції:

- 1) між балом за шкалою гальмування/сорому та HF ($R = -0,32$, $P = 0,069$ – справжній кореляційний тренд);
- 2) між знаком за шкалою екстраверсії та індексом ваго – любовне спілкування LF/ HF ($R = -0,36$, $P = 0,042$);
- 3) між знаком шкали та рівнем інтеграції випромінювання до напруги SI ($R = -0,35$, $P = 0,047$).

Усі ці взаємозв'язки підтверджують валідність шкал тесту FPI, оскільки сором'язливість і тривожність, відхід від соціальних стосунків асоціюються зі зниженням HF, а, однак, екстраверсія та незворушність є одними з найменш стресових ситуацій і LF, тобто не у формі мобілізації, а у фізичному розслабленні.

Усі наведені вище кореляції отримані за допомогою методу Пірсона, оскільки дані про ВСР та дані про ІПТ вимірюються за інтервальною шкалою вимірювання.

Кореляції зі стратегіями подолання підтверджують справедливість запитання Фрайбурга. Зокрема, виявлено прямі кореляційні зв'язки між шкалою «гальмування/сором» і стратегією перевірки «самоконтроль» ($R = 0,46$, $P = 0,004$) та стратегією «відмова» ($R = 0,36$, $P = 0,055$ – значення справжні стосунків), дуже логічно, оскільки природа стримування/сорому подібна до наступних стратегій: стримування потрібно вміти підтримувати себе, а почуття сорому породжує бажання уникнути складних ситуацій.

Шкала FPI «невротизм» також корелює з копінг-стратегією «увага» ($R = 0,36$, $P = 0,038$), шкалою «тривожність» і стратегією «менеджмент» ($R = 0,27$, $p=0,032$) і «Маскуліність» шкала та стратегія «Критика» ($R = 0,23$, $P = 0,003$). Ці зв'язки схожі і мають пряме пояснення – невротична людина намагається уникати стресових ситуацій, тому що усвідомлює власну вразливість і брак психічних ресурсів, депресивні люди не уникають відповідальності, їх смуток (песимізм) є одним з результатів критика і відповідальність на себе, і чоловіки, здатність конкурувати і боротися за владу, переважно чоловічі стратегії.

Виявлено різний зв'язок між настроєм «Гнів» і стратегіями «втручання» ($R = - 0,25$, $P = 0,040$) і «планування рішення» ($R = - 0,27$, $P = 0,039$), у тому числі фактором «комунікабельність» та стратегія уваги «відстань» ($R = - 0,36$, $P = 0,049$).

Отже, було з'ясовано дорослі, які пережили складну травму, часто мають труднощі з ідентифікацією, вираженням і керуванням емоціями, і можуть мати обмежену мову для почуттів. Вони часто інтерналізують та/або екстерналізують реакції на стрес і в результаті можуть відчувати значну депресію, тривогу або гнів. Їхні емоційні реакції можуть бути непередбачуваними або вибуховими.

В дитячому віці людина може відреагувати на нагадування про травматичну подію тремтінням, гнівом, сумом або уникненням. Для дорослого зі складною історією травми нагадування про різні травматичні події можуть бути всюди в оточенні. Така людина може часто реагувати, і їй важко заспокоїтися, коли вона засмучена. Оскільки травми часто мають міжособистісний характер, навіть помірно стресові взаємодії з іншими можуть служити нагадуванням про травму та викликати інтенсивні емоційні реакції.

Дізнавшись, що світ є небезпечним місцем, де навіть близьким людям не можна довіряти, що вони захистять вас, діти часто проявляють пильність і обережність у спілкуванні з іншими людьми, і вони, швидше за все,

сприйматимуть ситуації як стресові чи небезпечні. Хоча ця захисна поза є захисною, коли людину атакують, вона стає проблематичною в ситуаціях, які не виправдовують такої інтенсивної реакції. З іншого боку, багато дітей також вчаться «налаштовуватися» (емоційне заціпеніння) на загрози в своєму оточенні, що робить їх вразливими

Люди, які пережили ранні та інтенсивні травматичні події, також мають підвищену ймовірність відчувати страх весь час і в багатьох ситуаціях. Вони також частіше відчують депресію.

Сучасні дослідження показують, що дві психотерапії (КПТ і EMDR) є ефективними в лікуванні ПТСР в осіб, що пережили дитячі травми, і їх ефективність підтверджена десятками рандомізованих контрольованих досліджень. При цьому обидва методи показали майже однакову ефективність у дослідженнях. Крім того, фармакотерапія, включаючи антидепресанти СІЗЗС, b-блокатори та антипсихотики, також виявилася досить корисною для деяких пацієнтів із ПТСР.

Обидва підходи мають багато спільного. Зокрема, вони передбачають ретельне вивчення індивідуального випадку та розробку плану лікування. Враховуючи широкий спектр розладів, пов'язаних з травмою, можливі супутні розлади та соціальні проблеми, цей план лікування може значно відрізнятись для кожного пацієнта, включаючи соціальне втручання, залучення родичів та інших осіб. Тривалість лікування залежить від тяжкості посттравматичного стресового розладу, яка може бути досить короткою (6-12 сеансів) у простих випадках або 1-2 місяця у більш складних випадках.

В обох підходах лікування проходить певні етапи. Перший етап – психоедукація, метою якої є нормалізація та пояснення симптомів ПТСР (нормальної реакції на аномальні події), а також навчання пацієнтів базовим навичкам самопомоги у випадках нав'язливих спогадів і тривоги. Основна

частина початкового етапу полягає у вирішенні «поточних» проблем і досягненні базової соціальної стабільності. Якщо дорослі, що пережили дитячі травми все ще перебувають у травматичному середовищі, важливо захистити їх від подальшої травми. У деяких випадках необхідні радикальні соціальні заходи. На початкових етапах можна працювати над створенням терапевтичного альянсу з терапевтом, досягненням певної «внутрішньої» стабільності, розвитком навичок регуляції емоцій, «нарощуванням ресурсів».

Для складного посттравматичного стресового розладу ця фаза може бути дуже довгою, тоді як для простого посттравматичного стресового розладу це може складатися з одного або двох сеансів. Ці розлади, пов'язані зі складною дитячою травмою, ця фаза може вимагати тривалої роботи над внутрішніми «частинами» (наприклад, частинами, пов'язаними з жорстоким поводженням з дитиною, частини, пов'язані з покаранням, частини, що завдають собі шкоди), тобто робота над стабілізацією внутрішньої системи.

На другій фазі роботи з травмою проходить контрольоване "пригадування" та інтеграція пов'язаних з ними спогадів і переконань - здійснюється систематично з використанням відповідних технік кожного підходу; в EMDR ця травматична обробка може здійснюватися за допомогою рухів правої чи лівої руки терапевта або за допомогою інших форм двосторонніх стимулів (наприклад, почергове торкання лівої та правої долоні, звукові стимули), які виникають через візуальне спостереження за пацієнтом і одночасне пригадування. Існує гіпотеза, що така подвійна спрямованість уваги – зосередження уваги на матеріалі та травмі та подразниках, які по черзі активують ліву та праву півкулі та концентрують увагу на тому, що відбувається «тут і зараз», – активує механізми, які прискорюють обробку інформації та полегшують інтеграцію спогадів про травму, негативні спогади.

Хоча існують різні гіпотези щодо основних активних компонентів EMDR, низка досліджень чітко підтвердила високу ефективність цього підходу та той факт, що його активні компоненти відрізняються від ефектів деяких методів КПТ, особливо одноразового впливу, який використовується в так званому тривалому впливі, нарративні та когнітивні техніки (такі як написання історії про травму як із пам'яттю про цю подію, так і з супутніми переконаннями та думками), травматичні та описові техніки, а також методи опису (модифіковане «переписування» в уяві) травматичних подій, які можуть бути дуже широкими. Обробка травматичних подій може бути дуже швидкою у випадку простих форм ПТСР, але дуже довгою у випадку складної травми з історією численних травматичних подій. У цьому випадку конфронтація з травмою чергується з першим етапом виконання завдання (стабілізація, «нарощування ресурсів»).

