

УДК 159.9.072:364-055.2(477)

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2025.25.10>

РАННІ ДЕЗАДАПТИВНІ СХЕМИ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ КОПІНГ-РЕЖИМІВ У ДОРОСЛИХ ЖІНОК-БІЖЕНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК РОСІЙСЬКОЇ ЗБРОЙНОЇ АГРЕСІЇ

Тамара Мазур

*Чернігівський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені К.Д. Ушинського,
вул. Слобідська, 83, м. Чернігів, Україна, 14000
e-mail: offerlund@gmail.com*

Ольга Буковська

*Чернігівський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені К.Д. Ушинського,
вул. Слобідська, 83, м. Чернігів, Україна, 14000
e-mail: obukovska78@gmail.com*

Олена Низовець-Кропта

*Чернігівський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені К.Д. Ушинського,
вул. Слобідська, 83, м. Чернігів, Україна, 14000
e-mail: lentsa@ukr.net*

Сучасна психотерапевтична практика дедалі частіше звертається до інтегративних підходів, які поєднують ефективні методи різних шкіл. Одним із найбільш визнаних і прикладних у цьому контексті є схема-терапія, розроблена Jeffrey Young. Цей підхід став результатом інтеграції когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), психодинамічних теорій, гештальт-підходу, теорії прив'язаності та емоційно-фокусованої терапії.

У центрі схема-терапевтичної моделі – поняття базових емоційних потреб, які є універсальними для всіх людей і критично важливими для психологічного благополуччя в дитинстві. До таких потреб належать: потреба у безпеці та стабільності, автономії та самовираженні, емоційній близькості, самореалізації, прийнятті, а також у реалістичних межах та самоконтролі. Порушення або хронічне фрустрування цих потреб призводить до формування ранніх дезадаптивних схем (РДС) – глибинних патернів мислення, емоцій та поведінки, що зберігаються протягом усього життя.

У статті подано результати дослідження вираженості ранніх дезадаптивних схем та функціональних копінг-режимів у дорослих жінок-біженок, які зверталися за психологічною допомогою до громадської організації “USB”. Загальна вибірка склала 32 жінки – клієнтів психологічного центру. У якості порівняльної групи були 30 жінок з числа українських жінок, які живуть за кордоном і не є біженками війни. Для оцінювання використовувалась адаптована версія А. Большаковою стандартизованої методики діагностики схем і режимів Jeffrey Young [1].

Результати дослідження засвідчили, що у жінок, які зверталися за психологічною допомогою, статистично значущими порівняно з учасниками контрольної групи виявилися 11 із 18 ранніх дезадаптивних схем. Це засвідчило високий рівень емоційної вразливості та схильність до дисфункціональних переконань у міжособистісній сфері досліджуваних.

Натомість у жінок контрольної групи частіше фіксувалися активації дезадаптивних режимів функціонування, зокрема таких як: «Недисциплінована дитина», «Покірний капітулянт», «Відсторонений захисник» та «Відсторонений самозаспокоювач». Ці стани можуть слугувати як своєрідна

захисна відповідь, що дозволяє уникати глибшого усвідомлення власних вразливостей, але водночас поглиблює емоційне відчуження.

Порівняльний аналіз продемонстрував, що ступінь вираженості ранніх дезадаптивних схем є надійнішим і точнішим показником для диференціації осіб, ніж частота прояву допінг-режимів. Це може свідчити про те, що в осіб без психотерапевтичного втручання ранні дезадаптивні схеми продовжують існувати в латентній формі та активуються лише через певні зовнішні чи внутрішні тригери, що ініціюють копінг-стратегії уникнення або емоційного відсторонення.

Такі копінг-режими можуть тимчасово забезпечувати стабільність, однак ускладнюють рефлексію, адаптацію та гальмують розвиток емоційної компетентності. У той час як клієнти, які звернулися за допомогою, мають вищий рівень усвідомлення внутрішніх процесів та демонструють готовність до змін, незважаючи на більшу вираженість ранніх дезадаптивних схем.

Ключові слова: схема-терапія, ранні дезадаптивні схеми, неадаптивні патерни мислення, дисфункціональні режими, базові потреби, дисфункційні копінг-режими, афективні реакції, ментальні структури інтерпретації досвіду, критичні життєві події.

