

10. Zheng, Jie. (2025). The Effects of Parenting Styles on Children's Emotional and Social Skill Development: The Mediating Role of Emotion Regulation Skills. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*. 84. 6–10. 10.54254/2753-7048/2025.20550.

11. Zulkarnain, Z. ., Tarmidi, T., Purwasih, E., & Bochaver, S. N. (2025). Parenting Styles, Loneliness and Problematic Internet Use Among Adolescents: A Cross-Sectional Analysis. *Journal of Education Culture and Society*, 16(1), 231–249. <https://doi.org/10.15503/jecs2025.2.231.249>.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-631-0-13>

Юрченко Р. А.

доктор філософії в галузі права, старша викладачка кафедри психології особистості та соціальних практик, факультет психології, соціальної роботи та соціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка

Козлова А. Г.

докторка філософії у галузі психології, судова експертка

ДІАГНОСТИКА ТРАВМИ РОЗВИТКУ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА

Сексуальне насильство у дитинстві є однією з найскладніших форм психотравмального досвіду, що впливає на емоційний, когнітивний та соматичний розвиток підлітка, змінює функціонування нервової системи, формує відчуття безпорадності та порушує базову довіру до світу. У сучасній психології такі наслідки описуються в межах концепції травми розвитку, що виникає у відповідь на події або серію подій, які перевищують можливості дитини впоратися з ними [2; 9]. Поєднання сексуального насильства з порушеннями ранніх відносин прив'язаності створює комплексну клінічну картину, що включає труднощі емоційної регуляції, спотворене самосприйняття себе та своєї тілесності, сексуальності та здатності до формування безпечних міжособистісних стосунків [6].

Підлітковий вік є періодом для формування ідентичності, автономії та сексуальності. Травматичний досвід сексуального насильства у цей період порушує природний розвиток Self, створюючи внутрішню фрагментацію. Підліток може одночасно сприймати себе як «забрудненого», «зламаного», «винного», але водночас прагнути залишатися

«нормальним» серед однолітків. Таке розщеплення переживань ускладнює інтеграцію досвіду та сприяє формуванню дисоціативних процесів [7]. Зокрема, дисоціація як основний механізм адаптації до непереносимого досвіду набуває особливих форм у підлітків, часто маскуючись під інші психічні розлади або прояви нормативного підліткового бунту. Дисоціативні частини можуть вміщувати сором і самозвинувачення, гнів як захисну реакцію, дитячу потребу в безпеці та окрему «функціональну» частину, яка підтримує повсякденне життя, ускладнюючи інтеграцію досвіду в цілісну ідентичність [3].

У роботі психолога допоміжним інструментом є модель травмогенних динамік Девіда Фінкелгора та Анжели Браун. Вони пояснюють, як сексуальне насильство впливає на розвиток дитини через чотири ключові динаміки: *травмувальна сексуалізація, зрада, безсилля та стигматизація*. Ці динаміки не є часовими етапами, а паралельними процесами, що можуть по-різному проявлятися залежно від віку, етапу психосексуального розвитку та характеру насильства [5, 6].

Зокрема, сексуальне насильство у підлітковому віці суттєво впливає на формування ідентичності, тілесності та емоційної сфери. У період коли формується цілісне відчуття Self, травмувальний досвід може спричинити внутрішню фрагментацію: підліток одночасно переживає сором, самозвинувачення, гнів, потребу в захисті та прагнення залишатися «звичайним». Порушуються стосунки з власним тілом – воно може сприйматися як джерело болю або «зрадник», що ускладнює розвиток здорової сексуальності та меж. Центральним переживанням часто стає сором, який підтримує уникнення та дисоціацію, посилюючи внутрішній конфлікт [4; 6].

Клінічно це може проявлятися дисоціативною амнезією, коли підліток пам'ятає окремі фрагменти події, але не має цілісної картини, або не пам'ятає власної поведінки у змінених станах [7]. Поширеними є деперсоналізація та дереалізація – відчуття нереальності себе чи навколишнього світу [8]. Тіло може «зберігати» травмувальний досвід у вигляді соматичних симптомів без органічної причини [9]. У деяких випадках формуються дисоціативні частини, які виконують різні функції – захисту, утримання болю чи збереження повсякденної адаптації [6].

