

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Вплив негативного дитячого досвіду у формуванні копінг-стратегії в дорослому віці

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-224 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Ковтун В.О.
(прізвище та ініціали)
Керівник
к.психол.н.,
Іванова Є.О.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

_____ д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

_____ к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНА БАЗА ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА ФОРМУВАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ	
1.1. Теоретичний огляд дослідження впливу несприятливого досвіду дитинства на фізичне та психічне здоров'я людини.....	8
1.2. Огляд сучасних теоретичних уявлень про копінг-стратегії	15
1.3. Аналіз теоретичних моделей взаємозв'язку негативного дитячого досвіду та копінг-стратегій у дорослому віці	23
Висновки до розділу І	31
РОЗДІЛ ІІ. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ У ФОРМУВАННІ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	
2.1. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження.....	33
2.2. Характеристики методологічного інструментарію емпіричного дослідження.....	41
2.3. Організація емпіричного дослідження та описові характеристики вибірки.....	48
Висновки до розділу ІІ	57
РОЗДІЛ ІІІ. АНАЛІЗ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ У ФОРМУВАННІ КОПІНГ- СТРАТЕГІЙ В ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ	
3.1. Результати емпіричного дослідження негативного дитячого досвіду та їх зв'язок з копінг-стратегіями.....	59
3.2. Визначення впливу негативного дитячого досвіду на формування копінг-стратегій.....	72
3.3. Практичні рекомендації щодо протидії наслідків негативного дитячого досвіду.....	77
3.3.1. Психотерапевтичні напрямки подолання наслідків негативного дитячого досвіду.....	78
3.3.2. Мішені психотерапевтичних інтервенцій щодо НДД.....	79
3.3.3. Психотерапія дітей та підлітків, які пережили травмуючі події.....	82
3.3.4. Профілактичні заходи запобігання несприятливого дитячого досвіду, моделі «НОРЕ» та «НАVS».....	83
Висновки до розділу ІІІ	89
ВИСНОВКИ	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	94
ДОДАТКИ	104

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

НДД – негативний дитячий досвід

ОНДД – опитувальник негативного дитячого досвіду

ТН – толерантність до невизначеності

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ТФ-КПТ – травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія

ВСТУП

Негативний, або несприятливий досвід дитинства (НДД) є потенційно травматичними подіями, які можуть мати негативний і стійкий вплив на здоров'я людини в подальшому житті (Felitti, 1998; Campbell, 2016; Sheffler, 2019). НДД включають психологічні, фізичні та сексуальні форми насильства, а також сімейні дисфункції, такі як психопатології та/або зловживання психоактивними речовинами батьків, неглект та інші форми насилля. Існуючі наукові дослідження тематики показують, що негативний дитячий досвід пов'язаний з передчасною смертю (Brown, 2009; Kelly-Irving, 2013), ризикованою поведінкою (Dube, Anda & Felitti, 2003; Austin, 2016), зростанням супутніх і хронічних захворюванням (Nie, 2015) у дорослому віці.

Відповідно до теорії сенсibilізації до стресу, травматична подія на ранньому етапі життя може спонукати людей до більш негативних реакцій на стрес у подальшому житті (Monroe & Simons, 1991). Крім того, психосоціальні та нейробиологічні дослідження підтверджують, що негаразди в дитинстві мають тривалий вплив на те, як людина реагує на стресові події в житті (Cheong, Sinnott, Dahly & Kearney, 2017). Було також досліджено, що травматичний досвід, особливо у дитячому віці, певною мірою впливає на ставлення до невизначеності. Нетерпимість до невизначеності пов'язують із негативним ставленням людини до минулого, катастрофізацією майбутнього та підсилює прояви посттравматичних станів (Громова, 2022).

Саме актуальність дослідження впливу негативного дитячого досвіду у формуванні копінг-стратегій у дорослому віці є особливо важливим в сучасних умовах війни, що переживає Україна, оскільки яким чином людина справляється зі складними ситуаціями в житті буде впливати на її резильєнтність в реаліях війни. Першим дослідником, який звернув увагу на вплив дитячого досвіду на здоров'я дорослих вважають Felitti V.J., який запустив серію досліджень ролі несприятливого досвіду дитинства у захворюваннях дорослих, що підтвердили наявний взаємозв'язок (Felitti, 1991, 1998, 2001, 2003, 2004, 2009, 2010).

Дослідженням впливу негативного дитячого досвіду в подальшому займались Bellis M., Lowey H., Leckenby N., Hughes K., Harrison D. та інші у вивченні його впливу на поведінку та здоров'я дорослих. Chapman D., Whitfield C., Felitti V., Dube S., Edwards V., Anda R. досліджували несприятливий досвід дитинства та ризик розвитку залежностей та депресивних розладів. Danese A. та McEwen B. вивчали вплив негативного дитячого досвіду на алостатичне навантаження та вікові захворювання. Espeleta H., Sharkey C., Bakula D. розглядали вплив НДД на хронічні захворювання через емоційну дисрегуляцію. Mc Elroy S., Hevey D. вивчали зв'язок між несприятливим раннім досвідом, стресорами, психосоціальними ресурсами та благополуччям.

Систематичні огляди та метааналіз проблематики здійснювали у різні роки з 2000-х років і до сьогодні Hughes K., Kalmakis K., Larkin N. та інші. Afifi T., Enns M., Cox BJ, Asmundson GJ, Stein M., Sareen J. досліджували психічні розлади і суїцидальні думки і спроби, пов'язані із несприятливим досвідом дитинства. Dube S., Felitti V., Dong M., Chapman D. та інші вивчали жорстоке поводження, сімейні дисфункції та ризик самогубства протягом життя.

Однак, саме вивченням взаємозв'язку несприятливого досвіду дитинства та та копінг-стратегій займались Sheffler J., Piazza J., Quinn J., Sachs-Ericsson N., Stanley I. та їх колеги. Серед українських дослідників проблематики варто виділити Катерину Мілютіну, Юлію Целікову, Ольгу Кузнецову, Лідію Деркач, Юлію Коваленко, Юлію Мельник, Сергія Хилько та інших. Проте, варто зазначити, що вивчення ролі негативного дитячого досвіду на подальше життя в українському контексті є наразі не завершеним. Невирішеним питанням залишається також якою мірою дитячий досвід впливає на копінг-стратегії у дорослому віці.

Теоретико-методологічною основою нашого дослідження стали концепція негативного дитячого досвіду Felitti, структурні компоненти та оцінка наслідків (Felitti et al., 1998); класифікація копінг-стратегій COPE (Carver, 1997); поняття толерантності до невизначеності N. Carleton (Carleton et al., 2007), адаптація та подальше вивчення Г. Громової толерантності до невизначеності як чинника

трансформації травматичного досвіду особистості (Громова, 2022); виокремлення категорії особистісної тривоги від ситуативної тривоги Дж. Тейлора (Teylor, 1958), коротка версія п'яти факторів особистості BFI-10 в адаптації Сердюка та Базима (Сердюк & Базима, 2021).

Об'єктом дослідження виступає негативний дитячий досвід.

Предмет дослідження – вплив негативного дитячого досвіду у формуванні копінг-стратегій в дорослому віці.

Основною метою нашого дослідження є вивчення впливу негативного дитячого досвіду у формуванні копінг-стратегій у дорослому віці. Для досягнення поставленої мети були сформовані наступні завдання:

1. Проаналізувати існуючі теоретичні обґрунтування взаємозв'язку негативного дитячого досвіду з копінг-стратегіями у дорослому віці.
2. Організувати та провести емпіричне дослідження у визначенні впливу негативного дитячого досвіду у копінг-стратегіях у дорослому віці.
3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати проведеного дослідження.
4. Проаналізувати наявні підходи протидії негативному дитячому досвіду та підходи для попередження негативних наслідків несприятливого дитинства.

Методами нашого дослідження послуговували наступні: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження); методи математичної статистики (коефіцієнт α -Кронбаха для оцінки узгодженості шкал опитувальників; U критерій Манна-Уїтні для перевірки гіпотез про середні за шкалами, кореляційний аналіз за р Спірмена, t-критерій Стьюдента, коефіцієнт множинної кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії).

Психодіагностичний комплекс методик склали: Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) в адаптації Власової О. І., Родіної Н. В., Целікової Ю.

О., Ворнікової Л. К., Тихоненко Ю. (2022); Українська версія диспозиційного опитувальника «COPE» Ю. Коваленко (2020); «Шкала інтолерантності до невизначеності» в адаптації Г. Громової (2022); Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора, адаптована Норахідзе та перекладена українською (2011); Скринінговий опитувальник п'яти факторів особистості BFI-10 в адаптації Сердюка та Базима (2021).

З метою дослідження взаємозв'язків між переважаючими копінгами та негативним дитячим досвідом, ми провели онлайн опитування, яке здійснювалось протягом жовтня-листопада 2023 року. Для отримання репрезентативних даних, було опитано 123 особи за відповідними самозвітними методиками. У відсотковому відношенні вибірку склали 70,7% жінок та 29,3% чоловіків. Після збору відповідей респондентів, ми розподілили вибірку на дві групи – ті, хто набрав 7 та більше балів за опитувальником ОНДД, які є експериментальною групою перевірки наших гіпотез щодо впливу негативного дитячого досвіду на копінг-стратегії у дорослому віці. Контрольною групою є особи, що набрали 0-6 балів за шкалою ОНДД.

Теоретична значущість нашого дослідження полягає у систематизації знань про вплив негативного дитячого досвіду у житті людини; поглиблення розуміння взаємозв'язку негативного дитячого досвіду з особистісною тривожністю, терпимістю до невизначеності та копінг-стратегіями. Практична значущість – розуміння впливу між несприятливим розвиткові дитинством та копінг-стратегіями, тобто способами, якими люди справляються з важкими ситуаціями може допомогти в розробці ефективних програм психологічної підтримки, як дорослих, так і дітей.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНА БАЗА ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА ФОРМУВАННЯ КОПІНГ- СТРАТЕГІЙ

1.1. Теоретичний огляд дослідження впливу несприятливого досвіду дитинства на фізичне та психічне здоров'я людини

В першому розділі ми розглянемо теоретичну основу нашого дослідження – пошук взаємозв'язків та ролі несприятливого дитячого досвіду на формування копінг-стратегій у дорослому віці. Несприятливий або негативний дитячий досвід (НДД) визначають як події дитинства, різної тяжкості, що відбуваються в сім'ї або соціальному середовищі дитини, які завдають шкоди чи страждань, порушуючи фізичне та психологічне здоров'я та розвиток дитини (Kalmakis & Chandler, 2014). Несприятливий досвід дитинства представляє широку концепцію, що охоплює не тільки насилля та нехтування потребами дитини, а також включає різний вплив її сім'ї та соціального середовища.

НДД стосується стресових та травматичних переживань, що виникають у ранньому дитячому віці. Історично, дослідження негативного досвіду дитинства зосереджувались лише на наслідках жорстокого поводження з дітьми такими, як сексуальне, фізичне, емоційне/вербальне насильство та нехтування базовими потребами дитини (Helitzer, Graeber, LaNoe & Newbill, 2015). А вже сьогодні до НДД включають також аспекти сімейного дисфункціонування такі, як психопатологія батьків, зловживання психоактивними речовинами членами сімей, розлучення, втрата батьків та низький соціально-економічний статус. Однією з причин такої більш комплексної оцінки є те, що сексуальне, фізичне та вербальне насильство в дитинстві, як правило, не відбувається ізольовано, а часто відбувається разом з іншими формами НДД (Sheffler, 2019). Таким чином, сумарна оцінка наслідків НДД краще відображає серйозність впливу несприятливого середовища на людину.

Так, негативний дитячий досвід включає різні аспекти травматичного впливу середовища дитини, включаючи фізичне насильство, соціальний та емоційний неглект, сексуальне насильство, занедбаність та інші травмуючі події дитинства. НДД пов'язаний з великою кількістю ризикованих для здоров'я поведінки у дорослому віці, психосоціальними проблемами, а також із соматичними захворюваннями.

Felitti вперше розглянув несприятливий дитячий досвід, як важливий фактор, який може негативно змінювати траєкторію життя, несе ризик психічних і фізичних наслідків (Felitti, 1998). Починаючи з раннього віку, НДД негативно впливає на розвиток біологічних регуляторних систем, зокрема, розвиваючи дисфункцію головної системи управління стресом гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі (Danese & McEwen, 2012) та можуть підвищувати фізіологічну та емоційну реакцію на стрес (Nusslock & Miller, 2016).

Травма включає широкий спектр переживань, які завдають шкоди тілу та самопочуттю людини. Дослідження Беселла ван дер Колка підтверджують, що зазвичай травматичні інциденти вивчалися окремо, але нові дані свідчать про те, що всі аспекти негативного дитячого досвіду є взаємопов'язаними між собою. Вивчення більш ніж одного негативного фактора дозволяє оцінити їх кореляцію з соціальними наслідками та наслідками для здоров'я (Van der Kolk & Fisler, 1995).

Дослідження 1980-х та початку 1990-х років покази, що такі дії, як куріння, зловживання алкоголем та гіперсексуальна поведінка є факторами ризику поширених захворювань (Felitti et al, 1991, 1998, 2001, 2003, 2004, 2009, 2010). Ці дослідження також вказали на те, що фактори ризику часто групуються, а не випадково розподіляються серед населення. Цим було покладено основу дослідження впливу дитячого досвіду на подальні копінг-стратегії справляння зі стресом, оскільки стало очевидним, що динаміка та спосіб життя мають прямий вплив на деструктивну поведінку.

Все ж варто зазначити, що інтерес до дитячого травматичного досвіду має довгу історію в психології та психіатрії. Основні роботи Фрейда зосереджені на

особливості обставин дитинства, які у подальшому будуть впливати на психічне здоров'я дорослої людини. Пізніше Боулбі довів, що стосунки між батьками та дітьми є необхідними для розвитку відчуття безпеки у житті (Bowlby, 1989). Відсутність безпеки та почуття контролю на додачу до повторюваних труднощів, впливають на сприйняття дітьми навколишнього світу, підвищуючи ризик розвитку дисфункційної для них поведінки та проблем із фізичним здоров'ям у подальшому.

Однак, лише наприкінці 20 століття в закладах первинної медичної допомоги почали вивчати зв'язок між недбалим поведінням у дитинстві, ризикованій поведінці дорослих та їх захворюваннями (Felitti, 1991; Springs, 1992; Gould, 1994; McCauley, 1997). Незважаючи на те, що численні психологічні та соціологічні дослідження вже підтверджували частоту та віддалені наслідки жорстокого поведіння у дитинстві, розуміння їхнього значення для медичних проблем дорослих довго залишалось незначним. Починаючи з 1900-х років, негаразди в дитинстві почали пов'язувати з подальшими психологічними та фізичними проблемами зі здоров'ям, включаючи проблеми з психо-емоційним розвитком, ризиковану для здоров'я поведінку серед підлітків та безліч хронічних психологічних і фізичних захворювань у дорослих (Felitti, 1991).

У 90-х роках команда професора медицини Вінсента Фелітті розпочала перше ґрунтовне дослідження негативного досвіду дитинства з метою описати довгостроковий зв'язок з проблемами громадського здоров'я. Зокрема, дослідження мало на меті ретроспективну та проспективну оцінку, довгостроковий вплив дисфункціональних сімей на захворюваність дорослого населення, їх якість життя, та показники смертності.

В ході дослідження було виявлено сильний зв'язок між частотою впливу жорстокого поведіння та сімейних дисфункцій у дитинстві та численними факторами ризику основних причин смерті дорослих, включаючи ішемічну хворобу серця, рак, хронічні захворювання легенів та печінки (Felitti, 1991, 1998). Погана самооцінка здоров'я також має ступеневу залежність від негативного досвіду в дитинстві. Так, результати дослідження показали, що вплив

несприятливих переживань у дитинстві на стан здоров'я дорослих є сильним і кумулятивним. Крім того, переважна більшість пацієнтів у дослідженні, які зазнали однієї категорії жорстокого поводження в дитинстві також зазнали впливу принаймні однієї з іншої категорії. Було також показано, що несприятливий досвід дитинства може впливати на ставлення та поведінку щодо збереження здоров'я, а також на фізіологічне функціонування центрів мозку та систем нейромедіаторів.

Однак, варто зазначити деякі обмеження дослідження Фелітті. Дані про несприятливий досвід у дитинстві базуються на ретроспективних оцінках, що ймовірно може сприяти спотворенню спогадів про несприятливий досвід дитинства. Однак, автори помітили, що спотворення спогадів відбувається часто в бік заниження, а не навпаки, через несприймання їх, як негативних для розвитку. Крім того, при заповненні медичної анкети пацієнти могли завищувати або занижувати дані про їх наявні захворювання.

Після першого дослідження Фелітті було проведено численні інші, на підтвердження зв'язку, які виявили безпосередній вплив на здоров'я (Sachs-Ericsson, 2009; Bellis, 2013; Hughes, 2017) і ймовірність ризикованої для здоров'я поведінки (Dube, Anda & Felitti, 2003). Також було виявлено змінні, які є посередниками між несприятливим досвідом і наслідками на здоров'я (Kendall-Tackett, 2009; Danese, 2012; Min, 2013). Як саме несприятливий досвід дитинства пов'язаний із ризикованою для здоров'я поведінкою та захворюваннями у дорослих пояснюють тим, що такі поведінкові прояви, як куріння, зловживання алкоголем, переїдання або гіперсексуальна поведінка можуть використовуватися свідомо чи несвідомо з метою миттєвого зниження хронічного тривожного стану. Високий рівень негативного дитячого досвіду викликає тривогу, гнів та депресію ще у дитячому віці. Якщо така поведінка, як куріння, вживання алкоголю чи психоактивних речовин виявляється ефективним пристосуванням, вона, як правило, використовується і надалі.

Пізніші дослідження 2007 років показали, що досвід багатьох травматичних подій, таких як жорстоке поводження та неглект у дитинстві, впливає на

розвиток мозку через надмірну стимуляцію вегетативної нервової системи і на порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (Pervanidou & Chrousos, 2007). Короткочасне порушення регуляції цих систем призводить до фізичних і поведінкових змін, оскільки організм адаптується до стресора. Однак тривала стимуляція призводить до системних розладів стресу таких як: алоstaticне навантаження, яке є сукупним негативним впливом хронічного стресу, який перевищує індивідуальні навички копіngu та проявляється у значній дезадаптації людини (Чабан, 2020). Вважається, що стан алоstaticного навантаження відповідає за фізичні та психічні захворювання (McEwen, 2007). Було доведено, що негативний дитячий досвід пов'язаний з проблемами психічного здоров'я протягом усього життя зокрема, були знайдені кореляції з депресією, посттравматичним стресовим розладом та зловживанням психоактивними речовинами у дорослому віці.

На додаток до досліджень, які пов'язують негативний дитячий досвід з наслідками для психічного здоров'я, декілька досліджень виявили кореляцію між НДД і суїцидальними ідеями та спробами. Було виявлено, що жертви фізичного та сексуального насильства в дитинстві, а також свідки домашнього насильства мають більший ризик спроб самогубства; автори дійшли висновку, що запобігання НДД у цій вибірці зменшило б спроби самогубства на 50% для жінок і на 33% для чоловіків (Afifi et al., 2008). Усі розглянуті дослідження зв'язку між НДД і психіатричними розладами та зловживанням психоактивними речовинами відзначали вплив поганого поводження в дитинстві на психічне здоров'я навіть у дорослому віці (Kalmakis, 2015).

Важливою теорією впливу негативного дитячого досвіду на благополуччя людини є інтегральна теорія (Larkin & Records, 2007). Ця теорія об'єднує такі концепції, як емоційний інтелект та визнання множинного інтелекту Гарднера. Відповідно до інтегральної теорії, кожен етап розвитку передбачає зростання функціональних можливостей людини в певних сферах і впливає на загальний рівень розвитку людини в контексті її середовища та культури. НДД виникає

переважно через поведінкові взаємодії у сімейних системах. Сімейна культура, у свою чергу, взаємодіє з ширшою культурою.

Так, ранній досвід людини може суттєво впливати на розвиток ризикованої для здоров'я поведінки, а також сприяти фізичним захворюванням у дорослому віці. Було показано, що заходи громадської охорони здоров'я, які зосереджені лише на поведінці є недостатньо ефективними. Тому сьогодні лікарі все частіше застосовують біопсихосоціальну модель, на відміну від традиційного нозологічного підходу. В цьому також може бути корисна інтегральна модель, забезпечуючи послідовний спосіб інтегрувати всі частини (квадранти) біопсихосоціальної моделі розвитку.

Усі частини взаємодіють одна з одною зі зворотнім зв'язком кожного квадранту. Майже всі форми ризикованої поведінки, які зосереджені на спробі впоратися з травмованим «Я», можуть впливати на інших (наприклад, людина, яка починає вживати алкоголь як свою копінг-стратегію стає батьком-алкоголік). Тим часом, відсутність культурного розуміння в цьому квадранті та інституційної відповіді сприяє розвитку зловживання психоактивними речовинами та виникненню проблем психічного здоров'я в травмованих осіб з невеликою кількістю альтернатив, запускаючи інший цикл через квадранти (Larkin & Records, 2007).

Більшість інших досліджень підтвердили, що чим більше несприятливих переживань зазнала дитина, тим сильніший вплив на фізичне й психіатричне здоров'я та поведінку (Felitti et al, 1998; Dube, 2010). Що стосується тяжкості, певні форми НДД можуть мати більший вплив на здоров'я дорослих. Виявилось, що психічне захворювання батьків, фізичне та емоційне насильство значною мірою пов'язані з усіма наявними видами негативного дитячого досвіду тоді як розлучення батьків, ув'язнення одного з батьків були пов'язані лише опосередковано (Nurius, Logan-Greene, & Green, 2012).

Свідки домашнього насильства також значною мірою пов'язані з усіма типами негативного дитячого досвіду (Afifi et al., 2008). У свою чергу, сексуальне насильство має найсильніший зв'язок із ризикованою сексуальною

поведінкою, правопорушеннями та суїцидальною поведінкою, порівняно з іншими комбінаціями НДД (Dube et al., 2001; Afifi et al., 2008). Варто зазначити, що у розглянутих дослідженнях жодна несприятлива ситуація не відзначалася, як найсерйозніша, а інша – як найменш важлива. Тяжкість негативного досвіду є важливим діагностичним критерієм всього спектру НДД.

Окрім шкідливого впливу негативного дитячого досвіду на фізичне здоров'я, епідеміологічні дослідження підтвердили, що несприятливий досвід у дитинстві значно підвищує ризик більшості психічних розладів. Афіфі та його колеги підрахували, що відсоток розладів, пов'язаних із переживанням будь-якого окремого типу становили від 22% до 32% серед жінок і від 20% до 24% серед чоловіків (Afifi et al., 2008). Ці дані свідчать про те, що приблизно одна п'ята частина ризику психічних розладів може бути пов'язана з негативним дитячим досвідом.

З усіх психічних розладів сильний зв'язок показало жорстоке поводження у дитинстві з інтерналізованими розладами, зокрема: з депресією, генералізованим тривожним та панічним розлад. Автори дослідження зазначили, що зменшення жорстокого поводження на 10-25% може потенційно запобігти 31,4-80,3 мільйонам випадків депресії та тривоги в усьому світі (Li, D'Arcy & Meng, 2016).

Підсумовуючи, несприятливий або негативний дитячий досвід – це різної тяжкості події, що відбуваються в сім'ї або соціальному середовищі, які порушують психофізіологічний розвиток дитини. Огляд існуючої літератури вказує на те, що несприятливий дитячий досвід суттєво пов'язаний із негативними наслідками для здоров'я у дорослих. НДД пов'язують із проблемами фізичного та психічного здоров'я, ризикованими формами поведінки, які становлять загрозу хронічним фізичним та емоційним розладам, зокрема через надмірну стимуляцію вегетативної нервової системи, порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, а також опосередковано через механізми дисфункційного поведінкового подолання. Більшість досліджень підтверджують кумулятивний вплив негативного дитячого досвіду на здоров'я дорослого населення.

Однак, варто зазначити деякі обмеження існуючих досліджень. Зокрема, більшість досліджень вимірювали негативний дитячий досвід у дорослих за допомогою суб'єктивних методів. Використання самооцінювання може знижувати надійність досліджень через спотворене часом сприйняття та пригадування. Незважаючи на обмеження, докази зв'язку НДД та негативними наслідками для здоров'я є послідовними та достатніми.

1.2. Огляд сучасних теоретичних уявлень про копінг-стратегії

Численні дослідження показують, що стрес спричиняє низку негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я. Однак процеси, які призводять від стресу до негативних наслідків для здоров'я, досі не повністю вивчені. Відповідно до однієї з найвпливовіших теорій у літературі з подолання стресу, транзакційної моделі Лазаруса та Фолкмана (1987), реакція на стрес є взаємодією людини та середовища та значною мірою визначається індивідуальними процесами оцінки ситуації.

Так, стикаючись зі стресовою ситуацією, людина оцінює відповідність факторів стресу (первинна оцінка) і свої ресурси для вирішення ситуації (вторинна оцінка). Як функція цих оцінок, людина потім вибере конкретні стратегії подолання. Те, як людина справляється з ситуацією, не лише формує негайну реакцію на стрес, але й формує довгостроковий вплив на благополуччя, задоволеність життям, фізичне, психічне здоров'я та соціальне функціонування (Lazarus & Folkman, 1984).

