

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет “Острозька академія”  
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту  
Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА  
на здобуття освітнього ступеня магістра  
на тему:  
**“СІМЕЙНІ ВІДНОСИНИ І ВДЯЧНІСТЬ ЯК АДАПТИВНИЙ  
РЕГУЛЮЮЧИЙ МЕХАНІЗМ В ОСІБ ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР”**

Виконала студентка групи МПс-21  
напряму підготовки 053 Психологія  
Чубарева Яна Сергіївна

Керівник: доктор психологічних наук, доцент  
Матласевич О.В

Рецензент: доктор психологічних наук, професор  
Балашов Е. М.

Допущено до захисту

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_ О.МАТЛАСЕВИЧ

Острог - 2023

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ УМОВ ТА ЧИННИКІВ ЗАПОБІГАННЯ ПТСР.....	8
1.1. Поняття травми та посттравматичного розладу у психологічній теорії .....	8
1.2. Механізми адаптивної регуляції при ПТСР .....	19
1.3 Превентивний потенціал сім'ї у виникненні і розвитку ПТСР .....	25
1.4. Вдячність як адаптивний регулюючий механізм.....	33
Висновки до розділу 1 .....	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН І ВДЯЧНОСТІ ЯК АДАПТИВНИХ МЕХАНІЗМІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР .....	38
2.1 Психологічні особливості емоційних переживань військових та членів їхніх сімей.....	38
2.2. Програма емпіричного дослідження: обґрунтування вибірки та методів дослідження .....	42
Методологія: .....	54
2.3 Аналіз результатів дослідження .....	55
Висновки до розділу 2 .....	65
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	71
ДОДАТКИ.....	77

## ВСТУП

**Постановка проблеми.** На даний момент, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) не є чимось незвичайним або невідомим для людства. Але, на жаль, у зв'язку з обставинами, що виникли в нашій країні, ця проблема стала надзвичайно актуальною. З урахуванням кількості осіб, які постраждали в результаті військових дій, включаючи тих, хто опинився під обстрілами та тих, хто втратив свої домівки, ситуація є надзвичайно складною. Додатково, серед жертв насильства з боку російських окупантів, людей, які стали свідками смертей інших осіб, та осіб, які перебувають у вразливому становищі, зокрема військових, ПТСР може призвести до розладів емоційної сфери особистості та інших психологічних захворювань. Однак важливо відзначити, що сім'я відіграє ключову роль в житті людей і може бути вирішальним фактором у полегшенні переживання та адаптації при ПТСР.

Феномен, що досліджується, привертав увагу науковців як з іноземних, так і українських наукових коліб, серед яких важливі внески внесли Р. Волошин, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус. Їхні дослідження спрямовані на розкриття механізмів розвитку травматичного стресу, виявлення його симптомів, фаз і причин. Також слід зазначити наукові досягнення В. А. Доморацького, Н. Е. Крилова, А. Л. Пушкарьова, які зосереджувались на особливостях корекції посттравматичного стресового розладу у ветеранів, або І. Малкіної-Пих, яка вивчала психологічну допомогу в кризових ситуаціях. У роботах І. Котєнєва, В. Лисенка, О. Морозова, В. Омеляновича, Н. Тарабріної, О. Тімченка, С. І. Яковенка основано важливі технології для діагностики та подолання стресових розладів у психологічній практиці. Г. Сельє і Ф. Шапіро внесли вагомий вклад, встановлюючи теоретичні основи для розуміння поняття ПТСР та загального адаптаційного синдрому. Навіть при наявності інтересу психологів-науковців до цієї теми, сучасна українська психологічна служба, зокрема в контексті ситуації в країні, вимагає деяких конкретизацій і узагальнень. Надто актуальним стає дослідження

діагностики, корекції та психологічної допомоги ветеранам, що повертаються із зони бойових дій, і характеризуються вираженими симптомами ПТСР. Вивчення особливостей переживання психологічної травми серед учасників бойових дій в Україні є свіжою темою для національних психологів, яка вимагає ретельного аргументованого аналізу. Це стало вмотивованою основою для нашого дослідження.

**Мета** – на основні теоретико-емпіричного аналізу визначити роль сімейних відносин та вдячності у виникненні та запобіганні ПТСР.

**Для досягнення мети поставлено наступні завдання:**

1) здійснити теоретичний аналіз стану дослідження проблеми посттравматичних розладів у психологічній науковій літературі;

2) з'ясувати психологічні предиктори виникнення посттравматичних розладів та теоретично обґрунтувати роль сімейних відносин та вдячності як адаптивних регулюючих механізмів ПТСР;

3) провести емпіричне дослідження сімейних стосунків та вдячності як адаптивних регулюючих механізмів у військовослужбовців та членів їхніх родин із симптомами ПТСР;

4) розробити практичні рекомендації військовослужбовцям та членам їхніх родин з метою запобігання виникнення та розвитку ПТСР.

**Об'єктом** дослідження є психологічні механізми адаптивної регуляції посттравматичного стресового розладу.

**Предметом** дослідження є сімейні відносини і вдячність як адаптивний регулюючий механізм в осіб із симптомами ПТСР.

Для досягнення мети та реалізації завдань дослідження було використано такі **методи**:

- *теоретичні*: аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, дедукція, індукція;

- *емпіричні*: опитувальники, тести, анкетування;

- *методи математично-статистичної обробки емпіричних даних:* програма SPSS для Windows, версія 24;

Під час написання магістерської роботи застосовано такі *теоретичні методи*: аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, дедукція, індукція. Використовуючи ці методи, проаналізовано наслідки ПТСР та адаптивні способи регуляції, систематизовано матеріал. *Емпіричні методи*: опитувальники, тести, анкетування. З ціллю діагностики ПТСР застосовано методикау "Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВСТ)" (D.S. Weiss, C.R. Marmar, T. Metzler, 1995) та "Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій" (Т.М. Кеапе та ін., 1987, 1988), для визначення рівня задоволеності шлюбом, використовували тест незакінчених речень (варіант Л.Сакса та В.Леві) і (авторський варіант Р. П. Федоренко), для вимірювання вдячності була використана «Шкала вдячності» (Gratitude Resentment and Appreciation Scale) П. Воткінса, К. Вудворда, Т. Стоуна і Р. Кольтса; *методи математично-статистичної обробки емпіричних даних*: описові статистики, зокрема дисперсійний аналіз ANOVA та апостеріорний критерій LSD.

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою програми SPSS для Windows, версія 24.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у тому, що: вперше був проведений докладний аналіз сімейних відносин і вдячності як адаптивного регулюючого механізму в осіб із ПТСР. На теоретичному рівні узагальнено результати розвідок науковців на тему сімейних відносин та вдячності у регуляції в осіб із ПТСР. На емпіричному рівні було обґрунтовано методики оцінювання ПТСР, сімейних відносин і вдячності; вивчено вплив сімейних відносин і вдячності на різні аспекти синдрому; емпірично визначено, що рівень вдячності та рівень задоволеності сімейними відносинами є регулюючим фактором в осіб із ПТСР: розроблено практичні рекомендації для розвитку сімейних відносин і вдячності для осіб із ПТСР.

**Практичне значення дослідження.** Теоретичні результати й висновки дослідження можуть бути використані для розширення та оновлення змісту таких навчальних дисциплін, як «Психологія сім'ї», «Психологія стресу і травми», «Клінічна психологія»; можуть бути покладені в основу професійної підготовки психологів, у плануванні і проведенні спеціальних курсів, результати можуть бути успішно використані практичними психологами у роботі з військовими та їх сім'ями для покращення їхніх партнерських відносин та надання допомоги. Теоретично й емпірично обґрунтовані положення дослідження можуть стати підґрунтям для розв'язання наукових і практичних завдань психологічної науки.

**Апробація результатів дослідження.** Результати наукових пошуків оприлюднено на таких науково-практичних конференціях: IX Міжнародна науково-практична конференція "MODERN PROBLEMS OF SCIENCE, EDUCATION AND SOCIETY". (6-8.11.2023 р, м.Київ), міжнародна мультидисциплінарна наукова інтернет-конференція "Світ наукових досліджень" (21-22.11.2023 р, інтернет-конференція).

**Публікації.** Основні результати дослідження представлено у таких публікаціях автора:

Чубарева Я.С. Сімейні відносини і вдячність як адаптивний регулюючий механізм в осіб із афективними симптомами ПТСР. Modern problems of science, education and society: збірник матеріалів IX міжнародної науково-практичної конференції / за заг. ред М.Л.Комарицький (6-8.11.2023 р, м.Київ) Київ, 2023. С. 928-930

2. Чубарева Я.С. Сімейні відносини і вдячність як адаптивний регулюючий механізм в осіб із афективними симптомами ПТСР. Світ наукових досліджень: збірник матеріалів XXIV міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції / за заг. ред оргкомітет МНІК (21-22.11.2023 р, інтернет-конференція).

**Структура та обсяг роботи:** магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 2 таблиці, які займають 1/3 сторінки, 9 рисунків на 58, 59, 60, 61, 62, 63 сторінках. Загальний обсяг магістерської роботи – 92 сторінки друкованого тексту, з них 70 – основний текст

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ УМОВ ТА ЧИННИКІВ ЗАПОБИГАННЯ ПТСР

### 1.1. Поняття травми та посттравматичного розладу у психологічній теорії

Після драматичних та жахливих подій, таких як повномасштабна війна в Україні, куди більшість чоловіків були мобілізовані без належної фізичної та психологічної підготовки, очевидно, що багато бійців, мають проблеми зі сном і не можуть позбутися спогадів про травматичний досвід. Цей стан може тривати по-різному у різних осіб, від кількох днів до кількох тижнів[14]. Людина може впоратися з травматичним досвідом самостійно або з допомогою рідних, друзів або сім'ї. Але якщо людина не може впоратися зі своїми почуттями і ніхто з близького оточення не може їй допомогти, то пережитий травматичний досвід може вплинути на все подальшу її життя і спричинити як особистісні викривлення, так і розлад особистості[11]. Бійці, які знаходяться на війні, переживають травматичний стрес, який може бути викликаний різними факторами, включаючи:

- 1) Відчуття загрози для життя, включаючи страх перед смертю, пораненням, болем і інвалідизацією;
- 2) Унікальний стрес, який супроводжує учасника бою, включаючи психоемоційний стрес, пов'язаний зі смертю побратимів або необхідністю вбивати;
- 3) Вплив специфічних факторів бойової обстановки, таких як обмежений час, висока швидкість подій, несподіваність, невизначеність та новизна;
- 4) Проблеми з задоволенням базових потреб, таких як нормальний сон, доступ до води та їжі і т. д.;



5) Незвичайні кліматичні та географічні умови, з якими зіштовхуються учасники війни (гіпоксія, спека, висока інсоляція, вітер, мороз і інше).

Для українських військовослужбовців існують додаткові фактори психічної травматизації, такі як[16]:

- реальна загроза для життя під час переміщення на позиції без відповідного захисту;
- загроза вибуху на вибухових пристроях;
- загроза снайперського вогню;
- постійне очікування загострення ситуації;
- необхідність стикатися з тілами загиблих;
- спілкування з важкопораненими побратимами.

У осіб, які перебували в полоні, можуть виникати інші фактори психологічної травматизації, такі як:

- відчуття невизначеності через відсутність достовірної інформації;
- небезпека непередбачуваних дій терористів, важких умов життя, відсутність їжі, води та засобів задоволення природних потреб;
- чутки про велику кількість загиблих в полоні;
- загрози, пов'язані з можливістю жорстокостей та смерті.

Для родичів військовослужбовців патогенними виступають наступні фактори – побоювання за життя близьких, які безпосередньо беруть участь у бойових діях та інформація про поранених та загиблих бійців, що несли службу разом з їх родичами[21].

Ці психологічні фактори впливають на клінічні симптоми психічних розладів та їх перебіг. Стрес, отриманий несподівано під час таких ситуацій, стає настільки потужним, що звичайним психічним резервом людини не вистачає для подолання цих переживань. І у разі, коли цей стрес триває понад 4 тижні, розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)[1].

Для родичів військовослужбовців існують певні фактори, які викликають патогенні ефекти. Це страх за життя своїх близьких, які безпосередньо беруть

участь у бойових діях та інформація про поранених та загиблих бійців, які служили разом з їхніми родичами. Ці психологічні фактори впливають на клінічні симптоми психічних розладів та їх перебіг. Стрес, отриманий несподівано під час таких ситуацій, стає настільки потужним, що звичайним психічним резервом людини не вистачає для подолання цих переживань. І у разі, коли цей стрес триває понад 4 тижні, розвивається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). В літературі описується реакція на психотравмуючу ситуацію в залежності від тривалості переживання[17]:

Травматичний стрес - переживання події під час критичного моменту і негайно після нього - до 2 діб.

Гострий стресовий розлад - переживання події під час критичного моменту і протягом 1 місяця після цього - від 2 діб до 4 тижнів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - переживання події під час критичного моменту і понад місяць після цього - більше 4 тижнів. Історія опису ПТСР, особливо в контексті військових подій, вказує на те, що хоча симптоми ПТСР і його прояви в медицині та психіатрії були відомі вже давно, сам термін "посттравматичний стресовий розлад" став поняттям вкрай пізно. Він вперше набув самостійних ознак і визначення завдяки американському психоаналітику А. Кардінеру, який включив цей розлад до класифікації. Попередньо він називався "солдатське серце", "снарядний шок" та іншими назвами в залежності від епохи та подій, з якими він був пов'язаний[18]. Але як окрему форму, посттравматичний стресовий розлад ставали виділяти значно пізніше. Його розвиток став більш актуальним через наслідки війн в Кореї та В'єтнамі. Зокрема, у 1960-1970 роках вперше сформулювали термін "посттравматичний стресовий розлад", і ця концепція була включена до DSM III у 1980 році, класифікуючи його як один із тривожних розладів [19]. Аж у 1995 році були введені діагностичні критерії для ПТСР в Міжнародну класифікацію хвороб МКХ-10 [14].

Вивчення і аналіз доступних теоретичних джерел показують, що немає загальної узгодженої визначення поняття "посттравматичний стресовий розлад" ні в зарубіжній, ні в вітчизняній психології та психіатрії. Наприклад, Оксфордський тлумачний словник визначає його як "розлад, який виникає внаслідок психологічного стресу чи травматичної події" [15]. Д. Палмер та Л. Палмер стверджують, що ПТСР - це психоемоційний стан, що виникає внаслідок важкого стресу, коли індивід відчув або був свідком психотравмуючих подій [16]. В. Жмуров вносить новий концептуальний підхід до цього терміну, вважаючи, що посттравматичний стресовий розлад - це сукупність симптомів, які виникають внаслідок перебування в обстановці війни лише у безпосередніх її учасників, і він має використовуватися виключно для цієї групи людей [7].

За Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) відноситься до розділу "F40-F48 Тривожно-фобічні розлади"[21]. Це важкий психічний стан, що виникає в результаті одиночної або повторюваної психотравмуючої події, такої як військові дії, природні катастрофи, нещасні випадки, спостереження насильницької смерті, роль жертви, знуцання, тероризм, сексуальне насилля або інші злочини. Також враховується "відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію, яка має суб'єктивний страх або загрозу катастрофи і викликає загальний дистрес, майже у кожної людини" [13]. Таке визначення ПТСР за МКХ-10 є досить точним і конкретизує типові ситуації, які зазвичай призводять до розвитку цього розладу. В Діагностичного та статистичного посібника психічних розладів (DSM-IV-TR) підкреслюється, що ПТСР є особистісною реакцією на стресор і включає в себе інтенсивний страх, безпорадність або жах [23]. ПТСР розвивається повністю після певного часу після травматичної події. Затримка у часі розвитку ПТСР може бути різною - короткочасною, наприклад, один тиждень, або довготривалою, до 30 років, згідно з деякими авторами, як Х. Каплан і Б. Седок [25].

