

**Заклад вищої освіти «Український католицький університет»**

**Факультет наук про здоров'я**

**Кафедра психології та психотерапії**

**Магістерська робота**

**РЕПРЕЗЕНТАЦІЯ ТА ІНШОГО У ОСІБ З ДИТЯЧИМ  
ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ**

**Виконала: магістр**

**2 року, групи ЗПП20/М**

**спеціальності 053 Психологія**

**освітньої програми «Клінічна**

**психологія з основами психодинамічної терапії»**

**Тимків Тетяна**

**Науковий керівник: доцент кафедри**

**психології та психотерапії,**

**канд. пс. наук Широка Анастасія**

**Рецензент:**

---

**Львів – 2022**

## ЗМІСТ

|   |    |
|---|----|
| ЗМІСТ .....   | 2  |
| ВСТУП.....  | 3  |
| РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ.....   | 6  |
| 1.1 Репрезентації Я та Іншого в контексті теорії об'єктних стосунків та в теорії ранніх дезадаптивних схем та часток Янга .....   | 6  |
| 1.1.1. Поняття репрезентації Я та Іншого .....  | 6  |
| 1.1.2. Репрезентація Я та Іншого в контексті теорії об'єктних стосунків ....  | 9  |
| 1.1.3 Репрезентації Я та Іншого в теорії схема-терапії .....  | 12 |
| 1.2. Репрезентації Я та Іншого у осіб з дитячим травматичним досвідом .....   | 14 |
| 1.2.1. Дитячий травматичний досвід: поняття, види, поширеність та симптоми .....  | 14 |
| 1.2.2. Зв'язок репрезентації Я та Іншого з різними формами дитячого травматичного досвіду: результати попередніх досліджень ..... | 18 |
| 1.3. Теоретична модель дослідження репрезентацій Я та Іншого у осіб з дитячим травматичним досвідом .....                         | 20 |
| Висновки до першого розділу .....   | 21 |
| 2.2. Методи дослідження .....   | 23 |
| 2.3. Група досліджуваних .....  | 27 |
| Висновки до другого розділу.....  | 29 |
| РОЗДІЛ III РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ .....   | 30 |
| 3.1. Особливості дисфункційних схем та часток у осіб з дитячим травматичним досвідом .....  | 30 |
| 3.3. Психологічна стійкість та дитячий травматичний досвід як предиктори вираженості ранніх дисфункційних схем та часток. ....    | 42 |
| 3.4. Дискусія результатів .....   | 43 |
| Висновки до третього розділу .....  | 46 |
| ВИСНОВКИ .....  | 48 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....  | 49 |
| ДОДАТКИ .....   | 52 |

## ВСТУП

За даними ВООЗ за 2021 рік, у світі більше половини (1 мільярд !) дітей, у віці 2–17 років, зазнали насильства впродовж зростання (Susan Hillis, 2016). Вивчення питання негативного впливу досвіду зростання в насиллі є актуальним та широко розповсюдженим. Формуючи первинну соціалізацію в колі батьків, діти навчаються комунікувати з іншими дорослими та дітьми в подальшому. В часі війни особливо актуальним є питання травматичного дитинства у дітей, що мали досвід зґвалтування, насилля, емоційного та фізичного знуцання, занедбання.

Близько 61% дорослих Америки, що були опитані, зазнавали досвіду насилля в віці до 18 років, кожен шостий з них відмічав в час зростання 4 і більше види травматичного досвіду (Prevention, 2022). В Україні, в 2021 році було проведено соціологічне опитування на замовлення Центру гідності дитини Українського католицького університету, за результатами якого близько 4% українців стали жертвами зґвалтування, 23% - жертвами насилля або домагань (Терещук, 2021). В часі війни статистика жертв насилля зросла до критичних показників. Втім, за ствердженням BBC news, до правоохоронних органів звертається лише кожна 10 жертва насилля, тож навіть теперішні цифри є далекими від реальних (Лебедь, 2019).

Побуває думка, що насильницькі методи виховання сприяють підвищенню психологічної стійкості та сили дитини, втім, останні дослідження стверджують протилежне. Так, наприклад, діти, які у своєму досвіді пережили дві чи більше несприятливих події, частіше потребували особливої медичної допомоги, у порівнянні з дітьми, які не мали жодного з цих досвідів (Bethell, 2014). Загалом відомо, що дитячий травматичний досвід позначається як на соматичному, так і на психічному здоров'ї дитини, а пізніше дорослого. Втім, питання психічних змістів, зокрема психічних репрезентацій особи, яка протягом дитинства була вимушена переживати травматичний досвід, залишається недостатньо вивченим.

Таким чином, **метою** цього дослідження стало визначення особливостей репрезентації я та іншого у осіб з дитячим травматичним досвідом. **Об'єкт** дослідження – психічні репрезентації Я та іншого, а **предмет** – особливості репрезентацій Я та іншого у осіб з різним дитячим досвідом.

**Завдання роботи:**

1. Здійснити теоретичний аналіз матеріалів з питання репрезентації Я та Іншого у дорослих з дитячим травматичним досвідом;
2. Розробити план дослідження та підібрати психодіагностичний інструментарій для оцінки репрезентацій Я та Іншого у дорослих з дитячим травматичним досвідом;
3. Провести емпіричне дослідження репрезентацій Я та Іншого у дорослих з дитячим травматичним досвідом;
4. Розробити практичні рекомендації щодо ефективності терапії дорослих з дитячим травматичним досвідом;

**Гіпотези:**

1) Для осіб з дитячим травматичним досвідом будуть характерні більш виражені ранні дисфункційні схеми та частки у порівнянні з особами, які не мали дитячого травматичного досвіду.

2) Існує обернена залежність між наявністю у дитинстві особи різних чинників психологічної стійкості та вираженістю в неї ранніх дисфункційних схем.

3) Пережитий дитячий травматичний досвід та чинники психологічної стійкості виступають предикторами вираженості ранніх дисфункційних схем та часток.

**Методи дослідження:** В роботі використано кількісні (опитувальники) та якісні методи дослідження (напівструктуроване інтерв'ю). Дослідження мало ретроспективний крос-секційний дизайн, були використані такі методики: Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Янга (Young Schema Questionnaire-Short Form Revised) (Young, 1998); Опитувальник несприятливого

дитячого досвіду та психологічної стійкості (Adverse Childhood Experiences and Resilience, Murphy, 2016); Опитувальник дисфункційних часток (Schema Mode Inventory(SMI)) (Young, 2008 ), Опитувальник на визначення досвіду травми в дитячому віці (Child trauma questionnaire) (Bernstein, 1998).

**Група досліджуваних:** дослідження проводилося протягом 2020-2022 року, в ньому взяли участь дві групи студентів різних спеціальностей та курсів. Дослідження проводилося серед дорослих обидвох статей. До групи досліджуваних увійшло 140 осіб, віком від 17 до 35 років. З них 115 осіб жіночої статі, 25 осіб чоловічої. Максимальний показник ACE = 8, мінімальний = 0. До участі в дослідженні було запрошено усіх бажаючих, незалежно від рівня дитячого травматичного досвіду.

Враховуючи значну поширеність дитячого травматичного досвіду та його зростання в час війни, питання наслідків психічних травм стоїть досить гостро. А вивчення психічних змістів, які наповнюють особу внаслідок пережитого, є особливо актуальним для психотерапії. На сьогоднішній день, ефективними способами допомоги травматичного досвіду вважаються когнітивно-поведінкова терапія, схема-терапія та арт-терапевтичні напрямки. (М.О. Benavides, 2019). Психодинамічну терапію також прийнято вважати ефективною для роботи з жертвами насилля, втім, повний курс терапії вимагає більше часу та зусиль зі сторони клієнта (K.L. Callahan, 2015). Вивчення та опис внутрішньої динаміки травмованої особи чи то в термінах часток, схем чи об'єктів, має цінний внесок у психотерапевтичну практику і дозволяє краще розуміти клієнта з дитячим травматичним досвідом.

## РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ

### 1.1 Репрезентації Я та Іншого в контексті теорії об'єктних стосунків та в теорії ранніх дезадаптивних схем та часток Янга

#### 1.1.1. Поняття репрезентації Я та Іншого

Людина формується в контактi з iншими. Так, першими колами соціалізації для дитини є її батьки, котрі і створюють певні репрезентативні частки в свідомості дитини. Своєю поведінкою, ставленням та словами, вони формують репрезентацію себе у дитини, котра самостійно засвоює батьківські частки як інтроєкти. Таким чином, в подальшому все своє існування дитина сприймає з огляду на репрезентації батьківських об'єктів.

Вперше об'єктні репрезентації вивчав в 1890-му році психолог В. Джемс., він описує такі явища, як «I-self» і «Me-self» (James, 1890). Джемс стверджував, що «I-self» відображає те, що люди бачать або сприймають, як вони здійснюють певні дії у фізичному світі (наприклад, усвідомлення того, як людина ходить, їсть, пише), тоді як «Me-self» є більш суб'єктивним і психологічним явищем, що стосується роздумів людей про себе (наприклад, характеризуючи себе як спортивну, розумну, активну і т.д.). Інші терміни, такі як Я-погляд, Я-образ, Я-схема та Я-концепція, також використовуються для опису думок для саморефлексії. Втім, найбільше, поняття репрезентацій в психоаналізі розглядається в межах теорії об'єктних стосунків.

Об'єктні стосунки – взаємодія уявних об'єктів особистості в контактi між собою та з реальним світом (Scharff, 2005). В побуті часто стверджують, що людина – соціальна істота, і своє життя вона пізнає в стосунку з iншими. Перші навички соціалізації, емоційного інтелекту та спілкування вона набуває в контактi з мамою та батьком, і в подальшому лише розвиває отримані навички.

Серед перших психологів, що розглядали у своїх роботах об'єктні стосунки, ми, в першу чергу, розглядаємо трактування соціальної взаємодії З.Ш. Фрейда (Фрейд З. , 1917), Хайнца Кохута (р. 1919) (Кохут, 2002) , Анни Фрейд

(Фрейд А. , 1937), Мелані Кляйн (Кляйн, 2010) та інших. Також, наприклад, Ганс Салліван, засновник інтерперсонального аналізу стверджував, що потреба в міжособистісних стосунках людини є однією з базових, зокрема, потреба в ніжності та турботі, і почутті безпеки. Він виводить поняття особистості, як суми стосунків між реальними та уявними (фантастичними) образами, котрі виникають в результаті соціальної взаємодії. (Салліван, 1947) Тому, в контакті з іншими людьми ми не просто формуємо стосунок, а і часто фантазуємо про нього, тим самим закладаючи певні патерни поведінки. І чим більше ролей застосовує людина в такому типі комунікації, тим більше різних типів стосунків може бути сформовано.

Схожі теорії в своїх роботах висвітлювали К.Г. Юнг (Юнг, 1916), А Адлер (Адлер, 1927), К. Горні (Горні, 1937). Всі психологи, свого часу, зверталися до поняття контакту між батьками та дитиною, в процесі формування її Я. Беручи за основу теорію З.Ш. Фрейда (Фрейд З. , 1917), вони розвивали її та розглядали під різними кутами, не відмовляючись від попередніх здобутків. Так, в роботі «Невротична особистість нашого часу», Карен Горні звертає найбільшу увагу на суб'єктивне відчуття любові, і пише: «Дитина може витримати велику кількість того, що ми відносимо до травматизуючих факторів, - раптове припинення грудного вигодовування, фізичне та сексуальне насильство – до тих пір, поки вона вірить, що її люблять». (Горні, 1937) Таким чином, окрім суб'єктивної оцінки рівня травматизації в дитячому віці, важливо враховувати і вимірювати психологічну стійкість людини, її здатність до опору (resilience).

Натомість фінський психотерапевт Вейко Техке не просто розглядає «Я» як структуру діалогічну, а ще й описує три основні і загальні принципи роботи людської психіки, з яких для нас найважливішим є саме перший: «Людська психіка всеціло суб'єктивна та заснована на досвіді. Всі зовнішні картини, що клієнт висвітлює на сесіях є виключно його власним сприйняттям, та ніколи не стануть об'єктивною дійсністю.» (Техке, 2019).

Вейко Техке стверджує, що первинна комунікація немовляти з матір'ю (агукання, крики), це перша спроба розрядки афекту в дитини. І отримуючи такі навички, вона усвідомлює власну систему сигналів, за допомогою яких в подальшому може встановлювати контакти з іншими обличчями (людьми). (Техке, 2019)

Власне, сучасні автори всеціло підтверджують теорію Мелані Кляйн про первинну соціалізацію в об'єктному стосунку. Це дає нам можливість сформулювати гіпотезу про те, що порушення первинного стосунку, яке виявляється в негативному досвіді зростання, може призвести в подальшому до зруйнування звичних патернів комунікації. Суб'єктивна свідомість за Вейко Техке формує власне сприйняття лише з досвіду комунікацій, тому і в подальшому продовжує переносити такий досвід на інші об'єкти.

Так, наприклад, Х. Кохут в своїх роботах неодноразово підкреслював, що на розвиток немовляти, наявність значимого Іншого і характер емоційних стосунків впливають набагато більше ніж потяги Ід, та тріби. (Кохут, 2002) Зокрема, як приклад, в своїй праці «Відновлення самості» психотерапевт висловлює припущення про те, що надто добра, та все-дозволяюча мати може стати причиною виникнення психопатологій в майбутньому дитини. Таким чином, не маючи сталого критикуючого внутрішнього об'єкта, клієнт живе в ілюзії вседозволеності, що провокує невротичні та патопсихологічні прояви при контакті з реальністю. Тому, можемо сформулювати висновок про те, що відсутність критикуючої частки, чи достатньо вимогливого Супер-Его також може стати діагностичним моментом для нашої роботи.

Мікаел Балінт, натомість, звертав увагу не лише на патерни поведінки та відігрування сценаріїв, а і на те, що він в своїй роботі «Базовий дефект: терапевтичні аспекти регресії» називає «атмосферою», повторенням в аналітичній ситуації. Перебуваючи в психотерапевтичному альянсі, клієнт схильний до відігрування ситуацій, що мали місце в його досвіді, і лікування в контакті, та зміні старих схем поведінки. (Balint, 1991) Такий погляд на



формування первинних об'єктів, та їх використання, в подальшому дає можливість змінити підхід до терапії дорослих, що мали негативний досвід зростання, зокрема насильство в своєму анамнезі.

Таким чином, можемо бачити, що про формування репрезентацій Я та Іншого писали психологи різних напрямів та підходів: об'єктних стосунків, схема терапії, діалогічної теорії та інших. Аналізуючи в цій роботі особливості формування репрезентацій у осіб з травматичним досвідом зростання, мусимо враховувати підходи у всіх методах та напрямках, не обмежуючись одним із них.

### **1.1.2. Репрезентація Я та Іншого в контексті теорії об'єктних стосунків**

Теорія об'єктних відносин (об'єкт-теорія) - система психоаналітичних уявлень про особистість, заснована на постулаті, згідно з яким домінуючою потребою суб'єкта є потреба в стосунках з об'єктом, при цьому «об'єкт» в психоаналізі - це майже завжди людина (Ruscroft, 1995). Коли мова йде про стосунок між внутрішніми репрезентаціями, використовуємо поняття «об'єктних відносин», оскільки говориться про не живі частки.

Бачення поняття репрезентації об'єкта «Я» та «Іншого» перегукується в різному формулюванні в теоріях схема-терапії, об'єктних стосунках, та інших. В теорії об'єктних стосунків поняття репрезентації об'єкта виводиться як уявне представлення об'єкта, його рис та характеристик. (Ruscroft, 1995) Такі репрезентації є, по суті, складними когнітивними схемами, які утворюють складну та стійку організацію психіки. Так, М. Хорнер стверджувала, що внутрішні об'єктні відносини виконують роль певного шаблону, схеми взаємодії, визначають почуття страху, очікування, та переконання людини в інших важливих взаєминах з соціумом. Такі схеми не є точними копіями поведінки людини, але вони створені ще в ранньому дитячому віці, тому можуть бути дуже примітивними та обмеженими в власних пізнавальних можливостях. (Horner, 1970)

Таким чином, маючи сформовані репрезентації «Я» та «Іншого», дитина несвідомо накладає нові типи стосунків на старі шаблони та схеми (Horner, 1970). Роджер Сперрі, нейропсихолог, стверджує, що таке бачення репрезентації перегукується з теорією А.Адлера, про утворення певних комплексів в дитячому віці, та їх репрезентацію на світ зовнішній. (Sperry, 1992) Також, теорія об'єктних стосунків часто зачіпає поняття «Я-об'єкт», в якому мова йде про відсутність кордонів, змішування поняття власного «Я» і об'єкта. Прикладом тому може служити група відчуттів, коли дитина не є здатною самостійно відчувати власні потреби та очікування, а лише віддзеркалює відчуття та емоції дорослого. Кожна репрезентація має особливості формування. Так, об'єкт може бути частковим, або ж цілісним.