Копінг-стратегії (стратегії подолання) визначають, як дії на подолання життєвих проблем, спосіб справитись з важкими емоціями можуть бути як вольовими, так і автоматизованими когнітивними, емоційними і поведінковими реакціями на стрес. Стратегії подолання можуть співіснувати, формувати стиль подолання, які залишаються відносно стійкими протягом часу та обставин. (Carver et al., 1989). Подібним чином можна визначити стилі подолання як

когнітивні або поведінкові режими, якими зазвичай користується людина в різних стресових ситуаціях (Parker & Endler, 1992).

Варто зазначити, що поняття «копінг» у літературі не є однорідним поняттям, натомість його можна визначити, як парасольковий термін. Сюди відносять такі терміни, як:

- копінг-процес, як послідовність стратегій, що змінюються з часом, пов'язані зі змінами в характеристиках ситуації та змінами в психофізичному стані індивіда;

- копінг-стратегія – це когнітивна, емоційна та/або поведінкова реакція на стрес, пов'язана з певною функцією, наприклад, заспокоєння або вирішення проблеми;

- копінг-режим – це набір стратегій подолання, які включають дуже схожі когнітивні, емоційні та/або поведінкові реакції на стрес, але пов'язані з різними функціями;

- копінг-стиль – стратегії подолання, які виконують певну функцію та є відносно стабільними протягом тривалого часу, а також за різних обставин.

Класичними підходами до вивчення копінгів є теорії Лазаруса та Фолкмана 1984 р., Карвера 1989 р., Паркера та Ендлера 1992 р. Вплив транзакційної теорії стресу та подолання Лазаруса та Фолкмана залишається наріжним каменем психологічного стресу та досліджень стратегій подолання в багатьох галузях.

Лазарус і Фолкман виділили дві основні категорії подолання: подолання (копінг), орієнтоване на проблему та копінг, зосереджений на емоціях, як відповіді, спрямовані на «управління або зміну проблеми, що спричиняє дистрес» і «регулювання емоційних реакцій на проблему» (Lazarus & Folkman, 1984). Протягом 1980-1985 рр., з метою виміряти тип реакції на стрес, Лазарус і Фолкман розробили Опитувальник копінг-стратегій (WCQ), заснований на двох базових стратегіях – спрямування на проблему та на емоції. Так, було виділено копінги з різною кількістю факторів: спочатку два у 1980 році, потім чотири, п'ять, сім протягом 1990-2016 рр. нарешті вісім Лазарусом і Фолкманом.

Лазарус і Фолкман зробили важливий крок у концептуалізації способів подолання, до яких вдаються люди у стресових ситуаціях, вплинувши на формування інших моделей. Однак, поділ лише на два способи подолання протягом багатьох років критикували багато авторів. Пізніше Лазарус визнав, що поділ на проблемно- та емоційно-орієнтоване подолання може бути спрощеним уявленням про копінги. Скінер критикував підхід в тому, що більшість способів подолання можуть виконувати обидві функції – емоційно розрядку та вирішення проблеми і, отже, можуть підходити до обох категорій (Skinner et al., 2003). Наприклад, складання плану не лише допоможе вирішити проблему, але й виконує функцію зниження тривоги.

Особливо проблематичним є концептуалізація емоційно-фокусованого копінгу, до якого можуть входити дуже різноманітні способи подолання. Крім того, інший відомий дослідник копінгів Карвер не виявив різниці між проблемно-фокусованим та емоційно-фокусованим подоланням. Емпіричні дослідження показували більшу кількість факторів (Carver et al., 1989). Таким чином, наступні дослідники проблеми копінгів надавали перевагу великому спектру стратегій подолання.

Карвер та колеги виходили з припущення, що розрізнення між проблемним і емоційним копінгом є корисним, але недостатнім (Carver et al., 1989). Спираючись на існуючу літературу, вони визначили 13 вимірів подолання: п'ять трактується як підвиміри подолання, орієнтованого на вирішення проблеми (тобто активне подолання, планування, придушення конкуруючих дій, стримування подолання, пошук соціальної підтримки), ще п'ять як підвиміри подолання, орієнтовані на емоції (пошук емоційної соціальної підтримки, позитивне переосмислення та зростання, прийняття, заперечення, звернення до релігії); решта три були класифіковані як «найменш корисні» стратегії (зосередженість на емоціях і їх виписок, поведінкова та розумова відстороненість) (Carver et al., 1989). Щоб виміряти ці 13 стратегій подолання, команда Карвера розробила опитувальник COPE. Потім автори додали ще дві додаткові шкали: гумор та вживання психоактивних речовин, як копінг-стратегії.

Паркер і Ендлер (1992) помітили, що багато теорій подолання характеризуються методологічними недоліками, які перешкоджають узагальненню результатів від однієї популяції до іншої. Їхньою метою була розробка нового інструменту, в основі якої стали три стилі подолання. До базових стратегій, орієнтованих на проблему та емоційно-орієнтованих, автори виділяють третій вимір – подолання, орієнтоване на уникнення, що включає як орієнтовані на завдання копінг-стратегії, так і ті, що орієнтовані на соціальну підтримку. Орієнтоване на завдання уникнення пояснюють як відволікання, тоді як особистісно-орієнтоване уникнення приймає форму пошуку соціальної підтримки. Щоб виміряти три стилі подолання, Ендлер і Паркер розробили Перелік подолання стресових ситуацій (CISS) у 1999 році.

На відміну від більшості копінг-опитувальників, CISS показав задовільні психометричні властивості та стабільну факторну структуру, підтверджену в різних культурах. Найсуттєвішим обмеженням моделі є те, що вона охоплює лише три категорії подолання і не може пояснити велику кількість інших відповідей на подолання стресу.

Пізніше інші науковці, виділили наступні проблеми у дослідженні копінг-стратегій: відсутність узгодженості щодо структури копінг-стратегій, труднощі з вимірюванням емоційних реакцій ситуаційний вплив на копінги, ефективні механізми корегування деадаптивних копінгів (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). Таким чином, для подолання принаймні деяких із вищезазначених проблем необхідна комплексна модель, яка об'єднує структуру подолання стресу.

Завданням сучасних досліджень є розробка теоретичних моделей, які охоплюють складну взаємодію між фізіологічними, когнітивними, афективними, поведінковими та соціальними аспектами подолання стресу. Цей напрямок відображений в інтегративній теорії Coping Circumplex Model (CCM), запропонованою Stanisławski, 2019. Модель виявилась комплексною та об'єднує з більшістю попередніх напрямків досліджень подолання стресу (Schmidt, Chan & Stasolla, 2024).

Модель ССМ описана за тезою, що перебуваючи у стресовому стані, люди стикаються з двома основними завданнями: вирішити проблему та врегулювати емоції. ССМ представляє ці два виміри в круговому просторі, який включає вісім стратегій подолання: позитивне емоційне подолання, ефективність, вирішення проблем, заклопотаність проблемою, негативне емоційне подолання, безпорадність, уникнення проблем і гедоністичне відсторонення (Stanisławski, 2019).

Якщо припустити, що люди в стресових ситуаціях стикаються з двома завданнями, вирішенням проблеми та регулюванням своїх емоцій можна виділити два виміри подолання: подолання проблеми та подолання емоцій. Відповідно до моделі ССМ ці виміри визначають простір для інших категорій подолання в межах циркумплексу: ефективність проти безпорадності та заклопотаність проблемою проти гедоністичного відсторонення.

ССМ містить чотири біполярні виміри, які складаються з восьми стилів подолання (Stanisławski, 2019). Кожен стиль подолання позначено символом, що походить від назв двох структурних вимірів. P+ і P- відносяться до подолання проблем з високим і низьким рівнем, тоді як E+ і E- означають подолання з високим і низьким рівнем емоцій відповідно. Було визначено такі стилі подолання: вирішення проблем (P+), уникнення проблем (P-), позитивний емоційний копінг (E+), негативний емоційний копінг (E-), ефективність (P+ E+), безпорадність (P- E-), заклопотаність проблемою (P+ E-) та гедоністичне відсторонення (P- E+).

Хоча найбільшим обмеженням ССМ є те, що модель не враховує звернення до соціальної підтримки, вона синтезує різні теорії подолання стресу та вирішує деякі проблеми в психології стресу. Модель поєднує зв'язок між копінгом і зовнішніми конструктами такими, як психічне здоров'я, регуляція емоцій, а також уможливорює прогнози адаптації після психотравматичних подій. На додачу, інтегративна модель прокладає зв'язок між теоретичними конструктами подолання та практичними механізмами покращення психологічних втручань, зокрема в межах когнітивно-поведінкової терапії.

В межах нашого дослідження ми також розглядаємо альтернативну класичним – ієрархічну класифікацію подолання Скіннера, Еджа, Альтмана та Шервуда (2003). Проаналізувавши близько ста теорій, автори піддали критиці та визначили найкращі методи для побудови систем копінг-категорій. З наявних систем було складено список із 400 способів подолання. Однак, саме визначення категорій вищого порядку було більш складним завданням.

Автори стверджують, що окремі функції – зосередження на проблемі чи емоціях – не є хорошими категоріями дій, оскільки будь-який спосіб подолання, ймовірно, може виконувати багато функцій. Типологічні відмінності (наприклад: зосередження на проблемі проти уникнення, активний проти пасивного, або когнітивний проти поведінкового) також не є повноцінними категоріями, оскільки більшість способів подолання є багатовимірними. Тому Скінер та ін. стверджують, що такі типи дій, як пошук близькості, майстерність, пристосування є найкращими категоріями вищого порядку.

Сімейства багатовимірних багатofункціональних механізмів подолання підтвердили за допомогою ієрархічного аналізу. Декілька підтверджених таким чином систем, а також декілька класифікацій категорій нижчого порядку, зібраних в попередній оглядах, сходяться в набір приблизно з десятка сімейств стратегій подолання. Було запропоновано альтернативні схеми організації категорій. Проблематичними вважають копінг, які стосуються конструктивного емоційного підходу (регуляція емоцій, когнітивна реструктуризація) та соціальної підтримки. У свою чергу, окремі способи подолання є незліченними мінливими реакціями в реальному часі, які люди використовують під час стресових ситуацій. Також автори теорії наполягають на адаптивності копінгів, які у свою чергу є посередниками між стресом та його довгостроковим впливом на психічне та фізичне здоров'я (Skinner et al., 2003).

Серед сучасних теорій подолання варто виділити модель Екснера (2023) на основі режимів подолання (МСМ). Згідно з МСМ, індивідуальні відмінності в подоланні стресу можна відобразити за двома основними параметрами, а саме когнітивним уникненням та гіперпильністю. Когнітивне уникнення включає в

себе групу стратегій подолання, спрямованих на захист від подразників, які можуть викликати емоційне збудження. У свою чергу, гіперпильністю включає стратегії подолання, спрямовані на зменшення невизначеності, і які переважно використовують особи, які виявляють нетерпимість до невизначеності.

Комбінація цих вимірів дає класифікацію чотирьох основних диспозиційних модальностей копінгів (Exner, Kamra, Finke et al., 2023): репресори (високий рівень когнітивного уникнення, низька пильність); сенсibilізатори (низьке когнітивне уникнення, висока пильність); коливання копінгів (високе в обох вимірах); і незахисне подолання (низьке в обох вимірах).

На думку авторів, дослідження, гіпотеза щодо коливань копінгів може свідчити про те, що людям, які мають високі показники як за когнітивним уникненням, так і за гіперпильністю ймовірно притаманний широкий спектр стратегій подолання, вони гнучко адаптуються до використання стратегій відповідно до ситуаційних особливостей. І навпаки, люди, які не обороняються, і здатні терпіти як емоційне збудження, так і невпевненість, могли розвинути більш обмежений репертуар стратегій подолання. Ця інтерпретація узгоджується з іншими висновками, що вказують на ситуаційно адаптивне використання копінг-стратегій і в більш загальному на гнучкість регуляції емоцій (Nardelli, 2023).

На сьогодні вважають, що властивості особистості лежать в основі побудови стратегій поведінки в умовах невизначеності. Українська дослідниця Юлія Мельник стверджує, що у копінг-стратегіях на перший план виходить не сама особистість, а її ставлення до ситуації. Тобто, грають роль не так властивості особистості, як її розуміння невизначеності (Мельник, 2020). Організація життєвого простору полягає у способах зміни, перебудові умов життя, відповідно до цінностей особистості. Кожна обрана стратегія може бути як успішною, тобто призводити до покращення життя, так і неуспішною, тобто тою, що сприяє виникненню різних особистісних деформацій. Крім того, успішність або неуспішність дій залежить також від специфіки ситуації та об'єктивних можливостей справитись.

Типологічна модель, запропонована Ю. Мельник заснована на базових стратегіях – ігнорування, реагування, цілепокладання та відповідного рівня невизначеності ситуації (брак інформації, мотивації або управління діяльністю). У результаті було виділено дев'ять типів стратегій в умовах невизначеної ситуації (Мельник, 2020):

- Когнітивно-інформаційний рівень невизначеності: стратегії виключення (ігнорування), стресові стратегії реагування, стратегії психопатизації.
- Мотиваційно-ціннісний: стратегії заперечення, підпорядкування, невротизації.
- Організаційно-управлінський: «навчена безпомічність», тобто поведінка уникання, регресивні стратегії та стратегії включення невизначеного фактору як елементу життя.

Окрім звичних копінгів, Юлія пропонує «стратегії регресування» в умовах невизначеності, «стратегії психопатизації» та «стратегії невротизації» (Мельник, 2020). Зокрема, психопатизація визначається, як організація діяльності всупереч реальності середовища та соціальним нормам, а невротизація, як дисбаланс між наявною інформацією та непродуктивними діями. Також був представлений конструктивний та адаптивний компонент моделі – включення елементів невизначеності в життєдіяльність та усвідомлення невизначеності, як неминучої ознаки реальності. Цінність моделі полягає у спробі пояснити причини обраних копінгів. Так, залежно від доступу до необхідної для вирішення проблеми інформації, наявності мотивації, ціннісних орієнтирів, а також психічного стану та рівня розвитку особистості, кожен індивід має свій прояв копінгу у конкретній ситуації.

У рамках нашого дослідження варто також розглянути структурно-функціональну модель формування толерантності до невизначеності особистості, запропоновану А. Гусевим та С. Хилько, 2018. Модель містить три компоненти – когнітивний, афективний і конативний. Усвідомлення (рефлексивна складова) та обізнаність (інформаційна складова) щодо толерантності до невизначеності формуються на когнітивному рівні. На

афективному рівні формується позитивне ставлення до невизначеності шляхом фіксації на позитивних моментах невизначеності. Нарешті, на конативному рівні особистісна дієздатність формується шляхом засвоєння продуктивних копінг-стратегій.

Узагальнивши існуючі моделі копінг-стратегій ми маємо різноманітні шляхи подолання важких життєвих ситуацій, серед яких мають місце емоційні, когнітивні, поведінкові способи, які у свою чергу можуть сприяти вирішенню ситуації та, як наслідок, сприяти особистісному розвитку, так і відносно адаптивні та дезаптивні шляхи. Неузгодженою в літературі залишається класифікація копінг-стратегій, їх практична значимість, оскільки поняття копінгів охоплює складну взаємодію між фізіологічними, когнітивними, афективними, поведінковими та соціальними аспектами подолання стресу. Все ж, сучасні інтегративні теорії існують, поступово об'єднуючи складні конструкти у всеохоплюючу модель.

1.3. Аналіз теоретичних моделей взаємозв'язку негативного дитячого досвіду та копінг-стратегій у дорослому віці

Вплив особливостей проходження дитинства як етапу становлення особистості, формування її копінгів у важких ситуаціях, рівня тривожності вивчав ще Фройд. Однак, як ми вже зазначили у попередніх підрозділах, зацікавленість медичною та психологічною наукою у дослідженні наслідків негативного дитячого досвіду на подальше життя розпочалась лише у 80-90 роках минулого століття. На сьогодні ми вже маємо підтвердження взаємозв'язку після років активного дослідження проблеми.

Ряд досліджень щодо вивчення впливу несприятливого дитячого показують, що несприятливий досвід дитинства має значний вплив на подальше життя людини, зокрема, підвищуючий ризик депресії, тривожних розладів та загальної дезадаптованості у дорослому віці, у порівнянні з тими, хто не мав такого досвіду досвіду. Зокрема було виявлено, що тривалий період нехтування потребами

дитини (неглект) є предиспозиціями багатьох психічних розладів (Мілютіна, 2018).

До неглекту включають, але не обмежують такі ситуації: незадовільне здоров'я та харчування матері, небажана вагітність; рання втрата одного або обох з батьків; бути свідком насильства; зловживання психоактивними речовинами батьками; сексуальне, фізичне та емоційне насильство; знуцання тощо (Read & Bentall, 2012). Діапазон психічних розладів, для яких НДД є факторами ризику, настільки ж широкий, серед них: розлади поведінки, опозиційно-зухвалий розлад, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, а в зрілому віці: дисоціації, депресія, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад, розлади особистості, ризик зловживання психоактивними речовинами (Kaplan & Sadock, 2022).

Щоб пояснити цей процес, коли давні негаразди переносяться на поточний стан здоров'я- більшість досліджень зосередили свою увагу на стратегіях, які люди використовують, щоб впоратися з важкими ситуаціями (Sheffler et al., 2019). Як ми вже визначили у попередньому підрозділі, копінг охоплює ряд стратегій, які використовуються у стресових ситуаціях, щоб адаптуватися до нової ситуації. Стратегії подолання можуть привести як до кращого, так і гіршого впливу на здоров'я людини, а також різняться щодо їх успіху в подоланні самої проблеми.

Хоча більшість досліджень, проведених на сьогодні, пов'язують різні стратегії подолання з наявністю проблем зі здоров'ям було проведено обмежену кількість досліджень зв'язку між негативним дитячим досвідом та копінгамі. Все ж, жорстоке поводження в анамнезі було пов'язане з посиленням уникнення та копіngu, зосередженого на емоціях, а також зі зниженням проблемно-орієнтованого копіngu (Bal, Oost, Bourdeaudhuij & Crombez, 2003).

За останні роки також зросла кількість досліджень, які аналізували зв'язок між особливостями дитячого досвіду та труднощами регуляції емоцій у дорослому віці (Rudenstine S., Espinosa A., McGee A.B., Routhier E., 2019; Espeleta, Sharkey & Bakula, 2020). Зокрема, Schimmenti і Caretti виходять з того,

що психологічна травма впливає на здатність розуміти та обробляти емоції, особливо, коли шкода завдана в ранньому віці та здійснена значущими особами для дитини (Schimmenti & Caretti, 2018). Інші дослідники тематики розробили моделі де регуляція емоцій опосередковує зв'язок між НДД та фізичним здоров'ям у дорослих (Cloitre & Khan, 2019).

Обґрунтуванням такого зв'язку є те, що діти, які зазнали жорстокого поводження, схильні сприймати своє оточення як загрозливе та непередбачуване. Крім того, НДД порушують біологічний і психологічний розвиток здорових процесів регуляції емоцій (Nusslock & Miller, 2016) таким чином, що увага зосереджена на модулюванні негайної афективної реакції на стресори а не на вирішенні чи переоцінці ситуації. Хоча емоційно-фокусовані стратегії можуть бути адаптивно-функціональними в дитинстві, вони можуть заважати у дорослому віці (Sheffler, 2019).

НДД також може впливати на те, як люди справляються зі стресовими ситуаціями, а стратегії подолання можуть, у свою чергу, посилити, продовжити або пом'якшити реакцію на стрес. Зокрема стратегії, спрямовані на усунення проблеми, можуть призвести до усунення стресора і, таким чином, припинити стресову реакцію. І навпаки, зосередження на емоційній відповіді з незначними спробами усунення стресового фактору може залишити проблему невирішеною і, таким чином, увічнити хронічну відповідь на стрес (Wadsworth, 2015). Дослідження показують, що діти, які живуть у стресовій сімейній атмосфері, частіше використовують стратегії уникання і рідше застосовують проблемно-орієнтовані стратегії (Evans & Kim, 2013). Таким чином, є більша ймовірність залучення менш ефективних стратегій подолання у дорослому віці.

З метою перевірки чи є стратегії подолання одним із шляхів, через які НДД пов'язують із результатами психічного та фізичного здоров'я в дорослому віці нам буде помічним розглянути існуючі лонгітюдні дослідження проблематики. Автори припускають, що ризикована поведінка, така як: переїдання, куріння, гіперсексуальна поведінка та зловживання психоактивними речовинами, є стратегіями, які люди використовують, щоб впоратися зі стресом. Такі стратегії

можуть добре працювати в управлінні очікуваною тривогою, гнівом і депресією, що призводить до їх постійного застосування (Sheffler, 2019). Тому не дивно, що добре сплановані профілактичні дії навряд чи спрацюють, коли хтось стикається з відмовою від свого поточного рішення заради більш розпливчастої ідеї зміцнення свого довгострокового здоров'я.

Певний копінг також може бути відповіддю на зміни у головному мозку травмованої дитини. Як ми визначили у попередньому пункті, НДД завдають шкоди розвитку дитини, шкодять її емоційному стані та здоровій соціалізації і є дуже поширеними, але прихованими та часто невизнаними. Такі копінги, як вживання психоактивних речовин, сексуалізація, переїдання/недоїдання є одними з невеликої кількості способів, які є легко-доступними для підлітків, коли ті шукають полегшення. Хоча ці стратегії подолання мають короткострокові емоційні переваги вони часто становлять ризик захворювання та смерті в довгостроковій перспективі. Таким чином часто пояснюють механізм взаємозв'язку копінгів, психічного здоров'я з НДД (Felitti, 2003).

Крім того, встановлено, що люди, що набрали більше 4 балів за опитувальником негативного дитячого досвіду (ОНДД) на 460% частіше мають депресію та на 1220% частіше здійснюють спроби вчинити самогубство, ніж ті, хто з показником ОНДД 0-1 (Dube et al., 2003). Зі збільшенням числа НДД зростає ймовірність депресивних розладів протягом життя, що вказує на зв'язок між показниками НДД і досвідом депресії через десятиліття (Charman et al., 2004). Цей зв'язок є послідовним у чотирьох когортах в двадцятому столітті. Також існує зв'язок між показниками НДД і ймовірність переживання галюцинацій, які не пов'язані з вживанням алкоголю чи інших психоактивних речовин (Dube et al., 2003).

Результати дослідження 2020 року показали високу частоту НДД серед дорослого населення, а кореляція з поганим фізичним здоров'ям була дуже значущою (Martín-Higarza, Fontanil, Méndez & Ezama, 2020). Регресійна модель прогнозування фізичного здоров'я виявили наступні змінні: видавання бажаного за дійсне, соціальна самоізоляція та когнітивну реструктуризація як стилі

подолання, переоцінка для регулювання емоцій, страх бути покинутим і прагнення близькості, низьке соціо-економічне положення. Взаємозв'язок між різними формами НДД і соціальною вразливістю визначає важливий опосередкований вплив несприятливого розвитку дитинства на здоров'я та соціально-економічні умови в дорослому віці.

Лонгітюдне дослідження Шефлера, яке аналізувало дані більше 7 тисяч респондентів протягом трьох хвиль дослідження між 1995-1996, 2005-2006, 2013-2014 рр. з метою визначення того, як соціальні, психологічні та поведінкові фактори впливають на фізичне та психічне здоров'я в дорослому віці. Результати дослідження показали, що НДД, про які повідомлялося в першій хвилі, були пов'язані з гіршими психіатричними та фізичними показниками в третій хвилі. Наявність негативного дитячого досвіду було пов'язане з більшим використанням уникання, стратегій, орієнтованих на емоції і меншим використанням стратегій, орієнтованих на проблему в дорослому віці (Sheffler, 2019).

Зокрема, було виявлено, що уникання негативних емоцій протягом другої хвилі частково опосередковує зв'язок між негативним дитячим досвідом, про які повідомлялося на початку дослідження, та психіатричними та фізичними наслідками для здоров'я, про які респонденти повідомляли наприкінці. Варто також зазначити, що в результаті аналізу, не було виявлено жодного значущого зв'язку з проблемно-орієнтованим копінгом (Sheffler, 2019). Протягом 20-річного дослідження, Шефлер виявив, що кумулятивний показник НДД (низький фінансовий стан сім'ї, розлучення батьків, смерть, і досвід насилля) був пов'язаний із більшою кількістю хронічних захворювань у дорослому віці.

Так, біопсихосоціальні моделі припускають, що емоційно-фокусовані стратегії, зокрема, взаємодіють з біологічними системами (наприклад, порушення імунної функції) та психосоціальними механізмами (ризикова поведінка для здоров'я), що впливатимуть на стан здоров'я в дорослому віці. Одним із пояснень цього є те, що за наявності негативного дитячого досвіду сприяють сенсibiliзації ділянки мозку, які беруть участь у реакції на стрес,

гальмівному контролю та винагороди (Nusslock & Miller, 2016). У свою чергу, зміни на нейробіологічному рівні можуть впливати на когнітивну оцінку загрози та подальшу дію у відповідь на сприйману загрозу. Таким чином нейропсихологія пояснює, що особи, які зазнали хронічного неглекту в дитинстві не лише більш схильні відчувати та сприймати ситуації як більш стресовими та загрозовими порівняно з іншими, а також мають ймовірність виробити менш ефективні копінг-стратегії.

