

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок травмуючих подій дитинства з сексуальним
функціонуванням у дорослому віці**

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

Хилевич Анастасії Олександрівни

Науковий керівник: Докторка філософії
в галузі психології, асистентка
кафедри психодіагностики та клінічної
психології **Молотокас Антоніна
Андріївна**

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК No_

Протокол No ____ від _____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА РОЗВИТОК СЕКСУАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	9
1.1. Поняття і класифікація травмуючих подій дитинства	9
1.2. Поняття сексуального функціонування: фізіологічний та психологічний аспекти.....	14
1.3 Зв'язок сексуального функціонування з фізичним, емоційним та сексуальним насильством в дитинстві.....	19
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ: ОПИС ВИБІРКИ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДНИЦЬКОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ	26
2.1 Концептуальна модель та гіпотези дослідження.....	26
2.2 Методологія емпіричного дослідження	27
2.3 Вибірка та збір даних дослідження	36
Висновки до розділу 2	39
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	41

3.1	Дескриптивна статистика отриманих даних	41
3.2	Аналіз прояву сексуального функціонування в дорослому віці в залежності від прояву наявності травми в дитинстві	49
	Висновки до розділу 3.....	72
	ВИСНОВКИ.....	74
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Проблема впливу дитячої травми на сексуальне функціонування у дорослому віці є однією з найактуальніших у сучасній психології, психіатрії і зокрема сексології, а знаходження шляхів подолання проблем в інтимних стосунках є актуальною задачею для всього суспільства. Дитяча психіка є надзвичайно вразливою до зовнішніх факторів, а пережиті у дитячому віці стресові події можуть призводити до довготривалих психологічних порушень, які виявляються у зрілому віці у вигляді труднощів у побудові здорових інтимних стосунків з партнером.

Наукові дослідження щодо вчинення насильства над дітьми представлено у працях зокрема зарубіжних вчених де висвітлено, яким чином травматичний досвід у дитинстві, особливо пов'язаний із фізичним, емоційним або сексуальним насильством, може суттєво впливати на формування особистісних рис, соціальної адаптації та вплив на сексуальне функціонування у дорослому віці (D.Finkelhor, L.M.Williams, R.Bauserman, B.Rind, M. C.Seto). Також деякі науковці (M.H.Teicher, C.Heim, C.V.Nemeroff) досліджували нейробіологічну складову психосексуальної травми через вчинення насильства щодо дитини.

Особливої уваги потребує взаємозв'язок між дитячими травмами та формуванням сексуального функціонування, окрім цього, травматичний досвід може впливати на подальше загальне емоційне благополуччя людини, спричиняючи депресію, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що так само впливає на сексуальне життя в дорослому віці і побудову здорових стосунків з партнером.

Сучасне суспільство особливо стикається з численними випадками сексуальних девіацій, асоціальної поведінки та труднощів у встановленні здорових сексуальних відносин. Попри значний науковий прогрес у сфері психології травми і сексології, багато аспектів заданої проблеми залишаються недостатньо вивченими. Зокрема, актуальними для подальшого огляду є механізми впливу дитячої травми на специфічні проблеми пов'язані з сексуальним функціонуванням, а також виявлення факторів, що можуть сприяти їхньому попередженню або корекції.

Результати цього дослідження допоможуть зрозуміти більш глибоко механізми формування проблем з сексуальним функціонуванням у дорослих чи підлітків та допоможуть розробити ефективні методи психологічної допомоги людям із подібним негативним у їх дитинстві досвідом.

Мета дослідження:

визначити зв'язок травмуючих подій дитинства з сексуальним функціонуванням у дорослому віці.

Завдання дослідження.

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз зв'язку травмуючих подій дитинства з сексуальним функціонуванням.
2. Визначити особливості сексуального функціонування у респондентів.
3. Визначити особливості травматичних подій дитинства у респондентів.
4. Встановити зв'язки між типами травматичних подій дитинства та особливостями сексуального функціонування у дорослому віці.

Об'єкт дослідження:

сексуальна сфера особистості.

Предмет дослідження:

зв'язок травмуючих подій дитинства з сексуальним функціонуванням у дорослому віці.

Методи дослідження.

Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних і емпіричних методів наукового дослідження:

- теоретичні: – аналіз, синтез й узагальнення під час розгляду викладених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми й опрацювання отриманих результатів;
- емпіричні: – тестування, зокрема, Багатовимірний опитувальник сексуальності В. Снелла (MSQ) в адаптації Музалевської А.С. (2021), Міжнародний опитувальник травм (ITQ) в адаптації Зливкова В.Л., Лукомської С.О., Котуха О.В. та Мельник О.В. та Анкета негативного дитячого досвіду (ACE) в адаптації О. І. Власової, Н. В. Родіної, Ю. О. Целікової, Л. К. Ворнікової, Ю. О. Тихоненко (2022).

Обробку емпіричних показників здійснено з використанням методів математичної статистики: описових статистик, Independent Samples T-Test, One-Way ANOVA і кореляційного аналізу.

Дослідницька вибірка.

У дослідженні взяв участь 51 респондент віком від 18 до 58 років. Серед яких 37 жінки та чоловіки. За віковим критерієм вибірка розподілилася наступним чином: 40 осіб (78,4 %) віком від 18 до 25 років та 11 осіб (21,6 %) у віковому діапазоні від 30 до 58 років.

Наукова новизна дослідження полягає в тому:

- щоб уточнити розуміння особливостей впливу травмуючих подій дитинства на сексуальне функціонування у дорослому віці;

набули подальшого розвитку положення про:

- зв'язок між травматичним досвідом та змінами у психологічних показниках, що підтверджується виявленими статистично значущими відмінностями за результатами емпіричного дослідження.

Практичне значення роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані для поглибленої діагностики впливу травмуючих подій дитинства на особливості сексуальної сфери дорослих клієнтів. Зокрема, встановлені зв'язки між типами травматичного досвіду та сексуальним функціонуванням дозволяють урахувати роль дитячої травми при консультуванні осіб із сексуальними порушеннями.

Достовірність і обґрунтованість результатів забезпечено тим, що під час збору даних використовувались валідні та надійні психодіагностичні методики, а також стандартизовані інструменти вимірювання психологічних характеристик, що підтверджує відповідність отриманих показників сучасним вимогам психологічної науки. Також, достовірність результатів підкріплена репрезентативністю вибірки та чітким дотриманням етичних принципів дослідження.

Структура та обсяг роботи.

Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 63 найменування, з них – 44 іноземною мовою. Дослідження

містить 11 таблиць і 1 рисунок. Основний зміст викладено на 71 сторінці комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 84 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧОЇ ТРАВМИ НА РОЗВИТОК СЕКСУАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

1.1 Поняття і класифікація травмуючих подій дитинства

Дитинство є надзвичайно важливим етапом у формуванні особистості людини, її емоційного та когнітивного розвитку. З одного боку, ми звикли сприймати дитинство як період безтурботності та невинності, але з іншого боку, це час, коли діти можуть піддаватися впливу подій, які залишають незгладимі сліди в їхній психіці на все життя. Психотравматичний досвід дітей та його вплив на соціалізацію і психологічний розвиток є важливим аспектом сучасної дитячої психології. Саме в цей період закладаються базові уявлення про світ, себе, інших людей, формується система довіри, здатність до емоційної регуляції, побудови соціальних зв'язків і стосунків.

Травматична подія дитинства — це ситуація або подія, яка завдає дитині серйозної емоційної, психологічної або фізичної травми і може вплинути на її подальший розвиток та соціалізацію. Дитяча травма може докорінно змінити дитяче сприйняття світу та спосіб взаємодії з ним. Однією з найважливіших таких змін є втрата довіри до інших.

Психологічна травма в дитячому віці має значну відмінність від аналогічного досвіду у дорослих: вона не лише завдає емоційного болю, а й може порушити або деформувати сам процес формування особистості. Такий досвід часто пронизує усі сфери життя дитини, впливаючи на самооцінку, стосунки з іншими, академічну успішність, здатність до саморегуляції та майбутній психосоціальний розвиток. У дорослому віці

наслідки дитячих психотравм можуть проявлятися у вигляді тривожних розладів, депресій, труднощів у міжособистісних стосунках, проблем з побудовою інтимних стосунків, деструктивної поведінки, залежностей тощо.

Вивчення травмуючих ситуацій ускладнюється через їхню багатовимірність як за кількістю, так і за джерелами виникнення. Такі ситуації зазвичай розглядаються як обставини, що створюють реальну загрозу життю або можуть спричинити серйозні фізичні ушкодження; вони також можуть бути пов'язані з переживанням чи спостереженням актів фізичного насильства над іншими людьми або з впливом шкідливих факторів навколишнього середовища, включно з отриманням інформації про їхню дію.

Поняття травми в дитячому віці охоплює не лише ситуації, пов'язані з фізичною загрозою, а й ті, які викликають інтенсивні негативні емоції, відчуття безсилля, самотності, відчуження. Травмуюча подія — це досвід, що перевищує можливості дитини до емоційної обробки та адаптації, в результаті чого відбувається емоційне перевантаження та дезорганізація. Такий досвід може мати як разовий характер (наприклад, нещасний випадок), так і бути хронічним (наприклад, систематичне емоційне нехтування чи насильство в сім'ї).

Слід розуміти, що дитина має обмежені можливості для раціонального осмислення травматичних подій, тому часто сприймає ситуацію буквально або персоналізовано, приписуючи провину собі. Наприклад, у випадку розлучення батьків дитина може вважати, що саме вона стала причиною конфлікту. Така тенденція посилює емоційні наслідки травми та ускладнює процес природного відновлення. У результаті в дитячій свідомості можуть сформуватись і закріпитися

деструктивні переконання: «Я не заслуговую на любов», «Мені не можна довіряти людям», «Я повинен усе терпіти», тощо. Ці уявлення здатні переходити у доросле життя, впливаючи на формування ідентичності, здатність до побудови здорових стосунків, реалізацію в соціумі.

Аналізуючи аспекти, пов'язані з механізмами психологічної травматизації, дослідники виокремлюють низку подій, що можуть мати травмуючий характер. До таких належать: військові конфлікти, природні лиха, техногенні та екологічні катастрофи, пожежі, акти тероризму, свідчення насильницької смерті інших осіб, серйозні нещасні випадки, сексуальне насильство, раптове виникнення небезпечних для життя захворювань або фізичні напади.

Ч. Фіглі, дослідник, який визначає психологічну травму внаслідок подій, запропонував три основні критерії для її визначення: подія має бути неочікуваною, небезпечною та приголомшливою.

Згідно з DSM-V, психологічна травма підтверджується, коли подія має такі характеристики ознаки:

1)реальна чи потенційна загроза життю або серйозному фізичному ушкодженню;

2)безпосереднє переживання травматичної ситуації, її спостереження або отримання інформації про те, що така подія сталася з близькою особою;

3)виникнення сильної емоційної реакції — страху, безпорадності, жаху, — що перевищує здатність людини до адаптації.

У сучасній психологічній літературі існує достатньо велика кількість класифікацій травмуючих ситуацій. За типом процесу травмування виділяють такі травми.

– Фізичні травми. До цього типу належать події, які безпосередньо впливають на тілесну цілісність людини та зачіпають її фізичну реальність. Це найбільш очевидні та поширені в медичній практиці випадки, коли зовнішні обставини становлять загрозу для життя або здоров'ю особи. Прикладами можуть слугувати стихійні лиха, пожежі, серйозні дорожньо-транспортні пригоди тощо. У подібних ситуаціях фізична безпека людини порушується, що може викликати сильні психологічні реакції.

– Нарцисичні травми. Цей тип травматизації пов'язаний із міжособистісними взаєминами та формуванням базових елементів Я-концепції, зокрема — самоідентичності. Такі травми виникають у ситуаціях, коли особа стикається з глибоким порушенням у сприйнятті себе як цінної та унікальної. Часто це пов'язано з досвідом емоційного ігнорування або знецінення з боку значущих дорослих у ранньому дитинстві (зазвичай у віці від трьох до семи років). У результаті формується вразливість до порушень у сфері емоційної близькості, знижується здатність до побудови автентичних міжособистісних зв'язків, зростає ризик емоційної залежності, депресивних станів, а в тяжких випадках — навіть суїцидальної поведінки. Цей тип травми не завжди пов'язаний з якоюсь однією подією, частіше йдеться про тривалий вплив несприятливих умов, які стають фоном розвитку особистості.

– Травми, пов'язані з порушенням соціальних зв'язків. Цей різновид психотравми виникає внаслідок розчарування або фрустрації, пов'язаної з очікуваннями індивіда щодо функціонування системи соціальних

відносин. Людина, яка стикається з такою травматичною ситуацією, відчуває, що соціальне середовище не відповідає її базовим потребам у підтримці, довірі, належності чи взаємному доповненні. Подібна травма часто виникає у контексті порушених міжособистісних контактів, ізоляції або емоційного відчуження, коли суб'єкт опиняється на "порожньому місці" — без точки опори в соціальному просторі.

