

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА  
ШЕВЧЕНКА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ РОЗВИТКУ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ВПЛИВ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА Я-КОНЦЕПЦІЮ  
ОСОБИСТОСТІ РАНЬОГО ДОРОСЛОГО ВІКУ**

на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр»

спеціальність – 053 психологія

Студентки ОКР «магістр»

Білоцерковець Аліни Анатоліївни

Науковий керівник:

доцент кафедри психології розвитку,

кандидат психологічних наук

Крайніков Едуард Владиславович

Допустити до захисту в ЕК

кафедра психології розвитку

Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

завідувач кафедри:

доктор психологічних наук, професор

Власова Олена Іванівна

---

(підпис)

Київ – 2023

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА Я-КОНЦЕПЦІЮ ОСОБИСТОСТІ РАНЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ.....	7
1.1 Феномен негативного дитячого досвіду в науковій літературі.....	7
1.2 Психологічні характеристики Я-концепції особистості раннього дорослого віку.....	17
1.3 Основні психологічні аспекти впливу травматичного досвіду на Я-концепцію особистості.....	24
Висновки до розділу 1.....	28
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА Я- КОНЦЕПЦІЮ ОСОБИСТОСТІ РАНЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ.....	30
2.1 Організація та методи дослідження .....	30
2.2 Психологічна характеристика вибірки досліджуваних.....	33
Висновки до розділу 2.....	36
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА РОЗВИТОК Я-КОНЦЕПЦІЇ В РАНЬОМУ ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ.....	37
3.1. Особливості розвитку Я-концепції в ранньому дорослому віці.....	37
3.2. Особливості впливу впливу негативного дитячого досвіду на розвиток Я-концепції в ранньому дорослому віці.....	45
3.3. Тренінгова програма оптимізації Я-концепції осіб, які пережили негативний досвід в дитячому віці.....	46
Висновки до розділу 3.....	61
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	65
ДОДАТКИ.....	75

## ВСТУП

**Актуальність дослідження:** В історії людства ставлення до дитини та дитинства постійно змінювались. В античні часи вважалось нормальним вбити дитину, дещо пізніше цілком адекватно сприймалось бажання відмовитись чи відправити до годувальниці. Чим далі заглиблюватись в витоки розвитку людської цивілізації тим більше ми знаходимо прикладів байдужого, нехтуючого або ж насильницького ставлення до дітей. З початком ХХ століття увагу науковців все частіше почав привертати вплив дитячого досвіду на подальше життя людини в дорослому віці. Чималу роль в цьому відіграли революційні на той час заяви Фрейда З., що стали відправною точкою для дослідження дитячих травм.

Майже кожна людина так чи інакше має певний негативний досвід пережитий в дитинстві. Так, як діти є однією з найбільш уразливих категорій населення, оскільки перебувають в процесі постійного розвитку, то негативний досвід та дитяча травма здатна деформувати їхню особистість і мати вплив на поведінкові, емоційні сфери особистості та викликати інші психологічні проблеми навіть у дорослому віці. Констеляція травматичного дитячого досвіду не рідко стає причиною формування стереотипних або ригідних способів реагування на різноманітні життєві ситуації, що обмежує можливості до особистісного зростання, знижує якість життя або навіть стає причиною психічних розладів.

Я-концепція, як динамічна система уявлень людини про себе, постійно змінюється під впливом життєвих обставин та різноманітних подій. Найпотужніший процес психологічних трансформацій, які проходить людина припадає на період підліткового та юнацького віку, тобто в період ранньої дорослості ми вже можемо говорити про відносно сформовану особистість, яка має розуміння своїх цінностей, принципів і потреб. Оскільки травматичний досвід може впливати на систему уявлень людини про себе то актуальною задачею психології є виявити тенденції впливу травматичного дитячого досвіду

на Я-концепцію та розробити комплексну систему психологічної допомоги людям, які пережили травму в дитинстві.

Початок повномасштабного військового вторгнення російської федерації в Україну, який почався 24 лютого 2022 року вплинув на появу великої кількості травмованих осіб, які зіштовхнулись з різного роду насильством, серед яких значну частину становлять діти. Окрім цього за останні десять років на долю України випало чимало інших глобальних травматичних подій, таких як Революція Гідності, окупація Кримського півострова, війна на сході України (АТО), пандемія COVID-19 та інші. Серед підлітків, які отримали психологічні травми пов'язані з подіями на Майдані та антитерористичною операцією, серед тих хто втратив своїх близьких на війні, велика кількість осіб, нині раннього дорослого віку, бере участь в бойових діях або займається волонтерською діяльністю. Це все вказує на те, що негативний травматичний досвід отриманий в дитинстві може впливати на систему цінностей навіть на національному рівні.

Вплив негативного дитячого досвіду на формування особистості досліджували такі науковці, як Агапова І., Алещенко О., Душкевич М., Глущенко М., McCarthy, G., & Maughan, B., Crandall, A., та ін. Психологічні особливості дитячої травми були предметом досліджень Фрейда З, Юнга К., Адлера А., Дольто Ф., Гусейнової Н.. Я-концепцію особистості вивчали Демчук О., Калужна Є., Чайка Г. і тд. Психологічні особливості особистості раннього дорослого віку досліджували Романюк Л., Сидоренко О., Македонська Е., Шевченко Н. та багато інших.

Таким чином, дослідження впливу негативного дитячого досвіду на Я-концепцію особистості раннього дорослого віку є важливою задачею психологічної науки, яка сприятиме формування науково обґрунтованих методів психологічної допомоги.

**Метою нашого дослідження** є дослідити психологічні особливості впливу негативного дитячого досвіду на Я-концепцію особистості раннього дорослого віку.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості впливу негативного дитячого досвіду на Я-концепцію особистості раннього дорослого віку.

**Об’єкт дослідження** – Я-концепція особистості раннього дорослого віку.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз Я-концепції особистості та обґрунтувати теоретичну модель чинників цього процесу в ранньому дорослому віці.

2. Провести емпіричне дослідження особливостей Я-концепції особистості раннього дорослого віку.

3. Проаналізувати вплив негативного дитячого досвіду на Я-концепцію особистості раннього дорослого віку.

4. Розробити тренінгову програму оптимізації Я-концепції осіб раннього дорослого віку, які пережили негативний досвід в дитячому віці.

**Методи дослідження:**

У ході розв’язання поставлених завдань було використано такі методи дослідження.

1. Методи теоретичного дослідження (аналіз, синтез, узагальнення, індукція, дедукція) застосовано для узагальнення теоретико-методологічних засад дослідження, теоретичне моделювання впливу негативного дитячого досвіду на Я-концепцію особистості раннього дорослого віку та її психологічних чинників.

2. Емпіричні методи – психодіагностичне тестування (анкета негативного дитячого досвіду (АСЕ); шкала самооцінки М. Розенберга; методика діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі).

3. Методи математичної обробки даних – кореляційний аналіз К. Пірсона.

**Наукова новизна і теоретичне значення дослідження** полягає в тому, що

- теоретично обґрунтовано модель психологічних чинників розвитку Я-концепції особистості в ранньому дорослому віці;
- уточнено поняття «негативного дитячого досвіду»;
- перевірено дослідним шляхом і пояснено зв'язок Я-концепції особистості в ранньому дорослому віці з негативним дитячим досвідом.

**Практичне значення дослідження** полягає

- в можливості застосування психологічними службами ЗВО тренінгової програми, розробленої здобувачкою, з оптимізації Я-концепції осіб раннього дорослого віку, які пережили негативний досвід в дитячому віці.

**Експериментальна база дослідження:** до участі в дослідженні було залучено 56 осіб раннього дорослого віку.

**Структура й обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА Я-КОНЦЕПЦІЮ ОСОБИСТОСТІ РАННЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ

#### 1.1 Феномен негативного дитячого досвіду в науковій літературі

Одним із аспектів роботи психолога є робота з негативним досвідом, в тому числі пережитим в дитинстві. Причиною негативного дитячого досвіду та подальшої травматизації може бути домашнє насильство, булінг, сталкінг з боку незнайомців, сексуальне насильство, військові дії та інші травматичні ситуації. За даними дослідження Ради Європи проведеному у 2015 році в Україні близько 21% дітей зазнає різних форм сексуального насильства, кожна третя дитина стає жертвою фізичного насильства, а кожна друга – психологічного (Council of Europe, 2015).

«Негативний дитячий досвід є результатом низки подій або сукупності обставин, які мали місце в житті людини до моменту досягнення 18 років, та які переживаються як фізично чи емоційно шкідливі або загрозові, які мають тривалі несприятливі наслідки для функціонування особистості та її фізичного, соціального, та психологічного благополуччя» (Целікова, Ю., 2021). Тобто це сукупність несприятливих переживань, які можуть призводити до погіршення психологічного стану особистості, її якості життя та навіть розвитку психологічної травми.

В Міжнародній класифікації хвороб 11 перегляду психологічні травми знаходяться в категорії «Розлади пов'язані зі стресом» і до них відносяться «ПТСР (6B40)», «К-ПТСР (6B41)», «Розлад тривалого горя (6B42)», «Розлад адаптації (6B43)», «Реактивний розлад прихильності (6B44)», «Розлад соціальної активності (6B45)» та «інші уточнені розлади (6B4Y)» (ICD-11, 2022). В DSM-5 травму відносять до категорії «Розлади пов'язані з травмою

та стресом», окрім вище перерахованих там також є «Гострий стресовий розлад» (APA, 2022).

Згідно DSM-5 перелік критеріїв за якими діагностують наявність травматичних розладів (ПТСР, К-ПТСР) включає:

А) фактична або загрозна смерть, серйозні травми або сексуальне насильство одним (або кількома) з наведених нижче способів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події.
2. Бути свідком події (подій).
3. Дізнатися про те, що травматична ситуація сталася з кимось з близьких
4. Переживання повторного або надзвичайно інтенсивного впливу неприємних деталей травматичної події.

Б) Інтрузивні симптоми, що починаються після травматичної події:

1. Нав'язливі, мимовільні та повторювані тривожні спогади про травматичну подію (у дітей віком від 6 років може спостерігатися повторювана гра з елементами травматичної ситуації).
2. Повторювані тривожні сни, які стосуються травматичної події (у дітей ці сни можуть бути без усвідомлюваного змісту)
3. Дисоціативні реакції (флешбеки, дереалізація тощо). У дітей під час гри може бути відтворення травми.
4. Інтенсивний психологічний дистрес, як реакція на інтрузивні симптоми.
5. Виражені фізіологічні реакції.

В) Уникнення будь яких подразників пов'язаних з травматичною подією:

1. Уникнення думок або почуттів пов'язаних з травмою.
2. Уникнення зовнішніх нагадувань (людей, місць, об'єктів, ситуацій)

Г) Негативні зміни в когнітивних здібностях та емоційних станах:

1.Нездатність запам'ятати важливі аспекти травми (зазвичай через дисоціативну амнезію).

2.Стійкі, негативні та перебільшенні переконання щодо себе або світу («я поганий», «світ небезпечний»).

3.Спотворені уявлення про причини та наслідки травматичної події, які призводять до загострення почуття провини тощо.

4.Стійкий негативний емоційний стан.

5.Зниження інтересу до речей, які раніше цікавили.

6.Почуття самотності, відчуженості.

7.Стійка нездатність відчувати позитивні емоції.

Г)Помітні зміни збудження та реактивності:

1.Дратівливість або спалахи гніву.

2.Безрозсудна саморуйнівна поведінка.

3.Гіперпильність.

4.Гіпертрофована реакція переляку.

5.Проблеми з концентрацією уваги.

6.Порушення сну.

Ці критерії стосуються дорослих, підлітків та дітей старше 6 років (АРА, 2013). Для дітей віком до 6 років список симптомів дещо скорочений.

Існує чимало підходів до визначення феномену дитячої травми в таблиці 2.1 наведені основні з них:

**Таблиця 2.1**

**Теоретичні підходи до трактування дитячої травми**

Автор	Рік	Визначення
Terr L.	2003	Дитяча травма – це психічний результат, однієї раптової події або серії подій, що робить молоду людину тимчасово безпорадною і позбавляє її звичних захисних механізмів.

ВООЗ	2006	Дитячі травми – це усі форми фізичного та емоційного жорстокого поводження, зневаги чи експлуатації, які призводять до фактичної чи потенційної шкоди дитині.
Larkin, W., & Read, J.	2008	Дитяча травма — це термін, який використовується для позначення низки негативних життєвих переживань, включаючи фізичне, сексуальне та емоційне насильство, а також фізичне та емоційне нехтування.
Pearce, J., Murray, C., & Larkin, W.	2019	Дитяча травма – це серйозні несприятливі переживання в дитинстві, такі як нехтування, залишення, сексуальне, емоційне або фізичне насильство.

Розмірковуючи про феномен дитячої травми також доцільно дати визначення власне психічній травмі та розмежувати її з психологічною травмою. Так, на основі теоретичного аналізу можна зробити висновок, що психічна травма – це пошкодження психіки людини, що викликає дисфункцію систем організму і призводить до виникнення стану загальної або часткової дезадаптації та розладів в когнітивній, емоційній та/або поведінковій сфері. Тобто психічна травма супроводжується ураженням або порушенням нормального функціонування нервової системи людини, що впливає на якість життя. На противагу цьому, психологічна травма – це шкода, завдана душевному благополуччю людини, що не призводить до функціональних порушень і не має таких глибоких наслідків для психіки людини тож, за умови наявної психологічної допомоги чи адаптивних копінгових стратегій, успішно долається.

В своїх дослідженнях українські науковці Кокун О., Ващенко І., Бондаренко О. наголошують, що діти та підлітки є вразливими до впливу

негативних соціальних та психологічних чинників через несформованість нервової системи та механізмів психологічного захисту. Саме завдяки психологічним захистам відбувається мінімізація негативних для психіки деструктивних та травмівних переживань (Яцина О., 2022).

Згідно з схемою Терр Л. виділяють такі типи травматизації (Terr, L., 2003):

1. Перший тип:

- Монотравма: гостра стресова реакція, розлади адаптації;
- Мульти травма: ПТСР.

2. Другий тип:

- Секвенційна травма: фобічні, депресивні, соматоформні, залежні та коморбідні розлади;
- Травма розвитку: комплексний посттравматичний стресовий розлад, дисоціативні розлади.

Окрім цього вчена виділяє чотири ознаки травми у дітей: 1) сильна візуалізація спогадів, аж до дисоціативних станів; 2) повторювана поведінка; 3) наявність страхів пов'язаних з травмою; 4) зміна ставлення до людей, певних аспектів життя та майбутнього.

Негативний травматичний досвід отриманий у дитячому віці часто стає предиктором розвитку психічних розладів, характерологічних патологій, суїцидальних тенденцій та здатний деформувати розвиток особистості. Існує значна кількість досліджень, які вказують, що у осіб які стояли на обліку у психіатричних лікарнях (Carmen E., 1984), в яких діагностували розлади особистості (Bliss E., 1986), підлітків, що вчиняли вбивства (Lewis DO, 1989) в історії їхнього життєвого шляху є жорстоке поводження у дитинстві, різні форми насильства або шокова травма. Так, наприклад велика кількість жертв зґвалтування в дорослому віці заявляли про пережите сексуальне насильство в дитинстві (Russell D., 1986). Негативний дитячий досвід особистості впливає на її фізичне здоров'я (Crandall A., et al., 2019), може позначатись на

здоров'ї її власної сім'ї в дорослому віці (Daines C., et al., 2021), може здійснювати вплив на нейрокогнітивні функції та призводити до виникнення таких розладів особистості як межовий розлад особистості (Estric C., Calati, R., & Lopez-Castroman J., 2022), фізичне та сексуальне насильство пережите в дитинстві може ставати предиктором розвитку антисоціального розладу особистості (DeLisi M., et al., 2019), негативний дитячий досвід провокує виникнення емоційних та поведінкових розладів у дітей (Mir Drikvand F., 2023), зниження самооцінки (Kim, Y., Lee, H., & Park, A., 2022), зниження рівня психологічної стійкості (Doi, S., Isumi, A., & Fujiwara, T., 2022), діти які переживали травматичний досвід схильні до соціальної ізоляції (Lin L., 2022), тобто негативний дитячий досвід здатний впливати на психічне здоров'я особистості у дорослому віці (Roth, S. L., et al., 2022).

В дітей, що ставали жертвами війни частіше за їхніх однолітків без відповідного досвіду спостерігаються такі діагнози як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, розлади поведінки, зокрема підвищена агресивність, симптоми дисоціації, схильність до залежної поведінки, як от вживання психоактивних речовин, гемблінг тощо. Серед жертв військових конфліктів в Афганістані, Чечні, Іраку, Балканах, Ізраїлі, Лівані, Камбоджі, Палестині, Руанді та інших країнах науковці виявили наявність довготривалих психологічних наслідків війни на психіці дітей, окрім цього виявлено, що чим довше триває військовий конфлікт тим глибшими є подальші симптоми (WHO 2005 in Murthy and Lakshminarayana 2006). Існують переконливі докази того, що негативний травматичний дитячий досвід може провокувати виникнення хронічних захворювань, які скорочують життя (Felitti, V. J. et al., 1998), серед яких рак (Brown, D. W., et al., 2010), захворювання легень (Anda L. et al., 2008) та серця (Dong, M., et al., 2004). За даними дослідження впливу травматичного дитячого досвіду на генетику було виявлено, що жорстокість поведінки в дитинстві впливає на довжину теломерів та може провокувати раннє старіння (Elam, K. K., et al., 2022).