Негативний вплив такого копіngu «уникнення» детально описаний у дослідженнях тривоги, які демонструють, що уникання та емоційно-фокусований копінг тісно пов'язані з тривожними розладами (Panayiotou, Karekla, & Leonidou, 2017). Когнітивно-поведінкові втручання, спрямовані на зменшення уникнення, вважаються найефективнішими для низки тривожних розладів і розладів настрою. Крім того, нещодавнє дослідження вказує на те, що порушення менталізації може вплинути на стратегії подолання, регуляцію афекту та стресу (Wagner-Skacel, Riedl, Kampling & Lampe, 2022).

В межах нашого дослідження ми також розглянемо психоаналітичний сенс впливу стресового середовища в дитинстві. Згідно з психоаналітичною теорією, досвід дитячої травми відіграє вирішальну роль в етіології психічних розладів. Насилля в дитинстві розглядається, як інтенсивна подія, в якій особа не може інтегрувати цей досвід на символічному рівні, що сприяє патологічному формуванню порушень функціонування особистості (McGowan, 2009). Інтерналізований ранній травматичний досвід часто призводить до відповідних робочих схем і перешкод у функціональній регуляції емоцій з меншою гнучкістю (Spinhoven, 2016).

Зв'язок між негативним дитячим досвідом і дисоціативними розладами повністю опосередковується менталізацією, або здатністю до саморефлексії (Wagner-Skacel et al., 2022). Важливим прогностичним фактором для виникнення станів дисоціації у дорослому віці є не саме жорстоке поводження в дитинстві, а те, як негативний досвід у дитинстві вплинув на можливості менталізації потерпілої особи. Таким чином, менталізація виступає трансдіагностичним

критерієм, який може виявити вразливості до дисоціації та шлях до її терапії. Крім того, це вказує на те, що ранні втручання та лікування осіб, потерпілих від НДД, зосереджене на сприянні розвитку розуміння себе та свого досвіду, що може запобігти розвитку дисоціативних симптомів.

Результати метааналізу підтверджують загальні висновки, що наслідки для здоров'я дорослих, найбільш чітко пов'язані з НДД, включають проблемне споживання алкоголю та психоактивних речовин, насильство та психічні захворювання (Hughes, 2017). Проте існують значні варіації- значна частина осіб, незважаючи на надмірний вплив негативного дитячого досвіду, і натомість демонструють стійкість. Стійкість зазвичай визначають, як стабілізацію психічного стану або позитивна адаптацію, незважаючи на наявність травмуючої події. Саме кумулятивний вплив НДД, тобто хроніфікація інтенсивного стресу, пов'язана із нижчою стійкістю, незалежно від соціально-економічного стану в дорослому віці та наявної соціальної підтримки (Daníelsdóttir, Aspelund, Thordardottir et al., 2022). Це може вказувати на те, що стійкість може значною мірою визначатися в дитинстві.

Два поширені підходи до операціоналізації поняття стійкості визначають стійкість як сприйману здатність долати стресові події, що відображає уявлення людей про їх здатність ефективно справлятися зі стресом і негараздами у житті, і як психіатричну стійкість, що відображає емпірично отриманий результат, такий як відсутність ПТСР або інших психічних розладів серед осіб, які зазнали травматичних подій (Daníelsdóttir et al., 2022). Різні визначення стійкості не є взаємовиключними, а скоріше доповнюють один одного і можуть охоплювати різні базові аспекти стійкості.

Дотичним до стійкості є поняття нетерпимості до невизначеності. Дослідження Dirican et al 2023 року показало, що емоційне насилля мало позитивну кореляцію сильного зв'язку з нетерпимістю до невизначеності (Dirican et al, 2023). Детальний аналіз провела українська дослідниця Ганна Громова у 2022 році, де вказує, що рівень терпимості до невизначеності (ТН) має опосередкований вплив з негативним дитячим досвідом. Встановлено, що

наявність несприятливого дитинства та травмуючих подій протягом дорослого життя по-різному впливає на ставлення до невизначеності. Аналіз емпіричного дослідження вказує на те, що такий компонент ТН як гнітюча тривога (відчуття надмірного стресу в ситуації невизначеності) пов'язаний з наявним НДД. Однак, когнітивний компонент не має статистично значущих зв'язків з важким дитинством (Громова, 2022).

Відсутність відмінностей у рівнях ТН у дорослих, що пережили нещодавні травмівні події може свідчити про те, що травматичний досвід у дорослому віці суттєво не змінює ставлення до невизначеності та підтверджує припущення, що ТН формується у дитинстві (Громова, 2022). Таким чином, дитячий травмівний досвід сприяє негативним очікуванням від несподіванок.

Кузнецова та Дергач проаналізували вплив несприятливого дитинства на вираженість акцентуацій у дорослому віці (Кузнецова & Дергач). Так, 3 і більше балів за опитувальником НДД призводить до збільшення вираженості акцентуацій, а саме:

- на 48,47% неврівноваженість та збудливість;
- на 37,43% циклотимність;
- на 30,25 % екзальтованість;
- на 19,69% педантичність;
- на 13,96% ригідність.

Інше дослідження Юлії Целікової показало несподівані контрінтуїтивні результати, що респонденти, які були свідками домашнього насильства в дитинстві не схильні переживати сильну тривогу в дорослому житті. Однак, ворожість агресія мають відображення дитячого насилля. Вірогідно, що таким чином формується ригідність в дисфункціональних сім'ях (Целікова, 2022). Було з'ясовано, які з типів НДД мають найбільш згубний вплив, а саме : хронічне побутове насилля, побиття та жорстока поведінка до членів родини і наявність психічних розладів в когось із близьких. Також була виявлена значна кореляція

між типом негативного дитячого досвіду і проявом тривоги, агресії й ригідності в дитинстві та дорослому житті (Целікова, 2022).

Підсумовуючи аналіз досліджень взаємозв'язків копінг-стратегій дорослих та їх дитячого досвіду, можемо теоретично підтвердити опосередкований, а інколи прямий зв'язок. Лонгітюдні дослідження показують, що копінги можуть бути одним із важливих і фактороутворюючих шляхів між раннім несприятливим досвідом та станом фізичного та психічного здоров'я у дорослому віці. Більшість досліджень показують, що негативний дитячий досвід має довгостроковий шкідливий вплив на здоров'я та психічне функціонування. Зниження здатності справлятися зі стресовими ситуаціями часто корелює саме з емоційно-фокусованими копінгами і є потенційною точкою втручання, щоб перешкодити траєкторію переходу від НДД до захворювань та психічних розладів.

Біопсихосоціальні процеси осіб, що мали значний негативний досвід у дитинстві, призводять до більш інтенсивного переживання та реагування на стресори з менш ефектеивними механізмами справляння, порівняно з тими, хто його не мав. Однак, варто також зазначити, саме ставлення до ситуацій невизначеності є важливою предиспозицією для вибору копінг-стратегії і є більш гнучким параметром, який може змінюватись впродовж життя.

Висновки до розділу I

Негативний дитячий досвід охоплює різноманітні події, що трапляються в сімейному або соціальному середовищі та впливають на психофізіологічний розвиток дитини. Огляд літератури свідчить, що такий досвід значно пов'язаний з несприятливими наслідками для здоров'я в дорослому віці. НДД асоціюється з фізичними і психічними проблемами та ризикованою поведінкою, яка може призвести до хронічних фізичних і емоційних розладів, зокрема через надмірну стимуляцію вегетативної нервової системи, дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи та неефективні поведінкові стратегії

подолання. Більшість досліджень підтверджують кумулятивний вплив НДД на здоров'я дорослих.

Огляд існуючих моделей копінг-стратегій вказує на різні способи подолання важких життєвих ситуацій, включаючи емоційні, когнітивні та поведінкові методи, які можуть як сприяти особистісному розвитку, так і бути менш адаптивними. Класифікація копінг-стратегій у літературі залишається неузгодженою через складну взаємодію фізіологічних, когнітивних, афективних, поведінкових і соціальних аспектів стресу. Проте сучасні інтегративні теорії поступово об'єднують ці складні конструкти в єдину модель.

Аналіз досліджень, які вивчають взаємозв'язок копінг-стратегій дорослих та їхнього дитячого досвіду, підтверджує як опосередкований, так і прямий зв'язок. Лонгітюдні дослідження демонструють, що копінг-стратегії можуть бути важливим фактором між раннім негативним досвідом і станом фізичного та психічного здоров'я у дорослому віці. Більшість досліджень вказує на довгостроковий негативний вплив НДД на здоров'я та психічне функціонування. Варто також зазначити, що більшість досліджень вказують на те, що зниження здатності справлятися зі стресовими ситуаціями часто пов'язане з емоційно-фокусованими копінг-стратегіями, що є потенційною точкою втручання для запобігання захворювань та психічних розладів.

Також, біопсихосоціальні процеси людей, які мали значний негативний досвід у дитинстві, призводять до більш інтенсивного переживання та реагування на стресори з менш ефективними механізмами подолання, порівняно з тими, хто такого досвіду не мав. Важливо зазначити, що ставлення до ситуацій невизначеності є ключовим фактором для вибору копінг-стратегії та є гнучким параметром, який може змінюватися протягом життя. Наше емпіричне дослідження перевірить цю гіпотезу, а також зв'язок між негативним дитячим досвідом та копінг-механізмами у дорослому віці.

РОЗДІЛ II

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ У ФОРМУВАННІ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ В ДОРΟΣЛОМУ ВІСІ

2.1. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження

На базі розглянутої літератури в межах нашого дослідження впливу несприятливого дитячого досвіду на формування копінг-стратегій ми висунули наступні припущення, які були перевірені в емпіричній частині дослідження, а саме:

- негативний дитячий досвід має взаємозв'язок з толерантністю до невизначеності;
- негативний дитячий досвід негативно корелює з особистісною тривожністю;
- особи, що мали негативний дитячий досвід більше схильні мати дисфункційні копінг-стратегії;
- негативний дитячий досвід корелює з деякими основними рисами характеру.

Для перевірки висунутих гіпотез була визначена та обґрунтована методологічна база дослідження.

Один із важливих інструментів в нашому дослідженні є виявлення та оцінка несприятливого досвіду в дитинстві дорослих респондентів. Нові дані свідчать про те, що стиль подолання стресу може опосередковувати взаємозв'язок НДД і копінгів. У широкому сенс, подолання стресу включає когнітивні та поведінкові стратегії для вирішення внутрішніх або зовнішніх вимог, оцінених як складні. З часом ці стратегії мають тенденцію до закріплення і стають звичними для дорослих.

Починаючи з 1900-х років, негаразди в дитинстві почали пов'язувати з подальшими психологічними та фізичними проблемами зі здоров'ям, включаючи проблеми з психо-емоційним розвитком, ризиковану для здоров'я поведінку серед підлітків та безліч хронічних психологічних і фізичних захворювань у дорослих (Felitti, 1998; Brown, 2009; Kelly-Irving, 2013; Austin, 2016).

Однак ґрунтовне дослідження почалось відносно недавно, зокрема, дослідження проблеми, а також створення відповідної методики, яка б виявляла наявність несприятливого дитячого досвіду протягом 1990-1997 років командою професора медицини Фелітті. Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) маючи деякі обмеження, залишається стандартом вивчення несприятливого досвіду дитинства.

Перейдемо до огляду моделей для виявлення переважаючих копінг-стратегій. Класичними підходами до вивчення копінгів до сьогодні вважають теорії Лазаруса та Фолкмана 1984 року, Карвера 1989 р., Паркера та Ендлера 1992р. Розглянемо підходи до вивчення копінг-стратегій кожної з них.

Вплив трансакційної теорії стресу та подолання Лазаруса та Фолкмана залишається однією із основних і базових теорій вивчення психології стресу та досліджень стратегій подолання в багатьох галузях. Лазарус і виділили дві основні категорії подолання: подолання (копінг), орієнтоване на проблему та подолання зосереджене на емоціях, як відповіді, спрямовані на «управління або зміну проблеми, що спричиняє дистрес» і «регулювання емоційних реакцій на проблему» (Lazarus & Folkman, 1984). Протягом 1980-1985 рр. Лазарус і Фолкман розробили Опитувальник копінг-стратегій (WCQ), заснований на двох базових стратегіях – спрямування на проблему та на емоції, з метою виміряти тип реакції на стрес. Так, було виділено копінгів з різною кількістю факторів спочатку два у 1980 році, потім чотири, п'ять, сім протягом 1990-2016 рр, і нарешті вісім Лазарусом і Фолкманом.

Лазарус і Фолкман зробили важливий крок у концептуалізації способів подолання, до яких вдаються люди у стресових ситуаціях, вплинувши на

формування інших моделей. Однак, поділ лише на два способи подолання протягом багатьох років критикували багато авторів. Пізніше Лазарус визнав, що поділ на проблемно- та емоційно-орієнтоване подолання може бути спрощеним уявленням про копінги.

Скінер критикував підхід в тому, що більшість способів подолання можуть виконувати обидві функції – емоційно розрядку та вирішення проблеми та можуть підходити до обох категорій (Skinner, 2003). Наприклад, складання плану не лише допоможе вирішити проблему, але й знижує тривогу. Особливо проблематичним є концептуалізація емоційно-фокусованого копінгу, до якого можуть входити дуже різноманітні способи подолання. Крім того, інший відомий дослідник копінгів Карвер не виявив різниці між проблемно-фокусованим та емоційно-фокусованим подоланням (Carver, 1989). Емпіричні дослідження показували більшу кількість факторів. Таким чином, наступні дослідники проблеми копінгів надавали перевагу великому спектру стратегій подолання.

Так, іншою важливою спробою класифікувати копінг-стратегії є подолання, орієнтовані на завдання, емоції та уникнення Паркера і Ендлера (1992). Паркер і Ендлер помітили, що багато способів визначення подолання стресу характеризуються методологічними недоліками, які перешкоджають узагальненню результатів від однієї популяції до іншої. Їх рішенням було додати щонайменше ще один тип копінгу, до існуючих за теорією Лазаруса та Фолкмана. Доповнивши бачення щодо емоційно-фокусованих стратегій, як «орієнтація на особистість, яка включає емоційні реакції, заклопотаність собою та фантазування»; стратегії, орієнтовані на вирішення завдання відносяться до стратегій, які використовуються для вирішення проблеми, її переосмислення або мінімізування наслідків. Третій вимір – подолання, орієнтоване на уникнення, що включає як орієнтовані на завдання, так і орієнтовані на особистість стратегії.

Орієнтоване на завдання уникнення концептуалізується як відволікання, тоді як особистісно-орієнтоване уникнення приймає форму пошуку соціальної підтримки. Для того, щоб виміряти три стилі подолання, Ендлер і Паркер

розробили Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (CISS) у 1999 році. Опитувальник показав задовільні психоматричні властивості, підтвержені в різних групах населення. Однак, знову суттєвим обмеженням моделі є те, що вона охоплює лише три категорії подолання і не може пояснити безліч інших варіантів реакцій в стресових ситуаціях.

Іншою важливою моделлю копінг-стратегій є теорія Карвера та ін. 1989 року. Автори знову таки виходили з припущення, що розрізнення між проблемним і емоційним копінгом є корисним, але недостатнім. Здійснивши метааналіз літератури щодо стратегій подолання, вони визначили 13 типів подолання, серед яких п'ять є як підвимирами копінгу, орієнтованого на проблему (активне подолання, планування, придушення конкуруючих дій, стримування подолання, пошук соціальної допомоги у вирішенні проблеми), п'ять копінг-стратегій, орієнтованих на емоції (пошук підтримки, позитивне переосмислення, прийняття, заперечення, звернення до релігії); решта три були класифіковані як «менш корисні» дисфункційні копінги (зосередженість на емоціях, поведінкова відстороненість, розумова відстороненість). Щоб виміряти стратегії подолання, команда Карвера розробили опитувальник COPE. Наразі його розширено та додано дві додаткові шкали: гумор та вживання психоактивних речовин.

Представлені копінг-стратегії в WCQ, COPE та CISS мають свої відповідники в інтегративній теорії Coping Circumplex Model (CCM), запропонованою Stanisławski у 2019 році, але слід зазначити, що CCM концептуалізує копінг як диспозицію на противагу ситуативного. Це узгоджується з COPE та CISS, у свою чергу опитувальник WCQ призначений для вимірювання ситуаційного подолання. Крім того, 10 із 15 копінг-стратегій COPE можна знайти в CCM. Проте місце п'яти інших стратегій COPE, а саме стримування, пошук соціальної підтримки з інструментальних причин, пошук соціальної підтримки з емоційних причин, прийняття, звернення до релігії) у CCM видається проблематичним. Копінг-стратегії опитувальника Паркера і Ендлера, здається, повністю сумісні з моделлю CCM, на відміну від

опитувальника Фолкмана та Лазаруса, лише 2 з 8 стратегій узгоджуються з інтегративною моделлю ССМ.

В межах нашого дослідження, ми обрали саме опитувальника Карвера COPE через його диспозиційні та ситуаційні можливості дослідження переважаючих копінгів, відповідність сучасному баченню стратегій подолання та наявній адаптації на українській вибірці Коваленко Ю. Іншими важливими методологічними інструментами в межах нашого дослідження є «Шкала інтолерантності до невизначеності» Н. Карлетона в адаптації Г. Громової (2022).

Здатність витримувати неприємний фізичний та психологічний стан із можливістю швидкого відновлення є поняттям толерантністю до дистресу. У свою чергу, низька толерантність розуміється як непереносимість або гіперчутливість до відчуттів та переживань в стресовій ситуації. Толерантність до дистресу включає в себе толерантність до ситуацій невизначеності, двозначності, фрустрації, фізичного та емоційного дискомфорту. З усіх аспектів саме здатність толерантності до невизначеності виявилася прогностичним показником рівня відчутого стресу (Perceived Stress), що означає рівень на якому людина відчуває і оцінює ситуацію як загрозливу та стресову (Bardeen et al., 2016; Громова, 2022). Особливу роль у реакції на стрес відіграють негативні переконання про власну нездатність діяти цілеспрямовано та впевнено в успіху в несподіваних або невизначених ситуаціях.

Так, переконання у власній неспроможності знижувати емоційну напругу в ситуаціях невизначеності призводить до підвищеної чутливості до стресових подій та ускладнює регулювання дистресу в подальших подібних ситуаціях. Це підтверджується даними, які показують, що хронічний стрес погіршує здатність керувати емоційними станами, що, в свою чергу, зміцнює переконання у власній неспроможності справлятися з ситуаціями невизначеності (Bardeen et al., 2016; Громова, 2022). У подальшому це переконання веде до стратегій уникнення (дисфункційний копінг), що унеможлиблюють отримання досвіду, який міг би змінити це застигле переконання. Низька толерантність до невизначеності

пов'язана з такими копінг-стратегіями, як уникнення, гіперзбудження або протилежно - емоційного оніміння.

Також виявлено, що гнітюча тривога, як нестерпне відчуття непереносимості стресу та супровідні переконання щодо цього є суттєвими факторами проявів посттравматичних станів. У свою чергу, прогностична тривога як переконання щодо негативного майбутнього пов'язана зі загальною важкістю симптомів посттравматичного стресового розладу (Громова, 2022).

Крім того, травматичний досвід, особливо у дитинстві, створює основу для станів ступору та безпорадності, а також потребу уникати неоднозначності навіть у подальшому, будучи вже дорослою людиною. Це може відобразитися на рівні емоційно-поведінкових реакцій та когнітивних переконань у власній нездатності подолати складні ситуації. З цієї причини можна припустити, що травматичний досвід, зокрема у дитинстві, впливає на зниження толерантності до невизначеності. В нашому дослідженні ми також маємо намір перевірити цю гіпотезу.

Так, ще у 1975 році науковець Роберт Нортон здійснив контент-аналіз психологічних статей за період з 1933 по 1970 роки, які вивчали питання невизначеності. Аналіз дав можливість описати невизначеність у таких категоріях, як: множинність суджень; неточність, неповнота і фрагментованість; вірогіднісний характер; неструктурованість; дефіцит інформації; мінливість; несумісність і суперечливість; незрозумілість (Литвин, 2019).

А у 2022 р., проаналізувавши існуючі теорії невизначеності, українська дослідниця Г. Громова сформулировала три підходи до розуміння цього конструкту:

1. Невизначеність розглядається як характеристика об'єктивного світу, яка існує незалежно від впливу людини.
2. Невизначеність, як обмежена здатність людини сприймати та розуміти зовнішній світ.
3. Невизначеність, як суперечливе, неповне усвідомлення людиною себе, своїх мотивів поведінки.

Варто зауважити, що на відміну від зарубіжних науковців, українські дослідники більше вивчали позитивні сторони невизначених ситуацій. Зокрема, А. Гусєв вбачає в таких ситуаціях резервний потенціал особистісного розвитку та самоактуалізації, Г. Громова розглядає ТН як спосіб подолання психотравмуючих подій, Н. Павленко розглядає особистісні диспозиції, як ресурс психологічного благополуччя в умовах невизначеності, І. Корнієнко вивчає опанувальну поведінку у житті особистості, а Ю. Мельник вивчає психологічні стратегії життєдіяльності в умовах ситуаційної невизначеності.

Зазначимо, що опитувальник «Шкала інтолерантності до невизначеності» (IUS-12) Н. Карлетона широко використовується для вивчення нетерпимості до невизначеності. Популярність і чітка структура тесту IUS-12, а також його трансдіагностична цінність дають змогу виміряти ставлення до невизначеності. Переклад українською та адаптацію провела Г. Громова у 2022 році, який показав достатньо високу валідність і надійність.

Початково опитувальник IUS був створений у 1994 році і складався з 27 питань, але у 2007 році Н. Карлетон скоротив його до 12 питань. Тест також містить дві підшкали для оцінки гнітючої та прогностичної тривоги. Запитання шкали гнітючої тривоги більше стосуються тілесно-емоційних реакцій на ситуації невизначеності та несподіваних подій, тоді як запитання шкали прогностичної тривоги описують когнітивний компонент ставлення до невизначеності (очікування та переконання щодо невизначеності майбутнього). Інші існуючі тести значно довші та мають меншу валідність і внутрішню узгодженість.

Перейдемо до наступного інструменту нашого дослідження «Особистісна шкала прояви тривоги Дж. Тейлора». Як вже зазначалось у теоретичній частині дослідження, низька толерантність до невизначеності пов'язана з особистісною тривожністю. І хоча інтолерантність до невизначеності має сильніший зв'язок з ситуативною тривожністю через однакову природу – тривогу перед невідомістю, варто зосередитись на особистісних факторах. Тривожність як відчуття

негативного емоційного хвилювання має прояв у певних особистісних характеристиках (Волошок, 2019).

З метою діагностики тривожності використовують різні методики. Ми обрали опитувальник Дж. Тейлора, оскільки ця методика спрямована саме на особистісні особливості тривожності замість ситуативних. Шкала була розроблена у 1954 році, а у 1975 р. була адаптована та доповнена шкалою брехні В.Г. Норахідзе. Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора перекладена українською.

Скринінговий опитувальник п'яти факторів особистості BFI-10 - адаптація Сердюк О. О., Базима Б. О. був обраний як допоміжна ланка у побудові зв'язків «НДД – ІТН, тривожність, характер особистості – певний копінг». Стандартним інструментом для вимірювання особистісних якостей вже довгий час є "Велика П'ятірка", яка ґрунтується на п'ятифакторній моделі особистості. Ця модель розроблена на основі теорій Айзенка і Кеттелла і визначає п'ять ключових факторів особистості, які можна представити як полюси на шкалах, де кожна особистість може бути описана як конкретна точка. Повна версія опитувальника "Велика П'ятірка" включає 75 питань.

Проте, на практиці, такі великі комплексні тести часто проявляють недостатню ефективність. Тому, найбільш скорочені версії методики містять лише п'ять запитань, але при цьому мають значну похибку вимірювання (Сердюк & Базима, 2021). З іншого боку, версія з десятьма запитаннями демонструє достатні психометричні характеристики. Результати метааналізу свідчать про те, що найбільш ефективним є вимірювання саме за допомогою BFI-10. Українську адаптацію опитувальника розробили Олексій Сердюк і Борис Базима у 2021 році. Психометричні властивості всіх інструментів дослідження проаналізовано в наступному підрозділі.

Наша теоретична модель дослідження представляє собою вплив негативного дитячого досвіду на формування інтолерантності до невизначеності та рівня особистісної тривожності та розвитку певних характерологічних властивостей,

які потенційно матимуть взаємовплив на формування певного копінгу у дорослому віці. Графічно модель нашого дослідження зображена на рис.2.1:



Рис. 2.1. Побудова зв'язку для емпіричної перевірки «Негативний дитячий досвід – інтолерантність до невизначеності, особистісна тривога, характер особистості– формування копінг-стратегії»

Так, під впливом негативного досвіду у дитинстві може формуватись підвищена тривожність, низька терпимість до ситуацій невизначеності, які впливатимуть на шліфування відповідних копінг-стратегій, а ті підтверджуватимуть необхідність високої тривоги та нетерпимості через свою негнучкість та дезадаптивність. У наступному розділі роботи ми маємо намір емпірично перевірити цю модель.

2.2. Характеристики методологічного інструментарію емпіричного дослідження

Відомо, що люди по-різному реагують на одні й ті самі події та мають різні способи подолання складних життєвих ситуацій. У теоретичній частині були розглянуті різні способи до яких вдаються люди у проблемних ситуаціях, а також деякі чинники, що мають вплив на вибір людини (як ситуативні, так і диспозиційні).