Цілісний об'єкт це той, котрий визнається подібним за почуттями та потребами. Такий об'єкт – це можливість відреагувати на світ так, як і людина, що надихає, має схожі риси та вміння, та може бути прикладом. Частковий об'єкт Чарльз Рикрофт охарактеризував як об'єкт, який є частиною людини, наприклад пеніс або груди. Відмінності між цілісним і частковим об'єктом полягають в тому, що цілісний об'єкт сприймається як людина, почуття і потреби якого не менш важливі, ніж власні почуття і потреби індивіда, в той час як частковий об'єкт сприймається виключно як щось, що служить для задоволення власних потреб індивіда». (Ruscroft, 1995) Частковий об'єкт в процесі свого усвідомлення є дуже віддаленим від образу цілісного об'єкта. Репрезентація Я та Іншого між цілісними об'єктами є структурною та динамічною, часткові ж об'єкти важко взаємодіють між собою, та не підпадають під одне поле усвідомлення.

Однією з важливих характеристик об'єкта є також його сталість. Сталість об'єкта це, за ствердженнями Малер (Mahler M. , 1979), - здатність об'єкта утворювати надійні та стабільні відносини з іншими об'єктами, чи, навпаки, схильність до відкидання та знищення об'єктів. Так М. Малер приводить приклад дитини, що не приймає догляду та увагу ні від кого окрім матері, і важко проживає її відсутність. (Mahler M. P., 1975)

Втім, саме завдяки Мелані Кляйн уже на середині 20-го століття, виник окремий напрям психоаналітичної терапії, котрий в подальшому було названо «Теорія об'єктних стосунків», і саме цей напрямок найбільш детально аналізував батьківсько-дитячі стосунки в сфері утворення репрезентацій «Я» та «Іншого», котрі в межах цієї теорії часто називають «інтроектами». Теорія об'єктних стосунків, і, зокрема, Мелані Кляйн, стверджували, що розвиток дитини проходить через фази контакту з матір'ю (так звані «хороші» та «погані» груди). При народженні, немовля переживає дуже гостре сенсорне подразнення, та сприймає світ як агресивний, та атакуючий. Мама ж є просто частиною немовляти, котра готує та зігріває. (Кляйн, 2010)

Теорія об'єктних відносин представляє розвиток особистості як процес переробки досвіду взаємодії суб'єкта з навколишнім світом (зовнішніми об'єктами). Саме досвід взаємодії з об'єктами вважається найважливішим фактором формування ідентичності суб'єкта і еволюції його внутрішньо психічних структур. Згідно з теорією об'єктних відносин, об'єкти бувають: **зовнішніми** (якщо суб'єкт усвідомлює їх як зовнішні але відношенню до себе); **внутрішніми** (виникають шляхом інтроекції зовнішніх об'єктів і локалізуються у внутрішній психічній реальності суб'єкта, в тому числі можуть мати фантазійну природу); **частковими** (частина людини, наприклад материнські груди); **перехідними** (які суб'єкт розглядає як знаходяться між ним і іншою людиною, але з якими немає необхідності спілкуватися, наприклад соска або лялька) і т.д.

В міжлюдському стосунку, який є предметом нашого дослідження, нас цікавить виявлення зовнішнього, або ж, Іншого-важливого суб'єкта, і внутрішнього, або ж Я-об'єкта. На етапі формування Его, дитина оцінює маму як частковий об'єкт – цілої мами не існує, є тільки груди. І якщо ці груди годують – вони хороші, якщо не годують, чи сприймаються як «атакуючі» (насильницьке годування), то вони погані. Таким чином, коли дитина виростає достатньо, щоб об'єднати маму з грудьми, формується об'єкт стосовно іншого, наприклад тепла та зігріваюча, проте атакуюча матір. В подальшому житті людини, ці об'єкти

переносяться також на інших жінок (перенесення), та формують уже установлений патерн поведінки з таким типом контакту.

Теорія Мелані Кляйн отримала розвиток в подальшому, та часто висвітлюється не лише в дитячій, а і в дорослій терапії. Так, з точки зору діалогічної теорії Я, створеної голландським психотерапевтом Хубертом Хермансом, люди можуть займати щонайменше дві точки зору або “Я-позиції” в межах свого внутрішньо особистого спілкування. Так, часто ми маємо схильність звертатися до себе в першій чи третій особі, дискутувати та обдумувати питання в різноманітних ролях. Такі діалоги можуть показати ще більшу складність і деталізацію внутрішньої картини self. (Гребенюк, 2017) Таким чином, формуючи різні структури self, людина вчиться комунікувати в першу чергу з собою, тим самим налаштовуючи контакт з іншими об’єктами.

Важливим в теорії об’єктних стосунків є також розуміння того, що чим дорослішою є людина, чим більше досвіду вона набуває, тим більше вона «зрощує» ці репрезентації, розширює їх, та усвідомлює. Така дитина в дорослому віці краще проживає диференціацію «Я» та «Іншого», та краще усвідомлює власні та чужі переживання.

### **1.1.3 Репрезентації Я та Іншого в теорії схема-терапії**

Теорія ранніх дезадаптивних схем та часток має джерело виникнення в схема-терапії (ST). Така терапія вважається похідною від теорії об’єктних стосунків, гештальт терапії, транзактного аналізу та когнітивно-поведінкової терапії. Цей підхід є одним з найбільш інтегративних в процесі вивчення особливостей формування репрезентацій Я та Іншого у дорослих. Метою схема-терапії є допомога в пошуку нових, адаптивних методів задоволення емоційних потреб. Янг описував таких пацієнтів як «потребуючі», «нужденні», та стверджував, що найважливішими факторами розвитку я-репрезентацій дитини є саме батьки. (Янг, 2020) Ранні дезадаптивні схеми психолог визначає як ті, що

утворюються саме в дитячому віці, та є, в більшості, негативним явищем. (Янг, 2020)

Впродовж 40 років роботи з кейсами клієнтів та міжнародними дослідженнями, Джеффри Янг вивів теорію ранніх дезадаптивних схем. Основними критеріями до діагностики схеми є:

- 1) Всеохоплюючий патерн, тема;
- 2) Формується з спогадів, емоцій, тілесних та когнітивних відчуттів;
- 3) Стосується стосунку з людьми навколо та собою;
- 4) Формується в ранньому дитячому, дитячому або підлітковому віці;
- 5) Розвивається впродовж всього життя індивіда;
- 6) Дисфункційна та дезадаптивна. (Янг, 2020)

Маючи структурований погляд на наслідки травматичного досвіду зростання, можемо сформулювати більш чіткі погляди на терапію дорослих з схожим досвідом. Усвідомлюючи процес формування репрезентацій Я та Іншого, маємо можливість робити психотерапію жертв насилля більш пластичною та ефективною. На формування ранніх дезадаптивних схем впливає велика кількість факторів: травми в дитячому періоді, неглект, токсичні сімейні стосунки, гіперпротекціонізм та ін. Чим більша кількість факторів впливає на дитину негативно, тим більша ймовірність формування таких схем, та їх акцентування. (Young., 2003)

Схема-терапія є відносно новим напрямком в психології, оскільки виникла лише впродовж останніх двох десятиліть завдяки працям Дж. Янга, як набір технік спочатку, та процес терапії станом на зараз. Цей підхід аналізує основні незадоволені та задоволені потреби дитини, серед яких основний фокус наведено саме на емоційних потребах. Метод схема-терапії є одним із перших, в котрому вдалося чітко прослідкувати ранні дезадаптивні схеми (EMS) та джерело їх виникнення. (Янг, 2020) Таким чином, аналізуючи вплив негативного,

позитивного чи травматичного досвіду зростання, схема-терапія пропонує не лише розуміння причин та наслідків, а і корекцію емоційного досвіду за допомогою дезадаптивних стилів подолання старих схем. ( (Rafaeli, 2011)

В 2003 році Дж. Янг вивів поняття схем, аналізуючи кореляцію між біологічним темпераментом дитини, та травматичним досвідом зростання. Він стверджував, що зростання в насиллі, неглекті чи емоційному або фізичному нехтуванні може спричинити базову фрустрацію в дитини, та викликати емоційне ураження в дорослому віці. (Young., 2003). Відштовхуючись від означення емоційно вразливої та депривованої дитини, можна сформулювати поняття «здорової» людини. Це та людина, яка мала задоволені базові потреби в дитинстві (безпека, здорове харчування, сон) (Маслоу, 1954) сформує в подальшому здорову репрезентацію «Я» та «Іншого», та утворює більш адаптивні схеми в стосунку з іншими.

Отже, в 2000-их роках психолог Джефррі Янг сформулював теорію ранніх дезадаптивних схем та часток, котра, в суті своїй, перегукувалася з теорією Мелані Кляйн та напрямом психотерапії об'єктних відносин. Обидві теорії стверджують, що комунікація дитини з світом відбувається через формування первинних часток (об'єктів), котрі в подальшому стають основою для сприйняття світу. Таким чином, дитина може сформувати велику кількість часток, котрі бувають цілісними, перехідними, частковими, зовнішніми та внутрішніми. Він дитячого досвіду залежить також пластичність та кількість сформованих часток, котрі в подальшому можуть утворювати схеми комунікації та прийняття світу.

## **1.2. Репрезентації Я та Іншого у осіб з дитячим травматичним досвідом**

### **1.2.1. Дитячий травматичний досвід: поняття, види, поширеність та симптоми**

Дитячий травматичний досвід (Adverse childhood experience) – це потенційно травмуючі події, котрі відбуваються з дитиною в період зростання

(0-17 років), та впливають на подальший розвиток особистості та психіки (Felitti V.J., 1998).

Для виміру рівня негативного досвіду зростання використовують опитувальники Adverse Childhood Experiences (ACE) та Опитувальник на визначення досвіду травми в дитячому віці (Child trauma questionnaire). Згідно з шкалами опитувальників, визначають 5 видів травматичного дитячого досвіду (David P. Bernsteina, 2001). Фізичне насильство – "тілесні напади на дитину з боку дорослої або старшої особи, які становили ризик травмування або призвели до травм"; Емоційне насильство - "словесні напади на почуття власної гідності чи благополуччя дитини або будь-яка принизлива чи принизлива поведінка, спрямована на дитину дорослою чи літньою людиною"; Сексуальне насильство - "сексуальний контакт або поведінка між дитиною віком до 18 років та дорослою людиною або старшою людиною"; Фізична занедбаність - "нездатність опікунів забезпечити основні фізичні потреби дитини, включаючи їжу, житло, одяг, безпеку та охорону здоров'я" (погане батьківське спостереження також було включене до цього визначення, якщо це ставить під загрозу безпеку дітей); Емоційне нехтування - "Нездатність опікунів задовольнити основні емоційні та психологічні потреби дітей, включаючи любов, належність, турботу та підтримку".

Втім, окрім вище перелічених негативних впливів на дитину в ранньому віці, до травмуючих чинників також відносять: Переживання насильства, жорстокого поводження чи нехтування, зростання в сім'ї, де батьки чи опікуни мають проблеми з вживаннями алкоголю чи психоактивних речовин, психічні розлади, розлучення, спроби самогубства та інше. (Prevention, 2022)

Також, David Finkelhor у своїй статті «Trends in Adverse Childhood Experiences (ACEs) in the United States» Виводить наступні чинники впливу на травматичний досвід зростання: Батьківська смерть; Батьківська хвороба, недієздатність; Смерть брата і сестри; Зловживання батьківським алкоголем; Зловживання батьківськими наркотиками: Передозування / Отруєння; Сімейна

бідність: діти в бідності; Батьківське ув'язнення; Розлучення батьків; Важка дитяча хвороба; Вплив насильства в суспільстві: рівень насильницьких злочинів. (Finkelhor D. , 2020)

Згідно з проведеними опитуваннями несприятливого дитячого досвіду в Україні, котре проводилося в 2018 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я серед студентів (N=1517), емоційне нехтування є найбільш поширеним видом травмуючого насильства над дітьми. Так, його зазнали 28% опитуваних, фізичне нехтування - 25%, фізичне насильство у 12%, емоційне насильство у 10% і сексуальне насильство у 5%. Також було виявлено побутові дисфункції, а також насильство однолітків і громад. (WHO Europe, 2018) Аналогічне дослідження було проведено в 2016 році в Сполучених штатах Америки Національним дослідженням здоров'я дітей (NSCH) 2016 року. Вибірка дослідження включала 45 287 дітей. Згідно з результатами дослідження, найпоширенішими типами впливу є економічні труднощі (22,5%) та розлучення батьків або опікунів (21,9%) (Croucha, 2019)

Всі перелічені вище фактори є важливими у формуванні структури особистості дитини та подальшому процесі зростання. Так, наприклад, наслідками сексуального насилля можуть бути порушення афективної складової (тривога, депресія, гнів та інші), психосоматичні захворювання, порушення сну, часті мігрені, проблеми ШКТ, та порушення міжособистісного стосунку. Частота та прояв таких симптомів залежить від частоти та ступені насильства, що вчинялося над дитиною, стосунок з злочинцем, вік дитини та інші фактори. (Ferrara, 2002); (Finkelhor D. &., 1985); (Lusk R. & Waterman) (Saywitz K., 2000) Також наслідками травматизації в дитячому віці можуть бути порушення пам'яті, функціональної системи, роботи уваги та уяви. Виявлено кореляцію між рівнем та частотою насилля в дитячому віці та розвитком шизофренії. (D. Popovic, 2019 )

Стресові події, такі як дитяча травма, є важливими факторами ризику самогубства (Roy, 2011) Ранні травматичні переживання були пов'язані з



суїцидальною поведінкою, а також історія фізичного або сексуального насильства, нехтування, є несприятливими життєвими подіями, що високо корелюють з ризиком самогубства (Daniela, 2005). Емоційне насильство, зокрема, може поставити під загрозу психологічний розвиток (Moog, 2006) і залишити глибокі емоційні сліди (Portwood, 1999) котрі можуть супроводжувати людину в зрілому віці і, навіть, викликати важливі психопатології (Finzi-Dottan, 2006). Корейське дослідження показало, що регулярний дитячий травматичний досвід значною мірою пов'язаний з суїцидальною поведінкою в групі студентів. Поширеність суїцидальної поведінки серед студентів, які пережили дитячий травматичний досвід, становила 34,0%, порівняно з поширеністю 18,1% серед тих, хто його не мав в анамнезі (Jeon, 2009)

Окрім перелічених вище наслідків дитячого травматичного досвіду, відмічено високий ризик виникнення Посттравматичного стресового розладу. Так, К. Злотнік у своєму дослідженні стверджує, що дорослі, котрі пережили в дитинстві травму, більше схильні страждати на панічні розлади, агорафобію, та ПТСР. (С. Zlotnicka, 2008) Що стосується психофізіології ПТСР, було виявлено його взаємозв'язок з раннім досвідом травматизації. Так, у дітей, котрі зазнають травми в дитячому віці, відмічають високий рівень гормонів кортизолу та норадреналіну (V. Carrion, 2013) і, як наслідок, в дорослому віці мають ПТСР, викликаний стресом. Жінки з досвідом раннього насильства і депресією також мають підвищену реактивність кортизолу до стресу (Heim C, 2001)

Позбавлення відповідного досвіду розвитку може знизити активність нейронів, що призводить до узагальненого зниження утворення нейротрофінів, синаптичної зв'язності та виживання нейронів (Gould E, 1999), що спричиняє глибокі порушення в організації та структурі роботи мозку (Perry, 2002). Таким чином, жорстоке поводження з дітьми та вплив домашнього насильства можуть призвести до численних відмінностей у структурі та фізіології мозку, які очікувано вплинуть на кілька людських функцій та поведінки (Perry BD, 1998).