Дослідження проведене компанією Gradus Research у квітні 2022 році вказує, що через війну симптоми травматизації спостерігаються в 75% українських дітей. З них значна кількість вказує на такі наслідки для психіки, як порушення сну, погане самопочуття, погіршення пам'яті, зникнення бажання спілкуватися, зниження настрою (Gradus Research, 2022). Оскільки вже минуло більше року з моменту проведення дослідження є висока ймовірність, що статистика буде відрізнятися і навіть бути більш глобальною. Припускаємо, що одні симптоми могли бути підмінені іншими і стан дезадаптації на початку повномасштабного вторгнення змінився станом емоційного вигорання та виснаження.

Ряд досліджень вказує на те, що дитячі травми можуть змінювати нейрофізіологічні особливості функціонування мозку (Дуе, Н., 2018), ранній стрес викликає довгострокові зміни в різних системах нейромедіаторів (Nemeroff, С. В., 2004). Люди, які були жертвами жорстокого поводження в дитинстві або зазнали психічних травм в дорослому віці є більш чутливими до впливу різних помірних та легких стресових подій. Наприклад, особи, в яких не розвинувся ПТСР відразу після пережитої травматичної події в дитячому віці вже в дорослому віці мають вищу ймовірність розвитку ПТСР після незначних стресорів (Татенко, В., 2003).

Психоаналітики приділяли особливу увагу дитячому досвіду та його ролі в формуванні дорослої особистості. Цьому були присвячені праці Фрейда З., Юнга К., Адлера А., Хорні К., Кляйн М., Дольто Ф., Фромма Е., Еріксона Е. та багатьох інших. В концепції Фрейда З. однією з характерних ознак дитячої травми є наявність повторюваних нав'язливих сновидінь про ситуацію, виняток становлять діти до 5 років, яким важко вербалізувати свої сни, через, що з'являється проблема діагностики наявності таких сновидінь. Фрейд З. писав про те, що значну проблему порушення психічного балансу людини, яка пережила травму є не сама по собі травматична ситуація, а викривлені патологічні спогади про ці обставини (Бондаревська, Л. Л., & Лещенко, І. Т., 2020). Таким чином в своєму підході він часто виходив з того

щоб працювати не так із спогадами скільки з сенсами, які вже доросла людина вкладає в той спогад.

На думку Калшеда Д. психічна травма – це не завжди результат конкретної травматичної події, інколи це наслідок низки травматичних подій або специфічного способу життя та виховання, що включає емоційне нехтування дитиною, відкидання, ігнорування потреб, конфлікти та несприйняття особистості дитини, включаючи її бажання та емоційні переживання. Однак все це в сукупності може не провокувати травматичні симптоми, основною ознакою травматизації є деформація уявлень людини про себе та світ, які можуть представляти небезпеку для людини чи оточуючого середовища. Оскільки в період раннього дитинства Его дитини надто крихке та психологічні механізми захисту несформовані, особливо високорівневі, в дію починають вступати найбільш примітивні механізми захисту такі, як витіснення або дисоціація. Тобто особистість дитини відщеплює від себе травматичний спогад, який фактично може стиратися з пам'яті (Гусейнова Н., 2014). В моделі Терр Л. стирання спогадів про травматичну подію більше характерно для дитячих травм другого типу, тоді як для травм першого типу характерно навпаки посилене запам'ятовування деталей, що може зберігатися до кінця життя.

Досвід клінічних досліджень вказує на те, що в дорослих людей, які пережили травму в дитинстві є три основні стратегії згадування про пережиту подію (серію подій): 1) відносно безперервне та повне пригадування події дитинства, часто зі зміною інтерпретації досвіду; 2) часткова амнезія, з втратою спогадів про певні важливі елементи ситуації з подальшим відстроченим пригадуванням; 3) повна амнезія, з подальшим відстроченим пригадуванням (Harvey, M. R., & Herman, J. L., 1994).

Вебер Т. в своїй книзі «Травмафокус» описував різноманітні механізми функціонування мозку в звичайних та стресових умовах та пояснював взаємозв'язок цих механізмів з формуванням травми. В звичних умовах

сприйняття та усвідомлення інформації в нашій психіці відбувається висхідними шляхами від периферичної нервової системи до центральної нервової системи і виглядає приблизно так:

1. Інформація від периферичної НС потрапляє в стовбур головного мозку, який регулює автономні функції (дихання, кровообіг, серцебиття, система больових відчуттів).
2. Звідти сигнали переправляються до лімбічної системи, яка представлена гіпокампом, амигдалою, гіпоталамусом та іншими складовими. Це наш «емоційний мозок».
3. Далі сигнали направляються до кори правої півкулі де активується імпліцитна (неусвідомлена пам'ять), уява та інтуїція. До цього моменту всі процеси залишаються неусвідомленими та автоматизованими.
4. Тільки після всіх цих етапів починається активація кортикальних частин лівої півкулі, де знаходяться мова та когніції, відбувається усвідомлення та інтеграція отриманої інформації в психічну реальність і на основі попереднього досвіду формується реакція-відповідь, яка низхідними нервовими шляхами реалізується, як певна дія (Вебер Т., 2018).

Цей механізм описує нормальне функціонування мозку людини в ситуаціях позбавлених стресу або легкого стресу. Наприклад, доторкаючись до гарячої плити ми заберемо руку ще до того як усвідомимо, що сталося, вже після цього відбудеться усвідомлення ситуації, яка сталась та інтеграції її в психічну реальність та експліцитну пам'ять (усвідомлену). Це нормальна реакція людини на легкий стрес. Однак в ситуаціях сильного стресу останній етап може пропускатись, тобто задля економії часу, мозок оминає довгий шлях обробки інформації, щоб швидше сформувати реакцію, таким чином отримана інформація про стресову ситуацію залишається неусвідомленою, фрагментованою, тобто не сприймається як цілісна подія, а часто стає

набором образів та спогадів. Це є один з механізмів формування травматичної пам'яті та власне травми. Про подібні механізми писали Елерс А. та його колеги (Ehlers A., et al., 2003). В моделі Елерса А. та Кларка Д. (Ehlers, A., & Clark, D. M., 2000) підкреслено роль таких факторів, які впливають на когнітивні процеси обробки травматичного досвіду в дітей: 1) дефіцит пам'яті про подію через неповну когнітивну обробку та подальшого уникнення спогадів про травму; 2) гіпертрофовано негативна оцінка подій, що сталися, які впливають на сприйняття ситуації як загрозової в теперішньому; 3) дисфункціональні системи мислення та поведінки, що мають на меті контроль над уявною поточною загрозою, що призводить до підкріплення негативних неефективних стратегій подолання проблеми (Alisic, E., et al., 2011).

Травма виникає в ситуаціях загрози фізичної або психічної цілісності дитини коли вона позбавлена контролю та можливості впливати на загрозу. Так, як дитина повністю фізично, емоційно та економічно залежить від батьків то травматичним для дитини може бути не лише прямий приклад фізичного (або будь якого іншого) насильства, а й постійне позбавлення її права обирати, проявляти волю та виражати себе як особистість. Емоційне нехтування, недоліки виховання, ігнорування потреб може мати довгострокові негативні наслідки на самооцінці дитини, її уявленням про себе, як про члена соціальної спільноти, і на всю Я-концепцію в цілому.

Отже, негативний дитячий досвід – це результат сукупності подій або обставин, що відбувалися з людиною до моменту досягнення нею 18 років, та які переживаються як фізично чи емоційно шкідливі або загрозові, і як правило, мають тривалі несприятливі наслідки для функціонування особистості та її фізичного, соціального, та психологічного благополуччя. В свою чергу, дитяча травма – це реакція психіки дитини на несприятливі та загрозові умови виховання та життя такі, як різні форми насильства в родині, військові дії та інші травматичні ситуації, які можуть мати

довгострокові негативні наслідки для життя особистості та заважати вибудовувати повноцінні стосунки з оточуючими та самим собою у дорослому житті.

## **1.2 Психологічні характеристики Я-концепції особистості раннього дорослого віку**

Основоположною ідеєю філософії Сковороди Г. є думка про те, що людина за життя має пізнати самого себе адже саме через шлях самопізнання прокладається її дорога до Бога (Сковорода Г., 1994). Для того щоб краще зрозуміти, що означає процес самопізнання варто дати визначення феномену «Я», як структурно-динамічної складової «Я-концепції».

Існує велика кількість філософських та психологічних проблем пов'язаних з виокремленням та інтерпретацією поняття «Я». Цю термінологічну конструкцію часто асоціюють з феноменом «особистість» або ж з явищем «самосвідомість», саме в цих основних поняттях криється глибоке розуміння «Я», як психологічного феномену. Однак ширина та глибина поняття «Я» не може бути обмежена виключно цими конотаціями, воно є більш глобальним та співвідноситься з самою сутністю існування людини, як філософського концепту.

«Я» – це наслідок процесу інтеграції людини в суспільство з подальшим засвоєнням історико-культурних аспектів його взаємодії, яка призводить до формування протиставлення індивіда світу та усвідомлення своєї відмінності (несхожості) з іншими людьми, що в свою чергу детермінується сукупністю чинників, які впливали на процеси формування людини та має свою складну структуру, тобто є тотожним поняттю ідентичність.

Я-концепція це образ самого себе, в кожній людини вона різна (Hendri, 2019). Я-концепція буває позитивною та негативною (Alsaker F., 2020). Позитивна Я-концепція додає людині віри у власні сили, що дозволяє не

боятися випробувань та досягати успіху (Arens A., 2021). Негативна Я-концепція змушує людину концентруватись на негативних речах та властивостях світу. Людині, яка має негативну Я-концепція важко довіряти іншим (Vona A. & Avioru K., 2020), окрім цього негативна Я-концепція корелює з високою тривожністю та самозвинуваченням (Parra S., 2020).

В психоаналітичній теорії Фрейда З. «Я» або як його ще по іншому називають «Его» є втілення балансу між «Ід», тобто нашими несвідомими бажаннями і потягами, та «Супер Его» - сукупністю моральних норм та правил, які регулюють наші бажання та соціальні відносини. Задача «Его» знайти можливість вирівняти тиск який здійснюють на людину «Ід» та «Супер Его», таким чином щоб уникнути неврозу. Відношення людини з групою Фрейд З. вбачав, як проекція родинних стосунків на групу (Мальцева, К., 2000). Тобто він вважав, що оскільки основа нашої психіки закладається на ранніх етапах життя коли ми є залежними від родини то саме ці взаємини визначають нашу подальшу здатність будувати здорові стосунки з оточуючими. Сім'я – це основний доступ до діяльності людини (Krauss, 2020). Сім'я – це люди, які є найважливішими та відомі дитині з народження, а саме батьки.

В онтогенезі «Я» формується поступово внаслідок взаємодії з іншими людьми. Важливу роль у формуванні «Я» відіграє мовлення, яке є сигнальною системою, що допомагає орієнтуватися в оточуючому світі. Називаючи предмети та явища, надаючи їм змісту та значення, людина полегшує собі життя і створює можливості для подальшого розвитку. Коли дитина засвоює мовлення, вона починає оперувати абстрактними категоріями, які неможливо просто виміряти, однією з таких категорій є власне феномен «Я». Найбільш повним чином категорію «Я» розкриває «Я-концепція».

Феномен Я-концепції досліджували Демчук О, Чайка Г., Фурман О.. Професійна «Я-концепція» ставала предметом досліджень Білозерської С., Макаренко П., Онищенко В. тощо. Вплив «Я-концепції» на зрілість

особистості вивчала Калюжна Є. та інші. За визначенням Чайки Г. «Я-концепція – це стрижневе утворення онтогенетичного розвитку людини, центральна ланка самосвідомості, відносно стабільна, і водночас динамічна, і певною мірою усвідомлена система уявлень особи про саму себе, цілісний образ власного «Я»» (Чайка, Г., 2016). Тобто науковиця виходить з того, що Я-концепція відображає саму центральну сутність самоусвідомлення людини, є відносно сталою, але може змінюватись під впливом різних чинників. Окрім цього вона підкреслює, що Я-концепція є продуктом соціальної взаємодії, тобто формується в інтеракції зі світом і є культурно визначеною. Таким чином можна підсумувати, що Я-концепція ґрунтується на системі унормованих у певному суспільстві уявлень про принципи моралі, пристойності поведінки, потреби відповідності певним взірцям та шаблонам, під впливом яких людина може змінюватись і навіть проявляти власну активність змінюючи середовище.

Я-концепція та самооцінка грають ключову роль в людському житті та впливають на психологічне благополуччя, особливості побудови людських взаємин тощо. Хоча до визначення Я-концепції як феномену існує чимало підходів, всі вони наголошують на важливості соціальних впливів. Оскільки людина є психосоціальною істотою наша Я-концепція формується на основі соціального досвіду (Casino-García A., Llopis-Bueno M., & Llinares-Insa L., 2021). Я-концепція здатна визначати рівень академічної успішності (Perales R., González I., & Ruiz, A., 2019). Позитивна Я-концепція пов'язана з нижчою схильністю до інтернет залежності серед підлітків (Huang S., et al., 2021).

За результатами теоретичного аналізу Пушкар В. виділив такі підходи до визначення поняття Я-концепції:

- 1) Те, чим я володію;
- 2) Те, яким мене хочуть бачити;
- 3) Сукупність установок спрямованих на себе;
- 4) Система образів «Я» та образів людини;

- 5) Система самосприймання;
- 6) Неповторність та унікальність нейроструктурних основ індивідуального «Я» людини.

Він давав таке визначення Я-концепції: «...неповторна система поглядів. Когнітивно-емоційний конструкт розуміння себе, ставлення до себе та до світу. Це – «теорія самого себе»» (Пушкар В., 2011).

Я-концепція та самооцінка є схожими та спорідненими явищами, але мають принципові відмінності в своїй структурі, мають схожу, але не однорідну траєкторію розвитку, спільно розвиваються з часом, впливають на важливі життєві події тощо (Weber, E., et al., 2023).

Я-концепція дає людині відчуття сталості свого «Я», самототожності з плином часу. Усвідомленість постійності свого «Я» є одним з визначень психічного здоров'я за всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) (Василевська О., 2013). Вона включає когнітивний компонент, тобто постійність усвідомлення свого образу фізичного «Я», своїх характеристик, як особистості тощо. Емоційний компонент описує сукупність емоційно забарвленої системи ставлень до самого себе, наприклад самоповагу, самоінтерес тощо. Також можна виділити оцінно-вольовий компонент, який впливає з внутрішнього прагнення людини до активності, як члена соціального середовища – покращити самооцінку, завоювати прихильність оточуючих та інше.

Гуменюк О. виділяє чотири складові Я-концепції: когнітивна складова (Я-образ); емоційно-оцінна (Я-ставлення); поведінкова (Я-вчинок); спонтанно-креативна (Я-духовне). Ступінь розвиненості кожної з структурних складових Я-концепції визначає міру адаптованості людини до середовища існування. Я-схема, яка детермінується попереднім досвідом людини на основі ефективних (або ж неефективних) стратегій поведінки, що давали певні результати в минулому стає ключовим фактором, що визначає

підходи до реалізації власної життєтворчої активності людини (Гуменюк О., 2002).

Бернс Р. виділяв три основних структурних компонента Я-концепції, серед яких когнітивний (Я-образ), емоційний (самооцінка) та поведінковий (дії) (Гуменюк О., 2002). В цілому в структурі Я-концепції можна виділити такі елементи, як самооцінка, уявлення про Я-реальне, Я-ідеальне, Я-соціальне, локус суб'єктивного контролю, наявність внутрішніх конфліктів тощо.

Саме Я-концепція впливає на те, які рішення ми будемо приймати та, які цінності сповідувати. З системи уявлень про себе впливає ставлення людини до життя, своєї волі, оточуючих та власне світу. Основи Я-концепції закладаються в ранньому дитинстві. Вони ґрунтуються на базі ставлення батьків до дитини. Оскільки перший механізм навчання дитини це наслідування, то вона буде схильна ставитись до себе відповідно до того як до неї ставляться батьки або опікуни. В старшому віці ця схема відношень переростає в самооцінку або самоставлення. Схеми мислення та поведінки, які були засвоєні в ранньому віці становлять фундамент для формування ідентичності в старшому віці і можуть навіть визначати весь життєвий шлях людини.

