

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Вплив негативного досвіду дитинства на афективні симптоми
фахівців допомагаючих професій під час війни**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Скокової Світлани Олександрівни

Науковий керівник:

докторка філософії з психології,
асистентка кафедри психодіагностики
та клінічної психології

Шевчук Ольга Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА НА АФЕКТИВНІ СИМПТОМИ У ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ	9
1.1. Афективні симптоми у дорослих в умовах воєнного стресу як багатовимірний психоемоційний феномен.....	9
1.2. Негативний досвід дитинства фахівців допомагаючих професій як фактор довготривалої психологічної вразливості та ризику афективних порушень.....	16
1.3. Механізми зв'язку негативного досвіду дитинства з афективними симптомами через труднощі емоційної регуляції та ранні дезадаптивні схеми.....	24
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА НА АФЕКТИВНІ СИМПТОМИ У ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ	35
2.1. Опис дизайну дослідження афективних симптомів у фахівців допомагаючих професій.....	35
2.2. Операціональна модель дослідження.....	39
2.3. Характеристика вибірки.....	50
Висновки до розділу 2.....	59
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА НА АФЕКТИВНІ СИМПТОМИ У ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ	62
3.1. Загальний аналіз результатів дослідження.....	62

3.2. Зв'язок афективних симптомів із негативним досвідом дитинства серед фахівців допомагаючої сфери та його порівняння з групою представників інших професій.....	76
3.3. Вплив негативного досвіду дитинства на прояви афективних симптомів у фахівців допомагаючих професій у порівнянні з контрастною групою.....	95
Висновки до розділу 3.....	108
ВИСНОВКИ.....	111
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	118
ДОДАТКИ.....	131

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тема афективної сфери фахівців допомагаючих професій у реаліях тривалого воєнного стресу набуває особливої актуальності, оскільки війна в Україні перестала бути короткочасною кризою і перетворилась на довготривале тло життя, у якому емоційна сфера функціонує під постійним тиском загрози, втрат і невизначеності. Психологи, психотерапевти, гуманітарні фахівці, волонтери щоденно мають справу із травматичним досвідом інших людей, стикаючись з історіями втрат, насильства, руйнувань, що посилює ризик емоційного виснаження та афективних порушень. Хронічний стресовий контекст, зумовлений повітряними тривогами, ракетними атаками, вимушеним переміщенням, розривом сімейних і соціальних зв'язків, економічною нестабільністю та обмеженням життєвих перспектив, виснажує адаптаційні ресурси цих фахівців і змінює звичні механізми емоційної саморегуляції. У таких умовах афективні порушення проявляються як більш стійкі стани емоційної напруги, нестабільності, драгітливості, відчуття безсилля, внутрішнього спустошення або емоційного оніміння, що можуть чергуватися з вибухами афекту чи коливаннями настрою.

Дитинство є періодом закладання базових моделей безпеки, довіри до світу, способів розпізнавання та регуляції емоцій, а також первинних уявлень про себе та інших, тому пережиті в цей час насильство, нехтування потребами, втрата значущої опори або тривала нестабільність можуть сформувати стійкі стилі настороженості, гіперпильності чи емоційного відключення як способу виживання. У дорослому віці, у фахівців допомагаючих професій, такі ранні адаптації можуть частково маскуватися високою професійною мотивацією, орієнтацією на допомогу іншим і розвитком професійних навичок емоційної регуляції, однак в

умовах війни, коли загроза знову стає повсякденною реальністю, реактивуються і підсилюють афективні порушення, надаючи їм більш затяжного, хвилеподібного або непропорційно гострого характеру.

Війна в Україні створює для фахівців допомагаючих професій контекст як особистої, так і вторинної травматизації, де постійні втрати, небезпека, вимушені зміни життєвих і професійних ролей та невизначеність майбутнього резонують із ранніми переживаннями безсилля й небезпеки, засвоєними в дитинстві. Через це афективні симптоми в частини таких фахівців мають глибше психологічне підґрунтя, що пов'язане з негативним дитячим досвідом, і робить проблему афективних порушень серед них масштабним соціально-психологічним викликом. А це, у свою чергу, висуває практичну потребу цілеспрямовано враховувати негативний досвід як чинник ризику при оцінці психічного стану фахівців допомагаючих професій, плануванні їх психологічної підтримки, профілактичних програм та системи професійного вигорання і супервізійної допомоги.

У сучасному українському контексті емоційні зміни цивільного населення й психологічні особливості емоційного стану особистості під час воєнного стану висвітлюються у працях, присвячених трансформації емоційної сфери під впливом тривалого воєнного стресу (Романюк, 2024; Козій, 2024). Окремий напрям становлять роботи про емоційну дезадаптацію у підлітковому віці, наприклад, щодо проявів тривожності та специфіки психологічної роботи з травмою в період воєнного стану (Герасимова, 2024; Власюк, 2024). Питання негативного досвіду дитинства як джерела довготривалої емоційної вразливості розглядається в українських публікаціях про роль екзогенних факторів у його формуванні, зв'язок дитячої травматизації з подальшим психічним здоров'ям і ресурси осіб із психотравмуючим досвідом (Бичко & Таран, 2025; Гамолко & Савиченко, 2025; Кульчицька, 2025).

Зарубіжні дослідження уточнюють, як несприятливі події дитинства підвищують ризик афективних порушень за умов інтенсивного стресу та війни, включно з перевіркою гіпотези стрес-сенситизації й аналізом функціональних наслідків дитячих адверситетів (Campbell-Sills et al., 2025; Davis et al., 2022). Додатково висвітлюються окремі афективні механізми у травматичних контекстах, де посідають окрему роль сорому та типу травми у вираженості ПТСР і депресії, а також довготривалий вплив воєнної експозиції на психопатологію молоді в ситуації вимушеного переселення (Flynn et al., 2023; Hinchey et al., 2023).

Отже, поєднане осмислення воєнного стресу й ранніх травматичних впливів є необхідним для більш точного розуміння механізмів афективної сфери.

Мета дослідження – виявити особливості афективних симптомів та оцінити вплив негативного досвіду дитинства на їх прояви у фахівців допомагаючих професій під час війни.

Відповідно до мети були сформульовані **завдання дослідження**:

1. Уточнити теоретичні підходи до розуміння афективних симптомів та негативного досвіду дитинства, а також їх взаємозв'язку в умовах війни.
2. Визначити рівень прояву афективних симптомів та поширеність негативного досвіду дитинства серед фахівців допомагаючих професій.
3. Встановити зв'язок між показниками афективних симптомів та негативним досвідом дитинства.
4. Проаналізувати відмінності в рівнях прояву афективних симптомів та негативного досвіду дитинства залежно від професійної групи.
5. Оцінити вплив негативного досвіду дитинства на афективну симптоматику фахівців допомагаючих професій під час війни.

Об'єктом дослідження є афективна сфера особистості.

Предметом дослідження є вплив негативного досвіду дитинства на афективні симптоми фахівців допомагаючих професій під час війни.

Методи дослідження:

теоретичні – аналіз, синтез та узагальнення сучасних знань з проблематики дослідження;

емпіричні – розширений соціодемографічна анкета та батарея психодіагностичних інструментів, а саме «Опитувальник труднощів емоційної регуляції» (DERS), «Опитувальник негативного досвіду дитинства» (ACE), «Схемний опитувальник Янга» (YSQ-S3G), «Анкета здоров'я» (PHQ-9), «Шкала генералізованої тривоги» (GAD-7), «Міжнародний опитувальник травми» (ITQ);

математико-статистичні – описова статистика для встановлення провідних тенденцій, критерії, кореляційний аналіз (rho-Спірмена) для встановлення взаємозв'язків між показниками дослідження та критерії порівняння (U-МанаУїтні), однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) для виявлення залежності афективних симптомів від негативного досвіду дитинства, множинний регресійний аналіз.

Гіпотези:

- Вищий рівень негативного досвіду дитинства (ACE) пов'язаний з більш вираженими афективними симптомами (депресивними, тривожними, посттравматичними у дорослих, причому цей зв'язок опосередковується труднощами емоційної регуляції та активацією ранніх дезадаптивних схем;
- Працівники допомагаючих професій, які систематично залучені до надання допомоги іншим, демонструють більш розвинені навички емоційної регуляції та меншу вираженість окремих дезадаптивних схем порівняно з контрольною групою.

Емпірична база дослідження. В дослідженні взяли участь 125 осіб, з яких 92 жінки, 31 чоловік та відзначили гендер як інше – 2. Віковий

діапазон вибірки від 21 до 88 років, при цьому середній вік вибірки склав 41,9 років (13,5 стандартне відхилення). Всі учасники були поінформовані щодо етичних засад дослідження та дали згоду на обробку та подальший аналіз результатів опитування.

Теоретична та практична значущість дослідження полягає у поглибленні розуміння зв'язку між негативним досвідом дитинства та афективними симптомами фахівців у умовах війни, уточненні ролі професійної належності й емоційної регуляції як чинників вразливості та стійкості, а також у можливості використання отриманих результатів для розробки програм скринінгу, психопрофілактики, супервізійної підтримки та цільових інтервенцій для різних професійних груп.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному емпіричному аналізі взаємозв'язків між негативним досвідом дитинства, афективними симптомами, особистісними схемами, показниками ПТСР та емоційної саморегуляції у фахівців допомагаючих професій у порівнянні з представниками інших сфер під час повномасштабної війни, а також у побудові регресійної моделі предикторів труднощів емоційної регуляції.

Структура роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел, який налічує 95 найменувань. Робота містить 47 таблиць, 16 рисунків та 6 додатків. Основний обсяг роботи склав 115 сторінок. Повний обсяг роботи становить 143 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА НА АФЕКТИВНІ СИМПТОМИ У ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ

1.1. Афективні симптоми у дорослих в умовах воєнного стресу як багатовимірний психоемоційний феномен

Афективні симптоми проявляються у вигляді змін настрою, рівня тривожності, депресивних тенденцій, порушень емоційної стабільності, соматичних реакцій та змін у когнітивній сфері. Згідно з біопсихосоціальною моделлю, афективні порушення виникають у результаті взаємодії нейробиологічних механізмів, особистісних схильностей і середовищних стресорів, що узгоджується з результатами сучасних емпіричних досліджень (Dedoncker et al., 2021). У працях українських дослідників, виконаних у контексті повномасштабної війни, підкреслюється, що тривалий вплив воєнного стресу знижує емоційну стійкість юнаків та молоді, посилює схильність до тривожно-депресивних реакцій і виснажує ресурси саморегуляції, що проявляється у підвищеній втомлюваності, емоційній лабільності та відчутті безперспективності (Мельник, 2024; Семенюк, 2025; Булденко, 2023).

Практичні посібники, спрямовані на діагностику адаптаційних розладів у суб'єктів освітнього простору в умовах війни, фіксують широкий спектр афективних проявів – від підвищеної тривожності й емоційного виснаження до епізодів дезорганізувальної депресивності та соматизованого стресу, що ускладнює навчальну й професійну діяльність (Пророк et al., 2023).

Окремий напрям становлять роботи, що описують специфічні форми афективного реагування як варіанти «виживальної» адаптації. Алкогольна адикція розглядається як один із деструктивних способів тимчасового зняття напруги в умовах хронічної стресогенності воєнного часу, який

консервує й поглиблює афективні порушення, посилюючи відчуття провини, безпорадності та соціальної ізоляції (Новосад, 2024). Питання клінічної та консультативної допомоги дорослим із емоційними розладами в умовах війни висвітлюються у роботах, де підкреслюється поєднання гострих стресових реакцій, депресивної симптоматики, генералізованої тривоги, посттравматичних проявів та змін у міжособистісному функціонуванні, що потребує комплексного підходу до діагностики й психокорекції (Дорожкіна, 2024; Чабан, Хаустова & Омелянович, 2023).

Дослідження, присвячені дорослим жінкам у воєнний період, демонструють підвищену вразливість до негативних психоемоційних станів, їх зв'язок із перевантаженням соціальними ролями, хронічним відчуттям небезпеки та обмеженими можливостями відновлення, а також окреслюють значення навичок емоційної регуляції у пом'якшенні афективних симптомів (Лінькова, 2025). У цьому контексті розвиток емоційного інтелекту розглядається як важливий ресурс, що підсилює здатність до усвідомлення, диференціації та конструктивної переробки емоційних переживань, сприяючи більш адаптивному реагуванню на воєнні стресори та зниженню ризику хроніфікації афективних порушень (Саламага, 2024).

Роботи, зосереджені на вивченні тривожності в дорослому віці, розглядають її як чутливий індикатор загального психологічного стану та рівня суб'єктивної безпеки, що відображає як інтенсивність зовнішніх стресорів, так і особливості внутрішніх уявлень про контроль, передбачуваність подій і власну спроможність справлятися з труднощами (Кисало, 2025). Депресивні та тривожні прояви серед студентів і дорослої молоді описуються як поєднання відчуття безнадійності, втрати перспектив розвитку, емоційного виснаження, соціальної ізоляції та когнітивного перевантаження, що підсилює ризик формування стійких афективних розладів (Семенюк, 2025; Булденко, 2023). Додатково

наголошується на ролі переживання самотності як специфічного афективного маркера, пов'язаного з відчуттям екзистенційної ізоляції та розірваності соціальних зв'язків у дорослому віці, що посилює депресивні й тривожні тенденції та ускладнює процеси психологічної адаптації до умов війни (Кулаєва, 2023).

З позицій когнітивно-поведінкової парадигми, афективні симптоми формуються внаслідок стійких дисфункціональних когнітивних схем, які спричиняють спотворене сприйняття подій, посилення негативних емоцій та поведінкових реакцій уникнення. Наявні дані підтверджують, що афективна лабільність і труднощі у регуляції емоцій виступають предикторами дезадаптації, оскільки пов'язані з порушенням когнітивного контролю та виконавчих функцій (Zainal & Newman, 2022). Афективна лабільність, тобто мінливість емоційних станів, визначається як центральна характеристика емоційної дестабілізації, що може посилювати реактивність до травматичних подразників та ускладнювати адаптацію до стресових подій (Jones et al., 2020).

У контексті воєнного стресу афективні симптоми часто набувають форми тривожності, депресивних проявів або афективної нестабільності, що супроводжується соматичними реакціями, порушеннями сну та когнітивним виснаженням. Біологічна основа таких змін пояснюється гіперактивацією осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (НРА), що призводить до порушення регуляції кортизолу, змін у роботі префронтальної кори, амігдали й гіпокампу (Dieter & Engel, 2019). Порушення ендокринної та імунної регуляції, зокрема підвищення рівня прозапальних маркерів, також виявляються пов'язаними з депресивною та тривожною симптоматикою, що підтверджує роль фізіологічних процесів у розвитку афективних станів (Zainal & Newman, 2021). Дані міжнародного проєкту WhoCares, присвяченого вивченню психічного здоров'я фахівців допомагаючих професій у Вірменії, Грузії та Україні,

показують поєднання низького рівня суб'єктивного благополуччя, високих ризиків професійного вигорання та виражених травматичних симптомів, що конкретизує багатовимірний характер афективних порушень у контексті сучасних збройних конфліктів (Kreh et al., 2024).

Когнітивні компоненти афективних симптомів включають спотворення мислення, такі як катастрофізація, гіпергенералізація негативного досвіду та зниження почуття контролю, що знижують психологічну стійкість до стресу. Поведінковий рівень характеризується уникненням, відмовою від соціальної активності та самозвинуваченням. У межах інтегративного підходу сучасні дослідження підкреслюють важливість комплексного врахування когнітивних, емоційних і фізіологічних чинників у розумінні афективних розладів (Ortibano et al., 2024). Такий підхід відповідає біопсихосоціальной моделі, що пояснює афективні симптоми як результат взаємодії психологічних процесів, нейрофізіологічної реактивності та соціального контексту, у якому перебуває людина (James et al., 2023).

Афективні симптоми розглядаються як системний феномен, який поєднує емоційні, когнітивні та фізіологічні виміри. У межах сучасних підходів формування трактується як динамічний процес, що виникає у відповідь на тривале або надмірне навантаження системи стрес-реакції, при цьому когнітивно-поведінкові моделі підкреслюють роль дисфункціональних переконань і стратегій подолання, а біопсихосоціальні – вплив тілесних, нейрогуморальних і соціальних чинників у розвитку афективних розладів.

Воєнний стрес становить унікальну форму психоемоційного навантаження, яка поєднує постійну загрозу життю, втрати, інформаційне перевантаження, порушення базового відчуття безпеки та моральну втому. У сучасних дослідженнях, проведених серед українського цивільного населення в період повномасштабної війни, доведено, що саме війна

формує особливий тип тривалого травматичного досвіду, який відрізняється від одиничної травми – так званий *continuous traumatic stress* (Levin et al., 2023). Для таких станів характерним є постійне емоційне напруження, підвищена настороженість і гіперзбудливість, що поступово переходять у виснаження нервової системи. Симптоми емоційного оціпеніння, відчуження від себе та інших, а також відчуття постійної загрози виявляються центральними у структурі афективних симптомів в умовах війни.

Результати міжкультурного аналізу посттравматичних розладів серед дорослих, які пережили військові події, показують, що гіперзбудливість виступає пусковим механізмом розвитку інших афективних симптомів. У дослідженні воєнних біженців із Балканського регіону гіперактивація системи «боротьби або втечі» передбачала подальше загострення симптомів уникнення та нав'язливих спогадів навіть через рік після травматичних подій, що свідчить, що хронічний воєнний стрес підтримує замкнене коло емоційної гіперзбудливості та тривожності, яке з часом може трансформуватись у депресивну симптоматику (Schlechter et al., 2022).

У сучасній нейропсихології воєнний стрес трактується як фактор нейрофізіологічної дестабілізації, що впливає на гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь, порушуючи регуляцію кортизолу та змінюючи функціонування амігдали й префронтальної кори. Ці зміни зумовлюють емоційні коливання, труднощі у когнітивному контролі та посилення афективної реактивності. Вивчення таких процесів серед ветеранів підтверджує, що стійке напруження під час бойових дій призводить до формування постійного відчуття загрози, гіперзбудженості та безсоння, що узгоджується з проявами «синдрому наслідків війни» (Dieter & Engel, 2019).

Війна також провокує глибокі морально-етичні суперечності, які описуються через поняття моральної втоми та моральної травми. У працівників медичної сфери, що надають допомогу у надзвичайних обставинах, моральна травма виявляється через почуття провини за неможливість запобігти стражданню інших, що супроводжується симптомами вторинної травматизації та емоційного вигорання (Kendall-Tackett & Beck, 2022). Ці стани є проявом глибокого розладу морального контролю, який посилює депресивну симптоматику та сприяє формуванню тривалих афективних порушень.

Додатково, дослідження, проведене серед медичних працівників під час пандемії COVID-19, демонструє аналогічні механізми формування емоційного виснаження в умовах постійної загрози життю та високої відповідальності. Центральними у структурі посттравматичних симптомів виявилися емоційне оціпеніння, дратівливість, труднощі концентрації та порушення сну – елементи, притаманні і воєнному досвіду (Zhao et al., 2023). Такі прояви вказують на те, що тривалий контакт із травматичним контекстом створює стан емоційної спустошеності та когнітивного перевантаження, який утворює основу афективних симптомів під час війни.

У новітніх дослідженнях українських цивільних осіб, які пережили бойові дії, емоційна дисрегуляція, гіперзбудливість та оціпеніння виступають вузловими елементами цілісної структури воєнної афективності, що визначають загальний рівень психологічної дезадаптації (Levin et al., 2023).

Афективні симптоми у дорослих, які перебувають в умовах воєнного досвіду, набувають багатовимірного характеру, оскільки формуються у взаємодії когнітивних оцінок, емоційних реакцій і поведінкових стратегій. Наприклад, у дослідженнях, присвячених адаптації до тривалого стресу, виявлено, що когнітивна гнучкість і здатність змінювати способи

емоційної та поведінкової реакції відповідно до контексту виступають центральними предикторами психічної стійкості та зниження рівня прояву афективних симптомів (Nemi et al., 2022).

У контексті воєнного досвіду важливим є зв'язок між когнітивними оцінками ситуації та емоційними реакціями. Війна створює постійне середовище невизначеності, де сприйняття контролю та прогнозованості подій суттєво знижується. Дослідження показують, що високий рівень когнітивної гнучкості дозволяє особистості змінювати інтерпретацію стресових подій, уникати фіксації на загрозах і використовувати адаптивні способи подолання, що, у свою чергу, зменшує вираженість тривожних і депресивних симптомів (Inozu et al., 2022). Підвищення психологічної гнучкості асоціюється з нижчим рівнем інтенсивності негативних афектів і покращенням емоційної регуляції навіть у ситуаціях тривалого стресу, таких як пандемія чи воєнні конфлікти (McCracken et al., 2021).

Афективні симптоми також формуються під впливом соціального контексту, який визначає, як саме особа інтегрує свій досвід травми у систему цінностей. Соціальна підтримка виступає буфером, що пом'якшує вплив воєнних подій на емоційну сферу, оскільки сприяє збереженню почуття безпеки та контролю над життям. Дослідження доводять, що сприйнята підтримка з боку оточення підвищує стійкість до депресивних і тривожних симптомів, а її відсутність – навпаки, підсилює тенденції до афективної дестабілізації (Davies et al., 2023). Соціальні зв'язки, як показують дослідження когнітивно-поведінкових моделей, посилюють ефективність емоційного самоконтролю та сприяють виробленню більш адаптивних поведінкових стратегій, що знижують інтенсивність афективних порушень (Kwok et al., 2021).

У воєнних умовах адаптація до тривалого стресу залежить від розвитку психоемоційної гнучкості – здатності інтегрувати травматичний досвід без формування патологічних афектів. Цей феномен розглядається

як ключовий чинник посттравматичного зростання, що забезпечує трансформацію дистресу у позитивний досвід переосмислення життя та зміцнення внутрішніх ресурсів (Erden Cinar et al., 2022). Дослідження підтверджують, що гнучкість мислення й емоційного реагування сприяє формуванню позитивних схем, які посилюють відчуття смислу, надії та самоефективності, навіть за умов невизначеності (Pellerin et al., 2022).

Психоемоційна гнучкість, на відміну від емоційної стабільності, передбачає динамічне реагування на змінні обставини, що дозволяє людині обирати оптимальні стратегії поведінки відповідно до контексту. Емпіричні дані свідчать, що саме здатність швидко перемикає увагу між емоційними й когнітивними аспектами подій є основою стресостійкості та захистом від розвитку афективних розладів (Rademacher et al., 2021). У воєнному контексті це означає, що особи, здатні зберігати когнітивну гнучкість та адаптивну регуляцію емоцій, краще інтегрують травматичний досвід, утримуючи функціональний рівень активності без переходу у хронічні форми афективних порушень (Türk, 2024).

Таким чином, багатовимірність афективної сфери в умовах війни проявляється у складній взаємодії когнітивних, емоційних і поведінкових механізмів.

1.2. Негативний досвід дитинства фахівців допомагаючих професій як фактор довготривалої психологічної вразливості та ризику афективних порушень

Поняття «Adverse Childhood Experiences» (ACE) у сучасній психологічній науці охоплює широкий спектр травматичних подій, які відбуваються до 18 років і мають тривалі наслідки для психічного, емоційного та соматичного здоров'я людини. До ACE відносять форми насильства (емоційне, фізичне, сексуальне), нехтування (емоційне або фізичне) та дисфункційне сімейне середовище, зокрема проживання з

особами, які зловживають алкоголем чи наркотиками, мають психічні розлади або перебувають у конфлікті із законом (Martins et al., 2025). Ця концепція, що бере початок у класичних дослідженнях В. Фелітті та Р. Анди, поступово трансформувалася в міждисциплінарну теоретико-емпіричну систему, яка враховує нейропсихологічні чинники впливу ранніх травм і підкреслює їх віддалений внесок у формування афективної вразливості в дорослому віці.

Результати сучасних досліджень свідчать, що негативний досвід дитинства підвищує імовірність формування поширених афективних і тривожних розладів, зокрема в умовах повторної або хронічної травматизації у дорослому житті. У системному огляді літератури, присвяченому впливу соціальної травми на вразливість до афективних і тривожних розладів, наголошується, що ранні травматичні події виступають фоном для формування дисфункційних схем, порушень емоційної регуляції та підвищеної чутливості до стресу, що надалі проявляється у симптомах депресії, генералізованої тривоги, соматизованого страждання (Лучко, 2022). Зокрема, дослідження психічного стану медичних працівників, психологів, педагогів і волонтерів, задіяних у реагуванні на збройні конфлікти, демонструють високі рівні стресу, емоційного виснаження, симптомів травми та зниження благополуччя, що вказує на особливу вразливість фахівців допомагаючих професій до реалізації віддалених наслідків негативного досвіду дитинства в умовах повторної травматизації (Kreh et al., 2024). В той же час важливо враховувати наявність або дефіцит психологічних ресурсів, які можуть пом'якшувати наслідки АСЕ. У роботі, присвяченій особам із психотравмуючим досвідом дитинства, показано, що внутрішні ресурси, такі як життестійкість, здатність до рефлексії, позитивні смислові конструкти та підтримувальні соціальні зв'язки, здатні частково компенсувати підвищену вразливість до стресу й афективних порушень,

хоча повністю не скасовують ризики, пов'язані з ранньою травматизацією (Кульчицька, 2025).

У контексті діяльності фахівців допомагаючих професій негативний досвід дитинства набуває особливого значення, оскільки поєднується з високим рівнем професійного стресу, постійним контактом із чужою травмою та емоційно насиченими ситуаціями. Дослідження емоційного вигорання фахівців, які надають психологічну допомогу постраждалим від воєнної агресії, демонструють, що поєднання власних невирішених травматичних переживань із систематичним впливом розповідей про насильство, втрати та смерть посилює ризик емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження відчуття професійної ефективності (Матахнюк, 2024). Подібні закономірності виявляються й у вихователів спеціалізованих закладів, які працюють з дітьми з підвищеними потребами та складними життєвими обставинами: власний негативний досвід дитинства у поєднанні з тривалим контактуючим стресом професійної взаємодії сприяє розвитку професійного вигорання, підвищеній емоційній лабільності та схильності до афективних коливань (Сакуляк, 2024).

Окремий пласт становлять дослідження, що акцентують на готовності фахівців працювати з травматичним досвідом і пов'язаних із цим ризиках. Наголошується, що готовність до роботи з травмою передбачає здатність витримувати контакт із травматичним матеріалом без надмірної особистісної ідентифікації з ним, що є особливо вразливим місцем для тих, хто має власний травматичний досвід дитинства (Іванілова, 2024). У цьому контексті феномен втоми від співчуття розглядається як специфічна форма вторинної травматизації, яка проявляється в емоційному виснаженні, притупленні емпатійної чутливості, цинізмі, а також у посиленні тривожно-депресивних тенденцій у самих фахівців допомагаючих професій (Ляховець & Низовець-Кропта, 2025). Наявність АСЕ може підсилювати схильність до втоми від

співчуття, оскільки історії клієнтів резонують із власними невирішеними переживаннями спеціаліста та запускають механізми ретравматизації.

Разом з тим дослідження професійного благополуччя й задоволеності життям у фахівців допомагаючих професій у контексті війни показують, що негативний досвід дитинства взаємодіє з поточними умовами праці, системою підтримки та можливостями для професійного самоздійснення. Задоволеність професійним життям виявляється пов'язаною з відчуттям смислу роботи, визнанням, наявністю ефективних стратегій самодопомоги й супервізійної підтримки, що може певною мірою знижувати афективну вразливість навіть у тих спеціалістів, які мають у анамнезі ACE (Поліщук, 2024).

У сучасних моделях класифікації ACE, розроблених на основі опитувальників ACE-IQ (BOO3) та CDC-Kaiser Permanente, виділяють три ключові групи: безпосередні форми насильства, нехтування базовими потребами та сімейну дисфункцію. Сучасні підходи розширюють ці категорії, включаючи також досвід колективного чи громадського насильства, бідність, соціальне виключення та дискримінацію як потенційно травматичні фактори (Swedo et al., 2024). Такі дослідження підтверджують, що ACE відображають системну сукупність стресорів, які порушують базові етапи психосоціального розвитку.

Емпіричні дані останніх років демонструють, що поширеність ACE серед дорослих і молоді залишається стабільно високою незалежно від країни чи соціального контексту. У масштабному дослідженні серед норвезьких підлітків встановлено, що понад 65% учасників мали хоча б один тип ACE, а 28% пережили три й більше форм травматичних подій, причому найпоширенішими були домашні конфлікти та емоційне нехтування (Broekhof et al., 2022). Аналогічні результати зафіксовано у Бразилії, де 70% підлітків повідомили про щонайменше один тип дитячої

травми, а 9% – про чотири й більше, що свідчить про поліфакторність і кумулятивний ефект таких досвідів (Stochero et al., 2021).

Водночас новітні нейропсихологічні дослідження доводять, що різні типи АСЕ мають специфічний вплив на розвиток мозку. Зокрема, емоційне насильство та фізичне нехтування асоціюються зі зменшенням об'єму гіпокампу, а сексуальне насильство у хлопців – зі зниженням об'єму орбітофронтальної кори, що зумовлює знижену стресостійкість і схильність до афективних порушень у дорослому віці (Peng et al., 2025). Ці результати підтверджують багатовимірність феномену АСЕ, де психологічні, біологічні та соціальні фактори формують єдину систему довготривалої вразливості.

Окрему увагу сучасні дослідження приділяють професіям допомагаючого типу, де фахівці часто мають власний досвід дитячих травм. Згідно з даними, у таких спеціалістів рівень АСЕ вище, ніж у загальній популяції, особливо за показниками емоційного нехтування, насильства або втрати близьких у дитинстві (Nevárez-Mendoza & Ochoa-Meza, 2022). Це має значення для розуміння професійної емпатії та ризику вторинної травматизації у соціальних працівників, медиків та психологів.

