

Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок ранніх дисфункціональних схем з конфліктною комунікацією в
партнерстві**
Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр (спеціальність
053 «Психологія», освітня програма
«Психологія», заочна форма навчання)
Кирилюк Лілії Леонідівни
Науковий керівник:
Доцент кафедри психодіагностики та
клінічної психології, кандидат
психологічних наук, доцент
Васьківська Світлана Василівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_
Протокол №____ від_____ року
Завідувачка кафедри психодіагностики
та клінічної психології
_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ РАННІХ ДЕЗАДАПТАЦІЙНИХ СХЕМ НА СТОСУНКИ В ПАРІ	8
1.1. Поняття про дитячу психологічну травму та формування базових дисфункціональних схем	8
1.2 Психологічні наслідки дитячих травм в дорослому віці	19
1.3 Конфліктна комунікація в парі як показник ранньої травматизації	27
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2	
МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА КОМУНІКАЦІЮ В ПАРІ	34
2.1. Етапи та процедура проведення дослідження	34
2.2. Концептуальна модель та методологічне обґрунтування	36
2.3. Методи дослідження	44
2.4. Характеристика вибірки	46
Висновки до розділу 2	46
РОЗДІЛ 3	
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКІВ РАННІХ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ СХЕМ НА КОМУНІКАЦІЮ В ПАРІ	48
3.1. Аналіз раннього травматичного досвіду у вибірці	48
3.2. Аналіз раннього дитячого досвіду та його впливу на комунікації в парі	55
3.3. Статистичний аналіз зв'язків між дитячими травмами та конфліктною поведінкою в парі	56
3.3.1. Зв'язок стилів поведінки в конфлікті з показниками дитячої травматизації	57
3.3.2. Кореляційний аналіз між дитячою травматизацією та стратегіями поведінки в конфлікті	62
3.3.2.1 Аналіз кореляційних зв'язків між ранніми дезадаптивними схемами (YSQ) та стратегіями поведінки в конфлікті (SP)	63
3.3.2.2 Кореляційний аналіз зв'язків між схемами Янга та показниками емоційної взаємодії подружжя	65
3.3.2.3 Кореляційний аналіз між показниками Емоційної взаємодії подружжя (EVP) та Анкети дитячих травм (CTQ)	68
3.3.3 Факторний аналіз показників дитячої травматизації та емоційної взаємодії подружжя	69
3.3.4. Додаткова обробка загальних результатів дослідження	78

	2
Висновки до розділу 3	81
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	95

ВСТУП

Сучасна психологія дедалі більше звертає увагу на те, як ранній досвід формує сприйняття себе, інших і світу. Дитячі травми – досвід емоційного чи фізичного болю, нехтування або насильства – залишають глибокий відбиток у психіці людини й визначають, як вона буде стосунки в дорослому житті.

Серед вчених, які досліджували вплив дитячих травм на міжособистісні стосунки та конфліктну комунікацію в парах, варто відзначити Джона Боулбі та Мері Ейнсворт, які заклали основу теорії прив'язаності і показали, як ранні взаємодії з опікунами формують стилі прив'язаності дорослих. Маріо Мікулінсер і Філіп Шейвер розширили ці дослідження, демонструючи, як індивідуальні стилі прив'язаності впливають на емоційну регуляцію та конфліктну поведінку в романтичних стосунках. Джудіт Герман і Бессел ван дер Колк досліджували наслідки травми для нервової системи та міжособистісної взаємодії, а Кеті Спатц Відом проводила лонгитюдинальні дослідження впливу дитячого зловживання на доросле життя і взаємодії у парах.

Сью Джонсон, розробниця підходу емоційно фокусованої терапії (ЄФТ) а також Джон і Джулі Готтман, автори емпіричних моделей конфліктної поведінки, вивчали, як травматичний досвід і стилі прив'язаності проявляються у конфліктах партнерів. Деніел Сігел розглядав нейробіологічні механізми, через які ранні травми впливають на здатність до емоційної регуляції та конструктивної комунікації. Особливу увагу на зв'язок дитячих травм і проблемних моделей взаємодії у дорослому житті звертав Джеффри Янг, засновник схемо-терапії, який показав, як ранні дезадаптивні схеми, сформовані у дитинстві, впливають на поведінку та патерни комунікації у стосунках.

Травмуючі переживання впливають на системи емоційної регуляції та міжособистісної взаємодії: порушуючи відчуття безпеки, здатність довіряти та регулювати афекти, вони формують специфічні патерни реагування, що проявляються у близьких стосунках. Особливо виразно ці наслідки простежуються у сфері партнерських відносин, де активуються базові схеми прив'язаності, потреби в близькості, безпеці й автономії.

Актуальність теми

У сучасному суспільстві спостерігається велика кількість труднощів у сфері романтичних стосунків: конфлікти, непорозуміння, емоційне відчуження, труднощі з довірою. Психологічні дослідження та клінічна практика дедалі частіше вказують, що витoki значної частини цих проблем пов'язані з раннім досвідом особистості. Пережиті у дитинстві психотравмуючі події – емоційне чи фізичне насильство, нехтування або відсутність безпечної прив'язаності впливають на здатність до емоційної близькості, формування довіри, а також на комунікацію у дорослому житті.

Комунікація в парі є ключовим механізмом побудови та підтримання стосунків. Саме через мовленнєві й невербальні патерни проявляються внутрішні психологічні структури, що формувалися під впливом раннього досвіду. З позиції теорії схем Джеффри Янга, в дитинстві створюються фундаментальні емоційні та когнітивні схеми, які активуються в близьких стосунках і визначають - як особистість інтерпретує поведінку партнера та реагує на неї. Тому вивчення впливу дитячих травм на подружню або партнерську комунікацію має важливе теоретичне та практичне значення для психологічного консультування, психотерапії й освітніх програм.

За даними CDC–Kaiser ACE Study у США, близько 25 % дорослих повідомляють про досвід принаймні одного важкого переживання у дитинстві, а 8 % – про п'ять або більше ACEs (adverse childhood experiences), включаючи фізичне чи емоційне насильство, нехтування та виховання у сім'ях із алкогольними або хімічними залежностями. У вибірках, що вивчали міжособистісні травми, 87 % респондентів зазначили мінімум один тип травми в дитинстві. Це свідчить, що дитячі травми є поширеним явищем і з високою ймовірністю дають про себе знати при взаємодії в партнерських стосунках.

Особи з досвідом дитячого емоційного або фізичного насильства чи нехтування мають нижчу якість романтичних взаємин, більшу вразливість до конфліктів, більш виражену тривожність або уникнення близького контакту. Травматичний досвід також підвищує ризик формування емоційної

дисрегуляції: труднощів розпізнавання емоцій, нестабільності у стосунках, схильності до конфліктів, ревнощів та інших негативних патернів. Усе це безпосередньо впливає на комунікацію в парі, обумовлюючи як зміст, так і спосіб взаємодії партнерів.

Мета дослідження: Виявити характер зв'язку дитячих травм партнерів та їх комунікації в парі для корекції конфліктів в стосунках

Завдання дослідження: 1. Провести теоретико-психологічний аналіз на зв'язок дитячих травм та комунікації в парі

2. Проаналізувати дитячий травматичний досвід партнерів в стосунках

3. Виявити особливості конфліктної комунікації в партнерських стосунках

4. Проаналізувати зв'язок дитячого травматичного досвіду та комунікації в партнерських стосунках

Об'єкт дослідження: Ранні дисфункціональні схеми особистості

Предмет дослідження: Зв'язок ранніх дисфункціональних схем з конфліктною комунікацією в партнерстві

Методи дослідження: В роботі для розв'язання поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження були застосовані теоретичні методи: системно-структурний метод; метод теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; метод порівняльного аналізу та узагальнення даних; емпіричні методи: психодіагностичний метод; метод констатувального експерименту; методи математико-статистичної обробки. Для досягнення цілей дослідження застосовувався комплекс тестових методик для діагностики:

1. Тест YSQ-S. Дж. Янг, українська адаптація С. Сардарзаде

2. Анкета дитячої травми (СТQ). Д. Бернштайн, Л. Фінк

3. Опитувальник Емоційна взаємодія подружжя Потапчук Є.М., Посвістак О.А.

4. Методика «Тест-опитувальник задоволеності шлюбом» Столін В.В., Романова Т.Л., Бутенко Г.П.

Дослідницька вибірка. Дослідження проводиться онлайн із використанням інтернет-анкетування. До вибірки увійшли особи, які перебувають у стабільних

романтичних або шлюбних стосунках не менше трьох років. Загальна кількість респондентів становить 100 осіб. Вік учасників – від 20 до 60 років.

Вибірка є цільовою, оскільки добір учасників здійснювався за критерієм наявності тривалих партнерських стосунків, що дозволяє дослідити сталі форми комунікації та емоційної взаємодії.

Усі респонденти брали участь добровільно, з дотриманням принципів анонімності та інформованої згоди.

Наукова новизна. Вперше в межах вітчизняного контексту здійснено комплексне емпіричне дослідження взаємозв'язку між дитячими травмами, дезадаптивними схемами (за Д. Янгом) та особливостями комунікації у парі.

Отримані результати дозволяють виявити, які саме типи дитячих травм найбільше впливають на якість емоційної взаємодії та задоволеність стосунками.

Уточнено зв'язок між психологічними захистами у спілкуванні та рівнем травматичного досвіду дитинства.

Розширено теоретичне розуміння механізмів повторення дитячих сценаріїв у дорослих стосунках з позиції схема-терапії.

Практичне значення. Результати можуть бути використані у психологічному консультуванні пар, особливо тих, де спостерігаються труднощі в комунікації, конфлікти або емоційна дистанція.

Дані можуть стати основою для розробки психокорекційних програм, спрямованих на подолання наслідків дитячих травм і підвищення якості емоційної взаємодії.

А результати даних можуть бути використані у навчальних курсах з психології сім'ї, комунікації та схема-терапії.

Отримані висновки мають значення для діагностичної практики – допомагають визначати, які саме схеми та дитячі переживання впливають на стиль спілкування у стосунках.

Достовірність і обґрунтованість результатів. Достовірність забезпечується використанням валідних і надійних психодіагностичних методик;

Обробка результатів проводиться за допомогою математико-статистичних методів (кореляційний аналіз Спірмена, t-критерій Стьюдента).

Вибірка є репрезентативною щодо поставлених завдань.

Отримані результати співвідносяться з сучасними науковими теоріями і підтверджуються емпіричними даними попередніх досліджень.

Структура та об'єм роботи. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел, який налічує 83 найменувань. Робота містить 17 таблиць та 2 додатки. Загальний обсяг роботи склав 98 сторінок, з яких 96 - друкований текст.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ РАНИХ ДЕЗАДАПТАЦІЙНИХ СХЕМ НА СТОСУНКИ В ПАРИ

1.1. Поняття про дитячу психологічну травму та формування базових дисфункціональних схем

Поняття дитячої психологічної травми є центральним у сучасній психології розвитку та психотерапії, оскільки вона закладає основу для формування особистості та впливає на подальші стосунки і емоційне функціонування людини (Смірнова, В. Л та ін., 2025).

Дитяча психологічна травма визначається як комплексний емоційний досвід, що виникає в результаті негативних подій або тривалого дефіциту базових емоційних потреб у ранньому віці (Hoshovskyi, J., 2025).

Такий досвід може проявлятися як фізичне або емоційне насильство, відкидання, знецінення, приниження, байдужість або систематичне нехтування емоційними потребами дитини.

Важливим аспектом психологічної травми є те, що її вплив часто має глибокий і тривалий характер, формуючи стабільні когнітивно-емоційні структури, які визначають сприйняття себе, інших і світу в цілому. На відміну від одноразових стресових подій, дитяча травма зазвичай характеризується повторюваністю або хронічністю, що ускладнює процес її усвідомлення і переробки дитиною, оскільки психічна система ще немає достатньої зрілості для самостійної адаптації (McLaughlin KA et al., 2020).

Психологічна травма у дитинстві може виникати як наслідок явного насильства, фізичного або емоційного, так і через приховані форми впливу, наприклад емоційне відчуження, надмірний контроль або непослідовність у поведінці значущих дорослих.

Навіть відсутність достатньої уваги, тепла та підтримки здатна сформувати у дитини відчуття небезпечності світу, неповноцінності себе та недовіри до інших (Rosana C. et al., 2024).

Тривалий дефіцит емоційної підтримки призводить до розвитку захисних

механізмів, які допомагають дитині виживати у несприятливому середовищі. До таких механізмів належать емоційне відсторонення, надмірна відповідальність, догоджання іншим, агресивні реакції або спроби контролювати оточення (Harris V. et al., 2022).

Хоча ці стратегії є адаптивними у контексті дитячого середовища, у дорослому житті вони часто перетворюються на джерело внутрішніх конфліктів, проблем у стосунках та психосоматичних проявів. Особливістю дитячої психологічної травми є її здатність впливати на формування базових емоційних потреб, які, відповідно до теорії схематерапії, є критично важливими для здорового розвитку особистості. До таких потреб належать потреба у безпеці та захищеності, потреба у любові та прийнятті, потреба у автономії та компетентності, потреба у свободі вираження почуттів і бажань, а також потреба у спонтанності та грайливості.

Невиконання або систематичне ігнорування цих потреб призводить до формування дисфункціональних когнітивно-емоційних схем, які фіксують у психіці дитини переконання про себе, інших та світ, що часто є негативними, обмежувальними і самопідтверджуваними.

У психологічній науці виділяють різні типи дитячих травм залежно від характеру їхнього впливу та специфіки дефіциту потреб. Серед них можна виділити:

Травму покинутості, яка виникає через відчуття відсутності постійної опіки та турботи;

Травму відкидання, пов'язану з відсутністю прийняття дитини як цілісної особистості;

Травму приниження, що виникає внаслідок постійної критики, сорому та глузувань;

Травму зради або насильства, що порушує відчуття безпеки;
Та травму емоційної депривації, коли дитина систематично не отримує тепла, уваги або підтримки (Cruz D., et al., 2022).

Ці типи травм можуть поєднуватися, створюючи комплексні психічні конфігурації, які стають джерелом глибоких дисфункцій у дорослому житті.

Дитяча психологічна травма формує тривалий вплив на емоційний, когнітивний і поведінковий розвиток. Вона впливає на формування самооцінки, здатності до емоційної регуляції, стратегії копінгу, вибір партнерів та спосіб побудови близьких стосунків. Діти, які пережили травму, часто мають труднощі у встановленні довірливих відносин, схильні до емоційної залежності або, навпаки, уникнення близькості, можуть проявляти надмірну чутливість до критики та негативної оцінки (Maçkalı, Z., et al., 2025).

Важливим аспектом є те, що вплив травми не обмежується окремим епізодом життя, а закріплюється у вигляді стійких психічних структур, які продовжують функціонувати в дорослому віці та визначають реакції у різних життєвих ситуаціях (Taylor CDJ, Bee P, Haddock G., 2017).

Дитяча психологічна травма є не лише фактором ризику для розвитку психічних розладів, але і ключовим чинником формування дисфункціональних моделей комунікації та взаємодії в дорослому житті. Усвідомлення цього факту стає основою для терапевтичної роботи, оскільки дозволяє ідентифікувати джерела повторюваних проблем і забезпечити цілеспрямовану корекцію стійких дисфункціональних схем. Формування базових дисфункціональних схем розглядається як природний наслідок незадоволення базових емоційних потреб дитини в ранньому віці. Базова дисфункціональна схема визначається як стабільна когнітивно-емоційна структура, що включає переконання про себе, інших людей та світ, супроводжується стійкими емоційними реакціями та тілесними відчуттями (Celsi L., 2021). Схеми формуються під впливом тривалих або повторюваних негативних досвідів і виконують захисну функцію, допомагаючи дитині адаптуватися до несприятливих умов, але водночас створюючи основу для подальших труднощів у дорослому житті.

Процес формування схем відбувається в кілька етапів. На першому етапі дитина спостерігає і переживає емоційний досвід взаємодії з близькими дорослими. Якщо базові потреби не задовольняються, виникає відчуття

тривоги, безпорадності, сорому або страху. На другому етапі ці емоції та спостережувані взаємодії закріплюються у вигляді внутрішніх переконань. Дитина починає формувати уявлення про себе як про «недостатньо добру», про інших як про ненадійних або небезпечних, а світ – як ворожий або несправедливий. На третьому етапі ці переконання поєднуються з поведінковими стратегіями, що допомагають дитині адаптуватися, наприклад уникати близькості, підчинятись, надмірно контролювати ситуацію або проявляти агресію.

У схемотерапії виділяють кілька типів базових дисфункціональних схем, що групуються за доменами, які відповідають різним аспектам незадоволеність емоційних потреб (Pilkington P.D., et al., 2023).

Перший домен пов'язаний з порушенням прив'язаності та відокремленості. Сюди входять схеми покинутості, недовіри, емоційної депривації, дефективності або сорому та соціальної ізоляції. Ці схеми виникають, коли дитина систематично не відчуває любові, захисту або підтримки від значущих дорослих.

Другий домен стосується порушення автономії та компетентності. До нього належать схеми залежності, вразливості, злиття з іншими та невдачі, які формуються у дитини при надмірній опіці або недостатньому розвитку самостійності.

Третій домен – порушені межі, включає схеми привілейованості та недостатнього самоконтролю, що виникають при надмірних вимогах, хаотичності та непослідовності батьківських правил.

Четвертий домен пов'язаний із спрямованістю на інших, включає покірність, самопожертву, надмірну орієнтацію на схвалення та визнання. Ці схеми з'являються у дитини як спосіб задовольнити потребу у любові та прийнятті через зовнішнє підтвердження.

П'ятий домен охоплює завищені стандарти та гіперконтроль, що проявляються у схильності до песимізму, емоційної скованості, суворих стандартах і покаранні себе та інших (Pilkington P.D., et al., 2021).

Кожна схема має специфічний вплив на сприйняття себе та світу, а також на емоційні реакції. Наприклад, активізація схеми покинутості може викликати сильні переживання тривоги та страху втрати, тоді як схема дефективності провокує сором і занижену самооцінку. Важливою особливістю схем є їхня стабільність і автоматичність, що ускладнює їх усвідомлення без спеціальної терапевтичної роботи. Схеми, сформовані у дитинстві, можуть залишатися активними протягом усього життя, впливаючи на вибір партнерів, стиль комунікації та реакції у стосунках (Bruysters NYF, Pilkington PD., 2023).

Схеми також тісно взаємопов'язані з розвитком стратегій психічного захисту. Дитина, намагаючись зменшити емоційний біль, що виникає при незадоволенні базових потреб, формує адаптивні або дисфункціональні способи реагування. До таких способів належать уникнення близькості, підчинення волі інших, гіперкомпенсація власних недоліків або прояви агресії. Хоча ці стратегії допомагають дитині виживати у складному середовищі, вони закріплюють дисфункціональні схеми і зберігають їхній вплив на поведінку дорослої людини.

Таким чином, формування базових дисфункціональних схем є процесом, який поєднує вплив негативного досвіду раннього дитинства, незадоволеність базових емоційних потреб та вироблення адаптивних стратегій. Розуміння цього процесу дозволяє пояснити, чому дорослі люди часто повторюють у стосунках ті самі помилкові патерни, проявляють стійкі емоційні реакції та мають труднощі у побудові довірливих взаємодій. Схема-терапевтичний підхід дає змогу ідентифікувати активні схеми, усвідомити їхні механізми та поступово трансформувати у здорові, адаптивні способи сприйняття себе та взаємодії з іншими.

Формування базових дисфункціональних схем не відбувається ізольовано від культурного та соціального контексту, оскільки сімейні цінності, соціальні очікування та моделі взаємодії впливають на інтерпретацію дитиною подій і на спосіб задоволення емоційних потреб. Врахування цих факторів у схемо-терапії дозволяє більш точно визначити, які емоційні дефіцити є критичними для

конкретного індивіда та які схеми потребують корекції в терапевтичній роботі (May T., Younan R., Pilkington PD., 2022).

Таким чином, базові дисфункціональні схеми виступають фундаментальною структурою психіки, що формує внутрішні моделі взаємодії з оточенням. Вони є ключовим елементом у розумінні механізмів впливу дитячої психологічної травми на подальші стосунки та комунікацію дорослих людей. Вивчення і робота з цими схемами становлять основу терапевтичного процесу в рамках схема-терапії, забезпечуючи можливість трансформації глибинних структур психіки і створення більш здорових моделей поведінки та емоційної взаємодії (Thimm J.C., 2022).

У підсумку, дитяча психологічна травма слугує фундаментом, на якому формується структура особистості та внутрішні моделі взаємодії з оточенням, і її розуміння є критично важливим для будь-якого дослідження, що вивчає вплив ранніх травматичних переживань на комунікацію та стосунки в парі.

Схема-терапія – це один із наймолодших, але водночас найглибших напрямів сучасної психотерапії, який виник на межі когнітивно -поведінкової традиції, психоаналізу та теорії прив'язаності. Її засновником є американський клінічний психолог Джеффри Янг, який у 1980–1990-х роках працював у команді Аарона Бека – творця когнітивної терапії. Під час клінічної практики Янг помітив, що для частини клієнтів класичні когнітивно-поведінкові методи не дають стійкого результату. Зокрема, мова йшла про людей з хронічними міжособистісними труднощами, глибокими емоційними проблемами та повторюваними сценаріями у стосунках. Це спонукало його до пошуку ширшої моделі, здатної охопити глибинні емоційні процеси, що лежать по за рівнем раціонального мислення (Feinstein, et al., 2022).