Постановка проблеми. Порушення емоційного стану особистості набувають особливої актуальності серед різних верств населення України, що зумовлено тривалим збройним конфліктом, який триває вже понад одинадцять років. У зв'язку з постійною потребою захищати національну незалежність, суспільство стикається з численними психологічними викликами. Це призводить до значного емоційного навантаження та негативно впливає на психічне здоров'я цивільного населення.

Схема-терапія є надзвичайно актуальним підходом у роботі з українськими біженцями, оскільки дозволяє глибоко дослідити й опрацювати психологічні наслідки втрати дому, безпеки та стабільності. Цей метод допомагає виявити ранні дезадаптивні схеми, які могли активізуватися під впливом травматичних подій війни та вимушеної міграції. Через роботу з емоційними потребами, режимами та копінг-стратегіями схема-терапія сприяє відновленню внутрішніх ресурсів, стабілізації емоційного стану та формуванню більш адаптивних моделей поведінки, що є критично важливим для інтеграції та психологічного благополуччя біженців [1; 2].

Концептуальна модель схема-терапії ґрунтується на чотирьох основних компонентах: фундаментальних емоційних потребах, ранніх дезадаптивних схемах (РДС), неефективних копінг-стратегіях і так званих режимах функціонування схем. Центральним положенням цієї теорії є уявлення про те, що базові емоційні потреби дитини – зокрема в любові, прийнятті, безпеці, автономії, розумінні, підтримці та встановленні меж – у разі їх систематичного ігнорування можуть спричинити формування дезадаптивних когнітивно-емоційних структур – схем. Ці схеми виникають у результаті негативної або недостатньої взаємодії з емоційно значущими дорослими в дитинстві й залишаються активними впродовж усього життя, навіть коли вже не відповідають реальним умовам [6].

Ранні дезадаптивні схеми – це глибинні, стійкі патерни сприйняття, емоційного реагування та тілесних відчуттів, що автоматично активуються в ситуаціях, які нагадують первинну травматичну взаємодію. Попри свою нефункціональність у дорослому житті, ці схеми підтримуються механізмом когнітивної узгодженості – прагненням зберегти стабільну, хоч і викривлену, інтерпретацію світу та себе в ньому. Як наслідок, людина фокусується переважно на тій інформації, яка підтверджує її схему, й ігнорує все, що їй суперечить. Часто РДС залишаються неусвідомленими до моменту їх активізації під впливом стресогенних чинників.

Jeffrey Young описав 18 типів схем, які згрупував у п'ять основних категорій [7]. Активація певної схеми призводить до появи емоційно забарвлених реакцій – так званих режимів. Режим – це тимчасовий внутрішній стан, який поєднує активовану ранню

дезадаптивну схему, відповідні емоції, тілесні відчуття, думки та типову поведінкову реакцію. Вони можуть бути адаптивними або дисфункціональними, залежно від їх впливу на функціонування особистості. Як образно висловився Jeffrey Young, режими – це «живі сцени, у яких розігруються давні схеми» [6, с. 47]. Працюючи з ними, терапевт переводить клієнта з деструктивних автоматичних реакцій до здорового самопіклування й задоволення базових емоційних потреб. Особливо деструктивного характеру режими набувають у разі одночасної активації кількох схем.

У схемі терапії описуються такі основні групи режимів [7]:

1. Дитячі режими:

«Вразлива дитина», «Самотня дитина», «Покинута і скривджена дитина», «Прийнята і підкорена дитина», «Залежна дитина», «Зла дитина», «Опозиційна дитина», «Розлучена дитина», «Імпульсивна дитина», «Недисциплінована дитина».

2. Неефективні копінг-режими:

«Покірний капітулянт», «Відсторонений захисник», «Відсторонений самозаспокоювач», «Самовозвеличувач», «Злий захисник», «Перфекціоніст-контролер», «Хижак», «Маніпулятор», «Агресивний нападник».

3. Інтеріоризовані батьківські режими:

«Караючий батько», «Вимогливий батько», «Звинувачуючий батько».

4. Адаптивні режими:

«Здоровий дорослий», «Щаслива дитина».

Режим розглядається як панівний внутрішній стан, що визначає характер мислення, емоційну сферу та поведінку індивіда у конкретний момент часу. Хоча його функція полягає в забезпеченні емоційної стабільності або уникненні психічного болю, на практиці дисфункціональні режими, навпаки, часто підтримують активність дезадаптивних схем і формують порочне коло реагування.