Сучасні дослідження НРА-осі (гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової) доводять, що саме її дисрегуляція виступає центральною ланкою між дитячими травматичними подіями та афективними симптомами у дорослих. Довготривале порушення стрес-реактивності призводить до надмірного або, навпаки, пригніченого вироблення кортизолу, що супроводжується підвищеною тривожністю, зниженням здатності до емоційного самоконтролю та посиленням реакцій уникнення (Kim et al., 2020). Зокрема, у великому лонгітюдному дослідженні встановлено, що емоційне насильство й булінг у дитинстві пов'язані зі зниженим рівнем денного кортизолу, який у підлітковому віці

опосередковує розвиток депресивних симптомів у дорослому житті (Job et al., 2021).

Нейропсихологічні дослідження доводять, що АСЕ зумовлюють структурні та функціональні зміни у мозкових системах, відповідальних за емоційну регуляцію – зокрема, у гіпокампі, мигдалеподібному тілі та префронтальній корі. Хронічна активація НРА-осі викликає гіперфункцію амігдали, атрофію гіпокампу та зниження активності префронтальної кори, що посилює тривожність і знижує здатність до когнітивного контролю над афектом (Kaur, 2025). Такі зміни створюють нейробіологічне підґрунтя для хронічної афективної нестабільності.

Дорослі, які пережили дитячі травми, частіше демонструють емоційну дисрегуляцію, імпульсивність і схильність до саморуйнівних або компенсаторних моделей поведінки. Це підтверджується дослідженнями, які виявили, що емоційне насильство та нехтування формують негативні когнітивні схеми, що підвищують ризик афективних порушень через активацію деструктивних моделей мислення й поведінки (Cho & Park, 2023).

Додаткові біомаркери, такі як слиновий кортизол, альфа-амілаза, С-реактивний білок і фактори нейропластичності (BDNF), активно використовуються для діагностики ступеня порушення НРА-осі у дорослих із історією АСЕ. Виявлено, що ці біомаркери чітко корелюють із підвищеною емоційною реактивністю, депресивними та тривожними симптомами, що дозволяє говорити про інтеграцію нейроендокринних та імунних механізмів у розвитку афективних розладів (Budaľă & Luchian, 2025).

Отже, негативний досвід дитинства формує довготривалу систему психологічної вразливості, у якій взаємодіють біологічні (дисрегуляція НРА-осі, епігенетичні модифікації), когнітивні (негативні схеми мислення) та емоційні (дисрегуляція афекту) компоненти.

Також ранній травматичний досвід значною мірою впливає на професійні орієнтації осіб, які обирають допомагаючі професії. У сучасній психології цей феномен відомий як «поранений цілитель» (wounded healer), що означає прагнення допомагати іншим як спосіб осмислення власного болю та трансформації травматичного досвіду в джерело емпатії й професійного покликання. Згідно з оглядом мотивацій до вибору психотерапевтичної кар'єри, наявність дитячих травм сприяє розвитку здатності до глибшого розуміння клієнтських переживань, проте також може підвищувати ризик контрпереносу, емоційного виснаження й вторинної травматизації (Cruciani et al., 2024).

Емпіричні дослідження підтверджують, що фахівці допомагаючих професій частіше мають досвід АСЕ, ніж представники інших сфер, і цей фактор є подвійним – одночасно джерелом емпатійності та вразливості. У дослідженні клінічних консультантів із психічного здоров'я виявлено, що високий рівень АСЕ корелює з більшою ймовірністю вигорання та вторинного травматичного стресу, хоча одночасно пов'язаний із підвищеною здатністю до співпереживання та співчуття клієнтам (Brown et al., 2022). Аналогічно, серед працівників резидентних соціальних установ, які мали історію дитячих травм, зафіксовано вищий рівень емоційного виснаження та вторинного травматичного стресу, проте резильєнтність виступала медіатором, який пом'якшував негативний вплив АСЕ на показники професійного благополуччя (Milne et al., 2024).

Феномен «wounded healer» проявляється у медичних фахівців. Серед студентів-медиків і молодих лікарів виявлено, що ті, хто пережив травматичні події у дитинстві, частіше виявляють інтерес до спеціальностей, пов'язаних із психіатрією, паліативною допомогою чи академічною медициною, де міжособистісний компонент є ключовим (Yang et al., 2025). Подібні результати демонструють, що

дитячий травматичний досвід може виступати мотиваційним чинником для самоцілення через допомогу іншим.

Водночас наявність ACE підвищує ризик емоційного вигорання, що опосередковується емоційною чутливістю й потребою у визнанні. Дослідження працівників із інтелектуальними порушеннями підтвердило, що ACE прямо корелюють із рівнем вигорання та вторинного стресу, тоді як підтримуючий, травма-орієнтований організаційний клімат та індивідуальна стійкість знижують ці ризики (Mercer et al., 2023). Це свідчить про те, що професійна адаптація фахівців із дитячими травмами значною мірою залежить від умов середовища, яке визнає потребу в емоційній підтримці.

Психологічні наслідки ACE у допомагаючих професіях часто пов'язані зі зниженням самоспівчуття (self-compassion) та порушенням балансу між емпатією до інших і турботою про себе. Програми, що включають практики усвідомленості та співчуття, продемонстрували ефективність у зменшенні симптомів вигорання та підвищенні відчуття спільності серед медичних працівників (Miyoshi et al., 2022). Додатково дослідження у сфері паліативної допомоги виявили, що самоспівчуття, майндфулнес і психологічна гнучкість виступають найважливішими предикторами стійкості до хронічного дистресу, тоді як низький рівень цих ресурсів асоціюється з розвитком депресивних симптомів (Cuchet & Maneval, 2025).

Позитивні результати демонструють і масштабні опитування працівників охорони здоров'я, які показали, що поєднання високого рівня ACE і низького рівня позитивних дитячих переживань (PCEs) є передбачувальним чинником низької резильєнтності, підвищеної втоми співчуття та відчуття відчуженості на роботі (Williamson et al., 2025). Таким чином, наявність ранніх травм може одночасно посилювати емпатійність і підвищувати ризики афективних розладів, тоді як розвиток

рефлексивності, самоспівчуття та резильєнтності виступає критичним чинником збереження професійного здоров'я.

Фахівці допомагаючих професій із історією АСЕ – несуть у собі потенціал глибшого розуміння людських страждань. Однак саме розвиток навичок самоспостереження, підтримуючого робочого середовища та практик психологічної стійкості визначає, чи стане цей досвід ресурсом емпатії та зцілення, чи перетвориться на джерело вигорання й афективної дестабілізації.

1.3. Механізми зв'язку негативного досвіду дитинства з афективними симптомами через труднощі емоційної регуляції та ранні дезадаптивні схеми

Концепція емоційної регуляції, запропонована Дж. Гроссом, визначає її як процес ініціювання, модифікації чи пригнічення емоційних реакцій відповідно до ситуаційних вимог і внутрішніх цілей індивіда. Згідно з сучасними моделями, сформованими у 2020-2025 рр., саме хронічні порушення емоційної регуляції виступають центральною ланкою, яка пояснює, чому дитячі травми зумовлюють схильність до депресивних, тривожних та стресових симптомів у дорослих (Panagou & MacBeth, 2022). Негативний досвід дитинства призводить до формування стійких патернів реагування, де замість гнучкого опрацювання емоцій переважають примітивні або ригідні захисні механізми, що з часом закріплюються у структурі особистості. Дослідження захисних механізмів у дітей раннього юнацького віку показують, що вже на цьому етапі формується специфічний набір оборон, який пов'язаний із емоційною чутливістю, рівнем тривожності та схильністю до афективних коливань; при цьому домінування неадаптивних захистів (наприклад, витіснення, заперечення, проєктивних форм) ускладнює розвиток зрілої емоційної регуляції (Єнгоян, 2024).

У системному огляді, присвяченому досвіду соціальної травми, підкреслюється, що саме поєднання ранньої травматизації й недостатньо сформованих навичок емоційної регуляції створює базу для підвищеної вразливості до афективних і тривожних розладів у подальшому житті (Лучко, 2022). Соціальна травма, пережита в дитинстві, пов'язана із формуванням стійких когнітивно-афективних шаблонів інтерпретації ситуацій як небезпечних, а себе – як безпорадного чи негідного підтримки, що безпосередньо резонує з уявленнями теорії ранніх дезадаптивних схем, де хронічний стрес і травма запускають формування глибинних схем покинутості, недовіри, дефектності, які надалі автоматично активуються в емоційно значущих контекстах.

У роботах, присвячених динаміці депресивних станів студентів, показано, що недостатня рефлексія власних емоцій і досвіду, фіксація на негативних інтерпретаціях подій та ригідні способи самосприйняття підтримують депресивну симптоматику. Натомість розвиток рефлексії та усвідомлення емоційних процесів виступають важливим ресурсом регуляції (Слісаренко, 2022). Тобто, дефіцит рефлексивних здібностей є одним із механізмів, через які ранні схеми та порушення емоційної регуляції закріплюються й у дорослому віці.

Вплив дитячої травми на становлення Я-образу особистості безпосередньо пов'язаний із механізмами формування ранніх дезадаптивних схем. Порушення базових уявлень про себе як цінного, здатного та гідного любові сприяє конструюванню Я-образу з домінуванням почуття дефектності, меншовартості чи небезпеки бути відкинутим; такі уявлення надалі визначають як спосіб переживання емоцій, так і вибір стратегій регуляції (Тищенко, 2024). У межах схемотерапевтичного підходу ці порушення Я-образу розглядаються як ядро схем, що активуються у міжособистісних ситуаціях, призводячи до емоційної гіперреактивності, труднощів у заспокоєнні та схильності до

афективних «провалів». На прикладі роботи з нарцисичним розладом особистості у методі транзакційного аналізу показано, що патологічно організований Я-образ із домінуванням компенсаторних грандіозних чи знецінювальних установок є результатом раннього досвіду емоційної нестабільності, неконсистентного прийняття та травматичних взаємодій із батьківськими фігурами, а дисфункційні стратегії регуляції (ідеалізація, знецінення, уникнення вразливості) підтримують хронічну афективну нестійкість (Яворська & Геляс, 2025).

Важливою ланкою в розумінні механізмів зв'язку між негативним досвідом дитинства і афективними симптомами є можливості корекції емоційної сфери після психотравмуючих подій. У дослідженнях, присвячених корекції емоційної сфери осіб, які пережили психотравмуючі події, підкреслюється значущість спрямованої роботи з усвідомленням і переробкою емоційних реакцій, реконструкцією когнітивних схем та формуванням нових, більш адаптивних способів емоційної регуляції (Мітрофанова, 2024). А це передбачає інтеграцію технік, що дозволяють поєднати опрацювання травматичного досвіду, зміну дезадаптивних переконань і розвиток навичок самозаспокоєння, самопідтримки й рефлексії.

Емпіричні дослідження підтверджують, що саме дисфункціональні стратегії емоційної регуляції – такі як уникання, пригнічення або катастрофізація – виступають медіатором між АСЕ і вираженістю афективних симптомів. Так, у дослідженні серед сирійських біженців, які пережили травматичні події в дитинстві, було встановлено, що використання неадаптивних когнітивних стратегій (зокрема, самозвинувачення та уникнення) пов'язане з вищими показниками депресії, тривожності та посттравматичних симптомів. Моделювання з використанням *bootstrapping* підтвердило значущість емоційної регуляції як медіатора між раннім стресом і психопатологією (Demir et al., 2020).

Подібні результати отримано у дослідженнях університетських студентів: труднощі емоційної регуляції частково опосередковували зв'язок між кількістю ACE та симптомами депресії, тривожності й ПТСР. При цьому позитивні дитячі досвіди (Benevolent Childhood Experiences, BCEs) пом'якшували цей зв'язок, що вказує на захисну роль позитивного емоційного середовища дитинства у запобіганні афективним порушенням (Feiler et al., 2023).

Інші роботи уточнюють, що емоційна дисрегуляція формується через послідовний вплив несформованих моделей прихильності та негативних когнітивних схем. Наприклад, дослідження серед китайських студентів продемонструвало, що ACE підвищують імовірність розвитку депресії через два послідовні медіатори – невпевнені стилі прив'язаності та дисфункціональні стратегії емоційної регуляції (Ye et al., 2023). Подібні результати отримано і в роботі, де емоційна дисрегуляція частково опосередковувала вплив дитячих травм на тяжкість депресії та тривожності у клінічних вибірках дорослих із депресивним розладом (Li et al., 2023).

Новітні нейропсихологічні дані підтверджують, що ACE змінюють біологічні основи емоційної регуляції, впливаючи на активність префронтальної кори, мигдалеподібного тіла та мережі «емоційної обробки». У дослідженні з використанням магнітно-резонансної томографії доведено, що взаємодія між поліморфізмом BDNF Val66Met і дитячими травмами зумовлює структурно-функціональні зміни в мозкових ділянках, відповідальних за регуляцію афекту, що посилює схильність до тривожних і депресивних станів (Tian et al., 2020).

Хронічна емоційна дисрегуляція, сформована внаслідок ACE, часто стає стійким патерном реагування у дорослому віці, який визначає сприйняття емоцій, самооцінку та міжособистісну взаємодію. Дослідження на вибірці літніх людей із історією складної травми показало,

що низька здатність до когнітивної переоцінки та висока схильність до емоційного пригнічення пов'язуються з підвищеним ризиком тривожних і депресивних розладів навіть у пізньому віці, підтверджуючи тривалий характер впливу дитячих травм на афективну сферу (Pfluger et al., 2022).

У контексті стресових умов, таких як пандемія COVID-19 або воєнні події, труднощі емоційної регуляції виступають фактором підвищеної чутливості до психологічного дистресу. Дослідження Russo та колег (2022) показало, що серед осіб із історією АСЕ саме дефіцит навичок цілеспрямованого управління емоціями є головним предиктором розвитку депресивних і тривожних симптомів у відповідь на стресові події (Russo et al., 2022).

Дисфункціональні стратегії регуляції емоцій, сформовані під впливом АСЕ, закріплюються як стабільні патерни реагування, які визначають вразливість до тривоги, депресії та інших емоційних розладів упродовж життя.

Ранні дезадаптивні схеми визначаються як стійкі когнітивно-емоційні структури, що формуються внаслідок незадоволення базових емоційних потреб у дитинстві та зумовлюють спотворене сприйняття себе, інших і світу. Ці схеми стають основою для неадаптивних способів реагування та підтримують негативні емоційні патерни у дорослому віці (Thimm & Chang, 2022).

Емпіричні дослідження підтверджують, що саме дезадаптивні схеми є когнітивним механізмом, через який негативний досвід дитинства продовжує впливати на психічне функціонування у зрілому віці. Високі показники за схемами «дефектності/сором'язливості», «соціальної ізоляції» та «недовіри/зловживання» виявляються найбільш тісно пов'язаними з афективною лабільністю, депресивними і тривожними симптомами (Thimm & Chang, 2022). У різних клінічних вибірках було доведено, що схеми доменів «від'єднання/відкидання» та «порушена

автономія» безпосередньо опосередковують зв'язок між негативним досвідом дитинства і рівнем депресивної симптоматики (Fasel-Zeine et al., 2025).

Існують докази, що ранній життєвий стрес впливає на психопатологічні прояви через активацію схем і темпераментних характеристик, зокрема схильність до уникання шкоди. Найчастіше при цьому активізуються схеми покинутості, дефектності та вразливості до небезпеки, які пояснюють значну частину варіації афективних симптомів (da Costa et al., 2020). Ранні схеми формують внутрішню модель нестабільності та небезпеки, що підсилює тривожність, депресивні тенденції та дезадаптивні поведінкові реакції (Pourdehghan et al., 2024).

Дослідження показують, що найчастіше негативний досвід дитинства спричиняє розвиток схем покинутості, емоційної депривації, самопожертви та недовіри. Інтенсивність цих когнітивних структур визначає глибину емоційної нестабільності та схильність до афективних розладів (Pourdehghan et al., 2024). Так, схеми «безжальні стандарти» та «підпорядкування» виступають медіаторами між дитячими травмами та емоційним виснаженням у професіях допомагаючого типу, вказуючи на їхній вплив на професійне функціонування (Fitzhardinge & Blackman, 2025).

Схеми також мають властивість передаватися між поколіннями через стилі виховання. Дослідження засвідчують, що батьки, які пережили власні дитячі травми, несвідомо відтворюють патерни взаємодії, що формують у дітей схеми емоційної депривації, покинутості та вразливості до шкоди, спричиняючи трансгенераційну передачу когнітивної вразливості (Sójtá & Strzelecki, 2023).

Додатково, ранні схеми пов'язані із соматичними або поведінковими розладами. Було доведено, що схеми дефектності, вразливості та негативізму опосередковують зв'язок між дитячими травмами та тяжкістю

симптомів розладів харчової поведінки, що свідчить про універсальність цих структур у патогенезі емоційної та поведінкової дезадаптації (Fasolato & Felice, 2024).

У сучасній психології дедалі більше досліджень підтверджують багатоланкову модель взаємодії між негативним досвідом дитинства (АСЕ), труднощами емоційної регуляції, активацією ранніх дезадаптивних схем та формуванням афективних симптомів у дорослому віці. Ця модель описує, як рання травматизація порушує розвиток здатності до регулювання емоцій, формуючи у свідомості стійкі когнітивні схеми, що спотворюють сприйняття себе та соціальної реальності. У результаті формується підвищена емоційна реактивність і схильність до депресивних та тривожних станів у зрілому віці (Panagou & MacBeth, 2022).

Дослідження, проведені серед фахівців допомагаючих професій, показують, що саме емоційна дисрегуляція виступає ключовим посередником між негативним досвідом дитинства і розвитком емоційного виснаження. Так, у працівників терапевтичної сфери було встановлено, що схеми «безжальні стандарти» та «підпорядкування» посилюють вплив АСЕ на емоційне вигорання, діючи через надмірну емпатійну залученість та пригнічення власних потреб (Fitzhardinge & Blackman, 2025). У дослідженні медичних працівників під час пандемії COVID-19 було виявлено, що АСЕ підвищують ризик емоційного виснаження через зростання психологічного навантаження, втоми та зниження відчуття безпеки, що зумовлює стійке посилення афективних симптомів (Clemens et al., 2021).

Водночас нові дані свідчать про взаємодію між емоційною регуляцією та когнітивними схемами, де саме труднощі в керуванні емоціями стають тригером активації схемних структур, що були сформовані внаслідок дитячих травм. Нездатність адаптивно регулювати емоційні реакції активує схеми дефектності, покинутості чи емоційної

депривації, що веде до внутрішнього конфлікту між потребою в автономії та страхом відкидання (Tessitore et al., 2023). Цей процес особливо помітний у професіях, пов'язаних із постійною допомогою іншим, де висока емпатійна чутливість і моральна відповідальність часто підсилюють дезадаптивні когнітивні схеми, сприяючи розвитку вигорання та вторинного травматичного стресу (Milne et al., 2024).

Попри це, дослідження вказують на наявність компенсаторних механізмів, які зменшують вплив дитячих травм на афективні симптоми. Одним із таких чинників є розвиток самоспівчуття, що виступає буфером між АСЕ та проявами емоційної дисрегуляції. Було виявлено, що самоспівчуття послаблює зв'язок між дитячими травмами й симптомами посттравматичного стресового розладу, сприяючи відновленню позитивного ставлення до себе та підвищенню психологічної гнучкості (Peng & Ishak, 2025). Подібні результати були отримані й у дослідженнях серед освітніх та соціальних працівників: впровадження програм, спрямованих на розвиток самоспівчуття, уважності та когнітивної реструктуризації, значно покращувало навички емоційної регуляції, підвищувало стійкість і зменшувало ризик вигорання (Lengua & Calhoun, 2025).

Крім того, розвиток резиліентності та соціальної підтримки виявляється важливим елементом захисту від наслідків АСЕ у професіоналів допомагаючих сфер. Резиліентність посередковує зв'язок між дитячими травмами, вигоранням і вторинним травматичним стресом, забезпечуючи ефективне відновлення після емоційних навантажень та підтримуючи відчуття професійного сенсу (Milne et al., 2024). Додаткові дослідження демонструють, що інтеграція когнітивно-поведінкових підходів із тілесно-орієнтованими методами («енергетична психологія») може сприяти більш глибокій переробці емоційних наслідків дитячих

травм і зменшувати прояви афективних симптомів через вплив на нейрофізіологічні механізми регуляції емоцій (Feinstein, 2023).

Розвиток ресурсів є важливою умовою збереження професійного благополуччя, емоційного балансу та психологічної стійкості фахівців, які щодня взаємодіють із чужими травматичними переживаннями.

Висновки до розділу 1

У ході теоретичного аналізу, проведеного в першому розділі, вдалося узагальнити й систематизувати сучасні наукові уявлення про природу, механізми та чинники розвитку афективних симптомів у дорослих, зокрема у фахівців допомагаючих професій, у контексті війни та наявності негативного досвіду дитинства. Афективні прояви в умовах воєнного стресу охоплюють спектр реакцій від тривоги й депресивності до емоційного виснаження, гіперзбудливості та відчуття безперспективності. Доведено, що тривалий вплив воєнного контексту порушує регуляцію стресової системи організму, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що призводить до дисбалансу гормонів стресу та підвищення емоційної реактивності.

З позицій когнітивно-поведінкових і біопсихосоціальних моделей встановлено, що афективні симптоми розвиваються на основі дисфункціональних переконань, негативних схем мислення та неадаптивних копінг-стратегій, які підтримують коло емоційної дезадаптації. Виявлено, що когнітивна гнучкість, емоційний інтелект і соціальна підтримка виступають ключовими захисними чинниками, що знижують ризик афективних порушень і сприяють адаптивному реагуванню на тривалий стрес. Особливу роль відіграє психоемоційна гнучкість, яка дозволяє людині інтегрувати травматичний досвід без формування патологічних афектів і виступає підґрунтям посттравматичного зростання.

Аналіз феномену негативного досвіду дитинства показав, що ранні травматичні події – зокрема насильство, нехтування та сімейна дисфункція – формують довготривалу систему психологічної вразливості. Доведено, що АСЕ мають нейробіологічний вимір, оскільки призводять до структурних і функціональних змін у мозкових системах, відповідальних за регуляцію емоцій, зокрема гіпокампа, префронтальній корі та амігдалі. Ці зміни спричиняють знижену стресостійкість, підвищену тривожність і схильність до афективної лабільності у дорослому віці. Теоретичний аналіз показав, що АСЕ є предикторами розвитку тривожних і депресивних симптомів, особливо в умовах повторної травматизації або тривалого професійного стресу.

У контексті допомагаючих професій встановлено, що фахівці з історією АСЕ є особливо вразливою, але в той же час ресурсною групою. З одного боку, негативний досвід дитинства підвищує ризик емоційного вигорання, вторинної травматизації та втоми від співчуття. З іншого – може виступати основою для розвитку емпатійності, професійного покликання та глибшого розуміння клієнтських переживань. Таким чином, феномен «пораненого цілителя» описує подвійний вплив АСЕ: потенціал для емпатії поєднується з небезпекою емоційного виснаження у разі відсутності належних ресурсів саморегуляції.

Узагальнення результатів теоретичних досліджень показує, що АСЕ, труднощі емоційної регуляції та дезадаптивні когнітивні схеми утворюють взаємопов'язану систему, яка визначає підвищену чутливість до стресу та схильність до афективних розладів у дорослому віці. Наявність компенсаторних чинників – таких як резильєнтність, самоспівчуття, соціальна підтримка й позитивні дитячі переживання – може суттєво зменшувати негативний вплив ранніх травм і виступати основою психологічної стійкості.

Отже, у межах теоретичного аналізу було встановлено, що афективні симптоми у дорослих формуються під впливом поєднання біопсихосоціальних факторів, а негативний досвід дитинства виступає ключовим предиктором довготривалої емоційної вразливості.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА НА АФЕКТИВНІ СИМПТОМИ У ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ

2.1. Опис дизайну дослідження афективних симптомів у фахівців допомагаючих професій

Для досягнення поставленої мети дослідження було розроблено цілісний дизайн, який поєднує теоретичний аналіз наукових джерел, емпіричне вивчення ключових змінних за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик та подальший математико-статистичний аналіз отриманих результатів (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Опис дизайну дослідження

Назви	Стислий опис
Етапи проведення дослідження	Висвітлення послідовності реалізації дослідницького процесу – від теоретичного аналізу проблеми до організації емпіричного етапу, збору даних та їх кількісної обробки
Характеристика вибірки та умови проведення дослідження	Опис складу вибірки, критеріїв добору учасників, способу організації дослідження в онлайн-форматі за допомогою Google Forms, а також етичних засад, що забезпечували добровільність участі й анонімність відповідей
Методи обробки та аналізу емпіричних даних	Опис математико-статистичних процедур, використаних для аналізу даних, зокрема методів описової статистики, кореляційного аналізу (ρ -Спірмена) та порівняльних критеріїв (U-Мана-Уїтні, ANOVA), що дозволили перевірити висунуті гіпотези та виявити статистично значущі взаємозв'язки між змінними

Етапи проведення дослідження

На першому етапі було проведено теоретичний аналіз сучасних наукових джерел, присвячених проблемі афективних симптомів, впливу негативного досвіду дитинства та особливостей емоційної регуляції у фахівців допомагаючих професій. Аналіз охоплював вітчизняні та зарубіжні дослідження останнього десятиріччя, що дозволило визначити

основні підходи до розуміння афективних порушень у контексті воєнного стресу, з'ясувати механізми формування емоційної вразливості, а також окреслити науково обґрунтовані гіпотези для подальшого емпіричного дослідження. На основі узагальнення наукових положень було сформовано концептуальну модель, що відображає зв'язок між негативним досвідом дитинства, труднощами емоційної регуляції та проявами афективних симптомів у дорослому віці.

Другий етап передбачав проведення емпіричного дослідження, спрямованого на перевірку висунутих гіпотез та кількісне вимірювання основних змінних. Емпірична частина була реалізована у форматі онлайн-опитування, що забезпечило охоплення широкої вибірки фахівців допомагаючих професій з різних регіонів України. Збір даних здійснювався за допомогою електронної платформи Google Forms, що дозволило стандартизувати процедуру, гарантувати анонімність респондентів та забезпечити достовірність отриманої інформації. Опитування включало розширену соціально-демографічну анкету та комплекс психодіагностичних методик – DERS, ACE, YSQ-S3G, PHQ-9, GAD-7 та ITQ. Такий набір інструментів дав можливість комплексно охопити ключові параметри дослідження: рівень прояву афективних симптомів, показники емоційної регуляції, вираженість негативного досвіду дитинства та когнітивно-схемні механізми психологічної вразливості.

На третьому етапі здійснювалася математико-статистична обробка та інтерпретація отриманих даних. Статистичний аналіз проводився із використанням методів описової статистики для виявлення загальних тенденцій у вибірці, а також непараметричних критеріїв (ρ -Спірмена, U-критерій Мана-Уїтні, дисперсійний аналіз ANOVA) для перевірки кореляційних та групових відмінностей між показниками афективних симптомів, емоційної регуляції та негативного досвіду дитинства.

Отримані результати були узагальнені, проаналізовані у відповідності до теоретичних положень і використані для формулювання висновків про закономірності психологічних проявів афективних станів у фахівців допомагаючих професій під час війни.

Характеристика вибірки та умови проведення дослідження

Вибірка дослідження була сформована з трьох повноцінних груп дорослих респондентів, що дало змогу здійснити міжгрупові порівняння.

До першої групи увійшли фахівці гуманітарної сфери, залучені до надання допомоги населенню в умовах війни (працівники гуманітарних та благодійних організацій, волонтерських ініціатив тощо). Друга група була представлена психологами, які здійснюють професійну діяльність у форматі психологічного консультування, психотерапевтичної та кризової підтримки, а також фахівцями, задіяними у психологічних службах та центрах допомоги. Третю групу склали дорослі інших професій, не пов'язаних безпосередньо з наданням допомоги, включно з тимчасово непрацевлаштованими та пенсіонерами. Ця група виконувала роль умовної порівняльної (контрольної) групи щодо фахівців допомагаючих професій.

Кожна з груп налічувала понад 30 осіб, що забезпечило достатню статистичну потужність для аналізу й порівняння. Загалом до дослідження було залучено понад 90 респондентів.

Добір учасників здійснювався за принципом добровільної участі із використанням методу цілеспрямованої вибірки та елементів «сніжкової кулі». Основними критеріями включення виступали: вік від 18 років, проживання в Україні в умовах війни, належність до однієї з трьох зазначених груп та готовність заповнити анкету у повному обсязі.

Дослідження було організоване у форматі онлайн-опитування за допомогою платформи Google Forms, що забезпечило доступність участі для респондентів незалежно від місця проживання та графіка роботи. Усі

учасники самостійно приймали рішення про участь після ознайомлення з інформаційним повідомленням, що відповідає етичним принципам психологічних досліджень. Опитування не вимагало розкриття персональних даних, що гарантувало анонімність відповідей і конфіденційність отриманої інформації.

Особлива увага приділялася дотриманню етичних норм, визначених у кодексі етики психолога та міжнародних стандартах проведення соціально-психологічних досліджень. Респонденти були поінформовані про можливість перервати участь на будь-якому етапі без пояснення причин, а також про те, що отримані дані будуть використані виключно з науковою метою.

Методи обробки та аналізу емпіричних даних

Обробка емпіричних даних здійснювалася з використанням статистичних методів, рекомендованих для психологічних досліджень з переважно непараметричними розподілами показників. Аналіз проводився як для вибірки в цілому, так і окремо для кожної з трьох груп, а також із застосуванням міжгрупових порівнянь.

На першому етапі застосовувалися методи описової статистики, які дали змогу визначити загальні характеристики вибірки та основні тенденції розподілу результатів. Для кожної шкали використаних психодіагностичних інструментів (DERS, ACE, YSQ-S3G, PHQ-9, GAD-7, ITQ) розраховувалися середні значення, медіани, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні показники. Це дозволило окреслити узагальнену картину інтенсивності афективних симптомів та емоційних труднощів, а також простежити варіативність рівнів психологічної вразливості в різних групах.