Отже, зростання в травмуючому оточенні в дитячому віці має критично важливий вплив на процес формування структури особистості та соціальних зв'язків. Зазнаючи дитячого травматичного досвіду, мозок людини починає виробляти зовелику кількість гормонів стресу, можуть відбуватися порушення гормонального фону людини. Наявність травматизації в процесі зростання впливає на підвищення ризику суїцидальної поведінки, виникнення психічних розладів особистості, порушення роботи пізнавальних процесів, та формування міжособистісної комунікації. Також підвищується ризик наркотичної та алкогольної залежності, дисфункційного формування особистості. Таким чином, наявність травматичного дитячого досвіду впливає не лише на фізичні, а і на ментальні складові базового благополуччя дитини.

### **1.2.2. Зв'язок репрезентації Я та Іншого з різними формами дитячого травматичного досвіду: результати попередніх досліджень**

Різноманітні дослідження стверджують, що існує зв'язок наявністю дитячого травматичного досвіду та подальших порушень роботи свідомості та психіки, наприклад, самоушкоджуюча поведінка (Gratz, 2007), зловживання психоактивними речовинами (J. N. Briere, 1994), не стабільна та порушена самооцінка, ПТСР.

Втім, будь який вид насильства впливає на людей по різному в залежності від частоти переживань, виду насилля, та, що найважливіше, особистості жертви. Відтак, в терапії ми не можемо створити загальний патерн роботи з жертвами насильства, оскільки кожен переживає його по-своєму. (S. Zornig, 2011). Велика кількість дослідників зосередилися на вивченні основних внутрішніх факторів, котрі дають змогу захистити психіку та свідомість від дисфункційних порушень в майбутньому.

Найбільший вплив, згідно з результатами попередніх досліджень, зазнає простір об'єктних відносин та стосунків. (Freedefeld et al., 1995; Кернхоф та ін.,

2008; Ордуфф та ін., 1994; Ордафф і Келсі, 1996; Стовал і Крейг, 1990; Вестен, Лудолф, Блок та ін., 1990).

Більшість таких досліджень мають чітке обмеження, оскільки дослідження зазвичай проводять у лікарнях, диспансерах та стаціонарах, а, отже, люди, котрі його проходять, уже отримують певний вид психологічної допомоги. Таким чином, поточне дослідження має за ціль вивчити об'єктні відносини у вибірці людей, які пережили насильство в дитячому віці, та не перебувають в процесі лікування на час дослідження. Такий підхід дозволяє узагальнити більш широке населення тих, хто пережив насильство, ніж ті, хто включений в силу звернення за лікуванням.

Ті, хто пережив травми, схильні розглядати особисті стосунки як причину їхнього болю. Таким чином, вкрай важливо, щоб психологи, котрі працюють з тими, хто пережив насильство в дитячому віці, зосереджувалися на представленні симптомів психопатології через реляційну перспективу. Відсутність підтверджуючого досвіду в дитинстві змушує тих, хто вижив, сприймати інших як пов'язаних з ними каральними, осудливими та відкидаючими способами (Vedi, 2013)

Отже, насилля в будь-якому вигляді та формі (фізичне, емоційне, неглект), є нищівним для дитячої психіки та свідомості, та має значний вплив на життя людини в дорослому віці. Наявність травматичного досвіду впливає на ризик утворення наркотичної та алкогольної залежностей, суїцидальної поведінки, самоушкоджуючої поведінки та психопатологій. Найбільш нищівного ураження зазнає особисто-стосунковий комплекс особистості, утворюються дисфункційні схеми сприйняття себе та світу, зазнає викривлення сприйняття себе та світу.

### 1.3. Теоретична модель дослідження репрезентацій Я та Іншого у осіб з дитячим травматичним досвідом

Узагальнюючи аналіз теоретичного матеріалу за темою репрезентації Я та Іншого у осіб з дитячим травматичним досвідом, було сформовано теоретичну модель.

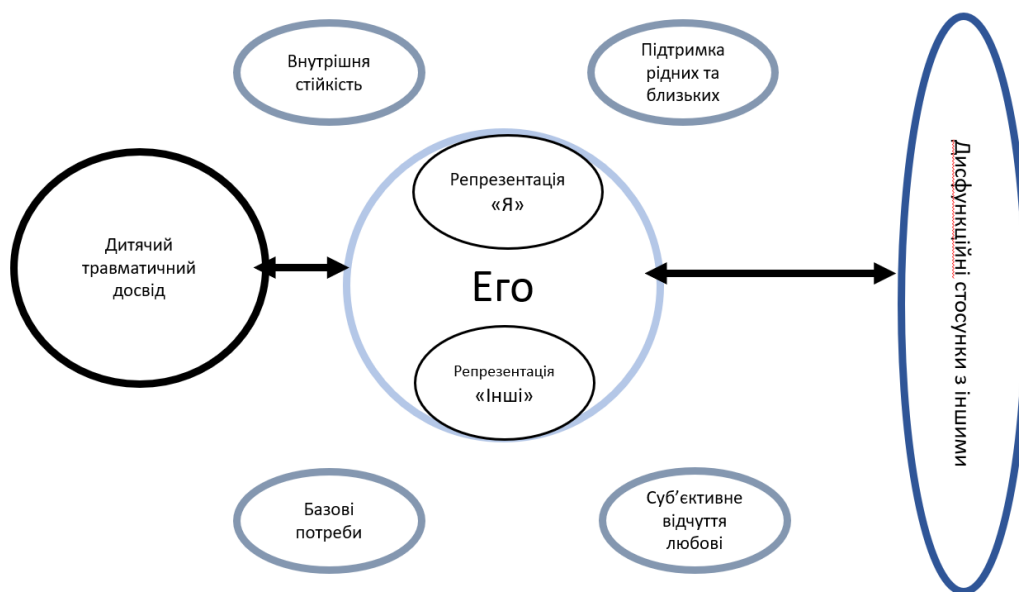


Рис. 1.1. Теоретична модель дослідження репрезентацій Я та Іншого у осіб з дитячим травматичним досвідом

В центрі теоретичної моделі знаходиться Его людини, що зазнає впливу дитячого травматичного досвіду. Репрезентації Я та Іншого є частиною Его людини, та формуються не лише під впливом дитячого травматичного досвіду, а і інших факторів таких як: задоволення базових потреб в дитячому віці, підтримка рідних та близьких людей, суб'єктивне відчуття та сприйняття любові та інші. Усі ці фактори разом впливають на силу Его людини, та її сприйняття світу.

Таким чином, формування Его людини залежить від багатьох факторів, від яких залежить подальше сприйняття інших, та формування дисфункційних чи здорових стосунків з ними.

На основі проведеного теоретичного аналізу в роботі було сформовано наступні гіпотези:

4) Для осіб з дитячим травматичним досвідом будуть характерні більш виражені ранні дисфункційні схеми та частки у порівнянні з особами, які не мали дитячого травматичного досвіду.

5) Існує обернена залежність між наявністю у дитинстві особи різних чинників психологічної стійкості та вираженістю в неї ранніх дисфункційних схем.

6) Пережитий дитячий травматичний досвід та чинники психологічної стійкості виступають предикторами вираженості ранніх дисфункційних схем та часток.

### **Висновки до першого розділу**

Репрезентації Я та Іншого – формування свідомості, котрі дають змогу людині сприймати світ згідно з установленими в ранньому дитинстві патернами. В теорії об'єктних стосунків репрезентації називаються «частками», та є створеними психікою як частина захисного механізму особистості. Згідно з теорією дисфункційних схем та часток, що виникла в 90-2000-х роках в роботах Дж. Янга, в подальшому людина схильна діяти саме з огляду впливу часток та схем на її сприйняття.

Травматичний досвід – досвід насилля в період зростання від 0 до 17 років впливає на формування особистості негативно. Зростає ризик отримання посттравматичного стресового розладу, проблем зі сном, харчуванням, та, що найважливіше – сприйняттям себе та світу. Зокрема, психіка стає схильною утворювати в захисних цілях дисфункційні схеми (чи частки в теорії об'єктних відносин), та діяти згідно з встановленими в дитинстві патернами, формуючи сприйняття батьків (а в подальшому і всіх об'єктів навколо) як агресивних, нападаючих, чи, формуючи сприйняття «Я» як жертвовне, те, що заслуговує на покарання, негативне, дисфункційне.

В терапії клієнтів з травматичним досвідом зростання ефективними є когнітивно-поведінковий підхід, травматерапія та психоаналіз. Втім, кожен підхід є майже однаково ефективним та якісним в роботі.

## РОЗДІЛ II МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Етапи дослідження

Дослідження проводилося в 2020-2022 роках, участь взяло 136 осіб двох статей, віком від 18 до 36 років.

Було проведено три етапи збору даних. Перший етап проводився за допомогою опитування в форматі онлайн (Google-Form), де учасники мали кількісно оцінити власний досвід травматичного зростання та погодитися на участь в інтерв'ю. На цьому етапі було використано опитувальники **Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Янга** (Young Schema Questionnaire-Short Form Revised) (J.E., 1998), опитувальник травматичного досвіду дитинства **Adverse Childhood Experiences** (A. Murphy, 2016), та опитувальник рівня психологічної стійкості (**Resilience**) (A. Murphy, 2016).

На другому етапі дослідження було проведено 27 інтерв'ю, де учасників запитували про особливості побудови стосунків в їх житті. Після цього було проведено третій етап збору даних для отримання додаткових даних. На цьому етапі учасники проходили опитування за наступними: методиками **Опитувальник дисфункційних часток** (Schema Mode Inventory(SMI)) (Young, 2008 ), **Опитувальник на визначення досвіду травми в дитячому віці (Child trauma questionnaire)** (Bernstein, 1998) **Опитувальник травматичного досвіду дитинства Adverse Childhood Experiences**, та **Опитувальник рівня психологічної стійкості (Resilience)**.

### 2.2. Методи дослідження

В нашій роботі було використано 4 кількісні опитувальники, та метод інтерв'ювання. Для дослідження предмету роботи використовували опитувальник «Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Янга» та метод якісного інтерв'ю. Для аналізу об'єкту дослідження було використано

опитувальники Child trauma questionnaire та Adverse Childhood Experiences. Також, додатково було використано опитувальник «Resilience-scale».

**Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Янга (Young Shema Questionnaire-Short Form Revised)** – тест, котрий дає можливість проаналізувати наявність та ступінь вираження схем досліджуваного (пацієнта, клієнта, учасника опитування). В останні роки опитувальних було адаптовано іспанською мовою (Calvete, 2013), франко-канадською (Hawke, 2011), турецькою (Saritas, 2011), угорською (Csukly, 2011), та іншими. Показники альфа кронбаха в нашому дослідженні становлять 0,96 по всіх шкалах.

Опитувальник складається з 205 тверджень в повній версії, котрі в сумі дають змогу оцінити 18 дезадаптивних схем. В нашій роботі ми використали скорочену версію опитувальника на 98 запитань. Питання є прямими та оберненими, від респондента вимагається оцінити їх за шкалою Лейкерта від «Абсолютно не співпадає» (0), до «Абсолютно співпадає» (6). Оскільки в нашому дослідженні використовується метод кількісного збору даних з вибірки (140 осіб), було вирішено обрахувати результати сумарно, та таким чином отримати код для кожної з 5 груп (18 схем) респондентів:

*Група пов'язана з порушеннями прив'язаності та відштовхненням.* Такі клієнти впевнені, що не здатні до формування здорового стосунку та контакту, схильні до аутодеструктивних стосунків та уникнення здорових стосунків. В дитинстві вони перенесли велику кількість психологічних травм, часто зростали в нестабільній сім'ї, де відзначалася схильність до насилля. Сюди відносяться: схема емоційної деривації, схема покинення/нестабільності стосунків, схема недовіри/очікування скривдження, схема дефективності / сорому, схема соціальної ізоляції/ відчуженості.

*Група схем порушення автономії і ефективності.* Така схема часто формується у дітей, котрі зростали в емоційному та фізичному занедбанні, неглекті, або ж, навпаки, такі діти зростали в надмірній турботі, гіперопіці. Такі діти не відчують власної ідентичності, та є не здатними сформувати її



відповідно до вимог реальності. Сюди відносяться схеми: залежності/ безпорадності, схема злиття/ не відокремленості власної ідентичності, схема некомпетентності/ неминучих невдач, схема очікування на катастрофу.

*Група схем порушення кордонів.* Клієнти, котрі мають такі схеми, зростали в атмосфері вседозволеності, яка іноді могла бути симптомом компенсації емоційної депривації (заміна теплого стосунку матеріальними благами). В дорослому житті такі люди мають труднощі в контакті з реальністю, відчують власну «вседозволеність», та страждають від відсутності імпульс-контролю. До цього списку відносяться: схема недостатнього самоконтролю/ самодисципліни, схема особливого статусу та прав.

*Група схем направленості на інших.* В дитячому віці такі клієнти мали заборону на виявлення власних бажань та потреб, зростали в атмосфері умовної любові, тому стримували та приховували певні риси особистості відповідно до побажань чи вподобань батьків. Таким чином група схем направленості на інших давала можливість підлаштуватися, впоратися з так званими первинними схемами (переліченими вище). Сюди відносяться: схема підкорення (брак асертивності), схема самопожертви, схема пошуку визнання.

*Група схем гіпервідповідальності та жорстких стандартів.* Виникає в дітей з жорстоких та деспотичних сімей. До цієї групи відносяться сім'ї, в яких чемність та дисципліна були більш вагомим фактором, ніж щастя дитини. В подальшому такі діти вірять в те, що вони заслуговують на покарання, відмічають надмірну фокусованість на небезпеках світу та підвищену тривожність. До цієї групи відносяться: схема негативізму/ песимізму, схема емоційної інгібіції, схема надвисоких стандартів/ гіперкритичності, схема покарання (Young., 2003).

**Опитувальник на визначення досвіду травми в дитячому віці (Child trauma questionnaire).** СТQ складається з п'яти клінічних шкал: фізичне, сексуальне та емоційне насильство та фізичне та емоційне занедбання - які були виведені емпірично (Bernstein, 1998). Опитувальник, котрий дає можливість

оцінити досвід зростання досліджуваних та рівень їх травматизації в дитячому віці, і в подальшому поділити їх на групи. Повна версія опитувальника складається з 70 запитань, котрі групуються в 5 категорій. У нашому дослідженні було використано коротку версію опитувальника – 28 прямих та обернених запитань. Досліджуваним пропонується оцінити свій досвід зростання по твердженнях, котрі описують позитивний (обернена) та негативний (пряма) досвід. Учасники оцінюють його по шкалі від «ніколи» (0), до «дуже часто».

Сексуальне насильство визначалося як "сексуальний контакт або поведінка між дитиною віком до 18 років та дорослою людиною або старшою людиною".

Фізичне насильство визначалося як "тілесні напади на дитину з боку дорослої або старшої особи, які становили ризик травмування або призвели до травм".

Емоційне насильство визначалося як "словесні напади на почуття власної гідності чи благополуччя дитини або будь-яка принизлива чи принизлива поведінка, спрямована на дитину дорослою чи літньою людиною".

Фізична занедбаність визначалася як "нездатність опікунів забезпечити основні фізичні потреби дитини, включаючи їжу, житло, одяг, безпеку та охорону здоров'я" (погане батьківське спостереження також було включене до цього визначення, якщо це ставить під загрозу безпеку дітей) ).

Емоційна занедбаність визначалася як: "Нездатність опікунів задовольнити основні емоційні та психологічні потреби дітей, включаючи любов, належність, турботу та підтримку".

**Опитувальник травматичного досвіду дитинства Adverse Childhood Experiences**, скорочено – ACE є коротким опитувальником, що складається з 10 тверджень, та дає можливість кількісно оцінити досвід травматичного зростання досліджуваних.

**Опитувальник рівня психологічної стійкості (Resilience)** – Складається з 14-и запитань, для виміру рівня психологічної стійкості.

### 2.3. Група досліджуваних

Дослідження проводилося серед дорослих обидвох статей. До групи досліджуваних увійшло 140 осіб, віком від 17 до 35 років. З них 115 осіб жіночої статі, 25 осіб чоловічої. Максимальний показник ACE = 8, мінімальний = 0. До участі в дослідженні було запрошено усіх бажаючих, незалежно від рівня дитячого травматичного досвіду.