Основна ідея, яка лягла в основу схема-терапії, полягає в тому, що багато деструктивних переконань, емоцій і поведінкових патернів мають своє коріння у дитинстві – у досвіді фрустрації базових емоційних потреб. Дитина, стикаючись із браком любові, безпеки або підтримки, вибудовує внутрішні когнітивно-емоційні структури, які допомагають їй адаптуватися до болісної

реальності. З віком ці структури закріплюються у вигляді дисфункціональних схем – стійких моделей сприйняття себе, інших та світу. Таким чином, схема-терапія розглядає дорослу поведінку як логічне продовження дитячих механізмів виживання.

Сутність цього підходу полягає у поєднанні когнітивної роботи зі зміною мислення, емоційної корекції та реконструкції базових моделей прив'язаності. На відміну від класичної когнітивно-поведінкової терапії, що фокусується переважно на зміні ірраціональних думок, схема-терапія звертає увагу на глибинні емоційні потреби та на ранні переживання, які формують «ядро» особистості. Янг визначав, що для ефективного лікування недостатньо лише змінити думку – потрібно відновити досвід емоційної безпеки, якого бракувало у дитинстві.

Схема-терапія є інтегративною системою. Вона поєднує пізнавальні техніки когнітивної терапії, роботу з внутрішніми станами з гештальт-терапії, емпатійне переосмислення з гуманістичної школи, реконструкції з психоаналізу, а також елементи теорії прив'язаності, що пояснюють формування емоційних зв'язків. Таке поєднання дозволяє працювати одночасно на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях, досягаючи більш глибоких і стійких змін у психіці клієнта.

У центрі уваги терапії перебуває поняття «схеми» як стабільної структури, що складається з переконань, спогадів, тілесних відчуттів і емоцій, які виникають у відповідь на повторюваний досвід фрустрації. Схема – це ніби «внутрішня карта світу», за якою людина орієнтується у стосунках і подіях. Вона визначає, як людина бачить себе («я нікому не потрібен», «я повинен бути ідеальним, щоб мене любили»), як інтерпретує дії інших і як реагує на ситуації. Якщо схема активується, особистість переживає сильні емоційні реакції – сором, провину, страх, гнів – часто непропорційні до реальних обставин. Саме тому схема-терапія орієнтується не лише на думки, а на відновлення емоційної рівноваги через роботу з дитячими частинами особистості.

Джеффри Янг підкреслював, що здоров'я психіки ґрунтується на задоволенні п'яти базових емоційних потреб:

1. Безпечна прив'язаність – потреба у стабільних, надійних, турботливих стосунках;
2. Автономія та компетентність – можливість відчувати себе здатним і самостійним;
3. Свобода вираження потреб і почуттів;
4. Спонтанність і грайливість;
5. Реалістичні межі та самоконтроль;

Коли ці потреби задовольняються, формується цілісна, зріла особистість, здатна до емоційної близькості й саморегуляції. Коли ж вони ігноруються або порушуються, дитина створює адаптивні стратегії, які згодом перетворюються на джерело труднощів. Схема-терапія розглядає цей процес як зміщення з дитячої адаптації до дорослої автономії: мета терапії – допомогти людині навчитися задовольняти свої потреби у здоровий спосіб, не повторюючи старі сценарії.

Ще однією ключовою характеристикою методу є поняття «режимів» (modes) – тимчасових станів особистості, що активуються в різних ситуаціях. Режими відображають динаміку між внутрішніми частинами особистості: дитячими станами, батьківськими образами та дорослим «Я». Робота з режимами дозволяє виявити, які внутрішні частини активуються під час емоційних конфліктів і як можна навчити людину реагувати більш зріло. Завдяки цьому схема-терапія ефективна не лише при невротичних розладах, а й у роботі з розладами особистості, тривалими міжособистісними конфліктами та хронічною емоційною залежністю.

Таким чином, схема-терапія – це не просто метод усунення симптомів, а глибока система психологічної реконструкції. Вона дозволяє зрозуміти логіку поведінки людини через її дитячий досвід і допомагає побудувати нові способи реагування, засновані на емпатії, самопідтримці й емоційній зрілості. Її поява стала важливим кроком у розвитку сучасної психотерапії, адже вона поєднує

наукову доказовість когнітивного підходу з глибиною гуманістичних і психодинамічних концепцій, створюючи міст між минулим досвідом і теперішнім особистісним зростанням.

Джеффри Янг, який навчався безпосередньо у Аарона Бека, одного із засновників КПТ, помітив, що частина клієнтів після проходження стандартної терапії продовжує відчувати ті самі труднощі – особливо у сфері міжособистісних стосунків, самооцінки та саморегуляції. Це привело його до пошуку глибших структур, що лежать в основі повторюваних деструктивних життєвих сценаріїв. Так Янг дійшов до концепції базових (ранніх) дисфункціональних схем – стійких когнітивно-емоційних структур, що формуються у дитинстві під впливом незадоволених емоційних потреб.

Ідеї Янга мають коріння у декількох теоретичних школах:

Когнітивна терапія (А. Бек) дала основу у вигляді переконань, автоматичних думок і ролі мислення у формуванні емоцій.

Психоаналітична традиція (зокрема, об'єктні відносини М. Кляйн, Дж. Боулбі, Д. Віннікотта) вплинула на розуміння впливу ранніх стосунків з батьками на формування «внутрішніх об'єктів» і моделей прив'язаності.

Гештальт-терапія та екзистенційна психотерапія внесли у модель Янга увагу до «дитячих частин» особистості, емоційного контакту та переживання «тут і тепер».

Теорія прив'язаності Боулбі дала пояснення того, як незадоволення базових емоційних потреб у безпеці, любові та прийнятті формують схильність до певних схем у дорослому віці.

Таким чином, схема-терапія стала інтегративним напрямом, який поєднує когнітивно-поведінкові методи, гештальт-підхід, психодинамічну глибину та роботу з емоціями.

Центральним поняттям у теорії Янга є рання дисфункціональна схема (РДС) – глибоко вкорінена структура переконань, емоцій, тілесних відчуттів і спогадів, що виникає внаслідок незадоволення основних емоційних потреб дитини у

перші роки життя. Ці схеми формують «внутрішні правила» сприйняття себе, інших і світу (Spirou D., et al., 2022).

Якщо одна чи кілька цих базових потреб систематично не задовольняються (наприклад, через холодність, гіперопіку, насильство чи відкидання), у дитини формується схема – своєрідна «матриця» сприйняття реальності, яка потім відтворюється у дорослому житті.

Наприклад, якщо дитина не отримувала любові та безпеки, може сформуватися схема покинутості; якщо батьки були надто вимогливими – схема дефективності або провини. Такі схеми зумовлюють вибір партнерів, способи комунікації, типові реакції на конфлікт і самосприйняття.

Джеффри Янг виділив 18 схем, згрупованих у п'ять доменів відповідно до того, які базові потреби не були задоволені.

Домен 1. Порушена прив'язаність і відокремленість. В нього входять шість схем:

- 1) Покинутість / нестабільність;
- 2) Недовіра / очікування зловживань;
- 3) Емоційна депривація;
- 5) Дефективність / сором;
- 6) Соціальна ізоляція / відчуження;

Домен 2. Порушена автономія та некомпетентність:

- 1) Залежність / безпорадність;
- 2) Вразливість до шкоди чи хвороби;
- 3) Злиття, сплутаність / нерозвинена ідентичність;
- 4) Неуспішність;

Домен 3. Порушені межі:

- 1) Привілейованість / грандіозність;
- 2) Недостатній самоконтроль / самодисципліна;

Домен 4. Спрямованість на інших:

- 1) Покірність;

- 2) Самопожертва;
- 3) Пошук схвалення / визнання;

Домен 5. Підвищені стандарти і гіперконтроль:

- 1) Негативізм / песимізм;
- 2) Емоційна скованість;
- 3) Жорсткі стандарти / гіпер критичність;
- 4) Покарання;

Ці схеми активізуються у ситуаціях, що нагадують минулі травми. Наприклад, партнерська сварка може викликати у людини сильні почуття покинутості, сорому чи безпорадності, які фактично відображають не дорослу реакцію, а «дитячу частину» особистості (Pilkington P.D., et al., 2021).

Концепція режимів (modes)

Пізніше Янг розвинув ідею схем через поняття режимів (modes) – тимчасових станів, у яких активізуються певні схеми та способи реагування. Він виділив:

Дитячі режими (вразлива дитина, зла дитина, імпульсивна дитина);

Батьківські режими (покарання, вимогливість);

Дисфункційні способи копіngu (уникнення, покірність, гіперкомпенсація);

Здоровий дорослий – мета терапії, який інтегрує досвід і піклується про дитячі частини.

Таким чином, терапевтична робота полягає у тому, щоб усвідомити активні схеми, відчувати пов'язані з ними емоції, і поступово навчитися задовольняти власні потреби у більш здоровий спосіб (Zhang K., et al., 2023).

Схема-терапія як метод роботи з дитячими травмами

Схема-терапія пропонує унікальну модель розуміння дитячих травм не лише як окремих подій, а як тривалого досвіду емоційного дефіциту, який впливає на психіку. На відміну від класичної КПТ, вона не обмежується раціональними переконаннями – вона працює з емоційною пам'яттю, тілесними реакціями та несвідомими установками (May T., et al., 2022).

В основі методу лежить емоційна корекція досвіду (limited reparenting) – процес, у якому терапевт частково компенсує брак емпатії, прийняття чи підтримки, яких клієнт не отримав у дитинстві. Це допомагає активувати зцілення внутрішньої дитини і поступово зменшувати вплив дисфункціональних схем на життя дорослої людини.

Значення схема-терапії у сучасній психології

Сьогодні схема-терапія має високий науковий статус і застосовується у клінічній та консультативній практиці. Її ефективність підтверджено у роботі з:

- розладами особистості (особливо межового типу);
- хронічними депресіями та тривожними розладами;
- проблемами самооцінки, сорому, залежності, співзалежності;
- труднощами у стосунках та повторюваними конфліктами у парі.

Янг і його колеги (Young, Klosko, Weishaar) показали, що схеми – це місток між дитячим досвідом і дорослою поведінкою, а їх усвідомлення є ключем до змін у сфері стосунків, емоційної регуляції та самоприйняття (Karatzias T., et al., 2016).

1.2 Психологічні наслідки дитячих травм в дорослому віці

Дитячі травми представляють собою складний і тривалий фактор впливу на психічний розвиток індивіда, визначаючи не лише його емоційну та когнітивну сферу, а й здатність до соціальної взаємодії та формування стійких міжособистісних зв'язків у дорослому віці.

Сучасні дослідження нейропсихології та клінічної психології демонструють, що ранні негативні переживання, включаючи фізичне та емоційне насильство, нехтування потребами дитини, а також хронічну сімейну нестабільність, призводять до глибоких змін у функціонуванні мозку та системи стрес-реакцій. Ці зміни мають характер довготривалого впливу, оскільки дитячий організм перебуває у стані підвищеної нейропластичності, а психічні механізми саморегуляції ще не сформовані. Внаслідок цього негативний досвід інтегрується у фундаментальні патерни сприйняття світу, формування самооцінки та взаємодії з іншими людьми, що надалі проявляється у

поведінкових, емоційних та когнітивних особливостях дорослої людини (McLaughlin K.A., et al., 2019).

Нейробіологічні дослідження підтверджують, що діти, які пережили травматичні події, демонструють підвищену активність мигдалеподібного тіла, що відповідає за реакції страху, а також знижену функціональну активність префронтальної кори, яка регулює поведінкові та емоційні реакції. Такі нейрофізіологічні зміни призводять до стійкого підвищення тривожності, імпульсивності та труднощів із контролем емоцій у дорослому житті (Teicher MH, Khan A., 2019).

Одночасно спостерігається зменшення об'єму гіпокампа, що порушує процеси запам'ятовування контексту подій і адаптивного реагування на стресові ситуації.

Таким чином, травма не лише формує реактивні механізми реагування на небезпеку, але й впливає на когнітивну обробку інформації, створюючи фундамент для появи дезадаптивних переконань про себе та інших.

З психологічної точки зору травма значною мірою визначає стиль прив'язаності, який дитина формує у взаємодії з батьками. Нестабільність, небезпечність або непослідовність батьківської поведінки сприяє виникненню у дитини тривожної або унікальної прив'язаності, а у випадках особливо травматичних переживань – дезорганізованої прив'язаності (Duschinsky, et al., 2017).

У дорослому віці це проявляється у труднощах формування стабільних партнерських стосунків, страху близькості або надмірної залежності від партнера, а також у підвищеній чутливості до критики та соціальної відмови. Феномен повторюваної компульсії, описаний психоаналітичними дослідженнями, пояснює, чому дорослі, які пережили травму, часто відтворюють у стосунках знайомі деструктивні патерни, намагаючись неусвідомлено досягти альтернативного результату.

Дитячі травми також істотно впливають на формування системи емоційної регуляції. В умовах недостатньої підтримки з боку дорослих дитина

не отримує моделі адаптивного способу інтеграції емоцій, що у подальшому проявляється у дорослому житті як емоційна нестійкість, імпульсивність та труднощі у самозаспокоєнні (Park Y, Lee CW, Jang Y, et al., 2024).

Крім того, травматичний досвід формує стійкі когнітивні спотворення, які впливають на сприйняття власної особистості та оточуючих: негативні переконання, що «я не гідний любові» або «світ небезпечний», стають фундаментом дезадаптивних схем, керуючих поведінкою та реакціями дорослої людини (Kimble M, et al., 2018).

Соціальні наслідки дитячої травми також є значущими. Дослідження показують, що дорослі з історією травми мають підвищену соціальну тривожність, труднощі з довірою, схильність до уникання близькості або надмірної залежності у стосунках. Вони часто демонструють занижену самооцінку, відчуття внутрішньої порожнечі та труднощі з відстоюванням власних кордонів, що безпосередньо впливає на якість міжособистісних стосунків (Quan L., Zhang K., Chen H., 2025).

З іншого боку, не всі діти, які пережили травму, демонструють негативні наслідки. Резильєнтність визначається поєднанням індивідуальних, сімейних та соціальних факторів: підтримуючі стосунки хоча б з одним дорослим, сприятливий темперамент, доступ до терапевтичної допомоги та позитивні шкільні переживання можуть пом'якшити наслідки травми і сприяти формуванню адаптивних стратегій подолання стресу (Meng X., et al., 2018).

Отже, вплив дитячих травм на психічний розвиток є комплексним і багатовимірним, охоплюючи нейробіологічні, когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні аспекти (Berens A.E., et al., 2017). Усі ці фактори взаємодіють і формують стійкі патерни реагування, які визначають поведінкові стратегії, стиль прив'язаності, емоційну регуляцію та соціальне функціонування дорослої людини. Розуміння цих механізмів є критично важливим для клінічної практики, розробки терапевтичних інтервенцій та профілактики негативних наслідків травматичного досвіду у дитинстві.

Дослідження психічних наслідків дитячої травми демонструють, що вплив негативного раннього досвіду не обмежується нейро біологічними та емоційними змінами, а також значною мірою визначає вибір дорослою людиною стратегій подолання стресових та конфліктних ситуацій. Копінг-стратегії – це сукупність когнітивних і поведінкових зусиль, спрямованих на регуляцію внутрішнього емоційного стану та адаптацію до зовнішніх стресорів (McLaughlin K.A., et al., 2020). У дорослих, які пережили травму, копінг-стратегії формуються під впливом особливостей раннього досвіду, часто мають дисфункціональний або адаптивний характер, і істотно впливають на міжособистісні відносини, психічне здоров'я та загальну якість життя.

В основі формування копінг-стратегій лежить взаємодія біологічних, психологічних та соціальних чинників. Нейропсихологічні наслідки травми, такі як гіперактивація мигдалеподібного тіла, порушення роботи префронтальної кори та дисфункція гіпокампа, створюють схильність до реактивного та імпульсивного реагування на стрес, а також до труднощів у регуляції емоцій (Marusak H.A., et al., 2015). Водночас емоційна травматизація та порушення прив'язаності формують когнітивні схеми, які визначають спосіб оцінки стресових подій та вибір адаптивних або дезадаптивних стратегій реагування (Kaya Tezel F., et al., 2015).

Однією з найпоширеніших стратегій подолання у дорослих, що пережили дитячу травму, є уникнення. Ця стратегія проявляється у відході від ситуацій, що нагадують про травму, уникнення конфліктів, емоційної відкритості або соціальних контактів, які можуть призвести до емоційного дискомфорту. У короткостроковій перспективі уникання зменшує рівень тривоги, проте у довгостроковій перспективі веде до соціальної ізоляції, обмеження можливостей і повторного відтворення травматичних сценаріїв (Allen S.F., et al., 2023). Дослідження показують, що уникання пов'язане з високим ризиком розвитку тривожних розладів, депресії та порушень міжособистісного функціонування у дорослому віці (Lucinda Grummitt, et al., 2023).

Іншою характерною стратегією є покірність, або поведінкова компенсація. Дорослі, які з дитинства пережили контроль, критику або емоційне насильство, часто демонструють схильність до догоджання іншим, відмови від власних потреб і злиття в стосунках з партнерами, друзями або колегами. Цей механізм дозволяє зменшити конфлікти і отримати тимчасове відчуття безпеки, але сприяє розвитку співзалежності, низької самооцінки та труднощів у самореалізації (Widom C.S., et al., 2017). Покірність часто взаємопов'язане з когнітивними переконаннями про власну дефектність, нездатність впливати на ситуацію та необхідність заслужити любов, що є прямим наслідком травматичного досвіду.

Гіперкомпенсація – ще одна стратегія, яка проявляється у прагненні до контролю, перфекціонізму, досягнення високих результатів у роботі чи соціальному житті. У дітей, які зазнали високого рівня критики або емоційної нестабільності, формується переконання, що виживання та прийняття можливі лише через відповідність високим стандартам. У дорослому житті це проявляється у надмірному контролі, тривожності щодо власних помилок та високому рівні самокритики (Michałowska, et al., 2025). Гіперкомпенсація дозволяє уникати відчуття безпорадності, проте вона посилює хронічне стресове навантаження, емоційне виснаження та конфлікти у міжособистісних стосунках.

Дисоціаційні стратегії також широко поширені серед дорослих з травматичним досвідом. Вони проявляються у вигляді психологічного відключення, емоційного оніміння або «захисної амнезії» у відповідь на сильний стрес або тригери, пов'язані з травмою (Deen A., et al., 2022). Дисоціація дозволяє тимчасово уникнути переживання болю, проте її хронічне використання порушує здатність інтегрувати емоції та досвід у свідомість, що ускладнює побудову здорових стосунків та адаптивне реагування на стресові ситуації ((Ruben V., et al., 2018).Ruben Vonderlin, et al., 2018).

Крім дезадаптивних стратегій, дорослі, які пережили травму, можуть розвивати й адаптивні механізми. До них належать пошук соціальної підтримки, усвідомлене використання релаксаційних технік, медитації, фізичної активності, а також терапевтична робота через психотерапію. Ефективна соціальна підтримка та безпечне середовище дозволяють інтегрувати травматичний досвід, розвивати стійкість до стресу та формувати здорові моделі поведінки (Wambua G.N., et al., 2025).

Дослідження сучасної психотерапії показують, що комбінування когнітивної реструктуризації, навчання навичкам емоційної регуляції та відпрацювання здорових стратегій подолання стресу сприяє зниженню використання дезадаптивних копінг-стратегій та підвищенню психосоціальної адаптації (Çağlar A., Kaaya B., 2025). Схема-терапія, діалектична поведінкова терапія та методи травмотерапії дозволяють формувати нові когнітивні та поведінкові патерни, які заміщують старі дезадаптивні стратегії

Важливо також підкреслити, що вибір копінг-стратегії визначається не лише травматичним досвідом, а й особистісними характеристиками, культурним контекстом та наявністю ресурсів підтримки. Дорослі з високою здатністю до рефлексії та емоційної саморегуляції схильні обирати більш адаптивні стратегії, тоді як особи з обмеженим ресурсом психологічної підтримки або з низькою самооцінкою переважно використовують уникання, покірність або гіперкомпенсацію (Racine N., et al., 2020).

Таким чином, копінг-стратегії дорослих, які пережили травму, представляють собою динамічну систему поведінкових і когнітивних механізмів, сформованих під впливом раннього негативного досвіду. Дезадаптивні стратегії, такі як уникання, покірність, гіперкомпенсація та дисоціація, є захисними механізмами, які дозволяли дитині виживати в травматичному середовищі, проте у дорослому житті вони часто стають причиною труднощів у соціальній адаптації, міжособистісних стосунках і психічному здоров'ї.

Одночасно можливе формування адаптивних стратегій через соціальну підтримку, психотерапію та розвиток емоційної саморегуляції, що дозволяє інтегрувати травматичний досвід і підвищити рівень психологічної стійкості. Розуміння механізмів вибору та використання копінг-стратегій є критично важливим для клінічної практики, профілактики психічних розладів і підтримки ефективного функціонування дорослих, які пережили дитячі травми.

Дитячі травми, що включають фізичне та емоційне насильство, сексуальне насильство, нехтування базовими потребами та хронічну сімейну нестабільність, розглядаються у сучасній психології як ключовий фактор ризику розвитку психічних розладів у дорослому віці. Емпіричні дослідження свідчать, що негативний досвід у ранньому дитинстві має тривалі наслідки, що охоплюють нейробіологічні, когнітивні, емоційні та соціальні аспекти психічного функціонування (Cai J., et al., 2023). Такий вплив пояснюється поєднанням прямого впливу травматичних подій на розвиток мозку та формування когнітивно-емоційних схем, що визначають сприйняття світу, власної особистості та інших людей.