Після опрацювання травматичного матеріалу («рана зажила і більше не болить») постає завдання третього етапу – «оплакування втрати та повернення до нової реальності життя». Терапевт супроводжує пацієнта у подоланні втрати, викликані травмою, формуванні нових (або старих) життєвих цілей і орієнтирів, переоцінці власної ідентичності. Якщо ПТСР має хронічний перебіг, це часто змінює спосіб життя пацієнта і створюються нові, більш адаптивні потреби, які можуть передбачати супутній розвиток нових навичок, прийняття значних життєвих змін тощо. Терапевт супроводжує пацієнта у виконанні цих завдань і поступово завершує лікування.

3. 2. Емпіричне дослідження ранніх спогадів дитинства

3.2.1. Методики та організація дослідження

Емпіричне дослідження ранніх спогадів дитинства є важливою складовою психологічних досліджень, спрямованих на розуміння механізмів пам'яті,

розвитку особистості та формування ідентичності. Вивчення перших спогадів дозволяє визначити, як емоційні, соціальні та когнітивні фактори впливають на збереження й відтворення життєвих подій [19; 31; 36; 43; 44]. Це дослідження спрямоване на аналіз особливостей ранніх дитячих спогадів, їхньої структури, змісту та впливу на подальший розвиток індивіда.

З метою досягнення поставлених завдань у нашому дослідженні передбачено застосування таких методів:

- спостереження за респондентами;
- метод інтерв'ю;
- експертна оцінка;
- аналіз ранніх спогадів дитинства.

Наступним кроком у дослідженні стало проведення аналізу ранніх спогадів дитинства, що дозволило отримати цінну інформацію про особливості формування особистості.

Альфред Адлер визначив п'ять ключових джерел для глибокого вивчення індивідуальних особливостей особистості: 1. Найраніші дитячі спогади. 2. Сни та фантазії. 3. Порядок народження в сім'ї. 4. Життєві труднощі в дитячому віці. 5. Вплив зовнішніх факторів, що спричинили порушення або хвороби [43].

Якщо спогади та сновидіння є результатом внутрішніх процесів особистості, то три останні джерела можна вважати певною мірою зовнішніми стосовно неї.

Методика дослідження ранніх спогадів базується на концепції З. Фрейда, який зазначав, що так звані дитячі спогади є не прямим слідом уявлень, а їх пізнішою реконструкцією, що зазнає впливу різних психічних сил у пізніші періоди [36].

Згідно з теорією З. Фрейда, ранні спогади людини містять як реальні, так і вигадані елементи, стаючи прихованими образами, які водночас вирізняються

яскравістю та незначністю змісту. Психологія приділяє значну увагу дитячим спогадам, оскільки вони містять не лише ключові епізоди дитинства, а й усе, що в ньому мало психологічне значення. Важливо лише зуміти розкрити це через аналіз [36].

Саме тому А. Адлер розглядав аналіз ранніх спогадів як центральний метод вивчення особистості, надаючи особливого значення першому спогаду як початку усвідомленої автобіографії. На його думку, ранні спогади відображають основні життєві установки, головні труднощі та способи їх подолання. У цих спогадах виявляються базова самооцінка людини та її уявлення про власну роль у світі.

Аналізуючи ранні спогади з точки зору їх змісту та мовних особливостей, можна дійти висновків про рівень соціальної адаптації людини. Завдяки таким дослідженням А. Адлер сформулював концепцію "життєвого стилю особистості" [44]. В індивідуальній психології це поняття охоплює життєву філософію людини (її погляди на світ і саму себе, напрямок прагнень) і сформовані моделі поведінки (звички, способи вирішення життєвих проблем).

Ранні дитячі спогади відіграють виняткову роль у вивченні особистості з кількох важливих причин:

1. У них відображені базові уявлення людини про саму себе та своє місце у світі; це перша спроба узагальнити пережитий досвід, перше символічне вираження власної сутності та очікувань, які ставить перед нею суспільство;
2. Це її суб'єктивний початок, стартова точка автобіографії, яку вона формує для себе самостійно...

Тому в таких спогадах часто простежується контраст між відчуттям власної слабкості та неповноцінності в дитинстві й тими прагненнями до сили та захищеності, які особистість вважає для себе ідеальними" [43].

Переваги методу ранніх спогадів

Метод ранніх спогадів дитинства має значні переваги порівняно з іншими підходами до вивчення особистості.

Легкість збору інформації. Люди зазвичай охоче діляться своїми ранніми спогадами, оскільки сприймають їх як прості факти, які не потребують глибокого осмислення. Більшість не усвідомлює справжнього значення цих спогадів, що дозволяє отримати відносно об'єктивну інформацію про їхні життєві цілі, ставлення до світу та соціального оточення.

Необов'язковість перевірки достовірності. Надійність спогадів у цьому методі не є вирішальним чинником. Важливо не те, чи є спогади точними відображеннями реальних подій, а те, як людина їх інтерпретує та переносить у теперішнє й майбутнє. Альфред Адлер вважав, що навіть вигадані або змінені спогади мають психологічне значення, оскільки вони відображають внутрішні прагнення особистості. Навіть якщо людина не впевнена, чи це її власний спогад, чи переказ батьків, його наявність у свідомості свідчить про важливість цього досвіду для її життєвого стилю [44].

Універсальність і зручність. Компактність і простота методу дозволяють ефективно використовувати його як в індивідуальних, так і в групових дослідженнях, що значно розширює його застосування у психологічній практиці.

Отже, метод ранніх спогадів є ефективним інструментом для вивчення особистості завдяки його доступності, психологічній глибині та зручності використання в різних умовах дослідження.

Обмеження методу ранніх спогадів

Як і будь-який інший метод дослідження особистості, метод аналізу ранніх спогадів має свої обмеження.

1. *Відсутність спогадів у клієнта.* Часом люди не можуть або не хочуть згадувати свої перші спогади, стверджуючи, що не пам'ятають їх. Це само по

собі може бути значущим показником: можливо, людина уникає обговорення важливих життєвих аспектів або не готова до співпраці. А. Адлер зазначав, що відсутність спогадів часто свідчить про непросте дитинство. Він рекомендував терапевтам ставити навідні запитання, щоб допомогти клієнту пригадати значущі події: "Зрештою, клієнти завжди щось згадують" [44].

1. *Вплив поточного стану.* Ранні спогади можуть відображати не лише минулі події, а й актуальний емоційний стан людини. Наприклад, у стані меланхолії людина схильна пригадувати сумні події, тоді як у період натхнення вона згадує успіхи й приємні моменти. Таким чином, спогади можуть мати ситуативний характер, а не відображати фундаментальні життєві установки.

2. *Суб'єктивність інтерпретації.* Оскільки метод ранніх спогадів є проєктивним, його основний недолік – суб'єктивність тлумачень. Інтерпретація залежить від досвіду та підходу терапевта, що може знижувати об'єктивність висновків.

Отже, метод ранніх спогадів є цінним інструментом у психологічному аналізі, однак його використання потребує врахування згаданих обмежень та професійного підходу до інтерпретації результатів.

Процес отримання ранніх спогадів.