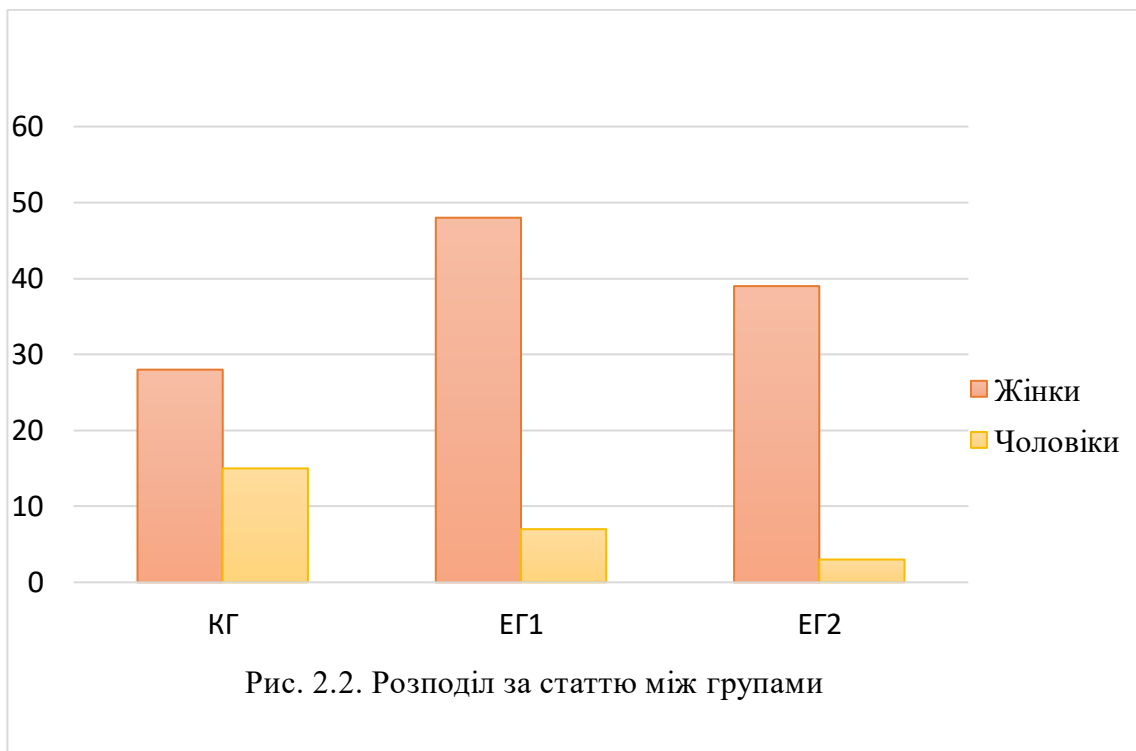
Середній вік досліджуваних – 19,5 років. Найбільша кількість досліджуваних (45 осіб) віком 18 років. До загальної вибірки також було включено 13 осіб віком 17 років, котрі пройшли опитування.



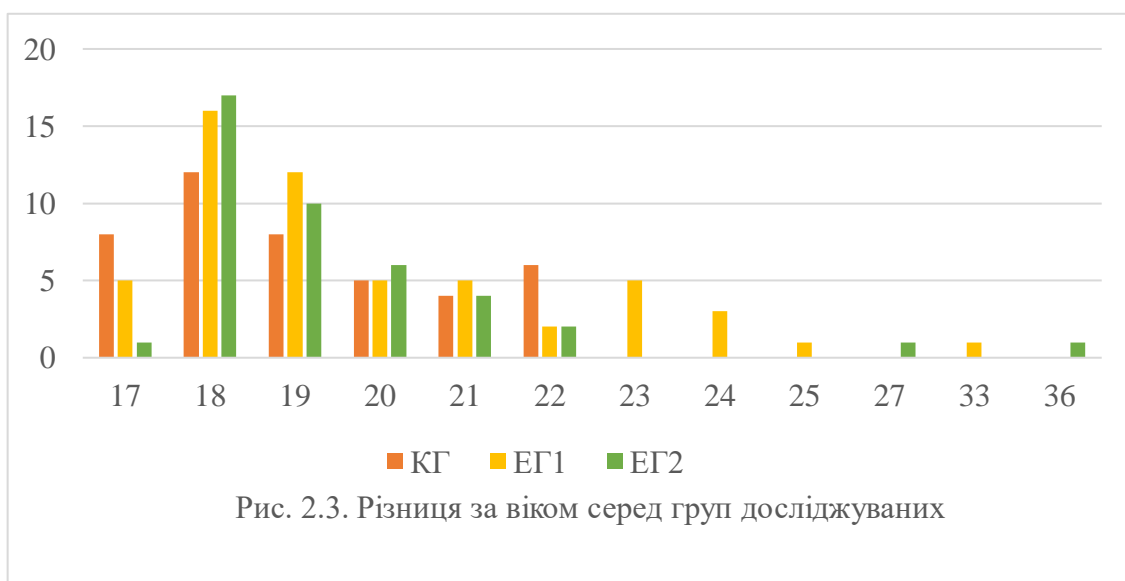
Досліджуваним було запропоновано пройти опитувальники наявності травматичного досвіду (ACE та CTQ). Згідно з результатами опитування, 43 особи не переживали насилля в процесі зростання (до 16 років).

Один вид насилля в своєму житті переживали 27 осіб. 2 види – 28 досліджуваних. 3 і більше видів переживали 42 особи. Таким чином, було сформовано 3 групи досліджуваних: Група 1, котрі не переживали досвіду насилля (контрольна група), група 2, учасники якої переживали 1 або 2 види насилля в своєму житті (55 осіб), та учасники, котрі зазнали 3 і більше видів насилля (42) (Рис. 2.2.).

До контрольної групи з середнім показником ACE 0 увійшло 43 особи. З них 28 осіб жіночої статі та 15 осіб чоловічої. Середній вік учасників групи становить 19,06 років. До цієї групи увійшла найбільша частка учасників віком від 17 до 22 років.



До групи з середнім показником ACE 1,4 (учасники, котрі зазнавали 1 або 2 види дитячого травматичного досвіду), увійшло 55 осіб, з них 48 жінок та 7 чоловіків, середній вік групи становить 19,9 років.



До групи з середнім показником ACE 4,4 бали увійшло 42 особи, серед них 39 осіб жіночої статі та 3 чоловічої. Середній вік досліджуваних становить 19, 6 років.

#### **2.4. Аналіз даних**

Для перевірки гіпотез дослідження було використано програму Statistica 8.0. Оскільки розподіл шкал не узгоджений з нормальним, для перевірки гіпотез використовуємо не параметричний критерій.

Для перевірки першої гіпотези було використано порівняльний аналіз за методом t-Стюдента. Для перевірки другої гіпотези було використано кореляційний аналіз за методом Спірмена. Для перевірки третьої гіпотези було проведено стандартизацію даних та кластерний аналіз результатів, та проведено регресійний аналіз.

Отримані дані було підкріплено з використанням методу нарративного аналізу інтерв'ю досліджуваних.

#### **Висновки до другого розділу**

Отже, в нашій роботі було проведено аналіз взаємозв'язку рівня травматичного досвіду зростання та формування дисфункційних схем та часток. Було проведено опитування 135 осіб обидвох статей віком від 18 до 36 років, а також, було проведене напів-структуроване інтерв'ю.

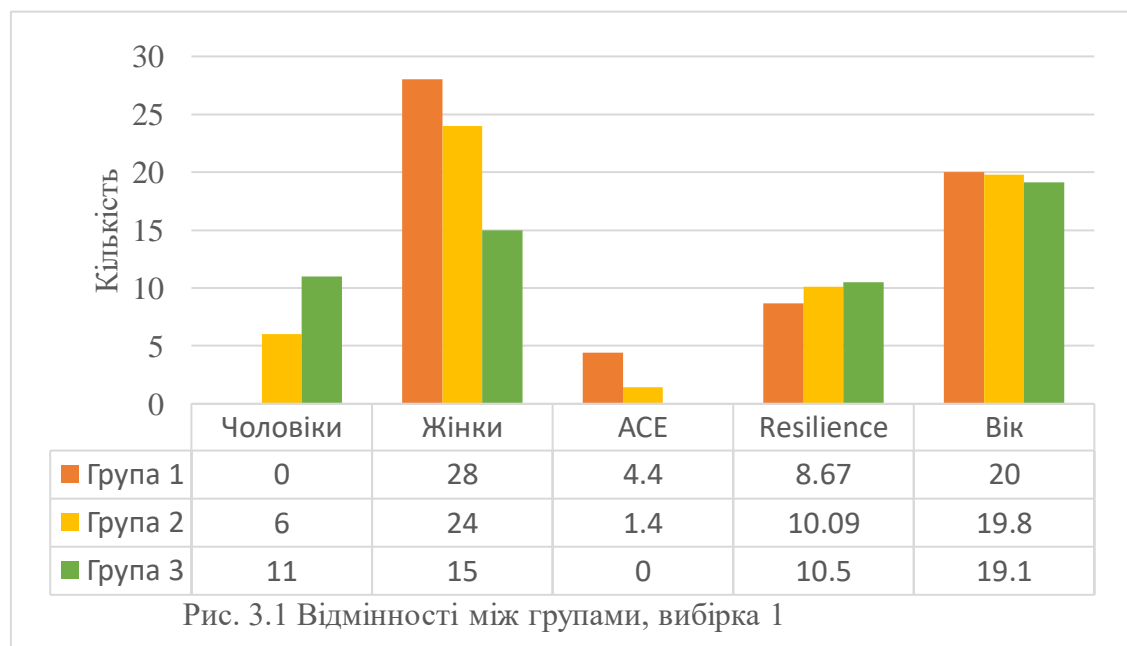
Для аналізу кількісних даних використовувалися наступні методики: Методика діагностики ранніх дезадаптивних схем Янга (Young Shema Questionnaire-Short Form Revised), Опитувальник на визначення досвіду травми в дитячому віці (Child trauma questionnaire), Опитувальник травматичного досвіду дитинства Adverse Childhood Experiences, та Опитувальник рівня психологічної стійкості (Resilience). Для аналізу даних було використано порівняльний, кореляційний та кластерний аналіз.

## РОЗДІЛ ІІІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ

### 3.1. Особливості дисфункційних схем та часток у осіб з дитячим травматичним досвідом

У роботі припускалося, що для осіб з дитячим травматичним досвідом будуть характерні більш виражені ранні дисфункційні схеми та частки у порівнянні з особами, які не мали дитячого травматичного досвіду.

Для перевірки першої гіпотези досліджуваних групу досліджуваних було поділено на три підгрупи, відповідно до результатів ACE (Додаток А) . Так у першу групу увійшли учасники, котрі пережили 3 і більше видів несприятливого дитячого досвіду. До другої групи увійшли учасники з середнім результатом за шкалою ACE, тобто пережили в дитинстві 1 або 2 види насилля, та третя група – учасники, котрі не мали травматичного досвіду в дитячому віці.



Згідно з результатами тесту Лівена, групи не є гомогенними, тому для аналізу відмінностей між групами використовувався непараметричний критерій. Для порівняння груп за рівнем пережитого дитячого травматичного досвіду,

було проведено обрахунок загального балу за тестом дисфункційних схем. Максимальний бал загального тесту становить 450 балів.

Згідно з отриманими результатами бачимо, що учасники групи 1 (середній показник ACE становить 4,4 бали), максимальний результат становить 450 балів, мінімальний – 160. Середнє значення за рівнем дисфункційності схем становить 305 балів, що є високим показником. В групі 2 (ACE = 1,4 бали) середнє значення становить 250 балів. Мінімальний показник в групі – 125 балів, максимальний – 390 б. В групі 3 (ACE = 0 балів), середній показник за рівнем дисфункційних схем становить 225 балів. Мінімальний результат – 90 б., максимальний – 305. Тобто загалом бачимо, як зростання ACE супроводжується зростанням вираженості дисфункційних схем.

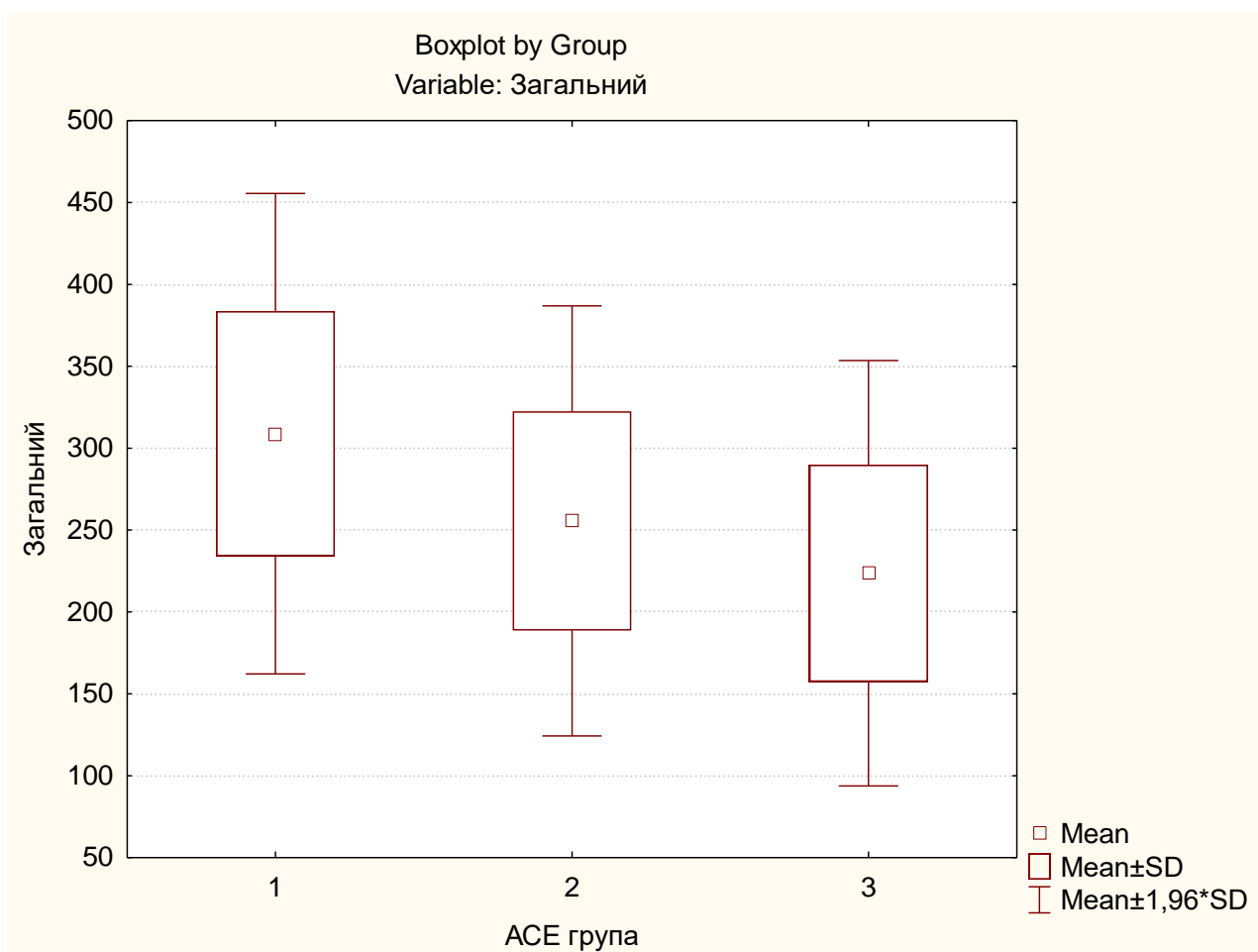


Рис. 3.2. Вираженість дисфункційних схем в осіб з різною кількістю ACE

Наступним етапом було здійснено порівняльний аналіз за дисфункційними схемами. Згідно з результатами, бачимо значущі відмінності в утворенні дисфункційних схем. Так, учасники першої групи, котрі відзначаються найвищим рівнем дитячого травматичного досвіду за результатами АСЕ, більш схильні до формування дисфункційних схем емоційна депривація, покинутість, недовіра, некомпетентність, залежність, вразливість, злиття, підкорення, самопожертва, пошук схвалення, недостатність, надмірно вимогливе ставлення, негативізм та покора. Наприклад, учасниця першої групи, котра набрала 4 бали за результатами АСЕ, відмічає в інтерв'ю: *«якщо брати романтичний момент, то я дуже швидко закохуюся, якщо проявити хоч мінімальну увагу до мене, хороше відношення, то я зразу цю людину ідеалізую, зразу все класно, я її ставлю на перші місця в своєму житті. Якщо я бачу хоч якийсь знак, що людині не цікаво, або я бачу, що людина закривається, я теж закриваюся, і ще сильніше, ніж до того»*. Так само, інша учасниця дослідження, описуючи досвід стосунків в своєму житті, каже: *«стосунки з хлопцями просто через те, що я відчувала якусь симпатію від них і увагу, це було не щиро, це не була любов, це не була якась, навіть, добра симпатія. Але через свою низьку самооцінку, через свої комплекси, я все одно віддавалася цим стосункам, бо на мене звернули увагу хлопці.»* Також, дуже часто в своїх інтерв'ю, досліджувані з високим показником АСЕ схильні описувати втрачену дружбу чи стосунки результатом обману, або власної непотрібності: *«В дитинстві були друзі з якими я посварилася дуже сильно через те, що мене кинули, тобто я була зайвою, не такою, як всі в плані того, що я була дуже емоційною і нав'язливою, а людям це не подобається, особливо, якщо велика кількість людей, якщо є дуже жорстокі діти, то тим більше це їм не подобається»*.