Для перевірки взаємозв'язків між досліджуваними змінними використовувався ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена (ρ), оптимальний для аналізу непараметричних даних. Кореляційний аналіз

дав змогу оцінити ступінь і напрям зв'язку між показниками афективних симптомів (депресивних, тривожних, посттравматичних проявів), труднощами емоційної регуляції та рівнем негативного досвіду дитинства, а також уточнити ці зв'язки в окремих групах.

Для дослідження відмінностей між групами респондентів застосовувалися непараметричні та параметричні критерії. U-критерій Мана-Уїтні використовувався для попарного порівняння двох груп респондентів, зокрема для зіставлення осіб із низьким та високим рівнем негативного досвіду дитинства в межах однієї професійної групи. Для порівняння трьох професійних груп (фахівці гуманітарної сфери, психологи, дорослі інших професій) за рівнем афективних симптомів, негативного досвіду дитинства та показниками емоційної регуляції застосовувався дисперсійний аналіз (ANOVA), що дало змогу оцінити, чи відрізняються групи між собою за ключовими психологічними показниками, а також визначити загальний ефект професійної належності на інтенсивність афективних проявів.

Результати статистичного аналізу інтерпретувалися з урахуванням психологічного змісту досліджуваних явищ, що дозволило перейти від кількісного рівня до якісного розуміння взаємозв'язків між змінними, що сприяло виявленню структурних закономірностей протікання афективних симптомів у фахівців допомагаючих професій, а також визначенню ролі дитячої травматизації та емоційної регуляції як ключових предикторів психологічної вразливості в умовах воєнного стресу.

Таким чином, розроблений дизайн дослідження поєднує послідовність взаємопов'язаних етапів – від теоретичного аналізу до емпіричної перевірки та статистичної інтерпретації результатів.

2.2. Операціональна модель дослідження

Операціональна модель дослідження передбачає конкретизацію теоретичних конструктів, покладених в основу роботи, через емпіричні індикатори, вимірювані за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Операціональна картка дослідження

№	Назва інструменту	Шифр	Шкали
1	Опитувальник труднощів емоційної регуляції	DERS	Неприйняття емоційних реакцій Труднощі із цілеспрямованою поведінкою Труднощі з контролем імпульсів Відсутність емоційного усвідомлення Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій Відсутність емоційної чіткості Рівень труднощів емоційної регуляції
2	Опитувальник негативного досвіду дитинства	ACE	Проживання у дисфункцій сім'ї Деструктивне ставлення оточення Залучення до раннього статевого життя Соціально-емоційна занедбаність Рівень негативного досвіду дитинства
3	Схемний опитувальник Янга	YSQ-S3G	Емоційна депривація Покинутість/нестабільність Недовіра/жорстоке поводження Соціальна ізоляція/відчуження Дефектність/сором Невдаха Залежність/безпорадність Уразливість до хвороб/катастроф Злиття/нерозвинена автономія Підкорення Самопожертва Емоційна інгібіція Непослабні стандарти/критичність Привілейованість/грандіозність Недостатній самоконтроль/дисципліна Пошук схвалення/визнання Негативізм/песимізм Каральність
4	Анкета здоров'я	PHQ-9	Депресія
5	Шкала генералізованої тривоги	GAD-7	Генералізована тривога
	Міжнародний опитувальник	ITQ	Ризик наявності ПТСР Інтрузія

	травми		Уникнення Гіперпильність Функціональні порушення ПТСР Порушення емоційної самоорганізації Афективна дисрегуляція Негативна Я-концепція Порушення стосунків Функціональні порушення самоорганізації Порушення емоційної самоорганізації
--	--------	--	--

Інструмент №1. Опитувальник труднощів емоційної регуляції (DERS)

Опитувальник труднощів емоційної регуляції (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS) є одним із найбільш валідних і науково обґрунтованих інструментів для вивчення особливостей емоційної регуляції у дорослих. Українська адаптація методики, здійснена Л. В. Сак та З. В. Федотовою на базі Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, продемонструвала високі показники надійності (α -Кронбаха=0,93-0,95) та внутрішньої узгодженості шкал, що дозволяє застосовувати її як у наукових, так і в клінічних цілях (Сак, & Федотова, 2023).

Теоретичною основою DERS є розуміння емоційної регуляції як інтегрованої системи психологічних і фізіологічних процесів, які забезпечують адаптивну реакцію на внутрішні та зовнішні стимули. Емоційна регуляція розглядається як здатність усвідомлювати, приймати та ефективно керувати емоційними станами, що є важливим для підтримання психічної рівноваги, соціального функціонування та загального добробуту. Недостатня регуляція емоцій виступає одним з ключових чинників виникнення афективних розладів, тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу, а також формування деструктивних стратегій подолання стресу.

DERS складається з 36 тверджень, об'єднаних у шість субшкал, які відображають основні виміри емоційної дисрегуляції:

- неприйняття емоційних реакцій
- труднощі із цілеспрямованою поведінкою під впливом інтенсивних емоцій
- труднощі з контролем імпульсів
- відсутність емоційного усвідомлення
- обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій
- відсутність емоційної чіткості.

Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою частотності, що дає змогу отримати інтегральний показник емоційної дисрегуляції. Вищі результати свідчать про більш виражені труднощі в управлінні емоційними станами.

У межах дослідження методика DERS використовується для вивчення емоційної регуляції як медіатора у взаємозв'язку між негативним досвідом дитинства (ACE) та афективними симптомами (депресивними, тривожними, посттравматичними проявами). Припускається, що ранні травматичні події сприяють формуванню стійких труднощів емоційної регуляції, що у подальшому підвищує ризик розвитку афективних порушень у дорослому віці.

Таким чином, DERS дає можливість виявити структурні механізми, через які негативний досвід дитинства впливає на психоемоційне функціонування фахівців допомагаючих професій у контексті воєнного стресу.

Інструмент №2. Опитувальник негативного досвіду дитинства (ACE)

Теоретична концепція ACE ґрунтується на уявленні про те, що негативний досвід, отриманий у дитинстві, має кумулятивний ефект: чим більше форм насильства, занедбаності або сімейної дисфункції пережила дитина, тим вищою є ймовірність довготривалих порушень у сфері емоційної регуляції, міжособистісних стосунків та психічного здоров'я.

Первинна англомова версія опитувальника містила 10 запитань, що охоплювали три сфери: насильство (фізичне, емоційне, сексуальне), нехтування (фізичне та емоційне) і дисфункційність сімейної системи. Українська адаптація була проведена групою дослідників під керівництвом О. І. Власової та Н. В. Родіної у 2022 році на базі Київського національного університету імені Тараса Шевченка та Одеського національного університету імені І. І. Мечникова (Власова, 2022).

Українська версія, відома як «Опитувальник негативного досвіду дитинства» (ОНДД), була модифікована та розширена до 22 запитань з урахуванням соціокультурних особливостей українського середовища. Методика пройшла повну психометричну перевірку – тестування надійності (α Кронбаха=0,874), внутрішньої узгодженості шкал і конструктивної валідності, що підтверджує її наукову придатність для використання у психологічних дослідженнях.

Структура адаптованої методики охоплює чотири шкали, які відображають різні аспекти травматичного досвіду: проживання у дисфункційній сім'ї, деструктивне ставлення оточення, залучення до раннього статевого життя та соціально-емоційна занедбаність. Перша шкала описує умови, за яких дитина росла в сім'ї з високим рівнем стресу, алкоголізмом, насильством або психічними розладами батьків, що підривали відчуття безпеки та стабільності. Друга шкала охоплює досвід фізичного чи психологічного насильства, приниження, цькування, байдужості з боку значущих дорослих або ровесників, тобто ситуації, які формують хронічне відчуття небезпеки й дефіциту прийняття. Третя шкала стосується випадків сексуальних домагань або передчасного залучення до статевих контактів із дорослими, що є потужним травматичним чинником раннього дорослішання. Четверта, додаткова шкала – соціально-емоційна занедбаність – відображає брак базової

турботи, матеріальної безпеки, підтримки та належного соціального оточення у дитинстві.

Інтерпретація результатів передбачає підрахунок кількості позитивних відповідей «так», що відображають факт наявності конкретного виду травматичного досвіду. Вищі сумарні показники свідчать про більшу кількість несприятливих дитячих подій і, відповідно, про вищий рівень психологічної вразливості. За даними оригінальних досліджень, сукупний бал від чотирьох і більше позитивних відповідей уже вважається клінічно значущим і асоціюється з підвищеним ризиком розвитку афективних розладів, тривожності та соматичних хвороб у дорослому віці.

Інструмент №3. Схемний опитувальник Янга (YSQ-S3G)

Схемний опитувальник Янга (Young Schema Questionnaire – Short Form 3rd Generation, YSQ-S3G) спрямований на визначення ступеня вираженості ранніх дезадаптивних схем, які формуються в дитинстві й значною мірою визначають емоційні, когнітивні та поведінкові реакції дорослої особистості. Концепція опитувальника базується на теоретичній моделі Джеффри Янга, засновника схемотерапії, який розглядав дезадаптивні схеми як стійкі психологічні структури, що включають спогади, емоції, тілесні відчуття та переконання про себе й світ. Формуються унаслідок незадоволення базових емоційних потреб у дитинстві – безпеки, прийняття, автономії, самовираження й реалістичних меж – і проявляються у дорослому житті як схильність до повторення деструктивних емоційних сценаріїв.

Опитувальник складається з 90 тверджень, які оцінюються за шестибальною шкалою, від «абсолютно не відповідає» до «повністю відповідає». Його метою є кількісне вимірювання інтенсивності окремих схем, що належать до певних когнітивно-емоційних доменів. Українська адаптація методики проведена в межах проєктів кафедри психології

Львівського національного університету імені Івана Франка, з урахуванням культурно-мовних відмінностей і збереження психометричних характеристик оригінальної версії (Sardarzadeh, 2018). Надійність шкал у вітчизняній вибірці підтверджена внутрішньою узгодженістю (α -Кронбаха=0,83-0,96), що свідчить про стабільність і валідність інструменту для наукових досліджень.

YSQ-S3G охоплює вісімнадцять схем, які відображають характерні когнітивно-афективні патерни особистості, зокрема емоційну депривацію, покинутість, недовіру/жорстоке поводження, соціальну ізоляцію, дефектність, залежність, підкорення, самопожертву, емоційну інгібіцію, пошук схвалення, каральність тощо. Кожна з цих схем є відображенням певного типу досвіду дитинства, що супроводжувалися відторгненням, гіперконтролем або нестачею безумовної любові. Наприклад, високі показники за шкалами «емоційна депривація» чи «покинутість» можуть свідчити про те, що в дитинстві індивід не отримував належної підтримки й прийняття від значущих дорослих, що надалі зумовлює труднощі у формуванні безпечних емоційних зв'язків.

У теоретичному контексті схемна модель Янга тісно пов'язана з процесами емоційної регуляції та афективної стабільності. Ранні дезадаптивні схеми формують схильність до певних способів сприйняття і переживання емоцій, що зумовлює підвищену вразливість до афективних розладів. Схеми діють як когнітивно-емоційні фільтри, через які індивід інтерпретує події, переоцінює власну цінність і сприймає загрози. Згідно з сучасними емпіричними даними, активізація схем типу «дефектність», «невдаха» або «покинутість» пов'язана з підвищенням рівня депресивної симптоматики, тоді як схеми «уразливість до хвороб/катастроф» чи «залежність/безпорадність» частіше корелюють із генералізованою тривожністю. У той же час, домінування схем «підкорення» або «самопожертва» в осіб допомагаючих професій може мати як адаптивні,

так і виснажливі наслідки, оскільки сприяє емоційному вигоранню при надмірному придушенні власних потреб.

У межах цього дослідження YSQ-S3G використовується для визначення когнітивних механізмів, що опосередковують зв'язок між негативним досвідом дитинства і афективними симптомами у фахівців допомагаючих професій під час війни.

Інструмент №4. Анкета здоров'я (PHQ-9)

Методика була розроблена групою дослідників під керівництвом Р. Спітцера та К. Вільямса на основі діагностичних критеріїв депресивного епізоду з Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Українську адаптацію здійснено Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії у 2012 р., що забезпечує відповідність опитувальника міжнародним стандартам психометричної валідності та клінічної достовірності (УіКПТ, 2012).

Опитувальник складається з дев'яти пунктів, кожен із яких відображає окремий прояв депресивного синдрому: зниження інтересу до діяльності, пригнічений настрій, розлади сну, втомлюваність, зміни апетиту, відчуття провини чи неадекватної самокритики, труднощі з концентрацією уваги, психомоторні зміни та наявність деструктивних думок. Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою частоти симптомів – від «ніколи» (0 балів) до «майже щодня» (3 бали). Сумарний бал може варіювати від 0 до 27, що дозволяє визначити ступінь вираженості депресії: від її відсутності (0-4 бали) до важкого рівня (20-27 балів). Важливо, що PHQ-9 дозволяє оцінити, наскільки симптоми впливають на повсякденне функціонування особи – у сфері роботи, побуту чи соціальних контактів.

PHQ-9 є коротким, зручним для самостійного заповнення інструментом, який забезпечує надійну кількісну оцінку депресивних симптомів і має високу чутливість (88%) та специфічність (88%) для

виявлення великого депресивного епізоду. Психометричні характеристики підтвержені численними дослідженнями у різних країнах, включно з Україною, що дозволяє застосовувати його як у клінічних, так і в дослідницьких контекстах, особливо у вивченні психоемоційного стану фахівців допомагаючих професій у кризових умовах.

У межах цього дослідження PHQ-9 використовується для вимірювання рівня депресивної симптоматики у фахівців допомагаючих професій як одного з компонентів афективного спектра поряд із тривожністю (GAD-7) та посттравматичними проявами (ITQ). Особливий інтерес становить зв'язок між показниками PHQ-9 і змінними, що характеризують емоційну регуляцію (за DERS) та негативний досвід дитинства (за ACE). Емпіричні дані свідчать, що вищі показники за PHQ-9 часто спостерігаються у осіб із вираженими труднощами в емоційній саморегуляції, низьким прийняттям власних емоцій і підвищеним рівнем дитячої травматизації.

Завдяки простоті, короткості й високій діагностичній точності, PHQ-9 є оптимальним інструментом для виявлення та аналізу депресивної симптоматики у фахівців допомагаючих професій в умовах війни.

Інструмент №5. Шкала генералізованої тривоги (GAD-7)

Шкала генералізованої тривоги (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7) є коротким, надійним інструментом для виявлення та оцінювання рівня симптомів тривожності у дорослого населення. Методика швидко набула широкого використання у клінічній практиці, дослідженнях та психологічному скринінгу, завдяки своїй простоті, валідності та високій діагностичній точності. Українська версія GAD-7 була перекладена та апробована у 2023 році компанією «UA-TEST» у співпраці з фахівцями у сфері клінічної психології та психотерапії, що підтверджено офіційним виданням української інструкції (Алексіна, et al., 2024).

Вважається, що генералізований тривожний розлад формується як наслідок постійного активаційного патерну нервової системи, який може бути підсилений ранніми травматичними досвідами та дисфункційними когнітивними схемами. GAD-7 дозволяє кількісно оцінити цей стан, використовуючи сім пунктів, що охоплюють основні прояви тривожності – почуття нервозності чи напруження, труднощі у контролі хвилювання, надмірне переживання, проблеми з розслабленням, відчуття неспокою, дратівливість та страх перед можливою катастрофою. Респонденти оцінюють частоту появи симптомів за останні два тижні за чотирибальною шкалою від «жодного разу» (0 балів) до «майже щодня» (3 бали).

Отримана сумарна оцінка інтерпретується відповідно до рівнів вираженості тривоги: 0-4 – мінімальна, 5-9 – легка, 10-14 – помірна, 15-21 – висока. Згідно з критеріями авторів, показник у 10 балів і більше свідчить про ймовірну наявність клінічно значущого рівня генералізованої тривожності, що вимагає додаткової психодіагностичної оцінки або терапевтичного втручання. Шкала характеризується високими психометричними властивостями – чутливість становить 89%, специфічність – 82%, внутрішня узгодженість (α -Кронбаха) – 0,89, що підтверджує її надійність для використання у наукових і клінічних цілях.

У контексті дослідження GAD-7 застосовується для вимірювання рівня генералізованої тривожності у фахівців допомагаючих професій у період війни.

Інструмент №6. Міжнародний опитувальник травми (ІТQ)

Міжнародний опитувальник травми (International Trauma Questionnaire – ІТQ) є сучасним психодіагностичним інструментом, створеним для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Українська версія ІТQ була розроблена у 2023 році в

межах масштабного міжнародного проєкту The Mental Health of Parents and Children in Ukraine Study, у співпраці між дослідниками з Ірландії, Великої Британії, Ізраїлю, Данії, США та України (Зливков, et al., 2019). Валідизація проводилась серед понад 4000 українців віком від 18 років, що забезпечило високу надійність і культурну релевантність опитувальника (α -Кронбаха для шкали ПТСР=0,83; для порушень самоорганізації=0,86).

Опитувальник складається з 18 тверджень, які охоплюють два ключові домени – симптоми ПТСР та порушення емоційної самоорганізації (DSO). Симптоматика ПТСР вимірюється за трьома основними кластерами: інтрузія(повторні спогади, флешбеки, нічні кошмари, емоційне повторне проживання травматичної події), уникнення(уникнення думок, місць, людей чи ситуацій, пов'язаних із травмою) та гіперпильність (постійне напруження, підвищена тривожність, реакції переляку). Додатково оцінюються функціональні порушення ПТСР, тобто вплив цих симптомів на соціальну, професійну та особистісну сфери життя.

Другий домен – порушення емоційної самоорганізації (DSO) – відображає глибші наслідки тривалих або повторюваних травматичних подій. Шкала включає три складові: порушення емоційної регуляції (емоційне заціпеніння або, навпаки, вибухові афективні реакції), негативну Я-концепцію (відчуття безпорадності, неадекватності, провини, меншовартості) та порушення стосунків з іншими людьми (емоційна відстороненість, зниження довіри, відчуження). Додатково оцінюються функціональні порушення самоорганізації, які показують, наскільки глибоко ці симптоми впливають на здатність особи до адаптації та міжособистісного функціонування.

Відповіді респондентів оцінюються за п'ятибальною шкалою від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»), що дозволяє кількісно визначити інтенсивність симптомів. Симптом вважається наявним, якщо оцінка

становить 2 бали або більше. Діагноз ПТСР встановлюється у випадку, коли виконуються критерії для всіх трьох кластерів (інтрузія, уникнення, гіперпильність) і наявні функціональні порушення, тоді як КПТСР діагностується за умови, що додатково виконуються критерії DSO – тобто спостерігаються порушення емоційної регуляції, негативна самооцінка та проблеми у стосунках.

Методика дозволяє оцінити як прямі наслідки пережитих чи опосередкованих травматичних подій, так і вторинні прояви – емоційне виснаження, вразливість, труднощі в емоційній саморегуляції.

Отже, операціональна модель дослідження інтегрує комплекс психодіагностичних інструментів, які дозволяють всебічно охопити ключові психологічні змінні – від особистісних ресурсів емоційної регуляції до структур дитячої травматизації та проявів афективних симптомів.

2.3. Характеристика вибірки

Аналізуючи особливості вибірки, було встановлено, що досліджувана група має достатню вікову варіативність, що забезпечує репрезентативність отриманих результатів (див. табл. 2.3-2.13).

Таблиця 2.3

Вікова характеристика вибірки

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Вік	41,9	38	13,5	21	88

Середній вік учасників становив 41,9 року, медіана дорівнювала 38 рокам, що свідчить про домінування осіб середнього віку. Діапазон віку коливався від 21 до 88 років, а стандартне відхилення 13,5 демонструє певну різноманітність за віковими показниками, що дозволяє простежити прояви афективних симптомів як у відносно молодших, так і у старших фахівців допомагаючих професій.

Таблиця 2.4

Гендерний розподіл вибірки

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Чоловіки	31	24,8%
Жінки	92	73,6%
Інше	2	1,6%

Гендерний розподіл вибірки показав суттєву перевагу жінок, які склали 73,6% усіх респондентів, тоді як чоловіки становили 24,8%, а представники, що позначили гендер як інший, – 1,6%.

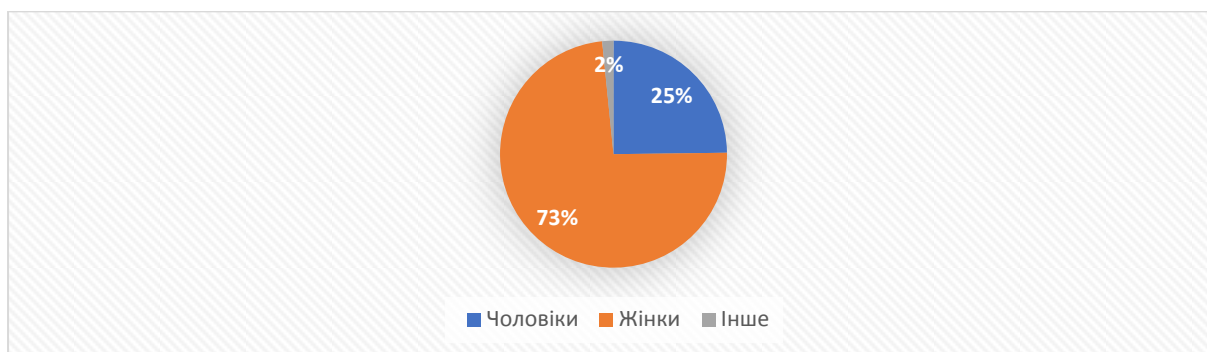


Рис. 2.1. Гендерний розподіл вибірки

Результат цілком відповідає загальним тенденціям у професіях допомагаючої спрямованості, де жінки традиційно становлять більшу частину фахівців, що може мати певне значення для інтерпретації подальших результатів, зважаючи на відмінності у способах емоційного реагування та регуляції між гендерами.

Таблиця 2.5

Розподіл вибірки за сімейним станом

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Не перебувають у стосунках	29	23,2%
У стосунках	29	23,2%
У шлюбі	57	45,6%
Розлучені	3	2,4%
Вдівці/вдови	7	5,6%

Аналіз сімейного стану виявив, що майже половина вибірки, а саме 45,6%, перебувають у шлюбі, що може виступати потенційним ресурсом соціальної підтримки під час війни. Особи, які не перебувають у стосунках, становлять 23,2%, стільки ж – у стосунках без офіційного шлюбу.

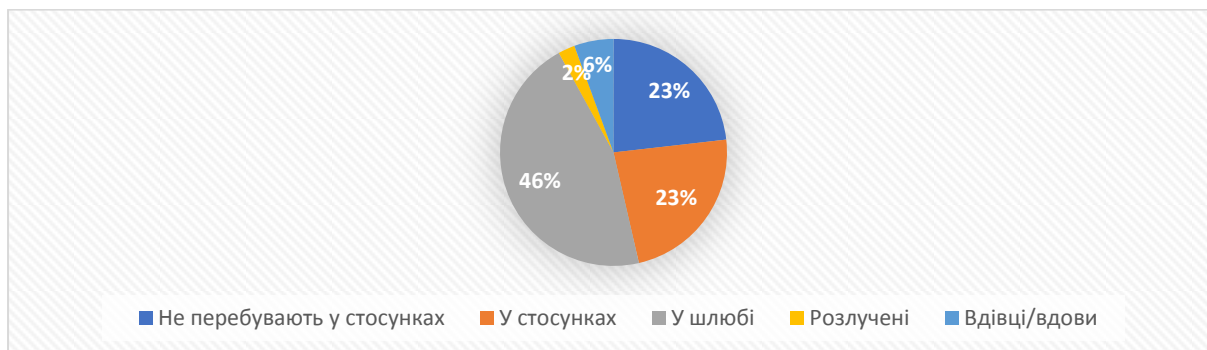


Рис. 2.2. Розподіл вибірки за сімейним станом

Частка розлучених учасників виявилася мінімальною (2,4%), а вдівців або вдов – 5,6%. Більшість респондентів мають певну систему міжособистісної підтримки, однак близько половини все ж не мають стабільного партнерського зв'язку, що може впливати на рівень емоційного благополуччя у кризових умовах.

Таблиця 2.6

Розподіл вибірки за найвищим рівнем отриманої освіти

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Повна середня	3	2,4%
Професійно-технічна	3	2,4%
Вища	77	61,6%
Друга вища	34	27,2%
Науковий ступінь	8	6,4%

За рівнем освіти переважають учасники з вищою освітою – 61,6%, при цьому 27,2% мають другу вищу освіту, а 6,4% здобули науковий ступінь.

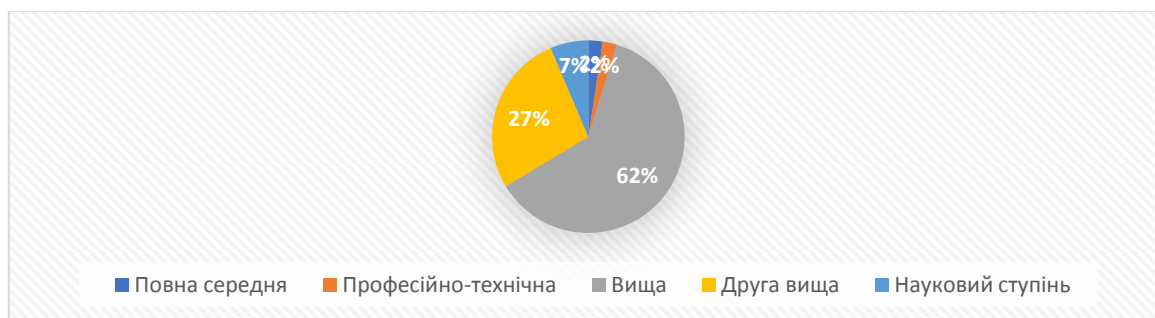


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за найвищим рівнем отриманої освіти

Лише 4,8% опитаних мають середню або професійно-технічну освіту. Високий освітній рівень респондентів створює сприятливі умови для усвідомленого сприйняття власного психоемоційного стану та для залучення до самоаналізу, що підвищує достовірність отриманих даних.

Таблиця 2.7

Розподіл вибірки за професією

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Психологи/психотерапевти (практикуючі)	35	28%
Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим	32	25,6%
Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою	44	35,2%
Тимчасово безробітні	14	11,2%

Примітка: «Психологи/психотерапевти (практикуючі)» – експериментальна група №1; «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим» – експериментальна група №2; «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою» – контрольна група;

Розподіл за професійною належністю показав, що 28% становлять практикуючі психологи та психотерапевти, 25,6% працюють у гуманітарних організаціях або волонтерять, допомагаючи постраждалим, а 35,2% займаються іншими професіями, не пов'язаними з безпосереднім наданням допомоги.



Рис. 2.4. Розподіл вибірки за професією

Тимчасово безробітних виявилось 11,2%. Така структура дозволяє порівняти різні типи допомагаючої діяльності й оцінити, як саме професійна залученість до роботи з людьми впливає на прояви афективних симптомів. Цікаво, що частка контрольної групи (представників інших професій) є більшою, ніж обох експериментальних груп разом, що створює умови для чіткішого виявлення міжгрупових відмінностей.

Таблиця 2.8

Розподіл вибірки за досвідом роботи

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Менше 1 року	10	10%
1-3 роки	14	14%
3-5 років	15	15%
5-10 років	29	29%
Понад 10 років	32	32%

Щодо професійного стажу було виявлено, що найбільша кількість респондентів має понад 10 років досвіду (32%) або працює у сфері від 5 до 10 років (29%).

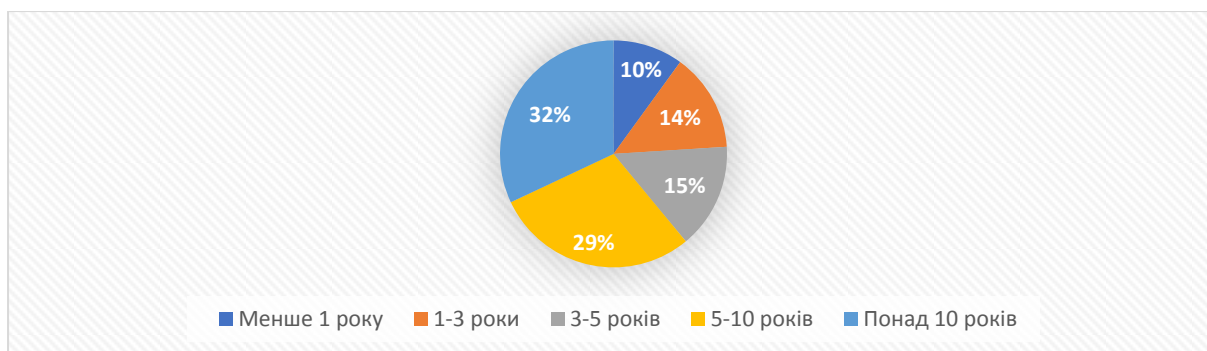


Рис. 2.5. Розподіл вибірки за досвідом роботи

Третина вибірки, отже, характеризується значним професійним досвідом, тоді як незначна частина (менше 30%) перебуває на початкових етапах професійної діяльності, що дозволяє простежити, чи тривалість професійного досвіду впливає на рівень емоційної стійкості та прояви афективних симптомів.

Таблиця 2.9

Розподіл вибірки за форматом професійної діяльності протягом останніх 6 місяців

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Повна зайнятість	79	63,2%
Часткова зайнятість	21	16,8%
Переважно волонтерська діяльність	5	4%
Тимчасово не працюють	20	16%

Розподіл за форматом зайнятості показав, що більшість учасників працюють повний робочий день (63,2%), тоді як часткова зайнятість характерна для 16,8%.

Ще 4% респондентів займаються переважно волонтерською діяльністю, а 16% тимчасово не працюють.



Рис. 2.6. Розподіл вибірки за форматом професійної діяльності протягом останніх 6 місяців

Більшість вибірки активно залучені до професійної діяльності, що забезпечує їм певний рівень соціальної стабільності, але водночас може посилювати емоційне навантаження в умовах війни.