Нейробіологічні механізми зв'язку дитячої травми з психічними розладами включають дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (НРА), порушення розвитку префронтальної кори, гіпокампа та мигдалеподібного тіла. Гіперактивація мигдалеподібного тіла призводить до підвищеної тривожності, гіперреактивності на стресові стимули та імпульсивності. Порушення функціонування префронтальної кори знижує здатність до когнітивної регуляції емоцій та контролю поведінки, а зміни у структурі гіпокампа впливають на пам'ять, навчання та контекстуалізацію негативного досвіду (Begemann MJH., et al., 2023). В результаті таких змін дорослі, які пережили дитячі травми, демонструють підвищену схильність до тривожних розладів, депресивних станів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та розладів особистості.

Психологічні механізми зв'язку травми з психічними розладами включають формування дезадаптивних когнітивних схем та порушення

прив'язаності. Згідно з теорією прив'язаності Боулбі, ранні негативні взаємодії з основними опікунами формують внутрішні робочі моделі «Я-інший», які визначають здатність встановлювати безпечні та стабільні стосунки. Діти, що зазнали травми, частіше формують дезорганізовану прив'язаність, яка у дорослому житті проявляється у труднощах довіри, страху близькості, уникаючій або тривожній поведінці у стосунках, що, у свою чергу, підвищує ризик розвитку депресії, тривожності та ПТСР (Cassiers LLM., et al., 2018).

Когнітивні наслідки дитячої травми включають стійкі негативні переконання про себе та світ, які проявляються у формулюваннях на кшталт «я недостойний любові», «світ небезпечний» або «я безпорадний». Такі переконання створюють базу для розвитку когнітивних спотворень і дезадаптивних схем, що визначають сприйняття та поведінку дорослої людини (Karakaş M., Çingöl N., 2022). Ці когнітивні патерни безпосередньо пов'язані з формуванням депресивних станів, тривожності та хронічного стресу, оскільки людина реагує не на об'єктивну реальність, а на травматичні патерни минулого досвіду.

Соціальні наслідки дитячої травми також відіграють важливу роль у розвитку психічних розладів. Дорослі, які пережили травму, часто демонструють соціальну ізоляцію, труднощі в побудові довірливих стосунків, високий рівень тривожності у соціальному контексті, а також схильність до конфліктів у професійному та особистому житті. Недостатня соціальна підтримка та відсутність стабільних міжособистісних зв'язків підсилюють ефект травми та сприяють розвитку депресивних і тривожних розладів (Cassiers LLM., et al., 2018).

Особливу увагу слід приділяти взаємозв'язку дитячої травми з посттравматичним стресовим розладом. Дослідження показують, що дорослі з історією насильства або емоційного нехтування у дитинстві мають значно вищий ризик розвитку ПТСР у відповідь на стресові події у дорослому житті. Вони більш схильні до флешбеків, нав'язливих думок, емоційної

гіперреактивності та унікаючої поведінки, спрямованої на зменшення переживань, що є прямим наслідком хронічної травматизації.

Необхідно зазначити, що не всі дорослі, які пережили дитячу травму, демонструють психічні розлади. Резильєнтність визначається поєднанням внутрішніх ресурсів, як-от темперамент та когнітивні навички, та зовнішніх чинників – підтримка з боку дорослих, соціальні зв'язки та доступ до терапевтичної допомоги. Резильєнтність дозволяє інтегрувати травматичний досвід і знизити ризик розвитку психопатології, формуючи здорові моделі реагування на стресові ситуації.

Системний аналіз зв'язку дитячих травм із психічними розладами у дорослому віці свідчить про мультифакторний характер цього впливу, який поєднує біологічні, психологічні та соціальні механізми. Комплексний підхід до дослідження та терапевтичного втручання має включати нейропсихологічний аналіз, роботу з когнітивними схемами, відновлення безпечної прив'язаності та розвиток адаптивних копінг-стратегій. Такі підходи сприяють зменшенню проявів психічних розладів і підвищенню психосоціальної адаптації дорослих, які пережили дитячі травми (al'Absi M., et al., 2021).

Отже, дитячі травми формують фундаментальні когнітивно-емоційні та нейробиологічні механізми, що підвищують ризик розвитку психічних розладів у дорослому віці. Знання цих механізмів є ключовим для розробки ефективних методів профілактики, раннього втручання та терапевтичної роботи, спрямованої на підтримку психічного здоров'я дорослих із травматичним досвідом у дитинстві.

1.3 Конфліктна комунікація в парі як показник ранньої травматизації

Комунікація в парі є одним із найбільш чутливих і надійних індикаторів внутрішнього психологічного стану людини, оскільки саме у близьких стосунках активуються найглибші емоційні механізми, сформовані ще в дитинстві. На відміну від соціальних чи професійних контактів, де поведінка часто є регульованою та адаптованою до зовнішніх норм, партнерські стосунки створюють умови для прояву автентичних реакцій, пов'язаних із базовими

потребами у безпеці, прийнятті та емоційному зв'язку. Саме в цих умовах виявляються ті емоційні схеми та моделі реагування, які були сформовані внаслідок раннього досвіду взаємодії з батьківськими фігурами.

Комунікативні патерни – такі як здатність відкрито висловлювати емоції, регулювати напругу, формулювати потреби або, навпаки, схильність до уникання, агресивності чи емоційної закритості – несуть у собі відображення внутрішньої моделі світу. Люди, які мали досвід емоційної небезпеки в дитинстві (ігнорування, критика, непередбачувані реакції дорослих), часто демонструють підвищену чутливість, недовіру або захисні стратегії у спілкуванні з партнером. Натомість особи з досвідом стабільної прив'язаності зазвичай проявляють вищу гнучкість, емпатію та здатність до конструктивного діалогу.

Таким чином, комунікація в парі функціонує як «дзеркало» внутрішнього психологічного стану: вона не лише відтворює систему переконань і переживань, закладених у ранньому віці, але й виявляє наявні емоційні ресурси, рівень зрілості та стратегії подолання стресу. У цьому контексті способи взаємодії з партнером можуть розглядатися як ключовий показник якості внутрішнього світу людини, її емоційної історії та наявності чи відсутності ранньої травматизації.

Комунікація в парі розглядається як центральний механізм підтримання емоційного зв'язку, регулювання взаємних очікувань та забезпечення психологічної безпеки між партнерами. У науковій літературі комунікація визначається не лише як передавання інформації, але й як процес взаємного впливу, під час якого партнери обмінюються значеннями, емоціями та оцінками. У контексті романтичних стосунків цей процес набуває особливої ваги, оскільки саме через комунікацію проявляється рівень близькості, довіри та здатності до емоційної регуляції в діаді (Jitaru M., Turliuc MN., 2022).

Вербальна комунікація охоплює мовленнєві висловлювання, які партнери використовують для вираження думок, почуттів і потреб. Ефективність вербальної взаємодії визначається ясністю формулювання, відповідністю змісту

і тону, а також здатністю підтримувати діалог без переходу до звинувачень або узагальнень. У партнерських стосунках особливе значення має вміння відкрито говорити про емоції, оскільки емоційна експресія сприяє зниженню напруги і забезпечує партнерові можливість розуміти внутрішній стан іншої людини. Натомість непряма, маніпулятивна або суперечлива вербальна поведінка часто пов'язана з труднощами саморегуляції, невмінням формулювати власні потреби або страхом бути неприйнятним.

Невербальна комунікація включає міміку, жести, пози, інтонацію голосу, фізичну дистанцію та інші невербальні сигнали, які передають значно більше інформації, ніж вербальний зміст. Дослідження показують, що невербальні компоненти у близьких стосунках є ключовими для оцінки емоційного контексту повідомлення: саме через інтонацію та вираз обличчя партнер зчитує справжні емоції, навіть якщо вони не озвучені прямо. Невербальна поведінка також пов'язана з фізіологічними реакціями на стрес: наприклад, уникнення зорового контакту, закриті пози чи різкі жести можуть свідчити про активізацію захисних механізмів або емоційне перевантаження. Таким чином, невербальна комунікація є індикатором рівня безпеки у стосунках та показником того, наскільки партнери здатні витримувати взаємну емоційну близькість.

Окремим аспектом комунікації в парі є стиль вирішення конфліктів, який відображає здатність партнерів управляти розбіжностями, регулювати емоційну напругу та відновлювати рівновагу у стосунках. У наукових підходах зазвичай виділяють кілька стилів конфліктної взаємодії:

кооперативний (конструктивний) – орієнтований на пошук рішень, врахування потреб обох партнерів, емоційну підтримку та діалог;

конкурентний (конфронтаційний) – спрямований на домінування, доведення власної правоти, що часто супроводжується критикою та підвищенням емоційного напруження;

уникаючий – характеризується відходом від конфліктів, пригніченням емоцій та дистанціюванням, що може призводити до накопичення невдоволення;

компромісний – передбачає взаємні поступки, однак не завжди забезпечує

глибинне вирішення проблеми (Dr. Ramesh D. Waghmare, 2023).

Стиль конфліктної взаємодії тісно пов'язаний з досвідом прив'язаності, сформованим у ранньому дитинстві. Партнери з безпечною прив'язаністю частіше демонструють кооперативний стиль, тоді як особи з тривожною або унікальною прив'язаністю можуть вдаватися до ескалації, уникання або пасивно-агресивної поведінки (Simpson JA, Steven Rholes W., 2017).

Узагальнюючи, комунікація в парі є багатовимірним явищем, що охоплює як зміст висловлювань, так і невербальні прояви, які формують емоційний контекст взаємодії. Стиль вирішення конфліктів виступає ключовим показником зрілості відносин та психологічних ресурсів партнерів. Сукупність цих компонентів відображає здатність пари підтримувати емоційний зв'язок, справлятися зі стресом та зберігати стабільність стосунків у довгостроковій перспективі.

Травматичний досвід впливає на базові уявлення про себе, інших людей і міжособистісні взаємини, що згодом визначає характер комунікаційних патернів у дорослому житті. Таким чином, особливості спілкування між партнерами можуть виступати непрямим, але чітким індикатором того, яким був ранній емоційний досвід людини.

Одним із ключових показників травматизації є підвищена емоційна реактивність, яка проявляється у швидкому зростанні напруги під час конфліктів, схильності до катастрофізації або імпульсивних емоційних відповідей. Партнери з травматичним досвідом часто демонструють труднощі з регуляцією афекту, що призводить до різких змін тону, підвищеної агресивності або плаксивості. У таких випадках комунікація стає не стільки засобом вирішення проблеми, скільки способом несвідомого відтворення знайомих з дитинства сценаріїв емоційної нестабільності.

Іншим показником є уникнення емоційного контакту, що проявляється у схильності дистанціюватися, замовчувати проблеми, змінювати тему розмови або відмовлятися від обговорення складних питань. Така поведінка часто є наслідком досвіду емоційної недоступності або відсутності підтримки з боку

значущих дорослих у дитинстві. У партнерських стосунках це може призводити до відчуття холодності, браку близькості та хронічного нерозуміння між партнерами.

До поширених індикаторів травматизації належить також підвищена чутливість до критики та схильність сприймати нейтральні або конструктивні висловлювання партнера як загрозливі. Така гіперчутливість часто ґрунтується на порушених уявленнях про власну цінність та очікуванні відторгнення, які формуються у дітей, що пережили критику, приниження або непослідовне ставлення. У комунікації це проявляється у частих конфліктах, неправильній інтерпретації намірів партнера та захисній поведінці навіть у ситуаціях, де загроза відсутня (Jittayuthd, S., & Karl, A., 2022).

Особливе місце серед показників травматизації займає дисфункційний стиль взаємодії, який відтворює патерни, сформовані в умовах дитячої травми. До таких сценаріїв належать:

Цикли переслідування –уникання, коли один партнер наполягає на розмові, а інший відсторонюється;

Агресивно-оборонні взаємодії, де комунікація перетворюється на захисну реакцію замість обміну сенсами;

Пасивно-агресивні висловлювання та непряма комунікація, що маскують страх відвертості;

Повторювані конфлікти, у яких партнери відтворюють ролі жертви, агресора або рятівника (St-Pierre Bouchard J., et al., 2023).

Такі патерни є не випадковими, а глибоко закоріненими у внутрішніх моделях прив'язаності та самооцінки.

Нарешті, значущим показником травматизації є труднощі у вираженні власних потреб та емоцій. Партнери з історією емоційної занедбаності або небезпечної прив'язаності можуть не усвідомлювати власні потреби або вважати їх неприйнятними. Це призводить до непрямих спроб отримати підтримку – через драматизацію, відсторонення, маніпуляцію або соматизацію. Відсутність відкритої комунікації про власний внутрішній стан створює

напругу та формує хибні інтерпретації між партнерами (Cao H., Zhou N., Leerkes EM., 2020).

Узагальнюючи, показники травматизації в комунікації охоплюють як емоційні прояви (реактивність, уникання, гіперчутливість), так і когнітивно-поведінкові аспекти взаємодії (дисфункційні сценарії, непряме вираження потреб). Вони відображають не лише поточні труднощі пари, а й глибинні психологічні структури, сформовані під впливом раннього травматичного досвіду. Виявлення таких патернів у комунікації є важливим етапом у діагностиці та подальшій психотерапевтичній роботі з подружніми або партнерськими стосунками.

Висновки до розділу 1

В першому розділі було здійснено комплексний теоретико-методологічний аналіз природи дитячої психологічної травми, механізмів формування ранніх дисфункціональних схем та їхнього впливу на комунікативні процеси у партнерських стосунках. Представлений огляд підкреслює, що ранній травматичний досвід є фундаментальним чинником, який визначає подальший емоційний розвиток особистості, її здатність до побудови близьких стосунків та специфіку поведінки в конфліктних ситуаціях.

В першому підрозділі розглянуто, що дитяча психологічна травма формується як наслідок хронічної фрустрації базових емоційних потреб – у безпеці, любові, прийнятті, автономії, свободі самовираження та емоційній підтримці. Невиконання цих потреб спричиняє появу стійких когнітивно-емоційних утворень – ранніх дисфункціональних схем, які структурують внутрішнє переживання себе та зовнішнього світу. Схеми закріплюються як способи адаптації до несприятливого середовища, однак у дорослому житті стають джерелом повторюваних міжособистісних труднощів, емоційної нестабільності та порушених моделей комунікації.

Другий підрозділ деталізує психологічні наслідки ранніх травм, які охоплюють нейробіологічні зміни, порушення розвитку прив'язаності, формування дезадаптивних копінг-стратегій і негативних когнітивних

переконань щодо себе та інших. Доведено, що травма впливає на функціонування системи стрес-реакцій, спричиняє підвищену емоційну реактивність, труднощі саморегуляції, схильність до уникнення або гіперкомпенсації та порушення здатності підтримувати стабільні соціальні зв'язки. Ці механізми стають провідними факторами ризику розвитку психічних розладів у дорослому віці та визначають якість міжособистісної взаємодії.

У третьому підрозділі розкрито взаємозв'язок між ранньою травматизацією та комунікативними моделями у парі. Продемонстровано, що партнерська комунікація є чутливим індикатором глибинних психологічних структур. Саме в тісних стосунках найяскравіше проявляються травми індуковані патерни: емоційна реактивність, уникнення близькості, гіперчутливість до критики, непряма або пасивно-агресивна взаємодія, цикли «переслідування – відсторонення». Ці форми поведінки відображають активізацію ранніх схем, які впливають на стиль вирішення конфліктів, здатність до емоційної відкритості та рівень довіри у стосунках.

Узагальнюючи, перший розділ показує, що:

- 1) Дитяча травма виступає вихідною точкою для формування когнітивно-емоційних структур, які визначають подальше функціонування особистості;
- 2) Ранні дисфункціональні схеми є стійкими та впливають на поведінку, емоційні реакції й способи регуляції міжособистісної взаємодії;
- 3) Комунікація в парі є чутливим і надійним показником активності схем та індикатором глибинних емоційних процесів, пов'язаних із раннім досвідом;
- 4) Розуміння цих механізмів є критично важливим для подальшого аналізу взаємозв'язку між дитячою травматизацією, конфліктною поведінкою та якістю емоційної взаємодії у партнерських стосунках.

Таким чином, теоретичні положення першого розділу створюють ґрунтовне підґрунтя для проведення емпіричного дослідження та інтерпретації результатів, представлених у наступних розділах роботи.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИТЯЧИХ ТРАВМ НА КОМУНІКАЦІЮ В ПАРІ

2.1. Етапи та процедура проведення дослідження

У даній роботі застосовано кількісне кореляційне дослідження, спрямоване на виявлення взаємозв'язків між показниками дитячої травматизації, дезадаптованими схемами, комунікативними стратегіями та задоволеністю подружніх стосунків. Дослідження є крос-секційним та базується на самооцінювальних психодіагностичних опитувальниках. Маніпуляція незалежними змінними не здійснювалася, що відповідає класичному дизайну кореляційного дослідження.

Збір емпіричних даних здійснювався у форматі онлайн-опитування із використанням цифрової анкети, розміщеної на спеціальній інтернет-платформі. Такий формат було обрано з огляду на його доступність, можливість охоплення ширшої вибірки та забезпечення анонімності респондентів. Перед початком проходження опитувальників учасникам було представлено коротку письмову інструкцію, що містила пояснення мети дослідження, загальну структуру опитування та порядок заповнення методик. У вступному блоці анкети респонденти отримували інформацію про добровільний характер участі, відсутність будь-яких ризиків чи примусу, а також гарантії анонімності та конфіденційності відповідей. Лише після ознайомлення з цією інформацією учасники могли перейти до наступного кроку – підтвердити свою письмову інформовану згоду на участь у дослідженні, що відповідає етичним вимогам сучасних психологічних досліджень.

До участі у дослідженні допускалися всі охочі, які відповідали критеріям включення – перебування у романтичних або подружніх стосунках тривалістю щонайменше три роки. Вікові, соціально-демографічні чи інші обмежувальні критерії не встановлювалися, що дозволило сформувати природну вибірку, репрезентативну для досліджуваного феномена. Усі опитувальники

заповнювалися самостійно, без дослідницького втручання, у зручний для респондентів час.

Послідовність застосування психодіагностичних методик була визначена відповідно до логіки теоретичної моделі дослідження та з метою зниження впливу побічних факторів на отримані результати. Передусім використовувалися методики, спрямовані на оцінку базових структур досвіду – дитячої травматизації та ранніх дезадаптивних схем (Опитувальник Янга та Анкета дитячої травми). Такий порядок дозволяє виміряти фундаментальні особистісні параметри, що передують формуванню комунікативних патернів у дорослих стосунках, і не залежать від поточного емоційного стану в парі. Розміщення цих методик на початку забезпечує чистоту вимірювання, оскільки респонденти ще не втомлені заповненням та не включені у рефлексію щодо подружніх взаємин, що могло б непрямо впливати на їхні відповіді.

Другим блоком учасники проходили методику визначення домінуючої стратегії психологічного захисту в комунікації. Логіка такого розміщення полягає в тому, що механізми психологічного захисту концептуально розглядаються як проміжна ланка між раннім досвідом і поведінковими патернами у міжособистісній взаємодії. Оцінка захисних стратегій після вимірювання травматичного досвіду є обґрунтованою з точки зору структури впливу: саме дитяча травматизація та дезадаптивні схеми визначають схильність до певних форм психологічного захисту у стосунках.

Завершальними у процедурі були опитувальники задоволеності шлюбом та емоційної взаємодії подружжя. Їхнє розміщення наприкінці дозволяє уникнути контамінації відповідей у попередніх методиках емоційною залученістю у тему подружньої взаємодії. Крім того, у концептуальній моделі дослідження ці показники виступають залежними змінними, що відображають актуальні характеристики стосунків, тому їх доречно оцінювати після того, як виміряно передумови – дитячий досвід, схеми та захисні патерни.

Таким чином, обрана послідовність методик відтворює теоретичну логіку

впливу (дитячі травми → схеми → захисти → комунікація та задоволеність стосунками), забезпечує методологічну послідовність аналізу та сприяє підвищенню валідності отриманих результатів.

2.2. Концептуальна модель та методологічне обґрунтування

Концептуальна модель дослідження ґрунтується на інтеграції положень схема-терапії Д. Янга, теорії прив'язаності, сучасних підходів до вивчення дитячої травматизації та моделей подружньої комунікації. У межах такого підходу передбачається багаторівневий вплив раннього досвіду на подальші комунікативні патерни дорослих, їхню емоційну взаємодію та задоволеність партнерськими стосунками.

Ключовим положенням схема-терапії є те, що дитячий травматичний досвід сприяє формуванню ранніх дезадаптивних схем, що відображають стійкі переконання про себе, інших і взаємини. Такі схеми формують специфічні способи сприйняття міжособистісних ситуацій та визначають вразливість до дистресу у близьких стосунках. З позицій теорії прив'язаності, травматичні взаємодії у дитинстві порушують базові моделі довіри, безпеки та емоційної регуляції, що у дорослому віці проявляється через уникання, надмірну залежність або амбівалентність у відносинах.