Отож аналіз психологічних джерел вказує на те, що у розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) ключову роль відіграють ті стресові події, які є найбільш важливими для індивіда і мають екстремальний характер. Це означає, що такі події виходять за межі звичайних людських досвідів і викликають почуття безпорадності і страху за власне життя. Також важливо враховувати, що симптоми ПТСР можуть спостерігатися як при настанні різкої і яскравої події, так і в результаті уповільнених подій, які розтягуються в часі і не мають вираженої зовнішньої драматичності. Додатково варто зауважити, що симптоми ПТСР можуть зникати на деякий час, але під впливом навіть невеликого стресора знову проявлятися[8]. Це свідчить про хвилеподібний характер розвитку цього розладу.

В сучасному світі робота психолога дуже часто недооцінюється, особливо в контексті посттравматичного стресового розладу. Це тому, що не завжди учасники бойових дій розуміють важливість розглядання психологічної травми. За словами Б. Колодзіна, психологічна травма - це подія або ситуація в житті людини, яка суттєво впливає на її психологічний стан та викликає глибокі емоційні реакції. Л. Шестопалова вважає, що виникнення психологічної травми пов'язане з незавершеною інстинктивною реакцією організму на травматичну подію. Вчені Т. В. Панько, І. О. Явдак та С. П. Колядко стверджують, що психологічна травматизація призводить до формування трьох типів захисних механізмів: "фізіологічного збудження" (які включають безсоння, дратівливість, спалахи гніву, перебільшену реакцію та агресивність), "уникнення" (яке полягає в уникненні думок і спогадів про пережите) та "вторгнення" (яке включає спогади про травмуючу подію, нав'язливі думки та сновидіння, що викликають емоційні реакції)[26]. Проте важливо зауважити, що наявність психологічної травми та захисних механізмів не завжди свідчить про наявність симптомів посттравматичного стресового розладу[10]. Часто ця симптоматика проявляється у таких випадках психосоматичних порушеннях різного типу:

- підвищеної тривожності, коли людина постійно перебуває в стані стурбованості та неспокою;

- загальної напруженості та неспроможності розслабитися.

Також спостерігаються конкретні фізичні прояви, включаючи:

- перебільшену реакцію на зовнішні подразники та надмірну чутливість до них;

- готовність до негайного самозахисту або навіть агресивної відповіді на будь-яку загрозу.

Серед вегетативних розладів можна відзначити:

- збільшену частоту дихання та пульсу, яка свідчить про постійну підвищену активність організму;

- зміни в кольорі шкірних покривів, зокрема почервоніння;

- підвищене потовиділення, особливо в ситуаціях, які асоціюються з травматичними подіями.

Б. Колодзін пропонує повний список симптомів ПТСР, що складається з 13 пунктів [9]:

- 1) невмотивована пильність;

- 2) «вибухова» реакція;

- 3) притупленість емоцій;

- 4) агресивність;

- 5) порушення пам'яті на концентрації уваги;

- 6) депресія;

- 7) загальна тривожність;

- 8) напади люті;

- 9) зловживання наркотичними та лікарськими речовинами;

- 10) небажані спогади;

- 11) галюцинаторні переживання;

- 12) безсоння;

- 13) думки про самогубство

Проаналізувавши та узагальнивши різні джерела інформації щодо діагностики та симптоматики ПТСР, ми виокремили та визначили найважливіші з них[28]:

- 1) повторні нав'язливі спогади про події, включаючи думки або відчуття;
- 2) спогади часто повторюються і викликають значне занепокоєння;
- 3) дії або відчуття, що створюють враження ніби подія сталась знову;
- 4) сильний психологічний стрес під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують про аспекти травмуючої події;
- 5) фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують про аспект психотравмуючої події (почервоніння, збліднення, тремтіння, підвищене серцебиття);
- 6) флешбеки;
- 7) постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою: загальне заціпеніння, втрата активності;
- 8) гіперактивність, яка включає в себе дратівливість або вибухи гніву, труднощі під час засинання та порушення тривалості сну, труднощі концентрації уваги, надпильність, посилену реакцію на сильні сигнали.

Розглянувши різні клінічні симптоми, пов'язані з розладами адаптації (далі - РА), можна виокремити два основних клінічних варіанти цих розладів: афективний і поведінковий. Афективний варіант РА включає в себе три підтипи: депресивний, тривожний і змішаний[13].

Депресивний підтип характеризується зниженим настроєм, який знаходиться на рівні від субдепресивного до легкого депресивного. Він супроводжується елементами депресивного самовідчуття, а також оцінкою себе, навколишнього світу і майбутнього у негативному ключі. Люди, що страждають від цього підтипу РА, можуть періодично відчувати себе пригніченими, сумними. Їхні емоції стають менш стійкими, і вони фокусуються на негативних подіях у своєму житті[18]. Часто вони відчувають безвихідність відносно своєї ситуації, почуття самотності та безпомічності. Ці особи можуть сумніватися в

своєму професіоналізмі та своїх потребах, і втрачають мотивацію до праці. Вони можуть мати труднощі у зосередженні уваги та у прийнятті рішень. Їхні інтереси та хобі стають менш різноманітними, а міжособистісні відносини можуть перетворитися на пасивні та байдужі. Також можуть виникати проблеми з концентрацією уваги, прийняттям рішень та визначенням власної відповідальності. У цій клінічній картині спостерігається відсутність ініціативи, апатія та пасивність, а також слабкість і подразливість[29].

Тривожний підтип РА(розлад адаптації) характеризується розладом адаптації, де основними симптомами є надмірні емоції, такі як психічний і фізичний дискомфорт, немотивована напруженість, наслідки посттравматичного стресового розладу такі як нав'язливі уявлення, страхи, і тривожної спрямованості на майбутнє[22]. Люди, що страждають від цього підтипу РА, можуть відчувати загальну тривожність та нервозність, не можуть розслабитися, і відчують внутрішнє тремтіння або дискомфорт, особливо у грудях. Час від часу вони можуть переживати епізоди тривоги без конкретного об'єкта чи причини, відчуття невпевненості та страху за свою та своїх близьких без конкретної загрози. Також можуть виникати проблеми зі сном, засинанням, а також з якістю і тривалістю сну[23].

Змішаний підтип, або тривожно-депресивний, охоплює явища, коли спостерігаються симптоми психічної та соматичної тривоги. Це включає тривожні думки, побоювання, спрямовані на майбутнє, а також хвилювання та нерішучість щодо прийняття рішень і інші схожі симптоми. В цьому випадку соматовегетативні порушення можуть бути більш вираженими, ніж у тривожному підтипі[7].

Підтип РА з порушеннями поведінки включає в себе симптоми дезадаптивної або антисоціальної поведінки, а також порушення в щоденному функціонуванні і соціальній адаптації, які явно пов'язані у часі з психотравмуючою подією. В цьому варіанті розладу спостерігається надмірна збудливість, дратівливість, нервозність, які можуть призводити до

необґрунтованої реакції образи, гніву та навіть агресії[18]. Ці симптоми можуть супроводжуватися непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Люди з цим підтипом можуть проявляти нетерпимість до оточуючих та обвинувачувати їх у своїх проблемах. Соматовегетативні симптоми можуть також бути присутні, але вони не досягають значного рівня. Важливо відзначити, що ці порушення поведінки не є стійкими та заглибленими стереотипами і виникають у зв'язку з психотравмуючою ситуацією, впливаючи на певні аспекти життя, але не охоплюють всі аспекти одразу[31].

На основі закономірностей зміни клінічних симптомів розладів адаптації, Ю. О. Александровський виділяє три типи перебігу цих розладів: прогресуючий, рецидивуючий і регредієнтний[9]. Перший тип, прогресуючий, відзначається збільшенням ускладнень клінічної симптоматики з подальшою перетворенням на інші психічні розлади. Це означає, що симптоми розладу змінюються, як за їх характером, так і за інтенсивністю проявів. У цьому типі перебігу можна спостерігати зростання інтенсивності та різноманітності симптомів, особливо афективних порушень[19]. Стан супроводжується емоційною нестійкістю та зосередженістю на психотравмуючих спогадах, а також формуванням дезадаптації у сферах професійних, міжособистісних та соціальних стосунків. Зазвичай цей тип перебігу призводить до трансформації розладу адаптації в депресивні розлади різної важкості. Динаміка тривожних проявів, таких як загальна стурбованість і нервозність, невмотивована напруженість, нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, спрямовані не лише на минуле, але й на майбутнє, може призвести до перетворення розладу адаптації у тривожний або тривожно-депресивний розлад[24]. У випадку рецидивуючого перебігу РА з переважанням у клінічній картині поведінкових розладів відзначається збільшення інтенсивності реакцій ворожості, агресивності та жорстокості. Ці симптоми можуть призводити до соціальної відгородженості і формування нездатності адаптуватися у професійній, міжособистісній і соціальній сферах.



Можливою негативною динамікою в цьому випадку є трансформація розладу адаптації в тривожний або тривожно-депресивний розлад[26].

Рецидивуючий тип перебігу розладу адаптації відзначається хвилеподібними коливаннями основних клінічних симптомів. Ремісії, що характеризуються майже повною відсутністю симптомів розладу, відрізняються за тривалістю, так само як і рецидиви[25]. Основна симптоматика, яка визначає рецидив, майже завжди залишається меншою за своєю інтенсивністю порівняно з початковими проявами розладу. Проте, в деяких випадках, навіть під час ремісії, можуть залишатися деякі мінімальні прояви дезадаптивної поведінки. Часті рецидиви ризикують призвести до переходу від рецидивуючого типу перебігу розладу адаптації до прогресуючого, і подальшої трансформації в інші психічні розлади, зазвичай, це стосується "продовженої депресивної реакції". Однак найпоширенішою динамікою цього типу перебігу є відновлення здоров'я пацієнта[28].

Регредієнтний тип перебігу розладу адаптації відзначається значним зменшенням основних клінічних симптомів. У цьому типі перебігу спостерігається помітне зменшення інтенсивності та частоти проявів, передусім афективних порушень, таких як знижений настрій, депресивна самооцінка, оцінка навколишнього середовища та власних перспектив[14]. Відчуття смутку, пригніченості та печалі майже повністю зникають, що супроводжується підвищенням стабільності емоцій та впевненості в собі, а також бажанням до праці. Загальна тривожність та нервозність помітно зменшуються, немотивована напруженість, психічний та фізичний дискомфорт стають менш вираженими. Мінімальні нав'язливі уявлення, побоювання та хвилювання, переважно спрямовані на майбутнє, зникають, і зникає відчуття тривоги. Поведінкові порушення значно зменшуються, що супроводжується поліпшенням якості міжособистісних, професійних та соціальних стосунків, і, в кінцевому підсумку, призводить до повного відновлення та повернення до попереднього соціального статусу[19].

Отже, можна узагальнити, що існують певні диференційно- діагностичні критерії для розрізнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і розладів адаптації (РА)[27]:

Час формування: ПТСР зазвичай розвивається протягом першого місяця після травмуючої події, в той час як РА може виникнути в будь-який час, але не пізніше одного місяця після події.

Існування латентного періоду: у випадку ПТСР латентний період (період, коли симптоми ще не проявляються) є обов'язковим, в той час як у РА він може бути або відсутнім, або наявним[29].

Тривалість: ПТСР може тривати без обмежень у часі, в той час як РА зазвичай має обмежену тривалість, не більше 6 місяців, за винятком пролонгованої депресивної реакції. Потрібно також зауважити, що як ПТСР, так і РА можуть трансформуватися в інші психічні розлади. Наприклад, ПТСР може перетворитися на хронічні зміни особистості, тоді як РА може перейти у невротичні і соматоформні розлади, депресивні епізоди, а також специфічні і змішані розлади особистості[30].

Основні клінічні та клініко-психологічні критерії для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) включають наступне: наявність симптомів вторгнення, уникання, гіперактивації, а також виражений або помірний рівень депресивності. У випадку розладів адаптації (РА), діагностичні критерії включають наявність окремих симптомів, таких як афективні, невротичні, соматоформні, постстресові розлади та порушення соціальної поведінки[32]. Рівень депресивності може бути помірним або легким. Однак важливо зауважити, що для діагностики ПТСР обов'язково виникають ознаки соціальної дезадаптації. У разі РА, ці ознаки можуть бути або відсутніми. Повинно бути відзначено, що і в ПТСР, і в РА спостерігаються психосоматичні розлади[19].

## 1.2. Механізми адаптивної регуляції при ПТСР

При ПТСР людина переживає повторне переживання травми у вигляді флешбеків, кошмарів, а також уникає ситуацій, які можуть нагадувати про травму. Крім того, у людей з ПТСР можуть спостерігатися підвищена тривожність, дратівливість, порушення сну та концентрації. Адаптивна регуляція - це здатність людини до саморегуляції емоцій, думок і поведінки. Вона є важливою для нормального функціонування людини та її адаптації до стресових ситуацій. При ПТСР механізми адаптивної регуляції можуть бути порушені. Це може призводити до посилення симптомів ПТСР, а також до розвитку інших психічних захворювань, таких як депресія, тривожні розлади тощо[25]. Адаптивна регуляція розвивається в процесі онтогенезу. У перші роки життя дитина вчиться регулювати свої емоції та поведінку, взаємодіючи з батьками та іншими важливими дорослими. Батьки та інші дорослі, які надають дитині підтримку, допомогу та розуміння, сприяють розвитку її адаптивної регуляції. При ПТСР механізми адаптивної регуляції можуть бути порушені внаслідок травми. Травма може призвести до таких наслідків, як[32]:

- Порушення когнітивних функцій.
- Порушення пам'яті, концентрації, уваги та прийняття рішень.
- Ускладнення процесу адаптації до травми та розвитку адаптивної регуляції.
- Порушення емоційного регулювання.
- Посилення негативних емоцій, таких як тривога, страх, гнів та смуток.
- Ускладнення процесу регулювання емоцій та розвитку адаптивної регуляції.
- Порушення поведінки.
- Розвиток патологічних форм поведінки, таких як самоушкодження, залежність від психоактивних речовин тощо.

- Ускладнення процесу адаптації до травми та розвитку адаптивної регуляції.

Існує ряд механізмів адаптивної регуляції, які можуть допомогти людям з ПТСР впоратися зі своїми симптомами. До них належать емоційна регуляція. Емоційна регуляція - це здатність людини до управління своїми емоціями. При ПТСР важливо навчитися розпізнавати та регулювати тривожні та травматичні емоції. Це можна зробити за допомогою таких технік, як[29]:

- \* Глибоке дихання
- \* Медитація
- \* Когнітивна поведінкова терапія

Глибоке дихання - це простий і ефективний спосіб регулювання тривоги. При глибокому диханні людина робить повільні глибокі вдихи та видихи. Це допомагає знизити активність симпатичної нервової системи, яка відповідає за реакцію на стрес.

Медитація - це практика, яка допомагає зосередитися на сьогоднішньому та зменшити рівень тривоги. При медитації людина фокусується на своєму диханні або на якомусь іншому об'єкті, наприклад, на свічці або на зображенні.

Когнітивна поведінкова терапія (КПТ) - це вид терапії, який допомагає людям змінити негативні думки та поведінку. При КПТ при ПТСР використовуються такі техніки, як реструктуризація думок, експозиція та когнітивна переоцінка.

Когнітивна регуляція - це здатність людини до управління своїми думками. При ПТСР важливо навчитися переосмислювати травматичні спогади та змінити негативні думки та переконання. Це можна зробити за допомогою техніки реструктуризації думок. Реструктуризація думок - це техніка КПТ, яка допомагає людям змінити негативні думки на більш реалістичні та позитивні. Наприклад, людина з ПТСР може думати, що вона є винна в тому, що сталося. Реструктуризація думок може допомогти їй зрозуміти, що вона не винна в тому, що сталося, і що вона не може контролювати те, що сталося[24].

Експозиція - це техніка КПТ, яка допомагає людям позбутися фобій і тривожних розладів. При експозиції людина поступово піддається об'єкту або ситуації, яка викликає у неї тривогу. Наприклад, людина з ПТСР, яка боїться натовпу, може почати з того, що буде просто спостерігати за людьми з відстані. Потім вона може почати ходити в людні місця, такі як торговий центр або парк.