Учасники другої групи, котрі переживали один або два види дитячого травматичного досвіду, більш схильні утворювати дисфункційні схеми «Особливе ставлення», «емоційна інгібіція», втім, різниця між результатами за цими схемами з учасниками групи 1 не є значущою. Наприклад, в своєму

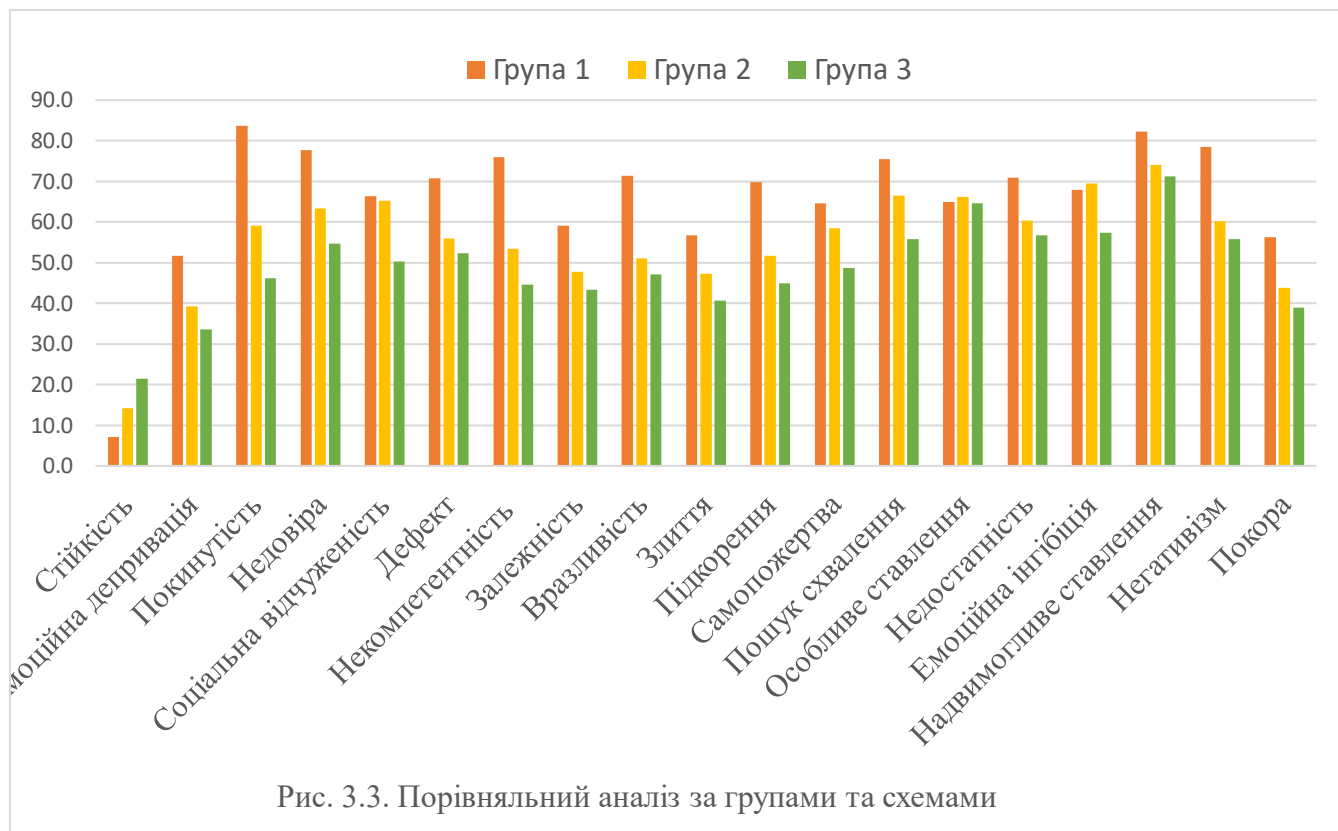


інтерв'ю учасник 2 групи, розповідаючи про смерть важливої людини стверджує: *«Я її майже не пам'ятаю, я про неї згадав відносно недавно, її просто не існувало в моїй пам'яті. Мама плакала, я ні, я від того почував себе трохи дефектним»*. Розповідаючи про попередні стосунки, досліджуваний стверджує: *«Недавно в мене був стосунок, але ми не довго дуже були, мабуть десь місяць. Але я знову ж таки в кінці злякався близькості»*. Такі учасники набагато частіше описуючи власний досвід стосунків, вказують на власні дисфункційні репрезентації, та усвідомлюють їх: *«Якось в першому класі тато запитав, хто мені подобається в школі, і я сказала, що ніхто. І він сказав: «ну як так ніхто не подобається, хтось має подобатися», і я це сприйняла, як не просто як його припущення, а як установку, що мені дійсно хтось має подобатися.»* Так, один з учасників дослідження, коли описує репрезентацію Я в ролі рятівника, розповідає: *«Рятівника іноді вмикаю в стосунку (усмішка), от це я люблю. Намагаюся так з мамою робити, але вже не намагаюся, в мене є терапевт, і на карантині я сидів дома, то було дуже терапевтично. А от з іншими людьми час від часу включаюсь.»* Аналізуючи дані інтерв'ю, можемо бачити, що навіть маючи середню тенденцію до утворення дисфункційних схем, досліджуваний гостро звертає увагу на деякі з них.

Учасники групи 3, котрі не переживали дитячий травматичний досвід є найменше схильними до утворення дисфункційних схем. Натомість для них характерний найвищий показник психологічної стійкості (Рис. 3.3).

Вони схильні ділитися історіями про стосунки в своїх інтерв'ю як розповідями, не висловлюючи оцінкового ставлення стосовно себе та інших: *Є стосунок з моїми сусідами по квартирі: А. і К. Достатньо нейтральні, тобто все нормально, живемо собі разом, побутові речі разом проходимо. Також це мої якісь далекі родичі, ну, не далекі, а дальша. Там, тітка, двоюрідна сестра, бабуся, дідусь.* Учасники дослідження, котрі були виділені до цієї групи з відсутнім дитячим травматичним досвідом, частіше описують стосунки як теплі та приймаючі: *«У мене є брат, з яким ми весь час контактуємо, і я був все*

*дитинство буквально біля нього, і коли він поступив, я часто до нього приїжджав, тобто контакт в нас був тісний, і, найголовніше, стабільний. І знову ж таки, я бачу, що це від того, що я більшість часу в дитинстві проводив з родиною, і від того вона мені так багато вартує, і це просто такий як придаток, чи навіть скажу, те, що передалось від дитинства. Чого я не бажаю втрачати.»*



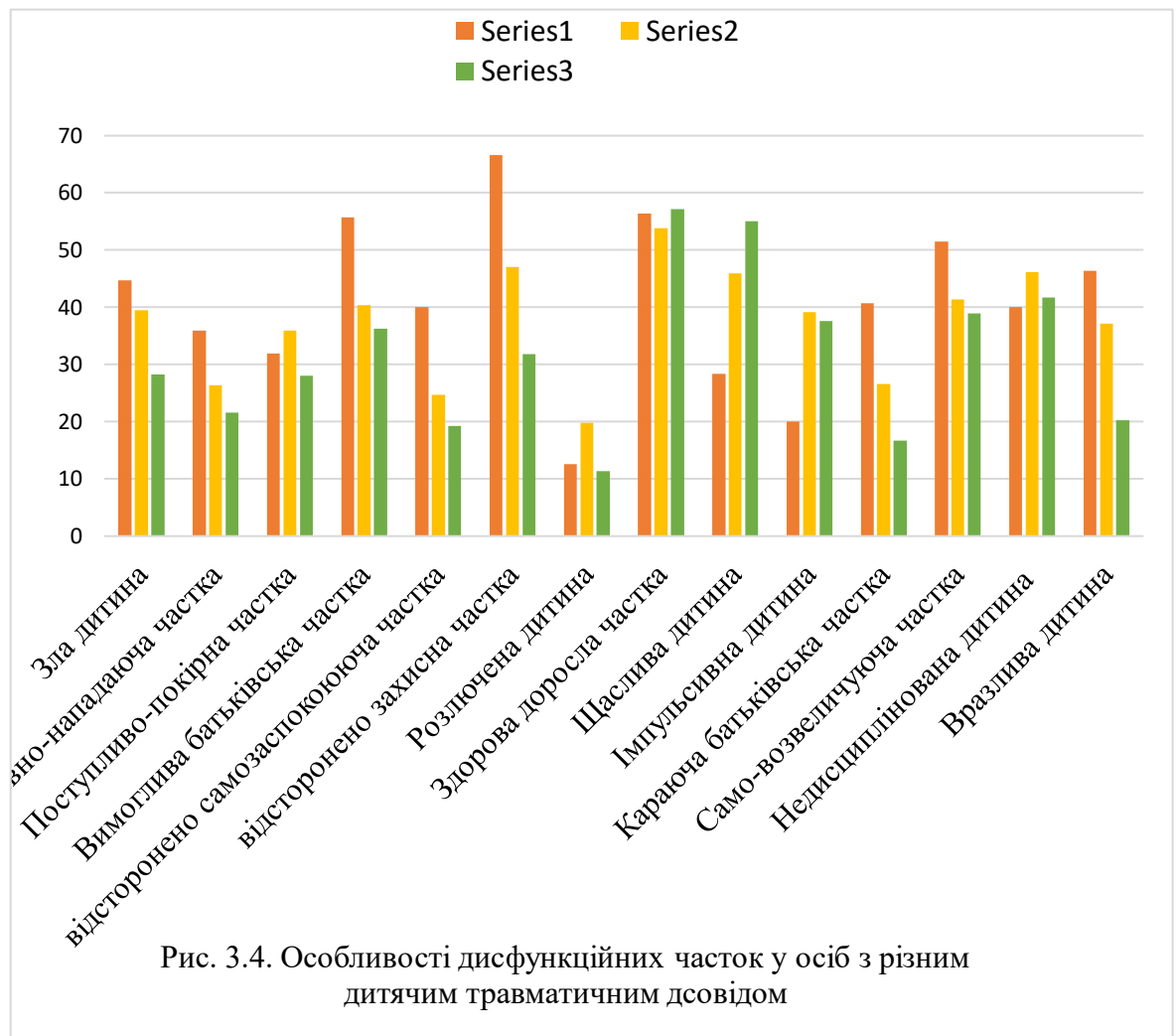
Другою частиною дослідження було проведено аналіз відмінностей за групами ACE та STQ за схильністю до формування дисфункційних часток. Згідно з результатами порівняльного тесту Краскера-Уолліса, бачимо статистично значущі відмінності.

Учасники першої групи, середній показник ACE в якій становить 4 бали, більш схильні до формування часток: «Зла дитина», «Агресивно-нападаюча частка», «Вимоглива батьківська частка», «Відсторонено самозаспокоююча частка», «Відсторонено захисна частка», «Самовозвеличуюча частка», та частка

*«Вразлива дитина». В своїх інтерв'ю вони часто описують спогади, в яких їм робили боляче: «Я ще в школі подружилась з одною дівчинкою і ну вона була таким як авторитетом в класі і я дуже сильно хотіла з нею спілкуватись. І в мене з нею були хороші стосунки деякий час. Потім одного разу сталась така історія де вона мене дуже підставила, і це було дуже неприємно, це була така важлива для мене річ і закінчилось все тим що я зрозуміла, що її дружлюбність це було просто як лицемірство.»*

Учасники другої групи з середнім результатом ACE (2,4), більш схильні до формування часток «Розлючена дитина» та «Недисциплінована дитина». Часто в своїх інтерв'ю вони розповідають про велику кількість конфліктів з батьками чи друзями в підлітковому віці, аргументуючи це «стрибками гормонів», чи «перепадами настрою»: *«Якщо брати з дитинства, то коли я каталась на качельках в дитинстві, і до мене хтось підходив познайомитись, я вставала і йшла. Мене щось питають, я встаю і йду, ніяких питань, дитина хоче покататись – без мене. Мені здається, з мамою, папою було на початку все в порядку, але потім, почався мій пубертат і я дуже багато їм коники показувала. Було багато емоційного і фізичного насилля з двох сторін»*

Натомість, учасники третьої групи, котрі майже не переживали дитячого травматичного досвіду, є найбільш схильними до формування часток «Щаслива дитина» та «Здорова доросла частка». Вони описують стосунки з батьками та друзями як теплі та довірливі, та згадують їх позитивно: *«З батьками дуже хороші відносини, з самого дитинства, тому що в мене були деякі епізоди в житті, наприклад, в мене соціалізація в школі була дуже погана, в мене були складні відносини з однокласником, а батьки допомагали, з часом це з таких от батьківських відносин перетворилося в доволі дружні.»*



### 3.2. Залежність між психологічною стійкістю та вираженістю ранніх дисфункційних схем

У дослідженні припускалося, що існує обернена залежність між наявністю у дитинстві особи різних чинників психологічної стійкості та вираженістю в неї ранніх дисфункційних схем. Для аналізу другої гіпотези було проведено кореляційний аналіз за методом Спірмена між результатами дисфункційних схем та часток, та показниками ACE, CTQ, та Resilience. (Додаток Б)

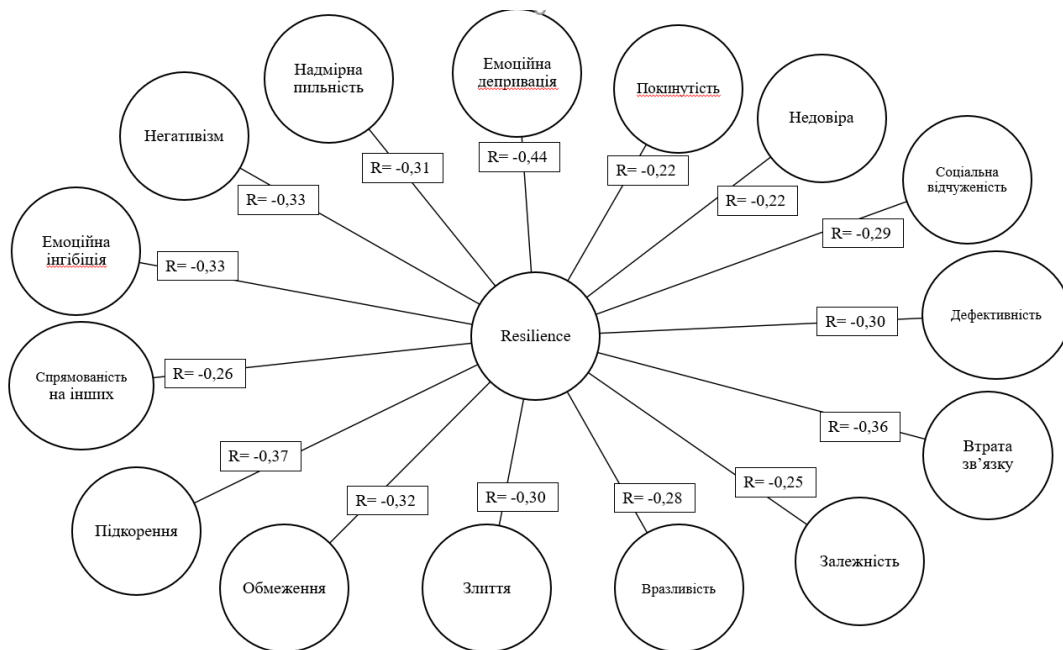


Рис. 3.5. Зв'язок між внутрішньою стійкістю та ранніми дисфункційними схемами

Виявлено обернену кореляцію між рівнем стійкості та формуванням дисфункційних схем. Існує взаємозв'язок між рівнем психологічної стійкості та схемами: Емоційна депривація ( $R = -0,44$ ;  $p = 0,00$ ); покинутість ( $R = -0,23$ ;  $p = 0,04$ ); недовіра ( $R = -0,23$ ;  $p = 0,04$ ); соціальна відчуженість ( $R = -0,29$ ;  $p = 0,01$ ); дефект ( $R = -0,31$ ;  $p = 0,00$ ); втрата зв'язку ( $R = -0,36$ ;  $p = 0,00$ ); залежність ( $R = -0,25$ ;  $p = 0,02$ ); вразливість ( $R = -0,28$ ;  $p = 0,01$ ); злиття ( $R = -0,31$ ;  $p = 0,00$ ); обмеження ( $R = -0,33$ ;  $p = 0,00$ ); підкорення ( $R = -0,38$ ;  $p = 0,00$ ); спрямованість на інших ( $R = -0,27$ ;  $p = 0,01$ ); емоційна інгібіція ( $R = -0,34$ ;  $p = 0,00$ ); негативізм ( $R = -0,34$ ;  $p = 0,00$ ); надмірна пильність ( $R = -0,32$ ;  $p = 0,00$ )

Перед початком перевірки було проведено кореляційний аналіз результатів ACE та CTQ. Виявлено, що тести корелюють, та є відповідними один одному в вимірюванні досвіду насилля. Зокрема,  $R$  становить  $0,59$ , при  $p = 0,000$ . Таким чином, можемо встановити, що результати, отримані з аналізу вибірки 1 є достовірними відповідно до результатів вибірки 2.