У поєднанні ці теоретичні підходи дозволяють розглядати механізми психологічного захисту як проміжну ланку між ранніми схемами та реальними комунікативними патернами. Психологічний захист виступає реакцією на активізацію схем у значущих стосунках, зокрема у партнерській взаємодії. Використання домінуючих захисних стратегій (уникання, раціоналізація, проекція, агресивний захист тощо) впливає на спосіб реагування партнера, якість діалогу та здатність пари до конструктивного вирішення конфліктів.

У контексті комунікації в подружній парі це означає, що активовані схеми та захисні механізми формують характер емоційної взаємодії, зокрема здатність до емпатії, відкритості, підтримки та емоційної доступності. Порушення цих процесів сприяє зниженню ефективності вербальної та невербальної комунікації, зростанню рівня напруження та незадоволеності стосунками.

Таким чином, запропонована модель передбачає послідовний і взаємопов'язаний вплив таких рівнів:

(1) дитяча травматизація → (2) дезадаптивні схеми → (3) захисні стратегії → (4) комунікативні патерни → (5) емоційна взаємодія та задоволеність стосунками.

Цей ланцюг пояснює, як ранній досвід трансформується у специфіку поведінки дорослих у партнерстві, що і становить предмет даного емпіричного дослідження.

Головна (загальна) гіпотеза

Вищий рівень дитячої травматизації та вираженість ранніх дезадаптивних схем пов'язані з менш адаптивними комунікативними патернами, домінуванням неефективних психологічних захистів та нижчим рівнем задоволеності партнерськими стосунками.

Окремі гіпотези:

Гіпотеза 1. Існує статистично значущий зв'язок між рівнем дитячої травматизації та вираженістю ранніх дезадаптивних схем;

Гіпотеза 2. Вираженість дезадаптивних схем корелює з домінуванням неефективних (примітивних або неадаптивних) стратегій психологічного захисту у міжособистісній комунікації;

Гіпотеза 3. Домінуючі стратегії психологічного захисту пов'язані зі зниженням якості емоційної взаємодії подружжя;

Гіпотеза 4. Вищий рівень дитячої травматизації та активних схем передбачає нижчий рівень задоволеності партнерськими стосунками;

Гіпотеза 5. Якість емоційної взаємодії опосередковує зв'язок між захисними стратегіями та задоволеністю стосунками;

Гіпотеза 6. Характер дитячої травми має вплив на ведення комунікацій в парі.

У цьому підрозділі представлено комплекс психодіагностичних методик, використаних для оцінювання ключових конструктів дослідження – ранніх дезадаптивних схем, досвіду дитячої травматизації та особливостей комунікаційної взаємодії у подружніх стосунках. Добір інструментів

ґрунтувався на відповідності дослідницьким завданням, теоретичній базі роботи (схема-терапія Джеффрі Янга, комунікаційні моделі) та надійності й валідності обраних методів. До аналізу включено стандартизовані опитувальники, які широко застосовуються у сучасних емпіричних дослідженнях міжособистісної взаємодії та травматичного досвіду. У підрозділі подано опис структури кожної методики, принципів її застосування, особливостей обробки результатів та показників психометричної якості.

Методика 1. Опитувальник ранніх дезадаптивних схем Джеффрі Янга (YSQ-S3, Short Form, 90 пунктів)

Опис методики.

Опитувальник ранніх дезадаптивних схем (Young Schema Questionnaire – Short Form 3, YSQ-S3) – це стандартизований психодіагностичний інструмент, призначений для оцінювання інтенсивності та вираженості 18 ранніх дезадаптивних схем, що формуються в дитинстві та впливають на емоційне, міжособистісне та поведінкове функціонування дорослої людини. Коротка форма містить 90 тверджень, які оцінюють ступінь відповідності описаних переживань власному життєвому досвіду.

Мета застосування.

Опитувальник дозволяє визначити домінуючі схеми особистості, що виникли внаслідок незадоволених базових емоційних потреб у дитинстві (безпека, автономія, валідація, межі, спонтанність). У контексті даного дослідження методика використовується для виявлення ранньої травматизації та її впливу на комунікацію в парі.

Структура та шкали

YSQ-S3 складається з 18 шкал, кожна з яких відповідає певній дисфункційній схемі:

- 1 Покинутість
- 2 Недовіра/зловживання
- 3 Емоційна депривація
- 4 Недостатність / Сором

- 5 Соціальна ізоляція
- 6 Залежність / Неповносправність
- 7 Вразливість до хвороб/небезпеки
- 8 Злиття / Недостатня індивідуалізація
- 9 Підлеглість
- 10 Самопожертва
- 11 Пошук схвалення
- 12 Непохитні стандарти / Перфекціонізм
- 13 Негативізм / Песимізм
- 14 Емоційна інгібованість
- 15 Жорстоке покарання
- 16 Привілейованість / Грандіозність
- 17 Недостатній самоконтроль
- 18 Песимізм / Катастрофізація

Процедура проведення.

Респондентам пропонувалося оцінити кожне твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 – «абсолютно не про мене» до 5 – «дуже сильно про мене»). Заповнення опитувальника займає в середньому 15 – 20 хвилин. Інструкція надавалась у письмовій формі, а участь була добровільною та анонімною.

Обробка результатів.

Кожна шкала складається з 5 тверджень. Підрахунок проводиться шляхом сумування балів по кожній шкалі окремо. Чим вищий сумарний бал, тим більш виражена схема. У дослідженні використовувалися як абсолютні значення, так і стандартизовані дані для статистичного аналізу (кореляції).

Надійність та валідність.

YSQ-S3 має високу внутрішню узгодженість: за даними оригінальних досліджень, коефіцієнт α Кронбаха для більшості шкал коливається в межах 0,75 – 0,90, що свідчить про добру надійність. Конструктна валідність підтверджена великою кількістю емпіричних досліджень у різних країнах.

Методика широко використовується у клінічній та науковій практиці, зокрема у рамках схема-терапії. [1]

Методика 2. Анкета дитячої травми (CTQ-SF)

(The Childhood Trauma Questionnaire –Short Form, Бернштайн і Фінк)

Опис методики

Анкета дитячої травми (The Childhood Trauma Questionnaire – Short Form, CTQ-SF), розроблена Д. Бернштайном і Л. Фінк, є стандартизованим самозвітним опитувальником, призначеним для оцінювання досвіду різних форм травматизації, пережитих у дитячому віці. Коротка форма складається із 28 пунктів, які відображають частоту та інтенсивність п'яти типів негативних дитячих переживань, а також містить шкалу мінімізації/заперечення, що дозволяє виявити тенденцію до зниження рівня травматизації.

Мета застосування

Методика використовується для визначення вираженості та типу дитячих травм (емоційних, фізичних, сексуальних), а також проявів емоційної та фізичної занедбаності. У контексті дипломного дослідження CTQ-SF застосовується як індикатор ранньої травматизації, що дає змогу аналізувати її зв'язок із формуванням дезадаптивних схем та особливостями комунікації в подружніх стосунках.

Структура та шкали.

CTQ-SF містить *п'ять основних клінічних шкал*:

- 1 Емоційне насильство (Emotional Abuse)
 - 2 Фізичне насильство (Physical Abuse)
 - 3 Сексуальне насильство (Sexual Abuse)
 - 4 Емоційна занедбаність (Emotional Neglect)
 - 5 Фізична занедбаність (Physical Neglect)
- Додатково міститься шкала Мінімізації/Заперечення (Minimization/Denial), яка допомагає виявляти соціально бажані відповіді та недооцінку травматичного досвіду.

Процедура проведення.

Респонденти оцінюють твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 – «ніколи» до 5 – «дуже часто»). Заповнення триває приблизно 10 хвилин. Анкета може заповнюватися в паперовому або онлайн-форматі, а участь є добровільною та анонімною.

Обробка результатів

Для кожної шкали підраховується сумарний бал. Вищі показники свідчать про більшу інтенсивність пережитої травми відповідного типу. Значення можуть інтерпретуватися за рівнями інтенсивності (мінімальний, низький, середній, високий, дуже високий), відповідно до авторських рекомендацій. У дослідженні шкальні бали використовуються як числові змінні для подальшого статистичного аналізу (кореляції, порівняння, регресійні моделі).

Надійність та валідність

CTQ-SF має високі психометричні показники. За даними міжнародних валідацій, α Кронбаха для окремих шкал зазвичай коливається в межах 0,75 – 0,95, що свідчить про високу внутрішню узгодженість. Методика демонструє стабільну факторну структуру у різних культурних вибірках і широко використовується у клінічних, психологічних та епідеміологічних дослідженнях. В українських вибірках CTQ-SF також підтверджує адекватні показники надійності (α , як правило, $> 0,70$).

Методика 3. «Тест-опитувальник задоволеності шлюбом» (В. В. Столін, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко)

Мета застосування

Методика спрямована на оцінку рівня задоволеності шлюбом, емоційного ставлення до подружніх стосунків, а також на виявлення проблемних аспектів у взаємодії партнерів. Вона дозволяє визначити загальну гармонійність шлюбних стосунків, рівень довіри, взаєморозуміння та емоційної близькості між подружжям.

Структура та процедура проведення

Опитувальник складається з 24 тверджень, що охоплюють різні аспекти

шлюбного життя: ставлення до себе та партнера, оцінку взаємодії, відчуття задоволеності, перспективи розвитку стосунків. Кожне твердження передбачає три варіанти відповіді, що відповідають різним рівням згоди чи незгоди: «вірно», «не впевнений», «невірно».

Респондент обирає варіант, який найбільше відповідає його суб'єктивному відчуттю щодо кожного твердження. Опитування може проводитися як індивідуально (кожен із партнерів окремо), так і групово в межах психологічного або соціологічного дослідження.

Обробка результатів

Для визначення рівня задоволеності шлюбом підраховується сума балів, отриманих за всі твердження. Інтерпретація результатів здійснюється за наступною шкалою:

0 – 16 балів – абсолютно неблагополучні стосунки;

17 – 22 бали – неблагополучні; 23 – 26 балів – швидше неблагополучні;

27 – 28 балів – перехідні; 29 – 32 бали – швидше благополучні; 33 – 38 балів – благополучні; 39 – 48 балів – абсолютно благополучні стосунки.

Високий бал свідчить про гармонійність стосунків, емоційну близькість і задоволеність партнером; низький бал вказує на наявність конфліктів, невдоволення або емоційне відсторонення у шлюбі.

Методика 4. Опитувальник “Емоційна взаємодія подружжя”

Опитувальник «Емоційна взаємодія подружжя» є психодіагностичним інструментом, призначеним для оцінювання особливостей емоційного обміну, емоційної чутливості, підтримки та регуляції емоцій у шлюбних стосунках. Методика базується на сучасних теоретичних уявленнях про роль емоційної сфери в сімейній системі та міжособистісній взаємодії партнерів, а також на положеннях теорії емоційної компетентності та емоційно-фокусованої моделі подружніх взаємин.

Мета методики

Основною метою опитувальника є визначення характеру емоційної взаємодії між подружжям, виявлення сильних та проблемних зон у сфері

емоційної підтримки, вираження почуттів, емпатії, регуляції емоцій та здатності партнерів до емоційного зближення. Методика дозволяє оцінити якість емоційного контакту, рівень емоційної залученості та специфічні патерни емоційного реагування в подружній взаємодії.

Теоретична основа

Опитувальник ґрунтується на уявленнях про те, що емоційна взаємодія є центральним механізмом стабільності, задоволеності та функціонування подружніх стосунків. У методиці інтегруються концепції:

Емоційної регуляції (J. Gross), емоційної чутливості й емпатії (M. Davis), теорії подружньої адаптації, сімейної системної теорії.

Показники методики відображають не окремі риси особистості, а динамічні патерни емоційного обміну між партнерами, що є особливо цінним для дослідження сімейної взаємодії.

Структура опитувальника

Методика містить низку тверджень, які описують типові емоційні реакції та способи взаємодії між подружжям у щоденних і стресових ситуаціях. Респондентам пропонується оцінити ступінь згоди з кожним твердженням за шкалою Лайкерта (наприклад, від «повністю не згоден» до «повністю згоден»). Твердження згруповані у кілька змістових шкал, що відображають окремі компоненти емоційної взаємодії, такі як:

Емоційна підтримка, емпатійне розуміння, емоційна відкритість і вираження почуттів, емоційна регуляція в парі, емоційна дистанція / уникнення, емоційна напруга або конфліктність.

Процедура проведення

Дослідження може проводитися індивідуально або групово. Респонденту надається бланк з інструкцією та переліком тверджень. Завданням є оцінити кожне твердження відповідно до того, наскільки воно відображає типову емоційну взаємодію з партнером. Час заповнення становить у середньому 10 – 20 хвилин.

Обробка та інтерпретація результатів

Після заповнення опитувальника бали сумуються за кожною шкалою. Високі значення свідчать про вираженість відповідного аспекту емоційної взаємодії. Інтерпретація здійснюється на основі профілю емоційної взаємодії: Високі показники за шкалами емоційної підтримки, емпатії та відкритості вказують на гармонійну та емоційно залучену взаємодію; Високі значення за шкалами емоційної дистанції або конфліктності вказують на труднощі у емоційному контакті, можливу фрустрацію або відчуженість партнерів; При аналізі профілю враховується співвідношення позитивних і дезадаптивних компонентів.

Результати використовуються для психологічної діагностики, дослідження подружніх стосунків та розробки корекційно -консультативних програм.

Психометричні характеристики

Опитувальник має достатню змістову та конструктивну валідність, оскільки його шкали відображають теоретично обґрунтовані компоненти емоційної взаємодії.

Переваги та обмеження

До переваг методики належать її спрямованість на специфічну сферу подружніх стосунків, висока чутливість до емоційних аспектів взаємодії та можливість аналізу як адаптивних, так і проблемних патернів емоційного контакту.

Обмеженням є самозвітний характер відповідей, можливість соціально бажаних кореспондентських реакцій та залежність результатів від рівня рефлексивності учасників.

2.3. Методи дослідження

Емпіричне дослідження було проведено у декілька послідовних етапів. На першому етапі здійснювалась підготовка дослідницького інструментарію та формування вибірки. Було використано стандартизовані психодіагностичні методики, зокрема опитувальник дитячих травм Child Trauma Questionnaire

(CTQ), опитувальник схем Дж. Янга Young Schema Questionnaire (YSQ-3), а також методику дослідження емоційної та конфліктної взаємодії подружжя (EVP). Вибірка формувалась за принципом добровільної участі респондентів, які перебували або перебували раніше у романтичних стосунках тривалістю не менше одного року.

На другому етапі проводився збір емпіричних даних шляхом онлайн-опитування із дотриманням етичних стандартів психологічного дослідження, зокрема принципів анонімності, конфіденційності та добровільності участі. Отримані відповіді були закодовані та підготовлені для подальшого статистичного аналізу з використанням програмного забезпечення Jamovi.

Третій етап дослідження передбачав проведення описового статистичного аналізу результатів з метою характеристики вибірки та розподілу досліджуваних показників. Було обчислено показники середніх значень, стандартних відхилень, мінімальних і максимальних значень, а також перевірено розподіли змінних на відповідність нормальності, що стало підґрунтям для вибору подальших методів статистичного аналізу.

На четвертому етапі здійснювався кореляційний аналіз між показниками дитячих травм, неадаптивних схем за Дж. Янгом та компонентами емоційної і конфліктної взаємодії у парі. З огляду на ненормальний розподіл більшості змінних було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, що дало змогу виявити силу, напрям і статистичну значущість взаємозв'язків між досліджуваними психологічними конструктами.

П'ятий етап був присвячений проведенню дослідницького факторного аналізу з метою перевірки внутрішньої структури використаних методик та узагальнення взаємопов'язаних змінних у латентні фактори. Факторизація здійснювалась із використанням методу головних осей та обертання облімін, що дозволило врахувати можливу корельованість факторів. Адекватність даних для факторного аналізу оцінювалась за показниками критерію Кайзера–Маєра–Олкіна та тесту сферичності Бартлетта.

На завершальному етапі інтегрувались результати описового, кореляційного та факторного аналізів, здійснювалась їх інтерпретація у контексті теоретичних положень схемотерапії Дж. Янга та сучасних досліджень впливу дитячих травматичних переживань на конфліктну комунікацію в романтичних стосунках, а також формулювались узагальнені висновки емпіричного дослідження.

2.4. Характеристика вибірки

У дослідженні взяли участь 100 респондентів, які на момент опитування перебували у романтичних стосунках тривалістю від трьох років і більше. Вибірка була сформована за принципом добровільної участі, усі респонденти надали попередню інформовану згоду на участь у дослідженні, а їхня анонімність та конфіденційність була гарантована.

За статевою структурою вибірка була переважно жіночою: 97% жінок і 3% чоловіків, що відображає загальну тенденцію більшої дослідницької залученості жінок у психологічні опитування. Усі учасники відповідали критеріям включення – перебування у стабільних стосунках не менше трьох років та відсутність факторів, що могли б істотно спотворити результати (неповні анкети, відсутність згоди тощо).

Вибірка є зручною та відображає групу дорослих людей, які мають досвід довготривалих стосунків, що дає змогу отримати валідні дані щодо досліджуваних психологічних характеристик.

Висновки до розділу 2

В розділі 2 окреслений комплексний підхід до організації та проведення емпіричного дослідження. Обрана кількісна кореляційна методологія та крос-секційний дизайн забезпечили можливість виявлення закономірностей між ранніми травматичними переживаннями, дезадаптивними схемами, психологічними захисними стратегіями та комунікативними патернами у подружніх стосунках без прямого втручання дослідника.

Впровадження онлайн-формату збору даних забезпечило доступність дослідження, дотримання етичних стандартів (добровільність, анонімність,

інформована згода) та репрезентативність вибірки для досліджуваного феномена. Методична послідовність застосування психодіагностичних інструментів була обґрунтована теоретичною моделлю: спочатку оцінювався дитячий травматичний досвід та ранні дезадаптивні схеми, далі – домінуючі захисні стратегії, і завершально – характеристики комунікації та задоволеності стосунками. Така логіка дозволила мінімізувати вплив побічних чинників та підвищити валідність результатів.

Концептуальна модель дослідження базується на інтеграції схема-терапії Дж. Янга, теорії прив'язаності та сучасних підходів до вивчення дитячої травматизації та подружньої комунікації. Вона передбачає послідовний багаторівневий вплив: дитяча травматизація → дезадаптивні схеми → захисні стратегії → комунікаційні патерни → емоційна взаємодія та задоволеність стосунками, що логічно обґрунтовує висунуті загальну та окремі гіпотези.

Вибірка дослідження (100 респондентів, переважно жінки – 97%) відповідала критеріям включення та дозволила отримати достовірні дані щодо психологічних характеристик дорослих у стабільних стосунках. Використані стандартизовані психодіагностичні методики (YSQ-S3, CTQ-SF, тест задоволеності шлюбом, опитувальник емоційної взаємодії подружжя) характеризуються високою надійністю та валідністю, що забезпечує наукову обґрунтованість отриманих результатів.

Таким чином, другий розділ закріплює методологічну основу дослідження, обґрунтовує вибір інструментарію, послідовність етапів та методів аналізу, що створює надійну платформу для проведення емпіричного дослідження впливу дитячих травм на комунікацію в парі.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКІВ РАННІХ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ СХЕМ НА КОМУНІКАЦІЮ В ПАРІ

3.1. Аналіз раннього травматичного досвіду у вибірці

Аналіз описової статистики було проведено з метою визначення основних параметрів розподілу досліджуваних змінних та характеристики вибірки. Загальний початковий обсяг становив 106 анкет, однак через наявність пропущених даних у шести з них до подальшого аналізу було включено 100 респондентів, що й утворює дійсний обсяг вибірки для більшості психологічних шкал.

Описова статистика

1. Характеристики вибірки та загальні показники

Вік (Age)

Середній вік учасників становив 31.9 року ($SD = 7.92$), при цьому діапазон значень варіював від 20 до 60 років. Медіана віку (30 років) є близькою до середнього значення, що свідчить про відносно симетричний розподіл цієї змінної.

2. Кількість романтичних стосунків (QS)

Середня кількість тривалих романтичних стосунків (понад один рік) становить $M = 2.38$ ($SD = 1.36$), медіанне значення дорівнює 2. Це вказує на те, що більшість учасників мали у своєму життєвому досвіді від двох до трьох тривалих партнерських стосунків.

3. Труднощі у стосунках (TR)

Кількість труднощів, які респонденти позначали серед семи можливих пунктів, у середньому становить $M = 2.81$ ($SD = 2.11$), медіана – 3.00. Таким чином, учасники зазвичай відзначають у середньому три актуальні проблеми у своїх романтичних стосунках. Під труднощами малося на увазі - емоційне насилля, фізичне насилля, аб'юз, непорозуміння, холодність партнера, зрада, або жоден із пунктів - 0.

4. Рівень задоволеності шлюбом (ZCH)

Середній показник задоволеності шлюбом становить $M = 33.6$ ($SD = 9.90$).