А. Адлер не надає чітких інструкцій щодо того, яким чином саме він здобуває ранні спогади. Отже, всі рекомендації з цього питання належать здебільшого його учням та послідовникам. Водночас, немає єдиного методу отримання та оцінки ранніх спогадів, який би був прийнятий усіма. Згідно з думкою деяких дослідників, процес здобуття спогадів важливіший за саму методику, тоді як інші наголошують на тому, що перевага методики полягає в тому, що вона не вимагає спеціальних навичок від інструктора. Існують спеціалізовані опитувальники для збору ранніх спогадів. Одним із таких є опитувальник ранніх спогадів "The Eagle Cessolens Questionnaire" (ERQ),

який включає сторінку з інструкцією та кілька сторінок, де слід записати шість спогадів [43]. Під час обстеження людині пропонується письмово викласти свій найдавніший спогад. Важливими є такі моменти:

- намагатися бути максимально конкретними;
- уникати "оглядів", тобто спогадів про події, що повторюються часто;
- не відмовлятися від надання спогадів, навіть якщо ви не впевнені, що це справді сталося з вами;
- включати все, що згадується, навіть незначні деталі;
- описувати лише ті спогади, що відносяться до періоду до 8 років;
- описувати почуття, навіть якщо вони суперечливі;
- зазначати імена осіб, які були присутні;
- акцентувати увагу на найбільш яскравих моментах спогадів;
- зазначати, що відбувалося до і після того, що сталося, а також які почуття виникали;
- намагатися припустити мету своїх вчинків;
- вказувати приблизний вік, до якого відносяться спогади.

Якісний аналіз ранніх спогадів

А. Адлер не надає чітких інструкцій щодо процедури аналізу ранніх спогадів. Його висновки базуються на інтуїтивно-якісному підході до аналізу, через що один і той самий елемент спогаду може виступати як індикатор як благополучної, так і не зовсім успішної соціальної адаптації, залежно від контексту.

Схема контент-аналізу ранніх спогадів

1. Присутність у спогадах людей

1.1. Мати

Важливою є як присутність, так і відсутність матері в ранніх спогадах.

1.1 а. Присутність матері часто зустрічається у людей з життєвим стилем розпещеної дитини: "У дітей, яких балували, в ранніх спогадах майже завжди фігурує мати".

1.1 б. Мати може бути присутньою в спогадах тих, хто потребує її уваги.

1.1 в. Вона також може бути присутньою в спогадах добре адаптованих людей завдяки її підтримці.

1.1 г. Відсутність матері в ранніх спогадах може свідчити про зневагу з її боку.

1.1 д. Відсутність матері може бути помічена у випадках, коли дитина не прив'язана до неї через зміни в родині, наприклад, через народження іншої дитини.

1.1 е. Відсутність матері також може бути пов'язана з процесом "детронізації", коли мати вже не є центральною фігурою в житті дитини.

1.2. Батько

1.2 а. Присутність батька у спогадах часто спостерігається, коли дитина звертається до нього через незадоволення стосунками з матір'ю або після народження іншої дитини.

1.2 б. Батько може бути присутнім у спогадах розпещених дітей, які протестують проти його суворості.

1.2 в. Відсутність батька в ранніх спогадах А. Адлер не аналізував докладно.

1.3. Брати та сестри

1.3 а. Присутність брата чи сестри може свідчити про процес "детронізації" — зниження їхнього статусу в родині.

1.3 б. Спогади про суперництво з братом чи сестрою можуть вказувати на напружену взаємодію між ними.

1.3 в. Присутність братів та сестер може також вказувати на залежність і відсутність самостійності.

1.3 г. Згадка братів та сестер може вказувати на розвиток соціальних навичок і спроби співпраці, навіть якщо вони були не дуже успішними.

1.4. Двоюрідні брати та сестри

1.4 а. Присутність двоюрідних братів і сестер тієї ж статі, що й сам суб'єкт, може свідчити про розширення соціальних зв'язків за межі родини.

1.4 б. Якщо згадуються двоюрідні брати або сестри протилежної статі, це може вказувати на труднощі в спілкуванні з представниками протилежної статі.

1.5. Бабусі, дідусі та інші родичі

1.5 а. Згадка бабусі або дідуся може свідчити про їхню роль у балуванні дитини, що могло вплинути на її розвиток.

1.5 б. Якщо бабусі і дідусі згадуються поряд з іншими родичами в позитивному контексті, це може вказувати на соціальну ізоляцію і погану адаптацію дитини.

1.6. Сторонні люди

1.6 а. Присутність друзів, гостей, сусідів в спогадах може свідчити про соціальну свідомість дитини та її здатність взаємодіяти з оточенням.

1.6 б. Якщо сторонні люди сприймаються як загроза, це може вказувати на те, що дитина відчувається незахищеною або не впевненою у соціальних ситуаціях.

1.6 в. Згадка сторонніх осіб може також відображати страх перед самотністю та нестабільністю.

Після того як сформульовані всі гіпотези щодо людей у ранніх спогадах, можна переходити до аналізу наступної змістовної категорії.

2. Тип події

2.1. Загроза, нещасливий випадок, тілесні покарання та інші негаразди

А. Адлер вважав, що спогади про загрози, нещасливі випадки, тілесні покарання вказують на тенденцію зосереджувати увагу на негативних аспектах життя [44].

2.2. Хвороби та смерть

Спогади про хворобу або смерть часто вказують на глибокий страх перед цими явищами та на прагнення до найкращої підготовки до зустрічі з ними, що може проявлятися в бажанні стати лікарем, медсестрою або іншими способами служити в медичній сфері.

2.3. Провини, крадіжки, сексуальні досвіди

Спогади про провини, крадіжки чи сексуальні переживання, якщо вони стали нормою в житті, вказують на значне бажання уникати таких ситуацій у майбутньому.

2.4. Нові життєві ситуації

Спогади про такі важливі етапи, як відвідування дитячого садка або школи, підкреслюють, наскільки великого значення набувають нові життєві ситуації для людини.

3. Спосіб сприйняття ситуацій суб'єктом

3.1. Особливості чутливості

У дітей, які мали проблеми із зором і навчилися дивитись уважніше, можна спостерігати схильність до більш детального зорового запам'ятовування. Їхні спогади часто починаються з опису того, що вони "побачили навкруги", або з вражень про предмети різних кольорів і форм.

3.2. Відчуття приналежності

Особливе значення мають ситуації, коли людині пропонують роль "ми" або "я". Використання займенників "я" чи "ми" може багато розповісти про рівень соціальних зв'язків і відчуття приналежності. Зазвичай застосування "ми" свідчить про розвинуте соціальне почуття та готовність до співпраці, проте

важливо враховувати, з ким саме пов'язане це "ми": чи йдеться лише про членів родини, чи ж це більш широка група осіб.

3.3. Почуття та емоції

Перш за все, слід звернути увагу на погляди А. Адлера щодо емоційного життя в цілому. Його теорія базується на трьох основних ідеях.

Ціль емоцій і почуттів. А. Адлер вважав, що кожне почуття та емоція має певну мету. Почуття не суперечать загальному стилю життя людини. Якщо є чітка мета, емоції органічно підлаштовуються під неї. Індивідуальна психологія не зосереджена на тому, чи мають емоції вплив на нервові закінчення симпатичної або парасимпатичної системи. Натомість важливо зрозуміти, в чому полягає ціль емоцій та їх наслідки. Наприклад, дитина, яка звикла до постійної підтримки матері, може використовувати тривогу як інструмент для того, щоб утримувати її увагу [43].

Емоції як частина життєвої цілі. Емоції та почуття завжди відповідають обраній життєвій меті — стилю життя. Стиль життя створює навколо себе прагнення до самовдосконалення, тому кожен жест, слово чи емоція стають частиною цієї єдиної лінії розвитку.

Емоційний контекст спогадів. Почуття, що супроводжують ранні спогади, відіграють важливу роль у підтримці емоційного фону, який відповідає життєвому стилю людини. Наприклад, особа, що переживає пригнічення, не зможе залишатися в такому стані, якщо почне згадувати свої приємні моменти та досягнення.