Порівнюючи різні типи травм (фізичні, нарцисичні та соціальні), можна виявити спільну рису: у всіх випадках відбувається підрив фундаментальної довіри особистості до певної системи — тілесної, емоційної чи соціальної. Ця втрата довіри є ключовою деструктивною ланкою в процесі психологічної дезадаптації.

Залежно від сили та характеру впливу, травматичні події поділяють на кілька типів:

Масивні (катастрофічні) психотравми — це події раптового та надзвичайно гострого характеру, які значно перевищують адаптаційні можливості особистості. До них належать, наприклад, серйозні аварії, терористичні акти, воєнні дії або стихійні лиха. Такі ситуації провокують сильну дезорганізацію психічних функцій та можуть викликати глибокі посттравматичні розлади.

Психотравми із соціально значущими наслідками — впливи, що спрямовані на соціальний статус особи, її самореалізацію, можливість бути прийнятою в суспільстві. Сюди відносяться ситуації приниження, соціального виключення або публічної ганьби. Такі травми порушують відчуття соціальної гідності й провокують деструктивні переживання, пов'язані з втратою самоповаги.

Психотравми з інтимно-особистісними наслідками — це досвід, що зачіпає глибинні сфери особистості та може мати як психологічно руйнівні, так і біологічно шкідливі наслідки. Їхня небезпека полягає у високому рівні внутрішньої інтеграції з особистістю, що ускладнює терапевтичну роботу.

Нещодавнє вітчизняне дослідження (Власова & Потонська, 2021) виявило сенситивні періоди інкапсуляції дитячих травм, що впливають на життєвий шлях особистості: 3-6 років та підлітковий вік. Особи з вираженими дитячими страхами демонструють значно більшу схильність до стереотипізації в майбутньому, яка проявляється в нетерпимості до незахищеності, можливо, через втрату надійної прив'язаності та деякі інші несприятливі фактори середовища в якому вони зростали.

Наслідки дитячої травми часто є тривалими та хронічними. Дорослим, які пережили складну дитячу травму, важко пережити те, що вони пережили в дитинстві, що може призвести до безлічі емоційних, психологічних і фізичних симптомів. Якщо людина пережила глибоку травму прив'язаності, її ставлення до романтичних стосунків у дорослому віці може включати своєрідний «танець» притягування або відштовхування, виходячи з режиму виживання. Коли базові потреби дитини в безпеці, стабільності, передбачуваності, любові, турботі та підтримці не задовольняються в дитинстві або задовольняються, але з перервами, це може призвести до формування дезадаптивних моделей поведінки, які засвоюються і реалізуються в романтичних стосунках, щоб задовольнити свої потреби.

1.2 Поняття сексуального функціонування: фізіологічний та психологічний аспекти

Сексуальне функціонування є важливим компонентом загального психічного і фізичного здоров'я людини. Воно визначається як комплекс психофізіологічних процесів, які забезпечують можливість отримання сексуального задоволення та досягнення емоційної близькості у міжособистісних стосунках. Сексуальне функціонування охоплює кілька взаємопов'язаних фаз: сексуальне бажання, збудження, оргазм і розслаблення, які відображаються у відповідних фізіологічних реакціях організму.

Разом з тим, порушення на будь-якому з етапів сексуального циклу можуть призводити до розвитку сексуальних дисфункцій, які є досить поширеним явищем у популяції. Зокрема, популяційні дослідження свідчать, що сексуальні дисфункції трапляються приблизно у 43% жінок і 31% чоловіків. Згідно з ними, розлад гіпоактивного сексуального потягу спостерігається приблизно у 30% жінок і 15% чоловіків, що часто пов'язано з комплексом медичних і психологічних факторів. Розлади сексуального збудження, такі як еректильна дисфункція у чоловіків та порушення збудження у жінок, реєструються у 10–20% чоловіків і жінок, причому у чоловіків їхня частота істотно зростає з віком. Оргазмічний розлад є відносно поширеним у жінок (10–15% випадків за даними локальних досліджень), тоді як передчасна еякуляція виступає найпоширенішою сексуальною скаргою серед чоловіків — близько 30% повідомлень у більшості досліджень.

У чоловіків типовими етапами нормального сексуального функціонування є збудження, ерекція, статевий акт та еякуляція, після чого настає латентний період. У жінок послідовність включає збудження, статевий акт і оргазм. Сексуальна дисфункція може виникнути на будь-якому з цих етапів. Крім того, як чоловіки, так і жінки можуть

відчувати больові відчуття під час статевого акту. Важливо зазначити, що у пари можуть бути проблеми у міжособистісних стосунках при збереженні задовільного сексуального життя, так само як і проблеми з сексуальним функціонуванням можуть виникати без порушень у стосунках.

За визначенням ICD-11 (World Health Organization, 2019), сексуальні дисфункції — це синдроми, які включають різні способи, за допомогою яких дорослі люди можуть відчувати труднощі при сексуальній активності, що приносить особисте задоволення і не є примусом. Для того, щоб вважатися сексуальною дисфункцією, дисфункція повинна 1) виникати часто, хоча в деяких випадках вона може бути відсутня; 2) існувати принаймні кілька місяців; 3) бути пов'язаною з клінічно значущим дистресом.

Згідно з класифікацією ICD-11 (World Health Organization, 2019), виділяють такі форми сексуальних дисфункцій:

NA00. Гіпоактивна дисфункція (зниження) сексуального потягу характеризується відсутністю або помітним зниженням бажання або мотивації до сексуальної активності, що проявляється будь-яким з наступних симптомів: 1) зниження або відсутність спонтанного потягу (сексуальних думок або фантазій); 2) зниження або відсутність реакції на еротичні сигнали та стимуляцію; 3) нездатність підтримувати бажання або інтерес до сексуальної активності після її початку. Зменшення або відсутність спонтанного або відповідного бажання або нездатність підтримувати бажання або інтерес до сексуальної активності відбувається епізодично або постійно протягом щонайменше кількох місяців і пов'язане з клінічно значущим дистресом.

HA01. Дисфункції сексуального збудження включають труднощі з фізіологічними або суб'єктивними аспектами сексуального збудження.

HA02. Оргазмічні дисфункції — це труднощі, пов'язані з суб'єктивним переживанням оргазму.

HA03. Еякуляторні дисфункції — це труднощі з еякуляцією у чоловіків, включаючи затримку еякуляції, яка відчувається як занадто коротка (чоловіча рання еякуляція) або занадто довга (чоловіча затримка еякуляції).

Варто підкреслити, що сексуальні дисфункції, як правило, мають мультифакторіальну природу, а поодинокі причини зустрічаються рідко. Навіть за наявності органічного чинника, важливим є також лікування супутніх психологічних детермінант, які можуть бути пов'язані з фізіологічною проблемою або виступати її наслідком. Психологічний компонент сексуальних розладів включає три основні напрями: індивідуальні психологічні детермінанти, аспекти стосунків між партнерами та психосексуальні фактори.

Розлади сексуального збудження у жінок поділяються на три основні підтипи. Перший – порушення генітального збудження, коли відсутні або ослаблені фізіологічні реакції геніталій, хоча суб'єктивне збудження може зберігатися у відповідь на негенітальні сексуальні стимули. Другий підтип – дисфункція суб'єктивного сексуального збудження, що проявляється відсутністю або значним зниженням відчуття сексуального збудження та задоволення від будь-яких сексуальних стимулів. Третій підтип – поєднана генітальна та суб'єктивна дисфункція, коли спостерігаються як порушення фізіологічного збудження, так і зниження або відсутність відчуття сексуального задоволення.

У чоловіків основним розладом сексуального збудження є еректильна дисфункція, яка визначається як стійка або повторювана неспроможність досягти чи підтримувати ерекцію, достатню для задовільної сексуальної активності. Зазвичай для встановлення діагнозу симптоми мають тривати щонайменше три місяці, за винятком випадків, пов'язаних із травмою або хірургічними втручаннями.

На розвиток проблем з сексуальним функціонуванням значний вплив мають індивідуальні психологічні фактори, серед яких найпоширенішими є депресія та тривожні розлади. Додатково важливими чинниками є знижена самооцінка, відчуття провини, внутрішні конфлікти, а також такі риси, як перфекціонізм та нереалістичні очікування. Депресія і тривога можуть виступати як причинами сексуальних розладів, так і їх наслідками, що ускладнює діагностику.

Серед психосексуальних чинників проблем з сексуальним функціонуванням виділяють досвід попередніх сексуальних невдач, негативне ставлення до сексуальності, недостатню обізнаність та негативні установки, а також досвід сексуальної травми в минулому. Важливу роль відіграють і такі аспекти, як релігійні переконання, сексуальна тривога, конфлікти у батьківсько-дитячих стосунках, проблеми сексуальної ідентичності та труднощі, пов'язані зі статевою орієнтацією.

У тяжких випадках, таких як сексуальна відраза, першопричиною можуть бути глибинні психологічні проблеми або досвід сексуальної травматизації у дитинстві. Водночас у менш виражених випадках зниження сексуального потягу може бути пов'язане з наявністю депресії, міжособистісними конфліктами або негативними переконаннями щодо сексуальності. З огляду на те, що зниження сексуального потягу є типовим

симптомом депресії, встановлення точного діагнозу сексуального розладу вимагає ретельної диференціальної діагностики.

Важливо підкреслити, що сексуальне функціонування у нормі визначається не тільки відсутністю порушень, а й суб'єктивним відчуттям гармонії та комфорту в інтимній сфері. Психологічні фактори, зокрема рівень тривоги, самооцінка та досвід близькості з партнером, істотно впливають на сприйняття власної сексуальної функції. Таким чином, сексуальне функціонування розглядається як багатовимірний процес, у якому біологічні, психологічні та соціокультурні детермінанти тісно взаємодіють, формуючи індивідуальні особливості сексуальної поведінки.

1.3 Зв'язок сексуального функціонування з фізичним, емоційним та сексуальним насильством в дитинстві

Діти є найбільш незахищеною та вразливою частиною населення. Вони повністю залежать від дорослих. Дитинство — це період, у якому формуються базові уявлення про себе, інших людей, тілесність, особисті кордони, безпеку та довіру. Насильство будь-якого виду порушує цей процес, створюючи глибокі внутрішні конфлікти, що пізніше проявляються у різноманітних формах порушеного сексуального досвіду. Жорстоке поводження з дітьми та нехтування ними можуть набувати різних форм, але їхні наслідки завжди серйозні: серйозна шкода здоров'ю, розвитку, соціалізації дитини, страждає також подальша побудова романтичних стосунків з майбутнім партнером.

Сексуальність є невід'ємною частиною людського життя і відіграє ключову роль у формуванні психоемоційного благополуччя особистості. Вона охоплює не лише біологічні аспекти, пов'язані з репродукцією, а й психологічні, соціальні, культурні та духовні компоненти. Упродовж життя

сексуальність проходить складний шлях розвитку, починаючи з раннього дитинства і цей процес може зазнати глибоких змін у разі впливу травмуючих чинників, зокрема фізичного, емоційного або сексуального насильства в дитячому віці.

Сексуальне функціонування є важливою складовою психосоматичного здоров'я людини і нерідко має глибинні психологічні корені. Систематичні огляди та мета-аналітичні дослідження вказують, що пережитий досвід сексуального насильства у дитинстві значно підвищує ризик розвитку як фізичних, так і психологічних проблем у подальшому житті. До таких ризиків належать підвищена ймовірність розвитку шизофренії, посттравматичного стресового розладу, зловживання психоактивними речовинами, посилення скарг на хронічний біль, ожиріння, а також повторна сексуальна віктимізація.

Крім того, сексуальне насильство в дитячому віці має значний вплив на подальше сексуальне здоров'я. Цей тип травми чинить глибший негативний ефект порівняно з іншими дитячими травматичними переживаннями, оскільки часто відбувається в межах близьких стосунків, де дитина встановлює емоційний зв'язок з кривдником, який зловживає її довірою і вступає з нею у сексуальну взаємодію.

У національному імовірнісному дослідженні американок (Hartmann, Neiser, Rüffer-Hesse & Kloth, 2002) 20 - 65 років емоційні стосунки з партнером під час сексуальної активності та загальне емоційне благополуччя були 2 найсильнішими предикторами відсутності дистресу, пов'язаного зі статевими стосунками. Жінки, які визначили себе як таких, що мають хороше психічне здоров'я, набагато рідше, ніж жінки з нижчою самооцінкою психічного здоров'я, повідомляли про дистрес, пов'язаний із сексуальними стосунками. Таким чином, здоровіші жінки на 59% рідше

повідомляли про дистрес, пов'язаний із сексуальними стосунками. Відчуття емоційної близькості з партнером під час сексуальної активності знижувало ймовірність «легкого дистресу» на 33% порівняно з «відсутністю дистресу», а «вираженого дистресу» — на 43%; іншими словами, чим сильніша емоційна близькість з партнером, тим менший дистрес.