Таблиця 2.10

Розподіл вибірки за характером роботи під час війни

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Переважно мають прямий контакт із клієнтами/бенефіціарами	41	44,6%
Поєднують прямий контакт і організаційні/координаційні функції	29	31,5%
Переважно організаційна/адміністративна/координаційна робота	22	23,9%

Характер роботи також виявився різноманітним. Майже половина опитаних (44,6%) мають переважно прямий контакт із клієнтами або бенефіціарами, тоді як 31,5% поєднують його з організаційними функціями, а 23,9% виконують переважно адміністративні або координаційні завдання.

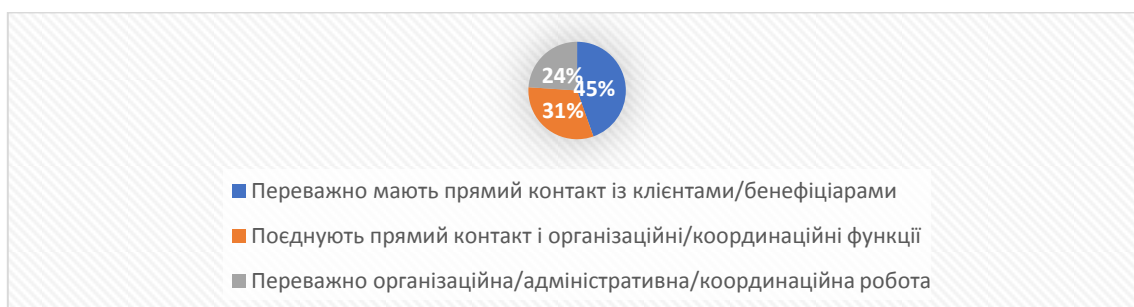


Рис. 2.7. Розподіл вибірки за характером роботи під час війни

А це свідчить про різний ступінь емоційного включення у роботу, що, ймовірно, впливає на вираженість афективних симптомів, адже безпосередній контакт із травмованими людьми може бути додатковим джерелом стресу.

Таблиця 2.11

Розподіл вибірки за середнім професійним навантаженням на тиждень

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
До 10 год на тиждень	20	20%
10-20 год на тиждень	13	13%
21-35 год на тиждень	18	18%
Понад 35 год на тиждень	49	49%

Середній рівень професійного навантаження демонструє, що майже половина вибірки (49%) працює понад 35 годин на тиждень, що вказує на значну інтенсивність праці у більшості учасників. Так, 20% працюють до 10 годин, що може відображати часткову зайнятість або волонтерську активність. Такі відмінності у навантаженні створюють можливість оцінити, як інтенсивність роботи корелює з рівнем афективних симптомів.

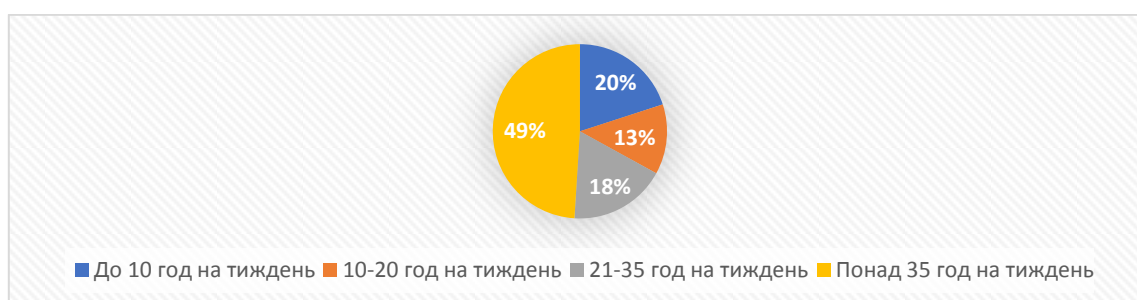


Рис. 2.8. Розподіл вибірки за середнім професійним навантаженням на тиждень

Цікавим виявився розподіл вибірки за частотою переживання повітряних тривог і загроз обстрілів.

Таблиця 2.12

Розподіл вибірки за частотою проживання повітряних тривоги та загроз обстрілів

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Майже щодня	59	47,2%
Кількі разів на тиждень	30	24%
Кілька разів на місяць	4	3,2
Дуже рідко/майже не було	2	1,6%
Проживаю за межами України	30	24%

Майже половина респондентів (47,2%) зазначили, що такі події відбуваються майже щодня, 24% стикаються з ними кілька разів на тиждень, тоді як 24% проживають за межами України.



Рис. 2.9. Розподіл вибірки за частотою проживання повітряних тривоги та загроз обстрілів

Такий контраст у досвіді безпосереднього перебування у небезпеці створює важливий контекст для розуміння психологічного стану учасників, адже частота загроз безпосередньо впливає на рівень тривожності та напруження.

Таблиця 2.13

Розподіл вибірки за наявністю досвіду отримання психологічної/психотерапевтичної підтримки протягом останнього року

Змінні	Абсолютна частота	Відсоткова частота
Є, регулярно	40	32%
Є, епізодично	33	26,4%
Немає такого досвіду	52	41,6%

Аналізуючи наявність досвіду отримання психологічної або психотерапевтичної підтримки протягом останнього року, встановлено, що 32% учасників користуються допомогою регулярно, 26,4% зверталися епізодично, а 41,6% не мають такого досвіду, що свідчить про те, що хоча більшість представників допомагаючих професій усвідомлюють важливість психологічної підтримки, значна частина все ще не використовує її навіть у складних умовах війни.

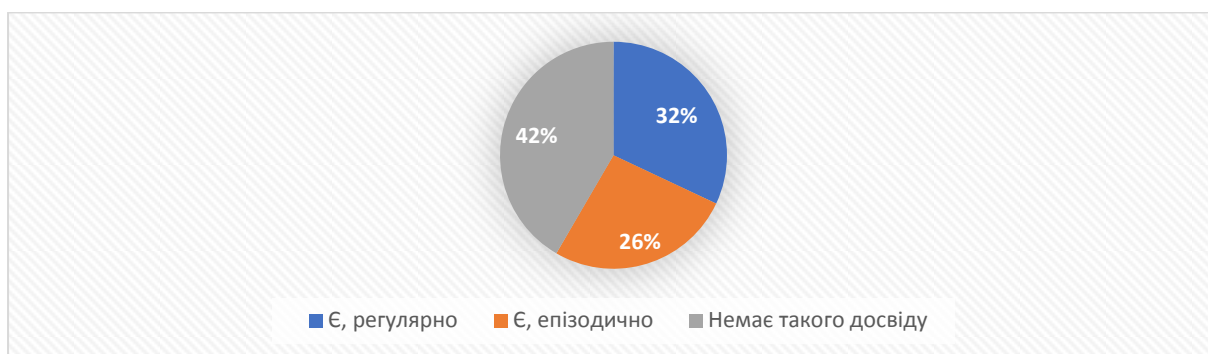


Рис. 2.10. Розподіл вибірки за наявністю досвіду отримання психологічної/психотерапевтичної підтримки протягом останнього року

Можна зробити висновок, що досліджувана група характеризується високим освітнім рівнем, переважанням жінок середнього віку, різноманітністю професійного досвіду та форм зайнятості, а також суттєвим впливом зовнішніх воєнних чинників.

Висновки до розділу 2

У другому розділі представлено повну методичну основу проведення емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення психологічних особливостей протікання афективних симптомів у фахівців допомагаючих професій під час війни залежно від наявності негативного досвіду дитинства. Дослідження було організоване у три послідовні етапи,

кожен із яких мав логічну мету та забезпечував комплексний підхід до вивчення поставленої проблеми.

На першому етапі було здійснено теоретико-аналітичну роботу, що передбачала систематизацію сучасних наукових джерел, присвячених темі афективних симптомів, дитячої травматизації та труднощів емоційної регуляції у дорослих.

Другий етап був присвячений емпіричному збору даних, який проводився у форматі онлайн-опитування за допомогою платформи Google Forms. Такий формат дозволив забезпечити доступність участі для респондентів з різних регіонів України та дотримання етичних принципів – добровільності, анонімності та конфіденційності. Учасникам було запропоновано заповнити соціально-демографічну анкету та батарею стандартизованих психодіагностичних інструментів.

До емпіричної частини дослідження увійшли такі методики: DERS, ACE, YSQ-S3G, PHQ-9, GAD-7 та ITQ. Застосування саме цих інструментів дало змогу комплексно охопити основні складові афективних симптомів, простежити її взаємозв'язок із дитячими травматичними подіями та з особливостями емоційної саморегуляції.

Третій етап дослідження передбачав статистичну обробку та інтерпретацію результатів. Для аналізу отриманих даних застосовувалися методи описової статистики, що дозволили визначити середні значення, медіани, стандартні відхилення та інші узагальнені характеристики вибірки. Для встановлення взаємозв'язків між досліджуваними змінними використовувався коефіцієнт кореляції Спірмена, який дав можливість виявити напрям та силу асоціацій між показниками афективних симптомів, труднощами емоційної регуляції та негативним досвідом дитинства. Додатково було проведено порівняльний аналіз за допомогою критеріїв U-Мана-Уїтні та ANOVA, що дало змогу перевірити статистичні

відмінності між групами учасників за професійною належністю та рівнем дитячої травматизації.

Вибірка дослідження включала 125 осіб, серед яких переважали жінки (73,6%), що відповідає структурі допомагаючих професій в Україні. Середній вік учасників становив 41,9 року, що свідчить про участь осіб із достатнім життєвим і професійним досвідом. До складу вибірки увійшли три основні групи: фахівці гуманітарної сфери та волонтери, практикуючі психологи та психотерапевти, а також представники інших професій, які виконували функцію контрольної групи. Такий розподіл дозволив простежити її специфіку у представників різних типів професійної допомоги.

Застосований дизайн охоплює всі ключові етапи наукового дослідження – від теоретичного аналізу до емпіричної перевірки гіпотез і статистичної інтерпретації результатів.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДОСВІДУ ДИТИНСТВА НА АФЕКТИВНІ СИМПТОМИ У ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ

3.1. Загальний аналіз результатів дослідження

Аналізуючи результати, подані в табл. 3.1, можна побачити, що фахівці допомагаючих професій демонструють помірний рівень труднощів емоційної регуляції загалом.

Таблиця 3.1

Результати методики «Опитувальник труднощів емоційної регуляції»

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Неприйняття емоційних реакцій	13,1	12	6,03	6	30
Труднощі із цілеспрямованою поведінкою	14,9	15	4,95	5	25
Труднощі з контролем імпульсів	13	12	6,04	6	30
Відсутність емоційного усвідомлення	15,4	15	4,07	6	30
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	19,8	19	7,23	8	39
Відсутність емоційної чіткості	11,4	11	3,97	5	23
Рівень труднощів емоційної регуляції	87,8	84	24,1	43	139

Середній показник за загальною шкалою становить 87,8 бала при медіані 84, що вказує на певну неоднорідність вибірки та наявність учасників як із нижчими, так і з досить високими рівнями порушень у сфері емоційного контролю. Стандартне відхилення 24,1 свідчить про значну варіативність результатів, що може бути пов'язано з відмінностями у професійному досвіді, індивідуальних стратегіях подолання стресу та наявністю власних психологічних ресурсів.

Найвищі середні значення спостерігаються за шкалами «Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій» (19,8 бала) та «Відсутність емоційного усвідомлення» (15,4 бала). Так, для значної частини фахівців складно знайти ефективні способи їх регуляції у складних або кризових умовах. Результати можна розглядати як характерні для ситуації війни,

коли високий рівень напруги та перевантаження емоційної сфери обмежує доступ до звичних механізмів самоконтролю.

Відносно нижчими є показники за шкалами «Відсутність емоційної чіткості» (11,4) та «Труднощі з контролем імпульсів» (13), що може свідчити про певну стабільність базових навичок саморегуляції у більшості респондентів, що дозволяє припустити, що, незважаючи на значний рівень стресу, фахівці допомагаючих професій частково зберігають здатність утримувати емоційну рівновагу та приймати зважені рішення у професійних ситуаціях. Показник «Неприйняття емоційних реакцій» (13,1) перебуває на межі помірного рівня, що може вказувати на тенденцію до уникання або заперечення власних емоцій, характерну для осіб, які часто працюють у середовищі підвищеного стресу.

Дані табл. 3.2 доповнюють попередні результати, показуючи розподіл учасників за рівнем труднощів емоційної регуляції.

Таблиця 3.2

Розподіл вибірки за рівнем труднощів емоційної регуляції

Змінні	Дуже низький	Низький	Помірний	Високий	Дуже високий
Рівень труднощів емоційної регуляції	0,8%	13,6%	41,6%	18,4%	25,6%

Переважає більшість опитаних (41,6%) має помірний рівень труднощів, що можна вважати типовим для вибірки, яка працює у сфері допомоги іншим під час кризових умов. Майже кожен четвертий учасник (25,6%) демонструє дуже високий рівень труднощів, а ще 18,4% – високий.

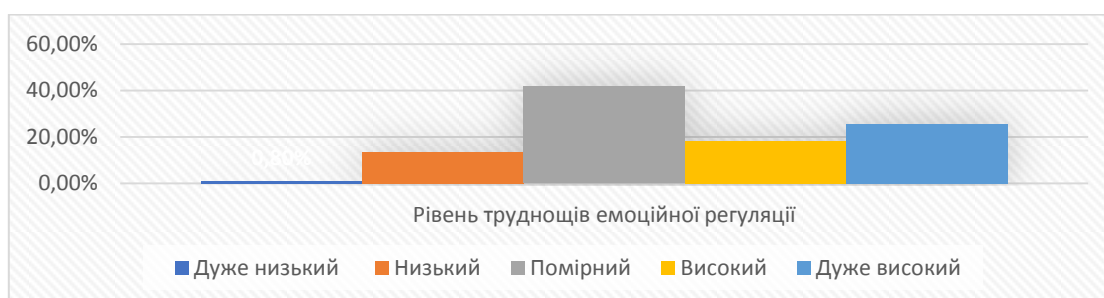


Рис. 3.1. Розподіл вибірки за рівнем труднощів емоційної регуляції

А це свідчить про наявність у частини фахівців значних проблем із емоційним самоконтролем, що потенційно може впливати на їхню професійну ефективність і підвищувати ризик емоційного вигорання. Низькі та дуже низькі рівні спостерігаються лише у 14,4% респондентів, що підкреслює загальну тенденцію до емоційного напруження в умовах війни.

Отримані дані свідчать про те, що для фахівців допомагаючих професій характерні середні та підвищені показники труднощів емоційної регуляції, при цьому основні проблеми пов'язані з недостатнім усвідомленням емоцій та обмеженим доступом до ефективних стратегій їх опанування.

Аналізуючи результати, наведені у табл. 3.3, можна побачити, що показники негативного досвіду дитинства серед фахівців допомагаючих професій демонструють певну варіативність, але загалом залишаються у межах середніх значень.

Таблиця 3.3

Результати методики «Опитувальник негативного досвіду дитинства»

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Проживання у дисфункцій сім'ї	2,18	2	2,01	0	8
Деструктивне ставлення оточення	3,69	4	2,66	0	9
Залучення до раннього статевого життя	0,35	0	0,63	0	2
Соціально-емоційна занедбаність	1,32	1	1,22	0	5
Рівень негативного досвіду дитинства	6,51	7	4,68	0	18

Середній загальний показник за шкалою ACE становить 6,51 при медіані 7, що свідчить про наявність у частини респондентів помірного рівня накопиченого дитячого стресу. Діапазон значень від 0 до 18 балів вказує на суттєву різницю між окремими учасниками, адже деякі з них, очевидно, виростили у відносно сприятливих умовах, тоді як інші зазнали помітного впливу несприятливих подій у дитинстві.

Найвищі середні показники спостерігаються за шкалою «Деструктивне ставлення оточення» (3,69), що свідчить про досить поширений досвід психологічного тиску, емоційного чи вербального знецінення у дитинстві. Така тенденція може бути відображенням соціокультурних реалій, у яких суворі або неконструктивні форми виховання залишалися нормою протягом тривалого часу. Помітно нижчі результати за шкалою «Проживання у дисфункційній сім'ї» (2,18) свідчать, що більшість респондентів не мали виражених сімейних проблем, хоча в окремих випадках спостерігалися ситуації конфліктності або нестабільності у родині.

Цікаво, що показник «Соціально-емоційна занедбаність» має середнє значення 1,32, що може означати певну часткову нестачу підтримки, турботи чи розуміння в дитинстві, однак не носить тотального характеру для вибірки. Найнижчим виявився показник «Залучення до раннього статевого життя» (0,35), що свідчить про те, що більшість учасників не мали такого досвіду або був поодиноким явищем. Стандартні відхилення при цьому коливаються від 0,63 до 2,66, що свідчить про помітні міжіндивідуальні відмінності та підкреслює різноманітність життєвих історій серед фахівців допомагаючих професій.

У табл. 3.4 подано розподіл вибірки за складовими негативного досвіду дитинства, що дозволяє більш конкретно оцінити масштаби проблеми.

Таблиця 3.4

Розподіл вибірки за складовими негативного досвіду дитинства

Змінні	Норма	Не норма
Проживання у дисфункцій сім'ї	92,8%	7,2%
Деструктивне ставлення оточення	58,4%	41,6%
Залучення до раннього статевого життя	73,6%	26,4%
Соціально-емоційна занедбаність	84%	16%
Рівень негативного досвіду дитинства	70,4%	29,6%

Найбільша частка респондентів, які не мали серйозних негативних впливів у дитинстві, спостерігається за шкалою «Проживання у дисфункційній сім'ї» – 92,8% осіб перебувають у межах норми, тоді як лише 7,2% мають показники, що свідчать про наявність сімейних труднощів.

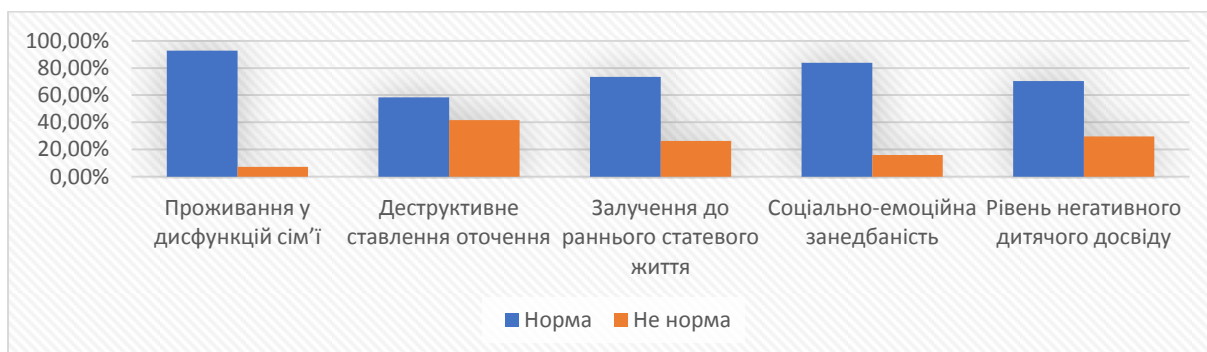


Рис. 3.2. Розподіл вибірки за рівнем негативного досвіду дитинства

Натомість за шкалою «Деструктивне ставлення оточення» майже половина вибірки (41,6%) продемонструвала значення, що виходять за межі норми, що робить цю складову найпоширенішою формою негативного досвіду дитинства серед досліджуваних. А це може вказувати на те, що досвід емоційного відчуження, приниження або байдужості з боку значущих дорослих є одним із найчастіших чинників, які залишають довготривалий слід у психологічному розвитку навіть у дорослому віці.

Відносно невисоким є відсоток респондентів, які мали прояви соціально-емоційної занедбаності (16%), що підтверджує, що більшість учасників отримували базову підтримку з боку родини або соціального оточення. Показник залучення до раннього статевого життя у 26,4% учасників не є незначним і може вказувати на наявність досвіду порушення особистих кордонів або недостатнього рівня захисту в підлітковому віці. Загальний рівень негативного досвіду дитинства перевищує норму у 29,6% опитаних, що є суттєвою часткою вибірки і може мати вагомий вплив на подальше емоційне функціонування.

Так, хоча більшість фахівців допомагаючих професій не зазнали значного рівня травматичного досвіду у дитинстві, майже третина з них має ознаки помірного або високого рівня АСЕ. Навіть у професійних групах, орієнтованих на допомогу іншим, існує помітний пласт осіб, які самі мають незавершений досвід дитячої психологічної вразливості.

Аналізуючи результати, подані у табл. 3.5, можна відзначити, що у вибірці фахівців допомагаючих професій виявлено помірну вираженість більшості ранніх дезадаптивних схем.

Таблиця 3.5

Результати методики «Схемний опитувальник Янга»

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Емоційна депривація	10,82	10	5,29	5	25
Покинутість/нестабільність	13,16	12	6,12	5	29
Недовіра/жорстоке поводження	13,42	13	5,75	5	29
Соціальна ізоляція/відчуження	13,42	12	6,25	5	29
Дефектність/сором	9,18	7	5,10	5	30
Невдаха	12,35	11	6,45	5	30
Залежність/безпорадність	9,8	9	4,68	5	28
Уразливість до хвороб/катастроф	12,17	12	5,58	5	30
Злиття/нерозвинена автономія	10,28	9	4,51	5	28
Підкорення	12,26	12	5,38	5	30
Самопожертва	14,51	14	5,22	5	27
Емоційна інгібіція	13,07	12	5,90	5	29
Непослабні стандарти/критичність	16,81	17	5,64	5	30
Привілейованість/грандіозність	13,86	13	5,06	5	27
Недостатній самоконтроль/дисципліна	14,62	14	6,01	5	30
Пошук схвалення/визнання	14,94	14	6,39	5	30
Негативізм/песимізм	14,49	14	6,18	5	29
Каральність	12,47	12	5,17	5	26

Загальний рівень середніх показників коливається від 9 до 17, що вказує на відсутність крайніх значень, однак при цьому демонструє стабільну присутність низки схем, типових для осіб, які схильні до високої самокритичності та емоційного напруження.

Найвищі середні значення спостерігаються за шкалами «Непослабні стандарти/критичність» (16,81) та «Пошук схвалення/визнання» (14,94).

Тобто, значна частина респондентів прагне досягати високих результатів, часто встановлюючи для себе завищені вимоги, що може супроводжуватися підвищеним рівнем внутрішнього контролю та самокритики. Подібна тенденція характерна для представників допомагаючих професій, адже зазвичай орієнтовані на відповідальність, емпатію та потребу бути корисними іншим. Пошук схвалення може бути відображенням потреби у зовнішньому підтвердженні власної цінності, що в умовах війни може посилювати емоційне виснаження через постійне прагнення до ідеальності.

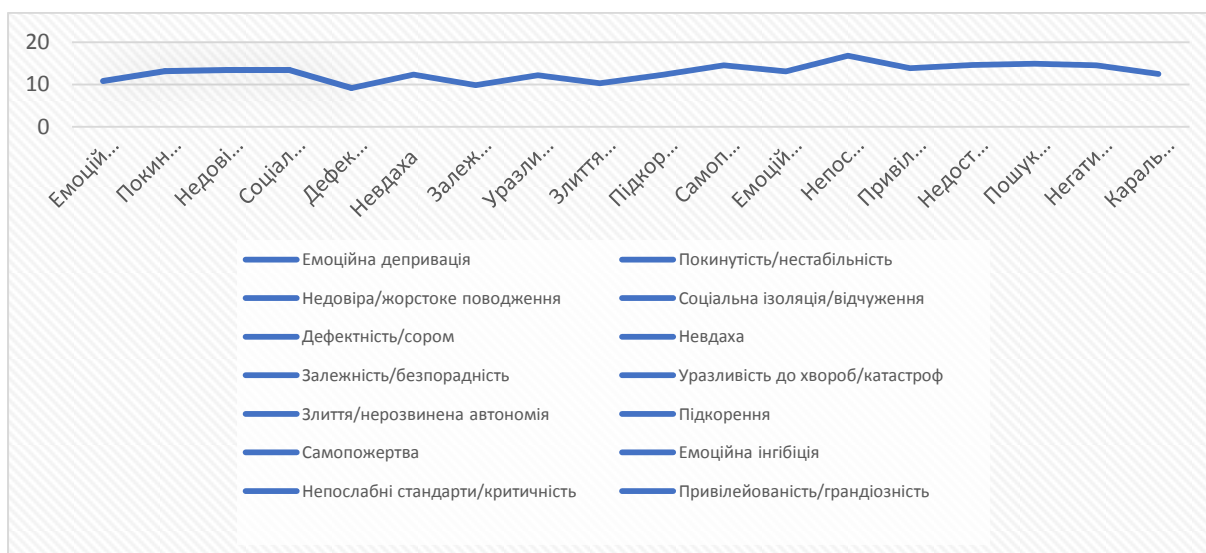


Рис. 3.3. Профіль вибірки за схемний опитувальником Янга

Дещо нижчі, але все ще помітні результати спостерігаються за шкалами «Недостатній самоконтроль/дисципліна» (14,62 бала), «Самопожертва» (14,51 бала) та «Негативізм/песимізм» (14,49 бала). Це свідчить про схильність респондентів до надмірного контролю за поведінкою, прагнення задовольняти потреби інших навіть ціною власних ресурсів, а також до сприйняття навколишньої дійсності крізь призму тривоги та недовіри. У контексті війни такі патерни можуть мати адаптивний аспект, оскільки підтримують професійну стійкість, проте у довготривалій перспективі створюють ризик емоційного виснаження та формування відчуття безсилля.

Помітно, що середні показники за шкалами «Деструктивне ставлення оточення», «Покинутість/нестабільність» та «Соціальна ізоляція/відчуження» (усі близько 13-13,5) також є відносно підвищеними, що вказує на внутрішню чутливість до відторгнення, втрати стабільності або довіри до інших людей. Це може бути наслідком попереднього негативного досвіду міжособистісних відносин або дитячих переживань, які залишили слід у сприйнятті безпеки у стосунках. Певний інтерес становить результат за шкалою «Емоційна інгібіція» (13,07), який відображає тенденцію до стримування емоційних проявів, особливо негативних, що є типовим для професій, пов'язаних із психологічною підтримкою чи соціальною роботою.

Найнижчі середні значення спостерігаються за шкалами «Дефектність/сором» (9,18) та «Залежність/безпорадність» (9,8). Це свідчить про відносно низьку поширеність почуття меншовартості та страху власної некомпетентності серед опитаних фахівців. Така тенденція може бути пов'язана із високим рівнем професійної самоусвідомленості та наявністю досвіду подолання труднощів, що сприяє формуванню впевненості у власних можливостях.

Стандартні відхилення більшості шкал перебувають у межах від 5 до 6, що вказує на помірну варіативність результатів у вибірці. Це означає, що хоча загальні тенденції спільні для більшості учасників, усе ж існують індивідуальні відмінності у глибині переживання та вираженості окремих схем. Варто звернути увагу на високі максимальні значення за багатьма шкалами (до 30), що може свідчити про наявність окремих учасників із вираженими проявами дезадаптивних патернів.

Отриманий профіль може бути адаптивним у контексті професійної діяльності, однак за умов хронічного стресу чи травматичних подій, зокрема під час війни, ці риси можуть посилювати вразливість до афективних порушень.

Аналізуючи результати, подані у табл. 3.6, можна помітити, що середній показник за методикою «Анкета здоров'я» становить 8,75 при медіані 8, що свідчить про те, що у вибірці фахівців допомагаючих професій загалом спостерігається легкий рівень депресивної симптоматики, притаманний умовам тривалого стресового навантаження, зокрема у ситуації війни.

Таблиця 3.6

Результати методики «Анкета здоров'я»

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Депресія	8,75	8	5,62	0	24

Стандартне відхилення 5,62 вказує на помітну варіативність між респондентами – у частини з них симптоми депресії практично відсутні, тоді як інші демонструють значно вищі рівні емоційного виснаження. Мінімальне значення 0 і максимальне 24 свідчать, що у вибірці є як абсолютно благополучні учасники, так і ті, хто може перебувати на межі клінічно значущої депресії.

Таке розмаїття може бути зумовлене відмінностями у професійних ролях, рівні особистісних ресурсів та інтенсивності контакту з травматичними подіями.

Дані табл. 3.7 розкривають більш деталізовану картину розподілу учасників за рівнями вираженості депресії.

Таблиця 3.7

Розподіл вибірки за ступенем депресії

Змінні	Відсутня депресія	Легкий	Помірний	Виражений	Важкий
Депресія	22,4%	41,6%	19,2%	12%	4,8%

Найбільша частка респондентів (41,6%) перебуває у межах легкого рівня, що можна розглядати як реакцію на хронічне емоційне напруження

без розвитку глибоких афективних порушень, що є типово для професій, пов'язаних із постійним контактом зі стражданням, болем чи кризами інших людей.

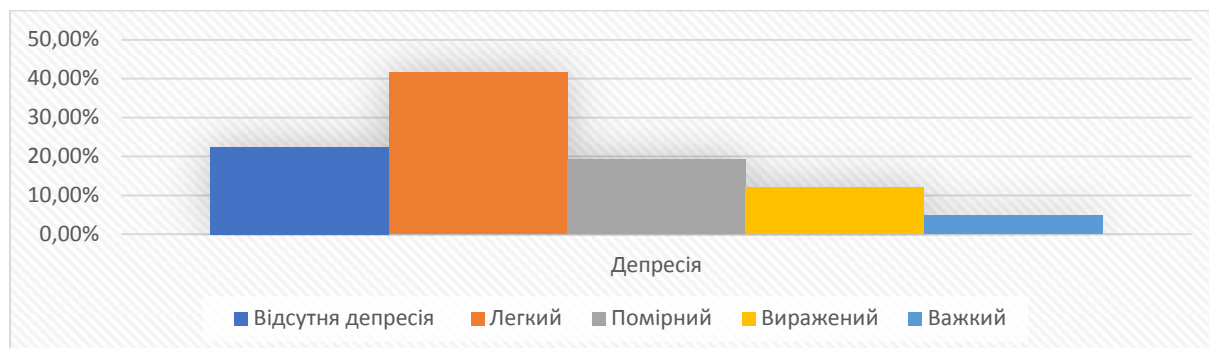


Рис. 3.4. Розподіл вибірки за ступенем депресії

У 19,2% спостерігається помірна депресія, а в 12% – виражена, що свідчить про підвищений ризик емоційного виснаження та потребу в психологічній підтримці. Важка депресія зафіксована у 4,8% опитаних, що є незначною, але клінічно важливою часткою вибірки.