Когнітивна переоцінка - це техніка КПТ, яка допомагає людям змінити своє ставлення до травми. При когнітивній переоцінці людина з ПТСР може почати думати про травму як про досвід, який зробив її сильнішою.

Біологічна регуляція - це здатність людини до регуляції своєї фізіології. При ПТСР важливо навчитися керувати такими фізіологічними симптомами, як тривога, дратівливість, порушення сну тощо. Це можна зробити за допомогою фізичних вправ. Фізичні вправи допомагають знизити тривогу та стрес, а також покращують сон. Рекомендується займатися фізичними вправами щонайменше 30 хвилин на день, 5 разів на тиждень[34].

Техніки релаксації, такі як глибоке дихання, медитація та прогресивна м'язова релаксація, допомагають знизити рівень стресу та тривоги. Медикаменти також можуть бути ефективним способом лікування ПТСР. Вони можуть допомогти знизити тривогу, дратівливість, порушення сну тощо. Однак медикаменти не є панацеєю, і їх слід використовувати в поєднанні з іншими методами лікування, такими як психотерапія[35].

Окрім емоційної, когнітивної та біологічної регуляції, існує ряд інших механізмів адаптивної регуляції, які можуть бути ефективними при ПТСР. До них належать спілкування. Це може допомогти людям з ПТСР відчувати підтримку та розуміння. Це може бути спілкування з близькими, друзями, членами сім'ї або психотерапевтом. Групова терапія може бути ефективним способом для людей з ПТСР спілкуватися з іншими людьми, які пережили подібні травми. Групова терапія може допомогти людям з ПТСР відчувати, що вони не самотні, і навчитися підтримувати один одного. Зайняття хобі може допомогти людям з ПТСР відволіктися від травми та зосередитися на приємних речах. Це може бути будь-

яке хобі, яке подобається людині, наприклад, спорт, музика, мистецтво тощо. Допомога іншим може допомогти людям з ПТСР відчувати, що вони роблять щось корисне і що їхнє життя має сенс. Це може бути волонтерська робота, благодійність тощо[37].

Також побачити, розвинути та навчитися ефективно використовувати власні ресурси може допомогти розроблена професором Мулі Лахадом (Mooli Lahad – директор Ізраїльського Центру попередження стресу) та його колегами модель стресоподолання «*BASIC Ph*»[46]. З погляду авторів цієї моделі потенціал виходу з кризи є у кожного з нас, для цього вони пропонують відкрити весь спектр особистісних можливостей людини. Ця модель є цінною для нас, оскільки ґрунтується на глибоких теоретичних та емпіричних розвідках, а також широко адаптована у психологічній практиці, охоплює весь спектр стилів, шляхів того, як людина може впоратися із стресом і/чи кризою. В 90-х рр. 20ст. під час роботи з людьми, які живуть в ситуації постійної загрози для життя, М. Лахад та його колеги встановили, що у 20% досліджуваних проявляється ПТСР (Посттравматичний стресовий розлад), інші ж 80 % якимось чином долають травму, зберігаючи при цьому своє здоров'я. Провівши аналіз провідних психологічних теорій «зустрічі людини зі світом», а також здійснивши власний багаторічний емпіричний аналіз, зберігаючи фокус дослідження на цих здорових способах подолання людиною кризових ситуацій, М. Лахад запропонував власну багатовимірну модель «зустрічі зі світом» – модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності для людини. Модель «*BASIC Ph*» – це деякий «міст над прірвою», що допомагає людині «вирости» з кризової ситуації, «з'єднати» її внутрішнє «Я» та зовнішній «Світ» (Lahad & Leykin, 2013)[2]. Було виявлено, що в кожного є своє власне унікальне поєднання ресурсів подолання. Ідея моделі полягає в тому, що в людини існує свій потенціал, досвід у подоланні стресової події в шести модальностях:

1. В – Belief & values – віра, переконання, цінності, філософія життя.
2. А – Affect – вираження емоцій та почуттів.

3. S – Socialization – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування.

4. I – Imagination – уява, мрії, спогади, творчість.

5. C – Cognition, thought – розум, пізнання, когнітивні стратегії.

6. Ph – Physical – фізична активність, тілесні ресурси.

Belief & values – цей спосіб подолання кризи базується на вмінні вірити: це може бути віра в Бога, в людей чи в самого себе. Існування в нашому житті сенсовної наповненості, системи життєвих цінностей, місії, віри є джерелом, з якого людина може почерпнути сили у складних ситуаціях.

Affect – цей спосіб подолання стресу вимагає від нас, перш за все, навчитися розуміти власні почуття, називати їх своїми власними іменами. Після цього з'являється можливість висловити розпізнані почуття найбільш прийнятними для кожної людини способами: словесно – в особистій розмові, письмово – в листі, без слів – в танці, малюнку, музиці чи драмі. Йдеться про пряме чи опосередковане вираження почуттів: наприклад, записувати в щоденник свої почуття, висловлювати їх у будь-який арт-спосіб (малюнок, спів, інструментальна музика) тощо.

Socialization – даному способу стресоподолання притаманне прагнення до спілкування, звернення за підтримкою до сім'ї, близьких людей чи до кваліфікованих спеціалістів. Крім цього, ми можемо самі допомагати іншим потребуючим людям, занурюватися в суспільну роботу тощо. Суть способу полягає у соціальній включеності, можливості бути серед людей, бути чимось корисною, почувати себе частиною системи, організації тощо.

Imagination – цей спосіб подолання стресу апелює до наших творчих здібностей, креативної сторони нашої особистості. Завдяки уяві ми можемо мріяти, розвивати інтуїцію та пластичність, шукати і знаходити рішення у світі гри та фантазії, уявляти собі змінене майбутнє та минуле, навіть спогади про щасливі моменти здатні зменшити інтенсивність переживань у складних

ситуаціях «тут і тепер». Сюди також відноситься почуття гумору, імпровізація, мистецтво та різного роду ремесла.

Cognition – спосіб подолання кризи через звернення до наших ментальних здібностей, до нашого вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати та осягати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати достовірну інформацію, аналізувати проблеми та вирішувати їх. Сюди ж належить пріоритетність, альтернатива, делегування та саморефлексія (розмова з самим собою).

Physical – спосіб стресоподолання, що передбачає звернення до фізичної активності нашого тіла. Цей спосіб пов'язаний із такими можливостями нашого фізичного тіла, як здатність відчувати себе завдяки слуху, зору, нюху, дотику, смаку, відчуттю тепла та холоду, болі та задоволення, орієнтації на місцевості, внутрішньої напруги чи розслаблення. Він також включає в себе різного роду фізичні навантаження (зарядка чи виконання фізкультурних комплексів, ходьба, прогулянка на природі, походи в гори тощо) та тілесні практики (релаксаційні техніки, дихальні вправи тощо)[21].

У кожної людини є шість каналів подолання стресу, при цьому, з них домінуючими є лише кілька. З огляду на це, важливо розуміти свої сильні сторони і розвивати слабкі (пасивні) канали, тим самим посилюючи і збагачуючи свої ресурси. Важливо пам'ятати, що немає правильного чи неправильного з вищеописаних, кожен має свої переваги та недоліки. При цьому, щоб поновити та збільшити сили та ресурси в ситуаціях, коли людина «вибита з колії» та втратила ґрунт під ногами, варто осмислити вже ті частини наших ресурсів, що є в наявності та зосередитися на ефективному їх використанні. Якщо ж людина відчуває себе у «глухому куті», варто звернутися до тих частин, які поки що не проявлені чи дуже слабкі.

Сімейні відносини є також надзвичайно важливими і можуть забезпечити людям з ПТСР підтримку, розуміння та любов. Це може допомогти їм відчувати, що вони не самотні і що їх люблять і приймають. Дослідження показали, що



люди з ПТСР, які мають міцні сімейні зв'язки, мають менш виражені симптоми ПТСР і є більш схильні до одужання. Ще одним ефективним способом регуляції є вдячність, а саме здатність людини цінувати позитивні аспекти свого життя. Практика вдячності може допомогти людям з ПТСР переключитися з негативних думок і почуттів на позитивні. Дослідження показали, що практика вдячності може допомогти зменшити тривогу, депресію та стрес. Вона також може допомогти покращити самопочуття та загальне психічне здоров'я[23].

Отже, адаптивна регуляція є складним процесом, який включає в себе різні механізми. Розвиток механізмів адаптивної регуляції може допомогти людям з ПТСР впоратися зі своїми симптомами та покращити якість життя. Існує ряд механізмів адаптивної регуляції, які можуть бути ефективними при ПТСР. До них належать емоційна регуляція, когнітивна регуляція та біологічна регуляція.

### **1.3 Превентивний потенціал сім'ї у виникненні і розвитку ПТСР**

Багаточисленні тенденції, виявлені психологами в області міжособистісної взаємодії та психології сім'ї, різноманітні теоретичні концепції, які породжують різноманітні моделі взаємин, свідчать про актуальність вивчення психології сімейних стосунків. Сімейні взаємини є складним явищем, яке включає як міфологічні, так і сучасні рівні свідомості, а також індивідуальні та колективні, онтогенетичні, соціогенетичні та філогенетичні аспекти. Поняття сімейних взаємин включає суб'єктивний час, особистий досвід, національну культуру та традиції. Проте, не існує однозначного гносеологічного поля, оскільки поняття, такі як неформальні взаємини, емоційна близькість, любов і симпатія, постійно вибувають з чіткого визначення[15]. Постановка проблеми сімейних взаємин, тлумачення психологічних передумов їх розуміння та дослідження мають актуальність як у контексті сучасної кризи сім'ї, так і в рамках психотерапевтичних завдань. Розуміння сімейних взаємин важливе для досягнення благополуччя і стабільності в сімейних відносинах, а також для

наукового пошуку в умовах розвитку інформаційних технологій і суспільних змін. В багатьох психологічних дослідженнях виявляється глибока зміна соціальних стереотипів, індивідуальних ідеологій та сімейного статусу, що може впливати на структуру і функціонування родини, особливо багатодітної[34].

Л. Б. Шнейдер намагається об'єднати різноманітні інтереси щодо сім'ї та сімейних взаємин. Його підхід передбачає аналіз у різних галузях психологічної теорії, таких як психоаналіз, інтеракціонізм, біхевіоризм, психосинтез, соціальна психологія тощо. Цей підхід також включає погляди науковців з різних галузей, такі як Л. А. Файнберг, Ю. Д. Семенов, М. Мід, Е. Берн, Е. Фромм, Д. Д. Фрезер, Д. Аккерман, К. Г. Юнг, А. Адлер, І. С. Кон, М. С. Мацковський, А. С. Співаковська, інших[35]. Ці погляди допомагають розширити розуміння міжособистісних стосунків у сім'ї. Цілком зрозуміло, що взаємини між людьми в сім'ї розглядаються як системна взаємодія, і вони можуть бути розглянуті з об'єктивного та оцінного поглядів. Співвідношення цих двох аспектів, об'єктивного та оцінного, є важливим для розуміння сімейного життя. Як часто відбуваються контакти та який їх характер, визначається тим, як члени сім'ї ставляться один до одного. Емоційний аспект взаємин між особами визначає їх суб'єктивний та об'єктивний стан і розвиток взаємодії. Л. Я. Гозман досліджував емоційні взаємини, а О. Кронік і К. Кронік акцентували увагу на значущості взаємин. Однак, велика частина досліджень обмежувалася розглядом закономірностей емоційних та значущих взаємин в парах чи групах. Якщо розглядати сім'ю взагалі, то феномен сімейних стосунків втрачався в цьому розгляді, і такий підхід обмежував розуміння внутрішньої динаміки сімейних стосунків[38].

У сучасній психології було проведено значну кількість досліджень, в основу яких була покладена тема родини. Історично в національній психологічній науці найбільший акцент робився на аналізі сім'ї як "ланки суспільства". Однак сімейні взаємини в багатьох випадках залишалися на маргіні. Л. Я. Гозман виділяє три ключові аспекти в емоційних взаєминах:

емоцію, яка спрямована на іншу людину, атиюд до цієї людини та емоційний компонент сприйняття взаємодії між людьми. Виходячи з цього підходу, вивчення сімейних відносин може включати аналіз як сфери емоційних відносин між членами сім'ї, так і об'єктивного розвитку сімейних взаємин на різних етапах життєвого циклу сім'ї. Повноцінне дослідження сімейних відносин передбачає їх вивчення в контексті умов та чинників, що впливають на них. Подружні відносини, згідно з М. Фуко, можна розглядати як "мистецтво жити в шлюбі". Вони є дуальними за формою, універсальними за значенням і специфічними за інтенсивністю та силою[27]. Дуальність сімейних відносин обумовлена статевими відмінностями та подвійністю цілей шлюбу. Універсальність шлюбу та сім'ї пов'язана з основними потребами людського існування, а саме бажанням жити відповідно до природних законів та задоволенням індивідуальних потреб, які забезпечують гармонійне спільне життя. Унікальність сімейних відносин полягає в їхньому емоційному та кровно-родинному потенціалі. Сімейні відносини визначаються як результат злиття особистості та значущих інших, і їх розвиток вимагає володіння "мистецтвом бути разом". Таким чином, сімейні відносини сприймаються як феномен, в якому поєднуються індивідуальність та єднання з близькими, а не просто як результат життєвої ситуації[21].

За О. О. Кроніком та Л. Я. Гозманом, основними складовими міжособистісного простору є статусно-рольові різниці, психологічна дистанція, валентність відносин і спосіб, яким сімейна пара формується, незалежно від того, чи є це вибіркоким, чи змушеним [31]. За словами Л. Б. Шнейдера, аналіз сімейних взаємин пов'язаний з рядом об'єктивних і суб'єктивних труднощів, які створюють проблемне поле [24]. Емоційні взаємини в сім'ї не є постійними і незмінними, тому дослідники підкреслюють важливість вкладення зусиль у збереження стабільних та гармонійних стосунків між партнерами. С. Д. Лаптенюк визначає фактори, які сприяють об'єднанню подружжя: спільні духовні інтереси і любов між партнерами, сексуальна сумісність, батьківська любов, подружня відповідальність, створення затишного сімейного середовища та житлові умови.

Існують деякі психологічні чинники, які можуть підривати стійкість емоційних взаємин[36]:

- Недостатність віри в можливість постійної подружньої любові та відсутність впевненості у цьому;
- Невірні уявлення про фактори, що сприяють сімейному благополуччю, та недооцінка таких аспектів, як взаємна повага, відкритість для взаємної довіри та розуміння;
- Недостатнє розуміння і відсутність інтуїції у відношенні до основних закономірностей статевої любові;
- Неусвідомлення та нерозуміння почуттів партнера, його особистих характеристик та звичок;
- Невміння контролювати і регулювати власні емоції та почуття;
- Прояв споживчого та егоїстичного ставлення до любові загалом [30]

Вплив на емоційні взаємини в шлюбі значною мірою визначають такі фактори:

- Культура спілкування та відведений час для спільного відпочинку;
- Спільне прийняття рішень у парі;
- Сімейно-побутове самообслуговування сім'ї;
  - Створення власної сімейної субкультури.
  - Стабільність емоційних відносин залежить від рівноправності між партнерами та врахування їхніх індивідуальних потреб, які задовольняються через шлюб і сімейне життя загалом.

- Почуття провини може призвести до руйнування шлюбу.

Особистісні характеристики партнерів вносять свій вклад у розвиток подружніх відносин, і порушення цих якостей може призвести до прихованого внутрішньоособистісного конфлікту одного з подружжя. До сприятливих якостей партнерів можна віднести[40]:

- Відсутність страху та тривоги, справедливу самооцінку;
- Урівноваженість;

- Орієнтацію на пошук та помірну схильність до ризику, що сприяє розвитку емоційних відносин;
- Компетентність у керуванні часом та здатність жити «тут і зараз», бачачи при цьому зв'язок подій;
- Високий рівень самоприйняття, що виявляється у природності поведінки та відкритості до досвіду, а також в ставленні до інших як до самих себе.
- Відсутність самоприйняття призводить до інструментального ставлення до себе та інших, що, в свою чергу, може призвести до нестабільності в емоційних відносинах, оскільки завжди може знайтися хтось, хто краще здатний виконувати що-небудь.