Після завершення процесів самоідентифікації котрі притаманні підлітковому та юнацькому віку приходить етап самовизначення та самореалізації в культурній соціальній системі частиною якої є людина. Фактично саме на період дорослості припадає етап найвищого рівня розвитку Я-концепції. Особистість раннього дорослого віку орієнтована на інтеграцію себе в існуючу систему суспільних відносин з тими якостями та характеристиками яких вона набувала протягом життя. Оскільки ранній дорослий вік охоплює період життєвого шляху від 20 до 40 років (Савчин М., 2005), то фактично саме на цей період зазвичай припадає найбільша кількість життєвих випробувань пов'язаних з становленням себе як члена суспільства, однак через великий віковий розрив існує проблема типізації проблем «Я».

Тому якщо узагальнювати можна вивести три основних складових «Я» осіб раннього дорослого віку, це:

- Я-індивідуальність;
- Я-сім'янин;
- Я-працівник (Сергеєнкова О., 2012).

Розвиток я-індивідуального включає вдосконалення та трансформації, які стаються з когнітивними, емоційними, фізичними, поведінковими та вольовими якостями людини. Охоплює шлях, який проходить людина в процесі реалізації свого особистісного потенціалу та сукупність характеристик, які вона в цей час здобуває, є глобальним і стосується питання про призначення людини та її духовну місію в цьому світі. Я-сім'янин відноситься до інтимної сфери життя людини, включає реалізацію особистості як «чоловіка», «дружину», «батька», «матір» тощо. Це важливий аспект, що допомагає людині краще інтегруватись в суспільство і відчувати свою роль в збереженні традицій людської цивілізації. Я-працівник відображає ступінь інтегрованості людини в систему трудових відносин, що допомагає реалізовувати себе, накопичувати матеріальний капітал та задовольняти свої потреби.

На думку Левінсона Д. ранню дорослість можна вважати періодом починань, адже саме в цьому віці людина випробовує свої можливості в різних аспектах життєдіяльності. Оскільки попередній віковий період був пов'язаний з побудовою мрій і планів на майбутнє перед особистістю дорослого віку лежить задача узгодити бажане і дійсне таким чином щоб уникнути почуття фрустрованості або нереалізованості.

Період ранньої дорослості супроводжується настанням фізичної зрілості, на етапі близько 30 років молода людина знаходиться фактично на піку своїх фізичних можливостей. В період 25 років за даними досліджень завершується процес формування мозку, що призводить до зниження його нейропластичності (Arañ, M., 2013). В сукупності ці фактори мають супроводжуватись формуванням головного новоутворення дорослого віку –

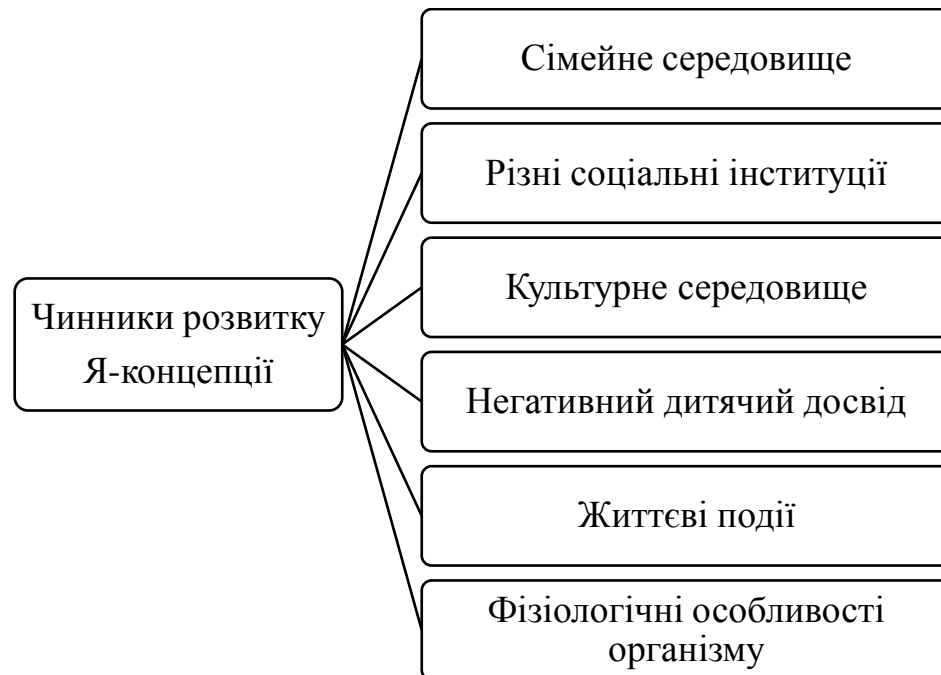
психологічною зрілістю. Психологічна зрілість – це стан повної функціональності, адаптивності та відповідальності, що узгоджується з умовами реальності в якій людина перебуває. Ознаки психологічної зрілості можуть включати: наявність сформованих цінностей та перспектив; здатність проявляти активність та самостійність; готовність приймати вибір та нести за нього відповідальність; наявність позитивної Я-концепції та адекватної самооцінки; здатність до емпатії та емоційна рівноваженість; гнучка та адаптивна психіка (Сергеєнкова О., 2012).

Сильний вплив на Я-концепцію особистості раннього дорослого віку здійснює суспільний тиск та очікування, які накладаються на людину соціумом. Це стосується здобуття освіти, професії, фінансових статків, бажання чи небажання одружуватись, вік вступу в шлюб, бажання мати дітей та багато іншого, всі вони є культурно детермінованими та в різних країнах можуть відрізнятись. Так, до прикладу в європейському союзі в багатьох країнах середній вік вступу до університету становить 25 років, тоді як в Україні людина цього ж віку зазвичай вже має повну вищу освіту та навіть сім'ю.

Одним з факторів, які можуть змінювати Я-концепцію є процес вступу в шлюб та народження дитини. Оскільки дитина є вразливою та залежною від батьків, то етап формування навичок батьківства може включати величезну кількість труднощів та трансформацій аж до кризи ідентичності і тут велику роль може відігравати наявність дитячих травм та моделі батьківської сім'ї, які здатні визначати схеми реалізації батьківства.

Головний чинник який впливає на розвиток Я-концепції це взаємодія з іншими людьми оскільки саме в спілкуванні з іншими людина усвідомлює свою не тотожність, відмінність, що посилює відчуття самого себе. Від того в якому соціальному середовищі людина знаходиться залежить її Я-образ та інші складові Я-концепції, тобто сімейне середовище, культурне середовище, професійне середовище тощо, є визначальними для Я-концепції особистості. Отже основні чинники, які впливають на розвиток Я-концепції це: сімейне

середовище, культура, особливості життєвого досвіду в тому числі негативний дитячий досвід, різні соціальні інституції, фізіологічні особливості організму тощо.



**Рис.1.1 Чинники розвитку Я-концепції**

Таким чином, Я-концепція – це сукупність уявлень людини про себе, що є відносно сталими і водночас динамічними, формування яких детермінується культурним контекстом та особливостями життєвого шляху людини та вирішує питання про її призначення та подальшу долю. Оскільки велику роль в формуванні Я-концепції складає період дитинства та ті обставини в яких дитина зростала, важливим є дослідити як можуть впливати пережиті травматичні ситуації в дитячому віці, на сприйняття себе особистістю вже в дорослому віці, коли вона починає реалізовувати свої можливості та вибудовувати стосунки зі світом.

### **1.3 Основні психологічні аспекти впливу травматичного досвіду на Я-концепцію особистості**

Вище було наведено, що негативний дитячий досвід здатний впливати на психічне здоров'я вже дорослої особистості, викликати різноманітні

психічні розлади, бути причиною погіршення психологічного благополуччя та якості життя. Важливим аспектом який необхідно дослідити – це роль негативного дитячого досвіду в формуванні Я-концепції особистості та те, яким чином може деформуватися Я-концепція у людей, які пережили травматичну ситуацію або серію ситуацій в дитинстві.

З точки зору Фрейда З. ключову роль в оцінці ступеня травматизації людини грає не стільки сила травмуючого досвіду скільки міра підготовленості організму до такої ситуації, що виражає його потенціал (Туриніна О., 2017). В своїй теорії травми він виділяв такі основні положення:

- Психічні травми грають важливу роль в етіології неврозів;
- Переживання набуває травматичного характеру внаслідок кількісного фактору;
- За наявності певної психологічної конституції травмою стає те, що не мало б подібного ефекту при іншій;
- Усі психічні травми виникають в ранньому дитинстві;
- Психічними травмами ми можемо назвати переживання власного тіла, або чуттєві сприймання і враження, тобто травма набуває соматизовану форму;
- Наслідки травми можуть бути, як позитивними так і негативними; позитивні наслідки пов'язані із зусиллям згадати забуте переживання, зробити його реальним, знову пережити його повторення (фіксація на травмі та нав'язливе її повторення); негативні наслідки травми пов'язані із захисними реакціями у формі уникнення та фобій;
- Невроз – це спроба зцілення від травми, прагнення примирити одну частину «Я», що відчепилась через вплив травми з іншими частинами (Туриніна О., 2017).

Важливим аспектом впливу дитячої травми на подальший життєвий шлях є розвиток певного типу прихильності. Боулбі Дж. був автором теорії

прихильності і говорив про те, що спосіб виховання в дитинстві визначає подальше ставлення дитини і пізніше дорослого до себе та оточуючих і впливає на здатність до побудови близьких стосунків. Він виділяв чотири типи прихильності: безпечна прихильність характеризується позитивною Я-концепцією та позитивним ставленням до світу та інших людей; тривожна прихильність полягає в негативній Я-концепції з позитивним сприйняттям інших, такі люди як правило мають низьку самооцінку та вважають інших краще за себе, що може вилитися в своєрідний комплекс жертви; уникаюча прихильність властива людям, які звикли покладатися лише на себе та не звикли довіряти іншим, вони уникають близькості оскільки вважають, що вона може їх травмувати; тривожно-уникаюча або амбівалентна властива людям, які глибоко відчують потребу в близькості однак надто сильно її бояться. В дослідженні «The effect of childhood trauma on adult attachment styles, infidelity tendency, romantic jealousy and self-esteem» показано, що дійсно існує взаємозв'язок між дитячою травмою та типом прихильності. Так, наприклад люди, які в ранньому віці зіштовхувались з фізичним насильством та нехтуванням, як правило в дорослому віці мають уникаючий тип прихильності, схильні уникати близьких стосунків та заперечувати свою потребу в емоційній близькості. Діти, які стикались з фізичним нехтуванням потреб в подальшому схильні не довіряти своїм партнерам навіть в базових речах та покладатися лише на себе. Також, якщо поділити типи прихильності на два типи безпечну та небезпечну то люди, які мали менше травматичного досвіду в дитячому віці частіше мають безпечну прихильність. Ті хто схильні зраджувати своїм партнерам мають більше травматичного дитячого досвіду. Окрім цього було виявлено, що існує негативний кореляційний взаємозв'язок між схильністю до романтичних ревнощів та самооцінкою, що говорить про важливу роль впевненості в собі та своїх силах для побудови близьких довірливих стосунків (Yumbul, S., et al., 2010). Все це в сумі говорить про те, що негативний травматичний досвіду в дитинстві здатний впливати на нашу

модель сприйняття себе та оточуючих та може грати важливу роль в розумінні того, як дитяча травма впливає на Я-концепцію особистості.

Роль батьків у формуванні Я-концепції дуже важлива через виховання, яке дається батьками з дитинства. Позитивні моделі виховання, які застосовують батьки, можуть сформувати у дітей позитивне ставлення до власної особистості та сприяти самоздійсненню, і навпаки, негативний дитячий досвід завданий батьками може призвести до стигматизації або негативних ярликів на дітей, що стане основою для формування негативної Я-концепції у дітей (Rohmalimna A., Yeau O., & Sie P., 2022).

Негативний дитячий досвід може призводити до зниження когерентності ідентичності особистості, що в подальшому провокує виникнення депресивних тенденцій, зниженої толерантності до стресу (Wong, A., et al., 2019 & Chen, S., et al., 2022).

Ще одне дослідження вказує на негативний взаємозв'язок дитячої травми та самооцінки та позитивну кореляцію із схильністю до депресії та тривоги (Ekinçi, S., & Kandemir, H., 2015). Дитячі травми також були взаємопов'язані з схильністю ставати жертвою домашнього насильства та низькою самооцінкою серед турецьких жінок (Şahin, N., et al., 2010). Низька самооцінка була частіше виявлена серед студентів медиків чоловічої статі в Туреччині, які зазнавали домашнього насильства в дитинстві, окрім цього студенти, що були більш травмовані мали нижчий рівень доходу (Baydemir, C., et al., 2014).

Існує ряд досліджень, що вивчали взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом та Я-концепцією і хоча деякі дослідження вказують на те, що ПТСР пов'язаний з негативною Я-концепцією та низькою самооцінкою (Ali et al., 2002, Rush et al., 2002), інші не виявили подібних результатів (Adam et al., 1992, Giaconia et al., 1995, McLeer et al., 1992).

Отже, існує значна кількість досліджень, що вказують як на те, що травма може мати негативний ефект на самооцінку та Я-концепцію в цілому, так і суперечливі дослідження, які не вказують на подібні результати. Це

загострює необхідність дослідження того, як дитячі травми можуть впливати на Я-концепцію осіб раннього дорослого віку.

### **Висновки до розділу 1**

В результаті проведеного теоретичного аналізу ключових понять теми нашого дослідження можна узагальнити, що Я-концепція – це сукупність уявлень людини про себе, що є відносно сталими і водночас динамічними, формування яких детермінується культурним контекстом та особливостями життєвого шляху людини та вирішує питання про її призначення та подальшу долю. Велику роль в формуванні Я-концепції складає період дитинства та ті обставини в яких людина зростала. Серед основних компонентів Я-концепції можна виділити когнітивний компонент (Я-образ), емоційний компонент (самооцінка) та поведінковий компонент. До структурних складових Я-концепції можна віднести уявлення про Я-реальне, Я-ідеальне та інші Я-образи, самооцінку, локус суб'єктивного контролю та наявність внутрішніх конфліктів. Для раннього дорослого віку характерний пік розвитку Я-концепції, сталість життєвих поглядів та досягнення стану психологічної зрілості, яка є головним новоутворенням даного вікового періоду.

Основні чинники, які впливають на розвиток Я-концепції це: сімейне середовище як первинний інститут соціалізації, культура тому, що вона визначає велику кількість аспектів розвитку особистості, різні соціальні інституції такі як школа, університет, місце роботи, фізіологічні особливості організму такі як стан здоров'я, зовнішній вигляд тощо, особливості життєвого досвіду в тому числі негативний дитячий досвід

Негативний дитячий досвід – це результат сукупності подій або обставин, що відбувалися з людиною до моменту досягнення нею 18 років, та

які переживаються як фізично чи емоційно шкідливі або загрозливі, і як правило, мають тривалі несприятливі наслідки для функціонування особистості та її фізичного, соціального, та психологічного благополуччя.

Дитячі травми можуть мати негативний вплив на Я-концепцію особистості та її ставлення до світу. Таким чином, дослідження впливу негативного дитячого досвіду на Я-концепцію осіб раннього дорослого віку є перспективним та важливим питанням психології і може бути корисним для розробки програм оптимізації Я-концепції осіб, які зазнали травм в дитинстві.

## РОЗДІЛ 2.

### ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА Я-КОНЦЕПЦІЮ ОСОБИСТОСТІ РАНЬОГО ДОРΟΣЛОГО ВІКУ

#### 2.1 Організація та методи дослідження

В роботі використовувались загальнонаукові методи – аналіз, синтез, узагальнення, індукція, дедукція, моделювання. Пошук інформації здійснювався в наукових базах PubMed, ScienceDirect та GoogleScholar за ключовими словами українською мовою: «негативний дитячий досвід», «дитяча травма», «травма», «Я-концепція», «структура Я-концепції», «складові Я-концепції», «ранній дорослий вік» та англійською мовою: «negative childhood experiences», «childhood trauma», «trauma», «self-concept», «self-esteem». Емпіричне дослідження виконано відповідно до стандартного алгоритма наукового психологічного дослідження і включало наступні етапи:

1) вибір методик дослідження – підібрано методичний інструментарій, що дозволяє діагностувати наявність негативного дитячого досвіду та структурні елементи Я-концепції: я-реальне, я-ідеальне та самооцінку.

2) проведення психодіагностичних тестувань – в емпіричному дослідженні взяло участь 56 осіб віком від 21 до 40 років.

3) аналіз, інтерпретація та тлумачення змістових і формально-логічних даних – для опрацювання результатів емпіричного дослідження було використано процедури описової статистики, а саме – кореляційний аналіз Пірсона.