Наступним етапом було проведено кореляційний аналіз груп за результатами STQ (учасників, котрі переживали різні види насилля, чи не переживали його зовсім).

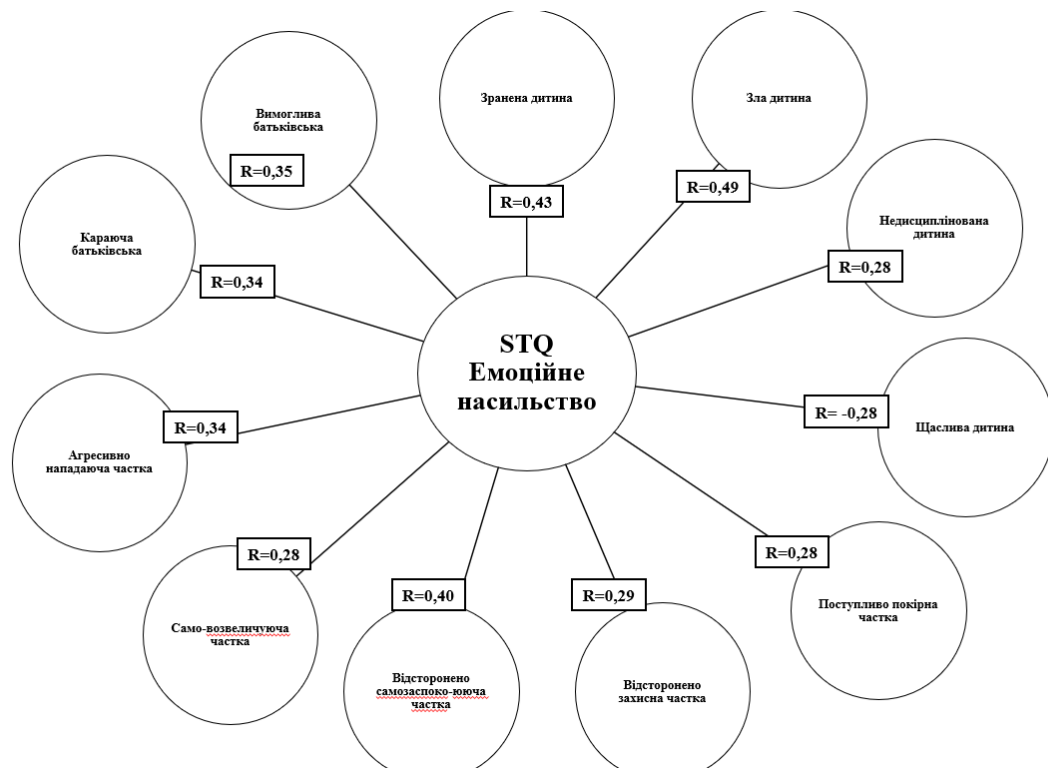


Рис 3.6. Зв'язок між досвідом емоційного насильства та ранніми дисфункційними частками

Згідно з отриманими результатами бачимо, що найбільший вплив на формування дисфункційних часток має емоційне насилля. Воно провокує формування часток «Зрана дитина» ( $R= 0,43$ ,  $p= 0,00$ ), «зла дитина» ( $R= 0,49$ ,  $p= 0,00$ ), «недисциплінована дитина» ( $R= 0,28$ ,  $p= 0,03$ ), «Поступливо-покiрна частка» ( $R= 0,28$ ,  $p= 0,03$ ), «вiдсторонено захисна частка» ( $R= 0,29$ ,  $p= 0,02$ ), «вiдсторонено самозаспокоююча частка» ( $R= 0,40$ ,  $p= 0,00$ ), «само-возвеличуюча частка» ( $R= 0,28$ ,  $p= 0,03$ ), «агресивно нападаюча частка» ( $R= 0,34$ ,  $p= 0,00$ ), «караюча батьківська частка» ( $R= 0,34$ ,  $p= 0,00$ ), «вимоглива батьківська частка» ( $R= 0,35$ ,  $p= 0,00$ ). Також, досвід пережиття емоційного насилля в процесі зростання впливає на усвідомлення себе як «щасливої

дитини». Можемо спостерігати обернену кореляцію між цими факторами (( $R = -0,28$ ,  $p = 0,02$ ).

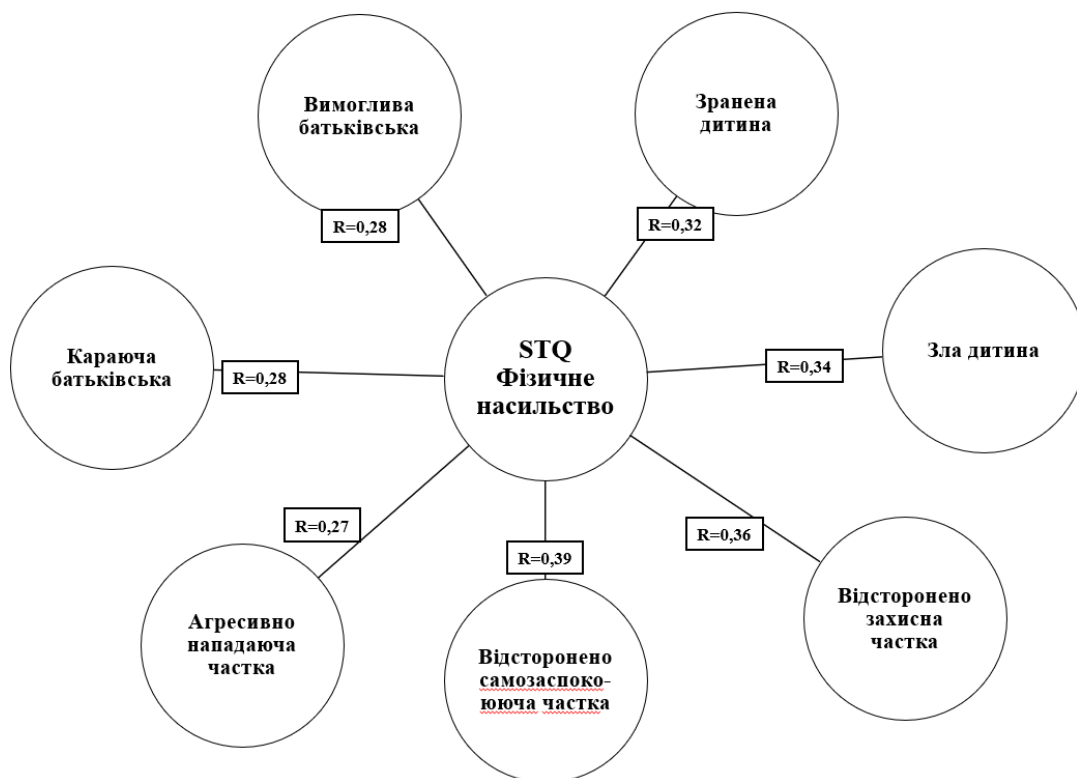


Рис 3.7. Зв'язок між досвідом фізичного насильства та дисфункційними частками

Виявлено, що на формування часток істотно впливає також досвід фізичного насилля. Виявлено пряму кореляцію між наявністю досвіду фізичного насилля та формуванням часток: «Зранена дитина» ( $R = 0,32$ ,  $p = 0,01$ ), «Зла дитина» ( $R = 0,34$ ,  $p = 0,08$ ), Відсторонено захисна частка ( $R = 0,36$ ,  $p = 0,00$ ), «Відсторонено самозаспокоююча частка» ( $R = 0,39$ ,  $p = 0,00$ ), «Агресивно нападаюча частка» ( $R = 0,27$ ,  $p = 0,04$ ), «Караюча батьківська частка» ( $R = 0,28$ ,  $p = 0,02$ ), «Вимоглива батьківська частка» ( $R = 0,27$ ,  $p = 0,04$ ).

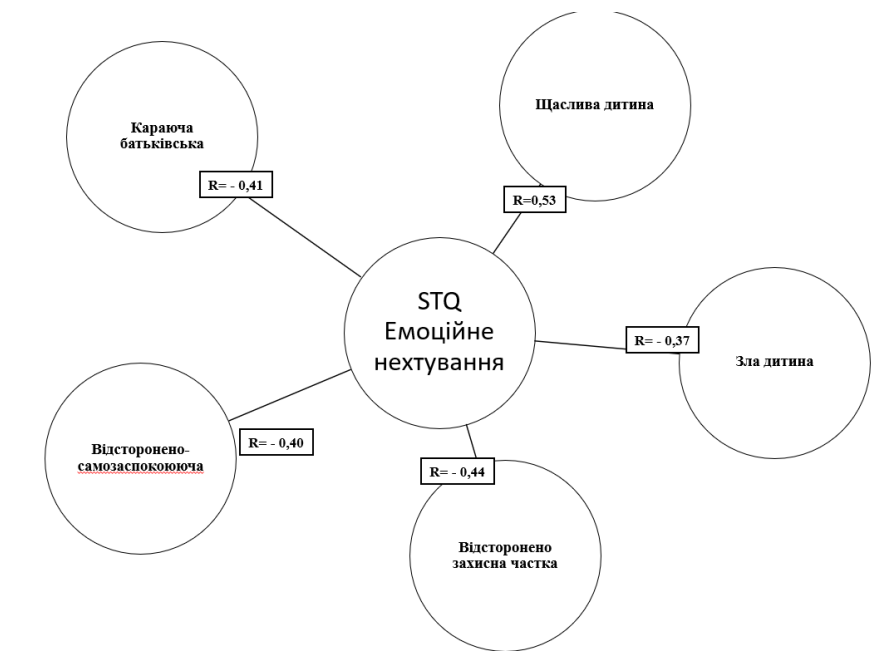


Рис 3.8. Зв'язок між досвідом емоційного нехтування та дисфункційними частками

Емоційне нехтування обернено корелює з формуванням часток: «Зла дитина» ( $R = -0,37$ ,  $p = 0,00$ ), Відсторонено захисна частка ( $R = -0,44$ ,  $p = 0,00$ ), «Відсторонено самозаспокоююча частка» ( $R = -0,40$ ,  $p = 0,00$ ), «Караюча батьківська частка» ( $R = -0,41$ ,  $p = 0,00$ ). Також, емоційний неглект прямо корелює з часткою «Щаслива дитина» ( $R = 0,53$ ,  $p = 0,00$ ).

При аналізі взаємозв'язку досвіду переживання сексуального насилля та формування дисфункційних часток, було виявлено, що сексуальне насильство прямо корелює з формуванням часток: «Зранена дитина» ( $R = 0,29$ ,  $p = 0,02$ ) «Зла дитина» ( $R = 0,28$ ,  $p = 0,03$ ), «Відсторонено самозаспокоююча частка» ( $R = 0,32$ ,  $p = 0,01$ ), «Агресивно нападаюча частка» ( $R = 0,31$ ,  $p = 0,01$ ).



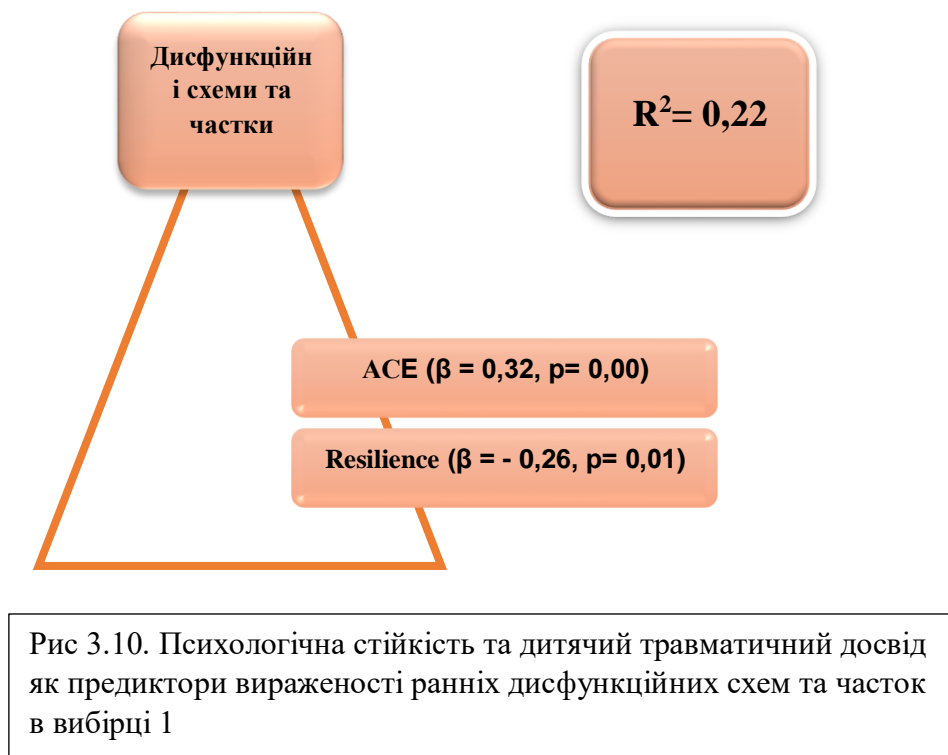


Рис 3.9. Зв'язок між досвідом сексуального насильства та дисфункційними частками

Проведено кореляційний аналіз також між результатами АСЕ та дисфункційних схем. Виявлено взаємозв'язок між наявністю травматичного дитячого досвіду та схемами: емоційна депривація ( $R = 0,30$ ;  $p = 0,01$ ); покинутість ( $R = 0,50$ ;  $p = 0,00$ ); недовіра ( $R = 0,33$ ;  $p = 0,00$ ); соціальна відчуженість ( $R = 0,25$ ;  $p = 0,02$ ); дефект ( $R = 0,24$ ;  $p = 0,03$ ); втрата зв'язку ( $R = 0,42$ ;  $p = 0,00$ ); некомпетентність ( $R = 0,38$ ;  $p = 0,00$ ); залежність ( $R = 0,30$ ;  $p = 0,01$ ); вразливість ( $R = 0,36$ ;  $p = 0,00$ ); злиття ( $R = 0,23$ ;  $p = 0,03$ ); обмеження ( $R = 0,40$ ;  $p = 0,00$ ); підкорення ( $R = 0,35$ ;  $p = 0,00$ ); самопожертва ( $R = 0,26$ ;  $p = 0,02$ ); пошук схвалення ( $R = 0,30$ ;  $p = 0,01$ ); спрямованість на інших ( $R = 0,38$ ;  $p = 0,00$ ); недостатність ( $R = 0,23$ ;  $p = 0,04$ ); порушення меж ( $R = 0,20$ ;  $p = 0,06$ ); негативізм ( $R = 0,36$ ;  $p = 0,00$ ); покура ( $R = 0,25$ ;  $p = 0,02$ ); надмірна пильність ( $R = 0,29$ ;  $p = 0,01$ ).