Таблиця 3.1

Результат опитувальника “Задоволеності шлюбом”

Subscale	M	SD	Min	Max
ZCH - задоволеність шлюбом/ стосунками	33.6	9.90	4	47

Ця шкала демонструє найбільшу варіативність серед усіх досліджуваних змінних, що вказує на значну гетерогенність вибірки та наявність суттєвих міжіндивідуальних відмінностей у задоволеності партнерськими стосунками. (Див. таблиця 3.1)

5. Ранні дисфункціональні схеми (YSQ-3)

Аналіз показників опитувальника ранніх дисфункціональних схем (YSQ-3) виявив такі тенденції:

Таблиця 3.2

Результат опитування методики “Ранні дисфункціональні схеми (YSQ-S3)”

Subscale	M	SD	Min	Max
YSQ-PP – Порушення прив’язаності	12.3	4.37	5.20	29.2
YSQ-PAK - Порушення автономії та компетентності	12.3	4.21	5	27.3
YSQ-PK - Порушені кордони	16.2	3.89	6.5	24.5
YSQ-SI - Спрямованість на інших	15.8	4.38	5.31	26.7
YSQ-ZSG - Завищені стандарти та гіперконтроль	15.3	4.33	5.25	26.8

Домінантні схеми відображені в таблиці 3.2

Найвищі середні значення у вибірці спостерігаються за схемами:

Порушені кордони (YSQ-PK): $M = 16.2$, $SD = 3.89$

Спрямованість на інших (YSQ-SI): $M = 15.8$, $SD = 4.38$

Ці результати свідчать про помірну вираженість тенденцій до саможертвності, надмірної поступливості та труднощів у встановленні особистих меж.

Проміжні схеми

Схема Завищені стандарти та гіперконтроль (YSQ-ZSG) характеризується середнім рівнем вираженості: $M = 15.3$, $SD = 4.33$.

Найменш виражені схеми

Найнижчі середні показники виявлені за схемами:

Порушення прив'язаності (YSQ-PP): $M = 12.3$, $SD = 4.37$

Порушення автономії та компетентності (YSQ-PAK): $M = 12.3$, $SD = 4.21$

6. Досвід дитячої травматизації (CTQ)

Аналіз результатів Анкети дитячої травми (CTQ) засвідчив різний рівень вираженості окремих видів травматичного досвіду.

Таблиця 3.3

Результат методики “Анкети дитячої травми (CTQ)”

Subscale	M	SD	Min	Max
CTQ-EN - емоційне насильство	2.42	1.15	1	5
CTQ-FN - фізичне насильство	1.77	0.98	1	5
CTQ-SZ - емоційна занедбаність	2.77	1.05	1	4.8
CTQ-FZ - фізична занедбаність	1.71	0.701	1	3.75
CTQ-SN - сексуальне насильство	1.33	0.723	1	5

Найбільш виражені форми травматизації (відповідно до таблиці 3.3)

Емоційна занедбаність (CTQ-EZ): $M = 2.77$, $SD = 1.05$ – найвищий показник серед усіх підшкал.

Емоційне насильство (CTQ-EN): $M = 2.42$, $SD = 1.15$

Фізичне насильство (CTQ-FN): $M = 1.77$, $SD = 0.98$

Найменш виражені форми

Фізичне занедбаність (CTQ-FZ): $M = 1.71$, $SD = 0.701$

Сексуальне насильство (CTQ-SN): $M = 1.33$, $SD = 0.723$

Отримані результати вказують на те, що у вибірці найбільш поширеним є досвід емоційної занедбаності, тоді як відкриті форми фізичного та емоційного насильства зустрічаються рідше.

7. Анкета Стилі поведінки під час конфлікту

Таблиця 3.4

Результат опитування “Стилі поведінки під час конфлікту”

Subscale	M	SD	Min	Max
SP-M - миробивість	11.2	3.38	0	16
SP-U - уникнення	4.08	3.14	0	24
SP-A - агресія	3.84	2.77	0	13

За результатами аналізу (таблиця 3.4), у вибірці домінує Миролюбивий стиль (SP-M): $M = 11.2$, $SD = 3.38$. Значно нижчі показники спостерігаються за стилями:

Уникнення (SP-U): $M = 4.08$, $SD = 3.14$

Агресія (SP-A): $M = 3.84$, $SD = 2.77$

Це свідчить про переважання конструктивних або поступливих стратегій у поведінці респондентів під час конфліктних ситуацій.

8. Емоційна взаємодія подружжя (EVP)

Таблиця 3.5

Результат методики “Емоційна взаємодія подружжя”

Subscale	M	SD	Min	Max
EVP-ZCCP Здатність сприймати стан партнера	18.1	2.15	12	24
EVP-RPVC Розуміння причин виникнення стану	22.8	3.04	13	28
EVP-ZCP Здатність до співпереживання	17.2	2.01	11	22
EVP-VPVP Виникнення почуттів у взаємодії з партнером	19.8	2.37	14	24
EVP-BP Безумовне прийняття	23.6	1.76	19	27
EVP-CCSP Ставлення до себе як до шлюбного партнера	18.6	2.34	12	25
EVP-EFV Емоційний фон взаємодії	19.0	2.60	14	25
EVP-NYD Намагання до узгодження дій	20.3	2.62	14	24
EVP-NEP Надання емоційної підтримки	20.0	2.90	14	26
EVP-OSPV Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним	21.3	4.48	9	28
EVP-VVCP Вміння впливати на стан партнера	18.7	3.09	11	25

Згідно з таблицею 3.5 середні значення за шкалами емоційної взаємодії подружжя коливаються в діапазоні 17.2–23.6.

Найвищий середній показник спостерігається за шкалою: Безумовне прийняття (EVP-BP): $M = 23.6$, $SD = 1.76$, що є позитивною ознакою емоційного клімату у партнерських стосунках.

Найнижче значення отримано за шкалою: Здатність до співпереживання (EVP-ZCP): $M = 17.2$, $SD = 2.01$.

Інші показники демонструють помірно високі значення: Розуміння причин виникнення стану партнера (EVP-RPVC): $M = 22.8$
Орієнтація на стан партнера у взаємодії (EVP-OSPV): $M = 21.3$

Висновки

Проведений аналіз описової статистики дав змогу ґрунтовно охарактеризувати вибірку з 100 респондентів та визначити первинні емпіричні параметри ключових змінних, що використовуються в дослідженні.

Отримані результати окреслюють як загальні соціально-демографічні особливості вибірки, так і специфіку психологічних показників, пов'язаних із дитячою травматизацією, стилями конфліктної поведінки, емоційною взаємодією подружжя та ранніми дисфункціональними схемами.

Аналіз базових характеристик вибірки показав, що респонденти мають достатньо широкий віковий діапазон (20–60 років), при цьому середній вік становить 31.9 років, що свідчить про домінування молодих та середнього віку дорослих.

Показники труднощів у стосунках та кількості романтичних стосунків демонструють суттєву варіативність відповідей, що дозволяє припускати різні рівні досвіду та якості міжособистісних взаємин серед учасників. Значний розкид значень задоволеності шлюбом (4–47 балів) вказує на неоднорідність шлюбного функціонування, що може відігравати важливу роль у подальшому аналізі взаємозв'язків між виявленими змінними.

Показники ранніх дисфункціональних схем (YSQ-3) засвідчили, що найбільш вираженими у вибірці є схеми Порушені кордони та Спрямованість на інших, тоді як найнижчі значення характерні для схем, пов'язаних із порушеннями прив'язаності та автономії. Така конфігурація може свідчити про тенденцію учасників до емоційної заплутаності у взаєминах, надмірної орієнтації на потреби інших і водночас достатньо сформованої базової автономії у частини респондентів. Варіативність показників у всіх схемах є помірною, що дає підстави очікувати різні профілі схем у подальшому аналізі.

Аналіз результатів за шкалами дитячої травматизації (CTQ) показав, що найпоширенішим видом негативного досвіду є емоційна занедбаність, тоді як найнижчі показники характерні для сексуального насильства. Водночас максимальні значення за більшістю шкал досягають верхньої межі (5.00), що

свідчить про наявність у вибірці окремих осіб із вираженим травматичним досвідом, який може істотно впливати на сучасне функціонування в стосунках. Загалом середні значення є низькими, що відображає переважно помірний або слабо виражений рівень травматизації серед більшості учасників.

Дані щодо стилів конфліктної поведінки показали чітке домінування миролюбивого стилю ($M = 11.2$) порівняно з агресивним та уникаючим. Це свідчить про перевагу стратегій компромісу та згладжування конфліктів у міжособистісній взаємодії респондентів. Натомість показники агресії та уникнення є суттєво нижчими, що може вказувати на загальну схильність вибірки до конструктивного або пасивно-компрмісного стилю поведінки в напружених ситуаціях.

Аналіз емоційної взаємодії подружжя (EVP) показав високий рівень безумовного прийняття партнера, що підтверджується як високим середнім показником, так і низькою варіативністю. Найменш вираженою характеристикою є здатність до співпереживання, що може відображати певні труднощі в емпатійному реагуванні або емоційній чутливості у межах шлюбної взаємодії. Загалом дані EVP демонструють достатньо позитивний емоційний фон подружніх стосунків, але із потенційними зонами розвитку у сфері емоційної чутливості.

Таким чином, описова статистика дозволяє комплексно окреслити психологічний профіль вибірки та виявити ключові тенденції, які визначатимуть подальший статистичний аналіз: від перевірки нормальності розподілу до дисперсійних, кореляційних та факторних методів обробки даних. Отримані результати вказують на високу гетерогенність за більшістю показників, що створює сприятливі умови для дослідження взаємозв'язків між дитячою травматизацією, ранніми схемами та особливостями взаємодії у подружніх стосунках.

3.2. Аналіз раннього дитячого досвіду та його впливу на комунікації в парі

У цьому підпункті представлено аналіз особливостей комунікації в парі, зосереджений на характеристиках поведінки в конфліктних ситуаціях та

показниках емоційної взаємодії подружжя. Аналіз здійснено на основі описової статистики відповідних шкал і підшкал з метою визначення загального профілю комунікаційних процесів у досліджуваній вибірці.

Аналіз стратегій поведінки в конфлікті

Для оцінки особливостей поведінки в конфліктних ситуаціях було проаналізовано три базові стратегії: миролюбивість (SP-M), уникнення (SP-U) та агресивну поведінку (SP-A).

Згідно з результатами описової статистики, найбільш вираженою у вибірці є стратегія миролюбивості ($M = 11.2$; $SD = 3.38$), що свідчить про тенденцію опитаних до пошуку компромісу та збереження взаєморозуміння в процесі конфліктної взаємодії.

Водночас показники стратегій уникнення ($M = 4.08$; $SD = 3.14$) та агресивної поведінки ($M = 3.84$; $SD = 2.77$) мають нижчі середні значення, що вказує на менш виражене використання цих форм реагування у конфліктних ситуаціях. При цьому досить широкі діапазони значень свідчать про індивідуальні відмінності у стилях конфліктної поведінки серед респондентів.

Таким чином, у вибірці переважає конструктивніша форма реагування на конфлікти, тоді як деструктивні стратегії представлені меншою мірою.

Аналіз емоційної взаємодії подружжя

Емоційна взаємодія подружжя була проаналізована за показниками трьох функціональних блоків: чуттєвості, емоційного прийняття та поведінкових проявів емоційної взаємодії.

Блок чуттєвості

Показники здатності сприймати стан партнера (EVP-ZCCP; $M = 18.1$; $SD = 2.15$), розуміння причин виникнення емоційного стану партнера (EVP-RPVC; $M = 22.8$; $SD = 3.04$) та здатності до співпереживання (EVP-ZCP; $M = 17.2$; $SD = 2.01$) перебувають на помірно високому рівні. Це свідчить про загалом сформовану емпатійну чутливість у подружніх взаєминах.

Блок емоційного прийняття

Результати за шкалами виникнення почуттів у взаємодії з партнером (EVP-VPVP), безумовного прийняття (EVP-BP), ставлення до себе як до шлюбного партнера (EVP-CCSP) та емоційного фону взаємодії (EVP-EFV) свідчать про переважно позитивне емоційне тло у взаєминах. Найвищі середні значення зафіксовано за шкалою безумовного прийняття ($M = 23.6$; $SD = 1.76$), що може вказувати на високий рівень емоційної підтримки та прийняття партнера у подружніх стосунках.

Блок поведінкових проявів емоційної взаємодії

Показники намагання до узгодження дій (EVP-NYD; $M = 20.3$; $SD = 2.62$), надання емоційної підтримки (EVP-NEP; $M = 20.0$; $SD = 2.90$), орієнтації на стан партнера (EVP-OSPV; $M = 21.3$; $SD = 4.48$) та вміння впливати на емоційний стан партнера (EVP-VVCP; $M = 18.7$; $SD = 3.09$) демонструють відносно високий рівень поведінкової залученості у взаємодію. Це свідчить про активну участь партнерів у регуляції емоційного клімату взаємин.

Узагальнення результатів

Отримані результати дозволяють охарактеризувати комунікацію в парі як таку, що поєднує переважно миролюбну стратегію поведінки в конфліктних ситуаціях із достатньо високим рівнем емоційної взаємодії та підтримки. Водночас наявність індивідуальних варіацій у стратегічних і емоційних показниках створює підґрунтя для подальшого аналізу зв'язків між особливостями комунікації в парі та іншими психологічними чинниками.

3.3. Статистичний аналіз зв'язків між дитячими травмами та конфліктною поведінкою в парі

У цьому підрозділі представлені результати статистичного аналізу досліджуваних змінних із метою перевірки висунутих гіпотез. Для оцінки взаємозв'язків між дитячою травматизацією та ранніми дезадаптивними схемами (Гіпотеза 1) застосовано кореляційний аналіз.

Взаємозв'язок дисфункційних схем із домінуючими стратегіями психологічного захисту (Гіпотеза 2) та вплив цих стратегій на якість емоційної

взаємодії подружжя (Гіпотеза 3) також оцінювався за допомогою кореляційного аналізу та дисперсійного аналізу (ANOVA) для порівняння рівнів змінних.

Додатково було проведено факторний аналіз для виявлення основних компонентів, які пояснюють структуру взаємодії ранніх дезадаптивних схем, стратегій психологічного захисту та якості емоційної взаємодії, що дозволяє перевірити гіпотези 4–6, зокрема щодо впливу дитячої травматизації та активних схем на задоволеність стосунками, а також опосередкованих ефектів якості емоційної взаємодії.

Розділ структуровано таким чином, що кожен вид аналізу розглядається у окремому підпункті:

3.3.1. Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA)

3.3.2. Кореляційний аналіз

3.3.3. Факторний аналіз

У кожному підпункті наведено методи аналізу, результати та їхню інтерпретацію щодо підтвердження або спростування відповідної гіпотези.

3.3.1. Зв'язок стилів поведінки в конфлікті з показниками дитячої травматизації

З метою дослідження зв'язку стилів конфліктної поведінки та рівня дитячої травматизації було проведено серію однофакторних дисперсійних аналізів (ANOVA). Незалежними змінними виступали три стилі конфліктної поведінки: миролюбність (SP-M), уникнення (SP-U) та агресія (SP-A). Як залежні змінні розглядалися п'ять шкал дитячої травматизації за опитувальником CTQ. Рівень статистичної значущості було встановлено на рівні $\alpha=0.05$

Загальна характеристика результатів

У результаті проведеного аналізу з п'ятнадцяти перевірених статистичних моделей було виявлено дві статистично значущі залежності. Обидві значущі взаємодії стосуються дисфункціональних стилів конфліктної поведінки—уникнення та агресії. Решта взаємозв'язків виявилися статистично незначущими.

Вплив емоційної занедбаності на уникнення при конфліктній взаємодії

Таблиця 3.6

Зв'язок стилю уникнення (SP-U) та емоційної занедбаності в дитинстві (CTQ-SZ)

ANOVA - CTQ-SZ					
	Сума квадратів	df (ступенів свободи)	Середній квадрат	F	p
SP-U	23.1	12	1.928	1.94	0.040
Решти	86.5	87	0.994		

Результати дисперсійного аналізу в таблиці 3.6 показали наявність статистично значущого зв'язку між стилем уникнення (SP-U) та показниками емоційної занедбаності в дитинстві (CTQ-SZ). Отримано значення $F(12,87)=1,94$ при $p=0,040$ що свідчить про відхилення нульової гіпотези. Таким чином, рівень емоційної занедбаності статистично значуще відрізняється між групами респондентів з різним ступенем вираженості стилю уникнення у конфліктній поведінці. Це може вказувати на зв'язок досвіду емоційної депривації в дитинстві з формуванням унікаючих стратегій реагування у міжособистісних конфліктах.

Зв'язок сексуального насильства в дитинстві та агресивної поведінки під час конфліктів.

Також було виявлено статистично значущий зв'язок між агресивним стилем конфліктної поведінки (SP-A) та рівнем пережитого сексуального насильства в дитинстві (CTQ-SN). (Див. Таблицю 3.7)

Таблиця 3.7

Зв'язок агресивного стилю в конфлікті та сексуального насильства в дитинстві

ANOVA - CTQ-SN

	Сума квадратів	df (ступенів свободи)	Середній квадрат	F	p	η^2
SP-A	23.01	11	0.970	2.08	0,030	0.206
Решти	41.1	88	0.467			

Результати аналізу засвідчили значущу різницю між групами за цим показником: $F(11,88)=2.08$ $p=0.030$ Величина ефекту є великою ($\eta^2=0.206$), що означає, що понад 20 % варіативності показників сексуального насильства пояснюється відмінностями у рівні агресивного стилю поведінки в конфлікті.

Отриманий результат свідчить про суттєвий зв'язок між досвідом тяжкої дитячої травматизації та схильністю до агресивних способів вирішення конфліктних ситуацій у дорослому віці.

Незначущі результати

Для всіх інших перевірених комбінацій незалежних і залежних змінних статистично значущих відмінностей виявлено не було ($p>0.05p$). Зокрема, стиль миролюбивості (SP-M) не продемонстрував значущого зв'язку з жодною зі шкал дитячої травматизації. Крім того, стиль уникнення не мав значущого зв'язку з іншими видами травматичного досвіду, окрім емоційної занедбаності, а стиль агресії – зі всіма шкалами СТQ, за винятком сексуального насильства.

Отримані результати свідчать про те, що дисфункціональні стилі конфліктної поведінки частково пов'язані з негативним дитячим досвідом. Зокрема, емоційна занедбаність асоціюється зі стилем уникнення, а пережите сексуальне насильство – з агресивним стилем конфліктної поведінки. Водночас адаптивний стиль миролюбивості не виявив значущих зв'язків із показниками дитячої травматизації, що може вказувати на його відносну незалежність від негативного дитячого досвіду

Зв'язок ранніх дисфункціональних схем Янга та стилів поведінки в конфлікті

З метою перевірки зв'язку стилів конфліктної поведінки та вираженістю ранніх дисфункціональних схем було проведено серію однофакторних дисперсійних аналізів (ANOVA). Як незалежні змінні розглядалися три стилі конфліктної поведінки: миролюбивість (SP-M), уникнення (SP-U) та агресія (SP-A). Залежними змінними виступали п'ять доменів ранніх дисфункціональних схем за опитувальником Янга (YSQ): порушення прив'язаності, порушення автономії, порушені кордони, спрямованість на інших та завищені стандарти. Рівень статистичної значущості було встановлено на рівні $\alpha=0.05$.

Миролюбивий стиль при конфлікті (SP-M)

Результати однофакторного дисперсійного аналізу не виявили статистично значущого зв'язку миролюбивого стилю конфліктної поведінки з жодною з п'яти досліджуваних схем Янга. У всіх випадках значення p перевищували критичний рівень значущості ($p>0.05$), що свідчить про відсутність статистично значущих відмінностей у середніх показниках схем залежно від рівня миролюбивості. Таким чином, нульову гіпотезу про відсутність зв'язку стилю SP-M та вираженістю ранніх дисфункціональних схем не було відхилено.

Уникаючий стиль поведінки (SP-U)

Аналіз зв'язку стилю уникнення також не виявив статистично значущих відмінностей у середніх значеннях жодної зі схем Янга. Для всіх п'яти залежних змінних значення p перевищували рівень 0.05. Водночас для схеми «Спрямованість на інших» було зафіксовано найбільше значення величини ефекту ($\eta^2=0.154$), що відповідає великому розміру ефекту, однак статистичної значущості цей результат не досягнув. Загалом, стиль уникнення не продемонстрував суттєвого зв'язку з ранніми дисфункціональними схемами.

Агресивний стиль поведінки при конфлікті (SP-A)

На відміну від попередніх стилів, агресивний стиль конфліктної поведінки продемонстрував статистично значущий зв'язок з однією з п'яти досліджуваних схем, що відображено в Таблиці 3.8. Було виявлено значущу

залежність між рівнем агресії та схемою «Спрямованість на інших»: $F(11.88)=2.49$, $p=0.009$.

Таблиця 3.8

Зв'язок схеми Спрямованість на інших та агресивного стилю поведінки під час конфлікту

ANOVA - YSQ-SI						
	Сума квадратів	df (ступенів свободи)	Середній квадрат	F	p	η^2
SP-A	452	11	41.1	2.49	0.009	0.238
Решт	1451	88	16.5			

Величина ефекту є великою ($\eta^2=0.238$), що свідчить про те, що близько 24 % дисперсії показників схеми «Спрямованість на інших» пояснюється відмінностями в рівні агресивного стилю поведінки в конфлікті. Для інших схем Янга статистично значущих ефектів агресивного стилю виявлено не було ($p>0,05$).

Отримані результати свідчать, що з п'ятнадцяти перевірених взаємозв'язків між стилями конфліктної поведінки та ранніми дисфункціональними схемами Янга статистично значущим виявився лише один. Встановлено зв'язок агресивного стилю конфліктної поведінки при вираженості схеми «Спрямованість на інших», що вказує на значні відмінності у тенденції до орієнтації на потреби інших та самопожертви залежно від рівня агресивної поведінки у конфліктних ситуаціях.

Зв'язку стилів миролюбності та уникнення між іншими досліджуваними схемами Янга не досяг рівня статистичної значущості.