Водночас 22,4% учасників не демонструють жодних ознак депресивного стану, що може вказувати на наявність у цих людей стійких механізмів емоційного самозахисту, адаптивних стратегій подолання стресу або високого рівня професійної зрілості.

Табл. 3.8 демонструє результати вимірювання рівня генералізованої тривоги за допомогою шкали GAD-7.

Таблиця 3.8

Результати методики «Шкала генералізованої тривоги»

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Генералізована тривога	8,56	8	5,45	0	21

Середній показник 8,56 при медіані 8 свідчить про те, що у більшості респондентів спостерігається легкий або помірний рівень тривожності. А це може бути зумовлено підвищеною емоційною чутливістю та постійним відчуттям невизначеності, характерним для умов

війни. Стандартне відхилення 5,45 вказує на достатню варіативність між учасниками, що узгоджується із припущенням про різний ступінь стресового впливу серед фахівців різних сфер допомоги. Максимальне значення 21 підтверджує, що окремі респонденти мають високий рівень тривоги, який потенційно може впливати на їхню професійну ефективність та загальне психоемоційне самопочуття.

У табл. 3.9 відображено розподіл вибірки за рівнями вираженості тривоги.

Таблиця 3.9

Розподіл вибірки за рівнем тривоги

Змінні	Мінімальний	Слабкий	Помірний	Високий
Генералізована тривоги	25,6%	38,4%	19,2%	16,8%

Найбільша частка учасників (38,4%) має слабкий рівень тривожності, що можна вважати адаптивною реакцією на тривалу дію стресових факторів. Так, лише 25,6% демонструють мінімальний рівень тривоги, що може бути наслідком високої емоційної витривалості, професійного досвіду чи сформованих навичок саморегуляції.

Помірний рівень тривоги спостерігається у 19,2% респондентів, тоді як високий – у 16,8%, що вказує на наявність групи осіб, схильних до надмірного хвилювання, напруження та гіперконтролю ситуацій. Для фахівців допомагаючих професій це може мати як позитивний аспект у вигляді підвищеної пильності, так і негативний, коли тривожність переходить у виснаження чи дезорганізацію діяльності.

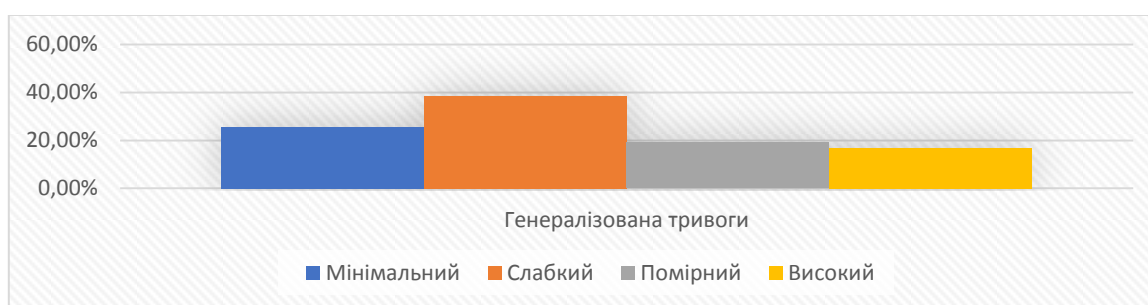


Рис. 3.5. Розподіл вибірки за рівнем тривоги

Можна зробити висновок, що у вибірці спостерігається переважно легкий рівень депресивних і тривожних проявів, що відображає стан хронічного напруження без явних клінічних форм афективних розладів. Однак наявність частини респондентів із помірними та високими показниками свідчить про ризики формування вторинних емоційних порушень у разі збереження несприятливих умов.

Аналізуючи результати, подані у табл. 3.10, можна побачити, що за показниками методики «Міжнародний опитувальник травми» більшість фахівців допомагаючих професій демонструють невисокий, але помітний рівень посттравматичних реакцій.

Таблиця 3.10

Результати методики «Міжнародний опитувальник травми»

Змінні	Середнє	Медіана	SD	Min	Max
Інтрюзія	1,50	1	1,80	0	8
Уникнення	1,96	1	2,18	0	8
Гіперпильність	2,27	2	2,»3	0	8
Функціональні порушення ПТСР	2,78	2	3,25	0	12
Ризик наявності ПТСР	5,74	4	5,06	0	24
Афективна дисрегуляція	2,72	2	2,06	0	8
Негативна Я-концепція	1,79	1	2,20	0	8
Порушення стосунків	2,38	2	2,20	0	8
Функціональні порушення самоорганізації	3,20	3	3,09	0	12
Порушення емоційної самоорганізації	6,89	6	5,54	0	22

Середній показник ризику ПТСР становить 5,74 при медіані 4, що загалом відповідає низькому рівню вираженості симптоматики, однак стандартне відхилення 5,06 та максимальне значення 24 вказують на наявність у вибірці окремих респондентів із вираженими проявами посттравматичного стресового реагування. Це може бути пов'язано з тим, що частина спеціалістів перебуває у безпосередньому контакті з наслідками воєнних подій, працює з травмованими людьми або пережила власні втрати.

Якщо розглядати окремі компоненти травматичної симптоматики, найвищі середні значення мають шкали «Гіперпильність» (2,27), «Функціональні порушення ПТСР» (2,78) та «Порушення емоційної самоорганізації» (6,89), що може вказувати на тенденцію до підвищеної настороженості, постійної напруги та складнощів у відновленні внутрішньої рівноваги. Показники типові для людей, які тривалий час перебувають у ситуації непередбачуваності та небезпеки, що відповідає умовам війни. Дещо нижчими є результати за шкалами «Інтрузія» (1,50) та «Уникнення» (1,96), що може свідчити про відносно контрольований характер травматичних спогадів. Іншими словами, більшість респондентів не демонструє надмірного занурення у травматичний досвід.

Цікавою є також структура показників, пов'язаних із самоорганізацією. Афективна дисрегуляція має середній рівень 2,72, а негативна Я-концепція – 1,79. Хоча у частини фахівців спостерігаються труднощі з управлінням емоціями, загалом не характеризуються вираженим почуттям власної неповноцінності чи втрати самоцінності. Натомість більш високі значення за шкалами «Порушення стосунків» (2,38) та «Функціональні порушення самоорганізації» (3,20) свідчать, що наслідки травматичного досвіду частіше проявляються у сфері міжособистісних контактів і загальної здатності підтримувати стабільність у професійній діяльності, що цілком очікувано, оскільки для представників допомагаючих професій характерна схильність фокусуватися на потребах інших навіть у ситуації внутрішнього виснаження, що може призводити до порушення балансу між турботою про себе та професійним обов'язком.

Так, серед фахівців допомагаючих професій домінує відносно контрольований, субклінічний рівень посттравматичних симптомів, який має потенціал до загострення у разі продовження впливу стресових факторів. При цьому найбільш уразливими аспектами є саме емоційна

регуляція та міжособистісна сфера, що може свідчити про потребу у програмах емоційного відновлення та розвитку навичок стресостійкості.

У табл. 3.11 представлено розподіл вибірки за рівнем ризику ПТСР та порушень емоційної саморегуляції, що дозволяє краще оцінити масштаби проблеми серед респондентів.

Таблиця 3.11

Розподіл вибірки за рівнем ризику ПТСР та порушення емоційної саморегуляції

Змінні	Низький	Помірний	Високий
Проживання у дисфункцій сім'ї	72,8%	22,4%	4,8%
Деструктивне ставлення оточення	69,6%	24%	6,4%

Переважна більшість учасників продемонструвала низький рівень ризику як за показником проживання у дисфункційній сім'ї (72,8%), так і за показником деструктивного ставлення оточення (69,6%). Це свідчить про те, що значна частина фахівців має достатній рівень емоційної стійкості та внутрішніх ресурсів, які дозволяють протистояти впливу травматичних подій. Майже чверть вибірки демонструє помірний рівень ризику розвитку ПТСР – 22,4% та 24% відповідно, що є показником потенційної вразливості.

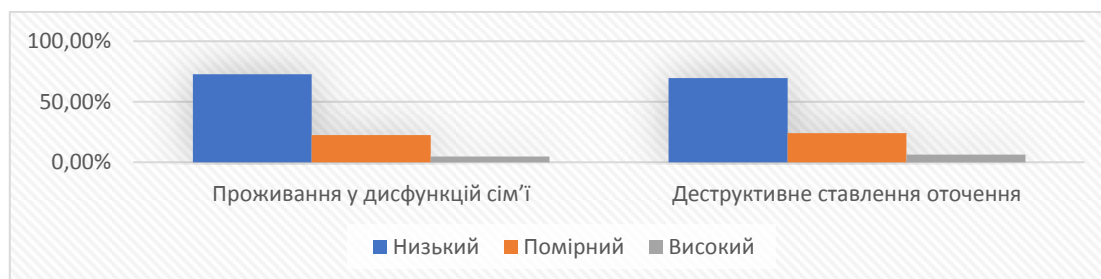


Рис. 3.6. Розподіл вибірки за рівнем ризику ПТСР та порушення емоційної саморегуляції

Ці особи можуть перебувати у стані прихованого емоційного напруження, яке потребує уваги з боку психологічної підтримки. Високий рівень ризику виявлено у незначній частки учасників – 4,8% і 6,4%, однак навіть ці невеликі показники є клінічно значущими, оскільки такі люди можуть мати вже сформовані симптоми посттравматичного розладу або складнощі з відновленням після стресу.

Загалом результати вказують, що хоча більшість фахівців допомагаючих професій зберігають психічну стійкість навіть у складних умовах війни, помітна частка з них демонструє ознаки порушення емоційної саморегуляції та підвищеної вразливості до ПТСР.

3.2. Зв'язок афективних симптомів із негативним досвідом дитинства серед фахівців допомагаючої сфери та його порівняння з групою представників інших професій

Аналізуючи результати кореляційного аналізу, подані у табл. 3.12, можна побачити, що серед групи практикуючих психологів і психотерапевтів загалом не виявлено великої кількості статистично значущих зв'язків між складовими труднощів емоційної регуляції та показниками негативного досвіду дитинства.

Так, виявлено позитивний зв'язок між показником «Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій» та шкалою «Деструктивне ставлення оточення» ($r=0,268$, $p<0,05$), що може свідчити про те, що фахівці, які в дитинстві зазнавали емоційної критики або нестачі підтримки з боку оточення, у дорослому віці частіше мають труднощі з пошуком ефективних способів регулювання емоцій.

Таблиця 3.12

**Кореляційний аналіз складових труднощів емоційної регуляції зі
складовими негативного досвіду дитинства серед групи
«Психологи/психотерапевти (практикуючі)»**

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занебаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Неприйняття емоційних реакцій	0,049	0,055	0,133	0,029	0,066
Труднощі із цілеспрямованою поведінкою	0,035	-0,011	0,017	-0,089	-0,022
Труднощі з контролем імпульсів	-0,019	-0,112	0,048	-0,026	-0,077
Відсутність емоційного усвідомлення	0,096	-0,149	0,040	0,024	-0,061
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	0,197	0,268 *	0,160	0,124	0,249
Відсутність емоційної чіткості	0,293*	0,106	0,037	0,060	0,135
Рівень труднощів емоційної регуляції	0,176	0,067	0,151	0,094	0,120

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Інший значущий зв'язок спостерігається між «Відсутністю емоційної чіткості» та «Проживанням у дисфункційній сім'ї» ($r=0,293$, $p < 0,05$). Це вказує на те, що виховання у нестабільних родинних умовах може бути пов'язане з меншою здатністю розуміти та чітко визначати власні емоції. Проте загалом для цієї групи характерна слабка кореляційна насиченість, що відображає професійну здатність фахівців допомагаючої сфери до емоційної саморегуляції, навіть за наявності певних дитячих травматичних переживань.

У табл. 3.13 представлено дані щодо зв'язку негативного досвіду дитинства з труднощами емоційної регуляції серед групи, яка працює у гуманітарних організаціях або є волонтерами.

Таблиця 3.13

Кореляційний аналіз складових труднощів емоційної регуляції зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Неприйняття емоційних реакцій	0,047	0,144	-0,102	-0,135	0,108
Труднощі із цілеспрямованою поведінкою	0,290*	0,213	-0,011	0,110	0,243
Труднощі з контролем імпульсів	0,058	0,036	0,275*	0,171	0,120
Відсутність емоційного усвідомлення	-0,079	-0,049	-0,052	0,090	-0,070
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	0,170	0,006	0,112	0,154	0,097
Відсутність емоційної чіткості	0,176	0,181	-0,083	0,010	0,186
Рівень труднощів емоційної регуляції	0,176	0,159	0,084	0,123	0,207

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Виявлено два значущі зв'язки. Перший – між шкалою «Труднощі із цілеспрямованою поведінкою» та показником «Проживання у дисфункційній сім'ї» ($r=0,290$, $p < 0,05$), що може свідчити, що досвід нестабільного сімейного середовища у дитинстві впливає на здатність дорослих підтримувати концентрацію та послідовність дій у стресових ситуаціях. Другий – між «Труднощами з контролем імпульсів» та «Залученням до раннього статевого життя» ($r=0,275$, $p < 0,05$). Цей результат може вказувати на те, що ранні досвіди порушення меж або недостатній контроль поведінки в підлітковому віці пов'язуються у подальшому з тенденцією до емоційної імпульсивності. Відсутність статистично значущих зв'язків між загальним рівнем негативного досвіду дитинства та більшістю складових емоційної регуляції може свідчити, що діяльність у сфері гуманітарної допомоги сприяє розвитку

компенсаторних стратегій, які частково нейтралізують вплив минулих негативних подій. Люди цієї групи часто мають сильну мотивацію допомагати, що може виконувати функцію психологічного захисту й стабілізувати емоційний стан.

Зовсім інша ситуація спостерігається серед представників професій, не пов'язаних із допомагаючою сферою (див. табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Кореляційний аналіз складових труднощів емоційної регуляції зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Загучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Неприйняття емоційних реакцій	0,342*	0,338*	0,376*	0,436*	0,407*
Труднощі із цілеспрямованої поведінкою	0,355*	0,347*	0,392*	0,362*	0,382*
Труднощі з контролем імпульсів	0,270*	0,266	0,376*	0,334*	0,300*
Відсутність емоційного усвідомлення	-0,347*	-0,413*	-0,256	-0,445*	-0,437*
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	0,251	0,386*	0,388*	0,361*	0,382*
Відсутність емоційної чіткості	0,207	0,204	0,225	0,156	0,221
Рівень труднощів емоційної регуляції	0,288*	0,331*	0,386*	0,340*	0,350*

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Зокрема, високі коефіцієнти кореляції зафіксовано між усіма показниками негативного досвіду дитинства та такими аспектами, як «Неприйняття емоційних реакцій», «Труднощі із цілеспрямованою поведінкою», «Труднощі з контролем імпульсів» і «Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій». Це означає, що люди, які мали досвід проживання у дисфункційній сім'ї, емоційного нехтування або жорстокого

ставлення в дитинстві, у дорослому віці схильні заперечувати власні емоції, відчувають труднощі у постановці цілей, частіше діють імпульсивно та мають обмежений набір стратегій подолання емоційних станів. Особливо виражений зв'язок спостерігається між загальним рівнем АСЕ та усіма складовими труднощів емоційної регуляції (r у межах 0,30-0,40, $p < 0,05$), що свідчить про узагальнений негативний вплив дитячого травматичного досвіду на емоційну сферу дорослих.

Цікаво, що шкала «Відсутність емоційного усвідомлення» демонструє зворотні кореляції з деякими показниками АСЕ, зокрема із «Проживанням у дисфункційній сім'ї» ($r = -0,347$, $p < 0,05$) та «Соціально-емоційною занедбаністю» ($r = -0,445$, $p < 0,05$). Це може свідчити про компенсаторний механізм – особи, які мали складне дитинство, з часом могли навчитися краще розуміти власні емоції, щоб запобігти повторенню минулих ситуацій безконтрольності. Проте така «усвідомленість» не завжди супроводжується ефективною регуляцією емоцій, адже інші показники вказують на високу імпульсивність та труднощі в поведінковому самоконтролі.

Загалом порівняння трьох груп демонструє чітку тенденцію. У професіоналів допомагаючих сфер (психологів, психотерапевтів, волонтерів) вплив негативного досвіду дитинства на емоційну регуляцію є слабшим і частково пом'якшується завдяки професійним навичкам саморефлексії та емпатії. У респондентів, чия діяльність не пов'язана з допомогою іншим, досвід дитинства виступає значущим предиктором труднощів емоційного функціонування. А це дозволяє припустити, що саме професійна орієнтація на допомогу та емоційна компетентність виступають своєрідними захисними чинниками, які послаблюють негативні наслідки дитячих травматичних переживань у дорослому житті.

Аналізуючи результати кореляційного аналізу, наведені у табл. 3.15, можна помітити, що у групі практикуючих психологів та психотерапевтів

виявлено низку статистично значущих зв'язків між особистісними схемами та показниками негативного досвіду дитинства.

Таблиця 3.15

Кореляційний аналіз особистісних схем зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Психологи/психотерапевти (практикуючі)»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Загучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Емоційна депривація	0,515*	0,478*	0,123	0,345*	0,540*
Покинутість/нестабільність	0,362*	0,314*	0,057	0,156	0,313*
Недовіра/жорстоке поводження	0,378*	0,343*	0,279*	0,323*	0,372*
Соціальна ізоляція/відчуження	0,297*	0,137	0,078	0,184	0,254
Дефектність/сором	0,423*	0,347*	0,060	0,166	0,342*
Невдаха	0,377*	0,323*	0,048	0,276*	0,350*
Залежність/безпорадність	0,319*	0,243	0,152	0,221	0,292*
Уразливість до хвороб/катастроф	0,508*	0,317*	0,163	0,287*	0,408*
Злиття/нерозвинена автономія	0,286*	0,395*	0,114	0,227	0,362*
Підкорення	0,488*	0,314*	-0,104	0,107	0,367*
Самопожертва	0,354*	0,423*	0,157	0,195	0,416*
Емоційна інгібіція	0,165	0,031	-0,170	-0,148	0,046
Непослабні стандарти/критичність	0,312*	0,209	-0,087	0,033	0,240
Привілейованість/грандіозність	0,133	-0,040	0,046	-0,048	0,040
Недостатній самоконтроль/дисципліна	0,119	0,081	0,193	0,129	0,088
Пошук схвалення/визнання	0,115	0,119	0,221	0,095	0,118
Негативізм/песимізм	0,456*	0,404*	0,134	0,184	0,415*
Каральність	0,404*	0,362*	0,015	0,191	0,372*

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Найвищі кореляції спостерігаються між шкалами «Емоційна депривація» та майже всіма компонентами ACE, зокрема з проживанням у дисфункційній сім'ї ($r=0,515$, $p < 0,05$) і рівнем загального негативного досвіду ($r=0,540$, $p < 0,05$). Це означає, що ті психологи, які в дитинстві відчували нестачу тепла, підтримки або емоційного прийняття, у дорослому віці частіше схильні переживати відчуття самотності та

недостатності у стосунках. Схожі тенденції спостерігаються і для схем «Недовіра/жорстоке поводження», «Покинутість/нестабільність» та «Підкорення», що демонструють сталі зв'язки з різними аспектами негативного досвіду дитинства. Це вказує на певну спадковість емоційних патернів, коли ранні переживання формують основу для схильності до підвищеної чутливості до відторгнення або контролю у дорослому житті.

У групі практикуючих психологів спостерігаються й ознаки зрілої емоційної інтеграції. Попри наявність кореляцій між негативним досвідом і схемами, багато з них мають помірну силу зв'язку, що свідчить про ефективність компенсаторних механізмів. Наприклад, відсутність статистично значущих зв'язків між негативним досвідом дитинства і такими схемами, як «Привілейованість/грандіозність» чи «Недостатній самоконтроль/дисципліна», свідчить, що ці фахівці не схильні до нарцисичних або дезорганізованих реакцій навіть за наявності травматичного досвіду. Варто також відзначити, що виявлений позитивний зв'язок між «Самопожертвою» та АСЕ може відображати професійну ідентичність фахівців допомагаючих сфер, які схильні до емпатії та віддачі, але можуть несвідомо відтворювати патерни власного досвіду дитинства турботи через надмірну включеність у допомогу іншим.

У табл. 3.16, де подано результати групи гуманітарних працівників і волонтерів, що надають допомогу постраждалим, спостерігається цікава та більш неоднорідна картина.

Найбільш стабільні позитивні зв'язки простежуються між проживанням у дисфункційній сім'ї та такими схемами, як «Емоційна депривація» ($r=0,296$, $p<0,05$), «Соціальна ізоляція/відчуження» ($r=0,284$, $p<0,05$) та «Підкорення» ($r=0,299$, $p<0,05$), що може свідчити, що досвід емоційного дефіциту й відчуження в дитинстві продовжує впливати на формування переконань про власну роль у стосунках, зокрема тенденцію до пригнічення власних потреб заради підтримки інших.

Таблиця 3.16

Кореляційний аналіз особистісних схем зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Емоційна депривація	0,296*	0,207	0,122	0,308*	0,307*
Покинутість/нестабільність	0,218	0,201	-0,011	0,087	0,208
Недовіра/жорстоке поводження	0,266*	0,057	0,037	0,041	0,121
Соціальна ізоляція/відчуження	0,284*	0,134	0,184	0,175	0,250
Дефектність/сором	-0,141	-0,130	-0,203	-0,286*	-0,168
Невдаха	-0,003	0,044	0,052	-0,013	0,063
Залежність/безпорадність	0,073	0,004	-0,104	-0,091	0,003
Уразливість до хвороб/катастроф	0,232	0,242	0,062	0,170	0,250
Злиття/нерозвинена автономія	0,043	-0,177	-0,285*	-0,193	-0,129
Підкорення	0,299*	0,156	0,025	0,134	0,226
Самопожертва	0,151	-0,057	0,161	0,093	0,062
Емоційна інгібіція	0,202	0,164	0,108	0,105	0,197
Непослабні стандарти/критичність	0,305*	0,147	0,084	0,218	0,250
Привілейованість/грандіозність	0,114	0,206	-0,055	0,056	0,160
Недостатній самоконтроль/дисципліна	0,346*	0,404*	-0,006	0,132	0,390*
Пошук схвалення/визнання	0,255	0,282*	-0,079	0,097	0,269
Негативізм/песимізм	0,244	0,185	0,287*	0,387*	0,287*
Каральність	0,460*	0,398*	-0,004	0,293*	0,433*

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Деякі кореляції мають негативний напрямок. Наприклад, шкала «Дефектність/сором» негативно пов'язана із соціально-емоційною занедбаністю ($r = -0,286$, $p < 0,05$), а «Злиття/нерозвинена автономія» має обернений зв'язок із залученням до раннього статевого життя ($r = -0,285$, $p < 0,05$). Це може відображати певний компенсаторний механізм, коли волонтери, які мали травматичний досвід, навпаки прагнуть до автономії, цілісності та самоповаги, намагаючись подолати попередні емоційні вразливості через активну соціальну діяльність.

Звертає на себе увагу й поява сильних зв'язків між показниками АСЕ та схемами, які мають виражений морально-регулятивний характер, зокрема «Непослабні стандарти/критичність» ($r=0,305$, $p<0,05$) і «Каральність» ($r=0,460$, $p<0,05$).

Так, серед гуманітарних працівників часто формуються внутрішні установки суворого морального контролю та почуття обов'язку, які можуть бути джерелом професійної сили і потенційного вигорання. Подібна динаміка свідчить про те, що досвід дитинства може проявлятися у жорсткій внутрішній дисципліні та надмірному самоконтролі.

У табл. 3.18 представлено результати групи осіб, чия професійна діяльність не пов'язана з допомагаючою сферою. У цій групі спостерігається значно більша кількість статистично значущих кореляцій, що свідчить про більш тісний і безпосередній зв'язок між негативним досвідом дитинства і особистісними схемами.

Переважає більшість показників має позитивний напрямок, що вказує на збереження впливу дитячих травматичних переживань на дорослу особистісну структуру. Найбільш виражені зв'язки виявлено між деструктивним ставленням оточення та такими схемами, як «Недовіра/жорстоке поводження» ($r=0,474$, $p<0,05$), «Покинутість/нестабільність» ($r=0,423$, $p<0,05$) і «Соціальна ізоляція/відчуження» ($r=0,410$, $p<0,05$).

Таким чином, досвід неприйняття, критики або насильства в дитинстві залишає тривалий слід у вигляді схильності до недовіри, емоційної віддаленості та страху втрати стабільності.

Таблиця 3.18

Кореляційний аналіз особистісних схем зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Емоційна депривація	0,367*	0,347*	0,098	0,314*	0,354*
Покинутість/нестабільність	0,257	0,423*	0,308*	0,434*	0,426*
Недовіра/жорстоке поводження	0,284*	0,474*	0,269*	0,290*	0,444*
Соціальна ізоляція/відчуження	0,286*	0,410*	0,229	0,239	0,416*
Дефектність/сором	0,143	0,258	-0,159	0,061	0,195
Невдаха	0,177	0,209	0,130	0,196	0,203
Залежність/безпорадність	0,181	0,216	0,233	0,192	0,205
Уразливість до хвороб/катастроф	0,183	0,178	0,183	0,163	0,204
Злиття/нерозвинена автономія	0,135	0,141	0,280*	0,282*	0,197
Підкорення	0,229	0,210	0,123	0,184	0,248
Самопожертва	0,107	0,071	-0,170	0,079	0,067
Емоційна інгібіція	0,132	0,154	0,127	0,067	0,180
Непослабні стандарти/критичність	0,290*	0,312*	0,177	0,177	0,336*
Привілейованість/грандіозність	0,161	0,283*	0,140	0,124	0,239
Недостатній самоконтроль/дисципліна	0,304*	0,413*	0,202	0,223	0,385*
Пошук схвалення/визнання	0,290*	0,466*	0,345*	0,336*	0,469*
Негативізм/песимізм	0,284*	0,351*	0,319*	0,371*	0,254*
Каральність	-0,047	0,063	-0,026	0,011	0,004

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Також спостерігаються сильні зв'язки між рівнем негативного досвіду дитинства та схемами «Пошук схвалення/визнання» ($r=0,469$, $p < 0,05$) і «Недостатній самоконтроль/дисципліна» ($r=0,385$, $p < 0,05$), що може свідчити про сформовану потребу у зовнішньому підтвердженні цінності та труднощі в емоційній саморегуляції. Особливо цікавою є кореляція між показниками ACE та схемою «Непослабні стандарти/критичність» ($r=0,336$, $p < 0,05$), яка може свідчити про тенденцію до компенсації дитячих травм через прагнення бути ідеальним

або надмірно відповідальним. Цей механізм є типовим для людей, які намагаються довести власну цінність через досягнення, проте часто роблять це ціною внутрішнього виснаження.

У гуманітарних працівників цей зв'язок є частково амбівалентним – з одного боку, демонструють тенденцію до самодисципліни та емоційної чутливості, а з іншого – зберігають залишкові патерни вразливості. А у представників непрофесійної сфери спостерігається більш безпосередній і виражений вплив АСЕ на емоційно-когнітивну структуру особистості.

Аналізуючи результати кореляційного аналізу, наведені у табл. 3.19, можна помітити, що серед групи практикуючих психологів і психотерапевтів виявлено відносно помірний зв'язок між окремими компонентами негативного досвіду дитинства та показниками афективних симптомів.

Таблиця 3.19

Кореляційний аналіз депресії та тривоги зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Психологи/психотерапевти (практикуючі)»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Загучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Депресія	0,166	0,192	0,062	0,036	0,179
Генералізована тривоги	0,329*	0,279*	0,095	0,162	0,347*

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Зокрема, рівень генералізованої тривоги продемонстрував статистично значущі позитивні кореляції з проживанням у дисфункційній сім'ї ($r=0,329$, $p < 0,05$), деструктивним ставленням оточення ($r=0,279$,

$p < 0,05$) та загальним рівнем ACE ($r = 0,347$, $p < 0,05$), що свідчить про те, що психологи, які у дитинстві зазнавали нестабільності сімейного середовища або емоційного нехтування, можуть мати підвищену схильність до тривожних реакцій у дорослому віці. Рівень депресії у цій групі не виявив статистично значущих зв'язків із жодним компонентом ACE, хоча спостерігаються слабкі позитивні тенденції. Професійна підготовка, супервізійна підтримка та навички саморефлексії певною мірою знижують вплив досвіду дитинства на схильність до депресивних станів. Так, у практикуючих психологів дитячі травматичні переживання можуть проявлятися у вигляді підвищеної тривожності, яка може бути частиною емпатійного реагування на страждання інших.

Результати, подані у табл. 3.20, показують іншу динаміку для групи гуманітарних працівників та волонтерів, які безпосередньо надають допомогу постраждалим. У цій групі спостерігається більша кількість статистично значущих зв'язків, причому як із показниками депресії, так і з рівнем тривожності.

Таблиця 3.20

Кореляційний аналіз депресії та тривоги зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Загучення до раннього етапового життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Депресія	0,201	0,271*	0,427*	0,290*	0,282*
Генералізована тривоги	0,355*	0,213	-0,013	0,258	0,276*

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Депресія демонструє значущі позитивні кореляції з деструктивним ставленням оточення ($r=0,271$, $p<0,05$), залученням до раннього статевого життя ($r=0,427$, $p<0,05$), соціально-емоційною занедбаністю ($r=0,290$, $p<0,05$) та загальним рівнем ACE ($r=0,282$, $p<0,05$). Це свідчить, що волонтери, які мали складне дитинство, частіше відчують емоційне виснаження, зниження настрою або симптоми депресії. Цікаво, що найсильніший зв'язок спостерігається саме із показником раннього статевого досвіду, який може бути індикатором порушення особистих кордонів або несформованої емоційної безпеки в дитинстві. Такий досвід, як показують результати, може створювати схильність до глибших емоційних коливань у дорослому віці, особливо в умовах стресових або гуманітарних криз.