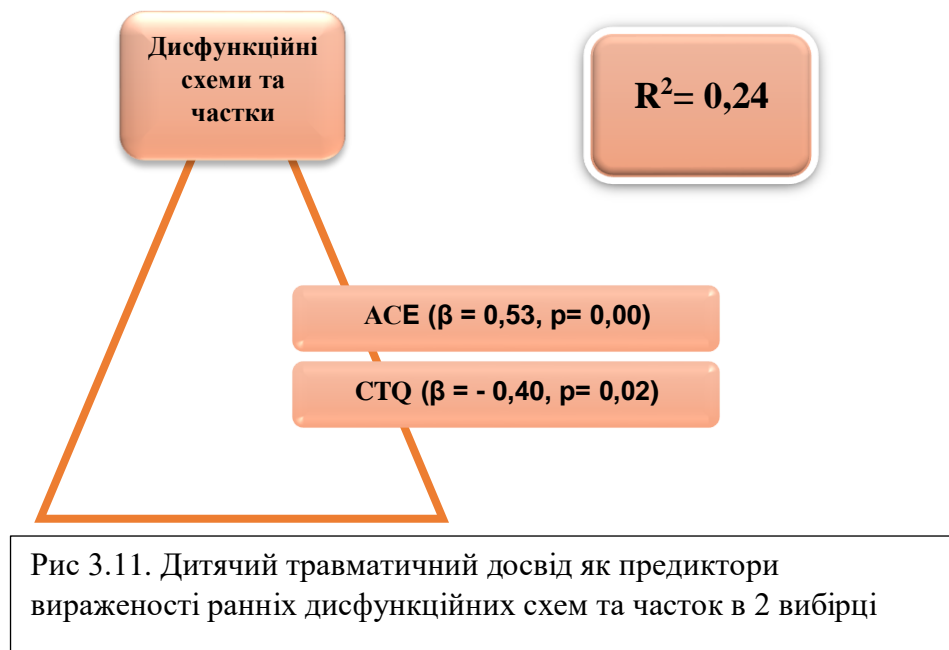
### 3.3. Психологічна стійкість та дитячий травматичний досвід як предиктори вираженості ранніх дисфункційних схем та часток.

У роботі припускалося, що пережитий дитячий травматичний досвід та чинники психологічної стійкості виступають предикторами вираженості ранніх дисфункційних схем та часток. Для перевірки третьої гіпотези було проведено регресійний аналіз. Залежною змінною виступав загальний результат за тестом дисфункційних схем, а не залежною змінною були результати ACE та опитувальника психологічної стійкості. Результати показали, що наявність дитячого травматичного досвіду та психологічної стійкості виступають предикторами утворення ранніх дисфункційних схем (Резілієнс  $\beta = -,42$ ; ACE  $\beta = ,161$ ). Втім, судячи з результатів тесту, є велика кількість інших чинників, які впливають на виникнення дисфункційних схем, які не були враховані у цій роботі.



Наступним етапом дослідження було проведено регресійний аналіз, де залежною змінною виступав сумарний результат за опитуванням дисфункційних

часток, а незалежними змінними виступали результати ACE та CTQ. За результатами регресійного тесту у вибірці 2 (ACE beta= 0,53, CTQ beta= 0,403), наявність травматичного дитячого досвіду відіграє велику роль у формуванні дисфункційних часток, втім не є єдиним предиктором їх виникнення.



### 3.4. Дискусія результатів

Ця робота мала на меті визначити особливості репрезентацій я та іншого у осіб з дитячим травматичним досвідом. Сформовані на початку дослідження гіпотези повністю підтвердилися. Дійсно, для осіб з дитячим травматичним досвідом характерні більш виражені ранні дисфункційні схеми та частки у порівнянні з особами, які не мали дитячого травматичного досвіду, а це означає, що вони загалом мають більш дисфункційні репрезентації як себе, так і іншого.

Втім, також результати вказують на те, що не існує універсального патерну утворення схем та часток у осіб в залежності від виду дитячого травматичного досвіду. Фізичне насильство, сексуальне насильство чи емоційне занедбання однаково сильно позначаються на розвитку різних дисфункційних

репрезентацій Я та Іншого: тим інтенсивніше особа переживає своє Я покинутим, вразливим, некомпетентним, а Іншого – невартим довіри. Так, учасники дослідження, котрі в анамнезі переживали дитячий травматичний досвід, розповідали про себе як «неправильних», дисфункційних, вразливих, а про іншого – як такого, який покидає, зраджує та робить боляче.

Люди з наявним дитячим травматичним досвідом схильні переживати себе як жертву насилля, а найбільше формувати в собі частки «вимогливий дорослий\батько» та «відсторонено захисна частка». Ймовірно, переживаючи світ як злий та атакуючий, котрий критикує та ображає, людина вимушена сформувати в собі ту частку, котра буде захищати її та допомагати функціонувати далі. Тому в багатьох досліджуваних добре розвинутою є не лише «відсторонено захисна частка», а і частка «здоровий дорослий». Ця частка, при високому рівні психологічної стійкості, є втіленням особи, котра може заспокоїти, потурбуватися, надати необхідну допомогу та підтримати.

З цього можемо сформулювати висновок, що для людей, котрі переживали дитячий травматичний досвід, найважливіше – мати якісний контакт хоча б з одним членом сім'ї, чи іншим дорослим. Таким чином, можливо утворити здоровий приклад стосунку, а, відповідно, високий рівень психологічної стійкості, що допомагає знизити ризик формування дисфункційних репрезентацій Я та Іншого в майбутньому.

Власне, цю тезу також підтверджує і друга гіпотеза: Існує обернена залежність між наявністю у дитинстві особи різних чинників психологічної стійкості та вираженістю в неї ранніх дисфункційних схем. Вона була повністю доведена.

Окрім репрезентацій Я та іншого, котрі формує людина, індивідуальне переживання дитячого травматичного досвіду також залежить від рівня психологічної стійкості. Рівень психологічної стійкості може впливати не лише на суб'єктивне сприйняття отриманого травматичного досвіду в дитинстві, а і на інтенсивність та вираженість формування дисфункційного сприйняття, що

складається з різноманітних часток та схем. Так люди, котрі мали травматичний досвід, та переживали декілька видів насилля в своєму дитинстві, і мали вищий рівень стійкості, є менш схильними до формування дисфункційних схем та часток, а, отже, до формування дисфункційних репрезентацій Я та Іншого. Такі дані співпадають з результатами попередніх досліджень, що проводилися в Америці та Європі, та були згадані раніше. Так, результати нашого дослідження цілком підтверджують гіпотезу Дж. Янга про те, що зростання в середовищі насильницькому, депривуючому, може спричинити базову фрустрацію в дитини, та викликати емоційне ураження в дорослому віці. (Young., 2003). В подальшому таке ураження має схильність перетворюватися на дисфункційні репрезентації Я та Іншого, що підтверджує нашу основну гіпотезу.

Третя гіпотеза: Пережитий дитячий травматичний досвід та чинники психологічної стійкості виступають предикторами вираженості ранніх дисфункційних схем та часток була підтверджена повністю. Рівень психологічної стійкості та пережитий дитячий травматичний досвід дійсно є предиктуючим фактором для аналізу схильності особи до утворення дисфункційних схем та часток. Втім, є велика кількість інших факторів, котрі ми не враховували в нашому дослідженні, та які можуть впливати на формування суб'єктивного світу людини. Так, різноманітні міжнародні дослідження висловлюють схожі гіпотези, що підтверджуються не лише емпірично, а і статистично серед популяції (Bedi, 2013) (Croucha, 2019) (Jeon, 2009) та ін.

За допомогою інтерв'ю, котрі мали можливість дати учасники дослідження, ми можемо бачити, що гіпотези підтверджуються не тільки в цифровому форматі, а і на практиці. Велика кількість досліджуваних, що переживали травматичний досвід зростання відмічали складні стосунки з іншими (узалежнюючі, аб'юзивні, та ін.), труднощі в побудові соціального контакту, та, навіть проблеми на роботі чи навчанні в зв'язку з неможливістю сформувати здоровий контакт. Аналізуючи отримані дані, можемо сформувати загальний висновок про те, що будь який вид терапії може бути ефективним в

роботі з дитячим травматичним досвідом, оскільки більшість з психологічних методів та підходів в консультуванні та терапії працюють з однаковими наслідками травми, хоч і називають їх по-різному.

Отримані результати є важливими для розуміння підходу до роботи з дитячим травматичним досвідом. Вони повністю підтверджують попередні дослідження в сфері репрезентацій Я та Іншого, дисфункційних стосунків, схем та часток. Як виявилось, і терапія об'єктних стосунків, і когнітивно поведінкова (схема терапія) є однаково якісно ефективними, оскільки працюють з одними і тими ж структурами свідомості Я, називаючи їх різними словами.

В подальшому було б корисно дослідити підхід до роботи з травмою у всіх напрямках психології, а, також, включити в дослідження не лише осіб з травматичним досвідом, переліченим в опитувальниках ACE та CTQ (емоційне насильство, фізичне насильство, емоційне та фізичне нехтування, сексуальне насильство), а і врахувати культурні фактори, умови зростання людини, особливості сімейного анамнезу та суб'єктивне сприйняття травматичного досвіду.

### **Висновки до третього розділу**

Було проведено дослідження серед дорослих віком від 17 до 35 років. Для аналізу гіпотез було використано порівняльний аналіз за рівнем формування дисфункційних схем між групами. Було виявлено, що учасники дослідження з вищим показником ACE є більш схильними до формування дисфункційних схем та часток. Таким чином, перша гіпотеза була повністю підтверджена.

Для перевірки другої гіпотези було використано кореляційний аналіз. Згідно з його результатами, найбільше на утворення дисфункційних часток та схем впливає емоційне нехтування. Також, було виявлено загалом високий рівень кореляції між рівнем різних видів травматичного досвіду, та утворенням дисфункційних схем та часток. Таким чином, друга гіпотеза була повністю підтвердженою.

Для аналізу третьої гіпотези було проведено регресійний аналіз. Згідно з результатами, наявність травматичного дитячого досвіду відіграє велику роль у формуванні дисфункційних часток, втім не є єдиним предиктором їх виникнення, тому гіпотеза була підтверджена лише частково.

## ВИСНОВКИ

Чи дійсно особи з дитячим травматичним досвідом в дорослому житті формують дисфункційні об'єктні стосунки, а саме, схеми та частки? Було проведено дослідження на 150 особах різного віку та обидвох статей для перевірки сформованих на початку роботи гіпотез. З результатів дослідження можемо бачити, що справді існує дуже сильний взаємозв'язок між наявністю травматичного досвіду в дитячому віці та особливістю стосунку в дорослому.

В подальшому, роботу можливо доопрацювати за допомогою розширення вибірки, включення, окрім уже використаних видів дитячого травматичного досвіду і інші (розлучення батьків, фінансовий стан сім'ї, булінг у школі та інші.), а, також, провести більш глибоке інтерв'ю з учасниками що зазнали дитячого травматичного досвіду. Також, важливим є перевірка ефективності роботи з постраждалими в процесі травматичного зростання у різних напрямках психології та психотерапії, а не тільки схема-терапії та терапії об'єктних стосунків. ‘

Дані результати є надзвичайно важливими для терапії осіб з дитячим травматичним досвідом, оскільки дають змогу побачити, що будь який метод роботи є ефективним, якщо включає в себе інтегративний підхід до роботи з посттравматичним стресовим розладом та травмою. Також, отримані результати дають змогу постраждалим від дитячого травматичного досвіду отримати едукацію стосовно схильності до формування часток та схем, котрі є в них.

Відкритим досі залишаються питання роботи з сексуальним насильством, оскільки для дослідження кореляції наявності цього досвіду та особливостей формування дисфункційних схем, необхідно сформулювати достатньо велику та репрезентативну вибірку, що є ускладненим в зв'язку з особливістю пережиття такого виду дитячої травми.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. A. Murphy, H. S. (2016). The Clinical Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire.
2. Balint, M. (1991). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Northwestern University Press.
3. Bedi, R. M. (2013). Object relations and psychopathology among adult survivors of childhood abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* . 233-240.
4. Bernstein, D. &. (1998). Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report. *San Antonio, TX: The Psychological Corporation*.
5. Bethell, C. D. (2014). Adverse Childhood Experiences: Assessing The Impact On Health And School Engagement And The Mitigating Role Of Resilience. *Health Affairs* .
6. C. Zlotnicka, b. J. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample .
7. Calvete, E. O.-D. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the young schema questionnaire-3. . *European Journal of Psychological Assessment*, 283–290.
8. Croucha, E. (2019). Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among US children. *Science Direct*.
9. Csukly, G. T. (2011). What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatr*.
- 10.D. Popovic, A. S. (2019 ). Current Findings and Research Perspectives.
- 11.Daniela, P. (2005). Risk facotors for suicide and suicide attempt: incidence, stressful events and mental disorders. *Artigo em Português*.
- 12.David P. Bernsteina, J. A. (2001). *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire*.
- 13.Felitti V.J., A. R. (1998). *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE)*. *American Journal of Preventive Medicine*.
- 14.Fenichel, O. (1946). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. London.
- 15.Ferrara, F. ( 2002). Childhood sexual abuse. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- 16.Finkelhor, D. &. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*.
- 17.Finkelhor, D. (2020). Trends in Adverse Childhood Experiences (ACEs) in the United States. *Science Direct Elsevier Ltd*.
- 18.Finzi-Dottan, R. &. (2006). From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: A path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem. . *The Journal of nervous and Mental Disease*, 194, 616–621.

19. Gould E, B. A. (1999). Learning enhances adult neurogenesis in the hippocampal formation. *Nat Neurosci*, 2:260–265.
20. Gratz, K. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1–14.
21. Hawke, L. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. . *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 257–276.
22. Heim C, N. C. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* , 1023–1039.
23. Horner, M. (1970). *Journal of Social Issues*.
24. J. N. Briere, D. M. (1994). Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*.
25. J.E., Y. (1998). Young schema questionnaire short form. . *New York: Cognitive Therapy Center*.
26. James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. United States: Henry Holt and Company.
27. Jeon, H. J. (2009). Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. . *Journal of Affective Disorders*, , 119, 210–214.
28. K.L. Callahan, J. P. (2015). A Review of Interpersonal-Psychodynamic Group Psychotherapy Outcomes for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Guilford Press Periodicals*.
29. Lusk R. & Waterman, J. (без дати). Effects of sexual abuse on children. In K. MacFarlane & J. Waterman. *Guilford Press*, pp. 101–120.
30. M.O. Benavides, M. A. (2019). Treating women who have experienced intimate partner violence. *American Psychiatric Association*.
31. Mahler, M. (1979). *The Selected Papers of Margaret S. Mahler: Vol. 1: Infantile Psychosis & Early Contributions*.
32. Mahler, M. P. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York.
33. Moor, A. &. (2006). Identifying pathways linking child abuse to Psychological Outcome: The mediating role of perceived parental failure of empathy. *Journal of Emotional Abuse*, 110–143.
34. Perry BD, P. R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Behavioral Neurology*.
35. Perry, B. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain Mind*, 3:79–100.
36. Portwood, S. (1999). Coming to terms with a consensual definition of child maltreatment. *Child Maltreatment*, 56–68.
37. Prevention, D. o. (2022). Preventing Adverse Childhood Experiences. *National Center for Injury Prevention and Control*.
38. Rafaeli, E. B. (2011). *Schema Therapy* . Routledge: Taylor and Francis Group.