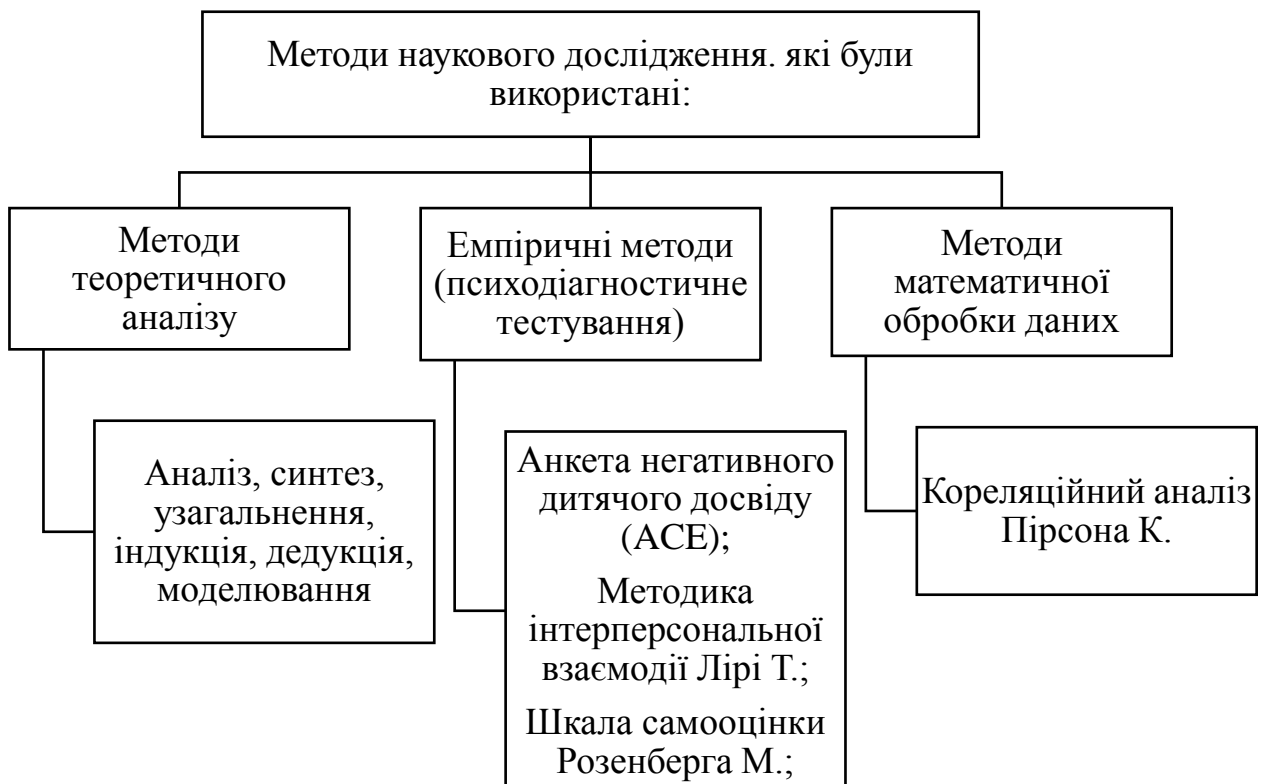
Для проведення емпіричного дослідження була сформована вибірка серед осіб раннього дорослого віку. До дослідження долучилось 56 осіб віком від 21 до 40 років серед жителів Києва.

Збір інформації відбувався за допомогою платформи Google Forms, учасникам було представлено мету та завдання дослідження, а також згода на обробку персональних даних, перед кожним опитувальником розміщувалась

інструкція з виконання тестових завдань. Дослідження було анонімним з використанням шифрування.

Наступний етап включав математично-статистичну обробку даних нашого дослідження за допомогою програми Microsoft Excel. При обробці даних використовувались такі методи математичної статистики: кореляційний аналіз Пірсона, Т-критерій Стьюдента.

Операціональна модель дослідження зображена на рисунку 2.1 демонструє методи наукового дослідження які були використані та включає: методи теоретичного дослідження (аналіз, синтез, узагальнення, індукція, дедукція, моделювання); емпіричні методи, а саме психодіагностичне тестування; методи математичної обробки даних (кореляційний аналіз К. Пірсона).



**Рис 2.1 . Операціональна модель дослідження**

Для діагностики дитячих травм була використана Анкета негативного дитячого досвіду (АСЕ) в адаптації Власової, О., Родіни, Н., Целікової, Ю., Ворнікової, Л., & Тихоненко, Ю.. Методика містить 22 запитання та 5 шкал: «проживання у дисфункціональній сім'ї», «деструктивне ставлення

оточення», «залучення до раннього статевого життя», «соціально-емоційна занедбаність» та «загальний рівень НДД». Досліджуваним надається 22 твердження на, які їм потрібно дати відповідь «Так» або «Ні». Обрахунок балів відбувається згідно схеми зображеної на таблиці 2.2:

**Таблиця 2.2.**

**Розподіл балів за шкалами методики Анкета негативного дитячого досвіду (АСЕ)**

Шкала/значення	Норма	Не норма
Загальний рівень НДД	0-9	10-22
Проживання у дисфункціональній сім'ї	0-5	5-10
Деструктивне ставлення оточення	0-4	5-10
Залучення до раннього статевого життя	0	2
Соціально-емоційна занедбаність	0-2	3-6

Адаптована версія методики демонструє її внутрішню узгодженість, надійність та конструктивну валідність (Власова О., та ін., 2022).

Для діагностики психологічних особливостей структурних складових Я-концепції було використано 2 методики: Методика інтерперсональної взаємодії Лірі Т. для виявлення особливостей «Я-реального» та «Я-ідеального», а також Шкалу самооцінки Розенберга М. для діагностики рівня самооцінки.

Методика інтерперсональної взаємодії Лірі Т. – це інструмент діагностики структури міжособистісних відносин, який дає змогу виявити уявлення людини про такі складові, як «Я-реальне», «Я-ідеальне» та «Я-соціальне». Вона містить 128 тверджень, які відображають характерологічні риси людини, задача респондента оцінити наскільки ця риса є йому притаманною – це спосіб оцінки «Я-реального», дані переносяться у відповідний бланк, за бажання оцінити «Я-ідеальне» людині необхідно знову оцінити всі 128 якостей, але вже з позиції риси, якими я б хотів/ла володіти. Для обрахунку результатів використовується ключ. Методика містить 8 шкал,

що відповідають 8 типам особистості: авторитарний, егоїстичний, агресивний, підозрілий, підпорядковується, залежний, доброзичливий, альтруїстичний (Гуменюк, О., 2002).

Шкала самооцінки Розенберга М. – це найвідоміший інструмент призначений для діагностики Я-концепції, який виявляє рівень самооцінки (Orlova, H., 2019). Опитувальник містить 10 запитань з позитивними формулюваннями на, які респондентам потрібно відповісти «Повністю погоджуюсь» - 3 бали, «Погоджуюсь» - 2 бали, «Не погоджуюсь» -1 бал, «Повністю не погоджуюсь» - 0 балів. Згідно з версією методики перекладеною українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії 2,5,6,8,9 пункти опитувальника оцінюються обернено (УКПТ, 2012).

Отже, з огляду на опис призначення та характеристики даних методик, вважаємо даний психодіагностичний інструментарій адекватним меті нашого дослідження.

## **2.2 Психологічна характеристика вибірки досліджуваних**

Розвиток людини як особистості відбувається протягом всього життєвого шляху і супроводжується постійними змінами. Він детермінується особливостями фізіологічного дозрівання організму, соціокультурними особливостями регіону проживання, історичною епохою та індивідуальним особливостям життєвої історії окремої людини.

Існує чимало наукових підходів до виокремлення вікових меж періоду дорослості. За Крайгом Г. ранній дорослий вік охоплює вікові межі від 20 до 40 років (Лук'янова Л., 2010), за Еріксоном Е. ранню дорослість вирізняють, як період від 20 до 45 років, Бромлі Д. взагалі обмежував вік ранньої дорослості від 20 до 25 років (Фисун Н., 2023). Ми визначаємо ранню дорослість, як період від 20 до 40 років бо саме на ці вікові межі випадають

основні життєві події пов'язані з самореалізацією, як сім'янина, професіонала та особистості.

Ранній дорослий вік характеризується процесом індивідуації, формуванням здатності до саморефлексії та самоаналізу, відбувається усвідомлення власної унікальності та неповторності (Сидоренко, О. & Лотиш, С., 2023). Згідно концепції психосоціального розвитку Еріксона Е. період від 20 до 40 років супроводжується такими двома основними кризами, як криза «близькість-самотність», характерна для періоду 20-25 років коли людина лише починає входити в соціальні стосунки і вивчає особливості своєї особистості, та криза «продуктивність-застій» характерна для людей старших 25 років і пов'язана з реалізацією себе як професіонала, громадянина, творчої та продуктивної особистості. Еріксон Е. переконаний, що нормальний лінійний розвиток особистості раннього дорослого віку має супроводжуватись досягненням близькості, тобто здатності створювати емоційно близькі та теплі взаємини з іншими людьми, встановлювати довіру та професійною самореалізацією тобто індивідуальним самоздійсненням в одній з сфер трудових відносин (Бабаєвська, Є., 2023).

На думку Хейвігхерста Г. період дорослості має розв'язати такі задачі розвитку як: досягнення людиною громадянської та соціальної відповідальності; досягнення та підтримка доцільного життєвого рівня; підбір відповідних віку способів влаштовувати своє дозвілля; посилення особистісного аспекту подружніх взаємин; прийняття особливостей свого фізіологічного функціонування та пристосування до нього; пристосування до взаємодії з старіючими батьками (Мудревська, К., 2022).

За визначенням Коханової О. «провідною діяльністю в ранній та середній дорослості є максимальна реалізація сутнісних сил людини в ході її активного включення у виробничу діяльність суспільства. Входження особистості в дану діяльність передусім пов'язане з її професійним становленням і професійною самореалізацією. Реалізація ж

сутнісних сил передбачає фізичні, соціальні, моральні, ментальні та інші досягнення розвитку дорослої людини» (Коханова, О., та ін., 2022).

Для особистості раннього дорослого віку важливо відчувати причетність до групи, визнання та повагу, що здобувається по мірі становлення компетентності, як фахівця та становлення романтичних і сімейних взаємин, тобто переважають мотиви афіліації (Сидоренко О., 2021). Зміни в ставленні до праці спостерігаються ближче до 30 років та набувають більш практичного характеру, працівника починають більше цікавити такі аспекти професійної діяльності як розмір заробітної плати, визнання колег, наявність певних досягнень, задоволення від виконуваної роботи та соціальна значущість досягнених результатів (Коруд Н., 2021).

Основне психологічне новоутворення віку ранньої дорослості це настання психологічної зрілості, яка включає особистісну активність та самостійність в прийнятті рішень, адаптивність та гнучкість психіки, емпатія та емоційна стабільність, адекватна самооцінка, наявність конкретних цінностей та перспектив, позитивна Я-концепція, прийняття відповідальності за свій вибір.

В дослідженні Піскуна В. та Шевчука В., що поява безнадії стосовно власного майбутнього в осіб раннього дорослого віку супроводжується появою схильності до суїцидальних тенденцій (Пісун, В.& Шевчук, В., 2021), це свідчить про те, що даний віковий етап дійсно є важливим для самоздійснення особистості і фрустрація та непрожиті кризи цього віку можуть призводити до патологічних наслідків.

Таким чином, вік ранньої дорослості це період, що охоплює вікові межі від 20 до 40 років, характеризується процесом індивідуалізації та становлення людини, як професіонала, сім'янина, громадянина та особистості. Основне психічне новоутворення етапу дорослості це досягнення психологічної зрілості.

## **Висновки до розділу 2**

В роботі використовувались загальнонаукові методи – аналіз, синтез, узагальнення, індукція, дедукція, моделювання. Пошук інформації здійснювався в наукових базах PubMed, ScienceDirect та GoogleScholar за ключовими словами. Було підібрано психодіагностичний інструментарій, що відповідає цілям нашого дослідження. Для проведення емпіричного дослідження була сформована вибірка серед осіб раннього дорослого віку. До дослідження долучилось 56 осіб віком від 21 до 40 років серед жителів Києва.

Ранній дорослий вік – це період, що охоплює вікові межі від 20 до 40 років, характеризується процесом індивідуалізації та становлення людини, як професіонала, сім'янина, громадянина та особистості. Основне психічне новоутворення етапу дорослості це досягнення психологічної зрілості.

## РОЗДІЛ 3.

### ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА РОЗВИТОК Я-КОНЦЕПЦІЇ В РАННЬОМУ ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

#### 3.1. Особливості розвитку Я-концепції в ранньому дорослому віці

В результаті проведеного емпіричного дослідження було виявлено такі результати:

За методикою «Анкета негативного дитячого досвіду (АСЕ)» (рис.3.1.) в 40 осіб серед 56 досліджуваних результати за шкалою «Загальний рівень негативного дитячого досвіду» в межах норми, що вказує на те, що рівень травматичного дитячого досвіду цих осіб відповідає середньостатистичним суспільним показникам. У 16 респондентів показники за цією шкалою визначені, як «не норма», це вказує на те, що в даних осіб було виявлено наявність негативного дитячого досвіду, який за своєю інтенсивністю, тривалістю або кількістю міг мати важкі для психіки наслідки, і не відповідає середньостатистичним суспільним показникам.

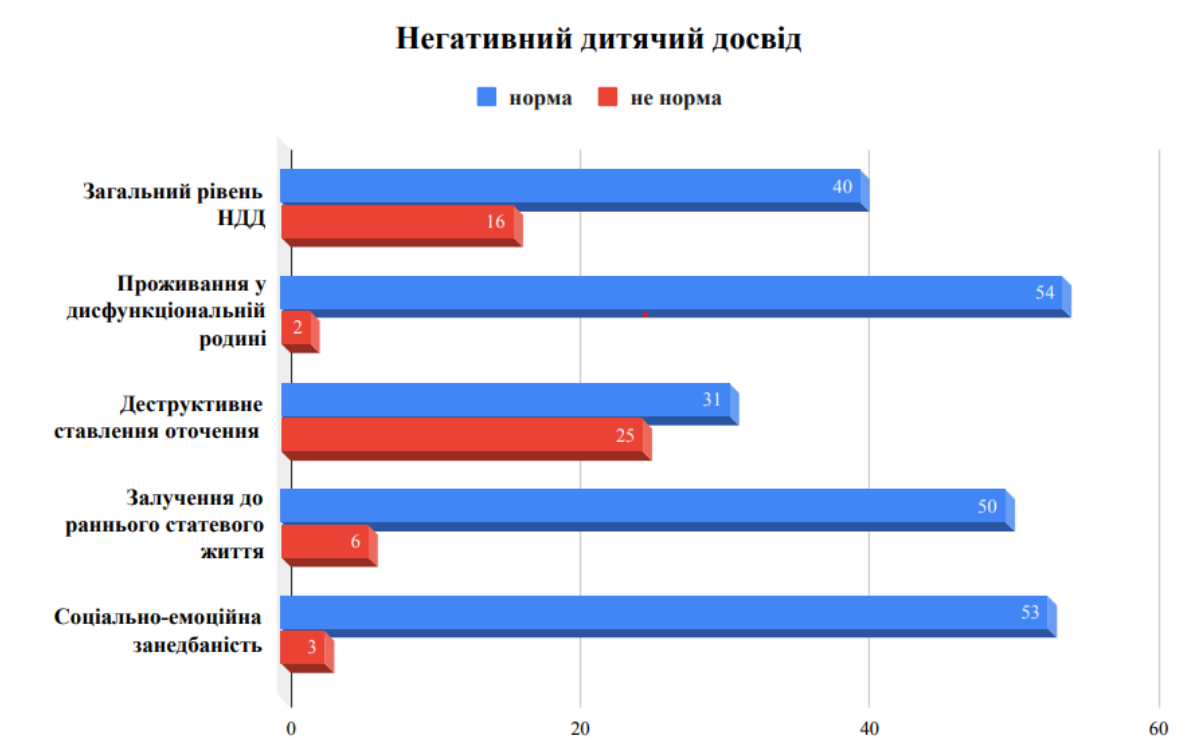
За шкалою «Проживання у дисфункціональній родині» 54 учасника дослідження отримали результати, які відповідають нормальним показникам, тобто в їхніх родинах переважно не спостерігались явища зловживання алкоголем, наркотичними речовинами, проживання з особами, які мали психічні захворювання, проблеми з законом, нехтували базовими потребами дитини тощо. В 2 осіб показники не відповідають нормі, що вказує на наявність в даних респондентів досвіду проживання в дисфункціональній родині згідно вищеперелічених ознак.

За шкалою «Деструктивне ставлення оточення» 31 особа отримали результати, що відповідають варіантам нормального ставлення, а результати 25 осіб не відповідають показникам норми і вказують на наявність в їхньому дитячому віці деструктивного ставлення оточення тобто емоційного нехтування, приниження честі і гідності, фізичних покарань, відсутності

підтримки та близькості, інших проявів емоційного, фізичного та економічного насильства.

За шкалою «Залучення до раннього статевого життя» 50 осіб вказали на відсутність досвіду сексуального та сексуалізованого насильства у віці до 18 років. Однак 6 осіб вказали на наявність того чи іншого досвіду сексуальних домагань чи сексуального насильства здійснених особою старшою за респондента щонайменш на 5 років.