Показники тривоги в цій групі також корелюють із проживанням у дисфункційній сім'ї ($r=0,355$, $p<0,05$) і загальним рівнем негативного досвіду дитинства ($r=0,276$, $p<0,05$), що підтверджує, що люди з таким минулим залишаються більш вразливими до тривожних реакцій навіть при високому рівні альтруїзму та соціальної активності. Можна припустити, що постійна взаємодія з травматичними історіями інших людей актуалізує власні емоційні спогади, спричиняючи повторне переживання тривожних станів.

Зовсім інша картина спостерігається у табл. 3.21, де представлено результати групи осіб, чия професійна діяльність не пов'язана з допомагаючою сферою.

Для депресії виявлено зв'язок з усіма складовими негативного досвіду дитинства, зокрема з проживанням у дисфункційній сім'ї ($r=0,426$, $p<0,05$), деструктивним ставленням оточення ($r=0,430$, $p<0,05$), залученням до раннього статевого життя ($r=0,446$, $p<0,05$), соціально-емоційною занедбаністю ($r=0,502$, $p<0,05$) і загальним рівнем ACE ($r=0,476$, $p<0,05$).

Таблиця 3.21

Кореляційний аналіз депресії та тривоги зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Депресія	0,426*	0,430*	0,446*	0,502*	0,476*
Генералізована тривоги	0,495*	0,322*	0,400*	0,502*	0,416*

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Такі результати демонструють, що у респондентів, які не мають спеціальних навичок емоційної саморегуляції або професійної підтримки, негативний досвід дитинства значно частіше асоціюється з проявами депресивної симптоматики. Особливо сильний зв'язок із соціально-емоційною занедбаністю свідчить про те, що нестача підтримки й емоційного контакту в дитинстві має довготривалий вплив на відчуття емоційної безпеки у дорослому житті.

Рівень генералізованої тривоги у цій групі також суттєво пов'язаний із усіма компонентами ACE. Найвищі кореляції зафіксовано для соціально-емоційної занедбаності ($r=0,502$, $p < 0,05$) та проживання у дисфункційній сім'ї ($r=0,495$, $p < 0,05$), що свідчить про глибоке вкорінення тривожного реагування в осіб, які зростали у непередбачуваних або емоційно холодних сімейних системах. У цих людей дитячі переживання формують базову установку на небезпеку, що згодом проявляється у підвищеній чутливості до стресу та схильності до хронічного занепокоєння. Такі зв'язки мають системний характер і можуть

розглядатися як предиктори розвитку афективних розладів у дорослому віці, особливо за умов соціальної або професійної нестабільності.

У психологів і психотерапевтів цей зв'язок найслабший, у волонтерів та гуманітарних працівників – помірний, тоді як у представників інших професій – виражений і системний. Це дозволяє зробити висновок, що розвиток навичок емоційної саморегуляції, рефлексії та усвідомлення власного досвіду може значною мірою пом'якшити вплив дитячих травматичних переживань на афективну сферу дорослої особистості. Професійна діяльність, що передбачає допомогу іншим, можливо, виступає своєрідним захисним чинником, який трансформує внутрішні вразливості у здатність до емпатії та психологічної стійкості.

Аналізуючи результати кореляційного аналізу, подані у табл. 3.22, можна побачити, що серед практикуючих психологів і психотерапевтів виявлено лише кілька статистично значущих зв'язків між показниками посттравматичних проявів і складовими негативного досвіду дитинства.

Значущими виявилися зв'язки між проживанням у дисфункційній сім'ї та показниками гіперпильності ($r=0,348$, $p<0,05$), а також між загальним рівнем ACE і тими ж проявами ($r=0,284$, $p<0,05$). Це означає, що навіть у зрілих спеціалістів, які працюють у сфері психічного здоров'я, досвід дитячої нестабільності або емоційного дискомфорту може відгукуватися у формі підвищеної настороженості, напруження чи гіперконтролю.

Окрім того, зафіксовано кореляцію між деструктивним ставленням оточення і функціональними порушеннями ПТСР ($r=0,298$, $p<0,05$), а також із загальним ризиком ПТСР ($r=0,296$, $p<0,05$). Це свідчить про те, що навіть для досвідчених фахівців певні форми минулої емоційної травматизації можуть мати латентний вплив, проявляючись у вразливості до реакцій на стрес і надмірному емоційному контролі.

Таблиця 3.22

Кореляційний аналіз складових ПТСР та порушення емоційної самоорганізації зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Психологи/психотерапевти (практикуючі)»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього ставлення життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Інтрюзія	0,204	0,257	-0,036	-0,034	0,223
Уникнення	0,025	0,162	0,180	0,152	0,158
Гіперпильність	0,348*	0,197	-0,143	-0,004	0,284*
Функціональні порушення ПТСР	0,154	0,298*	-0,003	-0,011	0,240
Ризик наявності ПТСР	0,281*	0,296*	-0,012	0,073	0,327*
Афективна дисрегуляція	0,217	0,236	0,138	0,084	0,219
Негативна Я-концепція	0,194	0,183	0,219	0,208	0,209
Порушення стосунків	0,065	-0,087	0,117	0,023	0,010
Функціональні порушення самоорганізації	0,117	0,259	0,078	0,096	0,226
Порушення емоційної самоорганізації	0,198	0,149	0,163	0,116	0,193

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Відсутність значущих зв'язків між негативним досвідом дитинства і такими показниками, як афективна дисрегуляція чи порушення стосунків, свідчить, що професійні навички саморефлексії допомагають психологам мінімізувати вплив дитячих переживань на соціальне функціонування.

У табл. 3.23, де представлено результати групи гуманітарних працівників і волонтерів, спостерігається більш виражена і складна структура зв'язків між показниками негативного досвіду дитинства та складовими посттравматичних проявів.

Найбільш виражені кореляції спостерігаються між проживанням у дисфункційній сім'ї та такими компонентами, як інтрюзія ($r=0,629$, $p < 0,05$), гіперпильність ($r=0,429$, $p < 0,05$), функціональні порушення ПТСР ($r=0,418$, $p < 0,05$) і загальний ризик ПТСР ($r=0,530$, $p < 0,05$).

Таблиця 3.23

Кореляційний аналіз складових ПТСР та порушення емоційної самоорганізації зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим»

Змінні	Проживання у дисфункційній сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Інтрузія	0,629*	0,246	-0,009	0,220	0,412*
Уникнення	0,304*	0,170	-0,186	-0,092	0,176
Гіперпильність	0,429*	0,065	-0,335*	-0,050	0,130
Функціональні порушення ПТСР	0,418*	0,052	-0,215	-0,009	0,157
Ризик наявності ПТСР	0,530*	0,196	-0,154	0,072	0,295*
Афективна дисрегуляція	0,310*	0,443*	0,323*	0,404*	0,500*
Негативна Я-концепція	0,082	0,048	0,120	0,143	0,081
Порушення стосунків	0,196	0,392*	0,392*	0,345*	0,409*
Функціональні порушення самоорганізації	0,224	0,075	0,136	0,145	0,171
Порушення емоційної самоорганізації	0,256	0,370*	0,333*	0,357*	0,412*

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Така картина свідчить, що у волонтерів, які пережили дитячу нестабільність або конфліктне сімейне середовище, травматичні спогади мають тенденцію актуалізуватися в умовах повторного стресу, характерного для гуманітарної діяльності під час війни. Тобто, можуть переживати інтенсивніші емоційні реакції на чужий біль, що призводить до вторинної травматизації.

Дуже показовими є також кореляції між афективною дисрегуляцією та різними формами негативного досвіду дитинства – від деструктивного ставлення оточення ($r=0,443$, $p < 0,05$) до залучення в ранній статевий досвід ($r=0,323$, $p < 0,05$) та соціально-емоційної занедбаності ($r=0,404$, $p < 0,05$). Це може свідчити про те, що досвід емоційного відторгнення або

порушення особистих меж в дитинстві безпосередньо пов'язаний із труднощами у стабілізації емоцій у дорослому віці, особливо за умов хронічного стресу, властивого гуманітарній сфері. Цікаво, що виявлено також зв'язок між деструктивним ставленням оточення та порушеннями стосунків ($r=0,392$, $p<0,05$), що вказує на схильність до повторення у дорослих соціальних взаємодіях моделей, засвоєних у дитинстві. Попри значну кількість кореляцій, у волонтерів простежується тенденція до збереження конструктивного рівня функціонування – відсутність сильних зв'язків із негативною Я-концепцією свідчить.

Результати, представлені у табл. 3.24, демонструють зовсім іншу динаміку для групи осіб, чия діяльність не пов'язана з допомагаючими професіями.

Таблиця 3.24

Кореляційний аналіз складових ПТСР та порушення емоційної самоорганізації зі складовими негативного досвіду дитинства серед групи «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою»

Змінні	Проживання у дисфункцій сім'ї	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього ставлення до життя	Соціально-емоційна занедбаність	Рівень негативного досвіду дитинства
Інтрузія	0,253	0,103	0,093	0,129	0,161
Уникнення	0,276*	0,094	0,286*	0,388*	0,198
Гіперпильність	0,405*	0,277*	0,084	0,289*	0,329*
Функціональні порушення ПТСР	0,511*	0,326*	0,249	0,474*	0,399*
Ризик наявності ПТСР	0,388*	0,182	0,176	0,448*	0,272*
Афективна дисрегуляція	0,341*	0,406*	0,390*	0,389*	0,443*
Негативна Я-концепція	0,382*	0,483*	0,347*	0,375*	0,485*
Порушення стосунків	0,463*	0,467*	0,371*	0,411*	0,537*
Функціональні порушення самоорганізації	0,393*	0,281*	0,539*	0,425*	0,390*
Порушення емоційної самоорганізації	0,422*	0,492*	0,425*	0,443*	0,536*

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p<0,05$.

У цій вибірці кількість значущих кореляцій значно більша, а їхні значення свідчать про глибший і системніший зв'язок між дитячими травмами та проявами посттравматичної симптоматики.

Практично всі компоненти ПТСР мають позитивні кореляції з різними формами АСЕ, що свідчить про підвищену вразливість цієї групи до стресу. Найсильніші зв'язки спостерігаються між соціально-емоційною занедбаністю та функціональними порушеннями ПТСР ($r=0,474$, $p<0,05$), афективною дисрегуляцією ($r=0,389$, $p<0,05$) і порушеннями емоційної самоорганізації ($r=0,443$, $p<0,05$). Це означає, що досвід емоційної холодності або нестачі підтримки у дитинстві може стати ключовим чинником у розвитку посттравматичних проявів у дорослому віці, особливо за відсутності навичок психологічної саморегуляції.

Також виявлено, що рівень загального негативного досвіду дитинства позитивно корелює з усіма компонентами ПТСР, зокрема з порушенням стосунків ($r=0,537$, $p<0,05$) та порушенням емоційної самоорганізації ($r=0,536$, $p<0,05$). Це вказує на глибоку інтеграцію дитячих травм у структуру особистісного функціонування, коли минулий досвід безпосередньо впливає на здатність встановлювати стабільні стосунки, контролювати емоції та підтримувати внутрішню гармонію. Крім того, сильні кореляції між деструктивним ставленням оточення і показниками, що відображають негативну Я-концепцію ($r=0,483$, $p<0,05$) та порушення стосунків ($r=0,467$, $p<0,05$), свідчать, що люди, які в дитинстві зазнавали критики, відкидання або приниження, частіше несуть цей досвід у доросле життя у формі самознецінення і соціальної недовіри.

Порівняльний аналіз трьох груп дозволяє побачити поступову емоційну диверсифікацію впливу АСЕ залежно від професійної належності. Психологи й психотерапевти демонструють найнижчий рівень кореляцій, що підтверджує їхню здатність переробляти травматичний досвід через професійні знання, рефлексію та терапевтичні практики.

Волонтери та гуманітарні працівники мають помірний рівень зв'язків, у якому простежується тенденція до повторного переживання травматичних подій, але при цьому зберігається висока мотивація до допомоги як форма компенсації емоційного болю. Натомість у представників інших професій вплив негативного досвіду дитинства є найбільш вираженим і охоплює практично всі сфери афективного функціонування – від емоційної регуляції до міжособистісних контактів.

3.3. Вплив негативного досвіду дитинства на прояви афективних симптомів у фахівців допомагаючих професій у порівнянні з контрастною групою

Аналізуючи результати порівняння, наведені у таблиці 3.25, було встановлено, що загалом рівень труднощів емоційної регуляції у фахівців допомагаючих професій не демонструє значних відмінностей залежно від наявності або відсутності негативного досвіду дитинства (див. табл. 3.25).

Таблиця 3.25

Порівняння прояву труднощів емоційної регуляції залежно від рівня негативного досвіду дитинства

Змінні	Мана-Уїтні	р	Сила ефекту	Середнє рівня норми	Середнє рівня не норми
Неприйняття емоційних реакцій	1625	0,989	0,001	13	13,5
Труднощі із цілеспрямованої поведінкою	1495	0,473	0,081	14,8	15,3
Труднощі з контролем імпульсів	1627	0,996	0,001	13	13,1
Відсутність емоційного усвідомлення	1030	0,001*	0,367	16,2	13,7
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	1502	0,497	0,077	19,6	20,2
Відсутність емоційної чіткості	1625	0,987	0,002	11,5	11,3
Рівень труднощів емоційної регуляції	1615	0,946	0,007	88	87,1

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Для більшості учасників дослідження негативні переживання дитинства не стали визначальним чинником у формуванні труднощів із керуванням емоційними станами у зрілому віці. Тільки один показник виявив статистично значущу різницю – відсутність емоційного усвідомлення ($p=0,001$, $u=0,367$). Цей результат означає, що особи з нормальним рівнем досвіду дитинства продемонстрували дещо вищу здатність розпізнавати власні емоції порівняно з тими, хто мав травматичне дитинство. Учасники з підвищеним рівнем АСЕ схильні до меншої усвідомленості власних почуттів, що може бути наслідком ранніх адаптивних стратегій емоційного «відключення» у відповідь на стрес чи емоційний біль у дитинстві. Решта показників емоційної регуляції, таких як неприйняття емоційних реакцій, імпульсивність чи труднощі із цілеспрямованою поведінкою, не виявили суттєвих відмінностей, що, ймовірно, пояснюється професійною специфікою вибірки – більшість учасників мають розвинені навички контролю емоцій, сформовані у процесі роботи з клієнтами або в умовах гуманітарної діяльності.

Результати також демонструють більш чіткий зв'язок між рівнем негативного досвіду дитинства та деякими особистісними схемами (див. табл. 3.26).

Статистично значущими виявилися три показники – «Емоційна депривація» ($p=0,005$, $u=0,316$), «Соціальна ізоляція/відчуження» ($p=0,028$, $u=0,250$) та «Каральність» ($p=0,046$, $u=0,226$). Це означає, що особи, які в дитинстві переживали нестачу емоційного тепла, підтримки або прийняття, у дорослому віці частіше мають схильність до відчуття самотності, емоційної відчуженості та внутрішньої жорсткості у ставленні до себе й інших.

Найвища сила ефекту спостерігається саме для емоційної депривації, що підкреслює її роль як ключового наслідку негативного досвіду дитинства. Ті, хто зростав у дисфункційних або емоційно холодних сім'ях,

мають тенденцію формувати переконання про недосяжність підтримки, що в подальшому може впливати на їхні професійні відносини та рівень емпатії.

Таблиця 3.26

Порівняння прояву схем особистості залежно від рівня негативного досвіду дитинства

Змінні	Мана-Уїгні	p	Сила ефекту	Середнє рівня норми	Середнє рівня не норми
Емоційна депривація	1113	0,005*	0,316	9,97	12,86
Покинутість/нестабільність	1358	0,144	0,165	12,57	14,57
Недовіра/жорстоке поводження	1424	0,269	0,125	12,97	14,51
Соціальна ізоляція/відчуження	1221	0,028*	0,250	12,64	15,3
Дефектність/сором	1552	0,676	0,047	9,17	9,19
Невдаха	1568	0,745	0,037	12,16	12,81
Залежність/безпорадність	1568	0,581	0,062	9,82	9,76
Уразливість до хвороб/катастроф	1526	0,786	0,031	12,11	12,3
Злиття/нерозвинена автономія	1578	0,604	0,059	10,36	10,08
Підкорення	1532	0,364	0,103	11,98	12,92
Самопожертва	1460	0,234	0,135	14,11	15,46
Емоційна інгібіція	1408	0,749	0,036	13,24	12,68
Непослабні стандарти/критичність	1569	0,103	0,182	16,3	18,03
Привілейованість/грандіозність	1327	0,616	0,057	13,72	14,22
Недостатній самоконтроль/дисципліна	1469	0,390	0,097	14,27	15,43
Пошук схвалення/визнання	1443	0,316	0,113	14,57	15,84
Негативізм/песимізм	1477	0,415	0,092	14,19	15,19
Каральність	1260	0,046*	0,226	11,76	14,16

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Цікаво, що у респондентів із травматичним дитинством також підвищені середні показники за шкалою «Каральність», тобто схильність до суворого морального самоконтролю і покарання за помилки. Це може бути відображенням інтросктованих дитячих моделей виховання, де домінувала критика та вимогливість. Інші схеми не продемонстрували суттєвих відмінностей, хоча помітна тенденція до зростання показників

«Покинутість/нестабільність», «Самопожертва» та «Пошук схвалення», що може свідчити про латентну вразливість до міжособистісної залежності у тих, хто зазнавав дитячих труднощів.

Аналіз результатів табл. 3.27 показує, що рівень депресії та тривоги у фахівців допомагаючих професій лише частково залежить від наявності негативного досвіду дитинства.

Таблиця 3.27

Порівняння прояву депресії та тривоги залежно від рівня негативного досвіду дитинства

Змінні	Мана-Уїтні	p	Сила ефекту	Середнє рівня норми	Середнє рівня не норми
Депресія	1415	0,248	0,131	8,45	9,46
Генералізована тривоги	1302	0,077	0,201	8,06	9,76

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Хоча статистично значущих відмінностей не виявлено, спостерігається тенденція до вищих середніх показників як за шкалою депресії (9,46 у групі «не норма» проти 8,45 у групі «норма»), так і за шкалою тривоги (9,76 проти 8,06). Так, дитячі травматичні події не завжди безпосередньо зумовлюють афективні симптоми, проте створюють фонову емоційну вразливість, яка під впливом зовнішніх стресових чинників (зокрема, умов війни) може актуалізуватися. Отже, негативний досвід дитинства у дорослих із високим рівнем професійного навантаження може виступати латентним фактором ризику розвитку депресивних і тривожних проявів.

Найбільш виражені результати простежуються у табл. 3.28, де розглядаються показники посттравматичних симптомів і порушення емоційної саморегуляції залежно від рівня АСЕ.

У цій частині аналізу виявлено значну кількість статистично значущих відмінностей, що свідчить про те, що саме травматичний досвід дитинства має найбільший вплив на глибші афективні розлади та посттравматичні реакції.

Таблиця 3.28

Порівняння прояву симптомів ПТСР та порушення емоційної саморегуляції залежно від рівня негативного досвіду дитинства

Змінні	Мана-Уїгні	p	Сила ефекту	Середнє рівня норми	Середнє рівня не норми
Інтрузія	1364	0,137	0,162	1,43	1,68
Уникнення	1202	0,018*	0,262	1,66	2,68
Гіперпильність	1223	0,026*	0,249	1,97	3
Функціональні порушення ПТСР	1205	0,018*	0,260	2,43	3,59
Ризик наявності ПТСР	1173	0,013*	0,280	5,06	7,35
Афективна дисрегуляція	1203	0,020*	0,261	2,42	3,43
Негативна Я-концепція	1388	0,175	0,148	1,58	2,3
Порушення стосунків	1326	0,097	0,186	2,13	2,97
Функціональні порушення самоорганізації	1256	0,041*	0,229	2,88	3,97
Порушення емоційної самоорганізації	1223	0,028*	0,249	6,13	8,7

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$.

Зокрема, учасники з високим рівнем АСЕ мають значно вищі середні показники за шкалами уникнення ($p=0,018$, $u=0,262$), гіперпильності ($p=0,026$, $u=0,249$), функціональних порушень ПТСР ($p=0,018$, $u=0,260$) та ризику ПТСР ($p=0,013$, $u=0,280$). Це означає, що такі особи частіше схильні до уникнення травматичних спогадів, переживають постійне відчуття небезпеки й напруги, а також демонструють труднощі з відновленням після стресу. Особливо показовими є відмінності у сферах афективної дисрегуляції ($p=0,020$) та порушення емоційної самоорганізації ($p=0,028$), які підтверджують, що дитячі травматичні події формують уразливість у здатності до стабілізації емоцій та підтримання внутрішньої цілісності. Високі показники за шкалами негативної Я-концепції та

порушення стосунків також демонструють тенденцію до посилення, хоча й не досягають рівня статистичної значущості. Для певної частини респондентів травматичні спогади впливають на відчуття власної цінності та якості міжособистісних контактів.

Найчіткіше цей вплив простежується у підвищеній чутливості до травматичних подій, гіперпильності, емоційній дисрегуляції та схильності до внутрішнього самоконтролю. Загалом, можна зробити висновок, що негативний досвід дитинства створює психологічну основу для підвищеної емоційної вразливості, яка особливо проявляється в умовах тривалого стресу, зокрема під час війни.

Аналізуючи результати порівняння було встановлено, що показники труднощів емоційної регуляції суттєво відрізняються залежно від професійної належності учасників (див. табл. 3.29).

Таблиця 3.29

Порівняння прояву труднощів емоційної регуляції залежно від професії

Змінні	ANOVA F	p	Середнє ЕГ №1	Середнє ЕГ №2	Середнє КГ
Неприйняття емоційних реакцій	5,57	0,006*	10,46	14,25	14,07
Труднощі із цілеспрямованої поведінкою	3,19	0,047*	13,2	16,13	15,07
Труднощі з контролем імпульсів	2,02	0,140	11,8	14,66	12,89
Відсутність емоційного усвідомлення	15,87	0,001*	12,71	16,72	15,86
Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій	5,4	0,007*	16,83	221,06	20,93
Відсутність емоційної чіткості	4,81	0,011*	9,69	12,19	11,59
Рівень труднощів емоційної регуляції	7,94	0,001*	74,69	95	90,41

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$; «Психологи/психотерапевти (практикуючі)» – експериментальна група №1; «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим» – експериментальна група №2; «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою» – контрольна група;

Найнижчі середні значення спостерігаються у групі практикуючих психологів та психотерапевтів, тоді як найвищі – серед фахівців гуманітарної сфери, які працюють із постраждалими, а також у контрольній групі представників непсихологічних професій. Це свідчить, що попри високий рівень емоційного навантаження, психологи загалом володіють ефективнішими стратегіями регуляції емоцій, що відображається у нижчих середніх показниках за більшістю шкал. Найбільш виражені відмінності зафіксовано за шкалами «Відсутність емоційного усвідомлення» ($F=15,87$, $p=0,001$), «Обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій» ($F=5,4$, $p=0,007$) та загальним рівнем труднощів емоційної регуляції ($F=7,94$, $p=0,001$). Результати свідчать, що гуманітарні працівники демонструють значно вищий рівень емоційного виснаження та меншу доступність ефективних регуляторних стратегій, що може бути наслідком хронічного стресу, пов'язаного з діяльністю в умовах війни. Психологи, навпаки, характеризуються більш розвиненою емоційною саморефлексією, що знижує рівень афективної напруги. Таким чином, професійна приналежність чітко корелює з рівнем емоційної компетентності та стійкості.

Результати показують, що рівень негативного досвіду дитинства також значною мірою відрізняється залежно від професії (див. табл. 3.30).

Таблиця 3.30

Порівняння негативного досвіду дитинства залежно від професії

Змінні	ANOVA F	p	Середнє ЕГ№1	Середнє ЕГ№2	Середнє КГ
Проживання у дисфункцій сім'ї	4,16	0,020*	3,02	1,84	1,79
Деструктивне ставлення оточення	10,79	0,001*	5,31	2,96	3,02
Залучення до раннього статевого життя	0,74	0,477	0,48	0,31	0,31
Соціально-емоційна занедбаність	5,4	0,007*	1,88	1,03	1,11
Рівень негативного досвіду дитинства	9,11	0,001*	9,17	5,46	5,31

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$; «Психологи/психотерапевти (практикуючі)» – експериментальна група №1; «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим» – експериментальна група №2; «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою» – контрольна група;

Найвищі показники АСЕ спостерігаються у групі практикуючих психологів, тоді як у представників гуманітарних професій та контрольної групи є помітно нижчими. Найсуттєвіші відмінності виявлені за шкалами «Деструктивне ставлення оточення» ($F=10,79$, $p=0,001$) та «Рівень негативного досвіду дитинства» загалом ($F=9,11$, $p=0,001$), що може свідчити, що серед психологів більше осіб із травматичним дитячим минулим, які, можливо, свідомо обрали цю професію як спосіб переосмислення або трансформації власного болю у ресурс допомоги іншим. Водночас нижчі показники серед гуманітарних працівників і контрольної групи можуть пояснюватися як особистісними, так і соціальними чинниками, зокрема меншою схильністю до глибокої рефлексії власного дитинства. Отже, наявність негативного досвіду дитинства серед психологів виявляється найчастіше і, ймовірно, впливає на їхню професійну мотивацію та емпатійність.

Табл. 3.31 демонструє складну картину відмінностей у вираженості особистісних схем залежно від професійної групи.

Таблиця 3.31

Порівняння прояву схем особистості залежно від професії

Змінні	ANOVA F	p	Середнє ЕГ№1	Середнє ЕГ№2	Середнє КГ
Емоційна депривація	0,27	0,763	11,06	10,34	11,18
Покинутість/нестабільність	0,04	0,959	13	13	13,34
Недовіра/жорстоке поводження	3,75	0,028*	11,51	15,41	13,64
Соціальна ізоляція/відчуження	0,91	0,403	12,54	12,91	14,32
Дефектність/сором	1,04	0,358	8,17	9,31	9,64
Невдаха	1,11	0,333	10,86	12,94	12,73
Залежність/безпорадність	1,54	0,220	8,54	10	10,02
Уразливість до хвороб/катастроф	5,94	0,004*	9,91	14,47	12,36
Злиття/нерозвинена автономія	0,96	0,385	9,34	10,5	10,5

Підкорення	0,85	0,429	11,2	13,03	12,41
Самопожертва	2,87	0,064	14,14	16,47	13,77
Емоційна інгібіція	6,82	0,002*	10,6	15,38	13,48
Непослабні стандарти/критичність	4,24	0,018*	14,91	18,88	16,57
Привілейованість/грандіозність	3,28	0,044*	12,2	15,09	14,05
Недостатній самоконтроль/дисципліна	3,19	0,047*	12,57	15,59	15,02
Пошук схвалення/визнання	3,62	0,032*	13,57	17,44	14,36
Негативізм/песимізм	5,97	0,004*	11,91	17	15,02
Каральність	1,68	0,192	11,63	13,84	12,02

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$; «Психологи/психотерапевти (практикуючі)» – експериментальна група №1; «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим» – експериментальна група №2; «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою» – контрольна група;

Серед усіх шкал статистично значущі відмінності виявлено за показниками «Недовіра/жорстоке поведіння» ($F=3,75$, $p=0,028$), «Уразливість до хвороб/катастроф» ($F=5,94$, $p=0,004$), «Емоційна інгібіція» ($F=6,82$, $p=0,002$), «Непослабні стандарти/критичність» ($F=4,24$, $p=0,018$), «Привілейованість/грандіозність» ($F=3,28$, $p=0,044$), «Недостатній самоконтроль/дисципліна» ($F=3,19$, $p=0,047$), «Пошук схвалення/визнання» ($F=3,62$, $p=0,032$) та «Негативізм/песимізм» ($F=5,97$, $p=0,004$). Найвищі середні значення більшості з цих показників зафіксовано серед гуманітарних працівників, що може свідчити про підвищену емоційну чутливість і схильність до самокритики, але водночас – і про високий рівень соціальної відповідальності. Психологи мають нижчі показники за емоційно насиченими схемами, що може бути пов'язано з їхньою здатністю розпізнавати та інтегрувати власні переживання. Представники контрольної групи демонструють проміжні результати, деякі з яких свідчать про меншу емоційну глибину, але стабільнішу поведінкову структуру. Отримані дані дають підстави стверджувати, що саме допомагаючі професії (особливо гуманітарна сфера) супроводжуються більшою емоційною напругою та активізацією певних дезадаптивних схем, що є платою за високий рівень емпатії й залученості у людські страждання.

Результати демонструють певні відмінності у рівнях тривожності, залежно від професійної групи (див. табл. 3.32).

Таблиця 3.32

Порівняння прояву депресії та тривоги залежно від професії

Змінні	ANOVA F	p	Середнє ЕГ№1	Середнє ЕГ№2	Середнє КГ
Депресія	1,74	0,182	5,12	5,88	5,88
Генералізована тривоги	3,37	0,040*	4,6	5,46	6

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$; «Психологи/психотерапевти (практикуючі)» – експериментальна група №1; «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим» – експериментальна група №2; «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою» – контрольна група;

Хоча депресивні прояви не відрізняються статистично значущо, рівень генералізованої тривоги показав достовірні відмінності ($F=3,37$, $p=0,040$). Найвищі значення тривожності спостерігаються у контрольній групі, тоді як найнижчі – серед психологів. Це вказує на те, що фахівці з психологічною освітою мають краще розвинені механізми саморегуляції, які допомагають знижувати емоційне напруження. У гуманітарних працівників рівень тривожності вищий, ніж у психологів, що можна пояснити постійним контактом із людським болем, невизначеністю та емоційною перевантаженістю в умовах воєнного контексту. Контрольна група, не маючи спеціальних навичок подолання стресу, демонструє більш схильні реакції до тривоги, що свідчить про вплив загального соціального напруження на психоемоційний стан.