Часто сексуальному збудженню у жінок заважають несексуальні відволікаючі чинники повсякденного життя, а також сексуальні фактори, такі як тривога щодо власної здатності досягти достатнього рівня збудження або оргазму, а також занепокоєння з приводу сексуальних труднощів партнера (наприклад, затримка чи передчасна еякуляція у чоловіка або відсутність оргазму у партнерки-жінки). Емпіричні дослідження (Hartmann et al., 2002) засвідчують тісний зв'язок між скаргами на зниження сексуального потягу та такими показниками, як низька самооцінка, емоційна нестабільність і схильність до тривоги, навіть за відсутності клінічно виражених афективних розладів.

Зокрема, у дослідженні (Hartmann et al., 2002) за участю 46 жінок з діагнозом розладу сексуального потягу (без клінічної депресії) та контрольної групи зі 100 здорових жінок були виявлені статистично значущі відмінності за шістьма з восьми шкал опитувальника нарцисизму (стандартизованого інструменту для самостійного заповнення). Отримані результати свідчать, що жінки з розладом потягу характеризуються слабкою або крихкою самооцінкою, емоційною нестабільністю та підвищеною тривожністю.

Також варто зазначити, що для досягнення сексуального збудження та оргазму, особливо у присутності партнера, необхідний певний рівень психологічної відкритості та вразливості. Однак для деяких жінок, які не

можуть переносити відчуття втрати контролю, зокрема над реакціями власного тіла, це виявляється надзвичайно складним завданням.

Насильство, пережите у дитинстві, активує низку психологічних захисних механізмів, які у короткотривалій перспективі виконують адаптивну функцію, проте в довготривалій — можуть порушувати нормальний розвиток сексуальної сфери особистості. Одним із таких механізмів є дисоціація, що проявляється у психологічному «від'єднанні» дитини від власного тілесного чи емоційного досвіду. Як захисна реакція, дисоціація передбачає сприйняття подій і себе з боку, ніби вони стосуються когось іншого, а не самої дитини. Така дисоціативна установка дозволяє уникнути надмірних, травмуючих емоцій, зберігаючи тимчасову емоційну стабільність. У дорослому віці це може проявлятися як відчуття відчуження від власного тіла під час сексуальної активності, втрата контакту з тілом чи труднощі у досягненні оргазму.

Іншим важливим механізмом є фіксація на травматичному досвіді, яка призводить до своєрідної «зупинки» психосексуального розвитку на певному рівні. У результаті доросла людина може мати незрілі уявлення про сексуальні стосунки, прагнути батьківського контролю чи демонструвати інфантильні риси у сексуальній поведінці. З огляду на психодинамічний підхід, травма порушує процес символізації. Фіксація на травмі розглядається як спроба відновити контроль над травматичним досвідом.

Сучасна психодинамічна модель розглядає наслідки травматизації як регресію до оральної стадії розвитку та зміщення лібідо з об'єкта на себе, ремобілізацію садомазохістських інфантильних імпульсів, використання примітивних захисних механізмів, автоматизацію функцій Его,

ідентифікацію з агресором, регресію до архаїчної форми функціонування Супер-Его та деструктивні зміни ідеалу «Я».

Згідно з дослідженням (Felitti et al., 1998), яке було спрямоване на виявлення зв'язку між дитячим жорстоким поведінням і дисфункціональним середовищем та основними причинами смертності серед дорослих, більше половини респондентів повідомили щонайменше про одну категорію жорстокого поведіння в дитинстві, а чверть учасників — про дві або більше таких категорій. Результати показали чіткий «ступінчастий» зв'язок: із зростанням кількості категорій жорстокого поведіння в дитинстві підвищувався ризик виникнення небезпечної для здоров'я поведінки та розвитку захворювань у дорослому віці ($P < 0,001$).

Особи, які повідомили про чотири або більше категорій жорстокого поведіння в дитинстві, порівняно з тими, хто не мав такого досвіду, мали в 4–12 разів вищий ризик розвитку алкоголізму, зловживання наркотиками, депресії та спроб самогубства. Також у них ризик куріння, зниження суб'єктивної оцінки власного здоров'я, наявності понад 50 статевих партнерів та зараження захворюваннями, що передаються статевим шляхом, був у 2–4 рази вищим.

Дослідження також виявило, що сім категорій несприятливого досвіду в дитинстві тісно пов'язані між собою. Особи, які повідомили про кілька таких категорій, мали підвищену ймовірність виникнення численних факторів ризику для здоров'я у дорослому житті.

В інших дослідженнях (Briere & Runtz, 1990) було встановлено, що стандартизовані коефіцієнти підтверджують наявність значущого унікального зв'язку між ретроспективними повідомленнями про

психологічне насильство з боку батьків і подальшою низькою самооцінкою, незалежно від інших форм насильства та типів симптомів. Крім того, виявлено менш виражений, проте статистично значущий зв'язок між сексуальним насильством і розвитком проблем з сексуальним функціонуванням, а також між фізичним насильством у дитинстві та подальшими проявами гніву та агресії у дорослому віці.

Фізичне насильство, своєю чергою, може сприяти розвитку агресії до інших, оскільки дитина, узагальнюючи власний досвід, сприймає агресію як прийнятну форму міжособистісної взаємодії у ситуаціях злості чи страждання. Водночас зв'язок між історією сексуального насильства та дезадаптивною сексуальною поведінкою у дорослому віці пояснюється феноменом, який (Finkelhor & Browne, 1985) називають «травматичною сексуалізацією». Цей процес розглядається як формування дитячої сексуальності (включаючи як сексуальні почуття, так і настанови) у результаті міжособистісного впливу, зумовленого досвідом сексуального насильства.

Висновки до розділу 1

Підсумовуючи усе вищесказане, дитячі психотравми мають глибокий і багатовимірний вплив на формування особистості, охоплюючи емоційний, когнітивний, соціальний і зокрема психосексуальний розвиток людини в її подальшому житті.

Різновиди насильства — фізичне, емоційне та сексуальне — не лише порушують базове відчуття безпеки, але й формують деструктивні переконання, дезадаптивні моделі поведінки та труднощі у побудові міжособистісних і сексуальних стосунків у дорослому віці. Особливо небезпечними є ті травматичні події, що підривають довіру до себе, інших

і світу загалом, впливаючи на формування особистісної ідентичності. Найвразливішими до деструктивного впливу виявляються раннє дитинство та підлітковий вік, які є сенситивними періодами розвитку.

Проблеми з сексуальним функціонуванням, що нерідко мають витoki в дитячому досвіді насильства, є складним клінічним феноменом, у якому переплітаються біологічні, психологічні та соціальні чинники. Психотравмуючий досвід дитинства, зокрема сексуального насильства, часто призводить до формування негативного ставлення до тіла, себе як сексуального суб'єкта, а також до виникнення симптомів, пов'язаних із порушеннями сексуальної реакції. Внаслідок використання захисних механізмів психіки — таких як дисоціація, витіснення чи фіксація на травмі — особа може мати труднощі з інтеграцією власної сексуальності та побудовою емоційно безпечних стосунків в майбутньому. Дослідження підтверджують прямий зв'язок між дитячим насильством і підвищеним ризиком психосоматичних захворювань, зловживанням психоактивними речовинами, дистресом під час сексуальних стосунків, а також девіантною або дезадаптивною сексуальною поведінкою.

Отже, насильство в дитячому віці виступає значущим предиктором порушень психосексуального розвитку, зниженням якості інтимного життя, дистресом, девіантною поведінкою та загрозою психосоматичних порушень. Це обумовлює необхідність раннього виявлення наявності травми в дитячому віці та застосування комплексного психотерапевтичного підходу, орієнтованого на інтеграцію травматичного досвіду та відновлення здатності до здорової афективної та сексуальної взаємодії в дорослому віці.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ: ОПИС ВИБІРКИ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ДОСЛІДНИЦЬКОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ

2.1 Концептуальна модель та гіпотези дослідження

Для емпіричного підтвердження зазначених теоретичних припущень у дослідженні була побудована концептуальна модель, що передбачає наявність причинно-наслідкового зв'язку між травмуючими подіями дитинства та сексуальним функціонуванням в дорослому віці. Незалежною змінною виступають травмуючі події дитинства, що операціоналізуються за допомогою Анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ), яка дозволяє кількісно оцінити наявність та кількість травматичних подій у дитинстві, зокрема фізичне, емоційне та сексуальне насильство, а також нехтування та дисфункцію родинного середовища. Психологічні наслідки пережитих травм оцінювались за допомогою Міжнародного опитувальника травми (ІТQ), що дозволяє виявити симптоматику посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного ПТСР, які потенційно виступають як медіатори між травмуючими подіями дитинства і сексуальним функціонуванням. Залежною змінною в даному дослідженні є сексуальне функціонування, що вимірюється за допомогою Багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ), який дозволяє дослідити різні аспекти сексуальної поведінки, установки до сексу, рівень сексуального занепокоєння, комунікації та інтимності.

Концептуальна модель включає також такі мінні — як симптоми ПТСР, тривожність, депресивна симптоматика, а також потенційні модератори — стать, вік, поточний стан романтичних стосунків, що

можуть впливати на вираженість або характер виявлених зв'язків. Особливу увагу приділено кумулятивному ефекту дитячих травм, що відображає кількісний аспект впливу негативного досвіду: чим більше типів травмуючих подій зазнала особа, тим вищою є ймовірність порушень у сфері сексуального функціонування.

На основі теоретичного аналізу сформульовано **основну гіпотезу дослідження**, згідно з якою між травмуючими подіями в дитячому віці та сексуальним функціонуванням в дорослому віці існує статистично значущий зв'язок. Зокрема, очікується, що сексуальне насильство в дитинстві є предиктором порушень у сексуальному функціонуванні, а наявність симптомів ПТСР виступає медіатором цього зв'язку. Крім того, припускається, що кумулятивний показник ACE позитивно корелює з вираженістю проблем з сексуальним функціонуванням за шкалами опитувальника MSQ.

Таким чином, запропонована концептуальна модель дослідження поєднує емпіричні інструменти оцінки дитячих травм, психологічного дистресу та сексуального функціонування, дозволяючи комплексно вивчити механізми впливу травмуючого дитячого досвіду на інтимну сферу особистості в дорослому віці. Висунуті гіпотези формують підґрунтя для подальшого статистичного аналізу та перевірки взаємозв'язків між ключовими змінними дослідження.

2.2 Методологія емпіричного дослідження

В результаті теоретичного дослідження було з'ясовано, що травмуючі події дитинства пов'язані з сексуальним функціонуванням у дорослому віці. Для цього дослідження було вибрано Багатовимірний

опитувальник сексуальності В. Снелла (MSQ), Міжнародний опитувальник травм (ITQ) та Анкета негативного дитячого досвіду (ACE).

Багатовимірний опитувальник сексуальності В. Снелла (MSQ) є психодіагностичним інструментом, розробленим американським психологом Вільямом Снеллом з метою комплексної оцінки різних аспектів сексуальності особистості. Методика ґрунтується на багатовимірному підході до вивчення сексуальності, який передбачає, що сексуальне функціонування особистості не є одновимірним утворенням, а охоплює низку когнітивних, емоційних, поведінкових та мотиваційних компонентів, дана методика була адаптована українською дослідницею Музалевською А.С (Музалевська, 2021). У процесі адаптації методики було дотримано вимог лінгвістичної та семантичної еквівалентності оригінального тексту, а також проведено повноцінну психометричну валідацію. Зокрема, підтверджено високий рівень внутрішньої узгодженості шкал (коефіцієнт α Кронбаха в межах від 0.71 до 0.94 для більшості підшкал), що свідчить про надійність інструменту. Конструктивну валідність забезпечено через виявлення значущих кореляцій з пов'язаними психологічними змінними, такими як тривожність, депресивна симптоматика, інтимність у стосунках тощо.

MSQ складається з 60 тверджень, що об'єднані у 12 субшкал, кожна з яких вимірює окремий аспект сексуального функціонування. Зокрема, опитувальник оцінює такі параметри, як сексуальна самосвідомість, сексуальна мотивація, сексуальна тривожність, екстернальний сексуальний контроль, сексуальна депресія, сексуальна асертивність, сексуальна впевненість, інтернальний сексуальний контроль, сексуальна одержимість, сексуальний моніторинг, страх сексуальних стосунків, сексуальне задоволення. Респонденти оцінюють кожне твердження за 5-бальною

шкалою Лайкерта — від 1 («абсолютно не згоден») до 5 («повністю згоден»). Нижче подано характеристику кожної з 12 шкал.

Шкала сексуальної впевненості відображає рівень позитивного або негативного сприйняття себе як сексуального суб'єкта. Високі показники свідчать про позитивне ставлення до власної сексуальності, впевненість у власній привабливості та сексуальній компетентності. Низькі результати можуть бути ознакою внутрішньої напруги, самокритики чи сорому, що може виступати як наслідок травматичного досвіду або дисфункціонального виховання.

Сексуальна тривожність вимірює інтенсивність відчуття дискомфорту, неспокою, страху чи напруги в ситуаціях, пов'язаних із сексуальністю. Підвищені значення вказують на ймовірне уникнення сексуальної близькості або виражений емоційний дистрес у таких ситуаціях, що може бути реакцією на попередній негативний досвід, у тому числі на сексуальне насильство в минулому.