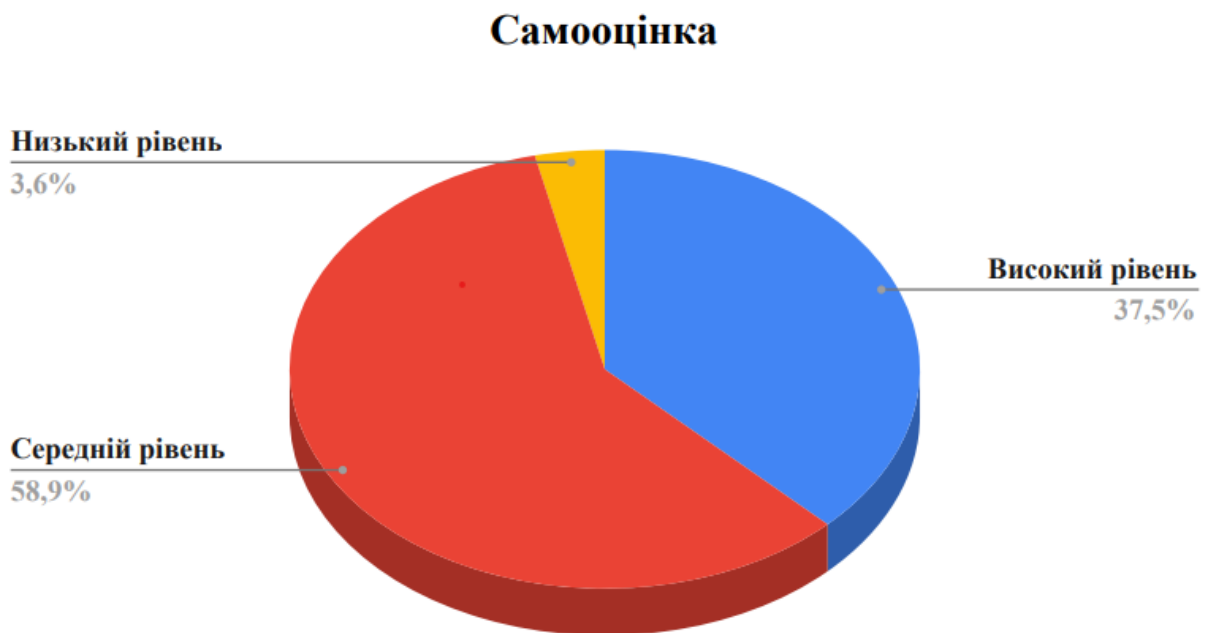
За шкалою «Соціально-емоційна занедбаність» 53 особи отримали результати, що відповідають варіантам норми. Результати 3 осіб вказують на наявність у віці до 18 років нехтування базовими потребами дитини такі, як гігієна, потреба в їжі, потреба в безпеці, захист від посягань на честь та гідність, захист від насильства.



**Рис. 3.1. Результати емпіричного дослідження за методикою «Анкета негативного дитячого досвіду (АСЕ)»**

За методикою «Шкала самооцінки Розенберга М.» було виявлено такі результати (рис.3.2.):

Високі показники характерні 21 особі, що відповідає 37,5% респондентів, це вказує на позитивну оцінку людиною своїх вмінь, навичок, особистісних характеристик та в цілому про позитивне ставлення респондентів до своєї особистості. В 33 осіб, що відповідає 58,9% респондентів рівень самооцінки середній, що свідчить про мінливі показники самооцінки, тобто людина схильна, як критикувати себе так і позитивно оцінювати. В 2 осіб, що становить 3,6% від вибірки самооцінка є низькою і це вказує на негативну оцінку респондентами своїх особистісних характеристик та особистості в цілому.



**Рис.3.2. Результати за методикою Шкала самооцінки Розенберга**

За методикою «Методика інтерперсональної взаємодії Лірі Т.» були отримані такі результати діагностики «Я-реального» респондентів:

За шкалою «Авторитарний тип», який характеризує сильну, владну особистість, яка схильна до диктаторської поведінки та лідирування у багатьох сферах життєдіяльності, часто нехтуючими іншими, 21 особами отримала низькі показники вираженості даних якостей, 24 особи мають

помірні показники вираженості цих якостей, 10 осіб отримали високі результати, що свідчить про те, що дані риси їм притаманні. 1 особа отримала екстремальний рівень вираженості якостей Авторитарного типу, що може вказувати на певні патологічні зміни характеру або акцентуацію цих рис.

За шкалою «Егоїстичний тип», який описує зарозумілу, себелюбну, хвалькувати особистість, 29 осіб отримали низькі показники, 20 осіб – помірні, 5 осіб мають високі показники, що вказує на вираженість даних рис у цих людей, ще 2 мають екстремальний рівень вираженості цих рис.

За шкалою «Агресивний тип», що властиво людям жорстоким та ворожим до оточуючих, які можуть бути різкими, асоціальними, одночасно з цим прямолінійними та впертими, 24 особи отримали низькі результати тобто ці риси їм не властиві, 26 осіб отримали помірні показники, а 6 осіб високі тобто вони переконані, що володіють даними рисами.

За шкалою «Підозрілий тип», який властивий людям скептичним, відчуженим, вороже налаштованим на оточуючих, які можуть мати багато негативних переконань про світ, у 34 осіб низькі показники, що вказує на те, що риси цього типу особистості їм не властиві, 16 осіб мають помірну ступінь вираженості цих якостей, 5 – високу та 1 – екстремальну.

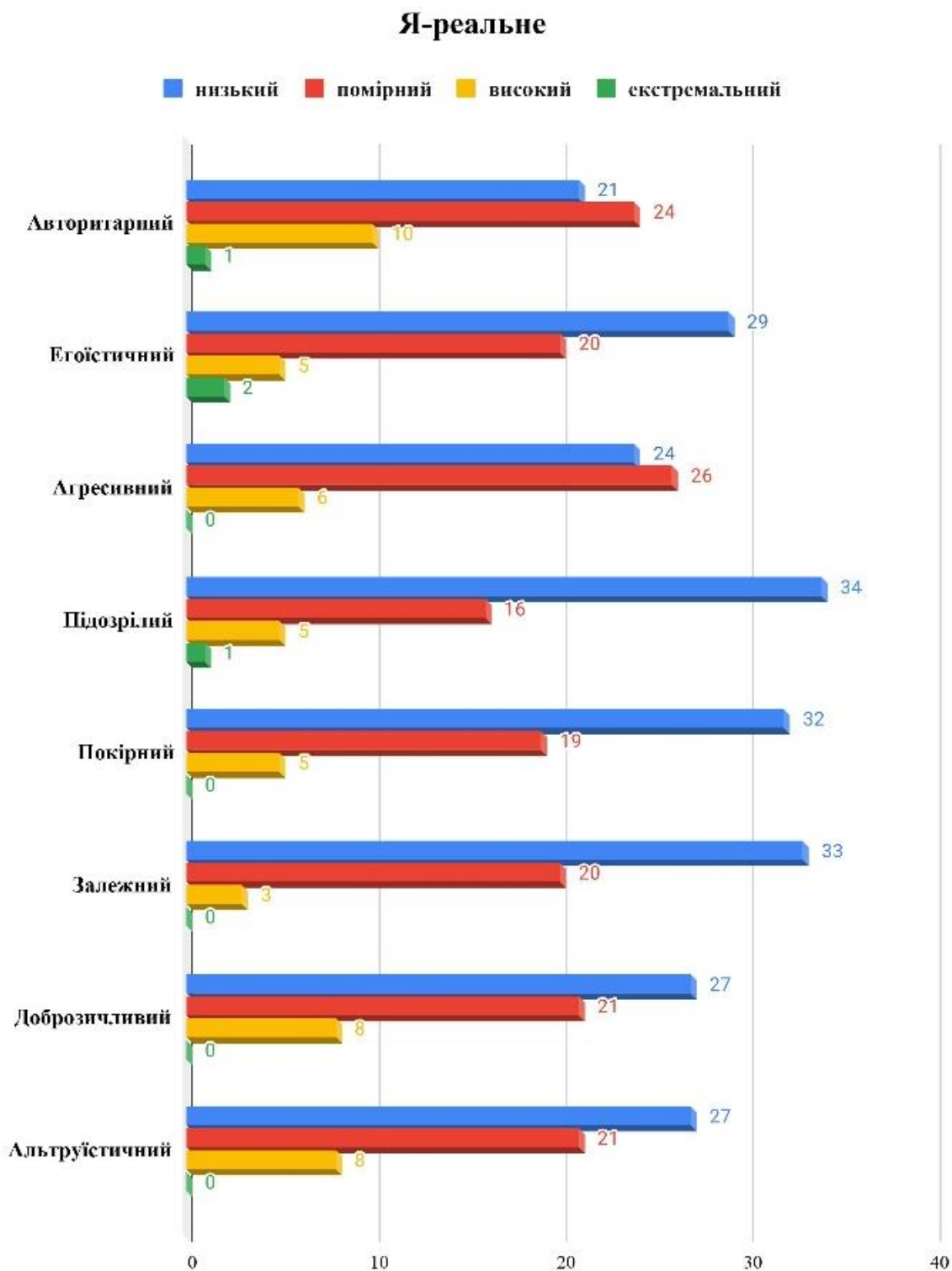
За шкалою «Покірний тип», який характеризує поступливу, безініціативну особистість, яка схильна підкорюватись у всьому, 32 особи мають низькі показники, 19 – помірні та 5 – високі.

За шкалою «Залежний тип», що описує дуже невпевнену в собі особистість, яка залежна від чужої думки, 33 особи мають низькі показники, 20 – помірні, 3 – високі.

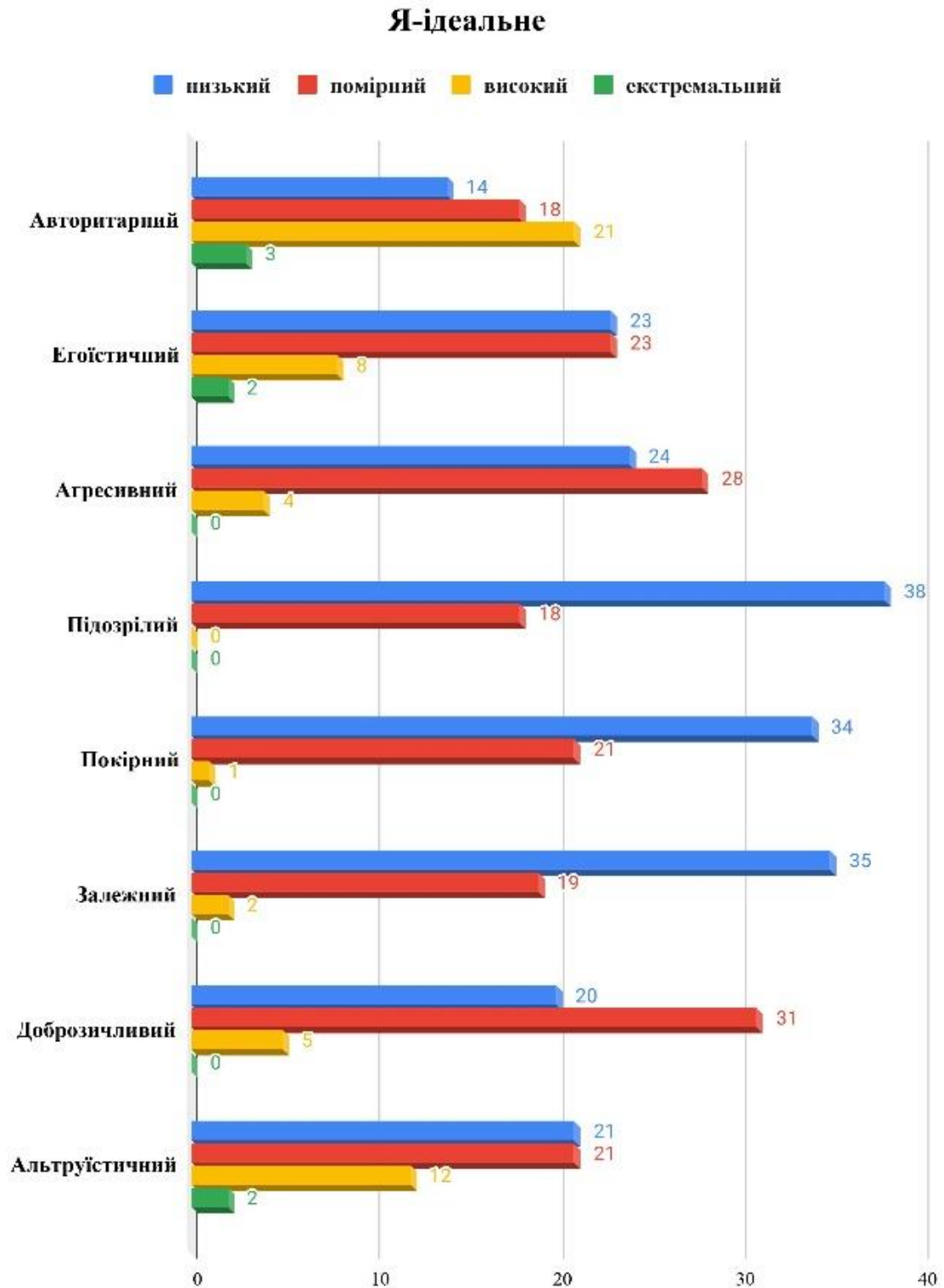
За шкалою «Доброзичливий тип», що характеризує людину люб'язну, привітну, соціально орієнтовану, 27 осіб мають низькі показники вираженості цих рис, 21 – помірні, 8 – високі.

За шкалою «Альтруїстичний тип», який описує гіпервідповідальну особистість з завищеним відчуттям справедливості, яка може бути

нав'язливою в своїй допомозі, 27 осіб мають низькі показники, 21 – помірні, 8 – високі.



**Рис. 3.3. Результати діагностики «Я-реального» за методикою інтерперсональної взаємодії Лірі Т.**



**Рис.3.4. Результати діагностики «Я-ідеального» за методикою інтерперсональної взаємодії Лірі Т.**

За результатами діагностики «Я-ідеального» за методикою інтерперсональної взаємодії Лірі Т. було отримані такі результати (рис.3.4.):

За шкалою «Авторитарний тип», 14 осіб отримало низькі показники, що вказує на те, що їм не властиво прагнути досягти рис властивих даному типу і вони не вважають характеристики даного типу особистості зразковими, що відповідають їхньому персональному ідеалу, 18 осіб прагнуть мати риси властиві даному типу в помірній ступені, в 21 людини прагнення до даних рис та сприйняття їх як зразків ідеалу, на високому рівні, 3 осіб мають екстремальний рівень прагнення володіти даними рисами.

За шкалою «Егоїстичний тип», 23 особи мають низькі показники, 23 особи мають помірні показники, 8 осіб мають високі показники тобто ці респонденти поділяють думку про те, що ці риси відповідають певному їхньому особистому ідеалу, яким вони б хотіли стати, в 2 осіб екстремальний показник.

За шкалою «Агресивний тип», 24 особи вбачають риси властиві даному типу особистості, як зразок та персональний ідеал, на низькому рівні, 28 осіб мають помірну вираженість до прагнення володіти даними рисами, 4 – високий.

За шкалою «Підозрілий тип», в 38 осіб мають низькі показники, тобто вони не поділяють думку про те, що риси властиві даному типу особистості відповідають їхньому баченню ідеалу, 18 осіб мають помірну вираженість показників за даною шкалою.

За шкалою «Покірний тип», 34 особи мають низьку ступінь вираженості до прагнення володіти даними рисами, 21 – помірну ступінь, 1 – високу.

За шкалою «Залежний тип», 35 осіб мають низькі показники, 19 – помірні, 2 – високі.

За шкалою «Доброзичливий тип», 20 осіб мають низькі показники, 31 – помірні, 5 – високі.

За шкалою «Альтруїстичний тип», 21 особа має низькі показники, 21 – помірні, 12 – високі, 2 – екстремальні.

З метою виявити наявність статистично значущих розбіжностей між Я-реальним та Я-ідеальним учасників дослідження було використано Т-критерій Стьюдента для залежних вибірок (табл.3.1) , який дав можливість виявити, що за шкалою «Авторитарний тип» існують статистично значущі відмінності на високому рівні (-3.829 при  $p \leq 0,01$ ), за шкалою «Підозрілий тип» існують статистично значущі відмінності на високому рівні (2.988 при  $p \leq 0,01$ ), за шкалою «Покірний тип» існують статистично значущі відмінності на середньому рівні (2.035 при  $p \leq 0,05$ ). Таким чином, можна узагальнити, що за шкалою «Авторитарний тип» існують розбіжності між Я-реальним та Я-ідеальним у значної кількості респондентів, вони вважають риси даного типу достатньо персонально значущими, які відповідають їхньому уявленню про ідеал, хоча в Я-реальному можуть ними не володіти. За шкалою «Підозрілий тип» більшість не виявила прагнення мати риси даного типу в Я-ідеальному, хоча могли виявити їхню наявність в Я-реальному. За шкалою «Покірний тип», значна кількість респондентів теж не вважають, що риси даного типу відповідають їхньому бачення персонального ідеалу, хоча можуть володіти даними рисами.