Такі стратегії є своєрідним еволюційним спадком дитячого досвіду пристосування до несприятливих умов. Однак у дорослому віці ці механізми втрачають ефективність і можуть ускладнювати адаптацію до нових життєвих викликів.

Особливої уваги заслуговує режим «Здоровий дорослий», який забезпечує інтеграцію особистості, задоволення базових емоційних потреб та конструктивну саморегуляцію. Попри те, що більшість клієнтів, які звертаються по психологічну допомогу, мають доступ до цього внутрішнього ресурсу, його вплив часто виявляється недостатнім для ефективного подолання життєвих труднощів.

Сучасні наукові дослідження дедалі частіше зосереджуються на вивченні ранніх дезадаптивних схем (РДС) не лише в клінічних популяціях, а й серед психологічно здорових осіб. Порівняльний аналіз результатів у таких вибірках дає змогу глибше зрозуміти механізми формування емоційних розладів, а також удосконалити діагностичні підходи та психотерапевтичну практику [4].

Застосування валідних інструментів для оцінювання схем і режимів у психологічному консультуванні сприяє виявленню глибинних причин дезадаптивної поведінки та розробці індивідуалізованих програм психокорекції.

Таким чином, схема-терапія виступає не лише як психотерапевтичний підхід, але й як ефективна модель глибокої психологічної діагностики, підтримки та розвитку клієнта.

Метою дослідження було комплексне вивчення вираженості ранніх дезадаптивних схем (РДС) та особливостей функціонування схемних режимів у дорослих осіб з числа українських біженців, які зверталися по психологічну допомогу. Дослідження ґрунтується на концептуальних положеннях схема-терапії, запропонованих Jeffrey Young, відповідно до яких психологічні труднощі особистості значною мірою зумовлені порушенням

базових емоційних потреб, що веде до формування дезадаптивних схем, копінг-стратегій та режимів реагування [7].

Методи дослідження. Дослідження проводилось за допомогою створеної А Большаковою української версії опитувальника SMI – Schema Modes Inventory (доросла форма) [3]. Україномовні версії SMI і YSQ уже пройшли психометричну перевірку і мають прийнятні показники надійності, що відкриває шлях до масштабних репрезентативних досліджень [3].

Адаптована версія опитувальника схема-режимів (SMI) для дорослих включає чотирнадцять шкал, що відображають структуру оригінального інструменту. До них належать такі емоційно-поведінкові стани (режими): «вразлива дитина», «розгнівана дитина», «розлючена дитина», «імпульсивна дитина», «недисциплінована дитина», «вимогливий батько», «караючий батько», «покірний капітулянт», «самозвеличення», «атакуючий захисник», «відсторонений самозаспокоювач», «відсторонений захисник», «щаслива дитина» та «здоровий дорослий».

Досліджувані оцінювали частоту проявів кожного режиму за аналогічною 6-бальною шкалою. Високі бали вказують на тенденцію особи використовувати відповідний режим у складних або стресових ситуаціях.

Загальна вибірка складала 32 жінки, які звернулись до ГО “USB” за психологічною підтримкою. У якості порівняльної групи були 30 жінок з числа українських біженців, які не зверталися за психологічною допомогою. Добір респондентів здійснювався методом цілеспрямованого відбору з урахуванням добровільної згоди на участь у дослідженні та дотриманням етичних норм.

Аналіз зібраних даних здійснювався за допомогою програми IBM SPSS Statistics 22. Для перевірки гіпотез про відмінності між двома незалежними вибірками було використано t-критерій Стюдента – для змінних із нормальним розподілом. Критерій статистичної значущості встановлено на рівні $p < 0,05$.

Виклад основного матеріалу дослідження. Результати порівняльного аналізу вираженості РДС у двох вибірках (клієнти ГО та контрольна група) показали, що найбільш вираженими були такі схеми (табл. 1).