Таким чином, емоції та почуття, які клієнт згадує, можуть служити важливим інструментом для розуміння його життєвого стилю. Водночас, варто звернути увагу, чи включає людина опис своїх емоцій добровільно, чи це виникає спонтанно.

Процес роботи з емоціями можна поділити на кілька етапів:

1. На початковому етапі необхідно записати всі можливі гіпотези, які виникають.

2. На наступному етапі слід проаналізувати ці гіпотези, викреслюючи ті, що суперечать іншим елементам спогадів.

3. На останньому етапі – зосередитися на спробі сформулювати життєвий стиль, орієнтуючись на ранні спогади.

Для кращого результату спочатку рекомендується використовувати метод мозкового штурму — генерувати ідеї без критикування. Потім, після аналізу, можна створити чітку формулу життєвого стилю, починаючи з фраз на зразок: "Життя – це..." або "Жити – означає...".

Модифікація техніки аналізу ранніх спогадів передбачає новий підхід, орієнтований на дослідження невербальної поведінки, зокрема проксемічних аспектів, а також паралінгвістичних характеристик, через які можна виявити емоційно значущі моменти, а також проблемні взаємодії та переживання.

Для систематизації цієї моделі пропонується схема контент-аналізу ранніх спогадів, основою якої є їх просторове організування та паралінгвістичні характеристики. Вона включає виділення й оцінку низки елементів спогадів.

1. *Опис "психологічного простору"*:

а) *обсяг простору*: він може бути обмеженим (наприклад, приміщення, дитяче ліжко) або розширеним (наприклад, вулиця, подвір'я);

б) *насиченість об'єктами*: це включає наявність реальних дійових осіб, присутність у свідомості персонажів, які не мають фізичної форми в описаній сцені (наприклад, відсутня мати), а також різноманітні елементи природи (як жива, так і нежива: радіо, машина, пісня);

в) *розташування персонажів у просторі*: аналізуємо відстань між головним персонажем (дитиною) та іншими учасниками ситуації, а також

наявність елементів, що з'єднують (наприклад, дорога, телефон) або розділяють (наприклад, стіни, борт коляски) персонажів.

2. *Активність суб'єкта у створенні свого "психологічного простору":*

а) *рівень активності*: як активно дитина взаємодіє з простором;

б) *засоби подолання роз'єднаності або досягнення автономії*: чи використовуються спеціальні способи для з'єднання з іншими або для встановлення незалежності;

в) *спрямованість на спільну діяльність*: важливим є аналіз наявності "Я-ситуації" (коли дитина не включена в взаємодію з іншими персонажами) або "Ми-ситуації" (коли дитина активно взаємодіє з іншими).

3. *Типові психологічні труднощі і їх подолання:*

Особливості усвідомлення труднощів та вибір стратегій для їх вирішення в контексті життєвого стилю.

4. *Емоційна реакція:*

Аналіз техніки використання ранніх спогадів з дитинства дозволяє виявити певні закономірності, що дають цінну інформацію про соціальну адаптацію, порушення міжособистісних взаємин та індивідуальні стратегії вирішення проблем. Ось деякі з них:

1. *Число персонажів, незалежно від ступеня споріднення*. Чим більше діючих осіб у спогадах, тим більше соціальних зв'язків людина здатна формувати. Обмежена кількість персонажів зазвичай свідчить про проблеми в міжособистісних відносинах, часто з причини емоційної депривації.

2. *Розташування головного персонажа щодо інших осіб та об'єктів*. Маленька відстань між персонажами може бути індикатором сильних емоційних зв'язків та близькості.

3. *Спрямованість на спільну діяльність*. Наявність "Я-" та "Ми-ситуацій" показує здатність людини до встановлення різноманітних зв'язків. Переважання

"Я-ситуації" може вказувати на зниження соціальної інтеграції та схильність до ізоляції, а тільки "Ми-ситуація" — на схильність до надмірної залежності або симбіотичних відносин.

4. *Персонажі-"Привиди"*. Такі персонажі вказують на порушення зв'язків із важливими людьми в житті особистості, відображають психологічні труднощі, емоційну депривацію чи негативні почуття до значущих осіб.

5. *Активність головного персонажа у створенні свого "психологічного простору"*. Люди з активною поведінкою в спогадах часто мають прагнення самостійно вирішувати труднощі. Якщо головний персонаж є пасивним, це може свідчити про прийняття позиції "реципієнта" або ж очікування допомоги.

6. *Загальний емоційний фон спогадів*. Для людей з позитивним емоційним тоном спогадів характерне оптимістичне сприйняття ситуацій і віра в можливість подолати труднощі. Негативний фон зазвичай вказує на соціальну дезадаптацію.

7. *Ступінь усвідомлення та вербалізації емоцій*. Обмеженість в описі емоційних переживань часто свідчить про труднощі у міжособистісних стосунках та неповноцінне емоційне сприйняття.

Для учасників дослідження була запропонована така інструкція: "Будь ласка, візьміть аркуш паперу і ручку. Опишіть свої найперші спогади з дитинства, записуйте все, що спливає на думку. Не пропускайте жодних деталей, навіть тих, які здаються незначними. Важливо фіксувати все, що ви пам'ятаєте, навіть якщо це розповіли вам батьки чи родичі. Головне, щоб ви сприймали це як власне найперше згадування. Хронологія не має значення. Ви можете згадати кілька подій. Коли закінчите, надайте кожному спогаду назву."

Особливістю методу аналізу ранніх спогадів дитинства є те, що, як відзначав А. Адлер [44], діти активно і з інтересом слідуєть інструкціям,

згадуючи події з минулого, часто описуючи кілька спогадів одразу. Це вказує на простоту і зручність застосування методу, навіть у роботі з дітьми.

Дослідження проводилося в груповому форматі, по п'ять учасників у кожній групі. Час для написання спогадів не був обмежений. Після ознайомлення з інструкцією учасники негайно починали писати, надаючи кілька спогадів.

3.2.2. Взаємозв'язок, кореляція ранніх спогадів з силою "Я"

Оцінка здійснюється за п'ятьма основними категоріями, що включають 24 змінні, та базується на застосуванні дихотомічної шкали: "Так, присутня" або "Ні, відсутня". Для визначення кількості відтворених у спогадах персонажів враховується їх частота. Оскільки ранні спогади відображають важливі емоційно насичені моменти, які суттєво впливають на розвиток особистості, на основі наявності чи відсутності окремих змінних можна реконструювати ключові події дитинства та їхній вплив на формування особистісних рис. Головні категорії, що аналізуються, такі:

- персонажі, яких згадує індивід (мати, батько, брати та сестри, інші родичі, тварини, кількість персонажів);
- тема раннього спогаду (народження брата чи сестри, смерть, хвороба або травма, контроль ситуації, покарання, плач та негативні емоції, передача чогось, страх або тривога, ворожість);
- загальний емоційний фон спогаду (позитивний, негативний чи нейтральний);
- активність особи, що згадує (активність – самостійне вирішення ситуацій, пасивність – дії або рішення інших людей);
- займенник, використаний у ранніх спогадах (я, ми, вони).

Згідно з цими категоріями, ранні спогади учасників дослідження були проаналізовані з урахуванням присутності чи відсутності зазначених змінних. Далі, порівнюючи дві групи: одну з вираженим "Я" та іншу з менш вираженим, за допомогою математичної статистики (критерій Фішера) визначено змінні, що суттєво відрізняються між групами. Статистично значущі відмінності виявлено в чотирьох змінних:

1. Присутність інших родичів ($p = 0.05$);
2. Плач та негативні емоції ($p = 0.05$);
3. Позитивний емоційний фон спогаду ($p = 0.025$);
4. Пасивність поведінки дитини в ранніх спогадах ($p = 0.05$).