Імовірність збереження емоційного аспекту сімейних відносин та успішного розвитку шлюбу зростає, коли подружжя[45]:

- Реалістично дивиться на протиріччя;
- Не будує ілюзій та надій на випадок;
- Не уникає труднощів і не впадає у відчай;
- Проявляє інтерес до психологічних особливостей партнера; Приділяє увагу дрібницям;
- Будує терпимість і знає, як попереджувати бажання та потреби партнера;
- Контролює свою поведінку та мову;
- Має відчуття міри;
- Розуміє причини та наслідки подружньої невірності;
- Прагне до спільних підходів у вихованні дітей

За Дж. Рейнуотером, якщо в міжособистісних стосунках з близькою людиною виникають складнощі, то справжня причина цього прихована в особистих проблемах, які можуть бути пов'язані з:

- Очікуваннями;
- Почуттям безпеки;

- Контролем;
- Потребою в любові та схваленні;
- Моральним засудженням;
- Незавершеними відносинами з іншими людьми.

Авраам Лінкольн висловив свою думку: "Не вистоїть будинок, розділений зсередини". Це означає, що якщо люди в шлюбі займають "бойові позиції" у ставленні один до одного, їхній шлюб не протримається довго. Багато подружніх пар вважають, що часті конфлікти в сім'ї виникають через боротьбу за лідерство. Але насправді основною причиною напруги в подружніх стосунках є поступове охолодження почуттів між партнерами. Зазвичай подружжя може бути малозацікавленим у внутрішньому світі свого партнера, вважаючи, що вони вже добре знають один одного. Однак з часом вони можуть виявити, що їх партнер відчувається самотнім і ізольованим від близького оточення, навіть коли він перебуває поруч. Ця ситуація спонукає партнерів до пошуку нових позитивних емоційних стосунків, і часто це призводить до зради або розпаду подружніх відносин. Існує багато факторів, які можуть сприяти порушенням функцій сім'ї, такі як особистість членів родини, взаємини між ними та умови життя сім'ї. Е. Г. Ейдеміллер і В. В. Юстицкіс вказують на важливість структури та динаміки родини, а не лише на її функції. Структура сім'ї включає в себе кількість та склад її членів, а також взаємини між ними. Наприклад, деякі родини мають структуру, де всі обов'язки та керівництво зосереджені в руках одного члена сім'ї, тоді як інші можуть розподіляти обов'язки більш рівномірно між членами родини[42].

За визначенням вчених, порушення структури родини - це особливості структури, які утруднюють або перешкоджають виконанню сім'єю її функцій.

Отже, сімейний конфлікт можна вважати порушенням структури взаємин у родині, оскільки він заважає родині виконувати свої функції. Наприклад, після розлучення подружжя може виникнути порушення емоційної функції сім'ї, коли дитина не отримує достатньо емоційної підтримки від батька[43].

Сучасні норми щодо шлюбно-сімейних стосунків передбачають диференційований підхід до побудови функціонально-рольових відносин у родині, з урахуванням індивідуальних нахилів, здібностей, досвіду, бажань, добровільної згоди та інших критеріїв, що впливають на ці відносини. Робер і Тільман відзначають наявність сил згуртування та сил розпаду в сім'ї. Рівновага відбувається тоді, коли сили згуртування переважають над силами розпаду. Особливу увагу на сьогодні привертає проблема сімей військовослужбовців. Діяльність фахівців у галузі соціально-психологічної допомоги зазвичай обходить питання внутрішніх сімейних відносин офіцерів, військовослужбовців контрактної служби, демобілізованих бійців, які пережили бойовий стрес. Проте ці проблеми можуть впливати на службову діяльність військових. Негативні наслідки участі в бойових діях можуть призводити до соціальної та психологічної дезадаптації, конфліктів у сім'ї, розриву сімейних відносин. Участь військовослужбовця у бойових діях може мати як позитивні, так і негативні наслідки для його сім'ї та внутрішніх сімейних відносин. Розуміння цих аспектів є важливим для надання підтримки та допомоги ветеранам та їх сім'ям з метою полегшити їхню реабілітацію та адаптацію після повернення додому[51].

Наявність або відсутність стійких внутрішніх конфліктів у сім'ях військовослужбовців, які взяли участь у бойових діях, може пояснюватися наявністю або відсутністю так званих латентних (прихованих) порушень. Ці порушення, які не проявляються в нормальних, повсякденних умовах існування сім'ї, можуть виявити себе в умовах важких обставин, спричинених участю голови сім'ї у бойових діях, які можуть активізувати негативні посттравматичні реакції[29]. Отже, наявність чи відсутність латентних порушень у внутрішніх відносинах сім'ї впливає на реакцію сім'ї на важку сімейну ситуацію, спричинену негативними наслідками участі військовослужбовця в бойових діях. Дуже важливо дотримуватися професійно-етичних норм у роботі з сім'ями військовослужбовців - учасників бойових дій. Робота з сім'ями має починатися

безпосередньо при виконанні бойових завдань, коли інформація, що надходить з районів бойових дій, має оперативно і своєчасно доводитися до членів сімей військовослужбовців. Сім'ям повідомляється про хід виконання бойових завдань, про приклади мужності, героїзму та відданого виконання військового обов'язку їхніми чоловіками, синами та батьками. Психологічна підтримка учасників бойових дій має спрямовуватися передусім на допомогу їм у відображенні почуттів та переживань, які накопичилися. Важливо допомогти їм відновити стан перед стресом. Однією з головних задач є звільнення бійців від почуття вини та страху. Якщо вони свідкують смерті своїх товаришів, почуття провини може бути нормальною реакцією, навіть якщо об'єктивні причини для нього відсутні. Також важливо допомогти бійцям вирватися з почуття безпомічності, особливо якщо вони були в обмеженій ситуації без можливості вплинути на неї. Під час перебування в зоні бойових дій, бійці зазвичай обмежують свою комунікацію з родичами та близькими, так як вони вважають, що ті не зможуть витримати всіх жахів, які вони пережили. Це допомагає родичам залишатися підтримуючими та забезпечувати підтримку учасникам бойових дій[30].

Оскільки більшість учасників війни стикаються з загальними стресовими реакціями під час і після реінтеграції, у сім'ях з нестабільною сімейною ситуацією психологічна напруга значно зростає. Учасники бойових дій, перебуваючи в стані сімейної напруги, зазвичай не мають можливості відтінити та рефлексувати щодо своїх почуттів і переживань, які накопичилися. Під час цього періоду їм найбільше потрібно звільнення від почуття страху та відчуття провини. Якщо вони бачили смерть своїх товаришів, почуття провини може виникнути, навіть якщо об'єктивні підстави для цього відсутні. Також важливо допомогти бійцям подолати відчуття власної безпомічності, якщо вони перебували в ситуаціях, коли не мали можливості змінити обставини[33].

Психологічна підтримка бійця має сприяти їх успішній адаптації до нових умов життя. Люди, які повертаються із війни, суттєво відрізняються від решти.



Вони мають інші моральні цінності, інший рівень духовного розвитку, який підсилює їхню інтуїтивну чутливість до нещирості відносин, фальші та корисницьких намірів, спрямованих на них. Термін "психологічна реабілітація" найкраще відображає процес та результати психологічної допомоги в контексті соціально-психологічної адаптації. Повноцінна психологічна реабілітація та ресоціалізація базується на трьох основних компонентах: спілкуванні, прийнятті бійця таким, як він є, та професійній допомозі фахівця. Деякі реабілітаційні заходи, перш за все психологічна підтримка, також потрібні батькам та родичам учасників бойових дій, які самі пережили психологічно травмуючі ситуації, очікуючи кожного дня страшних звісток. Саме на членів родини лягає велика відповідальність відновити довіру та віднайдену близькість зі своїми бойовими чоловіками, синами, батьками. Необхідно зазначити, що психологічна підтримка та реабілітація грають критичну роль у процесі адаптації учасників бойових дій до цивільного життя та відновленні їхньої родинної гармонії після досвіду війни[11].

#### **1.4. Вдячність як адаптивний регулюючий механізм**

Вивчення соціально-психологічних особливостей військовослужбовців є важливим завданням для сучасного військового будівництва.

Першовідклики виникають як психічні стани, спровоковані стрес-факторами бойової обстановки та бойової діяльності. Ці наслідки включають в себе такі стани як загальна втома, емоційний стрес, психо-невротичні реакції, гострі стресові розлади, а також різні форми порушення психічної адаптації. Ці первинні наслідки виникають безпосередньо від впливу конкретних ідентифікованих стрес-факторів (або групи стрес-факторів), які безпосередньо спричиняють їх виникнення. Іноді індивідуальні особистісні особливості військовослужбовця, які можуть бути пов'язані з підвищеною вразливістю, грають значну роль в цих наслідках[28].

Вторинні наслідки виникають в результаті невдалих спроб самостійно подолати дезадаптивний стан, а також через неповноцінність або відсутність необхідних реабілітаційно-відновлювальних заходів та недостатню психологічну підтримку від значущого соціального оточення, такого як сім'я, співслужбовці та керівники. До цих наслідків відносяться такі явища, як "професійне вигорання", зменшення працездатності, посттравматичні стресові розлади, зловживання алкоголем, підвищена агресивність, депресивні стани, прояви професійної деформації особистості, а також ауто- та гетероагресивна поведінка[39].

Третинні наслідки проявляються через внутрішні сімейні проблеми, недостатню соціальну адаптацію, погіршення морально-психологічної атмосфери в колективі, зменшення задоволення від служби, передчасне звільнення зі служби, дисциплінарні порушення, соціальну апатію та песимізм, деформацію соціального сприйняття, підвищену конфліктність і навіть суїцидальну поведінку.

Третій блок включає інформацію про ймовірні психологічні наслідки участі військовослужбовця у бойових діях на внутрішніх відносинах. Негативні наслідки включають гострі та хронічні сімейні ситуації, які можуть виникати в результаті змін у життєвому циклі сім'ї (наприклад, народження дитини) або через несприятливий контекст життєвого циклу. Ці ускладнення можуть призвести до сімейних криз. Основні потреби членів сім'ї можуть залишитися невдоволеними, а показники психічного та соціального здоров'я можуть погіршитися. Унаслідок цього, внутрішні відносини у сім'ї ветерана можуть бути суттєво підірвані. Негативні наслідки можуть проявлятися у формі сімейних конфліктів, відчуттям втрати спільності цілей, підвищеною напругою в сімейному середовищі, а також в ознаках депресії, стану безпомічності та інших психологічних проблем[29].

Щодо позитивних наслідків участі військовослужбовців у бойових діях, можна виділити посилене почуття подяки. Деякі ветерани бойових дій

розпочинають бачити всі позитивні сторони свого життя та цінують його. Вони відчують подяку за можливість існувати та цінують те, що вони живуть на цьому світі. Ветерани починають більше цінувати життя та усвідомлюють його цінність. Подружжя, діти, партнери, друзі, співслужбовці стають для них більш значущими та близькими. Ветерани можуть навіть докладати зусиль, щоб переконати інших в тому, як важливо цінувати своє життя. Ветерани починають відчувати, що їхні внутрішні ресурси та сильні сторони проявляються разом із зростаючою впевненістю в собі та інших людях. Ветерани можуть розвивати почуття гумору та вживати анекдоти в спілкуванні з побратимами та у згадуванні своїх досвідів, навіть у відношенні до труднощів і проблем, з якими вони стикалися. Ветерани можуть відчувати більшу потребу у спілкуванні та більше бажання поділитися своїми переживаннями з іншими, ніж до участі в бойових діях. Вони можуть активніше розмовляти та спілкуватися з іншими. Почуття вдячності навіть може мати позитивний вплив на військових з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) і сприяти їхньому процесу відновлення в наступний спосіб[15]:

- Психологічна підтримка. Вдячність може створювати позитивний психологічний фон, що допомагає знизити рівень стресу та покращити настрій. Це може бути особливо важливим для військових із ПТСР, які часто стикаються з труднощами та травмами.

- Фокус на позитивних аспектах життя. Почуття вдячності допомагає військовим зосередитися на позитивних аспектах свого життя, навіть у зіткненні з труднощами. Це може сприяти зміцненню психологічної стійкості та покращенню сприйняття світу.

- Підтримка в соціальних відносинах. Вдячність може підсилити відносини ветерана із сім'єю, друзями та оточенням. Сприяння позитивним взаємодіям може створити емоційну підтримку, необхідну для тих, хто має ПТСР.

- Зміцнення самоідентифікації. Вдячність може допомагати військовим переглядати себе у позитивному світлі, визначаючи свої сильні сторони та досягнення.

- Мотивація до покращення. Почуття вдячності може слугувати додатковим стимулом для ветеранів працювати над своїм відновленням та досягати нових цілей.

- Розвиток резиліентності. Вдячність може сприяти розвитку резиліентності, тобто здатності пристосовуватися до труднощів і стресу.

- Покращення якості міжособистих відносин. Відчуття вдячності може робити взаємодії з іншими більш позитивними та сприяти збереженню та розвитку здорових відносин.

Хоча вдячність не є єдиною стратегією для лікування ПТСР, вона може бути важливою складовою комплексного підходу до психологічного відновлення ветеранів. Важливо пам'ятати, що кожна людина унікальна, і індивідуальний підхід може бути найефективнішим для кожного конкретного ветерана з ПТСР[32].

## **Висновки до розділу 1**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) це тривожний стан, викликаний вкрай стресовими, лякаючими або неприємними подіями. Людина, що страждає від ПТСР, часто переживає травматичну подію через нічні кошмари та спогади, відчуваючи при цьому почуття ізоляції, дратівливості та вини. У військових реакція на травму може бути особливо інтенсивною. Супроводжуючи це, можуть виникати руйнівна, неповажна або деструктивна поведінка. Учасники бойових дій також можуть відчувати вину за те, що не змогли запобігти травмам чи смерті і можуть часто думати про подальшу помсту. Розвиток ПТСР залежить від численних факторів, таких як тяжкість травми, її частота та реакція членів сім'ї на подію. Військовий із ПТСР відчуває безсилля впливу травми і прагне

усунення її ефекту, уникаючи ситуацій чи людей, які нагадують йому про подію. Часом це може виявлятися у спогадах або "флешбеках", або в кошмарах, які сприймаються як надто реальні. Ці постійні нагадування роблять повсякденне життя ветеранів справжньою проблемою, яким важко висловити свої почуття та переживання. ПТСР є надзвичайно серйозним станом. Хоча симптоми можуть бути особливо вираженими протягом перших місяців після травматичної події та зменшитися з часом, учасники бойових дій можуть відчувати їх протягом років[1].

Адаптивна регуляція при ПТСР є складним процесом, який включає в себе різні механізми. Розвиток механізмів адаптивної регуляції може допомогти людям з ПТСР впоратися зі своїми симптомами та покращити якість життя. Існує ряд механізмів адаптивної регуляції, які можуть бути ефективними при ПТСР. До них належать емоційна регуляція, когнітивна регуляція та біологічна регуляція[13].

Сімейні відносини є одним з надзвичайно важливих способів регуляції. Вони можуть забезпечити людям з ПТСР підтримку, розуміння та любов. Це може допомогти їм відчувати, що вони не самотні і що їх люблять і приймають. Ветерани з ПТСР, які мають міцні сімейні зв'язки, мають менш виражені симптоми ПТСР і є більш схильні до одужання. Ще одним ефективним способом регуляції є вдячність, а саме здатність людини цінувати позитивні аспекти свого життя. Практика вдячності може допомогти людям з ПТСР переключитися з негативних думок і почуттів на позитивні. Практика вдячності може допомогти зменшити тривогу, депресію та стрес. Вона також може допомогти покращити самопочуття та загальне психічне здоров'я[15].