Сексуальна депресія відображає наявність негативних емоційних станів, пов'язаних із сексуальністю, зокрема апатії, втрати інтересу, фрустрації або почуття безнадії щодо власного сексуального життя. Показники сексуальної депресії можуть бути пов'язані з емоційною ізоляцією, неприйняттям власної сексуальності або партнерськими конфліктами.

Сексуальна одержимість визначає ступінь, до якого сексуальні думки, фантазії чи образи домінують у когнітивному просторі особи. Хоча високі бали не обов'язково свідчать про патологію, вони можуть сигналізувати про труднощі з контролем уваги або компенсаторні механізми в умовах емоційної незадоволеності.

Шкала сексуальної самосвідомості відображає, наскільки індивід сприймає сексуальність як значущу частину свого життєвого досвіду, системи цінностей та ідентичності. Високі результати можуть бути ознакою емоційної зрілості та інтеграції сексуальності в структуру особистості.

Шкала екстернального сексуального контролю відображає рівень саморефлексії щодо власної сексуальності, включаючи розуміння своїх бажань, потреб, установок і меж. Цей показник є важливим для оцінки здатності до побудови здорових сексуальних стосунків.

Сексуальний моніторинг демонструє, наскільки особа схильна до внутрішнього контролю сексуальних імпульсів, думок чи поведінки. Такий контроль може бути як проявом саморегуляції, так і наслідком внутрішньої репресії чи страху соціального осуду.

Показник сексуальної асертивності характеризує здатність особи відкрито й без страху висловлювати свої сексуальні бажання, захищати межі та погоджувати або відхиляти сексуальні ініціативи. Високі бали корелюють із сексуальною автономією, тоді як низькі — з підвищеною вразливістю до сексуального тиску.

Інтернальний локус сексуального контролю оцінює схильність приписувати вину за труднощі у сексуальній сфері самому собі. Високі результати можуть свідчити про наявність когнітивних викривлень, занижену самооцінку та внутрішній конфлікт щодо власної сексуальності.

Шкала страху сексуальних стосунків відображає тенденцію до свідомого чи несвідомого уникання сексуальної активності або близькості. Уникання може мати як особистісну (інтровертованість, сором'язливість),

так і травматичну природу (репрезентація досвіду насильства, емоційного болю, страху).

Сексуальне задоволення оцінює рівень суб'єктивного задоволення від сексуального життя. Це включає частоту та якість сексуального контакту, емоційне наповнення інтимності, відповідність сексуальних практик очікуванням та потребам.

Шкала сексуальної мотивації вимірює внутрішній потяг до сексуальної активності, включаючи бажання ініціювати сексуальні контакти та емоційну потребу в інтимному зв'язку.

Обробка результатів за методикою В. Снелла здійснюється шляхом підрахунку сумарних балів за кожною з 12 субшкал, які відображають окремі аспекти сексуального функціонування. Відповіді сумуються по кожній субшкالی, після чого отримується показник вираженості відповідної характеристики (мінімально можливий бал — 5, максимально можливий — 25 для кожної шкали). Результати інтерпретуються як низький, середній або високий рівень вираженості відповідного аспекту сексуальності залежно від кількісного значення: 5–11 балів — низький рівень, 12–18 балів — середній рівень, 19–25 балів — високий рівень.

Міжнародний опитувальник травм (ITQ) — це стандартизований інструмент, розроблений для оцінювання симптомів посттравматичного стресового розладу та комплексного посттравматичного стресового розладу. Інструмент був створений Дж. Борнсом, М. Ламбертом та колегами у рамках міжнародного консорціуму ICD-11 Trauma Questionnaire Group, з метою забезпечити валідне, культурно адаптивне та клінічно значуще вимірювання симптомів, пов'язаних з психотравмуючими подіями, був адаптований українськими дослідниками Зливковим В.Л.,

Лукомською С.О., Котух О.В., Мельник О.В. Адаптація ІТQ українською мовою була здійснена із дотриманням міжнародних стандартів перекладу психодіагностичних методик: застосовано метод прямого та зворотного перекладу, із залученням фахівців у сфері психічного здоров'я, а також забезпечено лінгвістичну, концептуальну та культурну відповідність оригінального змісту. Застосування української адаптації ІТQ є доцільним у якості скринінгового інструменту в клінічній практиці, психологічному консультуванні, а також в наукових дослідженнях, присвячених вивченню наслідків травматичних подій. Особливу актуальність цей інструмент має в умовах зростання психологічних травм, пов'язаних з війною, насильством, втратами та іншими екстремальними подіями, що вимагають чутливих і стандартизованих підходів до діагностики психічного стану.

ІТQ містить 12 основних пунктів, які охоплюють дві діагностичні категорії:

— ПТСР (6 пунктів): включає Інтрюзію (Re), уникнення (Av) та гіперпильності (Th).

— КПТСР (6 пунктів): включає порушення емоційної самоорганізації(AD), негативної Я-концепції (NSC) та порушень у стосунках з іншими людьми (DR).

Шкали ПТСР:

— Інтрюзія відображає симптоми інтрузивної симптоматики, що включає несподіване, нав'язливе повторне переживання травматичного досвіду. Такі спогади часто супроводжуються сильною емоційною реакцією, тілесним напруженням, втратою контролю над увагою або орієнтацією у теперішньому моменті (флешбеки).

— Шкала уникнення оцінює активні або пасивні стратегії поведінкового й когнітивного уникнення всього, що асоціюється з травматичним досвідом. Це включає як уникаючу поведінку в реальному житті, так і пригнічення думок або почуттів, пов'язаних із травмою.

— Гіперпильність вимірює гіперзбудження нервової системи та відчуття постійної небезпеки, яке може виникати навіть за відсутності об'єктивних причин. Це відображає збереження активного стресового реагування у ситуаціях, що не становлять реальної загрози.

Шкали КПТСР:

— Шкала порушення емоційної самоорганізації охоплює нестійкість емоційного стану: труднощі в регулюванні сильних емоцій (гніву, страху, сорому), а також емоційне відчуження, притуплення почуттів. Ця шкала вказує на порушення здатності керувати емоційними реакціями у відповідь на стрес або міжособистісні труднощі.

— Шкала негативної Я-концепції відображає глибоко укорінені переконання про себе як про неспроможну, недостойну або «зіпсовану» людину. Часто такі уявлення формуються внаслідок хронічного міжособистісного травматичного досвіду, особливо в дитинстві (насильство, приниження, ігнорування).

— Шкала порушень у стосунках з іншими людьми вимірює дезадаптацію у міжособистісних контактах. Йдеться про відчуття відчуження, недовіру, труднощі у побудові близьких стосунків, страх емоційної близькості та тенденцію до ізоляції.

— Остання шкала функціонального порушення оцінює ступінь впливу симптомів ПТСР і КПТСР на повсякденне функціонування.

Учасники дослідження мають відповісти на запитання про те, наскільки їхній психоемоційний стан заважає їм у роботі, навчанні, побуті або міжособистісних стосунках.

Для постановки діагнозу ПТСР або КПТСР, необхідне одночасне виконання таких умов:

ПТСР:

- мінімум один бал ≥ 2 у кожній з трьох підшкал: Re, Av, Th.
- наявність клінічно значущого функціонального порушення за хоча б одним із трьох додаткових пунктів.

КПТСР:

- умови ПТСР +
- мінімум один бал ≥ 2 у кожній з трьох підшкал КПТСР: AD, NSC, DR.

Результати можуть бути подані як категоріальна оцінка (відповідає чи не відповідає критеріям ПТСР/КПТСР) або кількісні суми балів по кожній шкалі для подальшого аналізу динаміки, кореляцій чи групових відмінностей.

Анкета негативного дитячого досвіду (АСЕ) — це стандартизований інструмент кількісної оцінки поширеності травматичних подій у дитинстві, що дозволяє виявити ранні фактори ризику для фізичного, психічного та соціального здоров'я у дорослому віці. Вперше вона була розроблена у 1998 році в межах великомасштабного епідеміологічного дослідження Центру з контролю та профілактики захворювань США (CDC) та Kaiser Permanente, адаптована методика була українськими дослідниками О. І. Власовою, Н. В. Родіною, Ю. О. Целіковою, Л. К. Ворніковою, Ю. О. Тихоненко (2022) . Дослідження АСЕ стало революційним у сфері психосоціального здоров'я, виявивши статистично

значущий зв'язок між кількістю негативних подій у дитинстві та ризиком розвитку різноманітних психоемоційних, поведінкових і медичних розладів у дорослому віці. У контексті психосексуального функціонування АСЕ є особливо релевантним, оскільки формування сексуальної ідентичності, моделей інтимності та здатності до близькості значною мірою зумовлюється досвідом дитинства.

Шкала, що стосується проживання у дисфункціональній сім'ї відображає досвід зростання в родинному середовищі, яке не забезпечує дитині базової психологічної, емоційної та фізичної безпеки. До цієї шкали включено пункти, пов'язані з такими чинниками: алкоголізм або наркозалежність одного з батьків, психічне захворювання члена сім'ї, фізичне чи емоційне насильство в родині, ув'язнення когось із дорослих, розлучення або розпад родини. Ця шкала репрезентує інтерперсональну дестабілізацію, дефіцит підтримки, порушену прихильність та емоційну дезорганізацію.

Шкала деструктивного ставлення оточення охоплює зовнішні (поза родиною) джерела травматичного досвіду, які включають: булінг або систематичне приниження в школі, цькування з боку однолітків, емоційне або фізичне знецінення у значущому соціальному середовищі (вчителі, дорослі, інші авторитети), соціальне відчуження або ізоляція. Шкала вимірює соціальну травматизацію, що порушує базову потребу в приналежності та прийнятті.

Шкала залучення до раннього статевого життя фіксує: досвід раннього початку сексуальної активності, сексуальні контакти до 16 років, можливі випадки залучення до сексуальних взаємодій без повного усвідомлення чи згоди, іноді — досвід сексуального насильства або використання. Шкала не лише вимірює поведінкові аспекти, але й

індикативно відображає порушення сексуальних меж, передчасне дорослішання, дефіцит тілесної автономії.

Шкала соціально-емоційної занедбаності охоплює дефіцит емоційної підтримки, турботи, включеності, з боку батьків, опікунів або інших значущих дорослих. Зокрема, йдеться про: брак емпатійного слухання, розуміння, прийняття, відсутність емоційного контакту з батьками, емоційну відстороненість, ігнорування потреб дитини, ситуації, коли дитина не мала до кого звернутися в складних ситуаціях. Ця шкала відображає занедбаність як форму пасивної травматизації, що формує в особистості стійке почуття непотрібності і відчуження.

Запитання анкети передбачають дихотомічний тип відповіді – «Так» або «Ні». Кожна відповідь «Так» зараховується як 1 бал. Результати обробляються шляхом підсумовування позитивних відповідей. Таким чином формується загальний ACE-індекс, який може коливатись від 0 до 10 балів. 0–1 бали: низький рівень негативного досвіду, низький ризик. 2–3 бали: помірний рівень ризику. 4+ бали: високий рівень травматизації; значно підвищений ризик розвитку психічних розладів, соматичних захворювань, проблем у міжособистісних стосунках, сексуальних дисфункцій та залежної поведінки.

2.3 Вибірка та збір даних дослідження

У межах емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення взаємозв'язку між травмуючими подіями, пережитими в дитинстві, та наявністю сексуального функціонування у дорослому віці, була сформована одна вибірка досліджуваних осіб. Респондентам було запропоновано заповнити комплексний опитувальник, який складався з чотирьох тематично структурованих блоків. Кожен із них виконував

окрему функцію збору даних, релевантних до дослідницьких цілей, і забезпечував багатовимірне охоплення досліджуваного феномена.

Збір даних здійснювався в онлайн-форматі шляхом розповсюдження Google-анкети через соціальні мережі, та різні спільноти. Перед заповненням опитувальника учасники були ознайомлені з інформованою згодою, що містила інформацію про мету дослідження, анонімність відповідей та можливість відмови на будь-якому етапі участі.

Перший блок анкети виконував функцію збору соціально-демографічної інформації про учасників дослідження. Він включав питання, які дозволяли встановити вік, стать, наявність або відсутність у минулому травмуючих подій дитинства, а також аспекти, пов'язані з сучасним сексуальним життям. Зокрема, визначалась наявність або відсутність постійного сексуального партнера, а також частота сексуальних контактів на момент участі в дослідженні.

Другий блок опитувальника був представлений питаннями з методики «Анкета негативного дитячого досвіду» (Adverse Childhood Experiences Questionnaire — ACE) в адаптації О. І. Власової, Н. В. Родіної, Ю. О. Целікової, Л. К. Ворнікової, Ю. О. Тихоненко (2022). Ця адаптована версія дозволяє не лише фіксувати наявність окремих травматичних подій у ранньому віці, а й кількісно оцінювати узагальнені категорії негативного досвіду, розділені на чотири змістовно-структурні шкали: проживання в дисфункціональній сім'ї, деструктивне ставлення оточення, залучення до раннього статевого життя та соціально-емоційна занедбаність. Методика забезпечує надійне виявлення поширеності та інтенсивності дитячої травматизації, що є ключовою змінною в дослідженні.