Проведемо детальний аналіз кожного з елементів.

Присутність інших родичів. У групі з вираженими особистісними рисами лише 2 особи згадують інших родичів, тоді як у групі з менш вираженим "Я" (слабка ідентичність) згадуються 4 родичі, причому по 2-3 особи на кожного. Присутність таких родичів, особливо бабусь та дідусів, у ранніх спогадах дітей з менш виразним "Я" може свідчити про те, що ці родичі часто балували дитину, іноді створюючи ситуації, які негативно впливають на її розвиток. Це можна пояснити тим, що родичі не несуть такої ж відповідальності за виховання, як батьки, і намагаються прив'язати дітей до себе, демонструючи свою здатність завоювати любов. Інший варіант — вихованням дитини могли займатися не лише батьки, а й інші родичі, що може призвести до заплутаності у вихованні та несформованості власного світогляду. У таких випадках дитина була оточена багатьма вихователями, що могло призвести до намагання наслідувати різні моделі поведінки. Присутність родичів у теплій атмосфері також може вказувати на те, що дитина була позбавлена спілкування з іншими людьми, що могло обмежити її соціальну адаптацію.

Активність у реагуванні на травмуючі ситуації. У дитинстві, в стресових ситуаціях, де були емоційні травми, діти з сильною особистістю не лише сприймали ситуацію як загрозову, але й активно намагалися вплинути на неї, змінити хід подій (це підтверджується високим рівнем активності в їхніх спогадах). На відміну від цього, діти з менш вираженим "Я" або ігнорували травмуючі ситуації, або залишались пасивними, виступаючи тільки як спостерігачі, дозволяючи іншим приймати рішення та діяти.

Позитивний емоційний фон спогадів. Досліджувані з сильною ідентичністю в своїх спогадах в основному згадують позитивний емоційний фон (6 спогадів). У той час як учасники з менш вираженим "Я" не змогли згадати жодного спогаду з позитивними емоціями. Це є важливим індикатором розвитку особистості. Емоційне забарвлення спогадів має значний вплив на формування життєвого настрою та стратегії адаптації до світу. Ті, хто згадує позитивні моменти, зазвичай мають більш оптимістичне ставлення до життя і зберігають віру в подолання труднощів. У той час як учасники з менш вираженим "Я" характеризуються негативним емоційним фоном спогадів, що може свідчити про їх соціальну дезадаптацію і труднощі в адаптації до навколишнього середовища. Це також може вказувати на обмеження в емоційних переживаннях і міжособистісних стосунках.

Пасивність головного персонажа (діють або приймають рішення інші люди). У ранніх спогадах учасників з менш вираженим "Я" спостерігається більша пасивність (4 з 6 випадків) порівняно з учасниками, у яких сильна особистість (2 з 8 випадків). Ця пасивність характерна для тих, хто в житті приймає позицію "реципієнта", тобто тих, хто не ініціює події і не бере на себе відповідальність за зміни. Відсутність активності персонажа часто зустрічається у людей, які з дитинства не звикли самотійно долати труднощі, що вказує на їх схильність до пасивного сприйняття ситуацій, де необхідно приймати рішення.

Також було проведено обчислення середнього числа згадок слова "матір" і загальної кількості персонажів у спогадах обох груп. У групі з вираженим "Я" слово "матір" згадувалося в середньому 1,625 разів, а в групі з менш вираженим "Я" — 1,16 разів. Така різниця може свідчити про те, що для дітей з сильним "Я" мати є більш значущою фігурою в їхніх спогадах, вона відіграла ключову роль у вихованні та сприяла їхній адаптації. Низька частота згадок матері в групі з слабким "Я" у поєднанні з великою кількістю інших персонажів може вказувати на менший вплив матері на виховання, можливо, її незначну роль чи навіть нехтування дитиною.

Отже, порівнюючи ранні спогади двох груп з різним рівнем "Я", ми знайшли статистично значущу кореляцію між елементами спогадів і розвитком особистості. Присутність великої кількості персонажів, пасивність суб'єкта, відсутність позитивного емоційного фону, а також часті спогади про плач і негативні емоції можуть свідчити про соціальну дезадаптацію, труднощі в адаптації до навколишнього середовища, проблеми з самооцінкою, а також нездатність ставити й досягати чітко визначених цілей. Ранні спогади дійсно відображають емоційно насичені та значущі для розвитку особистості ситуації.

Для досягнення цілей дослідження були застосовані такі методи:

- спостереження;
- бесіди;
- експертна оцінка;
- аналіз ранніх спогадів дитинства.

Завдяки експертній оцінці, спостереженню та бесідам було сформовано дві групи учасників: 14 осіб із сильним "Я" та групу з ослабленим "Я". Далі, за допомогою методики аналізу ранніх спогадів, ми досліджували 24 змінних (елементи ранніх спогадів, зокрема: персонажі, теми спогадів, емоційний контекст, активність суб'єкта та використані займенники), оцінюючи їх за

принципом наявності або відсутності, а також за кількісним показником. Математичні статистичні методи дозволили виявити значущі відмінності за кожним із цих елементів.

Результати дослідження розкривають наступне:

- у ранніх спогадах учасників з ослабленим "Я" спостерігається більша кількість згадок родичів (бабусь, дідусів та інших), порівняно з учасниками з сильним "Я", що може свідчити про тенденцію до балування дитини з боку родичів;

- виявлено статистично значущу різницю в частоті згадок плачу та негативних емоцій у ранніх спогадах. Згадка плачу є індикатором активності суб'єкта, що намагається вплинути на травмуючу ситуацію. Такі спогади були притаманні дітям з сильним "Я";

- наявність позитивного емоційного фону у спогадах може вказувати на сприятливі умови розвитку та соціальної адаптації в дитинстві;

- активність і пасивність персонажа у спогадах відображають його взаємодію з навколишнім світом, соціальні контакти та готовність брати на себе відповідальність. Отже, активність у групі з сильним "Я" та пасивна поведінка у групі з ослабленим "Я" підтверджують ці тенденції;

- зазначено також залежність між кількістю згаданих персонажів і силою "Я": учасники з слабким "Я" згадують більше персонажів, що може вказувати на надмірну прив'язаність до оточення та наявність труднощів із самостійністю.

Таким чином, наше дослідження дозволяє зробити висновки про кореляцію між ранніми спогадами, розвитком особистості та рівнем "Я".

3.3. Техніки арт-терапії для подолання негативного впливу дитячої травми

Нами було підбрано психологічну програму арт-терапії корекції емоційної стабільності у осіб, що зазнали впливу дитячої травми. Її особистості юнацького віку в умовах війни. Програма є комплексною та ґрунтується на поєднанні психологічної підтримки та формування ціннісних орієнтацій. Вона використовує різноманітні методи, такі як групові заняття, індивідуальне консультування, арт-терапія, та адаптована до потреб та особливостей осіб, що будуть її проходити [1; 2; 4; 7; ; 9; 14; 16; 22; 35; 40].

Мета занять: корекція емоційної стабільності у осіб, що зазнали впливу дитячої травми.

Система занять спрямована на вирішення наступних завдань:

1. Сприяти зниженню тривожності, емоційної нестійкості.
2. Створювати умови для оволодіння способами контролю негативних емоцій – дратівливості та імпульсивності.
3. Формувати позитивне ставлення до життя.

Очікувані результати:

- зниження тривожності, емоційна стабільність осіб, що зазнали впливу дитячої травми;
- володіння способами контролю негативних емоцій;
- позитивне ставлення до життя [29].