Ми припускаємо, що негативний дитячий досвід має принаймні опосередкований вплив на життя у дорослому віці, зокрема, щодо переважаючих копінгів, толерантності до невизначеності вдаватись до більш чи менш конструктивних способів вирішення проблеми, а також корелює із рівнем загальної тривожності. Метою нашого дослідження є пошук зв'язків між обраним копінгом та негативним дитячим досвідом. Для досягнення мети, були поставлені наступні завдання:

1. Порівняти рівні толерантності до невизначеності та оцінити наявні кореляції в осіб, що мали несприятливий досвід в дитинстві і тих, що не мали.
2. Виміряти рівень особистісної тривоги в обох групах та пошук кореляцій з негативним дитячим досвідом респондентів.
3. Перевірити кореляційні зв'язки з переважаючими копінгами.
4. Оцінити взаємозв'язок основних рис характеру за шкалою OCEAN з наявністю та відсутністю негативного дитячого досвіду.
5. Перевірити різницю в рівнях негативного дитячого досвіду за статтю.
6. Оцінити відмінності в копінг-стратегіях у чоловіків та жінок.
7. Побудувати модель лінійної регресії щодо взаємозв'язку несприятливого дитинства та формування певних копінгів у дорослому віці.

Для дослідження було використано методики, які вимірюють рівень негативного дитячого досвіду, визначають переважаючий копінг в стресових ситуаціях, оцінюють рівень (ін)толерантності до невизначеності, рівень особистісної тривожності та профіль OCEAN, а саме:

- 1) Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) в адаптації Власової О. І., Родіної Н. В., Целікової Ю. О., Ворнікової Л. К., Тихоненко Ю. О (2022);
- 2) «COPE» Карвера, в адаптації Ю. Коваленко (2020);
- 3) «Шкала інтолерантності до невизначеності» Н. Карлетона в адаптації Г. Громової (2022);
- 4) Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора, перекладена українською;

- 5) Скринінговий опитувальник п'яти факторів особистості BFI-10 - адаптація Сердюк О. О., Базима Б. О. (2021).

Розглянемо детальніше психометричні якості та доцільність використання кожної з них для нашого дослідження.

– *Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) в адаптації Власової О. І., Родіної Н. В., Целікової Ю. О., Ворнікової Л. К., Тихоненко Ю. О.*

Перш за все, варто зазначити, що негативний дитячий досвід вважається таким, коли мало місце стресовий, хронічний досвід різної тяжкості, який виник до 18 років. Ґрунтовне дослідження таких травмівних подій почалось відносно недавно - з кінця 80-90 рр. Зокрема, дослідження проблеми, а також створення відповідної методики, яка б виявляла наявність несприятливого дитячого досвіду проходило протягом 1990-1997 років командою професора медицини Фелітті. Протягом цього часу також проходило перше широкомасштабне опитування щодо негативного дитячого досвіду в США. Результати опитування вразили: більшість опитуваних демонстрували наявність несприятливого досвіду у дитинстві а відстрочка наслідків тривала десятиліттями (Мілютіна, 2018).

Лікар Вінсент Дж. Фелітті помітив, що більшість його пацієнтів мали несприятливий дитячий досвід, які за його гіпотезою призводили до низки захворювань та психологічних наслідків на особистість. Історично склалось, що негативні події в дитинстві оцінювали індивідуально та по одиночно (емоційне/фізичне/сексуальне насильство). У 1990 році команда Фелітті розробили методику з 10 основних запитань, які включали 17 підпунктів. Основною метою дослідження було виявлення, як дитячі негативні спогади пов'язані із станом здоров'я респодентів у дорослому віці. Питання стосувались фізичного та емоційного занедбання, пережитих несприятливих подій у дитинстві (Felitti, 1998).

Саме дослідження Фелітті змінило спосіб виявлення впливу НДД шляхом агрегування несприятливого досвіду. Об'єднавши несприятливий досвід у три основні категорії: жорстоке поводження, неглект та сімейні дисфункції, дослідники мали змогу оцінити вплив на життя та здоров'я людей глобально.

Таким чином, дослідники проблематики отримали змогу оцінити взаємозв'язок між негативним дитячим досвідом та цілою низкою захворювань, з якими людина стикається в дорослому віці.

Адаптація та стандартизація україномовної версії методики здійснили науковці Київського національного університету та Одеського національного університету Власова О. І., Родіна Н. В., Целікова Ю. О., Ворнікова Л. К., Тихоненко Ю. О. у 2022 році. В результаті було створено успішну модифікацію англійської версії опитувальника в яку тепер ввійшло 22 питання для оцінки негативного дитячого досвіду за чотирма шкалами: проживання у дисфункційній сім'ї, деструктивне ставлення оточення, залучення до раннього статевого життя та соціально-емоційна занедбаність (Власова et al, 2022).

В межах нашого дослідження ми також оцінили надійність шкали на досліджуваній вибірці за допомогою методу аналізу Альфа Кронбаха, що підтвердило високі результати надійності адаптації (при умові, що шкала вважається надійною при Альфа Кронбаха більше 0.8):

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
Scale	0.839

– Українська версія диспозиційного опитувальника «COPE»

Для дослідження копінг-стратегій наших респондентів була обрана українська версія диспозиційного опитувальника «COPE» Карвера, перекладена та адаптована Ю. Коваленко у 2020 році. Опитувальник COPE був представлений у 1989 році і є методикою ретроспективного самозвіту респондентів. Опитувальник ґрунтується на теорії поведінки опанування С. Фолкман та Р. Лазаруса, доповненою його власною моделлю саморегуляції поведінки, врахувавши як ситуативні, так і диспозиційні фактори впливу на поведінку людини. Така здатність опитувальника вимірювати як ситуативно, так і диспозиційно-зумовлену поведінку подолання зумовила його популярність.

Тест складається із 60 тверджень, які респондент має погодити або заперечити залежності чи використовує він їх у важких життєвих ситуаціях. Копінги були згруповані у підгрупи, які містять схожі за своїм механізмом стратегії. Зокрема, п'ять субшкал вимірюють проблемно-орієнтований копінг, а саме: активне подолання, планування, протидію конкурентних дій, обмеження, пошук інструментальної соціальної підтримки (Carver, 1989).

Емоційно-фокусований копінг: пошук емоційної соціальної підтримки, фокусування на емоціях та емоційна розрядка, позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, прийняття, релігійний копінг.

Дисфункційний копінг: заперечення, поведінкове відволікання, ментальне відволікання – уникнення проблеми, почуття гумору, вживання алкоголю та наркотиків. Україномовна версія COPE, адаптована Ю. Коваленко показала високу валідність, надійність та внутрішню узгодженість питань (Коваленко, 2020). Наша перевірка підтвердила надійність шкали за шкалою Альфа Кронбаха:

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
Scale	0.860

– *«Шкала інтолерантності до невизначеності» Н. Карлетона в адаптації Г. Громової*

Варто зазначити, що опитувальник «Шкала інтолерантності до невизначеності» (IUS-12) Н. Карлетона широко використовується для вивчення нетерпимості до невизначеності. Популярність і чітка структура тесту IUS-12, а також його трансдіагностична цінність дають змогу виміряти ставлення до невизначеності. Переклад українською та адаптацію провела Г. Громова у 2022 році, який показав достатньо високу валідність і надійність.

Початково опитувальник IUS був створений Фристоном у 1994 році і складався з 27 питань, але у 2007 році Н. Карлетон скоротив його до 12 питань.

Максимальна загальний бал нетерпимості до невизначеності складає 60, де кожне питання оцінюється від 1 до 5 балів за шкалою Лайкерта (1 – повна незгода із наведеним твердженням у питанні; 5 – повна згода).

Тест також містить дві підшкали для оцінки гнітючої та прогностичної тривоги. Запитання шкали гнітючої тривоги більше стосуються тілесно-емоційних реакцій на ситуації невизначеності та несподіваних подій, тоді як запитання шкали прогностичної тривоги описують когнітивний компонент ставлення до невизначеності (очікування та переконання щодо невизначеності майбутнього). Інші існуючі тести значно довші та мають меншу валідність і внутрішню узгодженість (Громова, 2021). В межах нашого дослідження, надійність шкали підтверджується:

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
Scale	0.889

– *«Особистісна шкала прояви тривоги Дж. Тейлора», адаптована В.Г. Норакидзе, перекладена українською*

Як вже зазначалось у теоретичній частині дослідження, низька толерантність до невизначеності пов'язана з особистісною тривожністю. І хоча інтолерантність до невизначеності має сильніший зв'язок з ситуативною тривожністю через однакову природу – тривогу перед невідомістю, варто зосередитись на особистісних факторах. Тривожність як відчуття негативного емоційного хвилювання має прояв у певних особистісних характеристиках (Волошок, 2019).

З метою діагностики тривожності використовують різні методики. Ми обрали опитувальник Дж. Тейлора, оскільки ця методика спрямована саме на особистісні особливості тривожності замість ситуативних. Шкала була розроблена у 1954 році, а у 1975 р. була адаптована та доповнена шкалою брехні В.Г. Норакидзе (Кокун, Пішко, Лозінська & Копаниця, 2011).

Тест містить 60 тверджень на які респондент має відповісти «так» або «ні». Загальний бал тривожної особистості може варіюватись у наступних межах: 40-50 балів як показник дуже високого рівня тривоги; 25-39 балів свідчать про високий рівень тривоги; 16-24 бала – про середній рівень (з тенденцією до високого); 5-15 балів – про середній рівень (з тенденцією до низького); 0-4 бала – про низький рівень тривоги. Надійність шкали за шкалою Альфа Кронбаха є високою:

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
Scale	0.871

– *Скринінговий опитувальник п'яти факторів особистості BFI-10 в адаптації Сердюка та Базима*

П'ятифакторна модель особистості («Велика П'ятірка») вже тривалий час вважається стандартом психодіагностичного скринінгу вимірювання якостей особистості. Модель опитувальника була створена на основі теорії Айзенка і Кеттелла для виявлення п'яти факторів особистості у вигляді полюсів на шкалах, де особистість можна описати як певну точку на шкалі. Повний п'ятифакторний особистісний опитувальник «Велика п'ятірка» містить 75 питань.

– Однак, на практиці такі батарейні комплексні опитування показують недостатню ефективність. Тому, найбільш стислими версіями методики містять п'ять запитань, але мають велику похибку вимірювання (Сердюк & Базима, 2021). У свою чергу, 10 запитань показують достатні психометричні властивості. Результати метааналізу показують більшу ефективність вимірювання саме BFI-10.

Адаптацію української версії опитувальника проводили Олексій Сердюк і Борис Базима у 2021 році. Результати адаптації показали надійність та валідність на значущому рівні ($p < 0,01$) та високими значеннями коефіцієнта альфа Кронбаха в межах 0,64–0,88. Ми перевірили надійність шкали:

Scale Reliability Statistics

	Cronbach's α
Scale	0.536

Зазначимо, що опитувальник BFI-10 описує профіль особистості за п'ятьма шкалами:

1. Шкала «Е» – екстраверсія, тобто спрямованість особистості на зовнішнє середовище на протипагу внутрішньому. Вираженість фактора являє собою відносне переважання одного полюса над іншим.
2. «А» – схильність до згоди (agreeableness), також доброзичливість на протипагу егоцентризму та меншої толерантності до інших.
3. «С» – свідомість (consciousness), тобто ступінь усвідомлення та свідомого контролю своєї діяльності. Інший полюс представляє особистість, яка має низьку неорганізованість та слабо контролює власні дії та імпульси.
4. «N» – нейротизм (neuroticism) – відносна швидкість виникнення негативних емоцій, реактивність до фрустрацій та стресу.
5. «О» – відкритість досвіду (openness to experience), тобто відкрите сприйняття життєвого досвіду, більш гнучкий розум, допитливість та вища креативність, порівняно з іншими.

Таким чином, характеристики методологічного інструментарію відповідають поставленим задачам нашого дослідження та показують високий рівень надійності та валідності на статистично значущому рівні.

2.3. Організація емпіричного дослідження та описові характеристики вибірки

З метою дослідження взаємозв'язків між переважаючими копінгами та негативним дитячим досвідом, ми провели онлайн опитування, яке здійснювалось протягом жовтня-листопада 2023 року. Для отримання

репрезентативних даних, було опитано 123 особи за допомогою онлайн-опитування за відповідними самозвітними методиками. У відсотковому відношенні вибірку склали 70,7% жінок та 29,3% чоловіків. Графічний розподіл вибірки за статтю зображений на рис.2.2.:

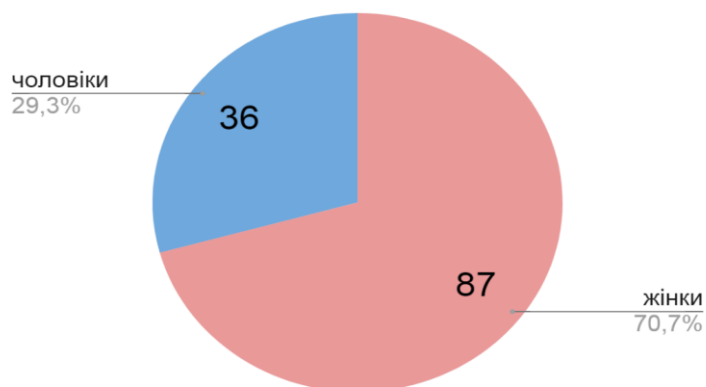


Рис.2.2. Розподіл досліджуваних за статтю

За віком вибірка виявилась розподіленою таким чином, що більшість досліджуваних (65%) знаходяться в межах 18 – 25 років, решта (35%) – в межах 26 – 35 років (рис.2.3):

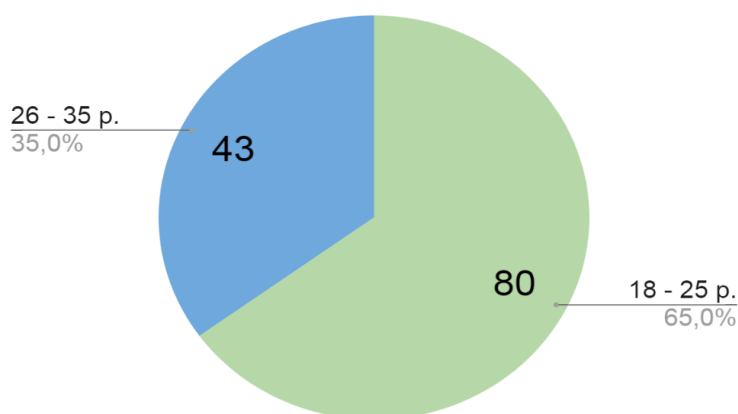


Рис.2.3. Розподіл досліджуваних за віком

Що стосується найвищого отриманого рівня освіти серед наших досліджуваних, то більшість осіб (майже 80%) мають вищу освіту. Розподіл вибірки за освітою графічно зображений на рис.2.4:

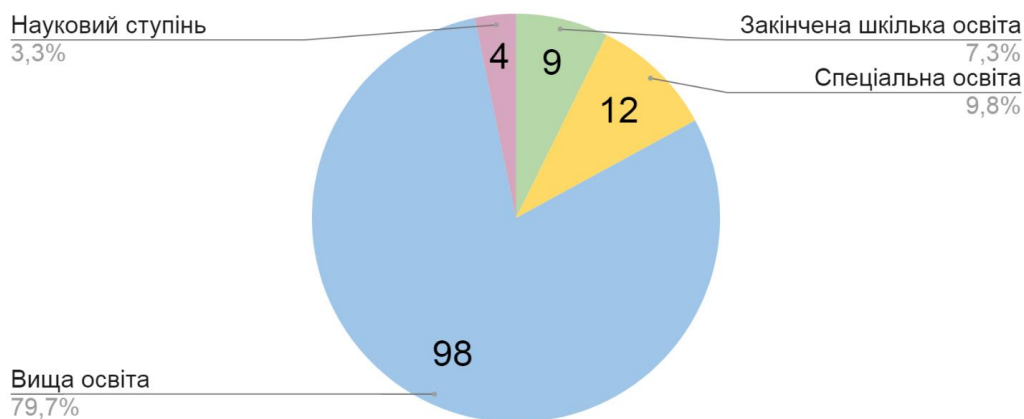


Рис.2.4. Розподіл досліджуваних за освітою

За видом зайнятості майже 84% досліджуваних – наймані працівники, приблизно 9% зареєстровані, як підприємці та 7% опитуваних наразі не працюють (рис.2.5):

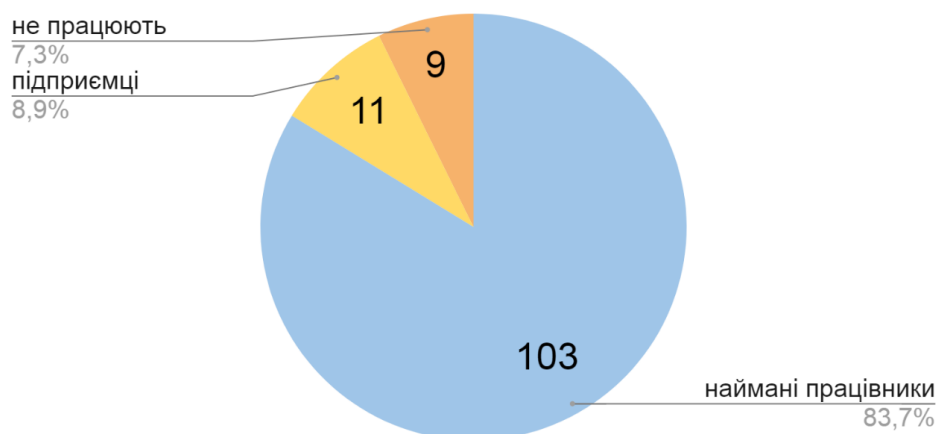


Рис.2.5. Розподіл досліджуваних за видом зайнятості

Зважаючи на воєнний стан нашої країни, ми вважаємо доцільним також визначити місце перебування досліджуваних, оскільки це може мати вплив на

результати дослідження. Отже, зауважимо, що 93% наших респондентів проживають зараз в Україні, решта – за кордоном (рис.2.6.):

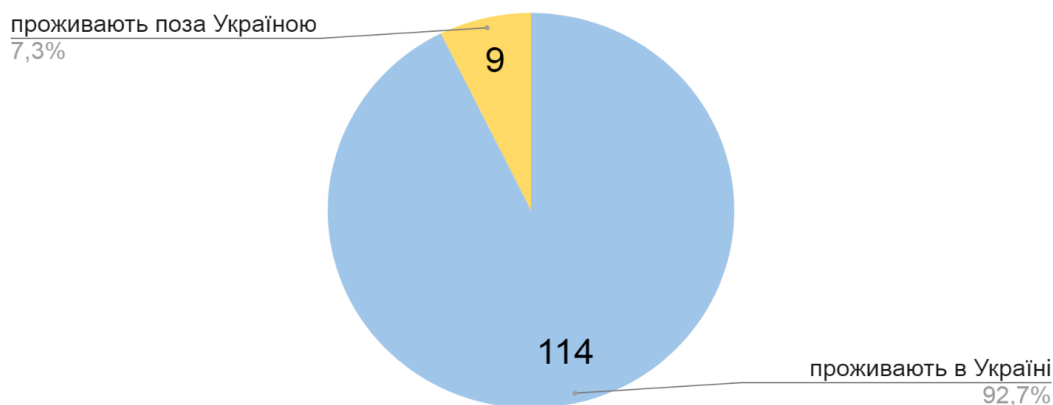


Рис.2.6. Розподіл досліджуваних за місцем проживання

Крім того, в межах нашого дослідження ми мали намір врахувати наявність психічних розладів у родинах досліджуваних. Для цього ми додали відповідне питання до анкети перед формальними опитувальниками. Таким чином, майже 23% досліджуваних репортували наявність принаймні одного члена родини, що страждає на психічний розлад (рис.2.7.):

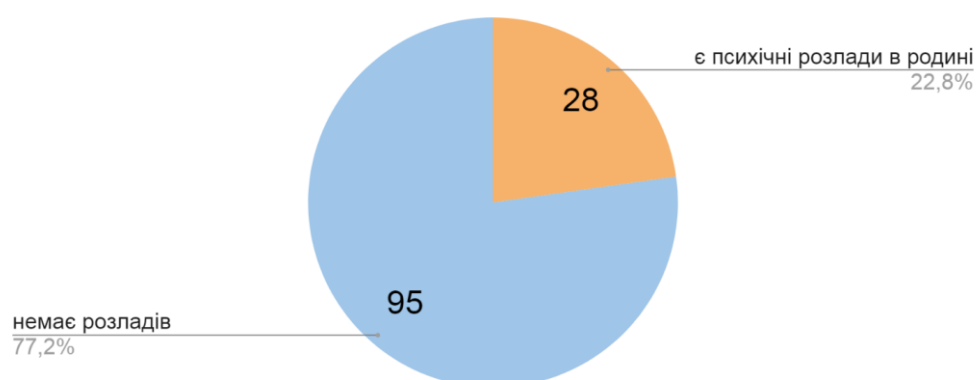


Рис.2.7. Розподіл досліджуваних за наявністю в родині осіб з психічними розладами

Іншим анкетним питанням було суб'єктивної оцінки тривожності опитуваних. Тому за власною суб'єктивною оцінкою 74% досліджуваних вважають себе тривожними людьми, решта ж не вважають себе такими (рис.2.8.):

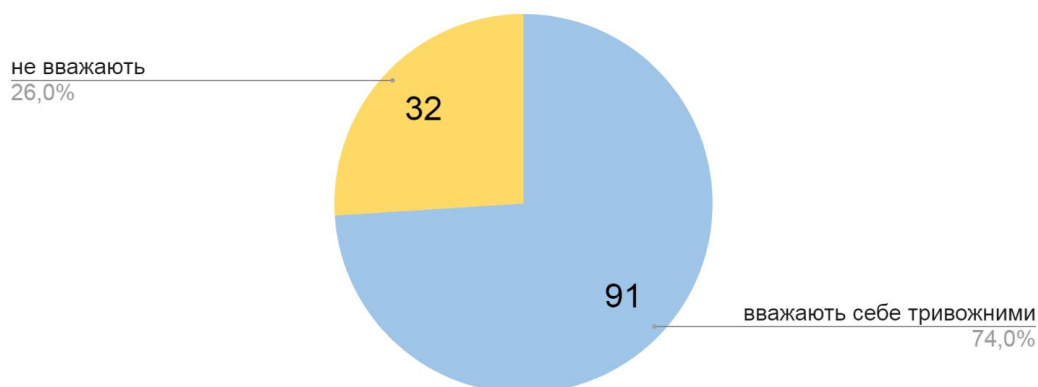


Рис.2.8. Розподіл досліджуваних за суб'єктивною оцінкою власної тривожності

Окрім питання щодо тривожності ми також запитали щодо суб'єктивної оцінки терпимості до невизначеності досліджуваних по шкалі від 1 (нетерпимі) до 10 балів (терпимі до невизначеності). Досліджувані здебільшого оцінюють свій рівень терпимості на 3-5 балів. Точні частоти представлено на рис.2.9.