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН І ВДЯЧНОСТІ ЯК АДАПТИВНИХ МЕХАНІЗМІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ РОДИН ІЗ СИМПТОМАМИ ПТСР

#### 2.1 Психологічні особливості емоційних переживань військових та членів їхніх сімей

Складна кризова ситуація в країні не може не впливати на інститут сім'ї. Різке зменшення народжуваності, відхилення у шлюбно-сімейних процесах, економічні труднощі та безробіття обмежують адаптаційні можливості сім'ї та призводять до порушення її функціонування. Це призводить до того, що можна говорити про кризу сімейного інституту та її руйнування. Молоді сім'ї, які сьогодні потребують найбільше уваги та підтримки з боку держави та науковців, стикаються з особливими труднощами. У контексті складних та нестабільних реалій нашого суспільства, психологи відзначають різноманітні тенденції в міжособистісній взаємодії та психології сімей[57]. Існує багато теоретичних підходів, які створюють різноманітні концептуальні моделі міжособистісних відносин та свідчать про важливість розуміння психології сімейних відносин, зокрема особливостей гармонізації шлюбно-сімейних стосунків. Подружжя гармонія складається з численних компонентів, серед яких ключовими є рівень культури та вихованості партнерів, індивідуальні якості, національні традиції, звичаї, соціальні установки та цінності, і інші аспекти міжособистісних відносин, сексуальна та поведінкова відповідність[35].

Сім'я – це одна з найважливіших інституцій у житті кожної людини та у суспільстві загалом. Вона є основною одиницею соціальної організації та має велике значення для формування і розвитку особистості, психологічного комфорту, а також для передачі цінностей і культурних традицій від покоління до покоління.

Сім'я – це соціальна група, яка складається з батьків та дітей, які спільно проживають та взаємодіють у певних взаємовідносинах. Вона може приймати різні форми, такі як ядерна сім'я (батько, мати, діти), розширена сім'я (яка включає більше родичів), однобатьківська сім'я (де лише один батько), адаптивна сім'я (де діти не є біологічними дітьми батьків), і багато інших. Однак, незалежно від форми, сім'я є місцем, де люди взаємодіють, спільно долають труднощі, діляться радістю та підтримують один одного. Сім'я є основою для створення стійких особистих зв'язків та важливим чинником для розвитку дітей. Вона надає дітям почуття безпеки, прив'язаності та розуміння, а також вчить соціальним навичкам та цінностям. Сім'я відіграє роль в навчанні дітей моральності, етиці, та соціальній відповідальності[37]. Сім'я також впливає на психологічний розвиток та психічне здоров'я своїх членів. Відносини в сім'ї можуть мати сильний вплив на емоційний стан і самоповагу людини. З одного боку, підтримка та кохання в сім'ї можуть зміцнювати психологічне здоров'я. З іншого боку, конфлікти та напруга в сім'ї можуть викликати стрес та погіршити психічний стан членів сім'ї. Сімейні відносини можуть бути складними, але вони є необхідними для підтримки психологічного та емоційного благополуччя кожного члена сім'ї[41].

Сімейні відносини можуть бути динамічними та еволюційними. Вони змінюються з роками, з розвитком дітей, зі зміною життєвих обставин, та з розвитком суспільства. Наприклад, коли діти стають дорослими та знаходять свої родини, це може призвести до змін у структурі та динаміці сім'ї. Крім того, розлучення батьків, нові шлюби, або сімейні прийоми можуть створювати складні сімейні ситуації, які вимагають адаптації та зміни взаємин. Сім'я може бути місцем навчання та розвитку соціальних навичок, взаємодії з іншими та вироблення моральних цінностей[57]. Діти вчаться від батьків, вони навчаються співпраці, вирішенню конфліктів, та розвивають свої особистість під впливом родинних цінностей та прикладу батьків. Сім'я також може бути місцем вираження та виправдання індивідуальних потреб та бажань. Вона надає можливість людям виразити свою ідентичність та розкрити свій потенціал. У

сім'ї люди можуть відчувати себе прийнятими та коханими, що сприяє психологічному комфорту та самовизначення[33].

На жаль, сімейні відносини також можуть стикатися з конфліктами, напругою, або розривами. Конфлікти в сім'ї можуть виникати через різні причини, такі як різниця в переконаннях, непорозуміння, фінансові проблеми, різні психологічні проблеми. Аналіз теоретичних джерел та практичних досліджень учасників війни та їх родин свідчить, що кожен військовий, який повертається із зони бойових дій та з'єднується з родиною, переживає особливий період. Зазвичай родина, яка довго чекала на повернення бійця, вважала, що подальше функціонування сім'ї буде відбуватися на основі попереднього укладу. Проте, коли демобілізований бійця повертається додому, часто виникає враження, що обидва партнери стають зовсім іншими людьми[39].

Військова служба несе не лише фізичні випробування, але й серйозні емоційні виклики, які впливають на самих військових та членів їхніх сімей. Важливо розглядати ці емоційні переживання в контексті різних етапів військової служби: перед відправленням на військовий фронт, перебуванням на фронті та поверненням додому[58].

Період перед відправленням на військовий фронт є періодом значної нестабільності та напруження. Відокремлення від рідних та близьких, невизначеність майбутнього та свідомість можливості стикання з військовими конфліктами викликають тривогу та стрес. Цей етап може призводити до депресії та відчуття втрати безпеки. Психологічні аспекти цього періоду включають нестабільність емоційного стану, збільшену чутливість до стресових ситуацій та можливість розвитку психосоматичних розладів. Важливо надавати військовим психологічну підтримку та допомагати їм розвивати стратегії копіngu для подолання емоційних труднощів перед розлукою з рідними. Служба на військовому фронті — це період найвищих психологічних випробувань для військовослужбовців[45]. Стресові ситуації, небезпека для життя та відсутність звичних умов життя можуть викликати низку емоційних реакцій. Від тривоги та страху до ейфорії в разі успішних завдань - емоційний



спектр військових різноманітний. Важливо, щоб військові мали доступ до психологічної підтримки та знали ефективні методи копіngu з емоційними труднощами. Здатність виробляти адаптивні стратегії та ефективно управляти стресом стає ключовою для забезпечення психічної стійкості на фронті.

Повернення додому після військової служби також може супроводжуватися серйозними психологічними труднощами[16]. Відчуття неприємності від повсякденного життя, зміна ролей у сім'ї та невпевненість у майбутньому можуть викликати стрес та депресію. Члени сімей військовослужбовців можуть відчувати емоційне виснаження через тривалу відсутність члена сім'ї та страх за його безпеку. Психологічна реабілітація та сімейна підтримка грають важливу роль у процесі адаптації військових до цивільного життя. Розвиток систем психологічної підтримки для військових та їхніх сімей, а також підвищення обізнаності щодо психологічних аспектів військової служби, є критично важливими для забезпечення психічного благополуччя та успішної адаптації до життя після служби[39].

Військові операції та служба в зоні конфлікту завжди були складними та стресовими для військовослужбовців. Багато з них зійшлись з сім'ями, намагаючись відновити своє цивільне життя, але часто вони несуть симптоми посттравматичного стресового розладу. Ці симптоми можуть сильно вплинути на сімейні відносини, і одночасно сім'я може стати сильним регулюючим механізмом у впоранні з ПТСР. Сімейні відносини можуть бути як причиною посилення симптомів, так і частиною регулюючого механізму для подолання цих симптомів[48].

З одного боку, військовий з таким розладом може посилювати гнів, роздратованість, або відчуття відчуженості, і це може впливати на якість сімейних відносин. Сім'я може стати об'єктом виразу гніву, і це може сприяти конфліктам та відстані між військовим та його близькими.

З іншого боку, сім'я може бути важливим фактором підтримки та попередження загострення симптомів. Військовий може знайти необхідну підтримку. Важливе розуміння та співчуття з боку близьких може сприяти

подоланню посттравматичних симптомів. Взаємодія з сім'єю може також допомогти військовому у виробленні адаптивних стратегій для управління стресом та емоціями[50]. Однак, щоб сім'я могла бути ефективним регулюючим механізмом для військового із симптомами ПТСР, важливо, щоб і сама сім'я отримала підтримку та навчалася, як краще реагувати на потреби та симптоми військового. Зазвичай для цього використовуються програми підтримки для сімей військовослужбовців, де навчаються, як розпізнавати ці симптоми, як ефективно спілкуватися з військовим та як надавати підтримку[47].

Наше дослідження має на меті визначити, як сімейна ситуація впливає на подружні стосунки, включаючи рівень задоволеності шлюбом, способи спілкування в родині, розподіл ролей між партнерами, емоційний клімат в родині, відносини між батьками та дітьми, а також підходи до батьківства та інші аспекти.[44]

## **2.2. Програма емпіричного дослідження: обґрунтування вибірки та методів дослідження**

Дослідження психологічних порушень учасників бойових дій включає в себе застосування різних методів, таких як бесіда, анкетування, тестування та проєктивний метод. Бесіда передбачає проведення розмови, під час якої ставляться питання щодо хронологічних та демографічних даних, уточнення психологічних аспектів, ідентифікація типу скарг тощо[46].

Дослідницьку вибірку склали 106 осіб ( $n=106$ ), серед яких було 60 чоловіків (8 з них були розлучені, і 6 неодружені) і 46 жінок. Серед цих учасників, 60% чоловіків перебували в зоні бойових дій принаймні 12 місяців, 16% – від 3 до 6 місяців, 12% – від 6 до 8 місяців, 6% – присутні були в зоні бойових дій від 1 до 3 місяців, та 4% – менше ніж 1 місяць.

Анкетування дозволяє отримати інформацію про події, які відбувалися з бійцями під час бойових дій. Цей метод сприяє кращому розумінню об'єктивності ситуації та є важливою складовою для діагностики учасників

бойових дій. Анкета включає загальні питання, такі як тривалість перебування, отримання посвідчення учасника бойових дій, добровольчий чи мобілізований статус тощо, а також спеціальні запитання, що вимагають висловлення позиції респондента щодо поточної ситуації в Україні, включаючи реальність вирішення військового конфлікту, оцінку дій військового керівництва в зоні бойових дій та готовність респондента повернутись до цієї зони[49].

При використанні тестування основним психодіагностичним інструментарієм є кілька методик, які, на нашу думку, дозволяють діагностувати наявність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) чи його окремих ознак надійно та багатопланово. До основних методик діагностики ПТСР включаються "Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВСТ)" (D.S. Weiss, C.R. Marmar, T. Metzler, 1995) та "Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій" (Т.М. Кеапе та ін., 1987, 1988).

Методика **"Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)"** (Додаток А) (D.S. Weiss, C.R. Marmar, T. Metzler, 1995) має кілька варіантів. Перший варіант цієї шкали був опублікований в 1979 році Горовіцем та співавторами (Horowitz, Wilner et. al, 1979). Опитувальник складається з 15 пунктів, що базуються на самозвіті та виявляють тенденції уникнення або вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події.

Симптоми вторгнення, часто визначені як "нав'язування", включають нічні кошмари, нав'язливі почуття, образи або думки. До другої категорії входять симптоми "уникнення", які виявляються у спробах пом'якшення або уникненні переживань, пов'язаних з травматичною подією, а також у зниженні реактивності[34]. Зміст самозвіту пов'язаний з конкретними життєвими подіями та вимірюваними показниками. Після дослідження Д. Вейс і його колег (Weiss, Marmar, Metzler 1995) вирішили, що Шкала оцінки впливу травматичної події – переглянута (IES – R) може бути більш корисною, якщо вона враховує не лише симптоми ПТСР, такі як вторгнення і уникнення, але й симптоми гіперзбудження, зазначені в діагностичному критерії DSM – IV, які є частиною психологічної реакції на травматичні події. У результаті, "Шкала оцінки впливу

травматичної події – переглянута" розширилася до 22 пунктів. Додання нових 6 пунктів, які утворюють субшкалу "гіперзбудження", призначене для опису таких властивостей, як злість і дратівливість, гіпертрофована реакція переляку, труднощі з концентрацією, психофізіологічне збудження, обумовлене спогадами та безсонням. Один новий пункт вторгнення виявляє стани, схожі на дисоціативні. Симптоми "нав'язування" включають нічні кошмари, нав'язливі відчуття, образи чи думки. До групи симптомів "уникнення" входять ознаки, які виявляються в спробах пом'якшення або уникненні переживань, пов'язаних з травматичною подією, і в зниженні реактивності. Шкала "гіперзбудження" включає показники, такі як злість, дратівливість, гіпертрофована реакція переляку, труднощі із концентрацією, психофізіологічне збудження, зумовлене спогадами та безсонням. Методика включає 22 пункти та 3 шкали: вторгнення, уникнення та фізіологічна збудливість. Респондент повинен вибрати варіант відповіді, який найбільше описує його стан або думки в даний момент, читаючи кожне твердження, і подати відповідь "ніколи", "рідко" чи "інколи". Після цього результати обробляються шляхом підрахунку відповідей і переведення їх у бали. Інтерпретація результатів здійснюється за допомогою ключа, що відповідає 3 21 субшкалам: "вторгнення", "уникнення" та "фізіологічна збудливість".

**Методика "Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій"** (Додаток Б) дозволяє визначити ступінь вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій і базується на ММРІ. Ця клінічна тестова методика була розроблена у 1987 році для діагностики ПТСР у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій. У 1995 році був створений цивільний варіант шкали, який був валідизований на цивільному населенні з діагнозом ПТСР. Опитувальник складається з 35 питань у "військовому" і 39 питань у "цивільному" варіантах. Три основні шкали, що відповідають трьом групам симптомів ПТСР за DSM-III, включають 11 питань про "вторгнення", 11 питань про "уникнення" і 8 питань про "збудливість". Додаткові 5 питань охоплюють симптоми, пов'язані з почуттям провини і суїцидальними думками. Градація шкали, адаптована Н.В. Тарабриною, показує,

що сумарний бал до 70 вказує на мінімальний вплив травматичного досвіду або його відсутність, 70-153 бали вказують на помірно сильний вплив, а понад 153 бали вказують на сильний вплив травматичного досвіду. Шкала демонструє 87% чутливість і 63% специфічність діагностики ПТСР в психічно хворих. В "цивільному варіанті" респондент визначає свою згоду або незгоду з кожним твердженням за шкалою Ліккерта від 1 до 5. Питання, хоча поділені на субшкали, враховуються тільки для розрахунку одного підсумкового коефіцієнта. Деякі питання мають зворотні значення, що знижує ризик упередженості респондента або систематичного заповнення анкети. Результати обробляються шляхом підсумовування балів за кожним критерієм, а їх інтерпретація здійснюється за відповідною таблицею-ключем [20].

Для визначення рівня задоволеності шлюбом ми використовували **тест незакінчених речень** (варіант Л.Сакса та В.Леві) і (авторський варіант Р. П. Федоренко).

**Тест незакінчених речень** (авторський варіант Р. П. Федоренко) (Додаток В) був розроблений для використання серед дружин військовослужбовців з метою аналізу сімейної ситуації, сприйняття чоловіків з новими рисами та якостями, а також прогнозування майбутньої динаміки їхніх сімей. Для досягнення цілей проводилося комплексне психологічне дослідження, в якому використовувався **опитувальник "Розподіл ролей у сім'ї"** (додаток Г) для:

- Визначення основної орієнтації, чи то на почуття обов'язку, чи на досягнення задоволення.
- Встановлення позитивного чи нейтрального ставлення до дітей.
- Аналізу уявлення про сімейні зв'язки як про цінність чи, навпаки, недолік.
- Визначення нахилу до спільної чи роздільної діяльності подружжя в різних сферах, таких як відпочинок, друзі тощо.
- Оцінки позитивного чи негативного ставлення до кохання.
- Орієнтація на традиційне чи нетрадиційне ставлення до жінки.
- Уявлення про важливість матеріальних цінностей у житті людини.