Дана система занять розрахована на групову форму роботи з людьми, що зазнали впливу дитячої травми, і включає 10 занять, кожне з яких має свою спрямованість і водночас, в силу багатостороннього впливу арт-терапії, дозволяє вирішувати кілька завдань одночасно. Заняття проводились у другій половині дня протягом трьох місяців.

Очікувані результати включають зниження рівня психологічного дискомфорту, підвищення стійкості до стресу, формування позитивних ціннісних орієнтацій, підвищення самосвідомості та соціальної адаптації.

Тривалість занять приблизно 1,5 години. Кожне заняття має свою структуру: вступна частина, основна частина та заключна частина.

Таблиця 3.2

План занять психологічної програми корекції емоційної стабільності у людей, що зазнали впливу дитячої травми

Заняття	Мета заняття	Вправи та техніки
№ 1	Визначення умови ефективної діяльності групи, згуртування групи, зняття емоційної напруги, розвиток творчого потенціалу та комунікативних здібностей через створення картини із пластиліну	Вправа «Дерево мети» Картина із пластиліну «Мій настрій» Вправа «Поділись своєю енергією»
№ 2	Розробка правил роботи групи для її ефективного функціонування. Створення у групі атмосфери довіри, яка сприятиме вільному виявленню почуттів та допоможе усвідомити їх. Формування позитивної мотивації та зацікавленості заняттям	Вправа «Моє ім'я означає?» Пластичний етюд «Зіграємо один одного променями добра» Вправа «Правила роботи групи» Мандала «Мій стан тут і зараз»
№ 3	Формування навичок комунікативного спілкування та роботи у групі. Зняття емоційного напруження, розвиток творчого потенціалу учасників	Вправа «Компліменти для товариша» Картина з атласних кольорів «Будемо знайомі» Вправа «Не поспішай, але пам'ятай»
№ 4	Створення психологічно невимушеної атмосфери групи. Розкриття внутрішнього потенціалу учасників. Розвиток навички чути себе та виявляти власні потреби	Вправа «Давайте привітаємось» Арттерапія. Рисунок на крохмалі «Мій світ»
№ 5	Формування навичок релаксації; розвиток співчуття учасників до себе та оточуючих; розвиток бажання вступати у дружню взаємодію	Вправа «Чашка доброти» Вправа «Мозковий штурм» Колажування «Співчуття» Вправа «Стань моїм другом»
№ 6	Створення гарного настрою та емоційного комфорту у групі; формування позитивної мотивації та зацікавленості заняттям; розвиток	Вправа «Передай усмішку та гарний настрій» Техніка «Хусткова

	умінь у пізнанні внутрішнього світу себе та оточуючих	комунікація» Вправа «Подаруй подарунок»
№ 7	Розвиток навичок спільної діяльності; розвиток емпатії учасників групи. Забезпечення психологічного розвантаження всіх учасників групи. Навчання знаходити вихід із конфліктної ситуації	Вправа «Картина двох художників» Сольова ізотерапія «Конфліктні ситуації» Вправа «Дерево та Лось»
№ 8	Формування навичок саморегуляції та роботи над своїми почуттями. Сприяння здійсненню аналізу та самоаналізу. Розвиток навичок проведення асоціацій	Вправа «Асоціація» Вправа «Смак апельсина»
№ 9	Створення умов для зняття нервово-психічної напруги за допомогою слухання музики	Вправа «Мій інтерес» Вправа «Шум прибою» Вправа «Прогулянка до лісу» Музикотерапія «Мій ідеальний світ» Хвилина танцювальної терапії
№ 10	Розвиток навичок аналізу. Виявлення чи справдилися очікування учасників	Топіарій із серветок «Дерево щастя» Вправа «Дерево щастя»

Психотерапевтична робота профілактики емоційної стабільності у осіб, що зазнали впливу дитячої травми для фахівця повинна мати на меті зробити дії клієнта більш конструктивними, що сприяють його успішності та впевненості. Розберемо механізми консультації, які сприяють цьому. Насамперед психологу слід налаштуватися на безумовну доброзичливість до клієнта.

Необхідно дати клієнту виговоритися, оскільки неспокійна особа мало що чує. Під час розповіді особи її слід заохочувати, поглиблювати емоційні висловлювання і всіляко сприяти проговоренню клієнтом своїх почуттів. Це дасть більш очевидну картину справжніх страхів та зниження емоційної нестабільності й тривожності.

Необхідно налагодити діалог із особою, що зазнали впливу дитячої травми щодо її поведінки «тут і зараз», на консультації. Це дає клієнту можливість безпечної рефлексії своїх спонукань та вчинків. Якщо клієнт

перериває фахівця, не давши йому домовити, слід відразу звернути на це увагу і запитати мотив такої поведінки [46]. Часто це страх почути щось травмуюче. Якщо клієнт змінює тему бесіди, то слід уточнити: «Навіщо Ви змінили тему бесіди?», «Яке почуття чи мотив спонукало Вас до цього?», «Чи слугує така поведінка більшої адаптації у Вашому спілкуванні з іншими людьми?».

Варто проаналізувати соціальну ситуацію на сьогоднішній момент у трьох областях життєдіяльності клієнта (родина, друзі, робота) на наявність у них ознак депривації, ізоляції в сімейній лауні, занедбаності. Виявлення цих ознак дозволить побачити тип дезадаптивного впливу середовища та розробити з клієнтом заходи щодо профілактики та підтримки емоційної стабільності.

Слід уточнюючими питаннями (як?, коли?, де?, з якої причини, навіщо? і т.д.) спонукати клієнта до рефлексії власних вчинків і мотивів, що за ними стоять. Компенсуючи її зростаючу при цьому тривожність ще більшим прийняттям та доброзичливістю.

Психотерапевтична робота може базуватися на індивідуальному та груповому рівнях. Найбільш часті рекомендації включають:

- 1) зміна робочих патернів (працювати менше, робити більше перерв, уникати переробок, знаходити баланс між роботою та рештою життя);
- 2) розвиток копінг-механізмів (когнітивна перебудова, вирішення конфліктів, тайм-менеджмент);
- 3) отримання соціальної підтримки (від колег, друзів та родичів);
- 4) використання стратегій релаксації;
- 5) здоровий спосіб життя, фізкультура;
- 6) розвиток саморефлексії (за допомогою різних самоаналітичних технік, консультування, психотерапії) [51].

Також рекомендується сфокусуватися на духовності та людській природі за допомогою медитації, релігії. Іншими методами самопомоги є регулярний

відпочинок, лобювання підвищення суспільного визнання складної виконаної роботи, концентрація на позитивних сторонах життя і вдома і на роботі, щоб встояти проти негараздів та страждань.

Для боротьби з емоційною нестабільністю потрібно, щоб сама людина змінила позицію «жертви обставин» на позицію «господаря свого життя», який сам несе відповідальність за все, що з нею відбувається, а отже, сам довів (або дозволив довести) себе до такого стану. А допомогти цьому можуть такі методи:

1. Постановка реальних цілей, досягнення певних результатів, що підвищує довгострокову мотивацію. Не можна «осягнути неосяжне». Спроби встигнути те, що встигнути неможливо, призводять до емоційної нестабільності. Негативний перфекціонізм виснажує і робить людей вразливими до депресії, тривожних розладів, вигоряння та інших проблем. Правильно розставлені пріоритети та реальні цілі дають можливість людині відчувати свою успішність, що, у свою чергу, підвищує її самооцінку[49].

2. Гігієна праці. Наявність достатніх перерв на відпочинок та їжу, заохочення себе до виконання завдань. Використання періодів підвищеної продуктивності. Навантаження має відповідати можливостям.