Третій блок анкети складався з питань, взятих із Міжнародного опитувальника травм (International Trauma Questionnaire — ITQ), адаптованого українською мовою Зливковим В.Л., Лукомською С.О., Котух О.В. та Мельник О.В. Даний опитувальник є валідованим інструментом для діагностики симптоматики ПТСР, а КПТСР. У структурі цього блоку представлені окремі шкали, що вимірюють симптоми класичного ПТСР та симптоматику дистресу, пов'язаного з глибокими порушеннями саморегуляції у міжособистісних стосунках. Цей блок дозволив встановити, чи присутні у респондентів клінічно значущі ознаки ПТСР або КПТСР, та визначити їх можливу роль у формуванні проблем з сексуальним функціонуванням у дорослому віці.

Четвертий блок був представлений шкалами Багатовимірною опитувальника сексуальності (Multidimensional Sexuality Questionnaire — MSQ) в українській адаптації Музалевської А.С. (2021). Методика містить низку субшкал, що комплексно охоплюють різні аспекти сексуального функціонування, зокрема: сексуальну самосвідомість, сексуальну самооцінку, сексуальну тривожність, інтернальний та екстернальний локус сексуального контролю, сексуальну мотивацію, а також когнітивні установки щодо сексуальності. Цей блок дозволив отримати кількісні дані про емоційно-мотиваційні, поведінкові й когнітивні компоненти сексуальності, що є критично важливими для вивчення потенційного впливу травмуючих подій дитинства на якість сексуального життя в дорослому віці.

У межах емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення взаємозв'язку між травмуючими подіями, пережитими в дитинстві, та сексуальним функціонуванням у дорослому віці, була сформована вибірка досліджуваних осіб із загальною кількістю 51 респондент віком від 18 до

58 років. За статевою структурою, 72,5 % (37) учасників становили жінки та 27,5 % (14) — чоловіки. За віковим критерієм вибірка розподілилася наступним чином: 40 осіб (78,4 %) віком від 18 до 25 років та 11 осіб (21,6 %) у віковому діапазоні від 30 до 58 років. Такий віковий профіль дозволяє фокусуватися на досвіді молодих дорослих, водночас порівнюючи результати з більш старшими учасниками для виявлення можливих вікових модераторів у досліджуваних зв'язках. Вибірка є цілеспрямованою та була сформована шляхом добровільної участі осіб, які відповідали критеріям включення: повнолітній вік, наявність досвіду інтимного життя, а також готовність відповідати на питання, пов'язані з психологічною травмою та сексуальністю.

Висновки до розділу 2

В результаті теоретичного дослідження було з'ясовано, що травмуючі події дитинства пов'язані з сексуальним функціонуванням у дорослому віці. Для емпіричного підтвердження зазначених теоретичних припущень у дослідженні була побудована концептуальна модель, що передбачає наявність причинно-наслідкового зв'язку між травмуючими подіями дитинства та сексуальним функціонуванням в дорослому віці. Незалежною змінною виступає травмуючі події дитинства, що операціоналізують за допомогою Анкети негативного дитячого досвіду (ACE), яка дозволяє кількісно оцінити наявність та кількість травматичних подій у дитинстві, зокрема фізичне, емоційне та сексуальне насильство, а також нехтування та дисфункцію родинного середовища.

Психологічні наслідки пережитих травм оцінювались за допомогою Міжнародного опитувальника травми (ITQ), що дозволяє виявити симптоматику посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного ПТСР, які потенційно виступають як медіатори між

травмуючими подіями дитинства і сексуальним функціонуванням. Залежною змінною в даному дослідженні є сексуальне функціонування, що вимірюється за допомогою Багатовимірного опитувальника сексуальності В. Снелла (MSQ), який дозволяє дослідити різні аспекти сексуальної поведінки, установки до сексу, рівень сексуального занепокоєння, комунікації та інтимності.

На основі теоретичного аналізу сформульовано основну гіпотезу дослідження: між негативним досвідом дитинства та сексуальним функціонуванням у дорослому віці існує статистично значущий зв'язок. Зокрема, очікується, що сексуальне насильство в дитинстві є предиктором порушень у сексуальному функціонуванні, а наявність симптомів ПТСР виступає медіатором цього зв'язку. Крім того, припускається, що кумулятивний показник ACE позитивно корелює з сексуальним функціонуванням за шкалами опитувальника MSQ.

Таким чином, запропонована концептуальна модель дослідження поєднує емпіричні інструменти оцінки дитячих травм, психологічного дистресу та сексуального функціонування, дозволяючи комплексно вивчити механізми впливу травмуючого дитячого досвіду на інтимну сферу особистості в дорослому віці. Висунуті гіпотези формують підґрунтя для подальшого статистичного аналізу та перевірки взаємозв'язків між ключовими змінними дослідження.

У дослідженні зв'язку травмуючих подій дитинства з сексуальним функціонуванням у дорослому віці була сформована одна вибірка з 51 особи віком від 18 до 58 років де серед них було 72,5 % жінок (37) і 27,5 % чоловіків (14).

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Дескриптивна статистика отриманих даних

Статистичний аналіз емпіричних даних, отриманих у результаті проведеного дослідження, здійснювався з використанням сучасного програмного забезпечення Jamovi. У процесі обробки даних було застосовано низку методів математичної статистики, релевантних цілям та гіпотезам дослідження. Дескриптивна статистика — використовувалась для первинного аналізу вибірових характеристик досліджуваної сукупності. Зокрема, обчислювалися середні арифметичні значення, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні значення. Independent Samples T-Test — був використаний для визначення наявності статистично значущих відмінностей між двома групами респондентів. One-Way ANOVA — дозволив оцінити значущість відмінностей між трьома або більше групами респондентів. Кореляційний аналіз — був застосований для виявлення наявності та сили лінійного зв'язку між кількісними змінними дослідження.

На основі аналізу результатів за Міжнародним опитувальником травм (ITQ), адаптованим українськими дослідниками, було здійснено категоріальну діагностику симптомів ПТСР та КПТСР.

Таблиця 3.1

Розподіл респондентів по наявності симптомів ПТСР чи КПТСР

ITQ	Counts	% of Total	Cumulative %
0	40	78,4%	78,4%
1	5	9,8%	88,2%
2	6	11,8%	100,0%

За отриманими даними, симптоми ПТСР були виявлені у 5 респондентів, що становить 9,8 % від загальної кількості учасників вибірки (51). Це свідчить про наявність класичних симптомів травматичного реагування, зокрема: повторного переживання (інтрузії), уникнення, гіперпильності та відповідного функціонального порушення. Симптоми КПТСР були виявлені у 6 осіб, що становить 11,8 % вибірки. Комплексний ПТСР, на відміну від класичного, включає не лише основні симптоми травматичної реакції, а й глибокі порушення емоційної самоорганізації, негативну Я-концепцію та стійкі міжособистісні труднощі. лення особистості про себе, партнера та близькість. Водночас, у 40 респондентів (78,4 %) не було виявлено симптомів ПТСР або КПТСР.

Це свідчить про відсутність клінічно значущих посттравматичних проявів у більшості учасників дослідження.

Результати дослідження за Анкетою негативного дитячого досвіду (АСЕ) представлено нижче (рис.3.1).

Descriptives					
	pds	DSO	zdszh	sez	ITQ
N	51	51	51	51	51
Missing	0	0	0	0	0
Mean	1.57	2.88	0.353	0.882	0.333
Median	1.00	3.00	0	1.00	0
Standard deviation	1.88	2.09	0.658	0.993	0.683
Minimum	0.00	0.00	0	0.00	0
Maximum	7.00	7.00	2	3.00	2
Shapiro-Wilk W	0.806	0.924	0.576	0.798	0.526
Shapiro-Wilk p	<.001	0.003	<.001	<.001	<.001

Рис.3.1. Описова статистика результатів за Анкетою негативного дитячого досвіду (АСЕ)

Аналіз шкал адаптованої української версії Анкети негативного дитячого досвіду (О. І. Власова та ін., 2022) дозволив кількісно охарактеризувати поширеність і структуру травматичного досвіду в дитячому віці серед учасників вибірки. Нижче подано розгорнутий опис результатів за кожною з чотирьох змістовних шкал:

Проживання у дисфункціональній сім'ї — ця шкала охоплює аспекти, що відображають неблагополучне родинне середовище: зловживання психоактивними речовинами, насильство, розлучення, психічні розлади у членів родини тощо: середнє — 1.57 вказує на низько-середній рівень інтенсивності сімейної дисфункції в досліджуваній вибірці; медіана — 1.00; стандартне відхилення — 1.88 свідчить про значну варіативність; максимальне значення — 7; мінімальне значення — 0. Розподіл ненормальний ($p = <.001$);

Деструктивне ставлення оточення — ця шкала відображає травматичний досвід, пов'язаний із негативним впливом соціального оточення за межами родини — булінг, приниження, ізоляція, знецінення з боку однолітків або значущих дорослих.: середнє — 2.88 є відносно високим для даної шкали, що свідчить про поширеність соціальної травматизації в дитячому віці; медіана — 3.00; стандартне відхилення — 2.09 свідчить про різноманітність соціального досвіду; максимальне значення — 7; мінімальне значення — 0. Розподіл ненормальний ($p=0.003$);

Залучення до раннього статевого життя — шкала охоплює досвід передчасного сексуального контакту, у тому числі без згоди або в умовах психологічної незрілості.: середнє — 0.353 свідчить про низьку загальну поширеність цього досвіду у вибірці ; медіана — 0; стандартне відхилення — 0.658 вказує на чітко виражену наявність травматизованої меншості; максимальне значення — 2; мінімальне значення — 0. Розподіл ненормальний ($p < .001$);

Соціально емоційна занедбаність — шкала фіксує дефіцит емоційної підтримки, турботи та контакту в дитинстві з боку батьків, опікунів або інших значущих для неї дорослих: середнє — 0.882 свідчить про помірний рівень емоційної занедбаності ; медіана — 1.00 ; стандартне відхилення — 0.993 свідчить про широкий розкид відповідей, від повної підтримки до глибокої емоційної депривації; максимальне значення — 3; мінімальне значення — 0. Розподіл ненормальний ($p < .001$);

Також респондентів було опитано задля виміру сексуального функціонування за допомогою Багатовимірного опитувальника сексуальності (Multidimensional Sexuality Questionnaire — MSQ). У дослідженні було проведено кількісну оцінку дванадцяти шкал

Багатовимірний опитувальник сексуальності (MSQ), що дозволило виявити індивідуальні особливості сексуального функціонування в учасників вибірки. Для кожної шкали обчислювались основні статистичні показники: мінімальне та максимальне значення, середнє, медіана, стандартне відхилення, а також перевірка нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Вілка.

За першою шкалою даної методики “Сексуальна впевненість” яка відображає рівень позитивного ставлення особи до себе як сексуального суб’єкта максимальним значенням є 25, мінімальним 5, середнє значення 16.2. Середнє значення свідчить про помірний рівень сексуальної впевненості. Відносно висока медіана — 18.0 вказує на те, що більше половини респондентів демонструють схильність до позитивної самооцінки в сексуальному аспекті. Стандартне відхилення — 5.43 сигналізує про значну варіативність у відповідях. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл є ненормальним ($p=0.031$).

“Сексуальна одержимість” як шкала оцінює ступінь нав’язливих сексуальних думок і фантазій. Максимальним значенням є 23, мінімальним 5, середній показник становить 11.3, що відповідає низькому або нижчому середньому рівню сексуальної одержимості. Медіана 10.0, стандартне відхилення 5.08 вказує на широкий розкид значень. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл є ненормальним ($p=0.002$).

Шкала “Інтернальний сексуальний контроль” відображає схильність особи приписувати причини сексуальних труднощів самому собі. Максимальним значенням є 25, мінімальним 9, середнє значення 17.1 воно наближене до верхньої межі середнього діапазону — вказує на виражену інтернальну атрибуцію. Медіана 17.0, стандартне відхилення 3.63 показує

відносну однорідність відповідей. За результатами тесту Шапіро-Вілکا розподіл є нормальним ($p=0.234$).

За наступною шкалою “Сексуальне самоусвідомлення” яка вимірює усвідомленість власної сексуальності як частини ідентичності максимальним значенням є 25, мінімальним 9, середнє значення 18.3, що свідчить про високу інтеграцію сексуальності у "Я-концепт" у більшості респондентів. Медіана 18.0, стандартне відхилення 3.80 відображає помірну варіативність. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл є нормальним ($p=0.347$).

Шкала “Сексуальна мотивація” оцінює внутрішній потяг до сексуальної активності, готовність до ініціації сексуального контакту. Максимальним значенням є 25, мінімальним 5, середнє значення 17.0, що доволі високе. Медіана 17.0, стандартне відхилення 5.55 вказує на високу варіативність сексуального інтересу. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл не є нормальним ($p=0.049$).