Друга частина опитувальника включає інформацію про фактичний розподіл ролей у родині в семи різних сферах. У цю частину були включені шкали для визначення наступних характеристик сімейної взаємодії[45]:

- Ступінь активності в відстоюванні власних поглядів.
- Оцінка активності іншої людини в відстоюванні своїх поглядів.
- Рівень конфліктності в сім'ї. Конструктивність подружніх сварок.
- Особливості процесу примирення після конфлікту.
- Рівень спілкування між членами сім'ї.
- Терпимість до самостійності у подружній взаємодії.
- Оцінка терпимості до самостійності партнера у подружній взаємодії.

Було ідентифіковано 14 параметрів, які відрізняють традиційні сім'ї від егалітарних і визначають ступінь традиційності сім'ї. Серед них важливі характеристики, такі як:

- Орієнтація на обов'язок, а не на задоволення.
- Ставлення до дітей як головної сімейної цінності.
- Уявлення про необхідність спільних дій в будь-якій ситуації.
- Традиційне уявлення про роль жінки на роботі та вдома.
- Уявлення про те, що функції виховання дітей і підтримки емоційного клімату в сім'ї переважно належать жінці, а матеріальне забезпечення сім'ї чоловікові.
- Можливість лише для чоловіка відстоювати свої погляди, а для дружини - підкорятися в ситуаціях розбіжності з ним.
- Терпимість дружини до автономії чоловіка і нетерпимість чоловіка до автономії дружини.
- Традиційний розподіл ролей у сферах: виховання дітей, емоційний клімат, матеріальне забезпечення.

Параметри від 1 до 7 відображають установки подружжя, в той час як параметри від 8 до 14 описують фактичні взаємини в сім'ї. Кожен з цих 14 параметрів може приймати значення 1 або 0, в залежності від відповіді "за" або "проти" традиційної позиції за цим параметром. Бали подружжя сумуються для

отримання загального індексу статево-рольової диференціації для кожної сім'ї, який теоретично може варіюватися від 0 до 28. Крім загального індексу, було обчислено ще чотири показники:

- За відповідями лише чоловіка;
- За відповідями лише дружини;
- За відповідями обох членів подружжя на шкали блоку "установки";
- За відповідями обох членів подружжя на шкали блоку "реальні взаємини".

Остання методика була запропонований бійцям з метою отримання інформації щодо їхнього оцінювання власної сімейної ситуації та виявлення їхнього ставлення до відносин з найближчим оточенням, а також їхнього минулого та майбутнього. Одним із завдань дослідження особливостей сімейної ситуації учасників війни було визначення рольового розподілу між партнерами[59]. За результатами цієї методики виявлено, що більшість подружніх пар мають значну кількість ролей, які виконує жінка. Серед цих ролей є виховання дітей, забезпечення емоційного клімату в сім'ї, організація розваг, роль господаря дому та організатора сімейної субкультури. Тим не менш, обстежувані учасники вибірки також надають перевагу чоловічим ролям, таким як роль сексуального партнера та матеріального забезпечення сім'ї[39].

**Методику "Незакінчених речень"**, розроблена Д. Саксом та Леві. (Додаток Г) є проєктивною і призначена для збору клінічної інформації у чотирьох ключових сферах адаптації: сім'я, секс, міжособистісні стосунки та самосприйняття. Вона містить 60 пунктів, які виражають 15 установок або відносин, і кожен установку супроводжує чотири пункти для розгляду.

1)Сфера сім'ї включає три набори установок, які стосуються матері, батька і родичів загалом. Кожен набір складається з чотирьох пунктів, які спонукають досліджувану особу висловити свої відчуття та погляди стосовно кожного з батьків і сім'ї вцілому. Наприклад, речення *"Моя мати і я..."*, *"Якби тільки мій батько..."*, і *"В сім'ї до мене ставляться..."* є прикладами таких пунктів. Ця методика передбачає, що навіть якщо досліджувана особа вагомо обирає слова

та може уникає відповідей, вона надає корисну інформацію щонайменше щодо одного з чотирьох пунктів.

2)Сфера сексу включає погляди на жінок та гетеросексуальні стосунки. В цій галузі є вісім пунктів, які дають респондентам можливість висловити свої думки та уявлення щодо жінок як соціальних осіб, шлюбу та сексуальних стосунків загалом. Запитання типу *"Я думаю, що більшість дівчат..."*, і *"Якби у мене були сексуальні стосунки..."* є стандартними для цієї сфери.

3)Галузь міжособистісних взаємин включає установки стосовно друзів, знайомих, колег по роботі або у школі, начальника на роботі або в школі, і підлеглих. Шістнадцять різних тем в цій області дозволяють респонденту висловити свої відчуття та переконання щодо відносин зі своїм навколишнім середовищем поза сім'єю. Пропозиції, такі як *"Коли мене немає, мої друзі..."*, *"Коли я бачу, що йде начальник..."*, *"Люди, які на мене працюють..."* і *"На роботі я найкраще ладнаю з..."*, є прикладами тем у цій галузі.

4)Сфера самосприйняття включає в себе страхи, відчуття провини, поставлені цілі та відносини до власних здібностей, минулого та майбутнього. Установки, які висловлюються в цій галузі, надають психологу уявлення про те, як досліджуваний особисто сприймає себе, ким він є, яким він був, яким він хоче стати та яким, на його думку, він стане. Серед 24 пунктів у цій галузі можна знайти запитання типу *"Я б хотів позбутися страху..."*, *"Моєю найбільшою помилкою було..."*, *"Я вважаю, що у мене є здібності..."*, *"Коли я був маленьким..."*, *"Одного разу я..."*, *"Найбільше в житті я хочу..."*. Щодо проведення процедури тестування, перед досліджуваною особою надається така інструкція: *"У вас перед вами шістдесят незавершених речень. Прочитайте кожне з них і завершіть його, записавши перше, що приходить вам на думку. Робіть це швидко, за можливість швидко. Якщо вам важко дати відповідь на якийсь пункт, просто обведіть його номер і поверніться до нього пізніше."* Респонденти іноді запитують, чи можна надавати "розумні" відповіді. Вам відповісти, що "розумні" відповіді - це ті, що виникають як спонтанна реакція на



кожний конкретний пункт, і що респондент не повинен надто довго розмірковувати, намагаючись знайти логічне завершення. Іноді респонденти питають, чи вони повинні відповідати лише одним словом. Варто пояснити, що дозволено відповідати як одним словом, так і фразою, і що спонтанність важлива. Якщо респонденти запитують про сенс слів на початку пропозиції, слід пояснити, що важливий сенс кожного пункту - це те, як вони його розуміють, і що їхні відповіді мають відображати їхнє власне розуміння пропозиції. Коли респондент готовий відповісти на перше питання, слід відзначити час початку тесту у верхньому правому куті аркуша. Коли він завершує тестування, слід відзначити час завершення. В процесі тестування необхідно акуратно і уважно проводити опитування. Діагност вибирає пункти, які можуть бути інтерпретовані або мають особливе значення, і просить респондентів "розповісти більше". Дана процедура служить для розкриття значення відповідей та отримання більш детальної інформації.

Одним із пацієнтів, який переживав депресію та був малопродуктивним, було сказано наступне: *"Мій найяскравіший спогад з дитинства - це нещасний випадок"*. Попросивши його розповісти більше деталей, він поділився історією, що сталася, коли йому було 5 років. Граючись на кухні з іншою дитиною, він випадково перекинув чайник з окропом, який обпik його товариша, призводячи до смерті останнього. З часом він зміг обговорити цей інцидент зі своїм психотерапевтом. Хоча стандартний метод передбачає, що респондент має зафіксувати стимул і відповісти на нього письмово, для деяких тривожних респондентів кориснішою може бути усна бесіда та запис їхніх відповідей. Цей процес допомагає розрядити нервові напруження. Такі досліджувані часто використовують тест як стимул для вираження своїх почуттів і потім повідомляють, що вони відчувають себе краще. Усний метод також надає можливість визначити конкретні теми, на яких респондент застряг, спостерігаючи за часом реакції, змінами в фізіології, виразом обличчя, тоном або інтонацією голосу і загальною поведінкою.

Інтерпретація проводиться шляхом аналізу оціночного листа, на якому об'єднані чотири стимульні пункти та відповіді респондента до кожного з них. Наприклад: ставлення до батька - *мені здається, що мій батько мало працює. Якби лише мій батько став кращим. Я хочу, щоб мій батько помер. Мені здається, що мій батько нехороша людина.* Виділені слова курсивом відображають відповіді респондента. Ці чотири відповіді аналізуються спільно для отримання клінічного уявлення про установки респондента у цій області. У цьому конкретному випадку, робиться висновок: "Високий рівень ворожості і презирства, разом із бажанням смерті". Після чого надається оцінка рівня розладу у респондента в цій галузі, з використанням наступної шкали:

- 2 бали: Серйозні розлади. Потрібна допомога психотерапевта для роботи над емоційним конфліктом в цій сфері.
- 1 бал: Невеликі розлади. Існує певний емоційний конфлікт в цій сфері, але його можна подолати без допомоги психотерапевта.
- 0 балів: Відсутні помітні розлади в цій сфері.
- X: Невідомо. Недостатньо відомостей для визначення.

Цей метод ранжування відрізняється від процедури, яку використовують інші автори, що займалися методикою завершення речень. Зазвичай традиційний метод оцінює окремі відповіді та потім отримує оцінку адаптації, обчислюючи окремі бали. Проте автор, який розробив цей тест, вважає, що більш доцільно визначити області розладів і оцінювати їх, аналізуючи всі відповіді в комплексі. Звісно, валідність цієї оцінки залежить від клінічного досвіду та кмітливості дослідника, а також від інформації, наданої респондентом[29]. Далі проводиться аналіз та оцінка окремих установок з використанням наступних кроків: оцінка тверджень з тих сфер, де респондент проявив найбільше виражені порушення установок. Опис взаємозалежності між установками щодо змісту. Цей аналіз часто розкриває динаміку факторів у конкретному випадку. Наприклад, респондент №1 оцінив свою матір як "занадто знервовану" та "дріб'язкову". Він вважає, що ці характеристики є спільними для більшості матерів. Він виражає переконання, що батьки «надто сильно люблять своїх дітей та розбаловують їх».

Він стверджує, що його сім'я є "звичайною", але звертає увагу на те, що його ставлення до нього є "дитячим". Він виражає вороже ставлення до жінок, розглядаючи їх як "ненадійних осіб, на яких не можна покладатися". Він має обережне ставлення до шлюбу та вважає, що "шлюб є хорошим, якщо всі деталі вже обговорені". Він вважає свого батька доброю людиною, але бажав би, щоб той "менше його обмежував". Він має презирливе ставлення до керівництва і не терпить дріб'язкових людей. Його найскравіший спогад про дитинство: "Зі мною було обмежено". Він відчуває тривогу за свою власну безпеку і у складних ситуаціях схильний відступати. Крім того, він вірить у свої можливості "здійснити щось значуще в майбутньому". Він має позитивний та майже нереалістично оптимістичний погляд на майбутнє і вірить, що "одного разу він зможе заробити мільйон" [35].

**"Шкала вдячності" (Gratitude, Resentment, and Appreciation Scale, GRAS)** (Додаток Д) є інструментом для вимірювання різних аспектів вдячності. Цю шкалу розробили П. Воткінс, К. Вудворд, Т. Стоун і Р. Кольтс. Шкала включає в себе ряд питань або тверджень, на які респонденти відповідають залежно від свого ставлення до власних почуттів вдячності, розгнівання та вдячності в різних ситуаціях. Це інструмент може використовуватися у дослідженнях або в практиці для оцінки рівня вдячності у людей. Опис опитувальника "Gratitude Resentment and Appreciation Scale" досить детальний. За допомогою цього інструменту можна оцінити рівень вдячності особи і отримати інсайти в її ставлення до життя та взаємин з іншими людьми[58].

Зазначені питання стосуються різних аспектів життя, включаючи взаємодію з іншими, сприйняття природи, самооцінку та емоційний стан. Шкала використовує 5-бальну систему для оцінки відповідей, що сприяє об'єктивності та легкості аналізу результатів.

Інструкція чітко пояснює респондентам, як вони повинні оцінювати свої відповіді, і закликає їх виражати свої справжні почуття. Важливо, що інструкція заохочує чесність та відвертість у відповідях. Також, надано короткий опис методики обробки результатів, вказуючи на три умовні групи вдячності. Це може

бути корисним для спрощення інтерпретації результатів дослідження.

Опитувальник складається з 16 пунктів, які ставляться у формі тверджень. Кожне твердження призначене для оцінювання ступеня вдячності досліджуваного.

Установки та приклади:

*"I couldn't have gotten where I am today without the help of many people."*

- (Я не зміг би стати тим, ким я є сьогодні, без допомоги багатьох людей.)

*"Life has been good to me."*

- (Життя було добрим до мене.)

*"There never seems to be enough to go around and I never seem to get my share."*

- (Завжди здається, що на всіх не вистачить, і я ніколи не отримую свою частку.)

*"Oftentimes I have been overwhelmed at the beauty of nature."*

- (Часто я був приголомшений красою природи.)

*"Although I think it's important to feel good about your accomplishments, I think that it's also important to remember how others have contributed to my accomplishments."*

- (Хоча я вважаю, що важливо відчувати задоволення від своїх досягнень, я думаю, що також важливо пам'ятати, як інші сприяли моїм досягненням.)

*"I really don't think that I've gotten all the good things that I deserve in life."*

- (Я справі не думаю, що отримав у житті все те хороше, на що заслуговую.)

*"Every Fall I really enjoy watching the leaves change colors."*

- (Щоосені мені дуже подобається спостерігати, як листя змінює колір.)

*"Although I'm basically in control of my life, I can't help but think about all those who have supported me and helped me along the way."*

- *(Хоча я в основному контролюю своє життя, я не можу не думати про всіх тих, хто підтримував мене і допомагав мені на цьому шляху.)*

*"I think that it's important to 'Stop and smell the roses.'"*

- *(Я вважаю, що важливо відволікатися від суєти.)*

*"More bad things have happened to me in my life than I deserve."*

- *(У моєму житті сталося більше поганих речей, ніж я заслуговую.)*

*"Because of what I've gone through in my life, I really feel like the world owes me something."*

- *(Через те, що я пережив у своєму житті, я справді відчуваю, що світ мені щось винен.)*

*"I think that it's important to pause often to 'count my blessings.'"*

- *(Я думаю, що важливо часто робити паузи, щоб бути вдячним за те, що маєш.)*

*"I think it's important to enjoy the simple things in life."*

- *(Я вважаю, що важливо насолоджуватися простими речами в житті.)*

*"I feel deeply appreciative for the things others have done for me in my life."*

- *(Я відчуваю глибоку вдячність за те, що інші зробили для мене в моєму житті.)*

*"For some reason I don't seem to get the advantages that others get."*

- *(Чомусь я не отримую тих переваг, які отримують інші.)*

*"I think it's important to appreciate each day that you are alive."*

- *(Я думаю, що важливо цінувати кожен день, що ти живеш.)*

Бали, які досліджувані присвоюють кожному твердженню, усереднюються для отримання загального показника вдячності. Цей показник може лежати в межах від 16 до 80. Результати можуть бути інтерпретовані у контексті трьох умовних груп: низька (16-37), середня (38-59) та висока (60-80) вдячність. Цей опитувальник дозволяє глибоко вивчати вдячність, оцінюючи реакції досліджуваних на різні сфери життя та стосунків. Використання визначених

тверджень дозволяє створити комплексний погляд на індивідуальні відчуття вдячності.

**Побудова питань:**

- Питання збалансовані та різноманітні, враховуючи різні аспекти вдячності, відносин з іншими, індивідуальні та природні елементи.
- Використано висловлення, що дозволяє досліджуваним легше визначити свої справжні почуття.

**Мова та переклад:**

- Використання чіткої та лаконічної мови для уникнення можливих непорозумінь.
- Переклад тексту на українську мову зберігає сенс та прагнення авторів.