3. Опанування вміннями та навичками саморегуляції. Доступні способи – це прогулянки, тренажерний зал, спорт, спілкування з природою, мистецтвом, хобі, які дозволяють розслабитися і відволіктися. Заняття творчістю. Творче самовираження підтримує креативність, самооцінку та гарний настрій. Техніки релаксації допомагають не тільки при тривозі, а й при стресах та вигорянні. Розвиток здорового оптимізму [39]. Почуття гумору та здатність помічати добро – чудові помічники.

4. Професійний розвиток та самовдосконалення.

5. Емоційне спілкування. Коли людина аналізує свої почуття і ділиться ними з іншими, якщо є підтримка близьких людей, ймовірність емоційної нестабільності значно знижується. Підтримка добрих стосунків з іншими людьми. Розширення кола спілкування, уникнення ізоляції. Навички ефективного вирішення конфліктів та відстоювання себе. Розвиток емпатії та емоційної грамотності.

6. Підтримка хорошої фізичної форми. Доведено тісний зв'язок між станом тіла та розумом. Дуже важливо підтримувати хорошу фізичну форму за допомогою фізичних вправ, збалансованого харчування та повноцінного сну [48].

Життя збагачують цікаве спілкування, мистецтво, музика, література, природа, гумор. Проте системна допомога буде набагато ефективнішою. Вона включає самодопомогу, оптимізацію гігієнічних та мотиваційних умов життя та праці, а також організаційної культури, і, звичайно ж, надання спеціалізованої професійної допомоги консультуючими психологами. У разі недостатності самодопомоги потрібна професійна консультативна або корекційна допомога психолога. Видами спеціалізованої допомоги є:

1) Тренінги щодо зниження стресу спрямовані на розвиток навичок стресостійкості у груповому форматі. Там можна навчитися саморегуляції, вирішення конфліктів та підвищити впевненість у собі.

2) Короткострокова терапія, орієнтована на вирішення проблем. Цей вид терапії спрямований на досягнення конкретних цілей.

3) Інтерперсональна терапія допомагає налагодити стосунки.

4) Терапія прийняття та відповідальності допомагає розібратися з пріоритетами, цінностями та цілями та усвідомлено підходити до життя.

5) Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – терапія першого вибору за більшості психологічних проблем. Вона допомагає переглянути застарілі

переконання та установки, покращити самооцінку та стосунки з іншими людьми, набути нових звичок [32].

Отже, на підставі проведеного дослідження для підтримки емоційної стабільності жінок військовослужбовців необхідні: створення підтримуючого середовища; психологічна підтримка; самогляд; граничність та управління часом; розвиток навичок управління стресом; пошук можливостей для особистісного, професійного розвитку та навчання новим методам взаємодії та вирішення конфліктів; визнання власних досягнень та успіхів. Ці рекомендації можуть допомогти особам, що зазнали впливу дитячої травми ефективно підтримувати емоційну стабільність та забезпечити збереження їх фізичного та емоційного благополуччя.

Висновки до розділу 3

На основі проведеного емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення агресивної поведінки у осіб з досвідом дитячих травм, були зроблені наступні висновки:

У осіб з досвідом дитячих травм спостерігається підвищений рівень агресивності, який виявляється у вербальних та фізичних формах.

Основними чинниками, що підсилюють агресивну поведінку, є низька емоційна підтримка в дитинстві, відсутність довірливих стосунків та пережитий стрес.

Профілактика агресивної поведінки має включати корекційні програми, орієнтовані на підвищення емоційної компетентності та розвиток соціальних навичок.

Виявлено взаємозв'язок між негативними ранніми спогадами та рівнем агресивності в дорослому віці.

Особи з позитивними ранніми спогадами демонструють більш стійку «Я»-концепцію, що знижує ризик розвитку агресивної поведінки.

Застосування методик проєктивного характеру, опитувальників та тестів дозволило визначити зв'язок між пережитими травмами та рівнем агресивності.

Комплексна організація дослідження сприяла отриманню об'єктивних даних, необхідних для розробки корекційних програм.

Арт-терапія виявилася ефективним методом зниження рівня агресивності через вираження емоцій у творчій діяльності.

Використання арт-терапії дозволило учасникам дослідження безпечно опрацювати травматичні переживання, розвинути емоційну стійкість та здатність до саморегуляції.

Проведене дослідження підтвердило тісний зв'язок між дитячими травмами та агресивною поведінкою у дорослому віці. Для профілактики негативних наслідків необхідний комплексний підхід, що включає психокорекцію, емоційну підтримку та інтеграцію арт-терапевтичних технік у психологічну допомогу.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного теоретичного та емпіричного дослідження взаємозв'язку дитячої травми та агресивності в дорослому віці зроблено наступні висновки:

Досліджено, що дитяча травма є багатовимірним психологічним феноменом, який охоплює різні види негативного досвіду, включаючи фізичне, емоційне та сексуальне насильство, а також нехтування базовими потребами дитини.

Агресивність представлено як сукупність поведінкових реакцій, які спрямовані на завдання шкоди іншим або собі. Вона може проявлятися в різних формах: фізичній, вербальній, прямій та непрямій.

Зазначено, що основними психологічними механізмами перетворення дитячої травми в агресивну поведінку є витіснення, проекція, ідентифікація з агресором та формування негативних поведінкових патернів.

Доведено, що соціальна підтримка та рівень розвитку емоційної компетентності є важливими факторами, які можуть послабити або підсилити негативний вплив дитячої травми.

Для діагностики використовуються психодіагностичні методики, такі як проєктивні тести, опитувальники, спостереження та клінічне інтерв'ю.

Комплексний підхід у діагностиці дозволяє точніше визначити рівень травматизації та ймовірність агресивних проявів у дорослому віці.

Результати емпіричного дослідження показали, що ранні травматичні спогади корелюють із підвищеною агресивністю та низьким рівнем внутрішньої стійкості.

Одним із підходів до дослідження особистості є методика аналізу ранніх спогадів дитинства, яка передбачає дослідження таких аспектів:

- присутність родичів, окрім батьків;
- наявність плачу та негативних емоцій у спогадах;
- емоційний фон спогадів, зокрема позитивний;
- активність або пасивність суб'єкта в ранніх спогадах;
- кількість згаданих персонажів;
- частота згадок матері.

Таким чином, можна стверджувати, що методика аналізу ранніх спогадів є важливим інструментом у психокорекційній практиці, допомагаючи виявити ключові фактори, що впливають на розвиток особистості.

Застосування арт-терапії, психокорекційних програм та інших психологічних технік значно знижує рівень агресивності та сприяє емоційному відновленню.

Доведено, що дитяча травма є суттєвим чинником, що впливає на формування агресивності в дорослому віці. Запобігання її негативним наслідкам можливе через раннє виявлення, корекцію психологічних порушень та психологічну підтримку. Отримані результати можуть бути корисними для розробки профілактичних і корекційних програм у сфері психологічної допомоги.

Перспективами подальших досліджень вважаємо розроблення та апробацію комплексних корекційних програм що мінімізації проявів агресивності на різних вікових етапах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Борисюк Н. П. Психологічна допомога дітям з травматичним досвідом. *Практична психологія*. Київ: Ніка-Центр, 2018. 192 с.
2. Бех І. Д. Психолого-педагогічні основи попередження агресивної поведінки у дітей та підлітків. Київ: Либідь, 2006. 347 с.
3. Бреусенко-Кузнецов О.А., Вознесенська О.Л., Найдьонова Л.А., Скнар О.М., Чуприков А.П. Простір арттерапії: ресурси зцілення: матеріали XI міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 3-4 квітн. 2014 р. Київ, Золоті ворота, 2014. С. 198.
4. Бриндіков ЮЛ. Арттерапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій. Науковий вісник ужгородського університету. Сер. Педагогіка. Соціальна робота. 2017. № 2. С. 42-45.
5. Вірна Ж.П., Ейнг А.М. Насильство і права дитини: досвід вивчення в Бразилії та визначення назрілих координат в Україні. Innovative resources of modern science : collective monograph / Compiled by V. Shpak; Chairman of the Editorial Board S. Tabachnikov. Sherman Oaks, California : GS Publishing Services, 2022. 145-151 ; режим доступу : [3] (DOI: 10.51587/9798-9866-95907-2022-009-145-151)
6. Гаврилова А. Ю. Вплив травматичних подій на розвиток дитини. Харків: Основа, 2020. 176 с.
7. Гошовський Я., Гошовська Д. Т. Перевентивно-корекційна допомога депривованим дітям із симптомами психоемоційного вигорання. Психологічні перспективи. 2019. № 34. С. 24–35.
8. Дубчак О. В. Методи арттерапії в роботі з дітьми, які зазнали психотравмуючого досвіду. Львів: Палітра, 2019. 164 с.