Табл. 3.33 ілюструє відмінності у посттравматичних проявах та емоційній самоорганізації між професійними групами.

Таблиця 3.33

Порівняння прояву симптомів ПТСР та порушення емоційної самоорганізації залежно від професії

Змінні	ANOVA F	p	Середнє ЕГ№1	Середнє ЕГ№2	Середнє КГ
Інтрюзія	1,28	0,282	1,14	1,88	1,43
Уникнення	0,48	0,617	1,77	2,28	2,02
Гіперпильність	0,88	0,417	1,94	2,66	2,25
Функціональні порушення ПТСР	0,17	0,844	2,74	3	2,57
Ризик наявності ПТСР	1,27	0,287	4,86	6,81	5,7
Афективна дисрегуляція	2,75	0,071	2,14	3,34	2,64
Негативна Я-концепція	0,74	0,477	1,34	2	1,7
Порушення стосунків	3,95	0,024*	1,69	3,19	2,25
Функціональні порушення самоорганізації	0,7	0,499	2,74	3,59	2,95
Порушення емоційної самоорганізації	3,15	0,049*	5,17	8,53	6,59

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p < 0,05$; «Психологи/психотерапевти (практикуючі)» – експериментальна група №1; «Працюють в гуманітарній організації/сфері або є волонтером, що надає допомогу постраждалим» – експериментальна група №2; «Інша професія, не пов'язана допомагаючою сферою» – контрольна група;

Хоча більшість показників не виявили статистично значущих відмінностей, дві шкали заслуговують на особливу увагу – «Порушення стосунків» ($F=3,95$, $p=0,024$) та «Порушення емоційної самоорганізації» ($F=3,15$, $p=0,049$). Найвищі середні значення цих показників виявлено у групі гуманітарних працівників, що може свідчити про глибше емоційне залучення та підвищену вразливість до вторинної травматизації. Психологи, натомість, мають найнижчі середні результати, що говорить про краще розуміння власних емоційних меж і здатність підтримувати внутрішню рівновагу. Контрольна група посідає проміжне місце, демонструючи відносно стабільні. Отримані дані дозволяють зробити висновок, що робота у сфері надання допомоги – як психологічної, так і гуманітарної – пов'язана з ризиком емоційного виснаження та порушення внутрішньої стабільності, особливо у разі накопичення невирішених травматичних переживань.

Психологи мають найвищий рівень усвідомленості, проте серед них найчастіше зустрічається досвід дитячої травматизації, який, імовірно,

став основою їхньої емпатійності. Гуманітарні працівники демонструють найвищий рівень емоційної напруги та дезадаптивних схем, що пов'язано з безпосереднім контактом із травмою та стражданням інших. Особи з непсихологічних сфер загалом мають середні показники, однак менше розвинених стратегій емоційного подолання.

Аналізуючи результати регресійної моделі було встановлено, що труднощі емоційної регуляції зумовлюються комплексною взаємодією як особистісних, так і афективних чинників, причому модель демонструє високий рівень пояснювальної здатності ($R=0,855$, $R^2=0,730$, $p=0,001$). Близько 73% варіативності труднощів емоційної регуляції пояснюються включеними до моделі змінними, що вказує на їх суттєву роль у формуванні емоційної стійкості або її порушення (див. табл. 3.34).

Одним із найважливіших предикторів виявилася змінна «Афективна дисрегуляція» ($\beta=3,08$, $p=0,001$), яка має найвищий коефіцієнт серед усіх предикторів. Це підтверджує, що порушення здатності до адекватного управління інтенсивністю емоційних переживань є ключовим чинником, який визначає загальний рівень труднощів емоційної регуляції.

Таблиця 3.34

Регресійна модель чинників труднощів емоційної регуляції

Змінні	Estimate	SE	t	p
Рівень труднощів емоційної регуляції (константа)	45,57	4,29	10,62	0,001*
Деструктивне ставлення оточення	-1,87	0,46	-4,07	0,001*
Невдаха	0,87	0,25	3,48	0,001*
Самопожертва	-0,49	0,24	-2,06	0,042*
Недостатній самоконтроль/дисципліна	1,27	0,3	4,23	0,001*
Пошук схвалення/визнання	0,71	0,23	2,99	0,003*
Генералізована тривоги	0,9	0,26	3,39	0,001*
Афективна дисрегуляція	3,08	0,71	4,33	0,001*

Примітка «*»- статистична значущість на рівні $p<0,05$; $R=0,855$; $R^2=0,730$; $p=0,001$.

Особи, схильні до емоційних перепадів, надмірної збудливості або афективних реакцій, менш ефективно справляються зі стресом і частіше

використовують неадаптивні стратегії регуляції, такі як уникнення чи самозвинувачення.

Не менш важливим є внесок показника «Генералізована тривога» ($\beta=0,9$, $p=0,001$). А це свідчить, що підвищений рівень тривожності посилює труднощі емоційного контролю, оскільки постійне відчуття внутрішньої загрози чи невизначеності створює напруження, яке ускладнює здатність до рефлексії й саморегуляції. Отриманий результат є закономірним для осіб допомагаючих професій, які тривалий час перебувають у стані емоційного навантаження та часто стикаються із травматичними історіями клієнтів або кризовими ситуаціями.

Водночас у структурі особистісних схем найбільш вагомими предикторами стали «Невдаха» ($\beta=0,87$, $p=0,001$), «Недостатній самоконтроль/дисципліна» ($\beta=1,27$, $p=0,001$) та «Пошук схвалення/визнання» ($\beta=0,71$, $p=0,003$). Схема «Невдахи» відображає внутрішню установку на неуспішність, що знижує впевненість у власних силах і веде до емоційного виснаження, оскільки будь-які невдачі сприймаються як підтвердження особистої неспроможності. Показник «Недостатній самоконтроль» пов'язаний із імпульсивністю, низькою здатністю планувати власну діяльність і підтримувати стабільний емоційний фон, що безпосередньо впливає на рівень емоційної регуляції. Натомість «Пошук схвалення» демонструє соціальний аспект емоційної вразливості – потреба у зовнішньому визнанні підсилює залежність від оцінок інших і робить людину більш схильною до емоційних коливань у разі критики або відторгнення.

Цікаво, що у моделі виявлено також два чинники зі зворотним зв'язком. Показник «Деструктивне ставлення оточення» має негативний коефіцієнт ($\beta=-1,87$, $p=0,001$), що може свідчити про парадоксальний ефект – особи, які у дитинстві зіштовхувалися з емоційно несприятливим середовищем, могли згодом розвинути підвищену самоконтрольованість

або навіть надмірну емоційну стриманість як захисну стратегію. Це явище можна розглядати як адаптивну компенсацію дитячих переживань, коли минулі травматичні події стають підґрунтям для формування зрілої емоційної регуляції внаслідок професійної діяльності або саморефлексії.

Інший чинник – «Самопожертва» ($\beta=-0,49$, $p=0,042$) – також демонструє зворотну залежність. Це означає, що тенденція до самовідданості та орієнтації на допомогу іншим може частково знижувати рівень труднощів емоційної регуляції. Ймовірно, така стратегія виступає як форма емоційного захисту, що допомагає зосередитися на зовнішніх потребах, відволікаючись від власних внутрішніх переживань.

Центральну роль відіграють афективна дисрегуляція та генералізована тривога, які формують емоційний фон і впливають на стратегії реагування. Додатково значущими є когнітивні схеми, що відображають внутрішні переконання про власну ефективність, контроль і соціальну значущість. Отримані результати свідчать, що для зниження труднощів емоційної регуляції важливим робота з глибинними переконаннями, сформованими в дитинстві, а також підтримка здорових форм альтруїзму.

Висновки до розділу 3

У ході емпіричного дослідження вдалося виявити низку закономірностей, що характеризують особливості прояву афективних симптомів, емоційної регуляції та впливу негативного досвіду дитинства серед фахівців допомагаючих професій. Загальні результати показали, що фахівці, незалежно від професійної групи, демонструють помірний рівень труднощів емоційної регуляції, який варіюється залежно від індивідуальних і професійних чинників. Найвищі показники спостерігалися за шкалами обмеженого доступу до стратегій регулювання емоцій та відсутності емоційного усвідомлення, що може вказувати на

труднощі у вираженні власних емоцій та використанні конструктивних способів подолання стресу. Такі тенденції є типовими для осіб, які тривалий час працюють в умовах підвищеного емоційного навантаження.

Результати також свідчать про зв'язок між рівнем негативного досвіду дитинства та окремими характеристиками емоційної регуляції. Було встановлено, що дитячі травматичні переживання, зокрема соціально-емоційна занедбаність і деструктивне ставлення оточення, асоціюються з підвищеним рівнем генералізованої тривоги, що проявляється особливо у фахівців, які безпосередньо взаємодіють із людьми, що пережили страждання. Водночас професійна підготовка, супервізія й особистісна рефлексивність можуть частково нівелювати вплив таких переживань, що було видно у групі практикуючих психологів.

Аналіз показав, що гуманітарні працівники та волонтери, які допомагають постраждалим, мають більш виражені кореляції між негативним досвідом дитинства і рівнем депресії, ніж представники інших груп. Це пояснюється тим, що їхня діяльність часто пов'язана з повторною актуалізацією власних травматичних спогадів через контакт із чужими історіями болю. У представників професій, які не відносяться до допомагаючи, натомість, негативний досвід дитинства виявився найбільш безпосереднім чинником афективних симптомів, що проявляється у підвищеній депресивності, тривозі та загальній емоційній нестабільності.

Порівняння між групами за професійною належністю продемонструвало, що найвищий рівень труднощів емоційної регуляції спостерігається у фахівців гуманітарної сфери, а найнижчий – серед практикуючих психологів. Це свідчить про те, що професійні знання, навички самостереження та психологічна культура можуть виступати буфером, який знижує вплив стресових чинників і досвіду дитинства. Водночас дані вказують, що навіть серед психологів спостерігається певна

емоційна вразливість, особливо у зв'язку з підвищеною тривожністю, яка може бути частиною професійної емпатійності.

Значущими виявилися також результати, пов'язані з посттравматичною симптоматикою. Особи з високим рівнем негативного досвіду дитинства демонстрували підвищені показники уникнення, гіперпильності та функціональних порушень, що свідчить про наявність прихованих посттравматичних реакцій. Особливо вираженими були відмінності у сферах афективної дисрегуляції та порушення емоційної самоорганізації, що підтверджує гіпотезу про роль дитячих травм у формуванні емоційної нестабільності в дорослому віці.

Регресійна модель, побудована для пояснення труднощів емоційної регуляції, продемонструвала, що ключовими предикторами виступають афективна дисрегуляція, генералізована тривога, а також дезадаптивні схеми, зокрема «Невдаха», «Недостатній самоконтроль/дисципліна» та «Пошук схвалення». Негативний внесок показників «Деструктивне ставлення оточення» та «Самопожертва» свідчить про можливість компенсаторних механізмів, коли ранній травматичний досвід формує схильність до емоційного контролю або самозахисного альтруїзму.

Можна зробити висновок, що негативний досвід дитинства виступає значущим, але не єдиним чинником, який визначає емоційне функціонування фахівців допомагаючих професій. Вплив проявляється опосередковано через когнітивні схеми, рівень тривожності та схильність до афективної нестабільності. Професійна діяльність, що передбачає емпатію, рефлексію та допомогу іншим, може одночасно посилювати емоційне навантаження і сприяти розвитку адаптивних механізмів подолання.

ВИСНОВКИ

Відповідно до мети та поставлених завдань дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Встановлено, що тривалий воєнний стрес виступає формою безперервної травматизації, яка поєднує постійну загрозу, втрати, інформаційне перевантаження, моральні дилеми та хронічну невизначеність. Такий контекст зумовлює підвищення рівня тривожних, депресивних і посттравматичних проявів, розвиток емоційного виснаження, гіперзбудливості, емоційного оціпеніння та соматизованого стресу. Окремо підкреслено роль нейрофізіологічних механізмів, зокрема дисрегуляції осі гіпоталамус гіпофіз наднирники, змін у роботі амігдали, гіпокампу та префронтальної кори, що підтримують афективну нестабільність та зниження стресостійкості в умовах тривалого навантаження.

Встановлено, що ключову роль відіграють труднощі емоційної регуляції та ранні дезадаптивні схеми. Під впливом АСЕ формується дефіцит зрілих стратегій опрацювання емоцій, домінують уникнення, пригнічення, катастрофізація та самозвинувачення. Такі стратегії підтримують хронічний рівень внутрішньої напруги та сприяють розвитку депресивних, тривожних і посттравматичних симптомів. Паралельно закріплюються ранні дезадаптивні схеми покинутості, дефектності, недовіри, емоційної депривації, підпорядкування та безжальних стандартів, які спотворюють сприйняття себе й інших, підсилюють очікування небезпеки, відкидання та невдачі. Теоретичні моделі та емпіричні дані вказують, що саме ці схеми опосередковують зв'язок між АСЕ і афективними симптомами, зокрема у фахівців допомагаючих сфер, де високі вимоги до самоконтролю та емпатійної залученості резонують із уже наявними когнітивно емоційними вразливістю.

Воєнний стрес активує наявні схеми та посилює труднощі емоційної регуляції, через що дорослі з історією АСЕ частіше демонструють гіперзбудливість, емоційне оціпеніння, відчуття безпорадності й екзистенційної ізоляції. Для фахівців допомагаючих професій така комбінація призводить до підвищеного ризику емоційного виснаження, втому від співчуття та вторинної травматизації, що проявляється у комплексі афективних симптомів і порушенні професійного функціонування. Водночас у теоретичному аналізі виявлено і захисні чинники які здатні послаблювати вплив АСЕ на афективну сферу. До них належать самоспівчуття, психологічна та емоційна гнучкість, резильєнтність, позитивні дитячі переживання, підтримувальне соціальне та організаційне середовище, супервізійна й колегіальна підтримка. Розвиток цих ресурсів розглядається як ключова умова збереження психічного здоров'я фахівців у ситуації тривалої травматизації.

Загалом теоретичний аналіз дозволив сформуванати цілісну модель, у якій негативний досвід дитинства постає базовим чинником довготривалої вразливості, афективні симптоми в умовах війни розглядаються як результат взаємодії біологічних, когнітивних, емоційних і соціальних процесів, а труднощі емоційної регуляції та ранні дезадаптивні схеми виконують роль центральних ланок, що поєднують АСЕ із поточними психоемоційними проявами у дорослому віці.

2. За показником труднощів емоційної регуляції переважає помірний рівень, однак майже половина опитаних має високі або дуже високі труднощі, що вказує на значну групу фахівців з вираженими проблемами емоційного самоконтролю. Найбільш уразливими виявилися сфери усвідомлення власних почуттів і доступу до ефективних стратегій регулювання, тоді як базові навички утримання імпульсів і емоційної чіткості загалом зберігаються, що створює картину відносно збереженої, але перевантаженої системи емоційної регуляції в умовах воєнного стресу.

Оцінка негативного досвіду дитинства показала, що більшість фахівців майже третина вибірки демонструє підвищений загальний рівень АСЕ. Найпоширенішою виявилася складова деструктивного ставлення з боку оточення, тобто досвід емоційного тиску, знецінення чи приниження, тоді як виражена дисфункційність сім'ї та тотальна соціально емоційна занедбаність характерні для меншості. В той же час понад чверть опитаних мали досвід раннього статевого залучення, що також можна розглядати як маркер порушених меж і додаткового ризику подальшої емоційної вразливості. Таким чином, у вибірці допомагаючих професіоналів окреслюється помітна група осіб з кумулятивним негативним досвідом дитинства, який потенційно здатний впливати на їхню афективну сферу в дорослому віці.

Рівні прояву афективних симптомів за показниками депресії та генералізованої тривоги у середньому відповідають легкій вираженості, що відображає стан хронічного напруження без домінування тяжких клінічних форм. Водночас близько третини фахівців демонструють помірні та виражені депресивні симптоми, а сукупна частка осіб з помірним і високим рівнем тривожності також є значущою, що свідчить про реальні ризики формування вторинних емоційних порушень за умов збереження воєнного стресу. Оцінка посттравматичних проявів показала переважно субклінічний рівень ризику ПТСР, однак з наявністю окремої групи респондентів із виразними симптомами гіперпильності, функціональних обмежень та порушень емоційної самоорганізації. Найбільш уразливими виявилися саме сфери емоційної регуляції, міжособистісних стосунків і професійної самоорганізації, тоді як масивні інтрузії та виражена негативна Я концепція властиві меншості.

3. Серед практикуючих психологів і психотерапевтів виявлено обмежену кількість статистично значущих кореляцій, переважно помірної сили. Негативний досвід дитинства пов'язувався насамперед з окремими

аспектами труднощів емоційної регуляції, такими як обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій і відсутність емоційної чіткості, а також із деякими ранніми дезадаптивними схемами групи емоційної депривації, покинутості, недовіри, уразливості до хвороб і негативізму. У сфері афективних симптомів найбільш послідовно дитячі травматичні переживання корелювали з генералізованою тривожністю та окремими компонентами посттравматичної симптоматики, зокрема гіперпильністю і підвищеним ризиком ПТСР, тоді як зв'язки з депресією та грубими порушеннями самоорганізації залишалися слабкими або статистично незначущими. Така картина інтерпретується як свідчення того, що у цієї професійної групи негативний досвід дитинства не зникає безслідно, однак його вплив на афективну сферу значною мірою модерується професійними навичками саморефлексії, терапевтичною культурою та досвідом роботи з власними переживаннями.

У волонтерів та співробітників гуманітарних організацій зв'язок між негативним досвідом дитинства і афективними симптомами виявився більш насиченим і багатовимірним. ACE послідовно корелювали як з окремими компонентами труднощів емоційної регуляції, так і з рядом особистісних схем, пов'язаних з емоційною депривацією, відчуженням, підкоренням, внутрішньою критичністю та каральністю. Накопичений негативний досвід дитинства асоціювався з вищими рівнями депресивної симптоматики та тривоги, причому особливо виразні зв'язки простежувалися з деструктивним ставленням оточення, соціально емоційною занедбаністю і раннім статевим досвідом як індикатором порушених меж. У структурі посттравматичних проявів ACE пов'язувалися з інтрузіями, гіперпильністю, афективною дисрегуляцією, порушеннями стосунків і емоційної самоорганізації, що вказує на схильність до повторного актуалізування дитячих травм на тлі інтенсивного контакту з чужим стражданням. Водночас збереження

відносно інтегрованої Я концепції дозволяє говорити про часткову компенсаторну роль гуманітарної діяльності, яка перетворює уразливість на мотив допомоги іншим.

Найбільш системний і сильний зв'язок між негативним досвідом дитинства та афективними симптомами виявлено у групі представників допомагаючої професій. У цій вибірці практично всі компоненти АСЕ узгоджено корелювали з основними аспектами емоційної дисрегуляції, широким спектром ранніх дезадаптивних схем, підвищеним рівнем депресії та генералізованої тривоги, а також із ключовими параметрами ПТСР і порушень самоорганізації. Найбільш виразну роль відігравали досвід соціально емоційної занедбаності, деструктивне ставлення оточення та проживання у дисфункційній сім'ї, які пов'язувалися з негативною Я концепцією, прагненням до зовнішнього схвалення, недостатнім самоконтролем, емоційною нестабільністю, міжособистісними труднощами та функціональними обмеженнями, характерними для посттравматичних станів.

4. Практикуючі психологи і психотерапевти продемонстрували найнижчий рівень труднощів емоційної регуляції, вищу емоційну усвідомленість і меншу вираженість дезадаптивних схем порівняно з іншими групами, хоча саме серед них зафіксовано найвищий інтегральний рівень негативного досвіду дитинства, що дозволяє розглядати психологічну освіту, супервізійну підтримку та систематичну роботу з власними переживаннями як ресурс, що пом'якшує довготривалий вплив дитячих травм. Натомість гуманітарні працівники та волонтери, які безпосередньо працюють із постраждалими, виявили найвищі показники емоційної напруги, значну вираженість таких схем, як недовіра, уразливість до хвороб і катастроф, емоційна інгібіція, непослабні стандарти, пошук схвалення та негативізм, а також більш виражені порушення стосунків і емоційної самоорганізації у порівнянні з іншими

групами. Представники професій, не пов'язаних із допомагаючою сферою, загалом посіли проміжне місце, демонструючи середній рівень труднощів емоційної регуляції та афективних проявів, проте вищу генералізовану тривогу і меншу розвиненість конструктивних копінг-стратегій у порівнянні з психологами.

Відмінності між професійними групами проявляються у тому, що психологи мають найкращі показники емоційної компетентності за умов найбільш травматичного дитячого минулого, гуманітарні працівники несуть найбільший тягар актуальної емоційної напруги і дезадаптивних схем, а контрольна група характеризується меншою емоційною глибиною, але й меншою захищеністю від тривожних і депресивних реакцій.

5. В цілому негативний досвід дитинства не призводить до різких відмінностей за поверхневими параметрами емоційної регуляції, однак істотно впливає на глибші рівні афективного функціонування. Особи з підвищеним рівнем АСЕ характеризуються нижчою емоційною усвідомленістю, вищою емоційною депривацією, відчуттям соціальної ізоляції та більш вираженою каральністю щодо себе, а також суттєво вищими показниками уникнення, гіперпильності, функціональних порушень ПТСР, ризику ПТСР, афективної дисрегуляції та порушення емоційної самоорганізації. Умови повномасштабної війни актуалізують ці латентні вразливості, що проявляється у посиленій схильності до вторинної травматизації, хронічного напруження та виснаження.

Разом із тим виявлено, що професійні групи по-різному проходять цей вплив. У психологів високий рівень дитячої травматизації поєднується з відносно м'якшими афективними проявами і нижчими показниками тривоги та посттравматичних порушень, що свідчить про захисну роль професійної рефлексії, терапевтичних навичок і сформованих стратегій емоційного подолання. У гуманітарних працівників негативний досвід дитинства частіше реалізується у вигляді афективної дисрегуляції,

загострених посттравматичних симптомів, порушення стосунків і внутрішньої самоорганізації, оскільки повторний контакт із травмою в умовах війни резонує з власними минулими переживаннями. У представників непсихологічних професій АСЕ найбільш системно пов'язаний із депресивною і тривожною симптоматикою, а також із численними порушеннями емоційної та міжособистісної сфери, що вказує на брак професійних чи навчальних ресурсів для опрацювання травматичного досвіду.

Регресійний аналіз доповнює цю картину та показує, що ключовими предикторами труднощів емоційної регуляції виступають афективна дисрегуляція, генералізована тривога та низка дезадаптивних схем, пов'язаних із відчуттям неуспішності, недостатнім самоконтролем та залежністю від зовнішнього схвалення, тоді як самопожертва і певні форми адаптивно переосмисленого негативного досвіду частково знижують вираженість емоційних труднощів.

Отже, протікання афективних симптомів під час війни виявляється результатом поєднання ранніх травматичних подій, професійного контексту і набутих стратегій емоційного подолання, що обумовлює необхідність цілеспрямованих програм підтримки для різних професійних груп з урахуванням їхнього досвіду дитинства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексіна, Н., Герасіменко, О., Лавриненко, Д., & Савченко, О. (2024). Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Insight: the psychological dimensions of society*, (11), 77-103.
2. Бичко, К. А., & Таран, О. П. (2025). Роль екзогенних факторів у формуванні негативного дитячого досвіду. *Actual problems of practical psychology*.
3. Булденко, А. О. (2023). Особливості психоемоційного стану молоді в умовах війни в Україні
4. Власова, О. І., Родіна, Н. В., Целікова, Я. О., Ворнікова, Л. К., & Тихоненко, Я. О. (2022). Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ). *Ukrainian Journal of Ophthalmology*, (1), 63-72.
5. Власюк, А. О. (2024). Особливості роботи з травмою у підлітків у період воєнного стану.
6. Гамолко, Є., & Савиченко, О. М. (2025). Психічне здоров'я та дитячий травматичний досвід: особливості. In *The 5 th International scientific and practical conference «Global trends in science and education»*(June 2-4, 2025) SPC «Sci-conf. com. ua», Kyiv, Ukraine. 2025. 1251 p. (p. 601).
7. Герасимова, О. І. (2024). Психологічні особливості прояву тривожності у підлітків в умовах воєнного часу.
8. Дорожкіна, Ю. Д. (2024). Психологічна робота з емоційними розладами особистості зрілого віку в умовах воєнного стану. Кваліфікаційні магістерські роботи.
9. Єнгоян, А. Т. (2024). Захисні механізми як чинники емоційних властивостей у дітей раннього юнацького віку.

- 10.Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., Котух, О. В., & Мельник, О. В. (2019). Міжнародний опитувальник травми (itq): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого птср. *Актуальні проблеми психології*, 2(14), 145-161.
- 11.Іванілова, А. С. (2024). Готовність працювати з травматичним досвідом фахівців допомагаючих професій як феномен дослідження. *Організаційний комітет*, 100.
- 12.Кисало, І. (2025). Тривожність як індикатор психологічного стану дорослого в умовах воєнного стану.
- 13.Козій, А. Д. (2024). Психологічні особливості емоційного стану особистості в умовах воєнного стану.
- 14.Кулаєва, Т. В. (2023). Психологічні особливості переживання самотності в дорослому віці (Doctoral dissertation, ДЗВО «Університет менеджменту освіти»).
- 15.Кульчицька, А. В. (2025). Психологічні ресурси осіб із психотравмуючим дитячим досвідом (Master's thesis, Волинський національний університет імені Лесі Українки).
- 16.Кульчицька, А. В. (2025). Психологічні ресурси осіб із психотравмуючим дитячим досвідом (Master's thesis, Волинський національний університет імені Лесі Українки).
- 17.Лінькова, С. М. (2025). Особливості регуляції негативних психоемоційних станів жінок в умовах воєнного стану.
- 18.Лучко, О. (2022). Досвід соціальної травми як фактор вразливості до поширених афективних та тривожних розладів: системний огляд літератури.
- 19.Ляховець, Л. О., & Низовець-Кропта, О. А. (2025). Втома від співчуття у контексті діяльності фахівців допомагаючих професій.

20. Матахнюк, О. О. (2024). Особливості емоційного вигорання фахівців, які надають психологічну допомогу постраждалим під час воєнної агресії.
21. Мельник, К. А. (2024). Вплив тривалого стресу на емоційну стійкість в юнацькому віці.
22. Мітрофанова, І. О. (2024). Особливості корекції емоційної сфери особистості, яка пережила психотравмуючі події.
23. Новосад, О. Б. (2024). Алкогольна адикція як варіант виживальної адаптації до стресогенності воєнного часу (Master's thesis, Волинський національний університет імені Лесі Українки).
24. Поліщук, С. (2024). Задоволеність професійним життям фахівців допомагаючих професій в контексті роботи з травмою війни.
25. Пророк, Н. В., Бойко, С. Т., Гнатюк, О. В., Купрєєва, О. І., Курило, Л. Ф., Папуча, М. В., ... & Чекстєре, О. Ю. (2023). Психологічне діагностування проявів адаптаційних розладів у суб'єктів освітнього простору в умовах воєнного стану і післявоєнного відновлення країни: практичний посібник.
26. Романюк, О. М. (2024). Психологічні зміни емоційної сфери цивільної людини під час війни.
27. Сак, Л., & Федотова, З. (2023). Крос-культурна адаптація та валідизація україномовної версії шкали труднощів емоційної регуляції DERS: апробація у хворих підлітків на нервову анорексію та їх батьків/опікунів. Психіатрія, неврологія та медична психологія, (21), 38-45.
28. Сакуляк, В. В. (2024). Психологічні особливості професійного вигорання вихователів спеціалізованих закладів (Master's thesis, Волинський національний університет імені Лесі Українки).
29. Саламага, А. П. (2024). Розвиток емоційного інтелекту особистості в умовах воєнного стану.

- 30.Семенюк, К. О. (2025). Психологічні особливості прояву депресії та тривожності у студентів ЗВО під час війни (Bachelor's thesis, Волинський національний університет імені Лесі Українки).
- 31.Слісаренко, А. П. (2022). Динаміка депресивних станів студентів у психологічній практиці розвитку рефлексії.
- 32.Тищенко, Т. С. (2024). Вплив дитячої травми на становлення Я-образу особистості.
- 33.Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. (2012). Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9) [Patient Health Questionnaire-9]. Pfizer Inc.
- 34.Чабан, О. С., Хаустова, О. О., & Омелянович, В. Ю. (2023). Психічні розлади воєнного часу.
- 35.Яворська, Г. Ю., & Геляс, А. І. (2025). Психологічне консультування та психотерапія нарцисичного розладу особистості в методі транзакційного аналізу. *Вчені записки*, 67.
- 36.Broekhof, R., Nordahl, H., Bjørnelv, S., & Selvik, S. (2022). Prevalence of adverse childhood experiences and their co-occurrence in a large population of adolescents: a Young HUNT 3 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57, 2359 – 2366.
- 37.Brown, E., Carlisle, K., Burgess, M., Clark, J., & Hutcheon, A. (2022). Adverse and Positive Childhood Experiences of Clinical Mental Health Counselors as Predictors of Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress. *The Professional Counselor*.
- 38.Budala, D., Luchian, I., Virvescu, D., Tudorici, T., Constantin, V., Surlari, Z., Butnaru, O., Bosînceanu, D., Bida, C., & Hancianu, M. (2025). Salivary Biomarkers as a Predictive Factor in Anxiety, Depression, and Stress. *Current Issues in Molecular Biology*, 47.
- 39.Campbell-Sills, L., Edwards, E., Strizver, S., Choi, K., Kautz, J., Papini, S., Naifeh, J., Aliaga, P., Lester, P., Kessler, R., Ursano, R., Stein, M., & Bliese, P. (2025). Direct and indirect associations of childhood adversities with

- functional impairment and life stress among military personnel. *Psychological Medicine*, 55.
- 40.Cho, S., & Park, S. (2023). Commentary: Why positive psychological resources are important for alleviating childhood adversity-related effects in adult patients with depressive disorders?. *Alpha Psychiatry*, 24, 85 – 86.
- 41.Chu, Q., Wang, X., Yao, R., Fan, J., Li, Y., Nie, F., Wang, L., & Tang, Q. (2021). Childhood trauma and current depression among Chinese university students: a moderated mediation model of cognitive emotion regulation strategies and neuroticism. *BMC Psychiatry*, 22.
- 42.Çinar, S., Boyalı, C., & Özkapu, Y. (2022). The Relationship Between Posttraumatic Growth and Psychological Resilience in the Covid-19 Pandemic: The Mediating Role of Cognitive Flexibility and Positive Schemas. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*.
- 43.Clemens, V., Beschoner, P., Jarczok, M., Weimer, K., Kempf, M., Morawa, E., Geiser, F., Albus, C., Steudte-Schmiedgen, S., Gündel, H., Fegert, J., & Jerg-Bretzke, L. (2021). The mediating role of COVID-19-related burden in the association between adverse childhood experiences and emotional exhaustion: results of the egePan – VOICE study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12.
- 44.Cruciani, G., Liotti, M., & Lingiardi, V. (2024). Motivations to become psychotherapists: beyond the concept of the wounded healer. *Research in Psychotherapy : Psychopathology, Process, and Outcome*, 27.
- 45.Cuchet, I., Maneval, A., & Dambrun, M. (2025). Mental health trajectories, resilience and psychosocial factors in palliative care workers frequently exposed to death. *Scientific Reports*, 15.
- 46.Da Costa, I., Tomaz, M., Pessoa, G., Miranda, H., & Galdino, M. (2020). Early maladaptive schemas and harm avoidance as mediating factors between early life stress and psychiatric symptoms in adults. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 489 – 495.