**Балювання:**

- Застосування 5-бальної шкали для дозволу досліджуваним висловлювати свої відчуття з більшою точністю.
- Інструкція надає чіткі пояснення для кожного балу.

**Методологія:**

**Аналіз результатів:**

- Сума балів дозволяє отримати загальний показник вдячності для кожного досліджуваного.
- Групи (низька, середня, висока) надають контекст для порівняння та інтерпретації результатів.

**Надійність та валідність:**

- Дослідження розроблено та апробовано в чотирьох серіях, що свідчить про його надійність.
- Питання можуть бути перевірені щодо внутрішньої надійності та конструктивної валідності.

**Інтерпретація результатів:**

- Відсутність жорсткої шкали інтерпретації дає можливість розглядати кожен випадок індивідуально.

- Заохочує аналіз контексту та особистих особливостей досліджуваних.

Застосування:

- Може використовуватися у психологічних та соціальних дослідженнях для вивчення впливу вдячності на різні аспекти життя та стосунків.

- Застосовується в практиці для оцінки рівня вдячності в індивіда та розробки індивідуалізованих підходів.

Отже, опитувальник "Gratitude Resentment and Appreciation Scale" є комплексним інструментом для вимірювання вдячності. Він не лише враховує різноманітні аспекти цього емоційного стану, але й надає можливість глибокого розуміння особистого відношення до себе, інших та навколишнього середовища. Це дозволяє дослідникам та практикам здійснювати якісні аналізи вдячності, розглядаючи її в широкому контексті життя людини[52].

### 2.3 Аналіз результатів дослідження

Військові надсилали наступні основні запити: порушення сну, депресія, відчай, розчарування, почуття відчуження, підвищена дратівливість, спалахи гніву, апатія, втрата сенсу існування, брак бажання планувати майбутнє, агресивність, намагання вирішувати життєві проблеми фізичним тиском, безсоння, небажання взаємодіяти з оточуючим світом і відкривати свій внутрішній світ, невмотивована агресія, схильність до вживання алкоголю, емоційне "вигорання" або блокування емоцій, а також фобії різного характеру[13]. Сім'ї бійців часто ставили питання про те, як поводитися, коли повертається інша особа з війни, яка важко розуміється, швидко дратується або проявляє агресію, а також як допомогти їй змінити це становище. Діти, які були на території конфлікту, часто виявляли такі проблеми як дратівливість, страхи, тривога, проблеми зі збереженням уваги, страх смерті та відсутність бажання гратися[19].

Під час аналізу психологічних характеристик учасників бойових дій, було виявлено, що більшість з них вимагає медикопсихологічного обстеження та підтримки[5]. Саме через це ми провели емпіричне дослідження, спрямоване на розкриття психологічних особливостей переживання посттравматичного стресового розладу серед учасників бойових дій та їх сімей.

Дослідницьку вибірку склали 106 осіб (n=106), серед яких було 60 чоловіків (8 з них були розлучені, і 6 неодружені) і 46 жінок. Серед цих учасників, 60% чоловіків перебували в зоні бойових дій принаймні 12 місяців, 16% – від 3 до 6 місяців, 12% – від 6 до 8 місяців, 6% – присутні були в зоні бойових дій від 1 до 3 місяців, та 4% – менше ніж 1 місяць. Важливо відзначити, що вибірка не обмежувалася жителями міста Рівне та Рівненської області, а включала осіб із різних регіонів України. В цьому емпіричному дослідженні не розглядалися показники, такі як освіта, релігійні уподобання, рівень доходів, політичні переконання тощо.

У рамках емпіричного дослідження були використані такі методи: бесіда, анкетування та тестування. За результатами анкетування виявлено, що 68% опитуваних чоловіків були мобілізовані, тоді як лише 32% вступили в добровольчі загони. За обсягом досвіду служби в Збройних Силах, 34% відзначили, що мали досвід служби, тоді як у 66% він відсутній. Деякі учасники дослідження висловлювали різні підходи до можливості повернутися в зону війни. Існували і ті, які стверджували, що в принципі готові повернутися як учасники бойових дій, але в цьому не відчують бажання. Мотиви тих, хто відмовився повертатися у зону бойових дій були різними, і вони включали в себе "потребу в підтримці родини", "незадоволеність вищим керівництвом", або просто "не готові під жодними умовами через брехню з боку окремих щаблів політичного керівництва".

За результатами **"Шкали оцінки впливу травматичної події"** і (ШОВТП) (Додаток А) (Impact of Event Scale – R-1ES-R) (D.S. Weiss, C.R. Marmar, T. Metzler, 1995) виявлено три переважаючих типи реагування на травматичну подію – уникнення, фізіологічна збудливість та вторгнення.



Дослідження показало, що основним типом реагування на травматичну подію є захисний механізм "уникнення", що виявився притаманним 41,6% досліджуваних із загальної вибірки. У військових з цим захисним механізмом спостерігається виражене зниження інтересу до раніше цікавих справ. Вони відчувають сильну апатію, втрату сенсу існування, що призводить до небажання планувати своє майбутнє. Далі, обговорення розкрило такі особливості захисного механізму "уникання":

- Почуття відстороненості та відчуженості від інших.
- Відчуття самотності, власної нікчемності та відкинутості.
- Невпевненість у собі.
- Загальна депресія.

Також, як наслідок "уникання", спостерігається емоційна притупленість, що ускладнює вираження і відчуття любові та радості. Усі досліджувані особи з цим захисним механізмом настільки уникають всіх зв'язків з травматичною подією, що не дозволяють навіть згадувати її - думки, розмови, дії, місця або люди, що нагадують про травму. Крім того, спостерігаються порушення пізнавальної сфери, зокрема, пам'яті та концентрації уваги.

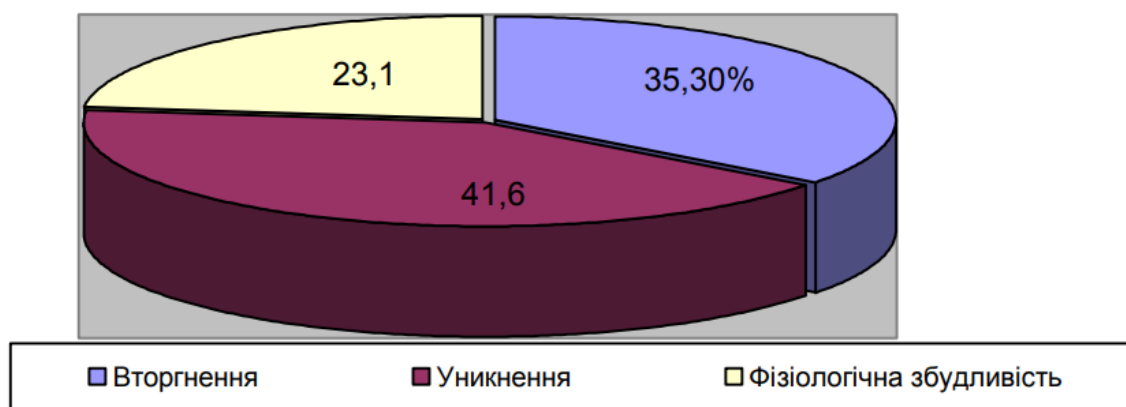
Серед тих, хто проявляв "уникнення", часто спостерігалася зростаюча агресивність, їхні реакції на життєві труднощі включали в себе прагнення вирішувати всі конфлікти за допомогою фізичного тиску (грубої фізичної сили), вербальної або емоційної агресивності. Невмотивовані приступи гніву часто переростали в напади лютості[48]. Військові з цим захисним механізмом виражено відкидали будь-які роздуми і переживання стосовно травматичної події. Це призводило до бажання вести відсторонене, ізольоване життя і втрати інтересу до колишніх життєвих цінностей. Деякі досліджувані висловлювали часті думки про швидку смерть. Ангедонічна симптоматика (втрата радості від раніше приємних речей) стала джерелом додаткового страждання для осіб із ПТСР. 35,3% досліджуваних виявили схильність до такого захисного механізму, як "вторгнення". Цей захисний механізм проявлявся обмеженою емоційною участю у поточній ситуації, зниженням інтересів і відсутністю перспектив на

майбутнє. Люди, у яких переважав механізм "вторгнення", часто страждали від нічних кошмарів, настання паніки, нав'язливих образів та думок, пов'язаних з травматичною подією[4]. "Вторгнення" означало, що захисні механізми були уже неефективними. Це призводило до появи флешбеків, специфічного симптому, коли учасники бойових дій без явної причини повторно переживали ті самі емоції, які вони відчували під час травматичних подій. Це супроводжувалося гострими приступами страху, паніки або агресії.

"Фізіологічна збудливість" виявлена у 23,1% осіб, і симптоми цього типу реакції на травматичну подію включали в себе:

- Труднощі при засинанні (безсоння).
- Підвищена дратівливість.
- Труднощі з концентрацією уваги.
- Спалахи гніву та вибухові реакції.
- Невмотивована надпильність.
- Підвищена готовність до "реакції втечі".

У більшості військових такі симптоми сприяли підвищенню ймовірності вживання алкоголю, зниженню рівня переживання позитивних емоцій, викликали їх "вигорання" та "блокаду". Багато з них також відзначали знижений настрій, симптоми фобічних проявів різного характеру та надмірну реакцію, а також зростання загальної агресивності[60].

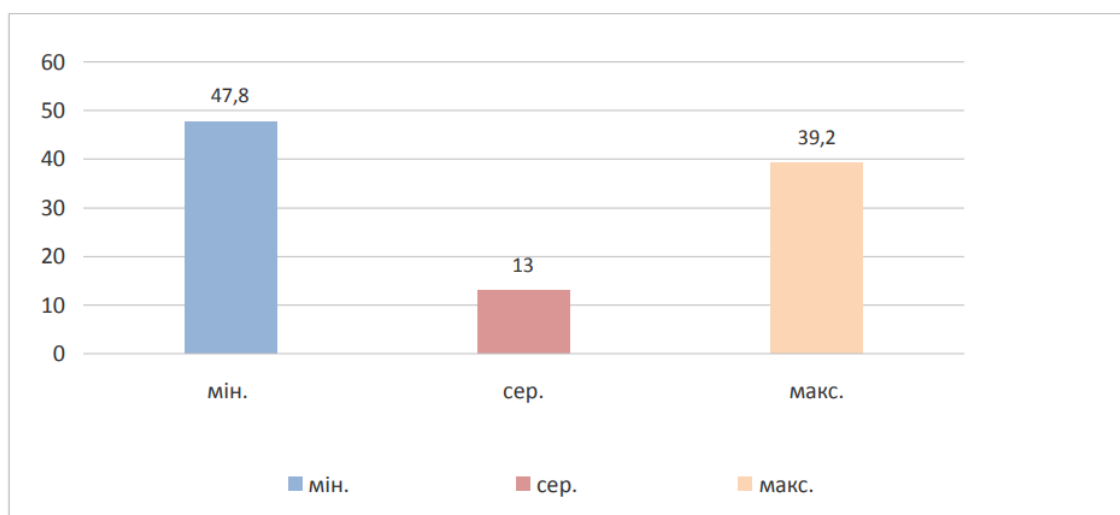


**Рис. 2.1. Домінуючі типи реагування військових на травматичну ситуацію, %**

На основі даних, поданих на рисунку 2.1, можна визначити, що військові проявляють домінуючі типи реагування на травмуючу ситуацію:

- Вторгнення;
- Уникнення;
- Фізіологічна збудливість.

Методика "**Міссісіпська шкала посттравматичних стресових реакцій**" (Додаток Б) показала, що 39,2% (42 респонденти, здебільшого чоловіки) мають високий рівень реакції на стрес, 13% (14 респондентів, чоловіки і жінки в рівній кількості) - середній, і 47,8% (50 респонденти, здебільшого жінки ветеранів) - мінімальний рівень впливу посттравматичного стресу. Значення цих результатів означає, що 39,2% респондентів мають високий рівень реакції на стрес, що проявляється в звуженні свідомості та уваги, дезорієнтації, гіперактивності, панічних реакціях, а також частковій амнезії. Середній рівень реакції (13%) характеризується нав'язливими спогадами, нічними жахіттями, емоційною притупленістю, відчуженістю, безвідповідальністю і уникненням. Найнижчий рівень реакції (47,8%) включає суб'єктивний дистрес і відсутність суїцидальних намірів, а також провини за те, що залишились живими.



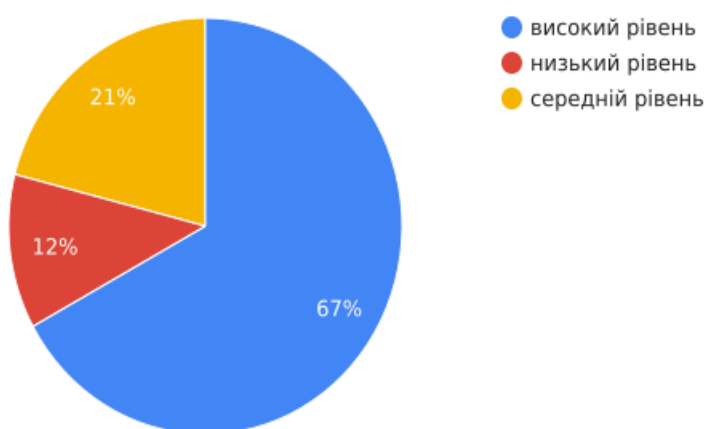
**Рис. 2.2. Показники прояву посттравматичних реакцій , %**

З рисунку 2.2 видно, що одна третина учасників бойових дій має високий рівень реакції на стрес. Цей рівень реакції проявляється у звуженні свідомості та

уваги бійців, дезорієнтації та неможливості повністю усвідомити стресові фактори.

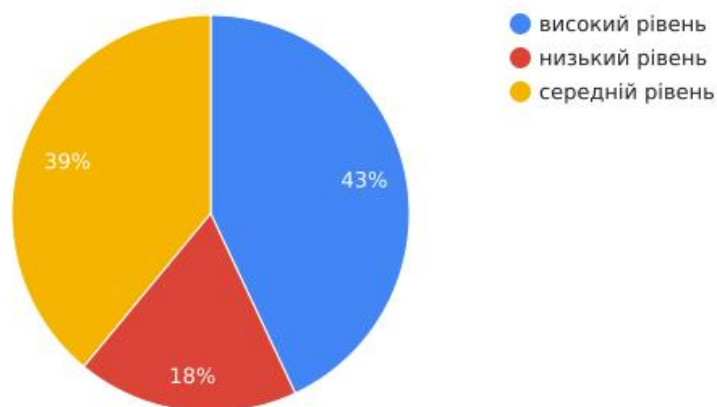
Для аналізу впливу подружніх відносин і вдячності на адаптивну регуляцію військових з ПТСР та їх сімей, ми провели наступне дослідження, в рамках якого було декілька завдань. Ми використали різні методи для вивчення вдячності і сімейної ситуації та їх впливу на осіб з ПТСР, зокрема, ми аналізували рівень задоволеності шлюбом, особливості комунікації в сім'ї, розподіл ролей між партнерами і емоційний клімат в сім'ї.

Для визначення рівня вдячності і його впливу ми використовували «Шкалу вдячності» (**Gratitude Resentment and Appreciation Scale**) (Додаток Д) П. Воткінса, К. Вудворда, Т. Стоуна і Р. Кольтса. Однією з основних цілей нашого дослідження було визначення рівня вдячності серед учасників війни і їхніх дружин, які були включені в нашу вибірку. Для цього ми розділили учасників на три групи за показниками прояву посттравматичних реакцій. Результати дослідження показали, що учасники першої групи з мінімальним рівнем впливу посттравматичного стресу мали високий рівень вдячності - а саме 67%, 12% мали низький рівень вдячності, 21% - середній рівень вдячності.