9. Ільченко Т. І. Особливості психокорекції травматичних спогадів у дітей. Київ: Наукова думка, 2021. 198 с.
10. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : Либідь, 2007. 256 с.
11. Клименко Л. П. Агресивність як характеристика соціально-психологічної адаптації особистості. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки, 2016.
12. Кузьміна Н. М. Агресивна поведінка підлітків як соціально-психологічна проблема. Київ: Наукова думка, 2017.
13. Криволапчук Т. М. Емоційні травми у дітей дошкільного віку: діагностика та корекція. Харків: Ранок, 2020. 176 с.
14. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К.: 7БЦ, 2023. 175 с.
15. Лебідь Т. І. Емоційна регуляція агресивності у студентському середовищі. *Психологія особистості*, 2018.
16. Луценко О. І. Психологічний супровід дітей, що пережили психотравмуючі події. Київ: Інститут психології НАПН України, 2017. 204 с.
17. Максименко С. Д. Психологія агресивності. Київ: Центр навчальної літератури, 2012. 347 с.
18. Малхазов О. Р. Розвиток емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2022. 215 с.
19. Матвійчук Т. Теорії особистості в зарубіжній та українській психології. Київ : Магнолія. 2023. 500 с.

20. Москаленко В. В. Соціальна психологія агресії. Київ: Либідь, 2009. 367 с.
21. Малихіна Т. О. Травма дитинства: наслідки і методи роботи в сучасній психології. Львів: Світ, 2019. 168 с.
22. Ніконенко О. А. Соціально-психологічна адаптація дітей із травматичним досвідом. Київ: Грамота, 2018. 172 с.
23. Пустовіт Г. В. Корекція агресивної поведінки у дітей дошкільного віку. Київ: Педагогічна думка, 2018.
24. Олійник О. В. Психологічні чинники агресивної поведінки у дітей шкільного віку. *Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України*, 2015.
25. Орленко І., Бальбуза О. Психологічні аспекти впливу арттерапії на позитивні зміни самоставлення у жінок. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2022. № 17 (62). С. 72-83.
26. Подофей С. О. Емоційний інтелект особистості й особливості його становлення. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки*. 2019. № 1. С. 260-265. URL: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-1-43>
27. Роменець В. А. Агресія як прояв людської природи. Київ: Наукова думка, 2008.
28. Савченко І. Л. Психологічні основи роботи з дітьми, які зазнали насильства. Дніпро: Видавничий дім ДДУ, 2021. 188 с.
29. Семененко М. В. Роль сім'ї у подоланні дитячих психотравм. Одеса: Видавництво ОНУ, 2016. 200 с.
30. Сидоренко С. А. Агресивність у контексті взаємодії у підліткових групах. Київ: Вид-во КНУ імені Тараса Шевченка, 2014.
31. Столяренко О. Б. Психологія особистості : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 280 с.

32. Титаренко Т. М. Життєві кризи особистості: від втрат до нових смислів. Київ: Либідь, 2016. 256 с.
33. Татенко В. А. Психологія у суб'єктному вимірі : монографія. Київ : Видавничий центр «Просвіта», 1996. 404 с.
34. Титаренко Т. М. Соціальна психологія агресії. Київ: Академія, 2015.
35. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
36. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Переклад з німецької: Петро Таращук. Київ: Основи, 1998. 709 с.
37. Фромм Е. Втеча від свободи. Харків : Книжковий клуб «Клуб сімейного дозвілля». 2019. 288 с.
38. Чепелева Н. В. Соціально-психологічні аспекти переживання втрат у дитинстві. Харків: Видавництво ХНУ імені Каразіна, 2018. 200 с.
39. Швалб Ю. М., Мироненко, І. А. Психологія агресії: підходи, проблеми, рішення. Київ: Інститут психології ім. Г.С. Костюка, 2019.
40. Шевченко А. С. Посттравматичний синдром у дітей: підходи до діагностики та терапії. Київ: Фенікс, 2018. 210 с.
41. Юрченко В. Г. Травма дитинства і формування особистості: соціально-психологічний аспект. Вінниця: ТД «Едельвейс», 2017. 178 с.
42. Яремчук О. А. Дитяча травма: підходи до розуміння та психологічна допомога. Київ: Академвидав, 2019. 192 с.
43. Adler A. Praxis und Theorie der Individualpsychologie, 1920. 263 s.
44. Adler A. Problems of Human Nature, 1929. 343 s.
45. Abbing A., Baars E. W., de Sonnevill L., Ponstein A. S., Swaab H. The effectiveness of art therapy for anxiety in adult women: a randomized controlled trial. Front Psychol. 2019. № 10. P. 1203.

46. Anderson, C. A., Bushman, B. J. "Human Aggression." *Annual Review of Psychology*, 2002.
47. Bandura A. *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1973.
48. Baron R. A., Richardson, D. R. *Human Aggression*. New York: Springer, 1994.
49. Baumeister, R. F., Vohs, K. D. *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. New York: Guilford Press, 2004.
50. Berkowitz, L. *Aggression: Its Causes, Consequences, and Control*. Philadelphia: Temple University Press, 1993.
51. Bloom, S. L. *Creating Sanctuary: Toward the Evolution of Sane Societies*. New York: Routledge, 2013.
52. Cicchetti, D., Toth, S. L. "Child Maltreatment." *Annual Review of Clinical Psychology*, 2005.
53. Cook, A., Spinazzola, J., et al. "Complex Trauma in Children and Adolescents." *Psychiatric Annals*, 2005.
54. Dollard, J., Doob, L. W., et al. *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press, 1939.
55. Felitti V. J., Anda, R. F., et al. "The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study." *American Journal of Preventive Medicine*, 1998.
56. Fisher, J. *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors: Overcoming Internal Self-Alienation*. New York: Routledge, 2017.
57. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books, 2015.
58. Levine P. A. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books, 1997.

59. Morozova T. M. "Post-Traumatic Stress in Children: Ukrainian Perspective." *Eastern European Journal of Psychology*, 2021.
60. Perry B. D. *The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook*. New York: Basic Books, 2017.
61. Siegel D. J., Hartzell, M. *Parenting from the Inside Out: How a Deeper Self-Understanding Can Help You Raise Children Who Thrive*. New York: TarcherPerigee, 2013.
62. Titarenko T. M., & Holovanenko, H. "Life Path Disruptions in Trauma Survivors." *Journal of Human Development in Post-Soviet Context*, 2019.
63. Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Books, 2015.
64. Podoliak N., & Boyko O. "The Role of Family in Overcoming Childhood Trauma." *Psychology and Society*, 2020.
65. Ciasca E. C., Ferreira R. C., Santana C. L., Forlenza O. V., Dos Santos G. D., Brum P. S., Nunes P. V. Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. *Braz J Psychiatry*. 2018.№40.P.256–263.