3.3.2. Кореляційний аналіз між дитячою травматизацією та стратегіями поведінки в конфлікті

З метою виявлення взаємозв'язків між досвідом дитячої травматизації та стратегіями поведінки у конфліктних ситуаціях було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції Спірмена (ρ), що є доречним за умов ненормального розподілу даних.

Таблиця 3.9

Результат кореляційного аналізу зв'язків між анкетною дитячої травми (CTQ) та стратегією поведінки в конфлікті

		CTQ-EN	CTQ-FN	CTQ-SZ	CTQ-FZ	CTQ-SN	У
SP-M	Спірмен $\rho(\rho)$	0.011	0.102	-0.058	-0.007	0.105	
	р-значення	0.917	0.314	0.569	0.942	0.300	
SP-U	Спірмен $\rho(\rho)$	0.082	0.022	0.129	0.020	-0.157	
	р-значення	0.418	0.827	0.202	0.841	0.120	
SP-A	Спірмен $\rho(\rho)$	0.064	-0.015	0.126	0.116	0.059	
	р-значення	0.529	0.881	0.210	0.250	0.560	

дослідженні було проаналізовано п'ять шкал анкети дитячої травматизації CTQ (див. Таблицю 3.9): емоційне насильство (CTQ-EN), фізичне насильство (CTQ-FN), емоційна занедбаність (CTQ-SZ), фізична занедбаність (CTQ-FZ) та сексуальне насильство (CTQ-SN), а також три стратегії поведінки у конфлікті: миролюбивість (SP-M), уникнення (SP-U) та агресія (SP-A).

Результати аналізу показали, що статистично значущих кореляцій між показниками дитячої травматизації та стратегіями поведінки у конфлікті не виявлено ($p > 0.05$).

Зокрема, стратегія миролюбивості (SP-M) не продемонструвала значущих зв'язків із жодним із показників дитячої травматизації: емоційним насильством

($\rho = 0.011$; $p = 0.917$), фізичним насильством ($\rho = 0.102$; $p = 0.314$), емоційною занедбаністю ($\rho = -0.058$; $p = 0.569$), фізичною занедбаністю ($\rho = -0.007$; $p = 0.942$) та сексуальним насильством ($\rho = 0.105$; $p = 0.300$).

Аналогічно, для стратегії уникнення (SP-U) не було виявлено статистично значущих кореляцій із жодною зі шкал СТQ: емоційним насильством ($\rho = 0.082$; $p = 0.418$), фізичним насильством ($\rho = 0.022$; $p = 0.827$), емоційною занедбаністю ($\rho = 0.129$; $p = 0.202$), фізичною занедбаністю ($\rho = 0.020$; $p = 0.841$) та сексуальним насильством ($\rho = -0.157$; $p = 0.120$).

Для стратегії агресії (SP-A) також не виявлено статистично значущих зв'язків із досліджуваними видами дитячої травматизації: емоційним насильством ($\rho = 0.064$; $p = 0.529$), фізичним насильством ($\rho = -0.015$; $p = 0.881$), емоційною занедбаністю ($\rho = 0.126$; $p = 0.210$), фізичною занедбаністю ($\rho = 0.116$; $p = 0.250$) та сексуальним насильством ($\rho = 0.059$; $p = 0.560$).

Отже, результати дослідження свідчать, що у даній вибірці досвід дитячого насильства та занедбаності не має прямого статистично значущого зв'язку зі стратегіями поведінки у конфлікті. Отримані дані можуть вказувати на опосередкований характер зв'язку з дитячою травматизацією, який реалізується через інші психологічні механізми, зокрема ранні дезадаптивні схеми або особливості емоційної регуляції

3.3.2.1 Аналіз кореляційних зв'язків між ранніми дезадаптивними схемами (YSQ) та стратегіями поведінки в конфлікті (SP)

Таблиця 3.10

Результат кореляційного аналізу зв'язків між ранніми дезадаптивними схемами (YSQ) та стратегіями поведінки в конфлікті (SP)

		YSQ-PP	YSQ-P AK	YSQ-PK	YSQ-SI	YSQ-ZS G
S	Спірмен	-0.157	-0.080	-0.054	-0.055	-0.029
P-	$\rho(\rho)$					
M	p-значення	0.118	0.426	0.596	0.586	0.776

S P- U	Спірмен $\rho(\rho)$	0.111	-0.034	-0.054	-0.021	-0.013
	р-значення	0.271	0.739	0.590	0.838	0.895
S P- A	Спірмен $\rho(\rho)$	0.203 *	0.142	0.161	0.255*	0.169
	р-значення	0.043	0.160	0.109	0.010	0.094

З метою вивчення взаємозв'язків між ранніми дезадаптивними схемами за опитувальником Янга (YSQ) та стратегіями поведінки в конфлікті (SP) було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Застосування даного коефіцієнта було обґрунтоване ненормальним розподілом досліджуваних змінних.

У ході аналізу встановлено, що між більшістю схем Янга та стратегіями поведінки в конфлікті статистично значущих кореляцій не виявлено. (див. Таблицю 3.10)

Зокрема, між усіма досліджуваними схемами Янга (YSQ-PP, YSQ-PAK, YSQ-PK, YSQ-SI, YSQ-ZSG) та стратегією SP-M статистично значущих зв'язків не зафіксовано ($p > 0.05$), що свідчить про відсутність підтвердженого взаємозв'язку між вираженістю ранніх дезадаптивних схем та схильністю до використання цієї стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях.

Аналогічно, кореляційний аналіз не виявив статистично значущих зв'язків між схемами Янга та стратегією SP-U ($p > 0.05$). Отримані результати вказують на те, що рівень вираженості досліджуваних схем не пов'язаний із застосуванням даної стратегії поведінки у конфлікті.

Водночас було виявлено окремі статистично значущі зв'язки між схемами Янга та стратегією SP-A. Зокрема, встановлено слабкий, але статистично значущий прямий зв'язок між схемою YSQ-PP та стратегією SP-A ($\rho = 0.203$; $p = 0.043$). Це свідчить про те, що зі зростанням вираженості зазначеної схеми підвищується ймовірність використання відповідної стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях.

Також виявлено статистично значущий прямий зв'язок між схемою YSQ-SI та стратегією SP-A ($\rho = 0.255$; $p = 0.010$), що вказує на тенденцію до більш частого використання цієї стратегії особами з вищим рівнем досліджуваної схеми.

Інші кореляційні зв'язки між схемами Янга та стратегією SP-A не досягли рівня статистичної значущості ($p > 0.05$)

Таким чином, результати кореляційного аналізу дозволяють зробити висновок, що ранні дезадаптивні схеми Янга мають обмежений зв'язок зі стратегіями поведінки в конфлікті. Статистично значущі взаємозв'язки виявлено лише між окремими схемами (YSQ-PP та YSQ-SI) та стратегією SP-A, тоді як з іншими стратегіями поведінки в конфлікті достовірних зв'язків не встановлено.

3.3.2.2 Кореляційний аналіз зв'язків між схемами Янга та показниками емоційної взаємодії подружжя

З метою виявлення взаємозв'язків між ранніми дезадаптивними схемами та особливостями емоційної взаємодії подружжя було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції Спірмена. Аналіз здійснювався на вибірці з 100 респондентів; для всіх кореляцій кількість ступенів свободи становила $df = 98$. Статистична значущість оцінювалася на рівнях $p < 0.05$, $p < 0.01$ та $p < 0.001$.

Зв'язки схеми порушення прив'язаності (YSQ-PP)

Схема порушення прив'язаності має статистично значущі негативні кореляції з більшістю показників емоційної взаємодії подружжя, що відображено в таблиці 3.11 в Додатку А. Найбільш виражені зв'язки зафіксовано з показниками поведінкових проявів та чуттєвості: орієнтація на стан партнера ($\rho = -0.460$, $p < 0.001$), намагання до узгодження дій ($\rho = -0.447$, $p < 0.001$), розуміння причин емоційного стану партнера ($\rho = -0.373$, $p < 0.001$), надання емоційної підтримки ($\rho = -0.300$, $p = 0.002$) та вміння впливати на стан партнера ($\rho = -0.284$, $p = 0.004$). Також виявлено негативний зв'язок з показником виникнення почуттів у взаємодії ($\rho = -0.253$, $p = 0.011$).

Отримані коефіцієнти кореляції перебувають у діапазоні від слабких до помірних і свідчать про те, що з підвищенням вираженості порушення прив'язаності знижується здатність до емоційної чутливості, узгодження поведінки та активної підтримуючої взаємодії з партнером.

Зв'язки схеми порушення автономії та компетентності (YSQ-PAK)

Схема порушення автономії та компетентності демонструє помірні негативні статистично значущі кореляції з низкою показників емоційної взаємодії, зокрема з орієнтацією на стан партнера ($\rho = -0.306, p = 0.002$), намаганням до узгодження дій ($\rho = -0.275, p = 0.006$), безумовним прийняттям партнера ($\rho = -0.273, p = 0.006$), розумінням причин емоційного стану партнера ($\rho = -0.263, p = 0.008$) та виникненням почуттів у взаємодії ($\rho = -0.214, p = 0.032$).

Водночас зафіксовано статистично значущий позитивний зв'язок цієї схеми з показником емоційного фону взаємодії ($\rho = 0.282, p = 0.004$). Така конфігурація результатів може вказувати на те, що на фоні суб'єктивно позитивного або стабільного емоційного настрою знижується глибина та активність емоційної взаємодії з партнером.

Зв'язки схеми порушених кордонів (YSQ-PK)

Схема порушених кордонів має обмежену кількість статистично значущих зв'язків з показниками емоційної взаємодії. Виявлено негативні кореляції з розумінням причин емоційного стану партнера ($\rho = -0.212, p = 0.035$) та з намаганням до узгодження дій ($\rho = -0.216, p = 0.031$). Інші кореляції не досягли рівня статистичної значущості.

Таким чином, зв'язок цієї схеми та емоційного взаємодія подружжя є вибіркоvim і стосується переважно аспектів когнітивного розуміння та поведінкової координації.

Зв'язки схеми спрямованості на інших (YSQ-SI)

Схема спрямованості на інших має статистично значущі негативні кореляції з низкою показників емоційної взаємодії, а саме з розумінням причин емоційного стану партнера ($\rho = -0.265, p = 0.008$), намаганням до узгодження дій ($\rho = -0.271, p = 0.006$), орієнтацією на стан партнера ($\rho = -0.268, p = 0.007$),

виникненням почуттів у взаємодії ($\rho = -0.237, p = 0.018$) та ставленням до себе як до шлюбного партнера ($\rho = -0.247, p = 0.013$).

Поряд із цим виявлено позитивний кореляційний зв'язок з емоційним фоном взаємодії ($\rho = 0.239, p = 0.017$). Це може свідчити про те, що орієнтація на потреби партнера підтримує загальний позитивний фон взаємодії, водночас знижуючи рівень особистісної включеності та автентичності емоційної взаємодії.

Зв'язки схеми завищених стандартів та гіперконтролю (YSQ-ZSG)

Схема завищених стандартів і гіперконтролю демонструє помірні статистично значущі негативні кореляції з поведінковими та емоційними показниками взаємодії, зокрема з намаганням до узгодження дій ($\rho = -0.292, p = 0.003$), орієнтацією на стан партнера ($\rho = -0.283, p = 0.004$), виникненням почуттів у взаємодії ($\rho = -0.280, p = 0.005$), розумінням причин емоційного стану партнера ($\rho = -0.243, p = 0.015$), наданням емоційної підтримки ($\rho = -0.242, p = 0.015$) та вмінням впливати на стан партнера ($\rho = -0.224, p = 0.025$).

Отримані результати вказують на те, що жорсткий самоконтроль і високі вимоги до себе та партнера обмежують емоційну гнучкість і знижують якість емоційної взаємодії в подружжі. (див Табл. 3.11. Додаток А)

Отримані дані свідчать про наявність систематичних негативних зв'язків між вираженістю ранніх дезадаптивних схем Янга та показниками емоційної взаємодії подружжя. Найбільш чутливими до впливу схем виявилися поведінкові та чуттєві компоненти взаємодії, зокрема орієнтація на стан партнера, узгодження дій та емоційна підтримка. Найбільш виражені негативні кореляції зафіксовано для схем порушення прив'язаності та завищених стандартів, що підкреслює їх ключову роль у формуванні дисфункцій емоційної взаємодії у подружніх стосунках.

3.3.2.3 Кореляційний аналіз між показниками Емоційної взаємодії подружжя (EVP) та Анкети дитячих травм (CTQ)

На основі кореляційної матриці Спірмена проведено аналіз зв'язків між показниками тесту Емоційної Взаємодії Подружжя (EVP) та анкети Дитячих Травм (CTQ). Розглядаються лише кореляції між цими двома групами змінних (CTQ ↔ EVP).

1. Зв'язок дитячих травм та емоційної взаємодії подружжя

Загальний аналіз показав, що більшість кореляцій між дитячими травмами та показниками емоційної взаємодії є статистично незначущими або слабкими ($\rho < 0.3$), що свідчить про відсутність прямого лінійного зв'язку. Водночас виявлено кілька слабких, але статистично значущих кореляцій.

Емоційне насильство (CTQ-EN)

Слабка позитивна кореляція зі шкалою Емоційний Фон Взаємодії (EVP-EFV): $\rho=0.203$, $p=0.043$

Незважаючи на травматичний досвід, люди, які пережили емоційне насильство в дитинстві, можуть демонструвати підвищену чутливість до емоційного фону або здатність адаптуватися до емоційної напруги в подружжі. Цей результат потребує подальшого дослідження.

Фізичне насильство (CTQ-FN)

Слабка негативна кореляція зі шкалою Орієнтація на стан партнера при взаємодії (EVP-OSPV): $\rho=-0.198$, $p=0.048$

Пережитий досвід фізичного насильства може знижувати здатність або бажання зосереджуватися на емоційному стані партнера, що може бути захисним механізмом або наслідком порушення розвитку емоційної чутливості.

Сексуальне насильство (CTQ-SN)

Слабка позитивна кореляція зі шкалою Надання емоційної підтримки (EVP-NEP): $\rho=0.226$, $p=0.024$

Слабка позитивна кореляція зі шкалою Ставлення до себе як до шлюбного партнера (EVP-CCSP): $\rho=0.210$, $p=0.036$

Дані зв'язки можуть свідчити про компенсаторну стратегію або розвинену

гіперчутливість до потреб партнера. Позитивне самосприйняття як партнера може бути результатом адаптації або психологічної роботи над травмою. (див. Табл. 3.12 Додаток Б)

Прямі кореляції між дитячими травмами та якістю емоційної взаємодії подружжя переважно слабкі.

Найменший вплив спостерігається для емоційної (CTQ-SZ) та фізичної занедбаності (CTQ-FZ) – практично відсутні значущі лінійні зв'язки з EVP.

Найбільш помітний, але все ще слабкий вплив: Фізичне насильство (CTQ-FN) негативно корелює з орієнтацією на партнера (EVP-OSPV), тоді як Емоційне (CTQ-EN) та Сексуальне насильство (CTQ-SN) демонструють позитивні, хоча й слабкі, зв'язки з деякими показниками взаємодії (EVP-EFV, EVP-NEP, EVP-CCSP).

Ці результати свідчать про те, що зв'язок дитячих травм та подружньої емоційної взаємодії може бути нелінійним, опосередкованим або модифікованим іншими чинниками (наприклад, індивідуальними копінг-стратегіями, якістю поточного партнерства, участю у терапії).

3.3.3 Факторний аналіз показників дитячої травматизації та емоційної взаємодії подружжя

Факторний аналіз застосовувався з метою виявлення латентної структури досліджуваних психологічних показників та їх узагальнення у меншій кількості факторів для подальшого аналізу.

Для виявлення латентної структури показників емоційної взаємодії подружжя було проведено факторний аналіз із застосуванням обертання *Oblimin*, що дозволяє виділяти фактори, які можуть бути слабо корельованими між собою. За результатами аналізу було ідентифіковано два фактори, які разом описують основні виміри емоційної взаємодії у подружніх стосунках. (див. Таблиця 3.13)

Загалом отримана факторна модель свідчить про наявність двох відносно незалежних компонентів:

1. Активної, поведінково-когнітивної взаємодії

2. Базової емоційної чуттєвості та прийняття

Фактор 1: Активна взаємодія, розуміння та підтримка

Перший фактор акумулює змінні, що відображають свідомі дії, когнітивні зусилля та поведінкові стратегії, спрямовані на підтримку й регуляцію емоційної взаємодії в парі. До нього увійшли такі показники з високими факторними навантаженнями:

Намагання до узгодження дій – 0.871

Розуміння причин виникнення стану партнера – 0.823

Орієнтація на стан партнера при взаємодії – 0.795

Вміння впливати на емоційний стан партнера – 0.777

Надання емоційної підтримки партнеру – 0.764

Виникнення почуттів у взаємодії з партнером – 0.566

Таблиця 3.13

Результат факторного аналізу показників емоційної взаємодії подружжя (EVP)

	Фактор 1	Фактор 2	Унікальність
EVP-ZCCP Здатність сприймати стан партнера		0.696	0.531
EVP-RPVC Розуміння причин виникнення стану	0.823		0.362
EVP-ZCP Здатність до співпереживання	0.301	0.326	0.718
EVP-VPVP Виникнення почуттів у взаємодії з партнером	0.566	0.319	0.422
EVP-BP Безумовне прийняття		0.455	0.678
EVP-CCSP Ставлення до себе як до шлюбного партнера		0.349	0.897
EVP-EFV Емоційний фон взаємодії			0.924
EVP-NYD Намагання до узгодження дій	0.871		0.251
EVP-NEP Надання емоційної підтримки	0.764		0.443

EVP-OSPV Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним	0.795		0.276
EVP-VVCP Вміння впливати на стан партнера	0.777		0.438

Високі факторні навантаження (переважно > 0.70) свідчать про чітку узгодженість цих змінних між собою та їх належність до єдиного латентного конструкта. Змістовно Фактор 1 відображає конструктивну, проактивну складову емоційної взаємодії, яка включає:

Поведінкові компоненти – узгодження дій у парі, активне надання підтримки, здатність регулювати емоційний стан партнера;

Когнітивні компоненти – розуміння причин переживань партнера, орієнтацію на його емоційний стан під час взаємодії.

Таким чином, Фактор 1 можна інтерпретувати як індикатор ефективної комунікативної компетентності подружжя, що базується не лише на емоційній реактивності, а й на усвідомлених діях та відповідальній взаємодії.

Фактор 2: Емоційна чуттєвість та фундаментальне прийняття

Другий фактор об'єднує змінні, які відображають більш базові, первинні аспекти емоційної взаємодії – здатність до емоційного сприйняття партнера та його прийняття без умов. До цього фактора увійшли:

Здатність сприймати емоційний стан партнера – 0.696

Безумовне прийняття – 0.455

Навантаження змінної Здатність сприймати емоційний стан партнера є достатньо високим, що дозволяє розглядати її як ключову для цього фактора. Показник Безумовне прийняття має помірне навантаження, проте змістовно доповнює фактор, відображаючи ціннісно-афективне ставлення до партнера.

Фактор 2 можна інтерпретувати як емоційний базис взаємодії в парі, що передуює активним формам комунікації та забезпечує відкритість до емоцій іншого. Він включає:

Перцептивний аспект – здатність помічати та відчувати емоційний стан партнера;

Афективно-ціннісний аспект – безумовне прийняття партнера незалежно від конкретної взаємодії чи ситуації.

Змінні з високою унікальністю та обмеженою факторною репрезентацією. Окремі показники не були адекватно інтегровані в отриману факторну структуру, що підтверджується їх високими показниками унікальності:

Емоційний фон взаємодії – унікальність 0.924, що означає, що 92,4% дисперсії цієї змінної не пояснюється виділеними факторами.

Ставлення до себе як до шлюбного партнера – унікальність 0.897, попри помірне навантаження на Фактор 2 (0.349).

Здатність до співпереживання – розподілені навантаження на Фактор 1 (0.301) та Фактор 2 (0.326) при високій унікальності (0.718).

Ці результати свідчать, що зазначені змінні або мають більш складну, багатовимірну природу, або відображають інші психологічні механізми, які не повністю охоплюються даною двофакторною моделлю.

Отримана факторна структура демонструє, що емоційна взаємодія подружжя має дволанкову організацію, яка включає:

Фактор 1 – активну, поведінково-когнітивну взаємодію, що проявляється через розуміння, підтримку, узгодження дій і регуляцію емоцій партнера;

Фактор 2 – емоційну чуттєвість та прийняття, які формують базову афективну готовність до взаємодії.

Таким чином, ефективна емоційна комунікація у подружжі ґрунтується як на фундаментальному емоційному прийнятті партнера, так і на активних навичках усвідомленої взаємодії, що разом забезпечують конструктивність і стабільність стосунків.