Безпосередньо, робота з підлітками, які пережили сексуальне насильство та мають травму розвитку, вимагає глибокого розуміння впливу травми на всі аспекти розвитку особистості, особливої чутливості до сорому та самозвинувачення, спеціалізованих навичок роботи з дисоціацією та здатності створювати справжню терапевтичну безпеку [6, 10]. Діагностика потребує створення безпечного простору, поступовості та травма-інформованого підходу, що визнає право

підлітка на контроль і конфіденційність. У терапії ефективною є фазова модель: стабілізація, опрацювання травмувальних спогадів та подальша інтеграція досвіду. Використання валідованих інструментів, зокрема шкал для оцінки дисоціативних проявів у підлітків, доцільно поєднувати з клінічним інтерв'ю та спостереженням [1; 7].

Особливу увагу слід приділяти ризикованій поведінці, сімейному контексту та правовим аспектам, що можуть впливати на перебіг відновлення. Водночас важливо враховувати, що дисоціація, уникнення, мінімізація чи раціоналізація є адаптивними механізмами психологічного захисту, які свого часу забезпечили виживання в умовах травмувальних подій. Їх патологізація може посилити сором і опір, тоді як визнання їхньої захисної функції сприяє формуванню терапевтичного альянсу [6].

У цьому контексті особливої актуальності набуває розробка комплексної програми надання психологічної допомоги підліткам, які пережили сексуальне насильство, що включає не лише індивідуальну терапію, а й системну роботу з родиною. Важливо створити адаптоване напівструктуроване діагностичне інтерв'ю для підлітків, яке поєднує клінічну чутливість із діагностичною валідністю, містить відкриті та поступові запитання, враховує вікові особливості розвитку, дозволяє використання непрямих формулювань і метафор, а також передбачає оцінку дисоціативних проявів і захисних стратегій без повторної травматизації [3; 8]. Водночас програма має передбачати окремий психоедукаційний та терапевтичний модуль для батьків, спрямований на формування розуміння особливостей травми розвитку, специфіки підліткової поведінки, проявів дисоціації, ризикованої поведінки та емоційної нестабільності. Спільне проходження окремих етапів програми підлітками та батьками створює умови для відновлення довіри, покращення комунікації та формування безпечного підтримуючого середовища.

Найважливішим фактором відновлення є наявність стабільних і надійних стосунків – як у межах терапії, так і в родині. Терапевт має бути готовим до тривалої роботи, складних емоційних реакцій, можливих регресій і кризових періодів. Саме тому ефективна програма повинна включати паралельну діагностику стану підлітка та ресурсів сім'ї, навчання батьків навичкам емоційної підтримки, розпізнавання тригерів і безпечного реагування на складну поведінку. Батьки потребують розуміння, що агресія, замкнутість, гіперсексуалізована або ризикована поведінка можуть бути не проявами «поганого характеру», а наслідками травмувального досвіду. Формування у батьків здатності до емпатійної, стабільної та послідовної підтримки суттєво підвищує резильєнтність підлітка та ефективність терапевтичного втручання.

Таким чином, впровадження адаптованих діагностичних методик і комплексних програм для підлітків і їхніх батьків є необхідною умовою профілактики деструктивних порушень і забезпечення повноцінного психологічного відновлення.

Список використаних джерел:

1. Armstrong J. G., Putnam F. W., Carlson E. B., Libero D. Z., Smith S. R. Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997. Vol. 185, No. 8. P. 491–497.
2. Briere J., Scott C. Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment. Thousand Oaks : Sage Publications, 2014. 448 p.
3. Cohen J. A., Mannarino A. P., Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York : Guilford Press, 2017. 320 p.
4. Finkelhor D., Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1985. Vol. 55, No. 4. P. 530–541.
5. Gilbert P., Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2006. Vol. 13, No. 6. P. 353–379.
6. Herman J. L. Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. New York : Basic Books, 2015. 336 p.
7. Putnam F. W. Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective. New York : Guilford Press, 1997. 423 p.
8. Steele K., Boon S., van der Hart O. Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach. New York : W. W. Norton, 2017. 512 p.
9. Van der Kolk B. A. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York : Viking, 2014. 464 p.