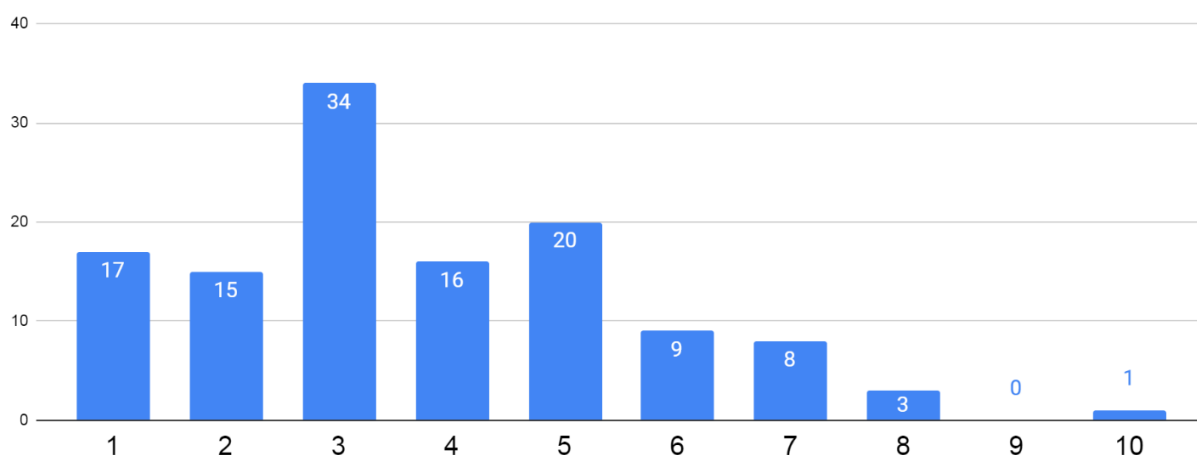


Рис.2.9. Розподіл вибірки за відповіддю на питання «Оцініть ваш рівень терпимості до невизначеності по шкалі від 1 до 10 (суб'єктивно)»

Після збору відповідей респондентів, ми розподілили вибірку на дві групи – ті, хто набрав 7 та більше балів за опитувальником ОНДД, які є експериментальною групою перевірки наших гіпотез щодо впливу негативного дитячого досвіду на копінг-стратегії у дорослому віці. Контрольною групою є особи, що набрали 0-6 балів за шкалою ОНДД. Розглянемо описові статистики кожної з них. По-перше, бачимо що обидві групи мають більшу кількість жінок, порівняно з чоловіками:



Рис. 2.10. Розподіл досліджуваних за статтю в межах експериментальної та контрольної групи

По-друге, вік респондентів розподіляється в межах 18-25 (64-66%) та 26-35 років відповідно між групами. Це свідчить про однорідність порівнюваних груп:

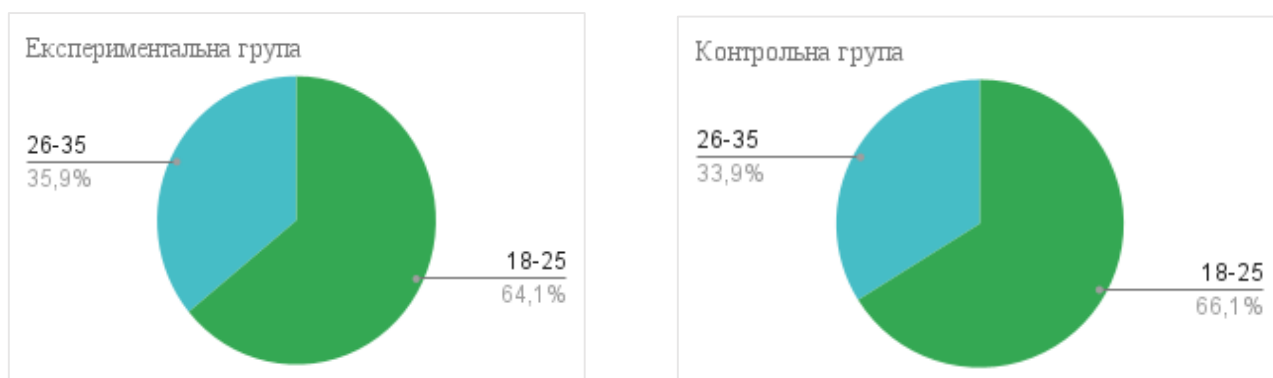


Рис. 2.11. Розподіл досліджуваних за віком в межах експериментальної та контрольної групи

Що стосується освіти та професійної зайнятості, то групи розподіляються наступним чином зображених на рисунках 2.12 та 2.13:

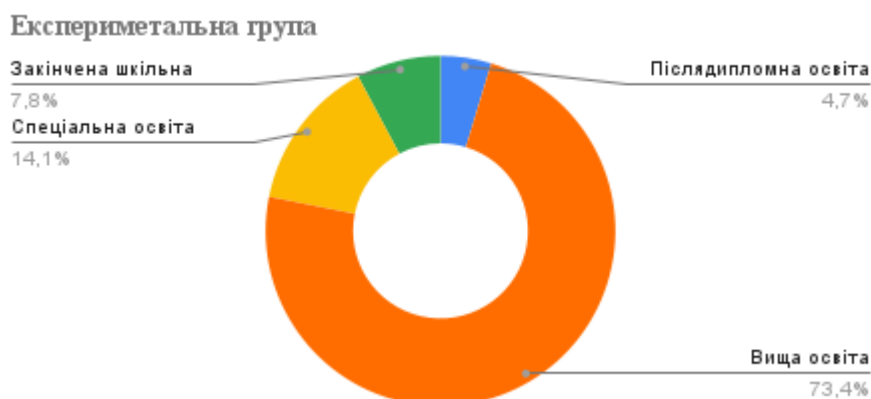


Рис. 2.12. Розподіл досліджуваних за освітою в межах експериментальної групи

Бачимо, що вищу освіту мають дещо більше респондентів з контрольної групи (тобто, ті хто мав менший негативний дитячий досвід). Також більше респондентів експериментальної групи мають спеціальну освіту та науковий ступінь, порівняно з контрольною:

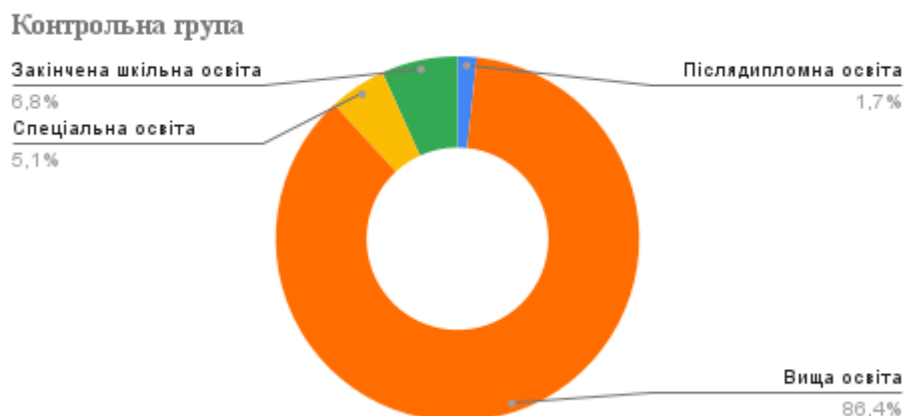


Рис. 2.13. Розподіл досліджуваних за освітою в межах контрольної групи

Крім того, більшість респондентів (80%) в обох групах працюють за наймом. В експериментальній групі дещо вищий рівень безробітних. Проте, взаємозв'язок краще перевірити на більшій вибірці.

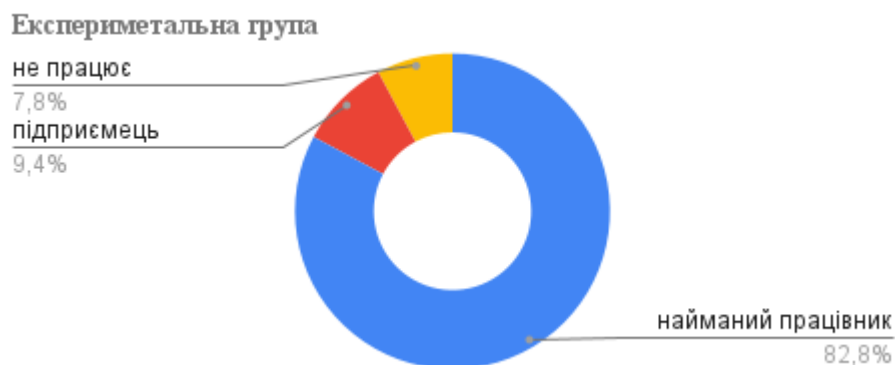


Рис. 2.14. Розподіл досліджуваних за видом діяльності в межах експериментальної групи

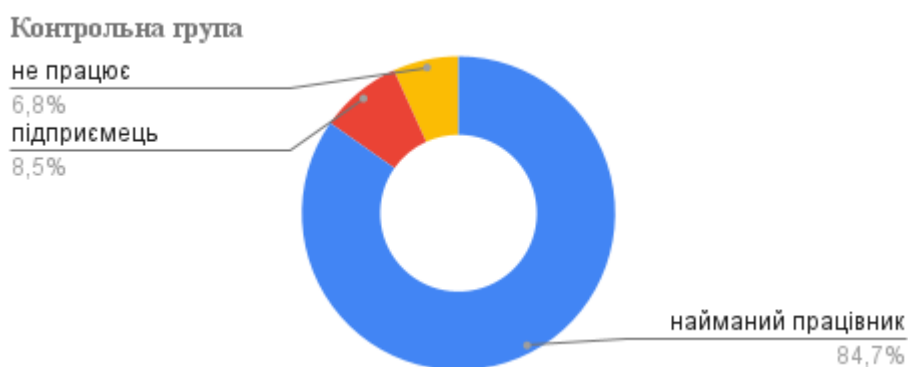


Рис. 2.15. Розподіл досліджуваних за видом діяльності в межах контрольної групи

Ми також порівняли групи за суб'єктивним відчуттям тривоги та відношення до невизначеності, які ми пізніше перевірили об'єктивними методиками. Бачимо, що дещо вищий рівень суб'єктивної тривожності мають ті респонденти, хто мав несприятливий дитячий досвід:

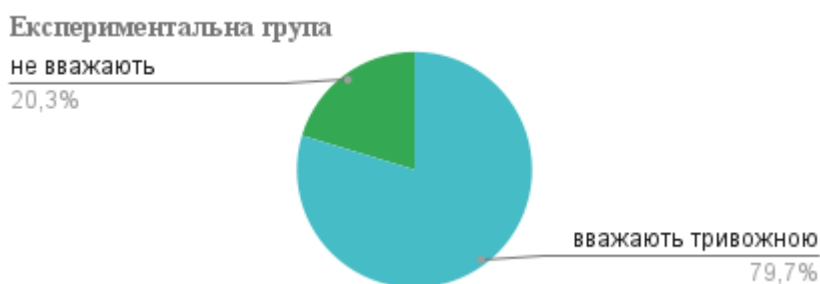


Рис. 2.16. Розподіл досліджуваних за суб'єктивною оцінкою власної тривожності в межах експериментальної групи

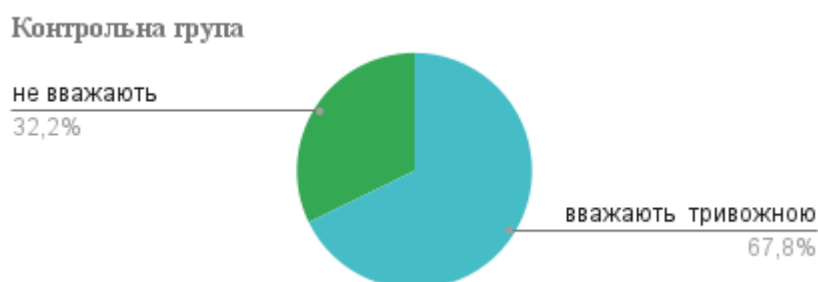


Рис. 2.17. Розподіл досліджуваних за суб'єктивною оцінкою власної тривожності в межах контрольної групи

Що стосується терпимості до невизначеності, то суб'єктивна оцінка опитуваних виявила контрінтуїтивні дані – експериментальна група досліджуваних оцінила свій рівень терпимості до невизначеності в середньому на рівні 2-4 балів з максимальних 10:



Рис. 2.18. Розподіл експериментальної групи за відповіддю на питання «Оцініть ваш рівень терпимості до невизначеності по шкалі від 1 до 10 (суб'єктивно)»

У той час, як контрольна група демонструє дуже низьку терпимість – 1 бал. Ці дані ми також розглянемо в емпіричній частині. Розподіл ТН за групами зображений нижче:



Рис. 2.19. Розподіл контрольної групи за відповіддю на питання «Оцініть ваш рівень терпимості до невизначеності по шкалі від 1 до 10 (суб'єктивно)»

Так, підтвердження однорідності вибірки є критично важливим кроком для подальшого достовірного і валідного аналізу отриманих даних у ході дослідження. Характеристика нашої вибірки дозволить нам перевірити гіпотези та порівняти результати в межах експериментальної та контрольної груп.

Висновки до розділу II

Методологічною основою нашого емпіричного дослідження впливу негативного дитячого досвіду у формуванні копінг-стратегій є: оцінка та структура компонентів негативного дитячого досвіду Фелітті, особистісна тривога Дж. Тейлора, оцінка інтолерантності до невизначеності Карлетона, вимірювання п'яти факторів особистості BFI-10 Сердюка та Базима та концепція копінг-стратегій Карвера. Шкали відповідних опитувальників показали задовільні психометричні властивості для проведення дослідження.

Для отримання репрезентативних даних, було опитано 123 особи за допомогою онлайн-опитування за відповідними самозвітними методиками. У відсотковому відношенні вибірку склали 70,7% жінок та 29,3% чоловіків віком від 18 до 25 років (65%). Більшість респондентів перебувають в Україні, мають вищу освіту та працюють найманими працівниками. Також, 91% вважають себе суб'єктивно тривожними та репортують відсутність психічних розладів в їх родинях. Оцінюючи свій рівень ТН, більшість оцінюють свій рівень терпимості

на 3-5 балів з 10. Така вибірка є однорідною за характеристиками і може бути охарактеризована в межах нашого дослідження.

Після збору відповідей респондентів, ми розподілили вибірку на дві групи – ті, хто набрав 7 та більше балів за опитувальником ОНДД, які є експериментальною групою перевірки наших гіпотез щодо впливу негативного дитячого досвіду на копінг-стратегії у дорослому віці. Контрольною групою є особи, що набрали 0-6 балів за шкалою ОНДД.

РОЗДІЛ III

АНАЛІЗ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ У ФОРМУВАННІ КОПІНГ- СТРАТЕГІЙ В ДОРΟΣЛОМУ ВІСІ

3.1. Результати емпіричного дослідження негативного дитячого досвіду та їх зв'язок з копінг-стратегіями

У третьому розділі ми проаналізуємо отримані дані в межах нашого дослідження, перевіримо поставлені гіпотези методами кореляційного аналізу, перевірки гіпотез про середні та побудови моделі формування копінг-стратегій за допомогою лінійної регресії. У заключному підрозділі ми наведемо деякі рекомендації щодо формування більш ефективних стратегій подолання стресових ситуацій.

Для початку аналізу ми оглянули описові статистики за шкалами обраних нами методик, зокрема середні за вибіркою, середні квадратичні, а також здійснили перевірку розподілів на нормальність для визначення подальших методів аналізу даних. Основна шкала дослідження негативного дитячого досвіду (ОНДД) показала не нормальний розподіл в межах нашого дослідження із середнім значенням 7.37 на всій вибірці (мінімально можна було набрати 0 балів, а максимально 22 балів):

Табл.3.1.

Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність для опитувальника негативного дитячого досвіду (ОНДД)

	Середнє	Середнє квадратичне відхилення	Критерій Шапіро-Вілکا W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Негативний дитячий досвід	7.37	5.31	0.952	< .001	не нормальний

Що стосується експериментального поділу на групи осіб, що мали значущий несприятливий досвід дитинства, 64 особи набрали більше 7 балів та контрольні 59 осіб мали 0-6 балів за шкалою ОНДД. Середній бал на експериментальній групі є на рівні 11.4, що свідчить про значущу наявність негативного дитячого досвіду в дитинстві респондентів (а саме, вони повідомили про проживання у дисфункційній сім'ї, деструктивне оточення, залучення до раннього статевого життя та соціально-емоційну занедбаність). Контрольна група в середньому набрала приблизно 3 бали, що вказує на наявність деяких аспектів негативного дитячого досвіду, але меншої сили та інтенсивності.

Табл.3.2.

Описові статистики експериментальної та контрольної групи в межах опитувальника негативного дитячого досвіду (ОНДД)

Описова статистика	Наявність НДД	Рівень НДД	Проживання у дисф. сім'ї	Деструктивне оточення	Раннє статеве життя	Соціально-емоційна занедбаність
Середнє	Експериментальна	11.4	2.64	6.58	0.625	1.58
	Контрольна	2.98	0.492	2.22	0.017	0.254
Ст. кв. відхил.	Експериментальна	3.99	1.97	2.07	0.845	1.19
	Контрольна	2.09	0.679	1.70	0.130	0.439
Мінімум балів	Експериментальна	7	0	1	0	0
	Контрольна	0	0	0	0	0
Макс. балів	Експериментальна	22	8	10	2	5
	Контрольна	6	2	5	1	1

Серед шкал диспозиційного опитувальника «COPE». Придушення конкурентних дій та інтегральні шкали: проблемно-орієнтований копінг, емоційно-фокусований та дисфункційний копінг виявились нормально

розподіленими, а решта шкал, як виявилось, не мають нормального розподілу, що було враховано нами пізніше при виборі коефіцієнта кореляції.

Зауважимо при цьому які саме шкали об'єднуються в інтегральні:

- Проблемно-орієнтований копінг: активне подолання, планування, придушення конкурентних дій, обмеження, пошук інструментальної соціальної підтримки;
- Емоційно-фокусований копінг: пошук емоційної соціальної підтримки, фокусування на емоціях та емоційна розрядка, позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, прийняття, релігійний копінг;
- Дисфункційний копінг: заперечення, поведінкове відволікання, ментальне відволікання – уникнення проблеми, почуття гумору, вживання алкоголю та наркотиків.

Щодо описових статистик шкали COPE, в межах експериментальної та контрольної групи, ми бачимо на декілька пунктів вищі бали щодо використання емоційно-фокусованого та дисфункційного копінгів та незначну різницю в проблемно-орієнтованому копінгу на експериментальній групі, тобто в тих, хто мав негативний досвід у дитинстві. Максимально можна було набрати 80 балів по кожній підшкалі.

Табл.3.3.

**Описові статистики експериментальної та контрольної групи для
диспозиційного опитувальника «COPE»**

Описові статистики	Наявність НДД	Проблемно-орієнтований копінг	Емоційно-фокусований копінг	Дисфункційний копінг
Середнє	Експериментальна	56.3	53.5	46.4
	Контрольна	56.8	52.6	43.6
Стандартне відхилення	Експериментальна	8.41	8.21	9.51
	Контрольна	7.39	8.89	10.4
Мінімум балів	Експериментальна	38	35	27
	Контрольна	40	35	23

Максимум балів	Експериментальна	74	73	66
	Контрольна	71	73	74

Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність для диспозиційного опитувальника «COPE» розміщені в додаток А.

Стосовно нормальності розподілів, серед шкал тривоги та терпимості до невизначеності було встановлено нормальний розподіл лише за шкалою Особистісна тривога, решта шкал виявились ненормально розподіленими, що вплине на вибір подальших методів дослідження.

Табл.3.4.

Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність для шкали інтолерантності до невизначеності та особистісної шкали прояву тривоги Дж. Тейлора

Шкала	Середнє	Середнє квадратичне відхилення	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Шкала прогностичної тривоги	20.1	5.60	0.965	0.003	не нормальний
Шкала гнітючої тривоги	13.5	4.24	0.941	< .001	не нормальний
Особистісна тривога	24.8	8.84	0.981	0.082	нормальний
Шкала брехні	3.40	1.74	0.944	< .001	не нормальний

Статистики поділу на експериментальну та контрольну групу показують вищий рівень тривоги в експериментальній групі, як і ми передбачали. Середній бал в тих, хто мав негативний дитячий досвід – 27.4, що відповідає високому рівню тривоги за шкалою Тейлора. У цей час, контрольна група відповідає середньому рівню особистісної тривоги (22.0).

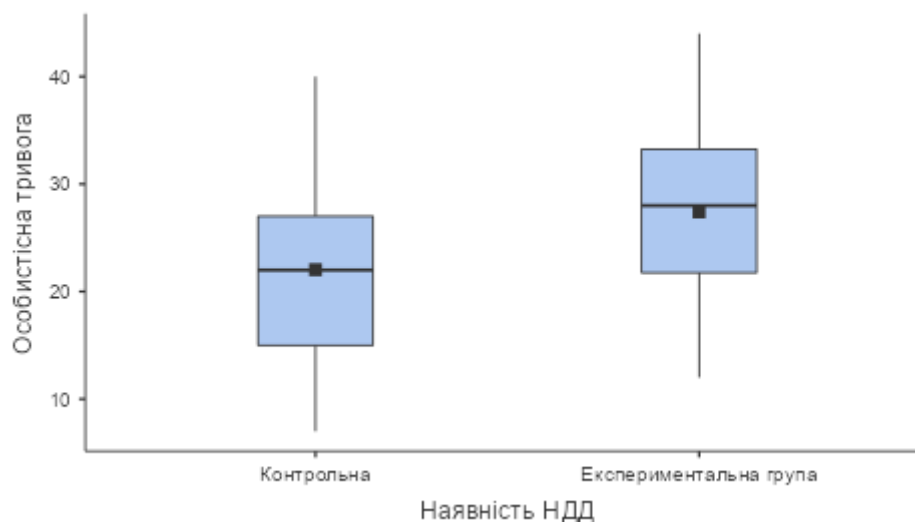


Рис.3.1. Розподіл вибірки за шкалою Особистісної тривоги Дж. Тейлора в експериментальній та контрольній групі

Порівнюючи рівні нетерпимості до невизначеності, різниця значень між групами є не суттєвою (середні експериментальної та контрольної групи – 33.6 та 33.5 відповідно). Варто також відзначити, що середні відповідають середнім значенням по шкалі, де максимум можна було набрати 60 балів.

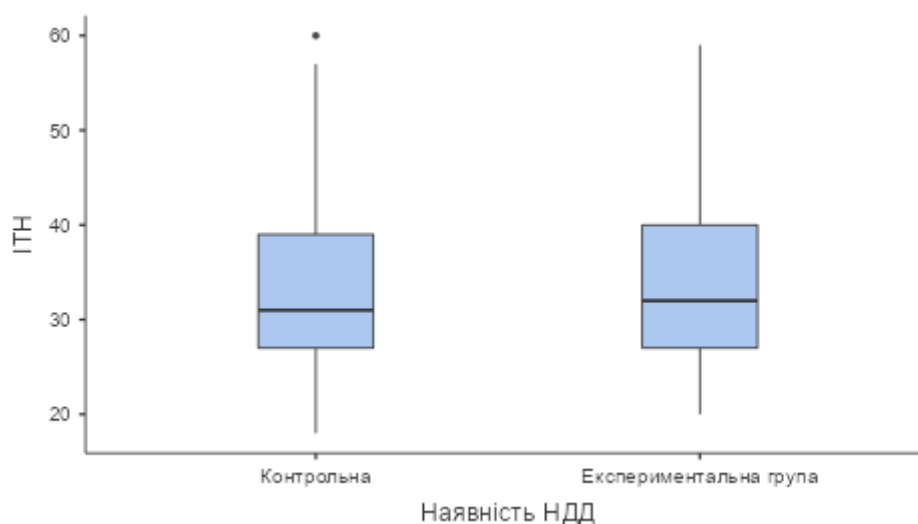


Рис.3.2. Розподіл вибірки за шкалою Інтолерантності до невизначеності в експериментальній та контрольній групі

Перевірка на нормальність BFI-10 показала не нормальність розподілу на вибірці. Подальший аналіз результатів опитувальника здійснений в межах кореляційного аналізу.

Табл.3.5.

**Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність для
опитувальник BFI-10**

	Середнє	Середнє квадратичне відхилення	Критерій Шاپіро-Вілка W	p-рівень Шапіро- Вілка	Розподіл
Екстраверсія	6.63	2.17	0.949	< .001	не нормальний
Доброзичливість	5.63	1.59	0.949	< .001	не нормальний
Свідомість	6.33	1.57	0.950	< .001	не нормальний
Нейротизм	6.33	1.78	0.966	0.003	не нормальний
Відкритість досвіду	7.03	2.01	0.937	< .001	не нормальний

В подальшому ми досліджували кореляційні зв'язки субшкал опитувальника негативного дитячого досвіду та інтегральної шкали (Негативний дитячий досвід) зі шкалами інших методик. На експериментальній групі не було встановлено зв'язків негативного дитячого досвіду з інтолерантністю до невизначеності. Схоже, терпимість до не визначених ситуацій є більш складною диспозиційною характеристикою особистості, яка здобувається у досвіді з багатьма іншими факторами.

Табл.3.6.

**Кореляційні зв'язки опитувальника негативного дитячого досвіду зі
шкалою інтолерантності до невизначеності (експериментальна група)**

		Проживання у	Деструктивне оточення	Залучення до раннього	Соціально- емоційна занедбаність	Негативний дитячий досвід

		дисфункціо- нальний сім'ї		статевого життя		
Шкала прогностичної тривоги	коэф. Спірмена	-0.075	-0.056	0.102	-0.021	-0.085
	p	0.554	0.658	0.424	0.869	0.506
Шкала гнітючої тривоги	коэф. Спірмена	0.027	-0.129	-0.066	-0.007	-0.099
	p	0.834	0.309	0.604	0.958	0.437
Інтолерантність до невизначеності	коэф. Спірмена	-0.078	-0.100	0.068	-0.012	-0.118
	p	0.540	0.433	0.594	0.926	0.353

Не було встановлено зв'язків негативного дитячого досвіду з інтолерантністю до невизначеності також і на контрольній групі.

Табл.3.7.

Кореляційні зв'язки опитувальника негативного дитячого досвіду зі шкалою інтолерантності до невизначеності (контрольна група)

		Проживання у дисфункці- ональний сім'ї	Деструктивне оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально- емоційна занедбаність	Негативний дитячий досвід
Шкала прогностичної тривоги	коэф. Спірмена	0.005	0.017	-0.085	0.064	0.013
	p	0.968	0.898	0.522	0.629	0.924
Шкала гнітючої тривоги	коэф. Спірмена	0.144	-0.013	-0.217	-0.032	0.013
	p	0.277	0.923	0.099	0.809	0.920
Інтолерантність до невизначеності	коэф. Спірмена	0.086	0.001	-0.158	0.017	0.013
	p	0.518	0.996	0.231	0.897	0.920

Досліджуючи кореляційні зв'язки негативного дитячого досвіду з Особистісною шкалою прояву тривоги Дж. Тейлор, на експериментальній групі було встановлено, що Особистісна тривога позитивно корелює зі шкалою Деструктивне оточення (коэф. Спірмена = 0.411 ***, $p < .001$), а також позитивно корелює з інтегральною шкалою Негативний дитячий досвід (коэф. Спірмена = 0.275 *, $p = 0.028$).

Ми вирішили також дослідити зв'язки зі шкалою брехні і встановили, що Шкала брехні позитивно корелює зі шкалою Проживання у дисфункціональній сім'ї (коэф. Спірмена = 0.252 *, $p = 0.045$), а також негативно корелює зі шкалою Деструктивне оточення (коэф. Спірмена = -0.318 *, $p = 0.010$).

Табл.3.8.