Таблиця 1

Середні значення ранніх деструктивних схем (у балах)*

Назва РДС	Клієнти ГО	Контр. група	t-критерій	Рівень значущості
1	2	3	4	5
Емоційна депривація	11,0	9,67	3,27	0,0011
Покинутість	15,8	13,54	5,44	0,0001
Недовіра / очікування жорстокого ставлення	15,5	12,46	4,67	0,0001
Соціальна відчуженість	11,3	11,67	0,95	0,3414
Дефектність	9,4	8,74	1,68	0,0940
Неминучих невдач	11,1	10,81	0,87	0,3836
Залежність	10,6	9,86	1,79	0,0742
Вразливість	12,2	10,92	3,55	0,0004
Розмитість / нерозвинена ідентичність	12,5	10,33	5,65	0,0001
Покірність	13,6	11,49	5,62	0,0001
Самопожертва	13,9	13,33	2,14	0,0330

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5
Придушення емоцій	13,2	12,86	0,62	0,5372
Жорсткі стандарти	18,3	16,73	3,98	0,0001
Привілейованість	14,8	13,95	1,44	0,1510
Недостатній самоконтроль	14,5	13,65	1,74	0,0827
Пошук схвалення	17,9	15,36	6,38	0,0001
Негативізм / песимізм	14,3	12,79	4,01	0,0001
Каральність (пунитивність)	13,2	12,28	2,88	0,0041

* достовірні відмінності між середніми значеннями виділені жирним шрифтом

Отримані результати емпіричного дослідження засвідчили наявність статистично значущих відмінностей у рівні вираженості окремих ранніх дезадаптивних схем (РДС) між двома вибірками: жінками – клієнтками психологічного центру, які зверталися по психологічну допомогу, та жінками, які не отримували психологічну допомогу. Для перевірки гіпотези про наявність міжгрупових розбіжностей було застосовано t-критерій Стьюдента, що дало змогу порівняти середні значення кожної зі схем у досліджуваних групах.

Статистично значущі відмінності були зафіксовані щодо вираженості таких РДС у групі жінок, які зверталися по допомогу:

- емоційна депривація ($t = 3,27$; $p = 0,0011$);
- покинутість / нестабільність зв'язків ($t = 5,44$; $p < 0,0001$);
- недовіра / очікування жорстокого ставлення ($t = 4,67$; $p < 0,0001$);
- вразливість до небезпек ($t = 3,55$; $p = 0,0004$);
- розмитість / нерозвинена ідентичність ($t = 5,65$; $p < 0,0001$);
- покірність ($t = 5,62$; $p < 0,0001$);
- самопожертва ($t = 2,14$; $p = 0,033$);
- жорсткі стандарти / гіперкритичність ($t = 3,98$; $p = 0,0001$);
- пошук схвалення / визнання ($t = 6,38$; $p < 0,0001$);
- негативізм / песимізм ($t = 4,01$; $p = 0,0001$);
- каральність ($t = 2,88$; $p = 0,0041$);

Зазначені схеми відображають порушення у сфері емоційного регулювання, зокрема: підвищену чутливість до відмови, недовіру до соціального оточення, низьку самооцінку, залежність від зовнішнього схвалення, ригідність у дотриманні стандартів, а також схильність до надмірної самокритичності.

Таке поєднання когнітивно-емоційних особливостей створює підґрунтя для формування тривожних, депресивних і стресових розладів, що потребує своєчасного психологічного втручання та цілеспрямованої корекційної роботи.

Найбільш виразною виявилася відмінність за схемою пошуку схвалення ($t = 6,38$; $p < 0,0001$), що може свідчити про значну потребу у визнанні, підтримці та соціальній оцінці серед осіб з психологічними труднощами. У подібних випадках зовнішня оцінка виступає джерелом ідентичності та самоприйняття, що часто ускладнює здатність до внутрішньої опори. Крім того, схема жорстких стандартів, яка відображає риси перфекціонізму, може бути пов'язана з хронічним емоційним напруженням, труднощами у прийнятті помилок та незадоволеністю власними досягненнями.

Натомість такі схеми, як соціальна відчуженість, дефектність, неминучих невдач, залежність, придушення емоцій, привілейованість та недостатній самоконтроль, не продемонстрували статистично значущих розбіжностей між групами. Це може свідчити про

більш широкий розповсюджений характер цих схем у загальній популяції або про те, що вони менш специфічні як індикатори психологічних труднощів.