За шкалою “Сексуальна тривога” яка оцінює напругу, страх або дискомфорт, пов’язані з сексуальною взаємодією, максимальним значенням є 25, мінімальним 5, середнє значення 13.2, що вказує на помірний рівень тривожності. Медіана 13.0, стандартне відхилення 4.99 свідчить про виразне коливання емоційних реакцій у сексуальному контексті. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл є нормальним ($p=0.168$).

За шкалою “Сексуальна асертивність” яка вимірює здатність виражати сексуальні бажання, захищати межі, максимальним значенням є 25, мінімальним 5, середнє значення 16.6, що свідчить про відносно адекватний рівень сексуальної автономії. Медіана 17.0, стандартне

відхилення 5.57 означає, що у вибірці присутні як асертивні, так і пасивні типи сексуальної поведінки. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл є нормальним ($p=0.083$).

Шкала “Сексуальна депресія” фіксує фрустрацію, безнадію або відчуження у сексуальній сфері. Максимальним значенням є 25, мінімальним 5, середнє значення 11.8 свідчить про низький або помірний рівень емоційного дистресу. Медіана 10.0 і стандартне відхилення 5.73 вказують на наявність підгруп з високими показниками сексуальної пригніченості. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл не є нормальним ($p=0.002$).

За шкалою “Екстернальний сексуальний контроль” яка вказує на схильність приписувати відповідальність за сексуальні події зовнішнім чинникам (партнер, обставини), максимальним значенням є 19, мінімальним 5, середнє значення 9.96 відображає тенденцію до помірної екстернальності — тобто відповідальність за труднощі часто бачиться як зовнішня. Медіана 10.0, стандартне відхилення 3.59 помірно, що вказує на стабільність позицій. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл не є нормальним ($p=0.032$).

За наступною шкалою “Сексуальний моніторинг” яка вимірює схильність до постійного внутрішнього контролю сексуальної поведінки, тілесних реакцій, максимальним значенням є 25, мінімальним 6, середнє значення 8.43 свідчить про низький рівень самоспостереження. Медіана 8.0, стандартне відхилення 3.34 вказує на помірну варіативність. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл не є нормальним ($p<.001$).

Шкала “Страх сексуальних стосунків” оцінює свідоме/несвідоме уникнення сексу. Максимальним значенням є 25, мінімальним 5, середнє

значення 11.5 вказує на виражений рівень тривоги у певної частини респондентів. Медіана 9.0, стандартне відхилення 5.88 вказує на високу варіативність. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл не є нормальним ($p < .001$).

За останньою шкалою методики “Сексуальне задоволення” яка вимірює загальний рівень задоволення інтимним життям, максимальним значенням є 25, мінімальним 5, середнє значення 15.3 вказує на середній рівень суб’єктивного благополуччя в сексуальній сфері. Медіана 15.0, стандартне відхилення 5.49 вказує на наявність як високозадоволених, так і незадоволених респондентів. За результатами тесту Шапіро-Вілка розподіл є нормальним ($p = 0.168$).

Отже, узагальнений аналіз отриманих у результаті опрацювання даних за методиками MSQ, ITQ та ACE, дозволив виявити низку важливих закономірностей, які характеризують досліджувану вибірку за параметрами сексуального функціонування, рівня психотравматизації в дитячому віці та наявності симптомів посттравматичного стресового реагування. Щодо методики MSQ, показники більшості шкал (зокрема: сексуальна впевненість, сексуальна мотивація, сексуальне задоволення, сексуальна асертивність) коливалися у межах помірною рівня, що відображається в середніх значеннях ($M \approx 15-17$) при достатньо високих стандартних відхиленнях ($SD \approx 4.5-5.8$). Це свідчить про виражену індивідуальну варіативність у досвіді сексуальності серед респондентів. Щодо методики ACE, дані засвідчують, що в середньому респонденти мали помірний рівень негативного дитячого досвіду, з найбільшими середніми значеннями за шкалами «деструктивне ставлення оточення» ($M = 2.88$, $SD = 2.09$) та «проживання у дисфункціональній сім’ї» ($M = 1.57$, $SD = 1.88$).

Таким чином, результати дескриптивного аналізу створюють емпіричну основу для поглибленого порівняльного та кореляційного аналізу, який дозволяє дослідити причинно-наслідкові зв'язки між травмуючим дитячим досвідом, психотравматичними симптомами та сексуальним функціонуванням дорослої особистості.

3.2 Аналіз прояву сексуального функціонування в дорослому віці в залежності від прояву наявності травми в дитинстві

Для встановлення зв'язку між проявами сексуальної функції у опитаних респондентів і наявністю травми було використано Independent Samples T-Test, One-way ANOVA та кореляційний аналіз.

Для перевірки дослідницьких гіпотез та отримання достовірних висновків щодо взаємозв'язку між пережитими травмуючими подіями дитинства, наявністю симптомів ПТСР/КПТСР та показниками сексуального функціонування, у даному дослідженні перший метод: незалежний T-тест (Independent Samples T-Test).

Застосування незалежного T-тесту було обґрунтоване необхідністю встановлення статистично значущих відмінностей між двома незалежними групами респондентів — зокрема, тими, хто мав досвід травматичних подій у дитинстві, та тими, хто такого досвіду не мав; або тими, хто мав постійного сексуального партнера, та тими, хто не перебуває у стабільних інтимних стосунках. Це дозволило визначити, чи впливає досвід травматизації або соціально-емоційні умови дорослого життя на такі ключові показники, на основні шкали Анкети негативного дитячого досвіду (ACE), а саме: проживання у дисфункціональній сім'ї, деструктивне ставлення оточення, залучення до раннього статевого життя, соціально-емоційна занедбаність.

Через порушення нормальності розподілу, обидва тести були реалізовані з використанням непараметричного критерію Манна-Вітні.

Таблиця 3.2

Аналіз поширеності травматичних подій з наявністю досвіду дитячої травматизації

		Statistic	p
Прожив. у дисф. сім'ї	Mann-Whitney U	215	0.071
Деструкт. ставлення оточення	Mann-Whitney U	143	0.002
Залучення до раннього стат. життя	Mann-Whitney U	210	0.017
Соц. - емоц. занедбаність	Mann-Whitney U	189	0.016

Як видно з таблиці 3.1, у процесі проведення незалежного Т-тесту було виявлено статистично значущі відмінності між двома групами респондентів — з досвідом травматизації у дитячому віці та без нього — за трьома шкалами Анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ), а саме:

- деструктивне ставлення оточення;
- залучення до раннього статевого життя;
- соціально-емоційна занедбаність ;

Узагальнюючи, результати цих порівняльних тестів демонструють, що респонденти з досвідом дитячої травматизації систематично мають вищі показники за всіма трьома шкалами АСЕ, що підкреслює кумулятивний характер травматизації та її потенційний вплив на подальший розвиток особистості.

Таблиця 3.2

Аналіз пережитих у дитинстві травм з наявністю чи відсутністю
партнера

		Statistic	p
Прожив. дисф. сім'ї	у Mann-Whitney U	311	0.944
Деструкт. ставлення оточення	Mann-Whitney U	287	0.588

Залучення до раннього стат. життя	Mann-Whitney U	301	0.725
Соц. - емоц. занедбаність	Mann-Whitney U	301	0.774

У ході проведеного аналізу з використанням незалежного Т-тесту було перевірено, чи існують статистично значущі відмінності за показниками негативного дитячого досвіду (шкали Анкети ACE) між двома групами респондентів: 1) тими, хто має постійного сексуального партнера, і 2) тими, хто не перебуває у стабільних інтимних стосунках.

Результати, які наявні у таблиці 3.2 показали, що жодна з порівнюваних змінних не виявила статистично значущих відмінностей між цими групами (усі р-значення були > 0.05). Виходячи з цього можна зробити припущення, що наявність чи відсутність постійного сексуального партнера у дорослому віці не має суттєвого зв'язку з рівнем пережитого в дитинстві травматичного досвіду.

Також застосування Т-тесту було зроблене для визначення того чи впливає досвід травматизації в дитинстві або наявність чи відсутність постійного партнера на показники, на основні шкали Багатовимірного опитувальника сексуальності (MSQ), а саме: сексуальна самосвідомість, сексуальна мотивація, сексуальна тривожність, екстернальний сексуальний контроль, сексуальна депресія, сексуальна асертивність, сексуальна

впевненість, інтернальний сексуальний контроль, сексуальна одержимість, сексуальний моніторинг, страх сексуальних стосунків, сексуальне задоволення.

Таблиця 3.3

Аналіз аспектів сексуального функціонування з наявністю пережитої травми в дитинстві

		Statistics	p
Сексуальна впевненість	Mann-Whitney U	261	0.406
Сексуальна одержимість	Mann-Whitney U	285	0.710
Сексуальна мотивація	Mann-Whitney U	243	0.234
Сексуальна депресія	Mann-Whitney U	298	0.906
Екстер. секс. контроль	Mann-Whitney U	253	0.323

Сексуальний моніторинг	Mann-Whitney U	298	0.913
Страх секс. стосунків	Mann-Whitney U	228	0.137

Виходячи з результатів, які представлені в таблиці 3.3, можна зробити висновок, що жодна з порівнюваних змінних не продемонструвала статистично значущих відмінностей між групами респондентів (усі р-значення були > 0.05). Це означає, що незалежно від того, чи мали респонденти досвід травматичних подій у дитинстві, показники їхнього сексуального функціонування у дорослому віці в середньому були подібними.

Крім того, завдяки тому, що визначені досліджувані шкали демонстрували нормальний розподіл результатів, аналіз, представлений у таблиці 3.4, був реалізований із використанням параметричного критерію Стьюдента (t-критерію).

Таблиця 3.4

Аналіз аспектів сексуального функціонування з наявністю пережитої травми в дитинстві

		Statistic	df	p
--	--	------------------	-----------	----------

Інтернал. секс.контр оль	Student`s t	-0.843	49.0	0.403
Сексуальн е самоусвід.	Student`s t	-0.101	49.0	0.920
Сексуальн а тривога	Student`s t	-0.409	49.0	0.684
Сексуальн а асертивніс ть	Student`s t	0.469	49.0	0.641
Секс. задоволенн я	Student`s t	-0.220	49.0	0.827

Виходячи з результатів які наявні в таблиці 3.4 можна сказати, що жодна з порівнюваних змінних не виявила статистично значущих відмінностей між цими групами (усі р-значення були > 0.05). Виходячи з цього можна зробити припущення, що наявність пережитої травми в

дитинстві не має суттєвого зв'язку з рівнем сексуального функціонування в дорослому віці.

Дані наявні в таблицях 3.3, 3.4 дозволяють зробити припущення, що травматичні події у ранньому віці, хоча й мають потенційно значущий вплив на психоемоційну сферу особистості, можуть не обов'язково призводити до відмінностей у параметрах сексуального функціонування у дорослому житті.

Наступним для проведення аналізу результатів був використаний One-Way ANOVA. Застосування One-Way ANOVA було обумовлено необхідністю перевірки відмінностей між трьома групами респондентів, сформованими за типом посттравматичного реагування: (1) особи без симптомів ПТСР/КПТСР, (2) особи з ознаками ПТСР, (3) особи з симптомами КПТСР. Це забезпечує цілісне уявлення про вплив посттравматичних симптомів на рівень травматизації в дитинстві (за шкалами ACE), а також потенційно — на різні аспекти сексуальної поведінки та інтимного життя.

В таблиці 3.5 показані результати аналізу гомогенності груп для шкал методики ACE сформованих за типом посттравматичного реагування.

Таблиця 3.5

Аналіз гомогенності груп для шкал методики ACE сформованих за
типом посттравматичного реагування

	F	df1	df2	p

Прожив. у дисф. сім'ї	0.139	2	48	0.871
Деструкт. ставлення оточення	1.295	2	48	0.283
Залучення до раннього стат. життя	0.490	2	48	0.616
Соц. -емоц. занедбаніс ть	0.257	2	48	0.775

Як показано в таблиці 3.5 всі групи гомогенні, тому надалі доцільно буде використовувати параметричний критерій Велча.

В таблиці 3.6 наявні результати аналізу One-Way ANOVA для шкал методики ACE.

Таблиця 3.6

Аналіз для шкал методики ACE сформованих за типом
посттравматичного реагування

	F	df1	df2	p
Прожив. у дисф. сім'ї	2.504	2	7.11	0.150
Деструкт. ставлення оточення	6.945	2	7.65	0.019
Залучення до раннього стат. життя	0.762	2	6.76	0.503
Соц. -емоц. занедбаніс ть	2.241	2	7.42	0.173

Як показано у таблиці 3.6, лише одна зі шкал — “деструктивне ставлення оточення” — виявила статистично значущі відмінності між трьома групами респондентів ($p = 0.019$), розділеними за типом посттравматичного реагування (група 0 — без ПТСР, група 1 — ПТСР, група 2 — КПТСР).