Кореляційні зв'язки опитувальника негативного дитячого досвіду з Особистісною шкалою прояву тривоги Дж. Тейлор (експериментальна група)

		Проживання у дисфункціональній сім'ї	Деструктивне оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально-емоційна занедбаність	Негативний дитячий досвід
Особистісна тривога	коэф. Спірмена	0.055	0.411 ***	0.080	0.145	0.275 *
	p	0.667	< .001	0.530	0.253	0.028
Шкала брехні	коэф. Спірмена	0.252 *	-0.318 *	0.011	-0.052	-0.045
	p	0.045	0.010	0.932	0.685	0.722

На контрольній групі не було встановлено зв'язків негативного дитячого досвіду з Особистісною шкалою прояву тривоги Дж. Тейлор. Можемо проте припустити, що на більшій вибірці проявилась би позитивна кореляція шкали брехні зі шкалою Проживання у дисфункціональній сім'ї (коэф. Спірмена = 0.240, $p = 0.067$).

Табл.3.9.

**Кореляційні зв'язки опитувальника негативного дитячого досвіду з
Особистісною шкалою прояву тривоги Дж. Тейлор (контрольна група)**

		Проживання у дисфункці- ональній сім'ї	Деструктивне оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально- емоційна занедбаність	Негативний дитячий досвід
Особистісна тривога	коэф. Спірмена	0.037	0.198	-0.112	-0.048	0.149
	p	0.781	0.133	0.398	0.718	0.260
Шкала брехні	коэф. Спірмена	0.240	-0.073	-0.145	0.137	0.040
	p	0.067	0.584	0.272	0.300	0.766

Досліджуючи кореляційні зв'язки опитувальника негативного дитячого досвіду зі шкалами опитувальника BFI-10 на експериментальній групі було встановлено:

Екстраверсія негативно корелює зі шкалою Соціально-емоційна занедбаність (коэф. Спірмена = -0.278 *, p = 0.026) та з інтегральною шкалою Негативний дитячий досвід (коэф. Спірмена = -0.263 *, p = 0.035).

Табл.3.10.

**Кореляційні зв'язки опитувальника негативного дитячого досвіду зі
шкалами опитувальника BFI-10 (експериментальна група)**

		Проживання у дисфункці- ональній сім'ї	Деструктивне оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально- емоційна занедбаність	Негативний дитячий досвід
Екстраверсія	коэф. Спірмена	-0.122	-0.177	-0.129	-0.278 *	-0.263 *
	p	0.337	0.161	0.311	0.026	0.035
Доброзичли- вість	коэф. Спірмена	0.143	-0.096	-0.023	-0.090	-0.019
	p	0.258	0.450	0.858	0.477	0.881

Свідомість	коэф. Спірмена	0.122	-0.010	0.099	0.045	0.135
	p	0.335	0.935	0.438	0.724	0.287
Нейротизм	коэф. Спірмена	0.117	0.029	0.024	-0.035	0.011
	p	0.357	0.822	0.850	0.782	0.932
Відкритість досвіду	коэф. Спірмена	0.040	0.039	-0.143	-0.089	-0.009
	p	0.752	0.762	0.260	0.482	0.946

На контрольній групі не було встановлено зв'язків опитувальника негативного дитячого досвіду зі шкалами опитувальника BFI-10.

Табл.3.11.

**Кореляційні зв'язки опитувальника негативного дитячого досвіду зі
шкалами опитувальника BFI-10 (контрольна група)**

		Проживання у дисфункці- ональній сім'ї	Деструк- тивне оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально- емоційна занедбаність	Негативний дитячий досвід
Екстраверсія	коэф. Спірмена	-0.191	-0.123	0.148	-0.046	-0.161
	p	0.147	0.354	0.263	0.728	0.223
Доброзичливість	коэф. Спірмена	-0.201	-0.113	0.188	-0.066	-0.161
	p	0.128	0.396	0.154	0.618	0.222
Свідомість	коэф. Спірмена	0.102	0.058	-0.051	-0.030	0.076
	p	0.440	0.661	0.701	0.820	0.567
Нейротизм	коэф. Спірмена	0.146	0.067	-0.208	-0.019	0.088
	p	0.271	0.612	0.114	0.889	0.507
Відкритість досвіду	коэф. Спірмена	-0.118	-0.025	0.220	0.081	0.003
	p	0.375	0.851	0.094	0.540	0.985

Досліджуючи взаємозв'язки негативного дитячого досвіду з копінг-стратегіями, на експериментальній групі було встановлено:

- Проживання у дисфункціональній сім'ї позитивно корелює зі шкалою Обмеження (коэф. Спірмена = 0.329 **, $p = 0.008$);
- Деструктивне оточення позитивно корелює зі шкалою Ментальне відволікання – уникнення проблеми (коэф. Спірмена = 0.308 *, $p = 0.013$);
- Соціально-емоційна занедбаність негативно корелює зі шкалою Проблемно-орієнтований копінг (коэф. Спірмена = -0.250 *, $p = 0.047$).

Не було встановлено кореляційних зв'язків інтегральної шкали негативного дитячого досвіду зі шкалами диспозиційного опитувальника «COPE». На контрольній групі не було встановлено жодного статистично достовірного зв'язку шкал опитувальника негативного дитячого досвіду зі шкалами диспозиційного опитувальника «COPE» (Додатки Б, В).

Ми також вирішили порівняти між собою чоловіків (36 осіб) та жінок (87 осіб), аби встановити, чи є між ними відмінності в негативному дитячому досвіді та виборі копінг-стратегій. Серед шкал опитувальника негативного дитячого досвіду було встановлено відмінність за шкалою Залучення до раннього статевого життя (U критерій Манна-Уїтні = 1206, $p = 0.005$).

Табл.3.12.

Перевірка гіпотез про середні між чоловіками та жінками за шкалами опитувальника негативного дитячого досвіду

Шкала	Критерій	Статистика	p-рівень	Альтернативна гіпотеза
Проживання у дисфункціональній сім'ї	U критерій Манна-Уїтні	1460	0.544	чоловіки \neq жінки
Деструктивне оточення	U критерій Манна-Уїтні	1554	0.947	чоловіки \neq жінки
Залучення до раннього статевого життя	U критерій Манна-Уїтні	1206	0.005	чоловіки \neq жінки
Соціально-емоційна занедбаність	U критерій Манна-Уїтні	1427	0.411	чоловіки \neq жінки
Негативний дитячий досвід	U критерій Манна-Уїтні	1433	0.459	чоловіки \neq жінки

Жінки мають середнє – 0.448, а чоловіки – 0.056 за шкалою Залучення до раннього статевого життя, і як бачимо з коробкових діаграм, чоловікам взагалі не властивий цей дитячий досвід (або ж не зізнаються в ньому). Двоє з 36 чоловіків отримали 1 бал за цією шкалою, а решта – 0.

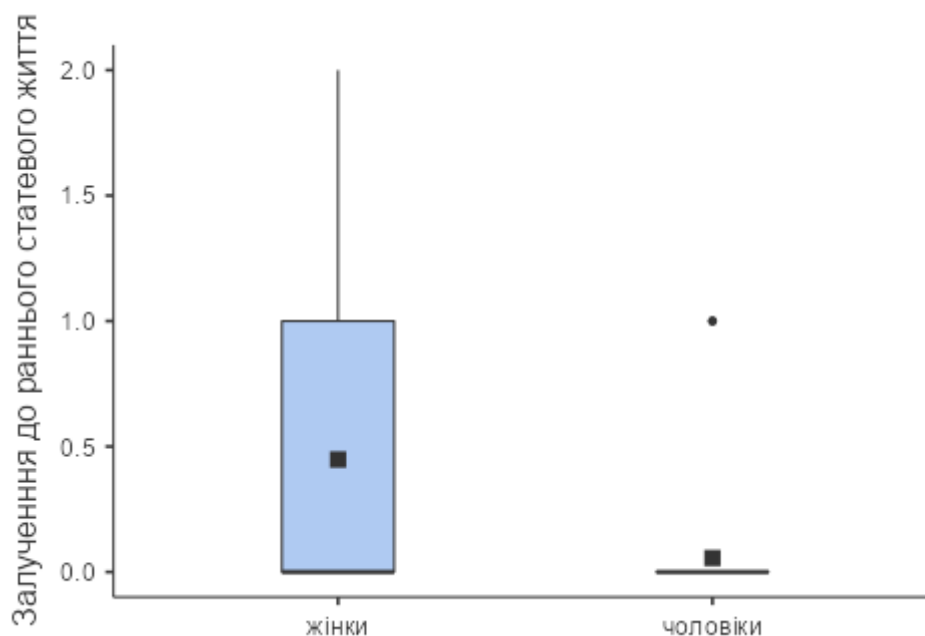


Рис. 3.3. Коробкові діаграми за шкалою Залучення до раннього статевого життя в групі жінок та чоловіків

Серед шкал диспозиційного опитувальника «COPE» було встановлено відмінності між чоловіками та жінками за шкалами: фокусування на емоціях та емоційна розрядка, почуття гумору, пошук емоційної соціальної підтримки, придушення конкурентних дій та за інтегральною шкалою, емоційно-фокусований копінг.

Як бачимо з середніх рівнів в групі чоловіків та жінок-жінки мають вищий рівень ніж чоловіки за шкалами окусування на емоціях та емоційна розрядка та пошук емоційної соціальної підтримки та нижчий рівень за шкалами, почуття гумору та придушення конкурентних дій. Детальний опис перевірки гіпотез про середні рівні груп чоловіків та жінок розміщений у додатку Г.

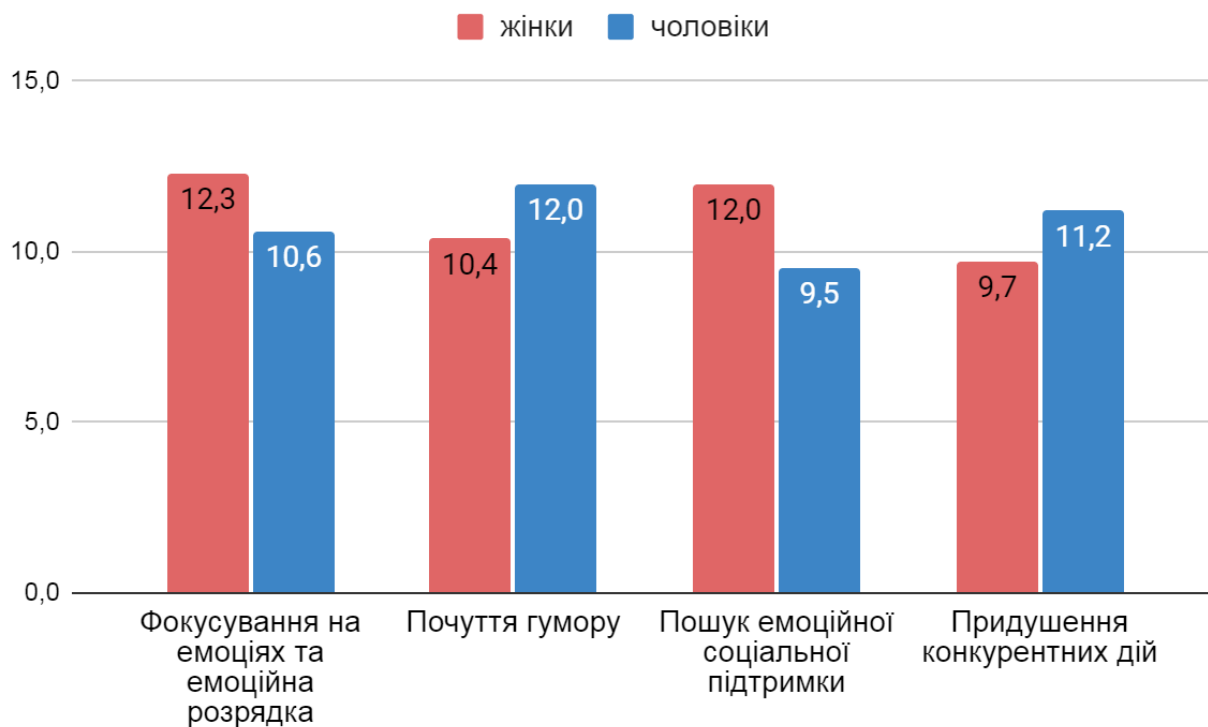


Рис. 3.4. Середні рівні в групі чоловіків та жінок

Жінки мають вищий рівень ніж чоловіки за інтегральною шкалою емоційно-фокусований копінг і не виявлено різниці за інтегральними шкалами дисфункційних та проблемно-орієнтованих типів копінгів за статями.

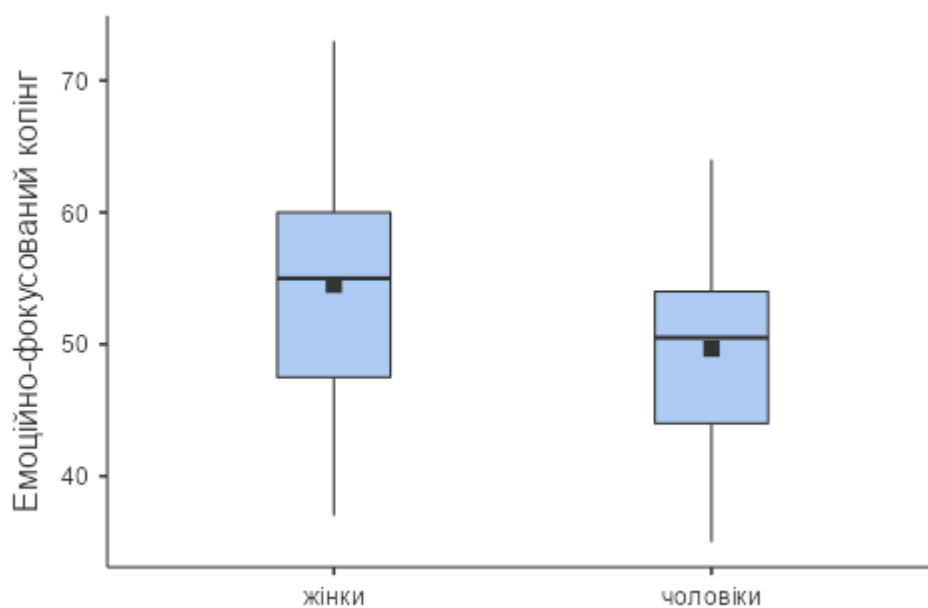


Рис. 3.5. Коробкові діаграми за шкалою Емоційно-фокусований копінг в групі жінок та чоловіків

3.2. Визначення впливу негативного дитячого досвіду на формування копінг-стратегій

Зрештою за допомогою лінійної регресії ми побудували моделі формування копінг-стратегій, зважаючи на шкали опитувальника негативного дитячого досвіду, а також стать досліджуваних. Копінг-стратегії, для яких вдалось побудувати моделі, представлені в таблицях нижче разом з коефіцієнтами кореляції та детермінації.

Для шкали Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток було побудовано модель, до якої увійшла лише шкала Соціально-емоційна занедбаність, що робить обернений внесок (чим вища Соціально-емоційна занедбаність, тим нижча Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток). Втім дана модель пояснює всього лише 3,69 % дисперсії шкали Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток, що є слабким результатом (< 9 %).

Табл.3.13.

Коефіцієнт кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток

Модель	R	R ²
1	0.192	0.0369

Модель лінійної регресії, побудована для шкали Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток

Коефіцієнти моделі для шкали Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток				
Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	12.834	0.309	41.59	< .001
Соціально-емоційна занедбаність	-0.454	0.211	-2.15	0.033

Для шкали Ментальне відволікання - уникнення проблеми було побудовано модель, до якої увійшла лише шкала Деструктивне оточення, котра робить прямий внесок. Дана модель пояснює 10.3 % дисперсії шкали Ментальне відволікання - уникнення проблеми, що вже є середнім результатом, кращим ніж в попередній моделі.

Табл.3.14.

Коефіцієнт кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Ментальне відволікання - уникнення проблеми

Модель	R	R ²
1	0.321	0.103

Модель лінійної регресії, побудована для шкали Ментальне відволікання - уникнення проблеми

Коефіцієнти моделі для шкали Ментальне відволікання - уникнення проблеми				
Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	8.865	0.4369	20.29	< .001
Деструктивне оточення	0.306	0.0819	3.73	< .001

Для шкали Заперечення було побудовано модель, до якої увійшла лише шкала Деструктивне оточення, котра робить прямий внесок. Дана модель пояснює 3.23 % дисперсії шкали Заперечення.

Табл.3.15.

Коефіцієнт кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Заперечення

Модель	R	R ²
1	0.180	0.0323

Модель лінійної регресії, побудована для шкали Заперечення

Коефіцієнти моделі для шкали Заперечення				
Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	6.979	0.4304	16.21	< .001
Деструктивне оточення	0.162	0.0807	2.01	0.047

Для шкали Обмеження було побудовано модель, до якої увійшла лише шкала Проживання у дисфункціональній сім'ї, котра робить прямий внесок. Дана модель пояснює 7.18 % дисперсії шкали Обмеження.

Табл.3.16.

Коефіцієнт кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Обмеження

Модель	R	R ²
1	0.268	0.0718

Модель лінійної регресії, побудована для шкали Обмеження

Коефіцієнти моделі для шкали Обмеження				
Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	9.398	0.2258	41.63	< .001
Проживання у дисфункціональній сім'ї	0.283	0.0925	3.06	0.003

Для шкали Дисфункційний копінг було побудовано модель, до якої увійшла лише шкала Деструктивне оточення, котра робить прямий внесок. Дана модель пояснює 5.39 % дисперсії шкали Дисфункційний копінг.

Коефіцієнт кореляції та коефіцієнт детермінації в моделі множинної лінійної регресії, побудованої для шкали Дисфункційний копінг

Модель	R	R ²
1	0.232	0.0539

Модель лінійної регресії, побудована для шкали Дисфункційний копінг

Коефіцієнти моделі для шкали Дисфункційний копінг				
Предиктор	Оцінка	Стандартна помилка	t	p-рівень
Константа	41.439	1.633	25.37	< .001
Деструктивне оточення	0.804	0.306	2.63	0.010

Як бачимо, стаття не потрапила до жодної з моделей, а для інших копінг-стратегій не було отримано значущих моделей за допомогою шкал опитувальника негативного дитячого досвіду та статі.

Проаналізувавши виражені копінг-стратегії респондентів та аспекти їх негативного дитячого досвіду, можна зробити висновок, що формування певних копінгів можна пояснити наявністю певного аспекту несприятливого дитинства з різним внеском та напрямком впливу, зокрема:

1. Деструктивне оточення має прямий внесок та пояснює 10% у формуванні ментального відволікання та уникнення проблем - чим більше деструктивного оточення тим більше спостерігається ментального відволікання від проблем у наших респондентів. А на рівні 5,4% деструктивне оточення також має прямий вплив у формуванні дисфункційних копінгів загалом. Деструктивне оточення показало також прямий вплив на копінг заперечення у дорослих.
2. Прямий зв'язок та пояснення на рівні 7% має проживання у дисфункційній сім'ї на формування копінгу обмеження, який виявляється у таких діях, як утримання від негайного реагування, спонтанних дій.

3. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток має обернений зв'язок з соціально-емоційною занедбаністю (чим вища соціально-емоційна занедбаність, тим нижча позитивна інтерпретація та особистісний розвиток). Втім дана модель пояснює всього лише 3,69 % всіх змін у шкалі, що є слабким предиктором.

Отже, порівнявши респондентів, що мали суттєвий негативний дитячий досвід і тих, що не мали, ми отримали наступні результати, відповідно до поставлених завдань. Наявність НДД має зв'язок з копінг-стратегіями, а саме було встановлено, що проживання у дисфункціональній сім'ї з середньою силою впливає на формування обмежуючого копінгу, що проявляється в утриманні спонтанності дій та негайного реагування на стресову ситуацію. Деструктивне оточення із середньою силою також впливає на уникнення проблем та переживань. А якщо мало місце нехтування емоційними потребами дитини то шанси на формування проблемно-орієнтованого копінгу у дорослому віці зменшуються.

Деструктивне оточення та й всі інші аспекти НДД мають середній за силою вплив на вищий рівень особистісної тривоги. Що стосується впливу негативного дитячого досвіду на формування інтолерантності до невизначеності то зв'язків в межах експериментальної групи не було знайдемо. Не було встановлено зв'язків негативного дитячого досвіду з інтолерантністю до невизначеності також і на контрольній групі. Схоже, терпимість до не визначених ситуацій є більш складною диспозиційною характеристикою особистості, яка здобувається у досвіді з багатьма іншими факторами.

Досліджуючи кореляційні зв'язки диспозиційних рис скороченої версії Big-Five на експериментальній групі було встановлено, що екстраверсія негативно корелює наявністю соціально-емоційної занедбаності та з усіма іншими аспектами НДД. Доброзичливість, відкритість досвіду, нейротизм та свідомість не мають взаємозв'язку з негативним дитячим досвідом.

Ми також порівняли між собою групи чоловіків та жінок, аби встановити, чи є між ними відмінності в негативному дитячому досвіді та виборі копінг-

стратегій. Серед шкал опитувальника негативного дитячого досвіду було встановлено відмінність лише у залучені до раннього статевого життя частіше жінок ніж чоловіків. Жінки також мають вищі рівні фокусування на емоціях, пошук емоційної підтримки та нижчий рівень копіngu використання гумору та придушення конкурентних дій.

3.3. Практичні рекомендації щодо протидії наслідків негативного дитячого досвіду

Труднощі у минулому створюють середовище, в якому часто діють адаптивні, хоч і дисфункціональні стратегії, які у подальшому проявляються як соматичні, психологічні та міжособистісні проблеми у житті людини. А коли має місце несприятливе середовище для дитини, розвиток її особистісних і міжособистісних ресурсів гальмується. Цінність отриманих результатів дослідження є основою для кращого розуміння шляхів, що ведуть до погіршення здоров'я, пов'язаного з раннім несприятливим досвідом, а також змінних, які можуть бути помічними. Більшість досліджень демонструють, що саме копінг-стратегії можуть бути одними із важливих мішеней, які можна змодифікувати між негативним дитячим досвідом та станом здоров'я і психологічних проблем у дорослому житті (Taylor & Stanton, 2007; Sheffler, 2019).

Біологічні та психосоціальні зміни внаслідок НДД є предикторами численних дисфункційних копінгів у дорослому віці. У свою чергу, біопсихосоціальні моделі припускають, що стратегії подолання НДД діють паралельно і взаємодіють з іншими біологічними функціями (зокрема, порушення імунної функції) та психосоціальними шляхами (наприклад, зловживанням ПАР, нехтування здоров'ям, тощо). Ці нейробиологічні та психологічні зміни можуть впливати на когнітивну оцінку загрози, а також на реакцію подолання, що відбувається у відповідь на сприйману загрозу (Danese & McEwen, 2012; Nusslock & Miller, 2016). Таким чином, дорослі, які зазнали

впливу НДД є більш схильними відчувати ситуацію як загрозливу, порівняно з іншими і також можуть мати більшу ймовірність виробити та застосовувати менш ефективні копінг-стратегії.

3.3.1. Психотерапевтичні напрямки подолання наслідків негативного дитячого досвіду

Що стосується психотерапевтичних втручань, то когнітивно-поведінкова та діалектико-поведінкова терапія є широко використовуваними психотерапевтичними методами, призначеними для сприяння розвитку здорових навичок подолання стресу. Результати досліджень свідчать про те, що більші цілі можуть бути досягнутими, орієнтуючись на зменшення стратегій емоційного уникання, особливо для осіб, які повідомляють про значні ранні травми. Також підкреслюють важливість вимірювання змін у стратегіях подолання та гнучкості реагування у відповідь на терапію (Sheffler et al., 2019).

Наявні дослідження вказують на ефективність втручань КПТ у лікуванні генералізованого тривожного, панічного і соціально-тривожного розладів. Індивідуальні сесії КПТ вважають першою лінією психотерапії, однак також і групова психотерапія, з використанням методів КПТ є рекомендованою при соціально-тривожному розладі. А експозиційна терапія є ефективною для лікування специфічної фобії. Крім того, особам, що мають діагностований ПТСР та КПТСР рекомендовано травмо-фокусовану КПТ (ТФ-КПТ) або метод десенсибілізації та репроцесуалізації (опрацювання травми) рухом очей - EMDR, у якій терапевт поєднує втручання з експозиції та когнітивної обробки зі спрямованими рухами очей (Kaplan & Sadock, 2022).

Зокрема, першим компонентом ТФ-КПТ є, безумовно, психоедукація про природу емоційних і фізіологічних реакцій на травматичні події. Наступні компоненти включають: обов'язкові навички релаксації – навчання поступової м'язової релаксації, зосередженому диханню; емоційне регулювання – вміння визначити свої переживання, а також навички позитивної саморозмови та розвитку соціальних відносин. Далі відбувається перегляд когнітивних механізмів, у якому досліджують зв'язок між думками, почуттями та

поведінкою. Вже на пізніх етапах поступово може мати місце розповідь про травму, її історію та наслідки та за підтримки терапевта у формуванні нарративу події, у тому числі використовуючи образи та інші творчі форми (часто, використовується з дітьми). Згодом, настає етап експозиції та навички оволодіння тригерами травми. Фінальними кроками ТФ-КІТ є закріплення отриманих навичок та просування відчуття власного контролю та безпеки.