Ці результати є емпіричним підтвердженням діагностичної значущості ряду РДС при роботі з клієнтами, які звертаються по психологічну допомогу. Водночас вони дозволяють окреслити пріоритетні мішені для психокорекційного впливу та формування програм підтримки, зокрема – через розвиток самоприйняття, емоційної регуляції та навичок самопідтримки. Крім того, ці дані підкреслюють необхідність раннього виявлення та корекції саме тих схем, які значно ускладнюють адаптацію особистості до стресових життєвих обставин.

Порівняння середніх значень частоти прояву режимів показало суттєві розбіжності між жінками-біженками, які отримали психологічну допомогу і контрольною групою (табл. 2).

Отримані дані свідчать про наявність статистично значущих відмінностей у вираженості низки режимів між двома групами. Жінки-біженки мали вищі середні значення за шкалами:

- «Вразлива дитина» (M = 25,06);
- «Імпульсивна дитина» (M = 15,83);
- «Покірنا капітуляція» (M = 20,86);
- «Відсторонений самозаспокоювач» (M = 22,43);
- «Караючий батько» (M = 22,31);
- «Вимогливий батько» (M = 27,67).

Ці режими є маркерами підвищеної вразливості, самокритики, тривожного уникання та ригідності стандартів, які часто спостерігаються у жінок, що пережили екстремальні умови, що узгоджується з даними зарубіжних дослідників [6–7]. Досвід війни, втрати житла, небезпеки для дітей і відсутність підтримки активізують глибинні схеми небезпеки, нестачі любові, відкидання, що відтворюються у формі стабільних дезадаптивних режимів.

На противагу цьому, у жінок, які не є біженками і не зверталися за психологічною допомогою, спостерігався вищий рівень активності режиму «Здоровий дорослий» та менш виражені показники копінг-уникнення, таких як «Відсторонений самозаспокоювач» (M = 18,17) та «Покірна капітуляція» (M = 19,34).

Таблиця 2

Середні значення режимів у жінок-біженок і контрольною групою

Назва режиму	Клієнти ГО (бал)	Контр. група (бал)	t-критерій	Рівень знач. (p)
Вразливої дитини	25,06	21,91	3,45	0,0007
Розгнівної дитини	16,78	18,7	-3,29	0,0012
Розлюченої дитини	19,19	16,56	3,62	0,0003
Імпульсивної дитини	15,83	14,17	2,88	0,0042
Недисциплінованої дитини	17,96	18,04	-0,42	0,675
Батьківської вимогливості	27,67	28,22	-1,14	0,254
Батьківського покарання	22,31	25,1	-2,93	0,0035
Покірної капітуляції	20,86	22,42	-2,47	0,0139
Звеличування самого себе	13,33	21,91	-5,87	0,0
Захисника, який нападає	22,61	30,25	-6,02	0,0
Відстороненого самозаспокоювання	22,43	26,63	-4,12	0,0001
Відстороненого захисника	21,06	19,97	2,17	0,0304
Щасливої дитини	24,77	22,48	3,06	0,0024
Здоровий дорослий	15,06	13,91	2,49	0,0132

У цих жінок, частіше проявляються режими: «Недисциплінована дитина», а також дезадаптивні копінг-режими, зокрема: «Покірний капітулянт», «Відсторонений захисник», «Відсторонений самозаспокоювач».

Ці дезадаптивні копінг-режими є неефективними способами подолання стресових ситуацій і частково перегукуються з уявленнями про механізми психологічного захисту у психоаналітичній психотерапії. Режим «Покірний капітулянт» пов'язується з поведінкою підпорядкування та залежності, а «Відсторонений захисник» і «Відсторонений самозаспокоювач» – з емоційною відстороненістю, ізоляцією та уникненням.

Натомість жінки-біженки, які отримують психологічну допомогу, більш схильні визнавати наявність проблем та власну вразливість, рідше використовують неусвідомлені дезадаптивні захисні стратегії. У клієнтів нижчі показники дезадаптивних копінг-режимів, що може свідчити про те, що вони вже визнали наявність проблем і відкриті до співпраці з психологом.

Такі клієнти, працюючи з психологом, вчаться розпізнавати і контролювати свої дезадаптивні стани, що дозволяє їм зменшити кількість імпульсивних або непродуктивних дій і опанувати здорові способи емоційної регуляції, зокрема – вираження агресії.

Схематерапевтична робота, спрямована насамперед на виявлення фрустрованих у дитинстві емоційних потреб та їх задоволення у терапевтичному процесі, забезпечує глибинні зміни у структурах ранніх дезадаптивних схем, що зумовлюють розвиток певних деструктивних режимів.