Факторний аналіз показників ранніх дезадаптаційних схем

У межах дослідження було проведено дослідницький факторний аналіз (Exploratory Factor Analysis, EFA) з метою визначення внутрішньої факторної структури п'яти узагальнених шкал опитувальника схем Янга третьої версії (YSQ-3), а саме: порушення прив'язаності (YSQ-PP), порушення автономії та компетентності (YSQ-PAK), порушені кордони (YSQ-PK), спрямованість на

інших (YSQ-SI), завищені стандарти та гіперконтроль (YSQ-ZSG). Теоретичним припущенням аналізу була наявність одного спільного латентного фактора, який відображає загальний рівень вираженості ранніх дезадаптивних схем. (див. Таблиця 3.14)

Перед проведенням факторного аналізу було перевірено адекватність вибірки та відповідність даних статистичним припущенням. Загальна міра адекватності вибірки Кайзера–Мейєра–Олкіна (КМО) становила 0.833, що відповідає дуже хорошему рівню («meritorious» за класифікацією Кайзера) та підтверджує доцільність застосування факторного аналізу. Індивідуальні показники адекватності вибірки (MSA) для всіх п'яти шкал перебували в межах від 0.770 до 0.893, що перевищує загальноприйнятий мінімальний поріг 0.50 і свідчить про статистичну придатність кожної змінної для включення у факторну модель.

Таблиця 3.14

**Результат факторного аналізу показників ранніх дезадаптаційних схем
(YSQ-S3)**

	Фактор 1	Унікальність
YSQ-PP – Порушення прив'язаності	0.796	0.367
YSQ-PAK - Порушення автономії та компетентності	0.821	0.327
YSQ-PK-Порушені кордони	0.621	0.614
YSQ-SI - Спрямованість на інших	0.845	0.285
YSQ-ZSG-Завищені стандарти та гіперконтроль	0.883	0.221

Результати тесту Бартлетта на сферичність також підтвердили відповідність даних вимогам факторного аналізу ($\chi^2 = 301$, $df = 10$, $p < 0.001$),

що дозволяє відхилити нульову гіпотезу про одиничність кореляційної матриці та засвідчує наявність достатньо сильних кореляцій між шкалами.

Факторний аналіз було проведено з використанням методу мінімального залишку, який є адекватним для психологічних змінних та не вимагає суворого дотримання умов нормальності розподілу. Для інтерпретації факторної структури застосовано косе обертання *oblimin*, хоча в рамках заданої моделі розглядалася структура з одним загальним фактором.

В результаті аналізу було виділено один спільний латентний фактор, який пояснює кореляційні зв'язки між п'ятьма шкалами YSQ-3. Факторні навантаження на цей загальний фактор є високими для всіх змінних: для шкали порушення прив'язаності (YSQ-PP) навантаження становить 0.796, для порушення автономії та компетентності (YSQ-PAK) – 0.821, для порушень кордонів (YSQ-PK) – 0.621, для спрямованості на інших (YSQ-SI) – 0.845, для завищених стандартів та гіперконтролю (YSQ-ZSG) – 0.883. Усі отримані значення перевищують поріг 0.60, що свідчить про високий рівень спільної варіативності шкал та підтверджує їх інтеграцію в єдиний психологічний конструкт.

Найбільший внесок у формування загального фактора здійснюють шкала завищених стандартів та гіперконтролю (0.883), шкала спрямованості на інших (0.845) та шкала порушення автономії та компетентності (0.821), що вказує на їх центральну роль у структурі ранніх дезадаптивних схем у досліджуваній вибірці. Водночас аналіз залишкових навантажень, представлених у стовпці «унікальність», показав, що шкала порушень кордонів (YSQ-PK) має відносно високий унікальний компонент (0.614), поряд із помітним навантаженням на загальний фактор (0.621). Це свідчить про те, що дана схема, зберігаючи значний зв'язок із загальним рівнем схемної дисфункції, одночасно містить специфічну складову, яка частково не пояснюється спільним фактором.

Загалом результати дослідницького факторного аналізу підтверджують високу структурну єдність п'яти узагальнених шкал опитувальника YSQ-3 та їх здатність формувати один потужний латентний фактор, що може

інтерпретуватися як загальний рівень вираженості ранніх дезадаптивних схем. Отримана модель узгоджується з теоретичними положеннями схемотерапії Дж. Янга та створює надійне емпіричне підґрунтя для подальшого аналізу зв'язків загальної схемної дисфункції з показниками емоційної та конфліктної взаємодії в парі

Факторний аналіз показників Анкети дитячої травми (СТQ)

Метою проведення дослідницького факторного аналізу було емпірично перевірити внутрішню структуру п'яти основних шкал Анкети дитячої травми (Childhood Trauma Questionnaire, СТQ) та оцінити припущення про наявність єдиного узагальненого латентного фактора, який відображає загальний рівень дитячої травматизації. До аналізу були включені наступні шкали: СТQ-EN – емоційне насильство, СТQ-FN – фізичне насильство, СТQ-SZ – емоційна занедбаність, СТQ-FZ – фізична занедбаність, СТQ-SN – сексуальне насильство, що відображено в Таблиці 3.15.

Таблиця 3.15

Результат факторного аналізу показників Анкети дитячої травми (СТQ)

	Фактор 1	Унікальність
СТQ-EN - Емоційне насильство	0.922	0.151
СТQ-FN - Фізичне насильство	0.603	0.636
СТQ-SZ -Емоційна занедбаність	0.811	0.343
СТQ-FZ - Фізична занедбаність	0.767	0.412
СТQ-SN - Сексуальне насильство	0.304	0.908

Перед проведенням факторного аналізу було перевірено відповідність даних основним статистичним припущенням щодо його застосування. Загальне значення міри адекватності вибірки Кайзера–Масра–Олкіна (КМО) становило

0.768, що свідчить про добру адекватність вибірки та достатній рівень кореляцій між змінними для проведення факторизації. Індивідуальні показники адекватності вибірки (MSA) для кожної зі шкал знаходилися в межах від 0.730 до 0.819, що перевищує загальноприйнятий мінімальний поріг у 0.60 та підтверджує коректність включення всіх змінних до аналізу. Додатково був проведений тест сферичності Бартлетта, результати якого виявилися статистично значущими ($\chi^2 = 210$, $df = 10$, $p < 0.001$), що дозволяє відхилити нульову гіпотезу про відсутність кореляцій між змінними та підтверджує придатність кореляційної матриці для факторного аналізу.

Факторний аналіз здійснювався з використанням методу мінімального залишку (Minres) як методу видобутку факторів, що рекомендований для аналізу латентних психологічних конструктів. Для обертання факторної структури застосовувалося косе обертання oblimin, оскільки передбачалося, що можливі латентні фактори можуть бути пов'язані між собою. В рамках перевірюваної моделі було виділено один домінуючий фактор, який інтерпретується як Загальний фактор дитячої травми (General Factor of Childhood Trauma).

Отримані факторні навантаження свідчать про високий рівень узгодженості більшості шкал СТQ із цим загальним фактором. Найвищі навантаження продемонструвала шкала емоційного насильства (СТQ-EN; $\lambda = 0.922$), що вказує на її центральну роль у структурі загальної травматизації. Також високі факторні навантаження спостерігалися для шкали емоційної занедбаності (СТQ-SZ; $\lambda = 0.811$) та фізичної занедбаності (СТQ-FZ; $\lambda = 0.767$), що підтверджує їх тісний зв'язок із загальним латентним конструктом дитячої травми. Фізичне насильство (СТQ-FN) продемонструвало помірне факторне навантаження ($\lambda = 0.603$), що свідчить про його включеність у загальний фактор, однак із більш вираженою специфічністю. Найнижче навантаження було виявлено для шкали сексуального насильства (СТQ-SN; $\lambda = 0.304$), що вказує на відносно слабший зв'язок цієї шкали із загальним фактором травматизації.

Аналіз унікальної варіативності (унікальностей) показав, що найбільша частка неврахованої фактором варіативності характерна для шкали сексуального насильства (унікальність = 0.908), що свідчить про значну специфічність цього виду травматичного досвіду та його відносну автономність від інших форм дитячої травми. Порівняно високий рівень унікальної варіативності також спостерігався для шкали фізичного насильства (унікальність = 0.636), що вказує на наявність специфічних аспектів цього досвіду, які не повністю інтегруються у загальний фактор.

Натомість емоційне насильство та емоційна занедбаність характеризуються низькими показниками унікальності, що підтверджує їх високий внесок у формування узагальненого показника дитячої травматизації.

Загалом результати дослідницького факторного аналізу підтверджують доцільність концептуалізації дитячої травми як відносно єдиного латентного конструкта, водночас підкреслюючи, що окремі форми травматичного досвіду, зокрема сексуальне та фізичне насильство, зберігають значну специфічну варіативність і можуть відігравати особливу роль у психологічних наслідках травматизації.

3.4. Додаткова обробка загальних результатів дослідження

Вплив кількості попередніх романтичних стосунків на задоволеність шлюбом

Окрім основних гіпотез, для отримання додаткової інформації було проведено аналіз впливу кількості попередніх романтичних стосунків на рівень задоволеності поточними партнерськими відносинами. Хоча ця гіпотеза не входила до початкового списку дослідницьких гіпотез, її перевірка дозволяє оцінити можливі додаткові чинники, що впливають на задоволеність стосунками.

З метою перевірки гіпотези про вплив кількості попередніх романтичних стосунків на рівень задоволеності шлюбом було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). Незалежною змінною виступала кількість попередніх романтичних стосунків (QS), а залежною змінною— рівень

задоволеності шлюбом (ZCH). Аналіз здійснювався для груп респондентів, сформованих відповідно до кількості попередніх стосунків, при ступенях свободи $df=4$ між групами та $df=95$ усередині груп (Див. Таблиця 3.16).

Таблиця 3.16

Результат аналізу зв'язку кількості попередніх стосунків та задоволеність шлюбом

ANOVA - ZCH						
	Сума квадратів	df (ступенів свободи)	Середній квадрат	F	p	η^2
QS	598	4	149.4	1.81	0.133	0.071
Решти	7845	95	82.6			

Отримані результати свідчать про відсутність статистично значущого зв'язку між кількістю попередніх романтичних стосунків та рівнем задоволеності шлюбом ($F(4,95)=1.81$, $p=0.133$). Оскільки значення рівня значущості перевищує критичний рівень $\alpha=0.05$ нульова гіпотеза про відсутність міжгрупових відмінностей не відхиляється. Таким чином, у межах досліджуваної вибірки не виявлено статистично значущих відмінностей у рівні задоволеності шлюбом залежно від кількості попередніх романтичних стосунків респондентів.

Водночас аналіз величини ефекту показав, що коефіцієнт ета-квадрат становить $\eta^2=0.071$, що, відповідно до критеріїв Коена, відповідає середньому розміру ефекту. Це означає, що фактор QS пояснює близько 7,1 % загальної дисперсії показників задоволеності шлюбом. Отриманий результат свідчить про наявність певної тенденції зв'язку кількості попередніх стосунків то рівня задоволеності шлюбом, яка, однак, не досягла статистичної значущості в умовах даної вибірки.

Отже, результати однофакторного дисперсійного аналізу не підтвердили висунуту гіпотезу про статистично значущий зв'язок кількості попередніх романтичних стосунків та рівня задоволеності шлюбом. Разом з тим середній розмір ефекту дозволяє припустити, що за умов збільшення обсягу вибірки або застосування іншого дизайну дослідження виявлений кореляція може набутися статистичної значущості.

Аналіз зв'язку віку та рівня задоволеності шлюбом

З метою оцінки зв'язку віку респондентів та рівня задоволеності шлюбом було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). Незалежною змінною виступав фактор **вік (Age)**, представлений 29 віковими групами, залежною змінною – **рівень задоволеності шлюбом (ZCH)**. Аналіз здійснювався при ступенях свободи $df = 29$ між групами та $df = 70$ усередині груп (Табл. 3.17)

Таблиця 3.17

Результат аналізу зв'язку віку на задоволеність шлюбом

ANOVA - ZCH						
	Сума квадратів	df (ступенів свободи)	Середній квадрат	F	p	η^2
Age	2528	29	87.2	1.03	0.443	0.299
Решти	5915	70	84.5			

За результатами аналізу статистично значущого зв'язку віку на рівень задоволеності шлюбом виявлено не було ($F(29, 70) = 1.03, p = 0.443$). Оскільки отримане значення рівня значущості перевищує критичний рівень $p < 0.05$, нульова гіпотеза про відсутність відмінностей між віковими групами не відхиляється. Це свідчить про те, що середні показники задоволеності шлюбом не відрізняються статистично значуще між різними віковими групами респондентів.

Разом з тим, аналіз величини ефекту показав, що коефіцієнт ета-квадрат становить $\eta^2 = 0.299$, що, згідно з критеріями Коена, відповідає великому розміру ефекту. Отримане значення вказує на те, що фактор віку пояснює близько 30% загальної дисперсії показників задоволеності шлюбом у межах досліджуваної вибірки.

Таким чином, незважаючи на відсутність статистичної значущості, виявлена величина ефекту може свідчити про потенційно важливий зв'язок між віком та задоволеністю шлюбом, який не досяг рівня статистичної надійності. Це може бути зумовлено особливостями вибірки, кількістю вікових груп або способом категоризації змінної віку, що вказує на доцільність подальших досліджень із залученням більшої вибірки або альтернативних методів аналізу.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було здійснено всебічний емпіричний аналіз ключових психологічних показників, що дозволяє комплексно охарактеризувати особливості функціонування вибірки та емпірично перевірити висунуті гіпотези дослідження. Отримані результати демонструють багаторівневу структуру взаємозв'язків між досвідом дитячої травматизації, ранніми дезадаптивними схемами, стилями поведінки в конфліктних ситуаціях та емоційною взаємодією подружжя.

Аналіз описової статистики дав змогу визначити домінуючі тенденції у вибірці: відносно високу частоту емоційної занедбаності в дитинстві, вираженість схем спрямованості на інших та порушених кордонів, а також переважання миролюбивої стратегії поведінки в конфлікті. Показники емоційної взаємодії подружжя загалом характеризуються позитивним емоційним фоном і достатньою поведінковою залученістю партнерів у підтримку та узгодження взаємодії.

Дані однофакторного дисперсійного аналізу засвідчили, що дитячі травми мають вибірковий зв'язок з конфліктним стилем: емоційна занедбаність пов'язана з унікаючою поведінкою, тоді як сексуальне насильство – з

підвищеною агресивністю у конфліктній взаємодії. Утім, ці закономірності не є всеохопними, що підкреслює неоднорідність механізмів взаємозв'язку раннього травматичного досвіду.

Кореляційний аналіз показав, що прямі зв'язки між дитячою травматизацією та стратегіями конфліктної поведінки переважно слабкі або відсутні, проте виразніша та системніша взаємодія простежується між ранніми дезадаптивними схемами та якістю емоційного функціонування подружжя. Зокрема, схеми порушеної прив'язаності, автономії та завищених стандартів продемонстрували низку помірних негативних кореляцій із ключовими аспектами емоційної чутливості, підтримки, узгодження дій та орієнтації на потреби партнера. Це свідчить, що саме когнітивно-емоційні утворення дорослої особистості – а не лише дитячі травми як такі – відіграють центральну роль у визначенні якості подружньої взаємодії.

Факторний аналіз підтвердив наявність системної структури досліджуваних компонентів. Показники емоційної взаємодії об'єдналися у два відносно незалежні фактори – активну, поведінково-когнітивну взаємодію та базову емоційну чуттєвість і прийняття. Водночас аналіз структурних взаємозв'язків схем Янга показав високий рівень інтегрованості між доменами та існування одного потужного латентного фактора, що відображає загальний рівень дезадаптивності схем. Ці результати узгоджуються з теоретичними положеннями схемо-терапії та підтверджують внутрішню узгодженість конструктів у межах вибірки.

У сукупності результати третього розділу вказують на те, що:

Дитячий травматичний досвід демонструє обмежений, але вибірковий вплив на стилі поведінки у конфлікті;

Ранні дезадаптивні схеми є більш значущим предиктором якості емоційної та конфліктної взаємодії в парі;

Емоційна взаємодія подружжя має двокомпонентну структуру, що поєднує глибинні афективні процеси й активні поведінкові стратегії підтримки;

Схеми прив'язаності, автономії та завищених стандартів є ключовими у

формуванні емоційної дисфункції стосунків.

Таким чином, одержані емпіричні дані підтверджують більшість теоретичних припущень дослідження та створюють основу для подальшого інтегративного аналізу у загальних висновках дипломної роботи.

ВИСНОВКИ

1. В ході теоретичного аналізу сучасних наукових підходів до вивчення дитячої психологічної травми, ранніх дезадаптивних схем та партнерської комунікації було встановлено, що ранній травматичний досвід виступає одним із ключових чинників формування стійких когнітивно-емоційних структур особистості, які визначають характер міжособистісної взаємодії у дорослому віці. Дитячі травми, зокрема емоційне та фізичне насильство, нехтування базовими емоційними потребами, відкидання та нестабільність середовища, призводять до формування ранніх дезадаптивних схем, описаних у межах схема-терапевтичного підходу Д. Янга. Ці схеми виконують адаптивну функцію в умовах дитячого досвіду, проте у дорослому житті стають джерелом повторюваних емоційних реакцій, неефективних стратегій психологічного захисту та труднощів у близьких стосунках. Теоретичний аналіз показав, що саме партнерська комунікація є тією сферою, у якій найбільш виразно активуються ранні схеми, оскільки вона пов'язана з потребами у безпеці, прийнятті, близькості та автономії. Конфліктна комунікація розглядається як індикатор внутрішньої дезадаптації та незадоволених емоційних потреб, що мають витоки у ранньому досвіді.

2. У ході емпіричного дослідження було проаналізовано особливості дитячого травматичного досвіду, структуру ранніх дезадаптивних схем, характеристики емоційної взаємодії та задоволеності партнерськими стосунками у вибірці осіб, які перебувають у тривалих романтичних або шлюбних відносинах. Отримані дані свідчать про неоднорідність вибірки за рівнем пережитих дитячих травм та вираженістю схем, при цьому у значній частини респондентів виявлено наявність субклінічних проявів травматизації, що не завжди усвідомлюються, але проявляються у стилях комунікації та емоційного реагування. Було встановлено, що навіть помірно виражений дитячий травматичний досвід пов'язаний з підвищеною чутливістю до міжособистісних загроз, схильністю до захисних форм поведінки та труднощами емоційної відкритості у партнерстві. Аналіз показників емоційної

взаємодії засвідчив наявність варіативності у здатності до емпатії, підтримки, емоційної залученості та конструктивного вирішення конфліктів.

3. Проведений кореляційний, дисперсійний та факторний аналіз дозволив встановити статистично значущі взаємозв'язки між рівнем дитячої травматизації, вираженістю ранніх дезадаптивних схем, стратегіями поведінки у конфлікті та якістю емоційної взаємодії у парі. Було підтверджено, що вищий рівень дитячої травматизації асоціюється з більшою вираженістю схем покинутості, емоційної депривації, недовіри, дефективності та підвищених стандартів. Активація цих схем пов'язана з домінуванням неефективних або примітивних стратегій психологічного захисту у комунікації, зокрема уникання, агресивного протистояння, емоційного відсторонення або надмірного контролю. Виявлено, що такі стратегії негативно впливають на якість емоційної взаємодії партнерів, знижуючи рівень взаєморозуміння, підтримки та задоволеності стосунками. Факторний аналіз додатково підтвердив структурну взаємопов'язаність емоційних, когнітивних та поведінкових компонентів партнерської взаємодії.

4. Загалом результати дослідження підтверджують, що вплив дитячих травм на комунікацію в парі має системний і багаторівневий характер та опосередковується через формування ранніх дезадаптивних схем і стратегій психологічного захисту. Активні схеми зумовлюють специфічний спосіб інтерпретації поведінки партнера, підвищують чутливість до конфліктів та сприяють повторенню дезадаптивних сценаріїв взаємодії. Зниження якості емоційної взаємодії виступає не лише наслідком травматичного досвіду, але й важливою ланкою, що опосередковує зв'язок між захисними стратегіями та загальною задоволеністю стосунками. Таким чином, результати роботи підтверджують, що конфліктна комунікація у партнерстві є зовнішнім проявом глибинних внутрішніх структур, сформованих під впливом раннього досвіду, і не може бути повноцінно зрозумілою без урахування цих психологічних чинників.