Таблиця 3.1.

### Результати порівняльного аналізу Я-реального та Я-ідеального

	Т-критерій Стьюдента для залежних вибірок
Авторитарний	-3.829 при $p \leq 0,01$
Егоїстичний	-1.710
Агресивний	0.954
Підозрілий	2.988 при $p \leq 0,01$
Покірний	2.035 при $p \leq 0,05$
Залежний	1.074
Доброзичливий	-0.875
Альтруїстичний	-1.196

### **3.2. Особливості впливу негативного дитячого досвіду на розвиток Я-концепції в ранньому дорослому віці**

З метою виявити особливості впливу негативного дитячого досвіду на Я-концепцію осіб раннього дорослого віку було проведено кореляційне дослідження і отримано такі результати (додаток Г):

Шкала «Загальний рівень НДД» корелює з шкалою «Самооцінка» на середньому рівні  $-0,47$ , при  $p \leq 0,05$ , що вказує на наявність оберненого статистично значущого взаємозв'язку, тобто людям, які пережили негативний дитячий досвід у віці до 18 років, властиво в ранньому дорослому віці мати низькі показники самооцінки, і навпаки людям, які в дитинстві не зіштовхувались з негативним дитячим досвідом властиво мати вищі показники самооцінки. Подібні дані було виявлено за шкалами «Проживання в дисфункціональній родині» та «Самооцінка» ( $-0,34$  при  $p \leq 0,05$ ), «Деструктивне ставлення оточення» та «Самооцінка» ( $-0,49$  при  $p \leq 0,05$ ), «Соціально-емоційна занедбаність» та «Самооцінка» ( $-0,32$  при  $p \leq 0,05$ ), тобто майже за всіма параметрами наявності негативного дитячого досвіду виявлено негативний статистично значущий взаємозв'язок, що вказує на те, що деструктивний травматичний дитячий досвід має вплив на такий компонент Я-концепції як самооцінка, може призводити до формування негативних уявлень про себе у особистості раннього дорослого віку.

Діагностика взаємозв'язку негативного дитячого досвіду з домінуючими типами особистості в Я-реальному та Я-ідеальному, демонструє, що за шкалою «Залучення до раннього статевого життя» існує статистично значущий нелінійний взаємозв'язок з шкалою «Егоїстичний тип» за діагностикою Я-реального ( $-0,32$  при  $p \leq 0,05$ ), тобто людям, які в дитячому віці зіштовхнулись з сексуальними домаганнями чи сексуальним насильством в ранньому дорослому віці не властиво бути себелюбними егоїстами та мати риси характеру властиві даному типу особистості. За шкалою «Соціально-емоційна занедбаність»

виявлено статистично значущий обернений взаємозв'язок з шкалою «Залежний тип» за діагностикою Я-ідеального (-0,31 при  $p \leq 0,05$ ), це вказує на те, що людям, які в ранньому віці зіштовхнулись з емоційним нехтуванням, базові потреби яких не задовольнялись в ранньому дорослому віці не вважають риси особистості «залежного типу» привабливими, які б відповідали уявленню про особистий ідеал. Це може вказувати на те, що через травматичний досвід залежності від людей, які в дитячому віці не могли задовольнити потреби дитини, в дорослому віці такі люди прагнуть ні від кого не залежати щоб не пережити негативний дитячий досвід.

Отже, ми можемо зробити висновки, що негативний дитячий досвід впливає на окремі елементи Я-концепції особистості.

### **3.3.Тренінгова програма оптимізації Я-концепції осіб, які пережили негативний досвід в дитячому віці**

За результатами емпіричного дослідження було розроблено програму оптимізації Я-концепції осіб, які пережили негативний досвід в дитячому віці.



#### ***Мета тренінгу:***

поширення знань з проблеми негативного дитячого досвіду та його впливу на Я-концепцію особистості; самопізнання та формування позитивного ставлення до себе учасників тренінгу.



#### ***Учасники:***

особи раннього дорослого віку



#### ***Завдання тренінгу:***

- 1.Психологічна просвіта з проблеми негативного дитячого досвіду
- 2.Ідентифікація учасників, що потребують поглибленої

психологічної допомоги

3.Формування позитивного ставлення до себе учасників тренінгу

4.Формування навичок краще розуміти себе, свої емоції та характеристики

5. Формування навичок комунікації та групової роботи



***Тривалість:***

9 годин



***Інструменти тренінгу:***

- ✓ Міні-лекції

Формат міні-лекції спрямований на донесення важливої інформації до учасників тренінгу та закріплення нових знань. Для більшої цікавості можуть супроводжуватися презентаційними та аудіовізуальними матеріалами.

- ✓ Групова робота

Форма роботи, яка сприяє активізації мислення та формуванню ідей, пов'язаних із певною темою. Робота в малих групах передбачає активність учасників, їх активну взаємодію один з одним. Групи презентують свою роботу, а потім переходять до групового обговорення.

- ✓ Обговорення

Групове обговорення ключових питань теми сприятиме повному засвоєнню набутих знань, систематизації результатів навчання. Цей інструмент спрямований на активізацію участі в груповій роботі та покращення сприйняття матеріалу.

- ✓ Індивідуальні завдання

Форма роботи спрямована на самостійне опрацювання

важливих завдань та самостійне засвоєння інформації. Сприяє поглибленому засвоєнню набутих знань і глибокій особистісній трансформації.



*Структура тренінгу:*

Пропонований тренінг складається з 3 сесій:

- ✓ Перше заняття передбачає ознайомлення учасників тренінгу з визначеннями негативного дитячого досвіду та дитячих травм, засвоєння знань щодо діагностики та виконання технік самопомоги при травмі.
- ✓ Друге заняття спрямоване на ознайомлення з явищем Я-концепції, поглиблення розуміння своїх емоцій, особистісних характеристик та якостей.
- ✓ Третє заняття спрямоване на формування позитивного сприйняття себе, оточуючих, світу та закріплення отриманих знань.

**Таблиця 3.2.**

**Графік проведення занять з тренінгової програми оптимізації Я-концепції осіб, які пережили негативний досвід в дитячому віці**

<b>День 1</b>	<b>Тривалість</b>	<b>Час</b>
Вправа 1. «Презентація-знайомство»	20 хв.	9.00 – 9.20
«Розробка правил» Обговорення	5 хв.	9.20 – 9.25
«Мої очікування» Обговорення	5 хв.	9.25 – 9.30
«Що таке психічна травма?» Обговорення	5 хв.	9.35 – 9.40
Вправа 2. «Навички терапії травми та стійкості на основі споглядання (CBTRT). Практики роботи з диханням, заземлення, співчуття»	10 хв.	9.40 – 9.50
Вправа 3. «Інтелектуальне заземлення»	15 хв.	9.50 – 10.05
Перерва	10 хв.	10.05 – 10.15
Міні-лекція «Природа негативного дитячого досвіду»	30 хв.	10.15 – 10.45
• Обговорення «Що ви знаєте про дитячі		

травми?» • «Природа негативного дитячого досвіду. Види та допомога»		
Вправа 4. «Діагностика наявності негативного дитячого досвіду «Анкета негативного дитячого досвіду (АСЕ)»	25 хв.	10.45 – 11.10
Обговорення результатів	10 хв.	11.10 – 11.20
Перерва	15 хв.	11.20 – 11.30
Вправа 5. «Мої ресурси»	10 хв.	11.30 – 11.45
«Рефлексія: чи сподобалось вам сьогоднішнє заняття? Що нового ви дізналися для себе? Як ви себе відчуваєте зараз? Чи виправдалися ваші очікування?» Обговорення	20 хв.	11.45 – 12.05
Вправа 6. "Комплімент"	5 хв.	12.05 – 12.10
Індивідуальне домашнє завдання. «Ресурси»	5 хв.	12.10 – 12.15
<b>День 2</b>	<b>Тривалість</b>	<b>Час</b>
Вправа 1. «Як ти?»	10 хв.	9.00 – 9.10
Вправа 2. «Медитація»	5 хв.	9.10 – 9.15
Вправа 3. «Картина емоцій»	20 хв.	9.15 – 9.35
Міні-лекція «Я – остання літера в алфавіті?»	10 хв.	9.35 – 9.45
Вправа 4. «Що зробило мене сильніше?»	15 хв.	9.45 – 10.00
Перерва	10 хв.	10.00 – 10.10
Вправа 5. «Емпатія». Групова робота	20 хв.	10.10 – 10.30
Вправа 6. «Мета-арт»	20 хв.	10.30 – 10.50
Перерва	15 хв.	10.50 – 11.05
Вправа 7. «Терапевтична година»	50 хв.	11.05 – 11.55
«Рефлексія: вам сподобалось сьогоднішнє заняття? Що нового ви сьогодні дізнались? Що хотіли б додати?» Обговорення	20 хв.	11.55 – 12.15

<b>День 3</b>	<b>Тривалість</b>	<b>Час</b>
Вправа 1. «Музична терапія»	10 хв.	9.00 – 9.10
Вправа 2. «Емоційний аспект самооцінки»	30 хв.	9.10 – 9.40

учасників групи до притаманних їм негативних проблем»		
Вправа 3. «Сніжок»	10 хв.	9.40 – 9.50
Перерва	10 хв.	9.50 – 10.00
Вправа 4. «Мої плюси та мінуси»	20 хв.	10.00 – 10.20
Вправа 5. Лист подяки	10 хв.	10.20 – 10.30
Вправа 6. «Мій портрет в променях сонця»	15 хв.	10.30 – 10.45
Вправа 7: «Маніфест вільних людей»	25 хв.	10.45 – 11.00
Перерва	15 хв.	11.00 – 11.15
«Рефлексія» Обговорення	30 хв.	11.15 – 11.45
Вправа 8. Прощання	15 хв.	11.45 – 12.00
<b>9 годин</b>		

### День перший

#### **Вправа 1. «Презентація-знайомство»**

Мета: познайомити учасників, створити сприятливу атмосферу для групової роботи.

Тривалість: 20 хвилин.

Необхідне обладнання: аркуш А4, ручка, кольорові олівці.

Інструкція: «Назвіть своє ім'я та презентуйте себе певним чином – це може бути пісня, вірш, афоризм, девіз, малюнок, розповідь про себе тощо». Учасники представляють свою візитку. Психолог допомагає їм пояснити свій вибір і направляє їх.

#### **Обговорення умов ефективної роботи на тренінгу (розробка правил).**

##### **Групова робота.**

Мета: узгодити з учасниками основні правила взаємодії в навчальному процесі як важливу умову досягнення поставлених цілей.

Тривалість: 5 хвилин.

Необхідне обладнання: фліпчарт, маркери.

Інструкція: «об'єднайтеся в групи по 3-4 людини, запропонуйте одне правило, за яким буде працювати група, і запишіть його на дошці». Психолог доповнює правила, які учасники не назвали. Письмові правила розміщені на видному місці.

Можливі правила групи:

- Приходьте вчасно
- Поважайте інших учасників тренінгу (не перебивайте, коли учасник відповідає тощо)
- Будь толерантним
- Вимкніть телефони
- Говоріть від свого імені

### **Обговорення «Мої очікування».**

Мета: визначити побажання та очікування від навчання гуртківців.

Тривалість: 5 хвилин.

Необхідне обладнання: стікери, ручки.

Інструкція: кожен учасник отримує стікер, на якому пише свої очікування від тренінгу, після чого стікер наклеюється на фліпчарт, на якому написані правила групи.

### **«Що таке психічна травма?» Обговорення**

Мета: визначити рівень психологічної освіченості учасників з тематики тренінгу.

Тривалість: 5 хвилин.

Інструкція: кожен учасник по черзі висловлюється про те, що він розуміє під поняттям «психічна травма».

**Вправа 2. «Навички терапії травми та стійкості на основі споглядання (CBTRT). Практики роботи з диханням, заземлення, співчуття»**

Мета: зняти емоційну напругу перед сеансом.

Тривалість: 10 хвилин.

Необхідне обладнання: запис медитації та колонка.

Інструкція: психолог вмикає запис медитації та слідує за змінами в стані учасників тренінгу.

**Вправа 3. «Заземлення»**

Мета: сформувати в учасників навичку перебувати в моменті тут і зараз, розвинути вміння концентруватися на власних відчуттях

Тривалість: 15 хвилин

Необхідне обладнання: ручка, аркуш паперу

Інструкція: сконцентруйтеся на власних відчуттях і запишіть:

-5 предметів, які ви бачите;

-4 речі до яких ви можете доторкнутись;

-3 звука, які ви чуєте;

-2 запахи, які ви відчуваєте;

-1 смак.

Поділіться з групою тим, що ви записали. Психолог за потреби роз'яснює.

***Міні-лекція «Природа дитячої травми»***

Обговорення «Що ви знаєте про дитячі травми?»

Мета: актуалізувати знання учасників з тематики тренінгу.

Тривалість: 5 хвилин

*Лекція: «Природа негативного дитячого досвіду. Види та допомога»*

Мета: Психологічна просвіта з проблеми негативного дитячого досвіду

Тривалість: 25 хвилин

Лекція включає такі питання:

1. Феномен негативного дитячого досвіду та дитячої травми
2. Види дитячих травм
3. Види насильства над дітьми
4. Ресурси допомоги для осіб, які зіштовхнулись з негативним досвідом в дитячому віці.

#### **Вправа 4. «Діагностика наявності негативного дитячого досвіду «Анкета негативного дитячого досвіду (АСЕ)».**

Мета: виявити наявність негативного дитячого досвіду в учасників тренінгу.

Тривалість: 10 хвилин

Інструкція: вам надано анкету, яка містить 22 запитання, що стосуються періоду вашого життя до 18 років. Дайте відповідь на питання «так» або «ні». Після проведення анкетування учасникам дають ключ для обрахунку результатів.

#### **Обговорення результатів**

Мета: закріпити отримані результати та дати можливість учасникам тренінгу задати запитання.

Тривалість: 10 хвилин

#### **Вправа 5. «Мої ресурси»**

Мета: виявити психологічні ресурси учасників тренінгу

Тривалість: 10 хвилин

Необхідне обладнання: ручка, аркуш паперу.

Інструкція: поділіть аркуш паперу на дві частини, над однією зверху напишіть «Що додає мені сил?», а над іншою «Що мене виснажує?» після чого починайте виписувати всі речі, які надають вам ресурсів або позбавляють сил. Після того, як всі учасники виконають вправу психолог ініціює обговорення.

### **«Рефлексія» Обговорення**

Мета: отримати зворотній зв'язок від учасників тренінгу

Тривалість: 20 хвилин

Інструкція: кожен учасник по черзі висловлюється з таких питань «Чи сподобалось вам сьогоднішнє заняття? Що нового ви дізналися для себе? Як ви себе відчуваєте зараз? Чи виправдалися ваші очікування?».

### **Вправа 6. «Комплімент»**

Мета: зміцнити позитивне сприйняття учасників один одного

Тривалість: 5 хвилин

Інструкція: Візьміть м'яч і зробіть комплімент учаснику зліва. Передавати м'яч по колу, поки він не повернеться до першого учасника.

### **Індивідуальне домашнє завдання. «Ресурси»**

Інструкція: створіть невеличкий записник куди ви буде записувати всі речі, які додають вам психологічних ресурсів, сил, здаються вам приємними або комфортними.

**День другий**

### **Вправа 1. «Як ти?»**

Мета: ознайомлення з прийомами словесного вираження своїх почуттів і почуттів партнера.

Тривалість: 10 хвилин.

Інструкція. Учасники сідають у коло. По черзі висловіть сусідам зліва ваші уявлення про їхній емоційний стан («Мені здається, що ви зараз спокійні й зацікавлені в тому, що відбувається»). Інший учасник висловлюється наскільки правильними були уявлення. Після того як всі учасники виконали вправу починається обговорення.

### **Вправа 2. «Медитація: уява прогулянки по внутрішніх гвинтових сходах»**

Мета: зняти емоційну напругу перед сеансом.

Тривалість: 5 хвилин.

Інструкція: «Сядьте зручно, але уважно. Закрий очі. . . . Сидячи там, зосередьтеся на диханні. . . . Зверніть увагу на своє дихання. . . і твій подих згасає. . . коли ви вдихаєте і видихаєте природно. . . . Потім скажіть щось на зразок цього: «Уявіть, що всередині вас є внутрішні гвинтові сходи. . . . Уявіть, що ви йдете вниз по сходах. . . йти у своєму власному темпі. . . роблячи сходи настільки світлими чи темними, як ви бажаєте. . . зі стільки вікон, скільки забажаєте. . . повільно йти вниз. . . і коли ви йдете, помічаючи, якщо ви втомилися чи боїтеся. . . сідаючи на сходинки, якщо хочете. . . спускаючись по сходах. . . так круто чи так м'яко, як ви хочете. . . світлий або темний. . . помічаючи, як ви йдете вниз, рухаючись до самого центру. . . до власного мудрого розуму. . . до мудрості. . . просто йти вниз у своєму власному темпі. . . зупиняючись і сідаючи, коли досягнете нерухомої точки. . . . І коли ви будете готові, відкрийте очі, поверніться до кімнати, намагаючись зберегти усвідомлення того ясного центру, який знаходиться всередині вас».