39. Roy, A. (2011). Suicide risk in schizophrenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
40. Rycroft, C. (1995). *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*.
41. S. Zornig, L. L. (2011). Trauma and deprivation: The relationship between early object relations and the constitution of a sense of self.
42. Saritas, D. &. (2011). Psychometric Properties of “young schema questionnaire – Short form 3” in a Turkish adolescent sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 83–96.
43. Saywitz K., M. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 1040–1049.
44. Scharff, J. (2005). *The primer of object relations*. New York: Lanham.
45. Sperry, L. (1992). *Psychiatric Case Formulations*.
46. Susan Hillis, P. M. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *American Academy of Pediatrics*.
47. V. Carrion, C. F. (2013). Stress Predicts Brain Changes in Children: A Pilot Longitudinal Study on Youth Stress, Posttraumatic Stress Disorder, and the Hippocampus. *Pediatrics*.
48. WHO Europe. (2018). Adverse childhood experiences and health-harming behaviours among students in Ukraine: report on survey results. *World Health Organization. Regional Office for Europe*.
49. Young, J. A. (2008 ). Schema Mode Inventory (SMI).
50. Young., J. K. (2003). *Reinventing Your Life: The breakthrough program to end negative behavior... And feel great again*.
51. Адлер, А. (1927). *Розуміння людської природи*.
52. Горні, К. (1937). *Neurotic personality of our time*.
53. Гребенюк, Е. (2017). *Діалогічне Я та психотерапія*.
54. Кляйн, М. (2010). *Дитячий психоаналіз*.
55. Кохут, Х. (2002). *Хартманн и современный психоанализ*. Энциклопедия глубинной психологии. Т. 3. М.
56. Лебедь, Р. (2019). Згвалтування в Україні: статистика та реальність. *BBC News Україна*.
57. Маслоу, А. (1954). *Мотивація і особистість*.
58. Салліван, Г. С. (1947). *Концепції сучасної психіатрії*.
59. Терещук, Г. (2021). Сексуальне насилля в Україні: від усвідомлення до захисту. *Радіо Свобода*.
60. Техке, В. (2019). *Психіка і її лікування. Психоаналітичний підхід*.
61. Фрейд, А. (1937). *The Ego and the Mechanisms of Defence*.
62. Фрейд, З. (1917). *Вступ лекцій до психоаналізу*.
63. Юнг, К. (1916). *Analytical psychology: its theory and practice*.
64. Янг, Д. (2020). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Результати кластерного аналізу

| Cluster Means (Spreadsheet1) |                 |                 |                 |
|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                              | Cluster - No. 1 | Cluster - No. 2 | Cluster - No. 3 |
| <b>Вік</b>                   | 18,89655        | 19,80000        | 21,06667        |
| <b>Стать</b>                 | 1,79310         | 1,76000         | 1,83333         |
| <b>АСЕ</b>                   | 2,96552         | 1,72000         | 1,23333         |
| <b>АСЕ група</b>             | 2,10345         | 1,48000         | 0,96667         |
| <b>Резілієнс</b>             | 8,86207         | 9,72000         | 10,96667        |
| <b>Ем. Депр</b>              | 15,03448        | 9,56000         | 6,66667         |
| <b>Покин</b>                 | 22,48276        | 14,44000        | 10,53333        |
| <b>Недов</b>                 | 22,27586        | 16,68000        | 10,40000        |
| <b>Соц. Відчуж</b>           | 19,48276        | 17,04000        | 9,66667         |
| <b>Дефект</b>                | 4,51724         | 2,68000         | 1,76667         |
| <b>Втрата Зв'язку</b>        | 83,79311        | 60,40000        | 39,03333        |
| <b>Некол.</b>                | 21,96552        | 13,40000        | 8,36667         |
| <b>Зал.</b>                  | 18,17241        | 10,36000        | 8,93333         |
| <b>Вразливість</b>           | 20,58621        | 12,68000        | 9,16667         |
| <b>Злиття</b>                | 16,44828        | 10,84000        | 8,93333         |
| <b>Обмеження</b>             | 77,17242        | 47,28000        | 35,40000        |
| <b>Підкорення</b>            | 20,51724        | 12,60000        | 8,63333         |
| <b>Самопожертва</b>          | 17,75862        | 14,12000        | 11,33333        |
| <b>Пошук схв.</b>            | 20,03448        | 16,40000        | 13,30000        |
| <b>Спрям. На інших</b>       | 58,31034        | 43,12000        | 33,26667        |
| <b>Особл. Ст</b>             | 17,00000        | 17,84000        | 14,43333        |
| <b>Недост.</b>               | 19,17241        | 15,36000        | 12,60000        |
| <b>Поруш Меж</b>             | 36,17241        | 33,20000        | 27,03333        |
| <b>Емоц. Інг</b>             | 21,13793        | 16,44000        | 11,53333        |
| <b>Надв. Ст.</b>             | 22,03448        | 20,96000        | 14,36667        |
| <b>Негат.</b>                | 22,10345        | 16,08000        | 10,66667        |
| <b>Покора</b>                | 16,72414        | 11,48000        | 6,80000         |
| <b>Надм. Пильн.</b>          | 82,00000        | 64,96000        | 43,36666        |

| Cluster Means (Вибірка 2)      |                 |                 |                 |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                                | Cluster - No. 1 | Cluster - No. 2 | Cluster - No. 3 |
| <b>Ваш вік</b>                 | 19,13333        | 18,95833        | 19,38889        |
| <b>Стать</b>                   | 1,86667         | 1,87500         | 1,83333         |
| <b>АСЕ</b>                     | 1,86667         | 2,00000         | 1,27778         |
| <b>АСЕ група</b>               | 1,40000         | 1,66667         | 1,16667         |
| <b>STQ</b>                     | 21,00000        | 17,37500        | 16,61111        |
| <b>STQ фізичне насильство</b>  | 1,33333         | 1,33333         | 1,00000         |
| <b>STQ сексуальне</b>          | 1,46667         | 0,12500         | 1,38889         |
| <b>STQ емоційне насилля</b>    | 5,26667         | 4,79167         | 4,33333         |
| <b>STQ емоційне нехтування</b> | 5,40000         | 4,75000         | 4,11111         |
| <b>STQ фізичний неглект</b>    | 1,20000         | 1,04167         | 1,16667         |
| <b>Ем. Депр</b>                | 9,06667         | 6,62500         | 17,00000        |
| <b>Покин</b>                   | 17,06667        | 11,45833        | 23,72222        |
| <b>Недов</b>                   | 16,60000        | 11,25000        | 23,77778        |
| <b>Соц. Відчуж</b>             | 16,53333        | 9,95833         | 20,16667        |
| <b>Дефект</b>                  | 3,46667         | 1,83333         | 4,38889         |
| <b>Втрата Зв'язку</b>          | 62,73333        | 41,12500        | 89,05556        |
| <b>Некол.</b>                  | 17,20000        | 8,95833         | 22,55556        |
| <b>Зал.</b>                    | 14,40000        | 9,12500         | 17,94444        |
| <b>Вразливість</b>             | 16,60000        | 9,25000         | 21,44444        |
| <b>Злиття</b>                  | 13,80000        | 8,54167         | 15,88889        |
| <b>Обмеження</b>               | 62,00000        | 35,87500        | 77,83334        |
| <b>Підкорення</b>              | 15,20000        | 8,58333         | 20,77778        |
| <b>Самопожертва</b>            | 16,00000        | 11,62500        | 17,66667        |
| <b>Пошук схв.</b>              | 18,26667        | 13,83333        | 20,33333        |
| <b>Спрям. На інших</b>         | 49,46667        | 34,04167        | 58,77778        |
| <b>Особл. Ст</b>               | 18,00000        | 14,66667        | 15,94444        |
| <b>Недост.</b>                 | 19,53333        | 12,66667        | 17,16667        |
| <b>Поруш Меж</b>               | 37,53333        | 27,33333        | 33,11111        |
| <b>Емоц. Інг</b>               | 17,13333        | 11,54167        | 21,94444        |
| <b>Надв. Ст.</b>               | 19,33333        | 14,79167        | 23,05556        |
| <b>Негат.</b>                  | 18,93333        | 10,87500        | 23,77778        |
| <b>Покура</b>                  | 11,66667        | 6,91667         | 19,61111        |
| <b>Надм. Пильн.</b>            | 67,06667        | 44,12500        | 88,38889        |

## Додаток Б

## Результати кореляційного аналізу

| <b>Вік &amp; Ем. Депр</b>   | <b>N</b> | <b>Spearman<br/>- R</b> | <b>t(N-2)</b> | <b>p-level</b> |
|-----------------------------|----------|-------------------------|---------------|----------------|
| АСЕ & Ем. Депр              | 84       | 0,268822                | 2,52732       | 0,013415       |
| АСЕ & Покин                 | 84       | 0,314417                | 2,99928       | 0,003583       |
| АСЕ & Недов                 | 84       | 0,501747                | 5,25253       | 0,000001       |
| АСЕ & Соц. Відчуж           | 84       | 0,326781                | 3,13103       | 0,002414       |
| АСЕ & Дефект                | 84       | 0,250504                | 2,34312       | 0,021546       |
| АСЕ & Втрата Зв'язку        | 84       | 0,243273                | 2,27116       | 0,025758       |
| АСЕ & Некол.                | 84       | 0,419035                | 4,17913       | 0,000073       |
| АСЕ & Зал.                  | 84       | 0,376899                | 3,68469       | 0,000410       |
| АСЕ & Вразливість           | 84       | 0,297945                | 2,82637       | 0,005912       |
| АСЕ & Злиття                | 84       | 0,361020                | 3,50560       | 0,000741       |
| АСЕ & Обмеження             | 84       | 0,233592                | 2,17545       | 0,032476       |
| АСЕ & Підкорення            | 84       | 0,403404                | 3,99223       | 0,000142       |
| АСЕ & Самопожертва          | 84       | 0,351069                | 3,39517       | 0,001059       |
| АСЕ & Пошук схв.            | 84       | 0,258186                | 2,42002       | 0,017730       |
| АСЕ & Спрям. На інших       | 84       | 0,296248                | 2,80872       | 0,006216       |
| АСЕ & Недост.               | 84       | 0,383224                | 3,75708       | 0,000321       |
| АСЕ & Негат.                | 84       | 0,225714                | 2,09807       | 0,038977       |
| АСЕ & Покора                | 84       | 0,357465                | 3,46600       | 0,000843       |
| АСЕ & Надм. Пильн.          | 84       | 0,250173                | 2,33981       | 0,021725       |
| АСЕ група & Ем. Депр        | 84       | 0,285430                | 2,69687       | 0,008493       |
| АСЕ група & Покин           | 84       | 0,331028                | 3,17668       | 0,002100       |
| АСЕ група & Недов           | 84       | 0,492697                | 5,12705       | 0,000002       |
| АСЕ група & Соц. Відчуж     | 84       | 0,327923                | 3,14327       | 0,002326       |
| АСЕ група & Дефект          | 84       | 0,238719                | 2,22605       | 0,028755       |
| АСЕ група & Втрата Зв'язку  | 84       | 0,232058                | 2,16034       | 0,033665       |
| АСЕ група & Некол.          | 84       | 0,414256                | 4,12153       | 0,000090       |
| АСЕ група & Зал.            | 84       | 0,391764                | 3,85579       | 0,000228       |
| АСЕ група & Вразливість     | 84       | 0,295603                | 2,80202       | 0,006335       |
| АСЕ група & Злиття          | 84       | 0,363340                | 3,53154       | 0,000681       |
| АСЕ група & Обмеження       | 84       | 0,222116                | 2,06288       | 0,042289       |
| АСЕ група & Підкорення      | 84       | 0,408948                | 4,05803       | 0,000112       |
| АСЕ група & Самопожертва    | 84       | 0,359602                | 3,48978       | 0,000781       |
| АСЕ група & Пошук схв.      | 84       | 0,256990                | 2,40802       | 0,018283       |
| АСЕ група & Спрям. На інших | 84       | 0,305882                | 2,90932       | 0,004661       |
| АСЕ група & Негат.          | 84       | 0,384579                | 3,77266       | 0,000304       |
| АСЕ група & Покора          | 84       | 0,354434                | 3,43236       | 0,000940       |

|  |    |           |          |          |
|--|----|-----------|----------|----------|
| <b>АСЕ група &amp; Надм. Пильн.</b>            | 84 | 0,244114  | 2,27951  | 0,025235 |
| <b>Резілієнс &amp; Ем. Депр</b>                | 84 | 0,288158  | 2,72496  | 0,007859 |
| <b>Резілієнс &amp; Соц. Відчуж</b>             | 84 | -0,450877 | -4,57420 | 0,000017 |
| <b>Резілієнс &amp; Дефект</b>                  | 84 | -0,294761 | -2,79327 | 0,006493 |
| <b>Резілієнс &amp; Втрата Зв'язку</b>          | 84 | -0,306528 | -2,91610 | 0,004570 |
| <b>Резілієнс &amp; Зал.</b>                    | 84 | -0,360874 | -3,50397 | 0,000745 |
| <b>Резілієнс &amp; Вразливість</b>             | 84 | -0,254083 | -2,37889 | 0,019688 |
| <b>Резілієнс &amp; Злиття</b>                  | 84 | -0,280694 | -2,64826 | 0,009702 |
| <b>Резілієнс &amp; Обмеження</b>               | 84 | -0,309540 | -2,94778 | 0,004168 |
| <b>Резілієнс &amp; Підкорення</b>              | 84 | -0,325984 | -3,12248 | 0,002478 |
| <b>Резілієнс &amp; Спрям. На інших</b>         | 84 | -0,378252 | -3,70013 | 0,000389 |
| <b>Резілієнс &amp; Емоц. Інг</b>               | 84 | -0,265957 | -2,49832 | 0,014476 |
| <b>Резілієнс &amp; Негат.</b>                  | 84 | -0,336387 | -3,23462 | 0,001757 |
| <b>Резілієнс &amp; Надм. Пильн.</b>            | 84 | -0,336061 | -3,23108 | 0,001776 |
| <b>Ваш вік &amp; Ем. Депр</b>                  | 84 | -0,318437 | -3,04192 | 0,003157 |
| <b>Ваш вік &amp; Недост.</b>                   | 57 | -0,293729 | -2,27887 | 0,026579 |
| <b>АСЕ &amp; Соц. Відчуж</b>                   | 57 | -0,271475 | -2,09187 | 0,041080 |
| <b>АСЕ &amp; Пошук схв.</b>                    | 57 | -0,392841 | -3,16808 | 0,002505 |
| <b>АСЕ &amp; Надв. Ст.</b>                     | 57 | -0,267470 | -2,05862 | 0,044280 |
| <b>АСЕ &amp; Негат.</b>                        | 57 | -0,380222 | -3,04878 | 0,003529 |
| <b>АСЕ група &amp; Ем. Депр</b>                | 57 | -0,330329 | -2,59548 | 0,012088 |
| <b>АСЕ група &amp; Соц. Відчуж</b>             | 57 | -0,289804 | -2,24561 | 0,028767 |
| <b>АСЕ група &amp; Пошук схв.</b>              | 57 | -0,373387 | -2,98500 | 0,004226 |
| <b>АСЕ група &amp; Надв. Ст.</b>               | 57 | -0,263093 | -2,02240 | 0,048009 |
| <b>АСЕ група &amp; Негат.</b>                  | 57 | -0,374375 | -2,99418 | 0,004118 |
| <b>STQ &amp; Ем. Депр</b>                      | 57 | -0,328215 | -2,57685 | 0,012683 |
| <b>STQ &amp; Пошук схв.</b>                    | 57 | -0,266250 | -2,04851 | 0,045295 |
| <b>STQ &amp; Негат.</b>                        | 57 | -0,261268 | -2,00734 | 0,049637 |
| <b>STQ фізичне насильство &amp; Пошук схв.</b> | 57 | -0,259840 | -1,99557 | 0,050943 |
| <b>STQ сексуальне &amp; Поруш Меж</b>          | 57 | 0,314113  | 2,45372  | 0,017335 |
| <b>STQ емоційне насилля &amp; Пошук схв.</b>   | 57 | -0,303015 | -2,35809 | 0,021953 |
| <b>STQ емоційне насилля &amp; Негат.</b>       | 57 | -0,309661 | -2,41522 | 0,019077 |