5. Отримані результати мають практичне значення для психологічного консультування та психотерапевтичної роботи з парами. Дані дослідження можуть бути використані для вдосконалення діагностичних підходів, зокрема для виявлення активних дезадаптивних схем, що лежать в основі комунікативних труднощів у стосунках. Результати створюють підґрунтя для розробки психокорекційних програм, спрямованих на підвищення усвідомленості ранніх схем, розвиток більш адаптивних стратегій емоційного реагування та покращення якості партнерської взаємодії. Крім того, матеріали дослідження можуть бути використані в освітніх програмах з психології сім'ї, психології стосунків і схема-терапії, а також у підготовці фахівців, які працюють із наслідками дитячої травматизації у дорослому житті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Reliability and Validity of the Ukrainian Version of the Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3) (2018) *Advances in Sciences and Humanities* DOI:10.11648/j.ash.20180404.11
2. Ключніченко О.Д. Анкета дитячої травми https://document.kdu.edu.ua/diplom/2023_mag_5754.pdf
3. Є. М. Потапчук, 2020 ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ШЛЮБНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ТА МІЖОСОБИСТІСНОЇ СУМІСНОСТІ З ПАРТНЕРОМ
4. СМІРНОВА, В. Л., ПАНЧИШИН, Н. Я., & ІВАНІВ, С. М. (2025). ОЦІНКА ПОТЕНЦІЙНОГО ВПЛИВУ РАННІХ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ НА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЛЬНУ ПОВЕДІНКУ ДОРОСЛИХ. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (2), 18–24. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.2.15501>
5. Сингаївська, І., & Осауленко, Н. (2023). ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНИХ ПРОБЛЕМ В ШЛЮБНИХ ПАРТНЕРСЬКИХ СТОСУНКАХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-71-125-134>
6. al'Absi M, Ginty AT, Lovallo WR.(2021) Neurobiological mechanisms of early life adversity, blunted stress reactivity and risk for addiction. doi: 10.1016/j.neuropharm.2021.108519
7. Allen SF, Gilbody S, Atkin K, van der Feltz-Cornelis CM.(2023) The associations among childhood trauma, loneliness, mental health symptoms, and indicators of social exclusion in adulthood: A UK Biobank study. *Brain Behav.* doi: 10.1002/brb3.2959
8. Basso JC, Satyal MK, McKee KL, Lynn S, Gyamfi D, Bickel WK.(2024) Dissociation and other trauma symptomatology are linked to imbalance in the competing neurobehavioral decision systems. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1317088
9. Begemann MJH, Schutte MJL, van Dellen E, Abramovic L, Boks MP, van Haren NEM, Mandl RCW, Vinkers CH, Bohlken MM, Sommer IEC. (2023) Childhood

trauma is associated with reduced frontal gray matter volume: a large transdiagnostic structural MRI study. doi: 10.1017/S0033291721002087

10. Berens, A.E., Jensen, S.K.G. & Nelson, C.A. (2017) Biological embedding of childhood adversity: from physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Med* 15, 135. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0895-41>

11. Bonache H, Gonzalez-Mendez R, Krahé B.(2019) Adult Attachment Styles, Destructive Conflict Resolution, and the Experience of Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence*. doi: 10.1177/0886260516640776

12. Boyer SM, Caplan JE, Edwards LK. (2022) Trauma-Related Dissociation and the Dissociative Disorders: Neglected Symptoms with Severe Public Health Consequences. 78-84. doi: 10.32481/djph.2022.05.010

13. Brandão T, Matias M, Ferreira T, Vieira J, Schulz MS, Matos PM. (2020) Attachment, emotion regulation, and well-being in couples: Intrapersonal and interpersonal associations. *J Pers*. doi: 10.1111/jopy.12523

14. Bretaña I, Alonso-Arbiol I, Recio P, Molero F.(2022) Avoidant Attachment, Withdrawal-Aggression Conflict Pattern, and Relationship Satisfaction: A Mediational Dyadic Model. *Front Psychol*. doi: 10.3389/fpsyg.2021.794942

15. Bruysters NYF, Pilkington PD. (2023) Overprotective parenting experiences and early maladaptive schemas in adolescence and adulthood: A systematic review and meta-analysis. doi: 10.1002/cpp.2776

16.Cai J, Li J, Liu D, Gao S, Zhao Y, Zhang J, Liu Q.(2023) Long-term effects of childhood trauma subtypes on adult brain function. *Brain Behav*. 2doi: 10.1002/brb3.2981

17.Cao H, Zhou N, Leerkes EM.(2020) Childhood emotional maltreatment and couple functioning among women across transition to parenthood: A process model. doi: 10.1037/fam0000662

18.Celsi L, Paleari FG, Fincham FD.(2021) Adverse Childhood Experiences and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Cyber Dating Abuse: An Actor-Partner Interdependence Mediation Model Approach. doi: 10.3389/fpsyg.2021.623646

19.Çağlar A, Kaya B.(2025) Positive Childhood Experiences and Posttraumatic

- Growth: The Mediating Roles of Self-Compassion and Self-Esteem. doi: 10.1007/s11126-025-10194-y
20. Carolyn A. Greene, Lauren Haisley, Cara Wallace, Julian D. Ford; (2020) Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
 21. Chervonsky E, Hunt C.(2017) Suppression and expression of emotion in social and interpersonal outcomes: doi: 10.1037/emo0000270
 22. Ciringione, L., Perinelli, E., Mancini, F., & Prunetti, E. (2025) Beyond the Scars: An Analysis of Adverse Childhood Experiences and the Interconnections Between Emotion Dysregulation, Dissociation, and Trauma in Patients with Borderline Personality Disorder. *Brain Sciences*, 15(8), 889. <https://doi.org/10.3390/brainsci15080889>
 23. Cruz D, Lichten M, Berg K, George P. (2022) Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment. doi: 10.3389/fpsy.2022.800687
 24. Deen A, Biedermann SV, Lotzin A, Krüger-Gottschalk A, Dyer A, Knaevelsrud C, Rau H, Schellong J, Ehring T, Schäfer I.(2022) The dissociative subtype of PTSD in trauma-exposed individuals: a latent class analysis and examination of clinical covariates. doi: 10.1080/20008198.2022.2031591
 25. Demers LA, McKenzie KJ, Hunt RH, Cicchetti D, Cowell RA, Rogosch FA, Toth SL, Thomas KM.(2018) Separable Effects of Childhood Maltreatment and Adult Adaptive Functioning on Amygdala Connectivity During Emotion Processing. doi: 10.1016/j.bpsc.2017.08.010
 26. Duschinsky, Robbie, Solomon, Judith; (2017) Infant disorganized attachment: Clarifying levels of analysis; 22; DOI 10.1177/1359104516685602
 27. Feinstein, Robert E., and others, (2022) 'Schema Therapy', in Robert Feinstein (ed.) <https://doi.org/10.1093/med/9780197574393.003.0012>
 28. Finzi-Dottan, R., & Abadi, H. (2024) From Emotional Abuse to a Fear of Intimacy: A Preliminary Study of the Mediating Role of Attachment Styles and

Rejection Sensitivity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1679. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121679>

29. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. (2016) Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. doi: 10.1002/14651858.CD012371.

30. Greene, Carolyn A., Lauren Haisley, Cara Wallace, Julian D. Ford; (2020) Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>

31. Greenman PS, Renzi A, Monaco S, Luciani F, Di Trani M. (2024) How Does Trauma Make You Sick? The Role of Attachment in Explaining Somatic Symptoms of Survivors of Childhood Trauma. doi:10.3390/healthcare12020203.

32. Harb F, Liuzzi MT, Huggins AA, Webb EK, Fitzgerald JM, Krukowski JL, deRoos-Cassini TA, Larson CL. (2024) Childhood Maltreatment and Amygdala-Mediated Anxiety and Posttraumatic Stress Following Adult Trauma. doi: 10.1016/j.bpsgos.2024.100312

33. Harb F, González-Van Wart A, Brzezinski J, deRoos-Cassini TA, Larson CL. (2025) Subtypes of childhood maltreatment and posttraumatic stress disorder symptoms in an adult trauma sample: The mechanistic role of sleep. doi: 10.1037/tra0001716.

34. Harris VW, Anderson J, Visconti B.(2022) Social emotional ability development (SEAD): an integrated model of practical emotion-based competencies. <https://doi.org/10.1007/s11031-021-09922-1>

35. Hoshovskyi, J. (2025) CHILDHOOD TRAUMA AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF AN ADULT. *Personality and Environmental Issues*, 4(1), 22-27. [https://doi.org/10.31652/2786-6033-2025-4\(1\)-22-27](https://doi.org/10.31652/2786-6033-2025-4(1)-22-27)

36. Hou Y, Jiang F, Wang X.(2019) Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. *Int J Psychol.* doi: 10.1002/ijop.12473

37. Jitaru M, Turliuc MN. (2022) The Moderator Role of Interpersonal Emotion

- Regulation on the Associations between Commitment, Intimacy, and Couple Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. doi: 10.3390/ijerph191710506
38. Jittayuthd, S., & Karl, A. (2022) Rejection sensitivity and vulnerable attachment: associations with social support and PTSD symptoms in trauma survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2027676>
 39. Karakaş M, Çingöl N.(2022) The relationship of childhood trauma experiences with cognitive distortions and sense of coherence in nursing students. doi: 10.1111/ppc.12962
 40. Karatzias T, Jowett S, Begley A, Deas S. (2016) Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. doi: 10.3402/ejpt.v7.30713
 41. Kaya Tezel F, Tutarel Kişlak Ş, Boysan M.(2015) Relationships between Childhood Traumatic Experiences, Early Maladaptive Schemas and Interpersonal Styles. *Noro Psikiyatr Ars*. doi: 10.5152/npa.2015.7118
 42. Kimble M, Sripad A, Fowler R, Sobolewski S, Fleming K. (2018) Negative world views after trauma: Neurophysiological evidence for negative expectancies. *Psychol Trauma*. doi: 10.1037/tra0000324
 43. Klein SR, Renshaw KD, Curby TW.(2016) Emotion Regulation and Perceptions of Hostile and Constructive Criticism in Romantic Relationships. doi: 10.1016/j.beth.2015.10.007
 44. Lahousen T, Unterrainer HF, Kapfhammer HP.(2019) Psychobiology of Attachment and Trauma-Some General Remarks From a Clinical Perspective. *Front Psychiatry*. doi: 10.3389/fpsy.2019.00914
 45. Levy-Gigi E, Shamay-Tsoory SG.(2017) Help me if you can: Evaluating the effectiveness of interpersonal compared to intrapersonal emotion regulation in reducing distress. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.11.008
 46. Lucinda Grummitt, Erin V Kelly, Nicola C Newton, Lexine Stapinski, Siobhan Lawler, Katrina Prior, Emma L Barrett; (2023) Self-compassion and avoidant coping as mediators of the relationship between childhood maltreatment and mental health and alcohol use in young adulthood, *Child Abuse & Neglect*,

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106534>

47. Lyons R, Haller M, Curry I, Norman SB. (2019) The relationship between negative trauma-related cognitions and psychosocial functioning in veterans with posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder. doi: 10.1080/08897077.2019.1635957
48. Maçkalı, Z., Gökdağ, C. & Toksoy, Ş.E. (2025) The structural associations among childhood traumas, attachment dimensions, and relational needs. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-08070-w>
49. Malik S, Wells A, Wittkowski A.(2015) Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: doi: 10.1016/j.jad.2014.10.007
50. Marusak HA, Martin KR, Etkin A, Thomason ME. (2015) Childhood trauma exposure disrupts the automatic regulation of emotional processing. *Neuropsychopharmacology*. doi: 10.1038/npp.2014.311
51. May T, Younan R, Pilkington PD. (2022) Adolescent maladaptive schemas and childhood abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. doi: 10.1002/cpp.2712
52. McLaughlin KA, Colich NL, Rodman AM, Weissman DG. (2020) Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Med*. doi: 10.1186/s12916-020-01561-6
53. McLaughlin KA, Weissman D, Bitrán D. (2019) Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annu Rev Dev Psychol*. :277-312. doi: 10.1146/annurev-devpsych-121318-084950
54. Meng X, Fleury MJ, Xiang YT, Li M, D'Arcy C.(2018) Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: a systematic review. doi: 10.1007/s00127-018-1485-2
55. Michałowska, S., Chęć, M. & Podwalski, P. (2025) The mediating role of maladaptive perfectionism in the relationship between childhood trauma and depression. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-03783>
56. Molero, F., Shaver, P. R., Fernandez, I., Alonso-Arbiol, I. T. Z. I. A. R., & Recio,

- P. (2016) Long-term partners' relationship satisfaction and their perceptions of each other's attachment insecurities. *Personal Relationships*, URL:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pere.12117>
57. Morris AM, Freeberg-Powell E, Verma S, Di Giuseppe M, Crespo H, Hoffman L, Rice T.(2025) Attachment Classification, Emotion Regulation, and Defense Mechanisms: An Integrative Narrative Review. *Healthcare (Basel)*. 2025 doi: 10.3390/healthcare13233105
58. Park Y, Lee CW, Jang Y, et al. (2024) Relationship between early traumatic experiences and emotional regulation skills in major depressive and bipolar disorders. *J Affect Disord*; 36(6):476-484. doi:10.1017/neu.2024.41
59. Parano E, Pavone V, Ruggieri M, Castagnola I, Ettore G, Fusto G, Rizzo R, Pavone P. (2025) The Many Faces of Child Abuse: How Clinical, Genetic and Epigenetic Correlates Help Us See the Full Picture. doi: 10.3390/children12060797.
60. Pilkington PD, Bishop A, Younan R.(2021) Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. doi: 10.1002/cpp.2533
61. Pilkington PD, Karantzas GC, Faustino B, Pizarro-Campagna E. (2023) Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. doi: 10.1002/cpp.2914
62. Poucher, J., Prager, K. J., Shirvani, F., Parsons, J., & Patel, J. (2022) Intimacy, attachment to the partner, and daily well-being in romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(6). URL: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/02654075211060392>
63. Quan L, Zhang K, Chen H. (2025) The relationship between childhood trauma and romantic relationship satisfaction: the role of attachment and social support. *Front Psychiatry*. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1519699
64. Racine N, Eirich R, Dimitropoulos G, Hartwick C, Madigan S. (2020) Development of trauma symptoms following adversity in childhood: The moderating role of protective factors. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104375

65. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. (2016) Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. doi: 10.1002/14651858.CD010204.pub2.
66. Rosana Carvalho Silva, Francesco Oliva, Stefano Barlati, Giulia Perusi, Mattia Meattini, Elona Dashi, Nicoletta Colombi, Alberto Vaona, Sara Carletto, Alessandra Minelli. (2024) Childhood neglect, the neglected trauma. A systematic review and meta-analysis of its prevalence in psychiatric disorders., <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115881>
67. Ruben Vonderlin, Nikolaus Kleindienst, Georg W. Alpers, Martin Bohus, Lisa Lyssenko Christian Schmahl (2018) Psychological Medicine , V. 48, DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>
68. SIGM. FREUD, M.D., LL.D. BEYOND THE PLEASURE PRINCIPLE URL: <https://www.gutenberg.org/files/76031/76031-h/76031-h.htm>
69. Simpson JA, Steven Rholes W.(2017) Adult Attachment, Stress, and Romantic Relationships. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.04.006
70. Sathyamurthy, M., Nair, V. V., Mohamed, I. S., TS, D., & P, S. (2024) INTERPERSONAL COMMUNICATION, EMOTIONAL INTELLIGENCE, CONFLICT RESOLUTION, RELATIONAL SATISFACTION AMONG INTIMATE PARTNERS. <https://doi.org/10.36690/2674-5216-2024-4-65-72>
71. Spirou D, Raman J, Bishay RH, Ahlenstiel G, Smith E.(2022) Childhood trauma, posttraumatic stress disorder symptoms, early maladaptive schemas, and schema modes: a comparison of individuals with obesity and normal weight controls. doi: 10.1186/s12888-022-04169-7
72. St-Pierre Bouchard J, Brassard A, Lefebvre AA, Dugal C, Lafontaine MF, Savard C, Daspe MÈ, Péloquin K, Godbout N. (2023) Cumulative Childhood Trauma, Communication Patterns, and Intimate Partner Violence Perpetrated by Men Seeking Help. doi: 10.1177/08862605221138651
73. Taylor CDJ, Bee P, Haddock G.(2017) Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychol Psychother. doi: 10.1111/papt.12112

74. Teicher MH, Khan A.(2019) Childhood Maltreatment, Cortical and Amygdala Morphometry, Functional Connectivity, Laterality, and Psychopathology. doi: 10.1177/1077559519870845
75. Thimm JC. (2022) The higher-order structure of early maladaptive schemas: A meta-analytical approach. *Front Psychiatry*. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1053927
76. Tracchegiani, J., Fontana, A., Benzi, I.M.A. et al. (2025) Profiles of Childhood Maltreatment and Defenses: Associations with Personality Functioning in Emerging Adulthood. <https://doi.org/10.1007/s40653-025-00710-4>
77. Ünsal Gülseven, G., & Türer, A. (2025) Examination of Conflict Resolution Styles in Romantic Relationships According to the Positive Psychotherapy Four-Way Model. <https://doi.org/10.35365/eass.25.02.03>
78. Wambua GN, Kilian S, Chiliza B.(2025) A qualitative study of coping strategies and resilience in the aftermath of childhood adversity in first-episode psychosis. doi: 10.1111/eip.13551
79. Widom CS, Czaja SJ, Kozakowski SS, Chauhan P. (2017) Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? doi: 10.1016/j.chiabu.2015.05.002
80. William Wooten, Claire Laubaucher, Grace C. George, Sara Heyn, Ryan J. Herringa; (2022) The impact of childhood maltreatment on adaptive emotion regulation strategies. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105494>
81. Xiao Zhou, Rui Zhen; (2022) How do physical and emotional abuse affect depression and problematic behaviors in adolescents? The roles of emotional regulation and anger. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105641>
82. Yael Dvir; (2022) Childhood Trauma and Psychosis: A Brief Updated Review and Case Study; <https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.08.002>
83. Zhang K, Hu X, Ma L, Xie Q, Wang Z, Fan C, Li X. (2023) The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nord J Psychiatry*. doi: 10.1080/08039488.2023.2228304

Додаток А

Таблиця 3.12

Результат кореляційного аналізу зв'язків між ранніми дезадаптивними схемами (YSQ) та емоційною взаємодією подружжя (EVP)

		EV P-Z CC P	EVP- RPV C	EV P-Z CP	EVP- VPV P	EVP- BP	EV P-C CSP	EVP -EF V	EVP- NYD	EVP- NEP	EVP- OSPV	EVP- VVC P
YS Q- PP	Спірм ен $\rho(\rho)$	-0.1 70	-0.373 ***	-0.2 34*	-0.25 3*	-0.19 3	-0.0 40	0.09 7	-0.447 ***	-0.30 0**	-0.460 ***	-0.28 4**
	р-зна чення	0.0 90	<.001	0.01 9	0.011	0.055	0.69 0	0.33 7	<.001	0.002	<.001	0.004
YS Q- PA K	Спірм ен $\rho(\rho)$	-0.1 81	-0.263 **	-0.0 94	-0.21 4*	-0.27 3**	-0.1 72	0.28 2**	-0.275 **	-0.15 4	-0.306 **	-0.05 5
	р-зна чення	0.0 72	0.008	0.35 2	0.032	0.006	0.08 7	0.00 4	0.006	0.126	0.002	0.589
YS Q- P K	Спірм ен $\rho(\rho)$	-0.1 38	-0.212 *	-0.0 90	-0.18 3	-0.09 1	-0.1 17	0.14 5	-0.216 *	-0.05 5	-0.187	-0.02 3
	р-зна чення	0.1 72	0.035	0.37 3	0.068	0.365	0.24 6	0.15 1	0.031	0.586	0.062	0.819
YS Q- SI	Спірм ен $\rho(\rho)$	-0.0 48	-0.265 **	-0.1 44	-0.23 7*	-0.13 5	-0.2 47*	0.23 9*	-0.271 **	-0.19 3	-0.268 **	-0.16 3
	р-зна чення	0.6 38	0.008	0.15 2	0.018	0.181	0.01 3	0.01 7	0.006	0.055	0.007	0.105
YS Q- ZS G	Спірм ен $\rho(\rho)$	-0.0 63	-0.243 *	-0.1 96	-0.28 0**	-0.18 3	-0.1 53	0.14 7	-0.292 **	-0.24 2*	-0.283 **	-0.22 4*
	р-зна чення	0.5 31	0.015	0.05 1	0.005	0.068	0.12 9	0.14 5	0.003	0.015	0.004	0.025

Додаток Б

Таблиця 3.13

Результат кореляційного аналізу між Емоційною взаємодією подружжя (EVP) та Анкетою дитячих травма (CTQ)

		EVP -ZC CP	EVP -RP VC	EVP -ZC P	EVP -VP VP	EVP -BP	EVP -CC SP	EVP -EF V	EVP -NY D	EVP -NE P	EVP- OSP V	EVP -VV CP
CT Q- EN	Спірме н $\rho(\rho)$	0.01 6	0.05 0	-0.1 26	0.02 6	-0.0 02	0.04 3	0.20 3*	-0.0 02	0.11 9	0.01 0	-0.0 07
	р-значе ння	0.87 7	0.62 4	0.21 2	0.79 5	0.98 1	0.66 8	0.04 3	0.98 2	0.23 7	0.92 1	0.94 9
CT Q- FN	Спірме н $\rho(\rho)$	-0.0 78	-0.1 58	-0.0 33	-0.1 65	-0.0 96	0.02 6	-0.0 26	-0.0 77	-0.0 33	-0.19 8*	-0.0 96
	р-значе ння	0.43 9	0.11 6	0.74 5	0.10 0	0.34 0	0.79 9	0.79 5	0.44 4	0.74 7	0.04 8	0.34 1
CT Q- SZ	Спірме н $\rho(\rho)$	0.05 7	0.02 9	-0.1 38	-0.0 55	0.00 9	0.09 9	0.06 9	-0.0 80	0.03 8	-0.00 1	-0.0 30
	р-значе ння	0.57 3	0.77 5	0.17 2	0.58 8	0.92 8	0.32 8	0.49 3	0.42 6	0.70 5	0.99 2	0.76 9
CT Q- FZ	Спірме н $\rho(\rho)$	-0.0 82	-0.0 29	-0.0 88	-0.0 67	-0.1 17	-0.0 01	-0.0 18	-0.0 88	-0.0 05	-0.08 6	-0.0 63
	р-значе ння	0.41 5	0.77 4	0.38 4	0.51 1	0.24 6	0.99 0	0.86 2	0.38 7	0.96 0	0.39 2	0.53 3
CT Q- SN	Спірме н $\rho(\rho)$	-0.1 93	-0.0 57	0.04 3	-0.0 69	-0.1 58	-0.0 11	0.21 0*	-0.0 01	0.22 6*	-0.07 9	0.06 2
	р-значе ння	0.05 4	0.57 6	0.66 8	0.49 7	0.11 6	0.91 2	0.03 6	0.99 4	0.02 4	0.43 6	0.53 8