### **Вправа 3. «Картина емоції»**

Мета: розвиток умінь передавати, сприймати, інтерпретувати невербальну інформацію в процесі спілкування; розширення виразного репертуару учасників.

Тривалість: 20 хвилин.

Необхідне обладнання: набір карток залежно від варіанту вправи. Наприклад, емоції або стани, які потрібно зобразити: гнів, смуток, гордість, нудьга, очікування, любов, оптимізм, натхнення, страх, радість, задоволення, самотність, песимізм, грайливість, сором'язливість, байдужість, надія тощо. частини для прояву емоцій: руки, коліна, ноги, спина, очі, обличчя, губи.

Інструкція: кожен учасник по черзі тягне картки з першої та другої колоди і має зобразити певну емоцію за допомогою певної частини тіла, в той час інші учасники мають відгадати, яку саме емоцію зображали учасники. В кожного учасника є 40 секунд щоб зобразити. Після завершення вправи учасники обговорюють, що було найважче.

### ***Міні-лекція «Я – остання літера в алфавіті?»***

Мета: ознайомлення з феноменом Я-концепції, її структурою та чинниками формування.

Тривалість: 10 хвилин

Лекція включає такі питання:

1. Феномен Я-концепції
2. Структура Я-концепції
3. Чинники формування Я-концепції

### **Вправа 4. «Що зробило мене сильніше?»**

Мета: виявити приховані ресурси учасників

Тривалість: 15 хвилин

Необхідне обладнання: аркуш паперу та різнокольорові олівці

Інструкція: кожен учасник малює певну річ, яка на його думку зробила його сильніше. Після завершення малювання учасники демонструють малюнок іншим учасникам та представляють його.

### **Вправа 5. «Емпатія». Групова робота**

Мета: сприяти покращенню розуміння емоційних станів інших людей.

Тривалість: 20 хвилин

Інструкція: об'єднайте учасників у пари. Попросіть одну людину в кожній парі описати ситуацію у вашому житті, коли ви відчували депресію. Попросіть іншу людину вислухати, а потім подумайте про іншу людину. Спочатку людина, розмірковуючи, повинна намагатися запропонувати точне розуміння сказаного. Потім на півдорозі вони повинні відобразити неправильне розуміння того, що людина сказала. Скажіть співрозмовнику продовжити, намагаючись пояснити ситуацію слухачеві. Через деякий час попросіть учасників помінятися ролями і дозвольте слухачу говорити, а оратору слухати. Обговоріть, що ви відчували, коли вас розуміли чи не розуміли.

### **Вправа 6. «Мета-арт»**

Мета: сформувати навичку усвідомлювати власні емоційні стани.

Тривалість: 20 хвилин

Необхідне обладнання: метафоричні асоціативні карти (абстракція), свічка

Інструкція: на підлозі в центрі кола ставлять свічку після чого навколо неї розкладають метафоричні асоціативні карти, кожен учасник дивиться на карти та обирає ту, яка найкраще описує його теперішній емоційний стан. Після того як всі обрали карту учасники по колу розповідають, що саме зображено на їхній карті.

### **Вправа 7. «Терапевтична година»**

Мета: дати можливість учасникам проговорити свої почуття.

Тривалість: 50 хвилин

Необхідне обладнання: метафоричні асоціативні карти (абстракція), свічка

Інструкція: на підлозі в центрі кола ставлять свічку після чого навколо неї розкладають метафоричні асоціативні карти, кожен учасник дивиться на карти та обирає ту, яка найкраще описує його дитинство. Після того як всі обрали карту учасники по колу розповідають, що вони бачать на своїй карті.

### **«Рефлексія» Обговорення**

Мета: отримати зворотній зв'язок від учасників тренінгу

Тривалість: 20 хвилин

Інструкція: кожен учасник по черзі висловлюється з таких питань «Чи сподобалось вам сьогоднішнє заняття? Що нового ви дізналися для себе? Як ви себе відчуваєте зараз? Що хотіли б додати?».

## **День третій**

### **Вправа 1. «Музична терапія»**

Мета: знизити рівень емоційної напруги і налаштуватись на роботу

Тривалість: 10 хвилин

Необхідне обладнання: колонка

Інструкція: психолог вмикає розслабляючу легку музику і просить учасників розслабитись та вловити такт музичних інструментів.

### **Вправа 2. «Емоційний аспект самооцінки учасників групи до притаманних їм негативних проблем»**

Мета: діагностика емоційного стану учасників тренінгу на основі його самоусвідомлення.

Тривалість: 30 хв.

Інструкція: учасники починають малювати себе, але не свій портрет, а те, як вони бачать і відчують. На малюнку не повинно бути імен та прізвищ, тому що аналізуватимуться не учасники групи, а зображення, щоб з'ясувати ставлення учасника до себе. Діагностика емоційної самоприхильності може бути проведена на основі історії життєвого шляху. Креслення складається з трьох окремих сюжетів:

Я-минуле, Я-сьогодення, Я-майбутнє.

Питання, які ставляться під час обговорення:

1. Яка проблема є актуальною для цієї людини?
2. Що ви бачите на малюнку?
3. Що, крім образу себе, хотіла передати ця людина?
4. Яке почуття виникає, коли дивишся на цю картину?
5. Що вам подобається (не подобається) в зображенні?
6. Як ця людина ставиться до себе?
7. Чим малюнки відрізняються один від одного?
8. Побудуйте розповідь за образом.

Якщо використовується варіант комбінування картинок, то пропонується завдання, починаючи з ведучого, скласти розповідь з усіх картинок по черзі. Це створює відчуття взаємопов'язаного кола та відчуття необхідності для кожного члена групи. Вже на цьому занятті починається початковий етап формування навичок нейтралізації психічної напруги та вміння долати негативні переживання шляхом їх візуалізації та вміння знаходити правильне рішення.

### **Вправа 3. «Сніжок»**

Мета: зниження рівня агресії та емоційної напруги

Тривалість: 10 хвилин.

Інструкція: візьміть кілька папірців, стисніть їх і за командою почніть кидати по черзі, але не сильно, при цьому говорите слова, які будуть

замінювати образи, це можуть бути назви овочів і фруктів (буряк, морква, картопля, банани тощо).

#### **Вправа 4. «Мої плюси та мінуси»**

Мета: формування навичок самоаналізу та критичної самооцінки

Тривалість: 20 хвилин.

Інструкція: «напишіть список своїх плюсів і мінусів на аркуші паперу».

Після завершення учасники зачитують їх у групі та обговорюють.

#### **Вправа 5. «Лист подяки»**

Мета: формування позитивного Я-образу та усвідомлення власної цінності.

Тривалість: 10 хвилин.

Інструкція: виберіть людину зі свого життя і напишіть їй лист подяки. Напишіть це ім'я вгорі, а літеру починайте писати знизу. Напишіть докладно, за що ви вдячні, на які зміни у вашій особистості вплинула ця людина. Чому ви вважаєте це важливим для вас? Закінчивши, перечитайте цей лист. Після того, як лист подяки готовий, психолог каже: «викресліть ім'я людини вгорі та напишіть замість нього своє. Прочитайте цей лист ще раз». Обговоріть свої емоції в групі.

#### **Вправа 6. «Мій портрет у променях сонця»**

Мета: формування позитивної самооцінки.

Тривалість: 15 хвилин.

Інструкція: намалуйте сонце, напишіть в центрі своє ім'я або зобразіть свій портрет. Біля кожного променя напишіть всі свої сильні риси, все позитивне, що ви знаєте про себе. Чим більше променів тим краще.

#### **Вправа 7: «Маніфест вільних людей».**

Мета: сформувати уявлення про можливості власного життєвого шляху.

Тривалість: 25 хвилин.

Необхідне обладнання: ручка, аркуш паперу

Інструкція: візьміть листок і напишіть маніфест про те як би ви хотіли прожити це життя, які цінності поділяти, якою людиною бути.

### **«Рефлексія» Обговорення**

Мета: отримати відгук від учасників про навчальну програму в цілому.

Тривалість: 30 хв.

Інструкція: Підсумкове обговорення програми, закріплення набутих знань, умінь і навичок. Учасники відповідають на запитання:

- Які вправи з нашого курсу вам запам'яталися, а які сподобалися?
- Як ви оцінюєте зміни у власній особистості?

### **Вправа 8. Прощання**

Тривалість: 15 хвилин.

Інструкція: кожен учасник по черзі називає певну річ через, яку він став сильнішим за період тренінгу.

### **Висновки до розділу 3**

В результаті проведеного емпіричного дослідження було виявлено, що значна кількість респондентів зіштовхувались з тим чи іншим видом негативного дитячого досвіду. В переважної більшості досліджуваних було констатовано наявність середнього рівня самооцінки. Діагностика Я-реального демонструє відносно рівномірний розподіл даних за різними типами особистості, найвищі показники виявлено за шкалами «Авторитарний тип», «Доброзичливий тип» та «Альтруїстичний тип». Діагностика Я-ідеального демонструє, що більшість досліджуваних вважають риси характеру властиві

таким типам особистості як авторитарний та альтруїстичний найбільш відповідними їхньому персональному ідеалу. Результати порівняльного аналізу вказують на те, що люди, які не схильні бути носіями рис «Авторитарного типу» часто вважають його привабливим, який відповідає їхньому ідеалу, за шкалами «Підозрілий тип» та «Покірний тип» респонденти виявили статистично значущі розбіжності між Я-реальним та Я-ідеальним тому, що більшість не вважає риси даних типів особистості відповідними їхньому персональному уявленню про ідеал.

За результатами кореляційного аналізу було виявлено, що негативний дитячий досвід може негативно позначатися на самооцінці. Наявність раннього сексуального досвіду формує риси особистості не властиві егоїстичному типу, а соціально-емоційна занедбаність та ігнорування базових потреб дитини в ранньому дорослому віці призводить до формування прагнення до незалежності.

З метою оптимізації Я-концепції осіб, які пережили негативний дитячий досвід в ранньому віці, було розроблено тренінгову програму, яка включає психологічну просвіту з проблеми негативного дитячого досвіду та вправи націлені сформувати позитивне ставлення до себе, підвищити самооцінку та допомогти учасникам краще розуміти себе.

В перспективі плануємо дослідити вплив негативного дитячого досвіду на копінг-стратегії осіб раннього дорослого віку.

## ВИСНОВКИ

Узагальнення теоретико-емпіричних результатів дослідження впливу негативного дитячого досвіду на Я-концепцію осіб раннього дорослого віку дає підстави зробити такі висновки:

1. Я-концепція – це система уявлень про себе, яка становить центральну ланку самосвідомості людини, вона включає такі компоненти як самооцінка, Я-образ, локус контролю, внутрішні конфлікти тощо. На формування цієї системи уявлень має вплив значна кількість чинників починаючи з культурного середовища закінчуючи дитячими травмами. Негативний дитячий досвід – це результат подій несприятливого або загрозливого характеру, які мали місце в житті людини до досягнення нею 18 років та сприймаються, як фізично чи емоційно шкідливі і можуть мати деструктивний вплив на повноцінне функціонування особистості в будь якій із сфер життєдіяльності.

2. Ранній дорослий вік – це період, що охоплює вікові межі від 20 до 40 років, характеризується процесом індивідуалізації та становлення людини, як професіонала, сім'янина, громадянина та особистості. Основне психічне новоутворення етапу дорослості це досягнення психологічної зрілості.

3. Емпіричним шляхом було встановлено що значна кількість респондентів зіштовхувались з тим чи іншим видом негативного дитячого досвіду. В переважній більшості досліджуваних було констатовано наявність середнього рівня самооцінки. Діагностика Я-реального демонструє відносно рівномірний розподіл даних за різними типами особистості, найвищі показники виявлено за шкалами «Авторитарний тип», «Доброзичливий тип» та «Альтруїстичний тип». Діагностика Я-ідеального демонструє, що більшість досліджуваних вважають риси характеру властиві таким типам особистості як авторитарний та альтруїстичний найбільш відповідними їхньому персональному ідеалу. Результати порівняльного аналізу вказують на те, що люди, які не схильні бути носіями рис «Авторитарного типу» часто вважають

його привабливим, який відповідає їхньому ідеалу, за шкалами «Підозрілий тип» та «Покірний тип» респонденти виявили статистично значущі розбіжності між Я-реальним та Я-ідеальним тому, що більшість не вважає риси даних типів особистості відповідними їхньому персональному уявленню про ідеал.

4. Кореляційний аналіз виявив, що негативний дитячий досвід може негативно позначатися на самооцінці. Наявність раннього сексуального досвіду формує риси особистості не властиві егоїстичному типу, а соціально-емоційна занедбаність та ігнорування базових потреб дитини в ранньому дорослому віці призводить до формування прагнення до незалежності.

5. З метою оптимізації Я-концепції осіб, які пережили негативний досвід в ранньому віці було розроблено тренінгову програму, яка включала психологічну просвіту з проблеми негативного дитячого досвіду та вправи націлені сформувати позитивне ставлення до себе, підвищити самооцінку та допомогти учасникам краще розуміти себе.

6. Перспективи подальших досліджень вбачаємо у дослідженні впливу негативного дитячого досвіду на копінг-стратегії осіб раннього дорослого віку.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Adam, B. S., Everett, B. L., & O'Neal, E. (1992). PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. *Child psychiatry and human development*, 23, 3-8.
2. Ali, T., Dunmore, E., Clark, D., & Ehlers, A. (2002). The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(3), 249-257.
3. Alisic, E., Jongmans, M. J., van Wesel, F., & Kleber, R. J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(5), 736-747.
4. Alsaker, F. D. (2020). Self-concept, self-esteem and identity. In *Handbook of Adolescent Development* (pp. 90–117).
5. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed, text rev.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
6. Anda, R. F., Brown, D. W., Dube, S. R., Bremner, J. D., Felitti, V. J., & Giles, W. H. (2008). Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American journal of preventive medicine*, 34(5), 396-403.
7. Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., ... & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 449-461.
8. Arens, A. K. (2021). The Structure of Academic Self-Concept: A Methodological Review and Empirical Illustration of Central Models. *Review of Educational Research*, 91(1), 34–72.
9. Baydemir, C., Açıkgöz, A., Derince, D., Kaya, Y., Ongun, E., & Kok, H. (2014). The effect of childhood trauma life on self-esteem in school of health students in a province of Western Turkey. *Life Science Journal*, 11(11), 749-158.
10. Bliss, E. L. (1986). *Multiple personality, allied disorders, and hypnosis*. Oxford University Press, USA.

11. Brown, D. W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC public health*, *10*(1), 1-12.
12. Carmen, E., Rieker, P. P., & Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. In *The gender gap in psychotherapy: Social realities and psychological processes* (pp. 199-211). Boston, MA: Springer US.
13. Casino-García, A. M., Llopis-Bueno, M. J., & Llinares-Insa, L. I. (2021). Emotional intelligence profiles and self-esteem/self-concept: An analysis of relationships in gifted students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(3), 1006.
14. Chen, S. S., He, Y., Xie, G. D., Chen, L. R., Zhang, T. T., Yuan, M. Y., ... & Su, P. Y. (2022). Relationships among adverse childhood experience patterns, psychological resilience, self-esteem and depressive symptoms in Chinese adolescents: A serial multiple mediation model. *Preventive Medicine*, *154*, 106902.
15. Council of Europe. Говорити про насильство над дітьми – не прийнято: як боряться з цією проблемою в Україні - Офіс Ради Європи в Україні - [www.coe.int](http://www.coe.int). Офіс Ради Європи в Україні. URL: <https://www.coe.int/uk/web/kyiv/-/it-is-not-generally-acceptable-to-talk-about-violence-against-children-how-to-deal-with-this-problem-in-ukraine> (дата звернення: 18.08.2023).
16. Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., ... & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child abuse & neglect*, *96*, 104089.
17. Daines, C. L., Hansen, D., Novilla, M. L. B., & Crandall, A. (2021). Effects of positive and negative childhood experiences on adult family health. *BMC Public Health*, *21*, 1-8.

18. DeLisi, M., Drury, A. J., & Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive psychiatry*, *92*, 1-6.
19. Doi, S., Isumi, A., & Fujiwara, T. (2022). Association between maternal adverse childhood experiences and child resilience and self-esteem: Results from the K-CHILD study. *Child Abuse & Neglect*, *127*, 105590.
20. Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P., & Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*, *110*(13), 1761-1766.
21. DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD. (2014). Center for Substance Abuse Treatment (US). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57.) Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/box/part1\\_ch3.box16/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/box/part1_ch3.box16/)
22. Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *28*(3), 381-392.
23. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 319-345.
24. Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour research and Therapy*, *41*(1), 1-10.
25. Ekinci, S., & Kandemir, H. (2015). Childhood trauma in the lives of substance-dependent patients: The relationship between depression, anxiety and self-esteem. *Nordic Journal of Psychiatry*, *69*(4), 249-253.
26. Elam, K. K., Johnson, S. L., Ruof, A., Eisenberg, D. T., Rej, P. H., Sandler, I., & Wolchik, S. (2022). Examining the influence of adversity, family contexts, and a family-based intervention on parent and child telomere length. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*(1), 2088935.