Для уточнення характеру цих відмінностей було проведено Post Hoc аналіз Games-Howell, результати якого деталізують, між якими саме групами спостерігається статистично значущий розрив у середніх значеннях.

Результати за Post Hoc аналізом Games-Howell представлено нижче в таблиці 3.7

Таблиця 3.7

Результати за Post Hoc аналізом Games-Howell

		Нема ознак	ПТСП	КПТСП
Нема ознак	Mean difference	-	-2.63	-2.125
	p	-	0.135	0.024
ПТСП	Mean difference		-	0.500
	p		-	0.909
КПТСП	Mean difference			-

	p			-
--	---	--	--	---

Група без ПТСР/КПТСР мала нижчі середні значення за шкалою “деструктивне ставлення оточення”, ніж група з КПТСР ($p = 0.024$).

- У порівнянні між групами з ПТСР і без нього не було виявлено статистично значущих відмінностей ($p = 0.135$), що вказує на відсутність або слабкість ефекту у разі класичної травматичної симптоматики.

- Тоді ж як група респондентів без ПТСР мала достовірно нижчі середні значення цієї шкали у порівнянні з групою з КПТСР. Значення p для цієї різниці склало 0.024.

Це дозволяє припустити, що досвід деструктивного соціального впливу в дитячому віці — такий як булінг, приниження, соціальна ізоляція або знецінення — є важливим чинником ризику саме для розвитку симптомів КПТСР.

Застосування ANOVA також було обумовлене необхідністю перевірки чи існують статистично значущі відмінності у психологічних та сексуальних характеристиках (за шкалами MSQ) залежно від типу посттравматичного реагування: (1) особи без симптомів ПТСР/КПТСР, (2) особи з ознаками ПТСР, (3) особи з симптомами КПТСР.

В таблиці 3.8 показані результати аналізу гомогенності груп для шкал методики MSQ сформованих за типом посттравматичного реагування.

Таблиця 3.8

Аналіз гомогенності груп для шкал методики MSQ сформованих за частотою сексуальних контактів.

	F	df1	df2	p
Сексуальна впевненість	0.526	4	46	0.595
Сексуальна одержимість	0.299	4	46	0.743
Інтерналь. секс.контр оль	0.202	4	46	0.818
Сексуальне Самоусвідомлення	0.281	4	46	0.756

Сексуал. мотивація	0.853	4	46	0.433
Сексуальн а тривога	0.261	4	46	0.771
Сексуальн а асертивніс ть	0.463	4	46	0.632
Сексуальн а депресія	1.421	4	46	0.251
Екстер. Секс. контроль	0.759	4	46	0.474
Сексуальн ий моніторин	0.337	4	46	0.716
Страх секс. стосунків	1.801	4	46	0.176

Сексуальне задоволення	0.827	4	46	0.444
-------------------------------	-------	---	----	-------

Як показано в таблиці 3.8 всі групи гомогенні, тому надалі доцільно буде використовувати параметричний критерій Велча.

В таблиці 3.9 наявні результати аналізу One-Way ANOVA для шкал методики MSQ.

Таблиця 3.9

Аналіз для шкал методики MSQ сформованих за типом посттравматичного реагування

	F	df1	df2	p
Сексуальна впевненість	0.063	2	7.41	0.939
Сексуальна	0.110	2	7.09	0.897

одержимість				
Інтерналь. секс. контроль	2 0.011	2	6.92	0.989
Сексуальне самоусвідомлення	0 2.975	2	7.87	0.109
Сексуальна мотивація	0 0.160	2	6.83	0.855
Сексуальна тривога	5 0.305	2	7.49	0.746
Сексуальна асертивність	6 0.311	2	7.25	0.742

Сексуальна депресія	2	0.558	2	8.90	0.591
Екстер. Секс. контроль	5	5.031	2	8.78	0.035
Сексуальний моніторинг	1	0.347	2	7.77	0.717
Страх секс. стосунків	4	0.414	2	8.54	0.673
Сексуальне задоволення	4	0.139	2	7.09	0.872

Як можна побачити в таблиці 3.9 більшість досліджуваних змінних не показали статистично значущих відмінностей між цими групами (усі р-значення > 0.05). Це вказує на відсутність суттєвого впливу типу посттравматичного реагування на більшість показників сексуального

функціонування у цій вибірці. Водночас екстернальний сексуальний контроль мав значущі відмінності між групами ($p = 0.035$). Це означає, що схильність приписувати відповідальність за сексуальні події зовнішнім обставинам або іншим людям статистично різнилася залежно від наявності чи типу ПТСР/КПТСР. Цей результат може свідчити про те, що респонденти з симптомами КПТСР більшою мірою схильні відчувати втрату контролю у сексуальній сфері, що може бути пов'язано з порушеннями у саморегуляції та міжособистісній сфері, характерними для КПТСР.

Для уточнення характеру цих відмінностей було проведено Post Hoc аналіз Games-Howell, результати якого деталізують, між якими саме групами спостерігається статистично значущий розрив у середніх значеннях.

Результати за Post Hoc аналізом Games-Howell представлено нижче в таблиці 3.10

Таблиця 3.10

Результати за Post Hoc аналізом Games-Howell

		Нема ознак	ПТСР	КПТСР
Нема ознак	Mean difference	-	3.38	-0.922
	p	-	0.045	0.766

ПТСР	Mean difference		-	-4.367
	p		-	0.057
КПСТР	Mean difference			-
	p			-

Як ми можемо побачити з таблиці 3.10:

- Порівняння групи без ПТСР та групи з ПТСР: р-значення = 0.045, що вказує на статистичну значущість цієї відмінності. Це підтверджує, що респонденти з ПТСР більше схильні приписувати події у сексуальній сфері зовнішнім чинникам (наприклад, обставинам або партнеру), ніж особи без ПТСР.
- Порівняння без ПТСР та групи з КПТСР: р-значення = 0.766, ця різниця не є статистично значущою.
- Порівняння групи з ПТСР та групи з КПТСР: р-значення = 0.057, різниця не досягла рівня статистичної значущості ($p < 0.05$).

Отримані результати вказують на те, що екстернальний сексуальний контроль є важливою характеристикою, яка диференціює респондентів із ПТСР від тих, хто не має симптомів травматизації. Суттєво підвищений рівень екстернального контролю серед осіб із ПТСР можна розглядати як

прояв порушеного відчуття контролю у сфері інтимної взаємодії, що характерно для цього стану. Таке приписування відповідальності зовнішнім чинникам може бути результатом хронічної гіперпильності та емоційної нестабільності, властивих ПТСР.

Наступним блоком в цьому дослідженні є застосування кореляційного аналізу між травматичним досвідом дитинства за методикою ACE та різними аспектами сексуального функціонування за методикою MSQ. Для визначення кореляційного зв'язку було використано коефіцієнта Спірмена оскільки для всіх шкал розподіл був ненормальним. Результати кореляційного зв'язку наявні в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Кореляційний аналіз між травматичним досвідом дитинства та різними аспектами сексуального функціонування

		rho	p
Сексуальна впевненість	Spearman's rho	0.072	0.615
Сексуальна одержимість	Spearman's rho	0.162	0.257
Інтернал. секс. контроль	Spearman's rho	0.299	0.033

Сексуальне самоусвідомлення	Spearman's rho	0.132	0.357
Сексуальна мотивація	Spearman's rho	-0.223	0.115
Сексуальна тривога	Spearman's rho	0.214	0.131
Сексуальна асертивність	Spearman's rho	-0.157	0.270
Сексуальна депресія	Spearman's rho	0.138	0.333
Екстер. секс. контроль	Spearman's rho	0.304	0.030
Сексуальний моніторинг	Spearman's rho	0.251	0.075
Страх секс. стосунків	Spearman's rho	0.140	0.327

Сексуальне задоволення	Spearman's rho	-0.137	0.337
-------------------------------	----------------	--------	-------

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність середнього за силою та статистично значущого зв'язку між досвідом проживання у дисфункціональній сім'ї та рівнем інтернального сексуального контролю ($\rho = 0.299$; $p = 0.033$). Можна припустити, що цей зв'язок свідчить про те, що респонденти, які в дитинстві зазнали негативного впливу дисфункціонального родинного середовища — зокрема відсутності емоційної безпеки, турботи та стабільності — у дорослому житті схильні приписувати відповідальність за труднощі у власному сексуальному житті саме собі. Така схильність до самозвинувачення, сформована у дитинстві, може бути результатом інтерналізації почуття провини або відчуття власної «недостатності» у ситуаціях конфлікту, ігнорування чи емоційної байдужості з боку батьків чи опікунів. У дорослому віці цей механізм проявляється у сексуальній сфері як тенденція звинувачувати себе у всіх проблемах, що виникають у стосунках чи інтимній взаємодії, незалежно від об'єктивних обставин. Це, у свою чергу, підкреслює тривалий вплив родинної динаміки на формування уявлень про власну сексуальність та рівень самосвідомості у цій сфері.

Також був виявлений ще один середній статистично значущий зв'язок між соціально-емоційною занедбаністю у дитинстві та екстернальним сексуальним контролем ($\rho = 0.304$; $p = 0.030$). Цей результат демонструє, що респонденти, які в дитинстві зазнавали хронічного дефіциту емоційної підтримки, тепла, уваги та турботи з боку батьків чи інших значущих дорослих, у дорослому житті схильні

пояснювати власні сексуальні труднощі чи проблеми зовнішніми чинниками — наприклад, поведінкою партнера або несприятливими обставинами. Такий патерн приписування контролю назовні може свідчити про зниження відчуття особистої відповідальності за власне сексуальне благополуччя та недовіру до власної здатності впливати на ситуацію у сфері інтимних стосунків. Соціально-емоційна занедбаність у дитячі роки формує вразливість до залежності від інших, що надалі трансформується у дорослому житті у тенденцію перекладати провину чи відповідальність за сексуальні проблеми на партнера або соціальне оточення. Це свідчить про глибокий і тривалий вплив дитячих емоційних травм на сприйняття власної сексуальності, зокрема — на здатність усвідомлювати та встановлювати власні межі, а також на відчуття автономії у сфері інтимної взаємодії.

Таким чином, обидва виявлені зв'язки — між інтернальним контролем та досвідом дисфункціональної родини, а також між екстернальним контролем і соціально-емоційною занедбаністю — вказують на тривалі та комплексні наслідки дитячої травматизації. Вони підкреслюють, що дитячі досвіди нехтування чи психологічної небезпеки можуть зумовлювати як глибоку внутрішню самокритику, так і залежність від зовнішнього схвалення чи підтримки у сексуальній сфері дорослої особистості.

Загальна сукупність отриманих результатів демонструє значущі та багатогранні взаємозв'язки між досліджуваними змінними, що створює перспективу для проведення більш комплексного аналізу, зокрема регресійного. Такий підхід дозволив би уточнити характер залежностей і кількісно оцінити внесок кожного з факторів у формування особливостей сексуального функціонування. Водночас у межах даного дослідження

реалізація регресійного аналізу є недоцільною та статистично некоректною через обмежений розмір вибірки.

Згідно з статистичними рекомендаціями, зокрема за правилом Гріна та Харріса, для проведення регресійного аналізу необхідно, щоб обсяг вибірки перевищував порогове значення, яке визначається формулою як $N > 50 + 8m$, де N – кількість респондентів, а m – кількість незалежних змінних у моделі. У нашому випадку розмір вибірки є нижчим за цей поріг, що робить проведення регресійного аналізу недостатньо обґрунтованим.

Таким чином, незважаючи на цікаві статистичні зв'язки, які були виявлені у межах цього дослідження, для перевірки й уточнення прогнозуючих можливостей незалежних змінних потрібне подальше дослідження на більшій вибірці.

Висновки до розділу 3

Статистичний аналіз емпіричних даних, отриманих у результаті проведеного дослідження, здійснювався з використанням Jamovi. Було застосовано низку методів математичної статистики, зокрема: описову статистику, Independent Samples T-Test, One-Way ANOVA і кореляційний аналіз.

По-перше, було виявлено, що досвід дитячої травматизації — є значущим фактором, що може впливати на загальний рівень психоемоційного благополуччя та самооцінку особистості. Водночас не для всіх аспектів сексуального функціонування виявлено однозначний зв'язок із дитячим травматичним досвідом, що свідчить про складність і багатофакторність цього феномену.

По-друге, на основі результатів було встановлено, що симптоми ПТСР та особливо КПТСР асоціюються з більш високим рівнем деструктивного соціального впливу у дитинстві, що підкреслює їхній зв'язок із міжособистісними труднощами та емоційною дезорганізацією.

По-третє, результати кореляційного аналізу дозволяють зробити висновки щодо напрямків і сили взаємозв'язків між окремими шкалами. Наприклад, досвід проживання у дисфункціональній сім'ї статистично значуще корелює з інтернальним сексуальним контролем ($\rho=0.299$; $p=0.033$), що свідчить про схильність таких респондентів приписувати власні сексуальні труднощі своїм «недолікам». Водночас соціально-емоційна занедбаність у дитинстві статистично значуще корелює з екстернальним сексуальним контролем ($\rho=0.304$; $p=0.030$), що відображає перекладання відповідальності за проблеми у сексуальній сфері на зовнішні обставини або партнера.