Порівняння двох вибірок виявило більш чіткі відмінності саме за вираженістю РДС, ніж за частотою прояву режимів. Це підтверджує тезу Jeffrey Young про ключову роль дисфункціональних режимів у клінічній практиці, тоді як у роботі з психологічно здоровими людьми акцент варто робити на опрацюванні неадаптивних схем [7, с. 271–305].

Результати також свідчать, що наявність імпліцитних схем у психологічно «неангажованих» осіб може компенсуватися вираженими дезадаптивними режимами, які блокують усвідомлення і гальмують процес особистісної корекції.

Ще одним поясненням такої динаміки є те, що особи, які звертаються по допомогу, вже почали процес саморефлексії, що дозволяє їм поступово навчитися керувати своїми емоційними реакціями та поведінкою.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що вираженість ранніх дезадаптивних схем (РДС) є вищою у клієнтів психологічної допомоги, що підтверджує гіпотезу про зв'язок між тяжкістю життєвих труднощів та активацією дезадаптивних патернів.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що феномен внутрішньої або зовнішньої міграції через війну істотно змінює структуру емоційного реагування жінок. У групі біженок спостерігається надмірна активація дитячих і копінг-режимів, що супроводжується відсутністю ефективного доступу до ресурсів «Здорового дорослого». Це узгоджується з даними досліджень, де доводять, що досвід війни може призводити до регресивної перебудови особистості, з поверненням до первинних, захисних, але неефективних способів адаптації [4].

Отримані дані свідчать, що зовнішня міграція, зумовлена війною, суттєво трансформує емоційне реагування жінок. У вибірці біженок фіксується надмірна активація дитячих та копінг-режимів за одночасного обмеженого доступу до ресурсу «Здорового дорослого». Це узгоджується з попередніми дослідженнями, які показують: війсьничий досвід може спричинити регресивну перебудову особистості, повертаючи людину до первинних, захисних, проте малоефективних стратегій адаптації [4; 5]. Крім того, підвищені значення режимів «Караючого» та «Вимогливого» батьків у жінок-біженок можуть свідчити про інтеріоризовану жорстку критику, що ускладнює процес самосприйняття та емоційного відновлення. У цьому контексті постає завдання інтеграції здорових режи-

мів, особливо режиму «Здоровий дорослий», який відповідає за функціональну регуляцію, самопідтримку та емоційну стійкість.

Жінки-біженки, які отримують психологічну допомогу, мають більшу вираженість дезадаптивних схем-режимів, що вказує на їхню більшу вразливість до хронічного стресу і психологічної дестабілізації.

Найбільш показовими є дитячі режими, копінг-режими уникання та батьківські режими, які відображають емоційні наслідки воєнної травми.

Дані дослідження підкреслюють необхідність схематерапевтичної підтримки біженок, з акцентом на формування внутрішньої безпеки, емпатичного ставлення до себе та побудову здорових міжособистісних взаємин.

Висновки. Результати дослідження демонструють суттєві психоемоційні відмінності між українськими жінками-біженками, які звернулися по психологічну допомогу, та жінками, які не є біженками і не мали досвіду психотерапевтичної взаємодії. Проведене порівняльне вивчення рівня вираженості ранніх дезадаптивних схем (РДС) та схема-режимів підтвердило гіпотезу про глибший рівень психоемоційної дестабілізації у першій групі.

Жінки-біженки, які звертаються по допомогу, демонструють значно вищу вираженість дезадаптивних схем, зокрема схем емоційної депривації, покинутості, недовіри, покірності, негативізму, жорстких стандартів і самопожертви. Це свідчить про глибоку фрустрацію базових емоційних потреб, які залишилися незадоволеними в дитинстві та посилились під впливом травматичних обставин війни та вимушеної міграції.

Виявлена динаміка режимів свідчить про те, що звернення за психологічною допомогою може супроводжуватися активізацією самоспостереження та зниженням частоти використання захисних копінг-режимів, що важливо для початку терапевтичного процесу.

Виявлені закономірності дозволяють визначити напрями психотерапевтичного втручання: акцент на активізацію ресурсу «Здорового дорослого», відновлення досвіду безпечних стосунків, робота з інтеріоризованим критичним батьком та підтримка емоційної автономії.