27. Estric, C., Calati, R., & Lopez-Castroman, J. (2022). Adverse childhood experiences and neurocognition in borderline personality disorder: a call-to-action perspective review. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(4), 248-260.
28. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
29. Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1369-1380.
30. Gradus Research Company. (2022). Changes in children`s lives during the war. Analytical report. URL: [https://gradus.app/documents/211/Children\\_Report\\_Gradus\\_28042022.pdf](https://gradus.app/documents/211/Children_Report_Gradus_28042022.pdf)
31. Harvey, M. R., & Herman, J. L. (1994). Amnesia, partial amnesia, and delayed recall among adult survivors of childhood trauma. *Consciousness and cognition*, 3(3-4), 295-306.
32. Hendri. (2019). Peran Pola Asuh Orang Tua Terhadap Pembentukan Konsep Diri Pada Anak. *Jurnal At - Taujih*, 2(2), 56–71.
33. Huang, S., Hu, Y., Ni, Q., Qin, Y., & Lü, W. (2021). Parent-children relationship and internet addiction of adolescents: The mediating role of self-concept. *Current psychology*, 40, 2510-2517.
34. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. ICD-11. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/991786158> (date of access: 18.08.2023).
35. Kim, Y., Lee, H., & Park, A. (2022). Patterns of adverse childhood experiences and depressive symptoms: self-esteem as a mediating mechanism. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-11.

36. Krauss, S. (2020). Family environment and self-esteem development: A longitudinal study from age 10 to 16. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(2), 457–478.
37. Larkin, W., & Read, J. (2008). Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *Journal of postgraduate medicine*, 54(4), 287.
38. Lewis, D. O., Lovely, R., Yeager, C., & Della Femina, D. (1989). Toward a theory of the genesis of violence: A follow-up study of delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(3), 431-436.
39. Lin, L., Cao, B., Chen, W., Li, J., Zhang, Y., & Guo, V. Y. (2022). Association of adverse childhood experiences and social isolation with later-life cognitive function among adults in China. *JAMA network open*, 5(11), e2241714-e2241714.
40. Lin, L., Cao, B., Chen, W., Li, J., Zhang, Y., & Guo, V. Y. (2022). Association of adverse childhood experiences and social isolation with later-life cognitive function among adults in China. *JAMA network open*, 5(11), e2241714-e2241714.
41. McLEER, S. V., Deblinger, E., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 875-879.
42. Mir Drikvand, F. (2023). Evaluation of Structural Model for Explaining Behavioral and Emotional Disorders in Children Who are Abused Based on Cognitive Flexibility and Adverse Childhood Experiences of Parents Mediated by Personal Self-Concept. *Psychological Achievements*, 30(1), 240-260.
43. Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of clinical psychiatry*, 65, 18-28.
44. Orlova, H. (2019). СУЧАСНІ СТАНДАРТИЗОВАНІ ЗАРУБІЖНІ МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ Я-КОНЦЕПЦІЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ. *Mountain School of Ukrainian Carpaty*, (21), 19-24.
45. Pappa, S. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. In *Brain, Behavior, and Immunity* (Vol. 88, pp. 901–907).

46. Pearce, J., Murray, C., & Larkin, W. (2019). Childhood adversity and trauma: experiences of professionals trained to routinely enquire about childhood adversity. *Heliyon*, 5(7).
47. Perales, R. G., González, I. C., & Ruiz, A. P. (2019). El autoconcepto en la etapa de Educación Primaria: incidencia en los alumnos más capaces. *MLS Educational Research (MLSER)*, 3(2).
48. Rohmalimna, A., Yeau, O., & Sie, P. (2022). The Role of Parental Parenting in the Formation of the Child's Self-Concept. *World Psychology*, 1(2), 36-45.
49. Roth, S. L., Andrews, K., Protopopescu, A., Lloyd, C., O'Connor, C., Losier, B. J., ... & McKinnon, M. C. (2022). Mental health symptoms in public safety personnel: examining the effects of adverse childhood experiences and moral injury. *Child Abuse & Neglect*, 123, 105394.
50. Russell, D. E. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*, Rev. Basic Books.
51. Şahin, N. H., Timur, S., Ergin, A. B., Taşpınar, A., Balkaya, N. A., & Çubukçu, S. (2010). Childhood trauma, type of marriage and self-esteem as correlates of domestic violence in married women in Turkey. *Journal of family violence*, 25, 661-668.
52. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Table 8, DSM-IV to DSM-5 Post-traumatic Stress Disorder Comparison Children 6 Years and Younger. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t4/>
53. Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus*, 1(3), 322-334.
54. Vona. Afida, & Aviory. Koryna. (2020). Peran Pola Asuh Orang Tua Dalam Membentuk Konsep Diri Pada Anak. *Jurnal Psikologi Talenta*, 6(1), 50–57.

55. Weber, E., Hopwood, C. J., Nissen, A. T., & Bleidorn, W. (2023). Disentangling self-concept clarity and self-esteem in young adults. *Journal of Personality and Social Psychology*.
56. Wong, A. E., Dirghangi, S. R., & Hart, S. R. (2019). Self-concept clarity mediates the effects of adverse childhood experiences on adult suicide behavior, depression, loneliness, perceived stress, and life distress. *Self and Identity, 18*(3), 247-266.
57. World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.
58. Yumbul, C., Cavusoglu, S., & Geyimci, B. (2010). The effect of childhood trauma on adult attachment styles, infidelity tendency, romantic jealousy and self-esteem. *Procedia-social and behavioral sciences, 5*, 1741-1745.
59. Бабаєвська, Є. І. (2023). Особливості співзалежності осіб ранньої дорослості з різним рівнем самоствалення.
60. Бондаревська, Л. Л., & Лещенко, І. Т. (2020). ВПЛИВ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ НА ПЕРЕЖИВАННЯ СУБ'ЄКТА. *ВЧЕНІ ЗАПИСКИ*, 3202060.
61. Василевська О.І. (2013). Психічне здоров'я особистості. К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 289-291.
62. Вебер, Т.С. (2018). Trauma Focus (TF) – психотерапія для регуляції хронічного болю та больових синдромів. *Праці МНГС*, (2018), 100-102.
63. Власова, О. І., Родіна, Н. В., Целікова, Ю. О., Ворнікова, Л. К., & Тихоненко, Ю. О. (2022). Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ). *Офтальмологічний журнал, 1*(504), 63-7
64. Вплив війни на психічне здоров'я дітей. War Childhood Museum Ukraine. URL: <https://warchildhood.org/ua/impact-of-war-on-childrens-mental-health/> (дата звернення: 19.08.2023).
65. Гуменюк, О. Е. (2002). Психологія Я-концепції. *Тернопіль: Економічна думка*.
66. Гусейнова, Н. (2014). Психологічні особливості дитячої травми. URL: <http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/7943/1/Huseinova.pdf>

67. Коруд Н. І. (2021). Особливості самоставлення осіб раннього дорослого віку з високим рівнем тривожності [Магістерська робота, Український католицький університет. Кафедра клінічної психології] Львів, 71.
68. Коханова, О., Столярчук, О., & Сорокіна, О. (2022). Дослідження настановлень жінок щодо самореалізації чоловіків. *Педагогічна освіта: Теорія і практика. Психологія. Педагогіка.*, (37 (1)), 76-81.
69. Лук'янова, Л. (2010). Дорослість як базова категорія андрагогіки. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи*, (2), 20-29.
70. Мальцева, К. (2000). Групова ідентичність та інтра-групові захисні механізми. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ec0e5a6b-ee7c-424e-93c7-fa1f06094a41/content>
71. Мудревська, К. С. (2022). Психологічні особливості прояву емоційно-чуттєвої сфери осіб дорослого віку. Дипломна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра спеціальності «Психологія», *Національний авіаційний університет. Київ*, 40.
72. Піскун, В. С., & Шевчук, В. В. (2021). Порівняльний аналіз особливостей взаємозв'язку суб'єктивного відчуття самотності та безнадійності з формуванням суїцидальних тенденцій у ранньому дорослому віці. *Актуальні проблеми сучасної психології : матеріали II Всеукраїнської наукової інтернет-конференції 15 жовтня 2021. Одеса*, 140-144.
73. Пушкар, В. А. (2011). «Я»-Образи у структурі «Я»-концепції особистості–співвідношення понять у психології. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка : збірник наукових праць. № 94. Т. 2.*
74. Савчин, М. (2005). Вікова психологія/МВ Савчин, ЛП Василенко. К.: Академвидав.
75. Сергеєнкова, О. П., Столярчук, О. А., Коханова, О. П., & Пасека, О. В. (2012). Вікова психологія: навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 20012, 384.

76. Сидоренко, О. Б. (2021). Психологічні особливості переживання сорому у ранньому дорослому віці. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, IX (101), Issue: 259*
77. Сидоренко, О. Б., & Лотиш, С. А. (2023). Вплив суб'єктивного переживання самотності на особистість раннього дорослого віку. *Proceedings of the VI International Scientific and Practical Conference «Peculiarities of the manifestation of science in the academic subject», February 06 – 07, 2023, Lyon, France by the «InterSci». 82 p.*
78. Сковорода Г. (1994) Твори: В 2 т. Т. 1: Поезії, байки, трактати, діалоги. Київ: АТ «Обереги».
79. Татенко, В. (2003). Соціально-психологічні механізми впливу людини на людину. *Соціальна психологія, (1), 60-72.*
80. Туриніна О. (2017). Психологія травмуючих ситуацій. К.: ДП «Видавничий дім «Персонал»», 14-15.
81. Феномен "Я" в працях психологів - ПСИХОЛОГІС. ПСИХОЛОГІС - енциклопедія практичної психології.  
URL: [http://psychologis.com.ua/fenomen\\_kav\\_zn\\_ya\\_kav\\_zn\\_v\\_trudah\\_psihologo\\_v.htm](http://psychologis.com.ua/fenomen_kav_zn_ya_kav_zn_v_trudah_psihologo_v.htm) (дата звернення: 20.08.2023).
82. Фисун, Н. Г. (2023). Розвиток особистісної незрілості в період дорослого віку. [Магістерська робота, Чорноморський національний університет імені Петра Могили], Миколаїв, 161.
83. Целікова, Ю. (2021). НЕГАТИВНИЙ ДИТЯЧИЙ ДОСВІД ЯК СКЛАДОВА ДЕЗАДАПТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ. *Věda a perspektivy, (7 (7)).*
84. Чайка, Г. В. (2016). Я-концепція як структурно-динамічний аспект поняття «Я» в працях українських і зарубіжних дослідників. *Актуальні проблеми психології, 14(11), 196-211.*
85. Шкала самооцінки Розенберга. (2012). Український переклад – УІКПТ.  
URL: <http://tikhonova.com.ua/Scale11.pdf>

86. Яцина, О.Ф. (2022). Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. Перспективи та інновації науки,7(25), 554-567.

## ДОДАТКИ

**Додаток А.** Анкета негативного дитячого досвіду (АСЕ) (додається окремо)

**Додаток Б.** Шкала самооцінки Розенберга М. (додається окремо)

**Додаток В.** Методика інтерперсональної взаємодії Лірі Т. (додається окремо)

Додаток Г.

Кореляційна таблиця

		Негативний дитячий досвід					Шкала самооцінки	Я-реальне								Я-ідеальне							
		Загальний рівень НДД	дисфункціональній родині	Деструктивне ставлення оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність		Самооцінка	Авторитарний	Егоїстичний	Агресивний	Підозрілий	Покірний	Залежний	Доброзичливий	Альтруїстичний	Авторитарний	Егоїстичний	Агресивний	Підозрілий	Покірний	Залежний	Доброзичливий
Негативний дитячий досвід	Загальний рівень НДД	1	0,9	0,95	0,26	0,59	-0,47	-0,21	0,05	-0,06	0,05	0,03	0,03	0,15	0,13	0,02	0,05	0,18	0,03	0,08	0,11	0,06	0,02
	Проживання у дисфункціональній родині	0,9	1	0,73	0,21	0,51	-0,34	-0,12	0,13	-0,01	0,14	0,06	0,02	0,12	0,18	0,06	0,03	0,22	0,1	0,02	0,03	0,01	0,12
	Деструктивне ставлення оточення	0,95	0,73	1	0,13	0,5	-0,49	-0,24	0,04	-0,08	0	0,01	0,01	0,16	0,08	0,05	0,07	0,16	0,01	0,11	0,12	0,05	0,01
	Залучення до раннього статевого життя	0,26	0,21	0,13	1	0,65	-0,19	-0,11	0,32	-0,14	0,12	0,03	0,16	0,02	0,04	-0,2	0,19	0,11	0,13	0,21	0,26	0,28	0,22
	Соціально-емоційна занедбаність	0,59	0,51	0,5	0,65	1	-0,32	-0,19	0,18	-0,1	0,09	0,11	0,13	0,17	0,03	0,15	-0,2	0,02	0,09	-0,1	0,31	0,23	0,09
Шкала самооцінки	Самооцінка	0,47	0,34	-0,49	0,19	-0,32	1	0,23	0,22	0,27	0,06	0,14	0,12	0,09	0,17	0,12	0,15	0,01	0,09	0,03	0,12	0,1	0,25
Я-реальне	Авторитарний	0,21	0,12	-0,24	0,11	-0,19	0,23	1	0,7	0,75	0,62	0,39	0,54	0,58	0,45	0,66	0,58	0,56	0,35	0,5	0,46	0,61	0,53
	Егоїстичний	0,05	0,13	0,04	0,32	-0,18	0,22	0,7	1	0,73	0,54	0,29	0,54	0,39	0,46	0,65	0,67	0,29	0,43	0,43	0,37	0,61	0,56
	Агресивний	0,06	0,01	-0,08	0,14	-0,1	0,27	0,75	0,73	1	0,62	0,35	0,61	0,6	0,55	0,48	0,46	0,51	0,14	0,35	0,24	0,53	0,46

	Підозрілий	0,05	0,14	0	-	-0,09	0,06	0,62	0,54	0,62	1	0,47	0,63	0,53	0,52	0,48	0,48	0,58	0,28	0,28	0,3	0,54	0,32	
	Покірний	0,03	0,06	0,01	0,03	-0,11	-0,14	0,39	0,29	0,35	0,47	1	0,64	0,68	0,66	0,38	0,67	0,32	0,29	0,11	0,35	0,45	0,3	
	Залежний	-	-	-0,01	-	-0,13	0,12	0,54	0,54	0,61	0,63	0,64	1	0,66	0,72	0,41	0,38	0,38	0,29	0,11	0,35	0,48	0,32	
	Доброзичливий	-	-	-0,16	-	-0,17	0,09	0,58	0,39	0,6	0,53	0,68	0,66	1	0,7	0,45	0,29	0,31	0,09	0,1	0,4	0,43	0,32	
	Альтруїстичний	0,13	0,18	0,08	0,04	0,03	0,17	0,45	0,46	0,55	0,52	0,66	0,72	0,7	1	0,43	0,32	0,33	0,09	0,05	0,36	0,48	0,41	
Я-ідеальне	Авторитарний	-	0,02	0,06	-0,05	-0,2	-0,15	0,12	0,66	0,65	0,48	0,48	0,38	0,41	0,45	0,43	1	0,69	0,73	0,43	0,54	0,63	0,72	0,7
	Егоїстичний	-	0,05	0,03	-0,07	0,19	-0,2	0,15	0,58	0,67	0,46	0,48	0,67	0,38	0,29	0,32	0,69	1	0,67	0,44	0,38	0,47	0,51	0,5
	Агресивний	0,18	0,22	0,16	0,11	-0,02	0,01	0,56	0,29	0,51	0,58	0,32	0,38	0,31	0,33	0,73	0,67	1	0,5	0,57	0,54	0,63	0,68	
	Підозрілий	0,03	0,1	-0,01	0,13	-0,09	-0,09	0,35	0,43	0,14	0,28	0,29	0,29	0,09	0,09	0,43	0,44	0,5	1	0,61	0,48	0,31	0,34	
	Покірний	-	0,08	0,02	-0,11	0,21	-0,1	0,03	0,5	0,43	0,35	0,28	0,11	0,11	0,1	0,05	0,54	0,38	0,57	0,61	1	0,48	0,44	0,56
	Залежний	-	0,11	0,03	-0,12	0,26	-0,31	0,12	0,46	0,37	0,24	0,3	0,35	0,35	0,4	0,36	0,63	0,47	0,54	0,48	0,48	1	0,68	0,66
	Доброзичливий	-	0,06	0,01	-0,05	0,28	-0,23	0,1	0,61	0,61	0,53	0,54	0,45	0,48	0,43	0,48	0,72	0,51	0,63	0,31	0,44	0,68	1	0,73
	Альтруїстичний	0,02	0,12	-0,01	0,22	-0,09	0,25	0,53	0,56	0,46	0,32	0,3	0,32	0,32	0,41	0,7	0,5	0,68	0,34	0,56	0,66	0,73	1	