47. Davies, R., Knoll, M., & Kyranides, M. (2023). A moderated mediation analysis on the influence of social support and cognitive flexibility in predicting mental wellbeing in elite sport.. *Psychology of sport and exercise*, 102560 .
48. Davis, J., Prindle, J., Saba, S., Lee, D., Leightley, D., Tran, D., Sedano, A., Fitzke, R., Castro, C., & Pedersen, E. (2022). Childhood adversity, combat experiences, and military sexual trauma: a test and extension of the stress sensitization hypothesis. *Psychological Medicine*, 53, 4055 – 4063.
49. Dedoncker, J., Vanderhasselt, M., Ottaviani, C., & Slavich, G. (2021). Mental health during the COVID-19 pandemic and beyond: The importance of the vagus nerve for biopsychosocial resilience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 125, 1 – 10.
50. Demir, Z., Böge, K., Fan, Y., Hartling, C., Harb, M., Hahn, E., Seybold, J., & Bajbouj, M. (2020). The role of emotion regulation as a mediator between early life stress and posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in Syrian refugees. *Translational Psychiatry*, 10.
51. Dieter, J., & Engel, S. (2019). Traumatic Brain Injury and Posttraumatic Stress Disorder: Comorbid Consequences of War. *Neuroscience Insights*, 14.
52. Fasel, M., Zeine, A., Hess, J., Krakowczyk, J., Hubmann, M., Krumnau, E., Rücker, S., Dinse, H., Fuss, J., Teufel, M., & Fink, M. (2025). Relationship between early maladaptive schemas (EMSs), adverse childhood experiences and mental health in adulthood among transgender individuals. *European Journal of Psychotraumatology*, 16.
53. Fasolato, R., De Felice, M., Barbui, C., Bertani, M., Bonora, F., Castellazzi, M., Castelli, S., Cristofalo, D., Dall’Agnola, R., Ruggeri, M., Signoretto, B., & Bonetto, C. (2024). Early maladaptive schemas mediate the relationship between severe childhood trauma and eating disorder symptoms: evidence from an exploratory study. *Journal of Eating Disorders*, 12.

54. Feiler, T., Vanacore, S., & Dolbier, C. (2023). Relationships Among Adverse and Benevolent Childhood Experiences, Emotion Dysregulation, and Psychopathology Symptoms. *Adversity and Resilience Science*, 1 – 17.
55. Feinstein, D. (2023). Using energy psychology to remediate emotional wounds rooted in childhood trauma: preliminary clinical guidelines. *Frontiers in Psychology*, 14.
56. Fitzhardinge, M., Blackman, L., & Pilkington, P. (2025). Adverse Childhood Experiences and Emotional Exhaustion in Therapists: The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32.
57. Flynn, A., Puhalla, A., & Vaught, A. (2023). The role of shame and trauma type on posttraumatic stress disorder and depression severity in a treatment-seeking veteran population.. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 16 8, 1294-1300 .
58. Hemi, A., Sopp, M., Schäfer, S., Michael, T., & Levy-Gigi, E. (2022). Adaptive responding to prolonged stress exposure: A binational study on the impact of flexibility on latent profiles of cognitive, emotional and behavioural responses to the COVID- 19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, 30, e6163 – e6174.
59. Hinchey, L., Nashef, R., Bazzi, C., Gorski, K., & Javanbakht, A. (2023). The longitudinal impact of war exposure on psychopathology in Syrian and Iraqi refugee youth. *International Journal of Social Psychiatry*, 69, 1833 – 1836.
60. Inozu, M., Gök, B., Tuzun, D., & Hacıomeroglu, A. (2022). Does cognitive flexibility change the nature of the relationship between intolerance of uncertainty and psychological symptoms during the COVID-19 outbreak in Turkey?. *Current Psychology (New Brunswick, N.j.)*, 1 – 12.
61. Job, E., Baldwin, J., Plomin, R., & Steptoe, A. (2021). Adverse childhood experiences, daytime salivary cortisol, and depressive symptoms in early adulthood: a longitudinal genetically informed twin study. *Translational Psychiatry*, 11.

62. James, K., Stromin, J., Steenkamp, N., & Combrinck, M. (2023). Understanding the relationships between physiological and psychosocial stress, cortisol and cognition. *Frontiers in Endocrinology*, 14.
63. Jones, A., Lim, S., Hood, C., Brake, C., & Badour, C. (2020). Affective Lability Moderates the Associations between Negative and Positive Urgency and Posttraumatic Stress.. *Traumatology*, 27 3, 265-273 .
64. Kaur, A. (2025). The biological and neurological changes in the adult brain due to chronic anxiety, stress, and depression. *South Eastern European Journal of Public Health*.
65. Kendall-Tackett, K., & Beck, C. (2022). Secondary Traumatic Stress and Moral Injury in Maternity Care Providers: A Narrative and Exploratory Review. *Frontiers in Global Women's Health*, 3.
66. Kim, A., Adam, E., Bechayda, S., & Kuzawa, C. (2020). Early life stress and HPA axis function independently predict adult depressive symptoms in metropolitan Cebu, Philippines.. *American journal of physical anthropology*, e24105.
67. Kreh, A., Lindenthal, M., Kulcar, V., Riedel, P.-L., Lahner, M., & Juen, B. (2024). D2.2 Report on national best practices, needs, challenges and gaps. University of Innsbruck & Austrian Red Cross.
68. Kwok, C., Pan, M., & Farm, G. (2021). COVID-19 and Its Implications on Social Engagement, Physical Activity, and Psychological Well-Being for Older Adults with Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Undergraduate Research in Natural and Clinical Science and Technology (URNCST) Journal*.
69. Lengua, L., Calhoun, R., Balinbin, I., Long, R., Spink, K., & Angeles, M. (2025). A well-being promotion program increases self-compassion, active coping and emotion regulation among providers who work with children and families. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 25.

70. Levin, Y., Ben-Ezra, M., Hamama-Raz, Y., Maercker, A., Goodwin, R., Leshem, E., & Bachem, R. (2023). The Ukraine-Russia war: A symptoms network of complex posttraumatic stress disorder during continuous traumatic stress.. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*.
71. Li, C., Fu, P., Wang, M., Xia, Y., Hu, C., Liu, M., Zhang, H., Sheng, X., & Yang, Y. (2023). The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood: a moderated mediation model. *BMC Psychiatry*, 23.
72. Martins, B., Taveira-Gomes, T., Gomes, J., Vidal-Alves, M., & Magalhães, T. (2025). Adverse childhood experiences and health outcomes: a 20-year real-world study. *Frontiers in Medicine*, 11.
73. McCracken, L., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
74. Mercer, L., Cookson, A., Müller-Myhsok, B., & Van Vuuren, J. (2023). Burnout and secondary traumatic stress in staff working with people with intellectual disabilities: The role of adverse childhood experiences, resilience and trauma-informed organisational climate.. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*.
75. Milne, L., Ratuszniak, A., & Nguyen, H. (2024). How adverse childhood experiences impact the professional quality of life of residential care workers: resilience as a mediator for burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 3.
76. Miyoshi, T., Ida, H., Nishimura, Y., Ako, S., & Otsuka, F. (2022). Effects of Yoga and Mindfulness Programs on Self-Compassion in Medical Professionals during the COVID-19 Pandemic: An Intervention

- Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19.
77. Moraes, C., Marques, E., Santos, É., Pacheco, D., Reichenheim, M., & Taquette, S. (2021). Prevalence and co-occurrence of Adverse Childhood experiences: a school-based survey in rio de Janeiro.
78. Nevárez-Mendoza, B., & Ochoa-Meza, G. (2022). Relationship between adverse childhood experiences and the physical and mental health in Mexican adults. *Salud mental*.
79. Ortibano, M., Madrigal, D., & Singson, D. (2024). The Effect of Integrative Biopsychosocial Therapy on Comorbid Major Depressive Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Technium Social Sciences Journal*.
80. Panagou, C., & MacBeth, A. (2022). Deconstructing pathways to resilience: A systematic review of associations between psychosocial mechanisms and transdiagnostic adult mental health outcomes in the context of adverse childhood experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29, 1626 – 1654.
81. Pellerin, N., Raufaste, E., Corman, M., Teissedre, F., & Dambrun, M. (2022). Psychological resources and flexibility predict resilient mental health trajectories during the French covid-19 lockdown. *Scientific Reports*, 12.
82. Peng, K., Haim-Nachum, S., Maayan, L., Zhang, C., Lee, S., & Zhu, X. (2025). Sex-Specific Effects of Adverse Childhood Experiences on Adolescent Brain Development: Insights from the ABCD Study. .
83. Peng, Y., & Ishak, Z. (2025). Self-compassion as a mediator of attachment anxiety, attachment avoidance, and complex PTSD in college students with adverse childhood experiences. *Scientific Reports*, 15.
84. Pfluger, V., Rohner, S., Eising, C., Maercker, A., & Thoma, M. (2022). Internalizing Mental Health Disorders and Emotion Regulation: A Comparative and Mediation Study of Older Adults With and Without a History of Complex Trauma Exposure. *Frontiers in Psychology*, 13.

85. Pourdehghan, M., Akbari, H., & Shariatnia, K. (2024). Investigating the Mediating Role of Personality Functions in the Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Existential Anxiety in Individuals with Depression and Anxiety. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*.
86. Rademacher, L., Kraft, D., Eckart, C., & Fiebach, C. (2021). Individual differences in resilience to stress are associated with affective flexibility. *Psychological Research*, 87, 1862 – 1879.
87. Russo, J., Dhruve, D., & Oliveros, A. (2022). Coping with COVID-19: Testing the stress sensitization hypothesis among adults with and without a history of adverse childhood experiences. *Journal of Affective Disorders Reports*, 10, 100379 – 100379.
88. Sardarzadeh, S. (2018). Reliability and validity of the Ukrainian version of the Young Schema Questionnaire–Short Form 3 (YSQ-S3). *Journal of Clinical Diagnosis and Treatment*, 1(2), 43–47.
89. Schlechter, P., Hellmann, J., McNally, R., & Morina, N. (2022). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptoms in war survivors: Insights from cross-lagged panel network analyses. *Journal of Traumatic Stress*, 35, 879 – 890.
90. Sójta, K., & Strzelecki, D. (2023). Early Maladaptive Schemas and Their Impact on Parenting: Do Dysfunctional Schemas Pass Generationally?—A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12.
91. Swedo, E., Niolon, P., Anderson, K., Li, J., Brener, N., Mpofu, J., Aslam, M., & Underwood, J. (2024). Prevalence of Adverse Childhood Experiences Among Adolescents. *Pediatrics*.
92. Tessitore, F., Caffieri, A., Parola, A., Cozzolino, M., & Margherita, G. (2023). The Role of Emotion Regulation as a Potential Mediator between Secondary Traumatic Stress, Burnout, and Compassion Satisfaction in

- Professionals Working in the Forced Migration Field. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20.
93. Thimm, J., & Chang, M. (2022). Early Maladaptive Schemas and Mental Disorders in Adulthood: a Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Cognitive Therapy*.
94. Tian, T., Li, J., Zhang, G., Wang, J., Liu, D., Wan, C., Fang, J., Wu, D., Zhou, Y., & Zhu, W. (2020). Effects of childhood trauma experience and BDNF Val66Met polymorphism on brain plasticity relate to emotion regulation. *Behavioural Brain Research*, 398.
95. Türk, F. (2024). Traumatic stress and post-traumatic growth in individuals who have had Covid-19: The mediating effect of resilience and moderating effect of psychological flexibility. *PLOS ONE*, 19.
96. Williamson, L., Daniel, S., Carter, J., Ridenhour, A., Pulgar, C., Gay, Y., & Debinski, B. (2025). Negative effects of adverse childhood experiences and absence of positive childhood experiences on healthcare employees: survey findings built on 10 years of trauma-informed development. *Frontiers in Public Health*, 12.
97. Yang, P., Robles-Ramamurthy, B., & Plastino, K. (2025). Associations between adverse childhood experiences and medical students' interest in careers: a single-setting study. *Frontiers in Psychiatry*, 16.
98. Ye, Z., Wei, X., Zhang, J., Li, H., & Cao, J. (2023). The impact of adverse childhood experiences on depression: the role of insecure attachment styles and emotion dysregulation strategies. *Current Psychology (New Brunswick, N.j.)*, 1 – 11.
99. Zainal, N., & Newman, M. (2021). Elevated Lipid and Pro-Inflammatory Markers Relate to Future Depression and Anxiety Components: A Cross-Lagged Prospective Network Analysis.
100. Zainal, N., & Newman, M. (2022). Elevated Anxious and Depressed Mood Relates to Future Executive Dysfunction in Older Adults: A

Longitudinal Network Analysis of Psychopathology and Cognitive Functioning. *Clinical Psychological Science*, 11, 218 – 238.

101. Zhao, Y., Zhang, C., Guo, T., Sha, S., Su, Z., Cheung, T., Jackson, T., An, F., & Xiang, Y. (2023). Associations between post-traumatic stress symptoms and quality of life among psychiatric healthcare personnel in China during the COVID-19 pandemic: A network approach. *Frontiers in Psychiatry*, 14.

ДОДАТКИ

Додаток А

«Опитувальник труднощів емоційної регуляції» (DERS)

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

- 1) Я чітко розумію свої почуття.
- 2) Я звертаю увагу на те, що я відчуваю.
- 3) Я переживаю свої емоції як неконтрольовані.
- 4) Я поняття не маю, як я почуваюся.
- 5) Мені важко зрозуміти свої почуття.
- 6) Я уважний до своїх почуттів.
- 7) Я точно знаю, як я почуваюся.
- 8) Мені все одно, що я відчуваю.
- 9) Мене бентежить те, що я відчуваю.
- 10) Коли я засмучений, я визнаю свої емоції.
- 11) Коли я засмучений, я злюсь на себе за те, що так почуваюся.
- 12) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.
- 13) Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.
- 14) Коли я засмучений, я виходжу з-під контролю.
- 15) Коли я засмучений, я вважаю що так буду почуватися протягом тривалого часу.
- 16) Коли я засмучений, я вважаю себе дуже пригніченим.
- 17) Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття є справжніми та важливими.
- 18) Коли я засмучений, мені важко зосередитись на інших речах.
- 19) Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.
- 20) Коли я засмучений, я все ще можу щось зробити.
- 21) Коли я засмучений, мені стає соромно за те, що я так почуваюся.

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

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

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

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

26) Коли я засмучений, мені важко зосередитися.

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

28) Коли я засмучений, я вважаю, що я нічого не можу зробити, щоб почуватися краще.

29) Коли я засмучений, я злюся на себе, що так почувуюся.

30) Коли я засмучений, я починаю дуже погано почувати себе.

31) Коли я засмучений, я вважаю що занурюватися в смуток – це все, що я можу зробити.

32) Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.

33) Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.

34) Коли я засмучений, я витрачаю час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.

35) Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб почувати себе краще.

36) Коли я засмучений, мої емоції здаються надзвичайними.

Додаток Б

«Опитувальник негативного досвіду дитинства» (АСЕ)

Інструкція: Вам пропонується 22 твердження, що стосуються періоду життя до того моменту, як Вам виповнилося 18 років. На кожне питання потрібно відповісти «Так» або «Ні».

1. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось із дорослих часто вас ображав, сварив або принижував?

2. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось із дорослих поводився так, що ви боялися фізичної шкоди?

3. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось із дорослих часто бив, хапав, штовхав або кидав у вас що-небудь?

4. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось із дорослих часто або хоча б один раз побив так, що залишилися синці чи ушкодження?

5. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось старший за вас більш як на 5 років хоча б один раз торкався вас із сексуальним наміром?

6. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось старший більш як на 5 років намагався вчинити або мав із вами статевий акт (оральний, анальний, вагінальний)?

7. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб ви часто відчували, що вас не люблять, до вас байдужі?

8. Чи часто ви відчували, що брати/сестри отримують від батьків більше уваги, ніж ви?

9. Чи було так, що члени вашої родини не були близькими й не підтримували один одного?

10. Чи жили ви до 18 років із кимось, хто зловживав алкоголем або наркотиками?

11. Чи можна сказати, що батьки недостатньо дбали про вас через надмірне вживання алкоголю/наркотичних речовин?

12. Чи траплялося, що ви приходили до школи у брудному/старому одязі та без їжі?

13. Чи часто ви (до 18 років) відчували, що не було дорослого, який би вас захистив?

14. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось із дорослих часто бив, хапав або штовхав вашу маму чи інших членів родини?

15. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось із дорослих хоча б раз погрожував ножем або рушницею вашій мамі чи іншим членам родини?

16. До того як вам виповнилося 18 років, ваші батьки жили окремо або були розлучені?

17. Чи страждав хтось із тих, з ким ви жили в дитинстві, на психічні розлади?

18. Чи потрапляв хтось із тих, з ким ви жили, до в'язниці?

19. Чи намагався хтось із тих, з ким ви жили, вчинити самогубство?

20. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось із дорослих часто закривав вас у кімнаті або прив'язував?

21. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб хтось із дорослих часто не розмовляв із вами декілька годин як покарання?

22. Чи було у вашому дитинстві (до 18 років), щоб ви були жертвою цькування або насильства у школі?

«Схемний опитувальник Янга» (YSQ-S3G)

Інструкція: Нижче подано твердження, на які варто зазначити лише одну з шести відповідей, котра, на Ваш погляд, найбільше підходить: 1 – абсолютно не відповідає; 2 – здебільшого не відповідає; 3 – скоріше не відповідає, ніж відповідає; 4 – швидше відповідає; 5 – здебільшого відповідає; 6 – повністю відповідає.

1. Поруч зі мною не було людини, яка б про мене дбала, виявляла участь і щирий інтерес до всього, що відбувалося зі мною.

2. Я «чіпляюся» за близьких мені людей, оскільки боюся, що вони мене покинуть.

3. Мені здається, що інші люди мене використовують.

4. Я не вписуюся в жодну з компаній.

5. Жоден чоловік, якого я приваблюю, не міг би полюбити мене, якби дізнався про мої недоліки.

6. Майже все, що я роблю на роботі (в навчанні) не так добре, як це могли б зробити інші люди.

7. Думаю, що я не здатна самотійно справлятися з повсякденними справами.

8. Я не можу позбутися відчуття, що має статися щось погане.

9. Я не змогла «відокремитися» від своїх батьків в тій мірі, в якій це зробили мої однолітки.

10. Я думаю, що якщо я буду робити тільки те, що мені хочеться, це неодмінно призведе до неприємностей.

11. Зрештою, саме мені доводиться піклуватися про своїх близьких.

12. Я занадто сором'язлива, щоб проявляти свою симпатію (увагу або прихильність) до інших людей.

13. Я повинна бути кращою у всьому, що я роблю, і не можу бути гірше інших.

14. Мені дуже важко прийняти «ні» як відповідь, якщо я хочу чогось від інших людей.

15. Я не можу змусити себе виконувати рутинні або нудні завдання.

16. Знайомство з важливими людьми і наявність грошей дають мені відчуття власної значущості.

17. Навіть коли справи йдуть добре, у мене таке відчуття, що це ненадовго.

18. Якщо я допущу помилку, то я повинна бути покарана.

19. Я не знаю таких людей, які давали б мені тепло, любов і турботу.

20. Мені так потрібні інші люди, що я боюся їх втратити.

21. Я відчуваю, що не можу послабити свій захист і поводитися природно в присутності інших людей, оскільки вони можуть мені нашкодити.

22. Я дуже сильно відрізняюся від інших людей.

23. Ніхто, про кого я мрію, не захотів би залишитися поруч зі мною, якби дізнався, яка я насправді.

24. Я не здатна домогтися успіху.

25. У повсякденному житті я багато в чому залежу від інших людей.

26. Я думаю, що в будь-який момент може статися щось жахливе (природна катастрофа, злочин, фінансова криза чи нещасний випадок).

27. Я і мої батьки схильні (були схильні) брати зайву участь в житті і вирішенні проблем один одного.

28. Я відчуваю, що я повинна поступатися бажанням інших людей, інакше вони можуть відкинути мене або якось помститися.

29. Я-хороша людина, так як думаю про інших більше, ніж про себе.

30. Мені незручно показувати іншим свої почуття.

31. Я намагаюся робити все якнайкраще і не сприймаю, коли говорять «...і так вже досить добре...»

32. Я особлива людина і не зобов'язана підкорятися багатьом обмеженням, встановленим для інших людей.

33. Якщо мені не вдається досягти мети, я легко впадаю у відчай і здаюся.

34. Досягнення мають для мене найбільшу цінність, якщо їх помічають інші люди.

35. Коли трапляється щось хороше, я чекаю, що станеться щось погане.

36. Якщо я не буду намагатися з усіх сил, то у мене обов'язково будуть неприємності.

37. Я ніколи не відчувала, що я була кимось особливим для іншої людини.

38. Я побоююся, що мої близькі покинуть або «кинуть» мене.

39. Думаю, що рано чи пізно, хто-небудь мене обов'язково зрадить.

40. Я-одиначка, і не належу ні до якого «кола»

41. Я не гідна любові, уваги або поваги інших людей.

42. Більшість людей досягають кращих результатів у роботі, ніж я.

43. Мені не вистачає здорового глузду.

44. Я боюся, що на мене можуть напасти.

45. Мені завжди було дуже важко приховувати від батьків подробиці особистого життя, не відчуюючи при цьому почуття провини.

46. У відносинах з іншими людьми я легко погоджуюся бути на других ролях.

47. Я так зайнята справами моїх близьких, що у мене не залишається часу для себе.

48. Мені важко бути розкутою і безпосередньою з іншими людьми.

49. Я повинна виконувати всі свої зобов'язання.

50. Я не можу терпіти, щоб мене обмежували або не дозволяли робити те, що я хочу.

51. Мені дуже важко відмовляти собі в задоволенні миттєвих бажань заради досягнення віддаленої мети.

52. Коли я не отримую підвищеної уваги, Я відчуваю себе недостатньо значущою людиною.

53. Неможливо все передбачити-що-небудь обов'язково піде не так.

54. Якщо я не зроблю будь-яку роботу як слід, то повинна буду відповідати за наслідки.

55. У мене ніколи не було людини, яка б по-справжньому слухала і розуміла мене або цікавилася моїми справжніми потребами та почуттями.

56. Коли я відчуваю, що кохана людина віддаляється або йде від мене, я впадаю у відчай.

57. Я дуже підозріло ставлюся до того, якими мотивами керуються інші люди.

58. Я відчуваю себе відчуженою або ізольованою від інших людей.

59. Мені здається, що мене не можна полюбити.

60. У роботі я не така талановита, як більшість інших людей.

61. У життєвих ситуаціях на мою думку не можна покладатися.

62. Я боюся, що втрачу всі гроші або залишуся без засобів до існування.

63. Я відчуваю, що живу не власним життям, а так, як хотіли б від мене мої батьки.

64. Так як рішення за мене завжди приймали інші, то тепер я сама не знаю, чого хочу насправді.

65. Мені завжди доводиться слухати проблеми інших людей.

66. Я так сильно контролюю себе, що мене вважають неемоційною чи нечутливою.

67. Я постійно відчуваю тиск від того, що потрібно щось зробити або чогось досягти.

68. Вважаю, що я не повинна слідувати загальноприйнятим правилам і домовленостям, як це роблять інші люди.

69. Я не можу змусити себе робити те, що мені не подобається, навіть якщо я знаю, що це для мого блага.

70. Якщо мене знайомлять з новою компанією або я комусь щось розповідаю, то для мене дуже важливо отримати визнання і захоплення.

71. Незалежно від того, наскільки важко я працюю, мене турбує, що я можу втратити кошти і залишитися ні з чим

72. Не має значення, чому я зробила помилку – якщо я зроблю щось не так, то мені доведеться за це розплачуватися.

73. У моєму житті не було такої людини, яка могла б дати мені добру пораду або направити мене, коли я не знала, як вчинити.

74. Іноді я так боюся, що хтось покине мене, що сама першою починаю відштовхувати цю людину.

75. Зазвичай я шукаю приховані мотиви У інших людей.

76. Я відчуваю себе сторонньою в будь-якій групі.

77. У мене багато неприйнятних якостей, через які я не можу відкритися перед іншими людьми або дозволити їм познайомитися зі мною краще.

78. У тому, що стосується роботи або навчання, я не така кмітлива як більшість інших людей.

79. Я не впевнена в своїй здатності справлятися з повсякденними проблемами, які постійно виникають.

80. Я переживаю, що у мене розвивається важке захворювання, хоча лікарі не виявляють нічого серйозного.

81. Я не відчуваю себе цілісною особистістю окремо від особистості мого партнера чи когось із батьків.

82. Мені дуже важко вимагати від інших, щоб вони поважали мої права і рахувалися з моїми почуттями.

83. Люди вважають, що я роблю занадто багато для інших і недостатньо для себе.

84. Мене вважають емоційно затиснутою і напруженою.

85. Мені важко зняти з себе відповідальність за що-небудь або дати собі право на помилку.

86. Те, що я пропоную і роблю, є більш цінним, ніж внесок інших людей.

87. Мені рідко вдається виконати обіцянки, які я даю собі.

88. Я відчуваю себе по-справжньому цінною людиною, коли мене хвалять або обсипають компліментами.

89. Я боюся, що будь-яке неправильне рішення може призвести до катастрофи.

90. Я погана людина, яка заслуговує на покарання.

«Анкета здоров'я» (PHQ-9)

Інструкція: Протягом останніх двох тижнів як часто вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість
4. Відчуття втоми або зниження енергії
5. Поганий апетит або переїдання
6. Негативне відчуття щодо себе – що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора
8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритамана вам метушливість та активність
9. Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду

«Шкала генералізованої тривоги» (GAD-7)

Інструкція: За останні 2 тижні, як часто вас турбували такі проблеми?

1. Почуття нервозності, тривоги або напруженості
2. Нездатність зупинити чи контролювати хвилювання
3. Надмірне переживання хвилювання щодо різних речей
4. Проблеми з розслабленням
5. Сильний неспокій аж до неможливості всидіти на місці
6. Легкий перехід до збудження і дратівливості
7. Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе

«Міжнародний опитувальник травми» (ITQ)

Інструкція 1: Пам'ятаючи про свій найгірший травматичний випадок, уважно прочитайте кожен пункт, а потім обведіть одну з цифр праворуч, щоб указати, наскільки сильно вас турбувала ця проблема протягом останнього місяця.

P1. Неприємні сни, в яких знову відбувалась частина пережитого чи які були явно пов'язані з цим досвідом?

P2. Яскраві образи чи спогади, які іноді виринають із пам'яті, і Ви відчуваєте, що ці події відбуваються знову тут і зараз?

P3. Ви намагаєтесь уникати внутрішніх нагадувань про той досвід (наприклад, думок, почуттів чи фізичних відчуттів)?

P4. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (напр., людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?

P5. Перебували у стані «надмірної настороженості», пильності, напруженого очікування?

P6. Нервово реагували, легко лякалися?

P7. Впливали на Ваші стосунки чи громадське життя?

P8. Впливали на Вашу роботу чи здатність працювати?

P9. Впливали на будь-яку іншу частину Вашого життя, таку як виховання дітей, навчання чи інші важливі заняття?

Інструкція 2: Нижче наведені проблеми чи симптоми, які іноді виникають у людей, котрі пережили стресові чи травмуючі події. Питання стосуються того, як Ви зазвичай відчуваєте, як Ви зазвичай думаєте про себе, і як Ви зазвичай ставитесь до інших. Дайте відповідь на наступні питання, думаючи про те, наскільки це описує Вас. Наскільки це правдиво, по відношенню до Вас?

S1. Коли я засмучений(-на), в мене багато часу йде на те, щоб заспокоїтись.

С2. Я відчуваю заціпеніння, чи як наче мене емоційно вимкнули.

С3. Я почуваюся невдахою.

С4. Я почуваюся жалюгідним(-ою).

С5. Я почуваюся відстороненим(-ною) чи відірваним(-ною) від людей.

С6. Мені важко залишатися емоційно близьким(-ою) з людьми.

С7. Викликали занепокоєність чи тривогу з приводу Ваших стосунків чи громадського життя?

С8. Впливали на Вашу роботу чи здатність працювати?

С9. Впливали на будь-яку іншу частину Вашого життя, таку як виховання дітей, навчання чи інші важливі заняття?