Отже, у цілому результати дослідження демонструють, що вплив дитячої травматизації на сексуальне функціонування у дорослому віці є глибоким і багатокomпонентним, залежить від багатьох чинників та потребує комплексного розгляду.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретичного й емпіричного дослідження було встановлено, що травмуючі події дитинства мають вплив на сексуальне функціонування у дорослому віці. Аналіз наукової літератури і емпіричні дані показали, що фізичне, емоційне та сексуальне насильство в дитячому віці, а також проживання у дисфункціональному соціальному середовищі можуть виступати детермінантами труднощів у сфері інтимних стосунків.

Емпірична частина дослідження підтвердила, що хоча не всі аспекти сексуального функціонування прямо залежать від пережитої дитячої травми, певні патерни проявляються більш виразно у тих осіб, які мали досвід дитячої травматизації. Зокрема, було встановлено, що соціально-емоційна занедбаність у дитинстві пов'язана з підвищеною схильністю перекладати відповідальність за сексуальні труднощі на зовнішні обставини чи партнера. Водночас досвід проживання у дисфункціональній сім'ї асоціюється зі схильністю до самозвинувачення у проблемах інтимної сфери, що свідчить про глибоку інтерналізацію негативного досвіду.

Результати дослідження також вказують на важливу роль таких факторів, як симптоми посттравматичного стресового розладу та комплексного ПТСР. Було виявлено, що особи з ознаками КПТСР частіше демонструють схильність до приписування відповідальності зовнішнім обставинам, а також мають досвід більш вираженого деструктивного соціального впливу в дитинстві. Це підкреслює необхідність більш глибокого вивчення механізмів впливу соціально-емоційного середовища на розвиток сексуальної сфери особистості.

Отримані результати підкреслюють важливість всебічної оцінки історії дитячих травм при психологічній допомозі дорослим, які мають труднощі у сексуальній сфері. У наступних дослідженнях варто збільшити обсяг вибірки, приділяючи більше уваги різноманітності травмуючих подій у дитинстві, статі та соціально-економічним характеристикам. Це допоможе глибше розкрити вплив дитячих травм на сексуальну сферу у дорослому житті. Крім того, більша вибірка дасть змогу застосування регресійного аналізу для більш глибокого аналізу теми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балабанова, Л.М. Курс лекцій з психології сексуальності. Доступ через URL: [http://univer.nuczu.edu.ua/tmp_metod/2030/Kurs_lektsiy_ps_sex_Balabanov a.pdf](http://univer.nuczu.edu.ua/tmp_metod/2030/Kurs_lektsiy_ps_sex_Balabanov_a.pdf)
2. Власова, О., & Потонська, О. (2021). Аналіз впливу дитячих страхів на формування стереотипів дорослої людини. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка, (1)(7)*, 57–61.
3. Власова, О. І., Родіна, Н. В., Целікова, Ю. О., Ворнікова, Л. К., & Тихоненко, Ю. О. (2022). Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ). *Офтальмологічний журнал, (1)*, 504.
4. Грандт, В. В. (2024). *Психологія травмуючих ситуацій: Навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Психологія» освітньо-професійної програми «Психологія»*. Міністерство освіти і науки України, Запорізький національний університет, Запоріжжя, Україна.
5. Григоренко, В. М., Ромащенко, О. В., Мельников, С. М., Білоголовська В. В., Мироненко, Н. О., & Джураєва, Л. С. (2023). SEXUAL DYSFUNCTIONS IN WOMEN OF DIFFERENT AGES. *Men's Health, Gender and Psychosomatic Medicine, (1-2)(14-15)*, 68-75. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2022.1-2-07>
6. Дмитерко, І. (2018). *КПТ розладів сексуальних функцій у жінок* (Дипломна робота). Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, Львів, Україна.

7. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., Котух, О. В., & Мельник, О. В. Міжнародний опитувальник травми (ITQ): Адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР.

8. Кочарян, Г. (2024). МКХ-11. Стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям: коди та обговорення інновацій. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.3.2024.316666>

9. Кривопишина, О. А., & Данилюк, О. О. (2016). Соціально-психологічні наслідки насилля над дітьми в сім'ї. *Міжнародна науково-практична конференція: Пожежна та техногенна безпека. Теорія, практика, інновації*. Львівський державний університет безпеки життєдіяльності, Львів, Україна.

10. Крижановська, О. (2023). Жіноча сексуальна дисфункція — мультидисциплінарна проблема розладів репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Огляд літератури. *Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery*, (4), 32–38. <https://doi.org/10.30978/CEES-2023-4-32>

11. Лазоренко, Т. М., & Ковшар, Д. І. (2023). *Прояв сексуальних дисфункцій у жінок з розладами особистості*. Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», Одеса, Україна.

12. Мілютіна, К. Л., & Мамедова, О. Б. (2025). Вплив дитячого досвіду на особистісну зрілість дорослих. *Габітус*, 69(1), 31. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.69.1.31>

13. Мілютіна, К. Л. (2018). Модель емпіричного дослідження наслідків дитячого досвіду у дорослому житті. *Проблеми сучасної психології*, (2), 78–82.

14. Музалевська А.С. (2021). Україномовна адаптація тесту “The Multidimensional Sexuality Questionnaire”. (Магістерська робота). Український католицький університет, Львів, Україна.

15. Оксютович, М. О., & Сабадуха, В. О. (2023). Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 5, стаття 11. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.5/11>

16. Рєпнова, Т., & Костенюк, А.-М. (2024). Вплив психологічних травм дитинства на формування особистості та майбутнє психічне здоров'я. *Grail of Science*, (7.06.2024), стаття 090. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.07.06.2024.090>

17. Сандал, О. С. (2021). Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. *Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія*, (2), стаття 6. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-6>

18. Туриніна, О. Л. (2017). *Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів*. Київ: ДП “Вид. дім “Персонал”.

19. Федорець, С. (2023). Вплив посттравматичного стресового розладу на сексуальне функціонування військових та ветеранів. *Вчені записки Університету «КРОК»*, (2)(70), 180–186. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-70-180-186>

20. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

21. Aşci, Ö., Bal, M. D., & Koçoğlu, F. (2024). The impact of childhood sexual abuse on adult female sexual function and sexual distress:

A systematic review and meta-analysis. *Turkish Journal of Psychiatry*, 35(1), 63–74.

22. Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33–39.

23. Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327–1333.

24. Bhugra D, Colombini G. Sexual dysfunction: classification and assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2013;19(1):48-55. doi:10.1192/apt.bp.112.010884

25. Bigras, N., Daspe, M. È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2016). Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: Mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(4), 377–396. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1176609>

26. Blais, R. K. (2020). Lower sexual satisfaction and function mediate the association of assault military sexual trauma and relationship satisfaction in partnered female service members/veterans. *Family Process*, 59(2), 586–596. <https://doi.org/10.1111/famp.12449>

27. Bornefeld-Ettmann, P., Steil, R., Lieberz, K. A., Bohus, M., Rausch, S., Herzog, J., Priebe, K., Fydrich, T., & Müller-Engelmann, M. (2018). Sexual functioning after childhood abuse: The influence of post-traumatic stress disorder and trauma exposure. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 529–538. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.016>

28. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>

29. Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, *14*(3), 357–364. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90009-Q](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90009-Q)

30. Davidson, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The Journal of Sexual Medicine*, *6*(10), 2690–2697. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x>

31. Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1979). The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *5*(3), 244–281. <https://doi.org/10.1080/00926237908403732>

32. De Silva, P. (2001). Impact of trauma on sexual functioning and sexual relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, *16*(3), 269–278. <https://doi.org/10.1080/14681990123900>

33. DiMauro, J., Renshaw, K. D., & Blais, R. K. (2018). Sexual vs. non-sexual trauma, sexual satisfaction and function, and mental health in female veterans. *Journal of Trauma & Dissociation*, *19*(4), 403–416. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1451975>

34. Erkoreka, L., et al. (2021). Attachment anxiety as a mediator of the relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(6), 501–511.

35. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

36. Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *The American journal of orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>

37. Gewirtz-Meydan, A., & Godbout, N. (2023). Between pleasure, guilt, and dissociation: How trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 141, Article 106195. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106195>

38. Gewirtz-Meydan, A., & Lahav, Y. (2020). Sexual functioning among childhood sexual abuse survivors from an attachment perspective. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(7), 1370–1382. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.03.014>

39. Halvorsen, J. G., & Metz, M. E. (1992). Sexual dysfunction, part I: Classification, etiology, and pathogenesis. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(1), 51–61.

40. Hartmann, U., Heiser, K., Rüffer-Hesse, C., & Kloth, C. (2002). Female sexual desire disorders: Subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World Journal of Urology*, 20(2), 79–88. <https://doi.org/10.1007/s00345-002-0278-5>

41. Karsten, M. D. A., Wekker, V., Bakker, A., Groen, H., Olf, M., Hoek, A., & Roseboom, T. J. (2020). Sexual function and pelvic floor activity in women: The role of traumatic events and PTSD symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), Article 1764246. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1764246>

42. Kinzler, J. F., Traweger, C., & Biebl, W. (1995). Sexual dysfunctions: Relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 19(7), 785–792. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00048-D](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00048-D)

43. Kira, I. A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73–86. <https://doi.org/10.1177/153476560100700202>
44. Lapping-Carr, L., et al. (2024). Evidence for the impact of stress and trauma on sexual function in women. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 51(2), 285–298. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2024.02.003>
45. Lassri, D., & Gewirtz-Meydan, A. (2024). From trauma to intimacy: Examining the link between childhood maltreatment and adult sexual functioning – The mediating role of self-criticism. *Child Abuse & Neglect*, 149, Article 106663. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106663>
46. Leonard, L. M., & Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 346–388. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559809>
47. Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira, E. D., Jr, Rellini, A. H., & Segraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 7(4 Pt 2), 1598–1607. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x>
48. Loeb, T. B., Rivkin, I., Williams, J. K., Wyatt, G. E., Carmona, J. V., & Chin, D. (2002). Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 307–345. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559808>
49. Lo Iacono, L., Trentini, C., & Carola, V. (2021). Psychobiological consequences of childhood sexual abuse: Current knowledge and clinical implications. *Frontiers in Neuroscience*, 15, Article 771511. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.771511>

50. Mills, B. (2001). Impact of trauma on sexuality and relationships. *Sexual and Relationship Therapy, 16*(3), 197–205. <https://doi.org/10.1080/14681990125275>

51. Mills, B., & Turnbull, G. (2004). Broken hearts and mending bodies: The impact of trauma on intimacy. *Sexual and Relationship Therapy, 19*(3), 265–289. <https://doi.org/10.1080/14681990410001715418>

52. Monson, C. M., Fredman, S. J., Macdonald, D., Pukay-Martin, N. D., Resick, P. A., & Schnurr, P. P. (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD. *Journal of the American Medical Association, 308*(7), 700–709. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.9307>

53. Morokqff, P. J., & Gilliland, R. (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *The Journal of Sex Research, 30*(1), 43–53. <https://doi.org/10.1080/00224499309551677>

54. O'Donnell, M. L., Elliott, P., Lau, W., & Creamer, M. (2007). PTSD symptom trajectories: From early to chronic response. *Behaviour Research and Therapy, 45*(3), 601–606.

55. O'Driscoll, C., & Flanagan, E. (2015). Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(4), 422–437. <https://doi.org/10.1111/papt.12077>

56. Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin, 124*(1), 22–53. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.22>

57. Seibel, S. L., Simon Rosser, B. R., Horvath, K. J., & Evans, C. D. (2009). Sexual dysfunction, paraphilias and their relationship to childhood abuse in men who have sex with men. *International Journal of Sexual Health, 21*(2), 79–86. <https://doi.org/10.1080/19317610902773062>

58. Smidt, A. M., & Platt, M. G. (2018). Sexuality and trauma: Intersections between sexual orientation, sexual functioning, and sexual health and traumatic events. *Journal of Trauma & Dissociation*, *19*(4), 399–402. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1451724>

59. Sorensen, M. D., Wessells, H., Rivara, F. P., Zonies, D. H., Jurkovich, G. J., Wang, J., & MacKenzie, E. J. (2008). Prevalence and predictors of sexual dysfunction 12 months after major trauma: A national study. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, *65*(5), 1045–1053. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181896192>

60. Staples, J. M., Eakins, D., Neilson, E. C., George, W. H., Davis, K. C., & Norris, J. (2016). Sexual assault disclosure and sexual functioning: The role of trauma symptomatology. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(10), 1562–1569. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.07.006>

61. Tanasugarn, A. (2023, April). The impact of childhood trauma on adult functioning. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/understanding-ptsd/202304/the-impact-of-childhood-trauma-on-adult-functioning>

62. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/>

63. Zoldbrod, A. P. (2015). Sexual issues in treating trauma survivors. *Current Sexual Health Reports*, *7*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0034-6>