3.3.2. Мішені психотерапевтичних інтервенцій щодо НДД

Ми вже розглядали взаємозв'язки між негативним дитячим досвідом та розвитком депресії у дорослих. Мішенню лікування у таких випадках може бути соціальне залучення та підтримка (Cheong et al., 2017). У дослідженні Cheong було виявлено, що травматичні події у минулому та відчуття соціальної ізоляції мають статистично значимий взаємозв'язок з розвитком симптомів депресії у дорослому житті, також з врахуванням демографічних та соціально-економічних факторів досліджуваних. Крім того, зазначають, що хоч і жінки краще сприймають соціальну підтримку, однак дослідження авторів (Cheong et al., 2017) показали відсутність різниці між статтями. Хоча найсильніший зв'язок спостерігався у разі фізичного насильства, інші форми негативного досвіду також мали значний вплив на психічне здоров'я у подальшому.

Результати дослідження знову підтвердили вплив несприятливого дитинства на можливі наслідки протягом всього життя. Крім того, ранні стресори можуть впливати на рівень окситоцину, гормону, що регулює соціальні взаємини, що може впливати на формування довготривалих соціальних зв'язків (Cheong et al., 2017). Досвід раннього травмування, незалежно від типу, асоціювався зі збільшеним ризиком розвитку депресії у дорослому віці за умови відсутності адекватної соціальної підтримки. Такі результати досліджень вказують на те, що покращення соціальної підтримки серед тих, хто переживав дитячі травми, може сприяти поліпшенню їх життя та здоров'я.

Так, хороша соціальна підтримка може сприяти поліпшенню когнітивної та емоційної обробки стресових подій, допомагаючи людині переоцінити їх у спосіб, що сприяє психологічній адаптації. Результати також вказують на роль

позитивних емоцій у зменшенні негативних реакцій на стрес та покращенні самопочуття, що може бути особливо важливим для підтримки психічного здоров'я у людей похилого віку, коли вони стикаються зі значними соціальними змінами та стресом через втрату. Також є докази про те, що соціальна підтримка може поліпшити якість життя та тривалість життя серед людей з хронічними захворюваннями (Cheong et al., 2017).

Варто також зауважити, що дослідження Holmes (2015) показало, що у значної частини осіб, які зазнали впливу несприятливого дитинства не розвиваються психічні захворювання, а натомість вони проявляють стійкість (Holmes et al., 2015). Стійкість, або збереження психічного здоров'я та позитивна адаптація, незважаючи на травмивні події, на сьогодні набуває значної актуальності.

Результати дослідження Bethell та колег (2016), підкреслюють важливість стійкості та якості самих сімейних відносин, які впливають на рівень НДД. Так, наявність та інтенсивність негативного дитячого досвіду впливає на здатність керувати стресом та відновлюватись після (Bethell et al, 2016). Дослідження також вказало на недоліки традиційного нозологічного лікування деяких розладів - переосмислення достатності та відповідності популярних норм лікування, таких як широке використання медикаментозних планів лікування. Натомість, багато дорослих та дітей потребують розвитку уважності до себе, власного досвіду та тіла разом із більш комплексними клінічними підходами, які враховують травмивний досвід.

З метою кращого розуміння складних аспектів використання певних індивідуальних стратегій подолання стресу Helitzer, Graeber, LaNoe, Newbill у 2015 році описали конкретні приклади стратегій подолання, які відображають контекстуальні аспекти копінг-механізмів, що неможливо дістати із стандартизованих самоопитувальників. Досліджуваним було надано уривки, як позитивного/нейтрального, так і негативного контексту щодо планування та активного подолання стресової ситуації. Як планування, так і активне подолання (як правило, ці стратегії вважають більш адаптивними копінг-стратегіями)

використовувалися особами з позитивним і негативним сприйняттям ситуацій але мотиви та наміри цих людей різняться.

Так, досліджувані без негативного досвіду (зокрема, у дитинстві) демонструють використання «планування» як спосіб використання минулого досвіду для передбачення потенційних майбутніх наслідків (негативних і позитивних). На противагу особи з НДД, можуть більш гостро сприймати стресову ситуацію та їх планування матиме на меті більш емоційної розрядки.

У прикладі активного подолання індивіда з негативним дитячим досвідом спостерігаються використання стратегії активного подолання з метою усунення почуття провини та уникнення болю, який він потенційно може зазнати в майбутньому. На противагу група осіб без НДД демонструвала активне подолання, як вирішення представленої задачі, що виникла як стрес для неї. Такі приклади застосування планування або активного подолання підкреслюють складний характер стратегій подолання (Helitzer, Graeber, LaNoe & Newbill, 2015).

Примітним також є те, що механізми подолання діють лише, як часткові посередники у взаємозв'язку між НДД та подальшим фізичним станом здоров'я. Це вказує на те, що хоча механізми подолання є важливим механізмом, що зв'язує НДД зі здоров'ям, вони є лише частиною складної системи. Зосередження на конкретних навичках подолання може бути корисним для цілей втручання, однак, важливо пам'ятати, що більшість людей використовують широкий спектр стратегій подолання в різних стресових ситуаціях, які можуть бути адаптивними в певних ситуаціях. Таким чином, можуть застосовуватися, як проблемно-фокусовані, так і емоційно та дисфункційні стратегії подолання і можуть бути помічними у відповідності до подолання стресору. Крім того, саме гнучкість використання типів подолання важких ситуацій може бути найбільш корисним для якості життя (Leonidou & Panaitou, 2019).

Цікавим є дослідження щодо самоприйняття та планування цілей, які частково також опосередковують зв'язок між негативним дитячим розвитком та ризиком смертності. Враховуючи складний характер дитячих переживань,

ймовірно, що механізми подолання пронизують різноманітні взаємопов'язані та складні системи. Саме такими потенційними механізмами можуть бути самосприйняття, яке визначається як позитивне ставлення до себе, визнання та прийняття багатьох аспектів себе і мета в житті, що визначається як відчуття цілеспрямованого напрямку. Зосереджуючись на покращенні сприйняття себе та зовнішніх обставин може допомогти людям з НДД жити довше та здоровіше (O'Súilleabhá et al., 2023).

Іншими словами, самоприйняття, ймовірно, є важливим прогностичним показником здоров'я в критичні періоду розвитку та росту. Шляхи, що пов'язують самосприйняття пронизують широкий спектр процесів, зокрема стресостійкість та управління емоціями. Мета, ціль, сенс та цінності у житті також може бути непрямим шляхом, що зв'язує НДД із ризиком ранньої смертності. Ці висновки є важливими в контексті досліджень, які повідомляють, що НДД перешкоджають здоровому цілеутворенню у зрілому віці. Це також важливо у контекстуалізації негативного досвіду як цінного досвіду та невід'ємного аспекту життя людини. Особистісні цінності можуть пригнічувати, так і сприяти протіканню широкому спектру процесів, у тому числі емоційного відновлення після негативних подразників (Lengua & Shimomaeda, 2023).

3.3.3. Психотерапія дітей та підлітків, які пережили травмивні події

Рандомізовані клінічні дослідження також показали ефективність травмо-фокусованої КПТ (ТФ-КПТ) у лікуванні ПТСР у дітей та підлітків протягом 10-16 сеансів (Kaplan & Sadock, 2022). Один із напрямків допомоги дітям є когнітивно-поведінкове втручання при травмі в межах школи (СВІТС). Програма терапії складається з десяти щотижневих групових занять, індивідуальних сеансів, додаткових сеансів з батьками та сеансів навчання батьків. Подібно до ТФ-КПТ, СВІТС включає психоосвіту, навчання релаксації, когнітивні навички подолання, поступову розповідь про травматичні спогади, експозицію, когнітивну реструктуризацію та соціальну адаптацію. Дослідження ефективності методу показали, що 86% студентів у групі СВІТС повідомили про значне зменшення симптомів порівняно з контрольною групою. Серед батьків,

чії діти отримували лікування СВІТС, 78% вказали на зменшення психосоціальних проблем у своїх дітей. Після лікування СВІТС у дітей протягом 6 місяців спостерігалось стійке покращення симптомів ПТСР та депресії (Kaplan & Sadock, 2022).

Іншими терапевтичними програмами є структурована психотерапія для підлітків, які переживають хронічний стрес (SPARCS) та Керівництво з освіти та терапії (TARGET). SPARCS складається з групової терапії протягом 16 сеансів для підлітків віком від 12 до 19 років, які проживають з хронічною травмою. SPARCS містить всі компоненти ТФ-КІТ. У свою чергу, програма TARGET, спрямована на емоційне регулювання протягом курсу у 12 сеансів, які зосереджуються на минулих та поточних травматичних ситуаціях. Як і при SPARCS, поступова експозиція може відбуватися, але не є основним компонентом лікування. Зокрема, програми показують ефективність у зменшенні гніву та підвищенні самоефективності (Kaplan & Sadock, 2022).

3.3.4. Профілактичні заходи запобігання несприятливого дитячого досвіду, моделі «HOPE» та «HAVS»

Іншою мішенню запобігання наслідків негативного дитячого досвіду є первинна профілактика несприятливого розвитку у дитинстві. Однак, цей напрямок досі виявляється складним і зрештою потребує змін на покращення суспільного та сімейного середовища для дитини. Проте незважаючи на труднощі, дослідження щодо довгострокового результату раннього відвідування сімей з метою зменшення поширеності несприятливих переживань у дитинстві є ефективним. Профілактика наслідків несприятливого досвіду вимагає більш усвідомленого розуміння шляхів виникнення, а також і поведінкових способів подолання, які зазвичай використовуються для зменшення емоційного напруження щодо цих переживань.

Очевидно, що комплексні стратегії для виявлення домашнього насильства і необхідні втручання є обов'язковими для попередження НДД. Стратегії мають включати: посилену комунікацію між соціальними працівниками та педагогами, посилену підготовку лікарів, щоб розпізнавати та координувати лікування всіх

тих, що постраждав від жорстокого поводження, домашнього насильства та інших форм сімейних дисфункцій. Як ми описали вище, ранній дитячий досвід має глибокий і довготривалий ефект на фізичне та психічне здоров'я. Так, ми починаємо бачити зусилля громадського сектору, які організують ресурси для підтримки здорового розвитку. Такі зусилля будуть найбільш ефективними, коли вони одночасно зменшують ймовірність ризику та збільшують позитивний досвід дітей.

Зокрема, таким прикладом попередження негативних наслідків несприятливого дитинства є запропонована ініціатива «НОРЕ» Sege & Harper (2017). НОРЕ – це концепція досягнення фізичного, емоційного, когнітивного та соціального благополуччя дітей за рахунок позитивного досвіду на протиположному. Автори програми наголошують на тому, що покращення життя дітей, які опинилися в ситуаціях або умовах, що створюють дистрес- вимагає розширення традиційного підходу до реагування на НДД.

У фокусі НОРЕ зосереджено просування позитивного дитячого досвіду з метою створення міцної основи для навчання, продуктивної поведінки та фізичного та психічного здоров'я. Це також означає, що потрібно звертати увагу на розширення навичок та ресурсів батьків та інших значущих дорослих у житті дітей для просування здорового розвитку малюків (Sege & Harper, 2017).

Традиційний підхід до боротьби з дистресом передбачає зменшення ризиків та впливу негативних досвідів на дитину. Концепція НОРЕ прагне розширити традиційний підхід, підвищуючи важливість максимізації позитивних досвідів для дітей. Позитивний дитячий досвід у цьому контексті автори розглядають, як важливі, взаємопов'язані події, які залучають дитину та батьків для досягнення здоров'я дитини. Sege & Harper організували позитивний дитячий досвід у чотири категорії:

- підтримуючі, сприятливі розвитку відносини;
- розвиток, гра та навчання у безпечному, стабільному середовищі;
- відчуття соціального зв'язку;
- розвиток когнітивних та емоційних компетенцій.

НОРЕ керується наступними принципами, які є основою для розуміння та впровадження концепції (Sege & Harper, 2017):

1. Позитивні та негативні фактори, що впливають на здоров'я дитини, існують у всіх сферах соціальної взаємодії. Таким чином, взаємодія між індивідуальними та суспільними чинниками повинна бути врахована для досягнення оптимальних цілей для здоров'я дитини.

2. Здоров'я та благополуччя дитини та її опікунів нерозривно взаємопов'язані. Позитивний досвід має сприяти здоров'ю дитини, а також здоров'ю її батьків чи інших значущих дорослих та здоровій взаємодії батьки-діти.

3. Здоров'я дитини означає фізичний, когнітивний, емоційний та соціальний розвиток.

Крім того, варто зазначити, що модель НОРЕ включає набір вимірюваних цілей та результатів, які відображають здоров'я дитини. Хоча показники здоров'я дитини пов'язані з конкретним розвитковим напрямком - фізичним, когнітивним, соціальним або емоційним, вони взаємопов'язані між собою. Автори пояснюють на прикладі: такі особистісні характеристики, як емпатія та чесність (емоційна сфера), впливають на здатність успішно взаємодіяти з іншими людьми (соціальна сфера) і обидві вони сприяють міцній основі для розвитку навчальних та вирішення проблем (когнітивна сфера) у дитини та у подальшому дорослої особи. Характер раннього дитячого досвіду впливає на траєкторію розвитку особистості від вразливої до міцної стійкої особи.

Інший підхід ґрунтується на сильних сторонах дорослих з негативним дитячим досвідом та їх едукацію про травму (Ponciano & Leslie, 2022). Цей підхід складається з щоденної практики усвідомленості та інструментів спілкування для створення безпечного простору. Підхід також зосереджений на уважності дорослих опікунів, на відміну від зміни поведінки дітей. Розвиваючи усвідомлення ментальних моделей і збільшуючи емпатію покращується також взаємодія між батьками та дітьми.

Зокрема, Pease4Kids, громадська некомерційна організація в США, розробила два інструменти: модель комунікації NAVS (почути, визнати, прийняти та змінити), який базується на інструменті щоденної усвідомленості HEART (почути, оцінити, застосувати, переглянути, подякувати). Розроблена модель базується на десятиліттях роботи з дітьми, які пережили негативний досвід дитинства. Модель є практикою для саморегуляції, зокрема визнання особистих тригерів і стратегій з їх подолання. За допомогою дихання та відчуття власного тіла виявляються упередження та приховані переконання, що впливають на дисфункційну поведінку. Ця практика також дає змогу розпізнати власні емоції та потреби всіх залучених до проблеми, включаючи батьків та вихователів з метою регулювання їхніх реакцій під час взаємодії з дітьми (Ponciano & Leslie, 2022). Покрокова програма практики перекладена та модифікована нижче:

Крок 1 «Усвідомлення»

Щоб допомогти зосередитися під час цієї практики, зосередьте свою увагу на диханні. Згадайте останню вашу взаємодію, яка, можливо, пройшла не так, як ви сподівалися. Уявіть свою відповідь і запитайте себе: «Про що я думав у той момент?».

Ключові запитання кроку:

- Чи спілкувалися ви з дитиною на основі свого особистого бачення та очікувань?
- Чи спілкувалися ви з дитиною на основі ваших особистих тригерів або минулої події, яка ще не опрацьована?

Після зупинки на переоціну ситуації, сформууйте своє бажання створити краще середовище для дитини.

Крок 2 «Оцінка минулого досвіду»

Наступний крок передбачає вивчення минулого досвіду, для забезпечення позитивного досвіду для дитини. Оцініть, як ваші попередні дії могли вплинути на цю. Визнайте, що ви несете відповідальність за створення безпечного простору навіть під час складних ситуацій. Подумайте про те, що ви б повторили

і що змінили б у минулій взаємодії і як будь-які зміни у вашій відповіді могли по-іншому вплинути на дитину.

Ключові запитання кроку:

- Чи висловили ви співчуття дитині?
- Чого насправді потребувала дитина?
- Як ваші вчинки, думки та почуття могла сприйняти дитина?
- Як поведінка дитини викликала сумнів у ваших упередженнях і припущеннях?

Крок 3 «Застосовуйте нові знання»

Коли ви визначили кращий підхід до минулої взаємодії з дитиною, візуалізуйте свою нову відповідь, яка може включати розкриття своїх помилок дитині. Для дитини дуже важливо дізнатися, що дорослі теж роблять помилки, і це створює основу для вирішення власних проблем.

Ключові запитання кроку:

- Що ви можете сказати або зробити по-новому?
- Як це може вплинути на дитину?
- Як ви реагуєте на нову реакцію дитини?

Крок 4 «Переоцінка»

Оскільки це розумова вправа і минуле не можна змінити, цей крок є частиною процесу візуалізації «Що, якщо». Перегляньте запроповану переоцінку ситуацію та подумайте про те, як це може (або не може) спрацювати, щоб підготуватися до можливих результатів.

Ключові запитання кроку:

- Які інші можливі результати моїх нових дій?
- Який у мене план, якщо цей виявиться невдалим?

Крок 5 «Вдячність»

Подякуйте дитині за можливість стати більш уважною, співчутливою людиною. Подякуйте собі за те, що прийняли виклик. Визнання вдячності - це турбота про себе, яка дозволяє вам бути більш присутніми в кожній сфері життя.

Запропонований інструмент NAVS потребує послідовного застосування та практики. Інноваційність підходу полягає в трьох аспектах: зосередження на уважності та реакції дорослих вихователів у їхній взаємодії з дітьми без намагання змінити поведінку дитини; визнання стресу вихователів; модель не замінює існуючі навчальні програми, а натомість може бути інтегрованою в усі підходи до навчання та дитячого розвитку.

Розуміння ролі особистості та сімейного середовища в розвитку копінг-стратегій є основою програм підтримки людей, які стикаються з труднощами. Отримані дані свідчать про те, що діти з більшою негативною емоційністю та слабким контролем частіше покладаються на стратегії уникнення, що можуть призводити до проблем з адаптацією. Тому втручання мають бути зосереджені на сприянні використанню активних дій подолання. Сімейні умови, які забезпечують підтримку та сприяють ефективному залученню є безумовно необхідними для адаптації дітей. Інтервенції мають бути спрямовані на створення захисного сімейного середовища, яке сприяє виникненню гнучких копінг-стратегій у дорослому віці.

Ефективні стратегії покращення копінг-стратегій для осіб, які пережили негативний дитячий досвід включають прийняття себе, усвідомлення життєвої мети, навички активного вирішення проблем та практики уважності та усвідомленості. Так було виявлено, що прийняття себе та усвідомлення життєвої мети частково впливають на зв'язок між НДД та ризиком ранньої смертності. Застосування стратегій вирішення проблем та пошуку підтримки може допомогти особам подолати негативні наслідки НДД та сприяти здоровому розвитку. Крім того, використання різноманітних стратегій подолання важких ситуацій та гнучкість їх використання можуть сприяти кращій адаптації до стресу та негараздів. Практики уважності та усвідомленості та комунікаційні інструменти також можуть бути ефективними у створенні безпечного простору для дітей, які пережили негативний досвід. Такі механізми можуть бути помічними як дітей, так і дорослих у подоланні наслідків минулих травматичних обставин та сприяти стійкості та благополуччю.

Висновки до розділу III

Отже, порівнявши респондентів, що мали суттєвий негативний дитячий досвід і тих, що не мали, ми отримали наступні результати, відповідно до поставлених завдань:

– Наявність НДД має зв'язок з копінг-стратегіями, а саме було встановлено, що проживання у дисфункціональній сім'ї з середньою силою впливає на формування обмежуючого копінгу та пояснюється на рівні 7% формування копінгу, що проявляється в утриманні спонтанності дій та негайного реагування на стресову ситуацію.

– Деструктивне оточення має прямий внесок та пояснює 10% у формуванні ментального відволікання та уникнення проблем - чим більше деструктивного оточення, тим більше спостерігається ментального відволікання від проблем у наших респондентів. А на рівні 5,4% деструктивне оточення також має прямий вплив у формуванні дисфункційних копінгів загалом.

– Деструктивне оточення показало також прямий вплив на копінг заперечення у дорослих. Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток має обернений зв'язок з соціально-емоційною занедбаністю. А якщо мало місце нехтування емоційними потребами дитини, то шанси на формування проблемно-орієнтованого копінгу у дорослому віці зменшуються.

Деструктивне оточення та й всі інші аспекти НДД мають середній за силою вплив на вищий рівень особистісної тривоги. Що стосується впливу негативного дитячого досвіду на формування інтолерантності до невизначеності, то зв'язків в межах експериментальної групи не було знайдено. Досліджуючи кореляційні зв'язки диспозиційних рис скороченої версії Big-Five на експериментальній групі було встановлено, що екстраверсія негативно корелює наявністю соціально-емоційної занедбаності та з усіма іншими аспектами НДД. Доброзичливість, відкритість досвіду, нейротизм та свідомість не мають взаємозв'язку з негативним дитячим досвідом.

Цінність отриманих результатів дослідження є основною для кращого розуміння шляхів, що ведуть до погіршення здоров'я, пов'язаного з раннім несприятливим досвідом, а також змінних, які можуть бути помічними. Зосередження на конкретних навичках подолання може бути корисним для цілей втручання, однак, важливо пам'ятати, що більшість людей використовують широкий спектр стратегій подолання в різних стресових ситуаціях, які можуть бути адаптивними в певних ситуаціях. Таким чином, можуть застосовуватися, як проблемно-фокусовані, так і емоційно та дисфункційні стратегії подолання і можуть бути помічними у відповідності до подолання стресору. Крім того, саме такий тип гнучкості подолання може бути найбільш корисним для якості життя.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати нашого дослідження, варто зазначити, що були виконані поставлені завдання дослідження та сформовані наступні висновки в ході теоретичного та емпіричного аналізу впливу негативного дитячого досвіду у формуванні копінг-стратегії дорослих.

Був здійснений огляд існуючих теорій проблематики взаємозв'язку несприятливого дитинства та сформованих копінг-стратегій у дорослому віці. Так, негативний, або несприятливий дитячий досвід, що включає в себе психологічні, фізичні та сексуальні форми насильства, а також сімейні дисфункції, неглект та інші форми насилля, у подальшому негативно впливає на загальне здоров'я людини, є фактором ризикової поведінки, які становлять загрозу хронічним фізичним та емоційним розладам, як спосіб справитись зі стресовими ситуаціями. Зокрема, це відбувається через надмірну стимуляцію вегетативної нервової системи, порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, а також опосередковано через механізми дисфункційного поведінкового подолання. Більшість досліджень підтверджують кумулятивний вплив негативного дитячого досвіду на здоров'я дорослого населення.

Було організоване та методологічно обґрунтоване емпіричне дослідження з метою перевірки теоретичних припущень. Зокрема, в межах нашого дослідження було опитано 123 особи за наступними методиками: Опитувальник негативного дитячого досвіду (ОНДД) в адаптації Власової О. І., Родіної Н. В., Целікової Ю. О., Ворнікової Л. К., Тихоненко Ю. (2022); «COPE», в адаптації Ю. Коваленко (2020); «Шкала інтолерантності до невизначеності» в адаптації Г. Громової (2022); Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора, перекладена українською (2011); Скринінговий опитувальник п'яти факторів особистості VFI-10 в адаптації Сердюка та Базима (2021). Експериментальною групою дослідження виступила група осіб, які мали суттєвий негативний дитячий досвід (7 і більше балів за шкалою ОНДД). Контрольною групою є особи, що набрали 0-6 балів за ОНДД.

В межах емпіричного дослідження було виконано поставлені завдання емпіричного дослідження та сформувані наступні висновки:

- Серед шкал опитувальника негативного дитячого досвіду було встановлено відмінність лише у залучені до раннього статевого життя частіше жінок, ніж чоловіків. В інших аспектах НДД не виявлено статевої особливості.
- Серед переважаючих копінг-стратегій, жінки мають вищі рівні фокусування на емоціях, пошук емоційної підтримки та нижчий рівень копінгу використання гумору та придушення конкурентних дій на противагу чоловікам.
- Негативний дитячий досвід впливає на підвищений рівень особистісної тривоги;
- Нетерпимість до ситуацій невизначеності не формується в усіх випадках за рахунок негативного дитячого досвіду, а натомість є більш складною диспозиційною характеристикою особистості, яка здобувається у досвіді життя людини з багатьма іншими факторами;
- З поміж характерологічних рис, екстраверсія може бути взаємопов'язана з несприятливим дитинством, зокрема існує взаємообернений зв'язок з соціально-емоційною занедбаністю у дитинстві. Доброзичливість, відкритість досвіду, нейротизм та свідомість не мають прямого взаємозв'язку з негативним дитячим досвідом;
- Наявність НДД має зв'язок з копінг-стратегіями, а саме було встановлено, що проживання у дисфункціональній сім'ї з середньою силою впливає на формування обмежуючого копінгу та пояснюється на рівні 7% формування копінгу. Деструктивне оточення має прямий внесок та пояснює 10% у формуванні ментального відволікання та уникнення проблем. А на рівні 5,4% деструктивне оточення також має прямий вплив у формуванні дисфункційних копінгів загалом. Деструктивне оточення показало також прямий вплив на копінгу заперечення у дорослих. А якщо мало місце нехтування емоційними потребами дитини, то шанси на формування проблемно-орієнтованого копінгу у дорослому віці зменшуються.

Цінність отриманих результатів дослідження є основою для кращого розуміння шляхів, що ведуть до погіршення здоров'я, пов'язаного з раннім несприятливим досвідом, а також змінних, які можуть бути помічними. Було також надано практичні рекомендації щодо протидії негативного дитячого досвіду. Зокрема, було запропоновано як інструменти для збільшення гнучкості методів справлятися із стресовими ситуаціями дорослих, які мали негативний дитячий досвід, а саме: психотерапія КПТ, ДПТ, ТФ-КПТ, EMDR. А також були надані рекомендації профілактики негативного дитячого досвіду для дітей та їх сімей (модель комунікації HAVS, інструмент щоденної усвідомленості HEART, CBITS, SPARCS, TARGET та інші).