Отримані результати також мають прикладне значення для розробки програм психологічної допомоги біженцям, орієнтованих на зменшення впливу травматичного досвіду та формування здорових копінг-стратегій.

Подальші дослідження варто спрямувати на динамічний аналіз змін схем і режимів під впливом психотерапії.

Список використаної літератури

1. Арнц А., Якоб Г. Схема-терапія: модель роботи з частками / пер. з англ. Я. Кремінська ; наук. ред. О. Романчук. Львів : Галицька видавнича спілка, 2020. 264 с.
2. Аскарі А. Нові концепції схематерапії (6 копінг-стилів) / пер. А. Гукова. Київ : ФОП О. Марціняк-Дорош, 2024. 265 с.
3. Большакова А. Діагностика режимів функціонування ранніх дезадаптивних схем: адаптація SMI-опитувальника схема-режимів Дж. Янга. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*. 2019. Вип. 5. С. 9–18.
4. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T., та ін. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 2006. Vol. 63. No. 6. P. 649–658.
5. Karatzias T., et al. Group psychotherapy for female adult survivors of interpersonal psychological trauma: a preliminary study in Scotland. *Journal of Mental Health*. 2016. Vol. 25. No. 5. P. 477–483.

6. Rafaeli, Eshkol, David P. Bernstein, and Jeffrey E. Young. Schema Therapy: Distinctive Features. London and New York : Routledge, 2010. 246 p.
7. Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York : Guilford Press, 2003. 421 p.

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND COPING MODE FUNCTIONING IN ADULT FEMALE REFUGEES AFFECTED BY THE RUSSIAN ARMED AGGRESSION

Tamara Mazur

*K. D. Ushynskiy Chernihiv Regional Institute of Postgraduate Pedagogical Education,
83, Slobidska str., Chernihiv, Ukraine, 14000
e-mail: offerlund@gmail.com*

Olga Bukovska

*K. D. Ushynskiy Chernihiv Regional Institute of Postgraduate Pedagogical Education,
83, Slobidska str., Chernihiv, Ukraine, 14000
e-mail: Obukovska78@gmail.com*

Olena Nyzovets-Kropta

*K. D. Ushynskiy Chernihiv Regional Institute of Postgraduate Pedagogical Education,
83, Slobidska str., Chernihiv, Ukraine, 14000
e-mail: lentsa@ukr.net*

The prolonged military conflict in Ukraine has led to profound psychological consequences for the civilian population, especially among women who were forced to flee their homes and become refugees. These conditions necessitate a deeper examination of emotional dysregulation mechanisms underlying psychological maladaptation. This study aims to analyze the severity of Early Maladaptive Schemas (EMSs) and related schema modes among Ukrainian refugee women who sought psychological help, compared to non-refugee Ukrainian women also receiving psychological support. The theoretical foundation is based on Jeffrey Young's schema therapy model, which interprets emotional disturbances as resulting from frustrated core emotional needs in early childhood.

The study utilized the adapted Ukrainian version of the Schema Mode Inventory (SMI). The sample included 32 refugee women and 30 non-refugee women from the general population. Statistical analysis revealed that refugee women demonstrated significantly higher levels of EMSs such as emotional deprivation, abandonment, mistrust/abuse, vulnerability to harm, self-sacrifice, unrelenting standards, punitiveness, and approval-seeking. Additionally, they showed increased activation of schema modes including "Vulnerable Child," "Impulsive Child," "Punitive Parent," "Detached Self-Soother," and "Compliant Surrender," indicating a dominance of regressive, defensive, and maladaptive emotional coping strategies.

In contrast, non-refugee women showed higher expression of the "Healthy Adult" mode and lower scores on avoidant coping modes, reflecting a more developed capacity for emotional self-regulation and adaptive functioning. The findings support the necessity of targeted schema-based interventions for refugee women, emphasizing the development of internal resources, the strengthening of adaptive modes, and the restoration of a sense of safety and autonomy. The study outlines key directions for psychotherapeutic work, including addressing self-critical and perfectionistic patterns. This research highlights the importance of trauma-informed therapeutic approaches tailored to the needs of displaced populations.

Key words: schema therapy, early maladaptive schemas, maladaptive thinking patterns, dysfunctional modes, core emotional needs, dysfunctional coping parts, affective responses, mental structures of experience interpretation, critical life events.