Враховуючи складний характер дитячих переживань, ймовірно, що механізми подолання пронизують різноманітні взаємопов'язані та складні системи. Такими потенційними механізмами можуть бути самосприйняття, як позитивне ставлення до себе, визнання та прийняття багатьох аспектів себе, і мета в житті, що визначається як відчуття цілеспрямованого напрямку. Зосереджуючись на покращенні сприйняття себе та зовнішніх обставин може допомогти людям з НДД жити довше та здоровіше, розвиваючи їх стресостійкість та управління емоціями. Крім того, важливо зазначити, що саме гнучкість копінг-інструментарію може бути найбільш корисним для якості життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Власова, О.І., Родіна, Н.В., Целікова, Ю.О., Ворнікова, Л.К., & інші. (2022). Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (АСЕ). *Офтальмологічний журнал*.
2. Волошок, О. В. (2019). Психологічний аналіз проблеми тривожності особистості. *Проблеми сучасної психології*, №10, 120-128.
3. Громова, Г. М. (2021). Інструменти вимірювання толерантності до невизначеності. Адаптація тесту "Шкала інтолерантності до невизначеності" Н. Карлетона. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*, №47(50), 115-130.
4. Громова, Г. М. (2022). Толерантність до невизначеності як чинник трансформації травматичного досвіду особистості (Дис. ... д-ра філос.). Київ.
5. Гусєв, А.І. (2009). Толерантність до невизначеності як чинник розвитку ідентичності особистості (Дис. ... канд. психол. наук.). Київ.
6. Коваленко, Ю.В. (2020). Етнорелігійна ідентичність молоді як чинник поведінки подолання стресової ситуації (Дис. на здоб. наук. ступ. канд. псих. наук). Київ.
7. Кокун, О.М., Пішко, І.О., Лозінська, Н.С., & Копаниця, О.В. (2011). Діагностування психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ.
8. Корнієнко, І. (2018). Генеза опанувальної поведінки у життєвому просторі особистості (Дис.... докт. психол. наук.). Київ.
9. Кузнецова, О., & Деркач, Л. (2021). Вплив негативного дитячого досвіду на особливості характеру дорослої людини. Роль інновацій в трансформації образу сучасної науки : Матеріали V Міжнар. науково-практ. конф., м. Київ, 22-23 грудня 2021 р. Київ.
10. Литвин С. (2019). Толерантність до невизначеності як психологічна конструкція. *Психологічний журнал*, 5(1), 90–107.

11. Мельник, Ю.В. (2020). Психологічні стратегії життєдіяльності в умовах ситуаційної невизначеності (Дис. ... канд. психол. наук). Київ.
12. Мілютіна, К.Л. (2018). Модель емпіричного дослідження наслідків дитячого досвіду у дорослому житті. Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Запорізького національного університету та Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, № 2 (14), 78-83.
13. Павленко, Г. В. (2020). Особистісні диспозиції як ресурс психологічного благополуччя в умовах невизначеності (Дис. канд. психол.). Київ.
14. Сердюк, О., & Базима, Б. (2021). Адаптація скринінгового опитувальника п'яти факторів особистості BFI-10 та перевірка його діагностичних властивостей на прикладі осіб, які вживають наркотики. *Law and Safety*, 83, 100-110.
15. Хилько, С. О. (2018). Психологічні умови формування толерантності до невизначеності у майбутніх психологів (Дис. ... канд. психол. наук). Київ.
16. Целікова, Ю. (2021). Негативний дитячий досвід як складова дезадаптації в дорослому віці. *Multidisciplinárni mezinárodní vědecký magazín «Věda a perspektivu»*, № 7, 253–264.
17. Чабан, О., Хаустова, О., & Сак, Л. (2020). Психосоматичний підхід до діагностики та терапії тривоги у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 5(1), e0501229. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v5i1.229>
18. Afifi, T., Enns, M., Cox, B.J., Asmundson, G.J., Stein, M.B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98(5), 946–952. doi: 10.2105/AJPH.2007.120253.
19. Austin, A., Herrick, H., Proescholdbell, S., & Simmons, J. (2016). Disability and Exposure to High Levels of Adverse Childhood Experiences: Effect on Health and Risk Behavior. *N C Med J*, 77(1), 30–36.

20. Bal, S., Oost, P.V., Bourdeaudhuij, I.D., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse Negl*, 27, 883–897.
21. Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2016). Examining the specific dimensions of distress tolerance that prospectively predict perceived stress. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1233454>
22. Bellis, M.A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2013). Adverse childhood experiences: Retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *J. Public Health*, 36, 81–91.
23. Bethell, C., Gombojav, N., Solloway, M., & Wissow, L. (2016). Adverse Childhood Experiences, Resilience and Mindfulness-Based Approaches: Common Denominator Issues for Children with Emotional, Mental, or Behavioral Problems. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 25(2), 139–156. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.12.001>
24. Boland, R., & Verduin, M. (2022). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. LWW. ISBN 10: 1975167481, ISBN 13: 9781975167486.
25. Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology. In S.I. Greenspan & G.H. Pollock (Eds.), *The course of life, Vol. 1. Infancy* (pp. 229–270). International Universities Press, Inc.
26. Brown, D.W., Anda, R.F., Tiemeier, H., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Croft, J.B., et al. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389–396.
27. Campbell, J.A., Walker, R.J., & Egede, L.E. (2016). Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344–352.
28. Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

29. Chapman, D., Whitfield, C., Felitti, V., Dube, S., Edwards, V., & Anda, R. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-225.
30. Cheong, E.V., Sinnott, C., Dahly, D., & Kearney, P.M. (2017). Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a potential protective factor. *BMJ Open*, 7(9). doi: 10.1136/bmjopen-2016-013228.
31. Cloitre, M., & Khan, C. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACEs and physical and mental health. *Psychol. Trauma Theory Res. Pract. Policy*, 11, 82–89.
32. Danese, A., & McEwen, B.S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age related disease. *Physiol. Behav*, 1, 29–39.
33. Daníelsdóttir, H.B., Aspelund, T., Thordardottir, E.B., et al. (2022). Adverse childhood experiences and resilience among adult women: A population-based study. *Elife*, 11, e71770. doi: 10.7554/eLife.71770.
34. Dirican, A.H., Kozak, E.D., Kavakcı, Ö., & Sönmez, B. (2023). The Association of Child Abuse Experiences and Intolerance of Uncertainty in Young Adults. *Psychiatry*, 86(3), 214-228. doi: 10.1080/00332747.2023.2205800.
35. Dube, S., Anda, R., Felitti, V.J., Chapman, D., Williamson, D., & Giles, W. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences study. *Journal of the American Medical Association*, 286(24).
36. Dube, S., Anda, R., Felitti, V.J., Dong, M., & Giles, W. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268–277.
37. Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., & Giles, W.H. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111, 564–572.
38. Espeleta, H., Sharkey, C., & Bakula, D. (2020). Adverse childhood experiences and chronic medical conditions: Emotion dysregulation as a mediator of adjustment. *J. Clin. Psychol. Med. Settings*, 27, 572–581.

39. Evans, G.W., & Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives*, 7(1), 43–48.
40. Exner, A., Kampa, M., Finke, J.B., et al. (2023). Repressive and vigilant coping styles in stress and relaxation: evidence for physiological and subjective differences at baseline, but not for differential stress or relaxation responses. *Front Psychol*, 14, 1196481. doi:10.3389/fpsyg.2023.1196481.
41. Felitti, V.J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *South Med J*, 84, 328–31.
42. Felitti, V.J. (1993). Childhood sexual abuse, depression and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *South Med J*, 86, 732–6.
43. Felitti, V.J. (2003). The origins of addiction: Evidence from the adverse childhood experiences study. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 547-559.
44. Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2010). The relationship of adverse childhood experience to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* (pp. 77–87). Cambridge University Press.
45. Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245-258.
46. Gould, D.A., Stevens, N.G., Ward, N.G., Carlin, A.S., Sowell, H.E., & Gustafson, B. (1994). Self-reported childhood abuse in an adult population in a primary care setting. *Arch Fam Med*, 3, 252–256.
47. Helitzer, D., Graeber, D., LaNoue, M., & Newbill, S. (2015). Don't step on the tiger's tail: A mixed methods study of the relationship between adult impact of childhood adversity and use of coping strategies. *Community Mental Health Journal*, 51(7), 768–774. doi: 10.1007/s10597-014-9815-7
48. Holmes, M. R., Yoon, S., Voith, L. A., Kobulsky, J. M., & Steigerwald, S. (2015). Resilience in physically abused children: protective factors for aggression.

- Behavioral sciences (Basel, Switzerland), 5(2), 176–189.
<https://doi.org/10.3390/bs5020176>
49. Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 2, e356–e366. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
50. Kalmakis, K. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(8), 457–465. doi:10.1002/2327-6924.12215
51. Kalmakis, K., & Chandler, G. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489–1501. doi:10.1111/jan.12329
52. Kelly-Irving, M., Lepage, B., Dedieu, D., Bartley, M., Blane, D., Grosclaude, P., et al. (2013). Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *Eur J Epidemiol*, 28(9), 721–734.
53. Larkin, H., & Records, J. (2007). Adverse childhood experiences: Overview, response strategies, and Integral Theory. *Journal of Integral Theory and Practice*, 2(3), 1–25.
54. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
55. Lengua, L., & Shimomaeda, L. (2023). Temperament, Family Context, and the Development of Coping. Pp 468-488. doi: 10.1017/9781108917230.025.
56. Leonidou, C., Panayiotou, G., Bati, A., & Karekla, M. (2019). Coping with psychosomatic symptoms: The buffering role of psychological flexibility and impact on quality of life. *Journal of Health Psychology*, 24(2), 175–187. doi: 10.1177/1359105316666657
57. Li, M., D’Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717–730. doi: 10.1017/S0033291715002743.

58. Martín-Higarza, Y., Fontanil, Y., Méndez, M.D., & Ezama, E. (2020). The Direct and Indirect Influences of Adverse Childhood Experiences on Physical Health: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8507. doi: 10.3390/ijerph17228507
59. McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Schroeder, A.F., et al. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA*, 277, 1362–1368.
60. McElroy, S., & Hevey, D. (2014). Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. *Child Abuse Negl*, 38, 65–75.
61. McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A.C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M., et al. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*, 12(3), 342–348. doi: 10.1038/nn.2270.
62. Merrick, M.T., Ford, D.C., Ports, K.A., Guinn, A.S., Chen, J., Klevens, J., Metzler, M., Jones, C.M., Simon, T.R., Daniel, V.M., et al. (2019). Vital signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention-25 states, 2015–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 68, 999–1005.
63. Min, M.O., Minnes, S., Kim, H., & Singer, L.T. (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse Negl*, 37, 361–373.
64. Monroe, S.M., & Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychol Bull*, 110, 406–425. doi: 10.1037/0033-2909.110.3.406
65. Nardelli, C. (2023). From emotion regulation to emotion regulation flexibility. *Nat Rev Psychol*, 2, 660. doi:10.1038/s44159-023-00237-1.
66. Nie, J., Yu, H., Wang, Z., Wang, L., Han, J., Wang, Y., et al. (2015). Association between adverse experiences in childhood and risk of chronic diseases in adulthood. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 36(9), 953–957.
67. Nurius, P.S., Logan-Greene, P., & Green, S. (2012). Adverse childhood experiences (ACE) within a social disadvantage framework: distinguishing unique, cumulative,

- and moderated contributions to adult mental health. *Journal of prevention & intervention in the community*, 40(4), 278–290. <https://doi.org/10.1080/10852352.2012.707443>.
68. Nusslock, R., & Miller, G.E. (2016). Early-life adversity and physical and emotional health across the lifespan: a neuroimmune network hypothesis. *Biological Psychiatry*, 80(1), 23–32. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.05.017.
69. O'Súilleabháin, P.S., D'Arcy-Bewick, S., Fredrix, M., McGeehan, M., Kirwan, E., Willard, M., et al. (2023). Self-acceptance and Purpose in life are Mechanisms Linking Adverse Childhood Experiences to Mortality Risk. Doi:10.31234/osf.io/svmdx.
70. Panayiotou, G., Karekla, M., & Leonidou, C. (2017). Coping through avoidance may explain gender disparities in anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 215–220. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.04.005.
71. Parker, J.D.A., & Endler, N.S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *Eur J Pers*, 6, 321–344. doi: 10.1002/per.2410060502.
72. Ponciano, L., et al. (2022). Mitigating the Impacts of Adverse Childhood Experiences: The Peace4Kids Approach in the Post-Pandemic Era. *Handbook of Research on Innovative Approaches to Early Childhood Development and School Readiness*, 1-22. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-8649-5.ch009>.
73. Read, J., & Bentall, R.P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, 200(2), 89-91. doi:10.1192/bjp.bp.111.096727.
74. Rudenstine, S., Espinosa, A., McGee, A.B., Routhier, E. (2019). Adverse childhood events, adult distress, and the role of emotion regulation. *Traumatology*, 25, 124–132.
75. Sachs-Ericsson, N., Cromer, K., Hernandez, A., Kendall-Tackett, K. (2009). A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: The role of psychiatric disorders and current life stress. *J Trauma Dissociation*, 10, 170–188.

76. Schimmenti, A., & Caretti, V. (2018). Attachment, trauma, and alexithymia. In *Alexithymia: Advances in Research, Theory, and Clinical Practice* (pp. 127–141). Cambridge University Press.
77. Schmidt, R.E., Chan, H.C.O., Stasolla, F. (2024). Editorial: Research in: coping strategies. *Front Psychol*, 14. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1332218.
78. Sege, R. D., & Harper Browne, C. (2017). Responding to ACEs With HOPE: Health Outcomes From Positive Experiences. *Academic pediatrics*, 17(7S), S79–S85. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.03.007>
79. Sheffler, J.L., Piazza, J.R., Quinn, J.M., Sachs-Ericsson, N.J., Stanley, I.H. (2019). Adverse childhood experiences and coping strategies: identifying pathways to resiliency in adulthood. *Anxiety Stress Coping*, 32(5), 594–609. doi: 10.1080/10615806.2019.1638699.
80. Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>.
81. Spinhoven, P., Elzinga, B.M., Van Hemert, A.M., de Rooij, M., Penninx, B.W. (2016). Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: A six-year longitudinal study. *J Affect Disord*, 191, 100–108. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.036.
82. Springs, F., Friedrich, W.N. (1992). Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clin Proc*, 67, 527–532.
83. Stanisławski, K. (2019). The Coping Circumplex Model: An Integrative Model of the Structure of Coping With Stress. *Front Psychol*. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00694.
84. Taylor, S.E., & Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520.
85. Van der Kolk & Fisler. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study.

86. Wadsworth, M. (2015). Development of maladaptive coping: A functional adaptation to chronic, uncontrollable stress. *Child Development Perspectives*, 9(2), 96–100. doi: 10.1111/cdep.12112.
87. Wagner-Skacel, J., Riedl, D., Kampling, H., Lampe, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Sci Rep*, 12(1), 6809. doi: 10.1038/s41598-022-10787-8.

ДОДАТКИ

Додаток А

Описові статистики та перевірка розподілів на нормальність для «COPE»

Шкала	Середнє	Середнє квадратичне відхилення	Критерій Шапіро-Вілка W	p-рівень Шапіро-Вілка	Розподіл
Позитивна інтерпретація	12.4	2.66	0.940	< .001	не нормальний
Ментальне відволікання	10.2	2.75	0.977	0.037	не нормальний
Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	11.8	2.53	0.966	0.004	не нормальний
Пошук соціальної підтримки	11.6	2.66	0.959	< .001	не нормальний
Активне подолання	12.3	2.39	0.956	< .001	не нормальний
Заперечення	7.71	2.61	0.944	< .001	не нормальний
Релігійний копінг	5.93	2.97	0.703	< .001	не нормальний
Почуття гумору	10.9	3.38	0.955	< .001	не нормальний
Поведінкове відволікання	8.28	2.44	0.969	0.006	не нормальний
Обмеження	9.85	1.94	0.974	0.019	не нормальний
Пошук емоційної соціальної підтримки	11.3	3.56	0.936	< .001	не нормальний
Вживання алкоголю та наркотиків	7.93	3.94	0.857	< .001	не нормальний
Прийняття	11.7	2.76	0.964	0.003	не нормальний
Придушення конкурентних дій	10.2	2.47	0.979	0.052	нормальний
Планування	12.6	2.39	0.943	< .001	не нормальний
Проблемно-орієнтований копінг	56.5	7.91	0.987	0.306	нормальний
Емоційно-фокусований копінг	53.1	8.52	0.990	0.473	нормальний
Дисфункційний копінг	45.0	10.0	0.987	0.298	нормальний

Кореляційні зв'язки опитувальника негативного дитячого досвіду зі шкалами
диспозиційного опитувальника «COPE» (експериментальна група)

		Проживання у дисфункці- ональній сім'ї	Деструк- тивне оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально- емоційна занедбаність	Негативний дитячий досвід
Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	коэф. Спір мена	0.109	-0.069	-0.230	-0.152	0.016
	p	0.392	0.586	0.068	0.230	0.900
Ментальне відволікання – уникнення проблеми	коэф. Спір мена	0.057	0.308 *	-0.059	0.102	0.237
	p	0.655	0.013	0.643	0.422	0.059
Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	коэф. Спір мена	-0.122	-0.096	-0.013	-0.035	-0.151
	p	0.339	0.448	0.919	0.783	0.235
Пошук інструментальн ої соціальної підтримки	коэф. Спір мена	-0.109	-0.148	-0.124	-0.191	-0.177
	p	0.391	0.243	0.330	0.131	0.163
Активне подолання	коэф. Спір мена	0.032	-0.045	-0.229	-0.156	-0.024
	p	0.801	0.724	0.068	0.218	0.848
Заперечення	коэф. Спір мена	-0.205	0.137	0.098	0.074	-0.019
	p	0.104	0.281	0.442	0.562	0.879
Релігійний копінг	коэф. Спір мена	-0.034	-0.130	0.023	0.041	-0.127
	p	0.791	0.305	0.854	0.749	0.319
Почуття гумору	коэф. Спір мена	-0.242	0.028	-0.182	-0.172	-0.092

	p	0.054	0.828	0.149	0.173	0.471
Поведінкове відволікання	коэф. Спірмена	-0.030	0.018	0.113	0.063	-0.018
	p	0.813	0.890	0.373	0.622	0.886
Обмеження	коэф. Спірмена	0.329 **	0.060	0.047	-0.003	0.236
	p	0.008	0.640	0.710	0.984	0.061
Пошук емоційної соціальної підтримки	коэф. Спірмена	0.078	-0.101	-0.141	-0.123	-0.047
	p	0.542	0.428	0.268	0.332	0.714
Вживання алкоголю та наркотиків	коэф. Спірмена	0.122	-0.015	-0.125	-0.060	0.047
	p	0.336	0.908	0.325	0.639	0.711
Прийняття	коэф. Спірмена	0.143	-0.158	-0.162	-0.176	-0.034
	p	0.258	0.212	0.201	0.164	0.792
Придушення конкурентних дій	коэф. Спірмена	0.118	-0.081	-0.179	-0.214	-0.042
	p	0.353	0.523	0.157	0.090	0.741
Планування	коэф. Спірмена	0.096	-0.172	-0.090	-0.156	-0.076
	p	0.450	0.173	0.477	0.220	0.551
Проблемно-орієнтований копінг	коэф. Спірмена	0.070	-0.135	-0.176	-0.250 *	-0.084
	p	0.581	0.289	0.164	0.047	0.507
Емоційно-фокусований копінг	коэф. Спірмена	0.102	-0.115	-0.140	-0.101	-0.040
	p	0.425	0.365	0.270	0.426	0.752
Дисфункційний копінг	коэф. Спірмена	-0.094	0.147	-0.015	0.040	0.089
	p	0.462	0.245	0.905	0.753	0.484

Кореляційні зв'язки опитувальника негативного дитячого досвіду зі шкалами
диспозиційного опитувальника «COPE» (контрольна група)

		Проживання у дисфункці- ональній сім'ї	Деструк- тивне оточення	Залучення до раннього статевого життя	Соціально- емоційна занедбаність	Негативний дитячий досвід
Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	коэф. Спірмена	-0.136	0.010	0.183	0.037	-0.012
	p	0.306	0.937	0.165	0.781	0.927
Ментальне відволікання – уникнення проблеми	коэф. Спірмена	-0.082	0.245	-0.062	-0.009	0.162
	p	0.536	0.062	0.640	0.945	0.219
Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	коэф. Спірмена	0.127	0.001	0.043	0.144	0.079
	p	0.337	0.995	0.748	0.276	0.550
Пошук інструментальної соціальної підтримки	коэф. Спірмена	0.039	0.100	0.113	0.097	0.121
	p	0.770	0.453	0.396	0.466	0.359
Активне подолання	коэф. Спірмена	-0.194	-0.152	0.101	0.075	-0.161
	p	0.140	0.252	0.446	0.573	0.223
Заперечення	коэф. Спірмена	0.027	0.200	-0.062	-0.106	0.124
	p	0.841	0.128	0.638	0.422	0.348
Релігійний копінг	коэф. Спірмена	0.048	-0.048	0.238	0.062	0.008
	p	0.717	0.720	0.069	0.641	0.950
Почуття гумору	коэф. Спірмена	-0.231	0.145	0.202	0.082	0.065
	p	0.078	0.274	0.126	0.539	0.625
Поведінкове відволікання	коэф. Спірмена	0.130	0.088	-0.163	0.089	0.116
	p	0.326	0.508	0.216	0.504	0.380

Обмеження	коэф. Спірмена	0.167	0.144	0.102	0.110	0.195
	p	0.207	0.278	0.444	0.406	0.140
Пошук емоційної соціальної підтримки	коэф. Спірмена	0.136	-0.061	0.202	0.057	0.019
	p	0.305	0.649	0.126	0.666	0.889
Вживання алкоголю та наркотиків	коэф. Спірмена	0.048	0.084	0.032	-0.102	0.062
	p	0.719	0.526	0.812	0.441	0.639
Прийняття	коэф. Спірмена	-0.064	-0.031	0.101	0.049	-0.052
	p	0.632	0.814	0.447	0.710	0.694
Придушення конкурентних дій	коэф. Спірмена	-0.085	0.183	-0.027	0.127	0.164
	p	0.524	0.166	0.837	0.337	0.215
Планування	коэф. Спірмена	-0.229	0.020	0.129	0.089	-0.020
	p	0.081	0.880	0.331	0.502	0.878
Проблемно- орієнтований копінг	коэф. Спірмена	-0.096	0.128	0.143	0.155	0.123
	p	0.470	0.336	0.280	0.243	0.355
Емоційно- фокусований копінг	коэф. Спірмена	0.010	-0.042	0.224	0.101	-0.001
	p	0.939	0.753	0.088	0.448	0.991
Дисфункційний копінг	коэф. Спірмена	-0.131	0.186	0.035	0.037	0.111
	p	0.323	0.159	0.794	0.783	0.401

Перевірка гіпотез про середні між чоловіками та жінками за шкалами
диспозиційного опитувальника «COPE»

Шкала	Критерій	Статистика	Ступені свободи	p	Альтернативна гіпотеза
Позитивна інтерпретація та особистісний розвиток	U критерій Манна-Уїтні	1541		0.888	чоловіки \neq жінки
Ментальне відволікання – уникнення проблеми	t-критерій Стьюдента	0.250	121	0.803	чоловіки \neq жінки
Фокусування на емоціях та емоційна розрядка	U критерій Манна-Уїтні	916		< .001	чоловіки \neq жінки
Пошук інструментальної соціальної підтримки	U критерій Манна-Уїтні	1395		0.340	чоловіки \neq жінки
Активне подолання	U критерій Манна-Уїтні	1386		0.315	чоловіки \neq жінки
Заперечення	U критерій Манна-Уїтні	1326		0.179	чоловіки \neq жінки
Релігійний копінг	U критерій Манна-Уїтні	1365		0.220	чоловіки \neq жінки
Почуття гумору	U критерій Манна-Уїтні	1168		0.026	чоловіки \neq жінки
Поведінкове відволікання	t-критерій Стьюдента	0.995	121	0.322	чоловіки \neq жінки
Обмеження	t-критерій Стьюдента	-1.565	121	0.120	чоловіки \neq жінки
Пошук емоційної соціальної підтримки	U критерій Манна-Уїтні	962		< .001	чоловіки \neq жінки
Вживання алкоголю та наркотиків	U критерій Манна-Уїтні	1493		0.680	чоловіки \neq жінки
Прийняття	U критерій Манна-Уїтні	1526		0.823	чоловіки \neq жінки
Придушення конкурентних дій	t-критерій Стьюдента	-3.176	121	0.002	чоловіки \neq жінки
Планування	U критерій Манна-Уїтні	1254		0.080	чоловіки \neq жінки
Проблемно-орієнтований копінг	t-критерій Стьюдента	-1.899	121	0.060	чоловіки \neq жінки
Емоційно-фокусований копінг	t-критерій Стьюдента	2.955	121	0.004	чоловіки \neq жінки
Дисфункційний копінг	t-критерій Стьюдента	-0.261	121	0.795	чоловіки \neq жінки