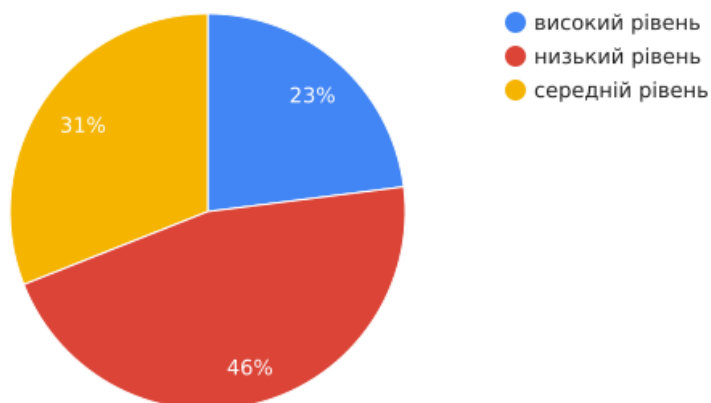
**Рис. 2.3. Показники прояву посттравматичних реакцій**

Учасники другої групи, у яких середні показники прояву посттравматичних реакцій, показали такий результат - 43% - високий рівень вдячності, 18% - низький рівень вдячності, 39% - середній рівень вдячності.



**Рис. 2.4. Показники прояву посттравматичних реакцій**

Учасники третьої групи, у яких високі показники прояву посттравматичних реакцій, показали такий результат - 23% - високий рівень вдячності, 46% - низький рівень вдячності, 31% - середній рівень вдячності.



**Рис. 2.5. Показники прояву посттравматичних реакцій**

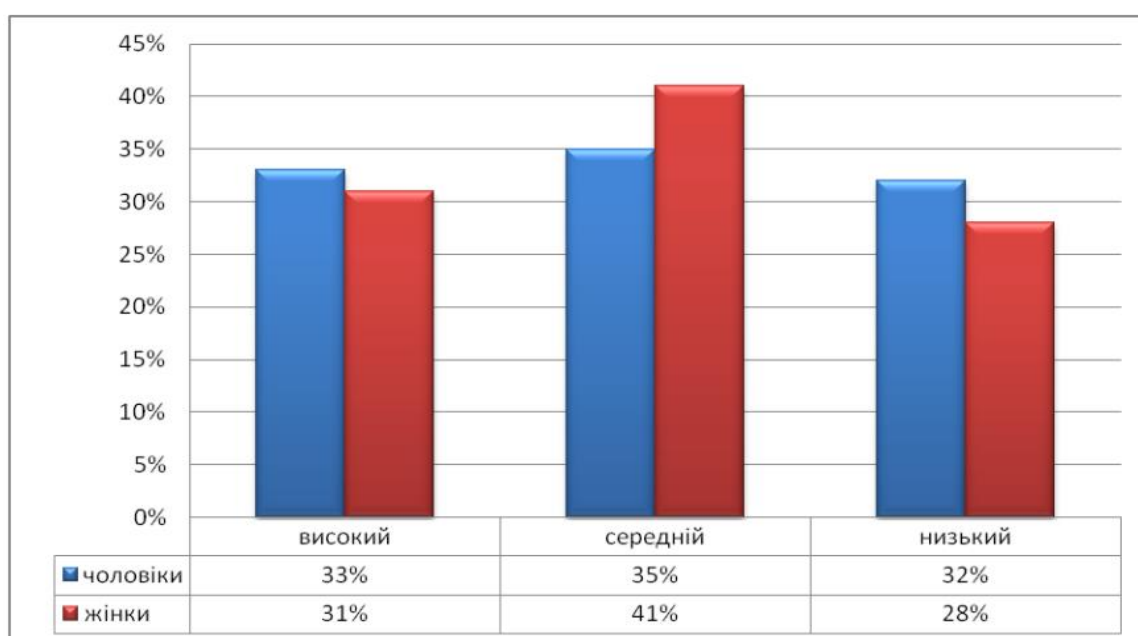
Отже, згідно з нашим емпіричним дослідженням, можна зробити висновок, що учасники, які отримали найвищі бали проходячи опитувальник «Шкала вдячності» (Gratitude Resentment and Appreciation Scale) мали найнижчий рівень прояву посттравматичних реакцій.

Для визначення рівня задоволеності шлюбом ми використовували **тест незакінчених речень** (варіант Л.Сакса та В.Леві) і **тест незакінчених речень** (авторський варіант Р. П. Федоренко). Однією з основних цілей нашого дослідження було визначення рівня задоволеності подружніми взаєминами серед осіб з ПТСР, які були включені в нашу вибірку. Результати дослідження показали, що відношення до подружніх взаємин були переважно на середньому рівні, і це стосується як чоловіків, так і жінок. Варто відзначити, що високий рівень задоволеності був характерний для чоловіків більше ніж для жінок. Проте, низький рівень задоволеності був виявлений у 32% чоловіків і 28% жінок (див. Таблицю 2.1 і Рисунок 2.3)

Таблиця 2.1

**Кількісні показники задоволеності подружніми взаєминами, (особи)**

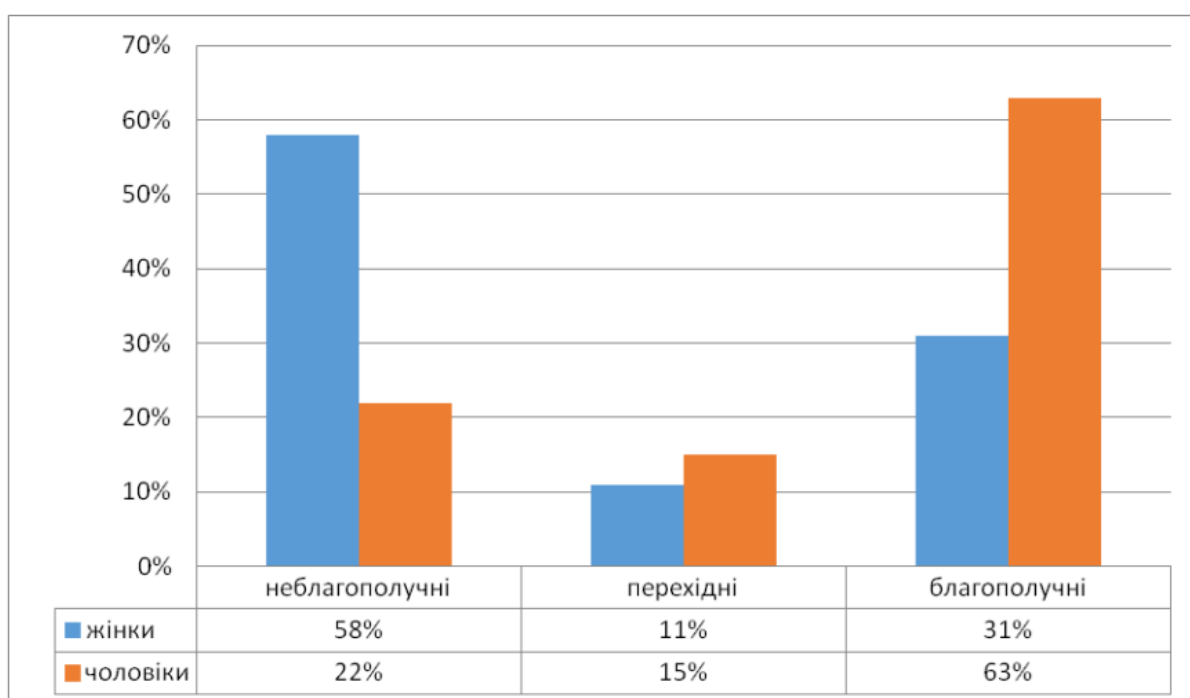
<i>Рівень задоволеності шлюбом</i>	<i>Чоловіки</i>	<i>Жінки</i>
<i>Високий</i>	20	14
<i>Середній</i>	21	19
<i>Низький</i>	19	13



**Рис. 2.6. Відсоткові показники задоволеності подружніми взаєминами**

Наступним кроком у нашому дослідженні було вивчення задоволеності шлюбно-сімейними стосунками досліджуваних пар за допомогою **тесту незакінчених речень (авторський варіант Р. П. Федоренко)**. (Додаток В) Отримані результати показали, що серед обстежуваних жінок задоволеність шлюбом становить значно менший відсоток (31%), ніж задоволеність чоловіків (63%).

У більшості подружніх пар ролі виконуються головним чином жінками. Ці ролі включають виховання дітей, створення емоційної атмосфери в сім'ї, організацію відпочинку, роль господаря та організатора сімейної культури. Ці показники свідчать, що більшість чоловіків віддають перевагу таким ролям, як сексуальний партнер і матеріальний гарант сім'ї[46]. Наше дослідження також включає аналіз відносин чоловіків зі своїми матерями та батьками. Результати показали, що чоловіки, незалежно від їх задоволеності шлюбом, можуть мати як позитивні, так і негативні відносини зі своїми матерями. Більшість чоловіків з високим рівнем задоволеності шлюбом зберігають добрі та теплі стосунки зі своїми матерями, як це вказують їхні відповіді в тесті незакінчених речень.



**Рис. 2.7. Відсотковий розподіл задоволеності шлюбом чоловіків та жінок**

Результати тесту **незакінчених речень** також вказують на те, що, на думку жінок, розлад партнера може сприяти збільшенню вживання алкоголю та виникненню конфліктної поведінки. Дослідження також показало, що в сім'ях, де жінки виявили низький рівень задоволеності подружніми стосунками, часто існує думка про те, що, якби не повномасштабне вторгнення, то сім'я вже давно розпалася б. Більшість жінок із таких сімей вважають, що тему війни потрібно залишити в минулому, а чоловіки, які повернулися живими, повинні бачити майбутнє, а не зависати на спогадах.

З іншого боку, жінки, що виявили високий та середній рівень задоволеності подружніми взаєминами, більше розуміють потребу і бажання чоловіків поділитися своїми емоціями. Вони часто висловлюють бажання того, щоб чоловіки ділилися своїми враженнями, і вважають, що це сприятиме підтримці їхніх партнерів.

Отож, учасники з високим і середнім рівнем ПТСР (здебільшого чоловіки) і низьким або середнім рівнем вдячності мають високий і середній рівень задоволеності шлюбом. Це можна пояснити страхом ветеранів війни залишитися на самоті зі своїм розладом.

Також результати показали, що учасники з низьким і середнім рівнем ПТСР (здебільшого жінки) і середнім рівнем вдячності, мають середній і нижчий рівень задоволеності шлюбом. Це можна пояснити тим, що у більшості подружніх пар ролі виконуються головним чином жінками. Ці ролі включають виховання дітей, створення емоційної атмосфери в сім'ї, організацію відпочинку, роль господаря та організатора сімейної культури. Слід відзначити, що більшість дружин, під час відсутності чоловіка, стикалися з різними проблемами та змушені були самотійно їх вирішувати. Ми помітили, що у сім'ях, де задоволеність подружніми взаєминами була низькою, часто партнер звинувачувався, що дружині доводилося робити щось самотійно під час його відсутності. Зазвичай ця тема ставала об'єктом табу для обох партнерів, оскільки вона спричиняла агресію у дружини. Остання вважала, що обговорення війни та перебування чоловіка в ній має залишитися в минулому.



## Висновки до розділу 2

Психологічне дослідження психологічних особливостей переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) військовим дозволило зробити наступні висновки:

- При дослідженні ПТСР виявлено, що більшість військових потребують додаткового медико-психологічного обстеження та супроводу.
- Основними ознаками переживання ПТСР військовими є порушення сну, прояви депресії, загальна тривожність, агресія, невмотивована пильність, зловживання алкогольними напоями та лікарськими препаратами, невимушені спогади, почуття провини, "вибухова" реакція, порушення пам'яті, концентрації уваги та притупленість емоцій.
- Військові використовують захисні механізми, щоб уникнути обговорення травмуючих подій, які вплинули на їх емоційний, психологічний та фізіологічний стан. Вони вибирають такий захисний механізм, як "уникання," і не бажають "вторгнення" в їх емоційну сферу.
- Психологічна травма відобразилась на фізіологічному стані деяких військових, проявляючись у безсонні, надмірній пильності, виснажливості та втечі в алкогольну та інші залежності.
- В учасників бойових дій наявна дисоціація, яка проявляється у різних станах, таких як відчуття себе в іншому місці, ілюзії, відчуття втрати реальності, "випадіння з реальності," перекручування часу та нездатність згадати найважливіші моменти травми.
- Психосоматичні порушення у бійців проявляються на функціональному, емоційному, поведінковому та пізнавально-аналітичному рівнях.
- Найбільші порушення виявлені у функціональній сфері, зокрема у сні, роботі серцево-судинної системи та системі вегетативного нервового регулювання.

- Найвищі показники порушень виявлені в групі функціональних проблем, включаючи труднощі зі сном, роботу серцево-судинної системи та пізнавально-аналітичні порушення, такі як увага та концентрація.
- Основні порушення пам'яті свідчать про те, що бійці починають забувати важливі дати та події, мають труднощі у запам'ятовуванні інформації, яку раніше легко запам'ятовували, і мають проблеми зі згадуванням інформації, яку раніше завжди пам'ятали. Проблеми зі сприйманням виявляються в втраті здатності об'єктивно оцінювати події і сприймати їх чітко. Осередок сприймання стає обмеженим і обмежується подіями, які відбуваються в зоні військової операції.
- Спроба уникнути проблем може проявлятися в тому, що досліджуваним не цілком притаманне уникнення думок і ситуацій, які нагадують про проблему. Показники "проблема у виконанні службових чи домашніх обов'язків" свідчать про те, що досліджувані можуть скаржитися на труднощі та небажання виконувати свої обов'язки на роботі або вдома, навіть якщо ці обов'язки раніше не викликали труднощів.
- Досліджувані можуть відчувати втому та важкість у тілі, тому вони часто уникають будь-якої роботи і навіть думок про неї. "Поглинання проблемою" вказує на те, що досліджувані можуть часто страждати від думок, які змушують їх пригадувати стресові ситуації, і можуть мати проблеми зі сном.
- Військові можуть мати загострену реакцію на посттравматичний стресовий розлад, яка проявляється в звуженні свідомості та уваги, дезорієнтованості та неможливості повністю усвідомити стресові фактори, а також можуть виникати панічні розлади і психосоматичні симптоми.

Аналіз результатів проведеного дослідження військових та їхніх подружніх пар привів до наступних висновків:

- Вивчення задоволеності шлюбно-сімейними взаєминами показало, що чоловіки в цьому відношенні відзначаються вищими результатами, ніж жінки.

- Незадоволеність шлюбом у жінок часто пов'язана з розподілом ролей та особистістю партнера.
- Усі чоловіки, незалежно від ступеня задоволеності подружніми стосунками, надають велике значення поняттям "сексуальні стосунки" та "діти".
- У жінок, які не задоволені шлюбом, сексуальним стосункам приділяється менше уваги.
- Відношення до можливості розлучення відрізняються у чоловіків і жінок.
- У жінок, низька задоволеність шлюбом часто веде до бажання розлучитися, проте вони також високо оцінюють "майбутнє".
- У більшості чоловіків, незалежно від ступеня задоволеності шлюбом, ідея "розлучення" має низьку важливість.
- Важливо також відзначити, що низька задоволеність шлюбом у чоловіків пов'язана з низькою оцінкою "майбутнього".
- Велика кількість чоловіків виявила наявність конфліктних ситуацій зі своєю матір'ю, особливо у спогадах про дитинство, і неприйняття стосунків з нею.

Усі ці психологічні висновки стають важливими вказівками для психотерапевтів, психоконсультантів і практичних психологів у проведенні роботи з цією категорією осіб. Вони допомагають фахівцям визначити, на що треба акцентувати увагу у психологічній підтримці і вибрати ефективні методи консультування та терапії, спрямовані на подолання кризових станів, подолання психологічної травми та формування нових, більш корисних моделей поведінки.

## ВИСНОВКИ

Аналіз теоретичних джерел та практичних досліджень учасників війни та їх родин свідчить, що кожен військовий, який повертається із зони бойових дій та з'єднується з родиною, переживає особливий період. Зазвичай родина, яка довго чекала на повернення бійця, вважала, що подальше функціонування сім'ї буде відбуватися на основі попереднього укладу. Проте, коли демобілізований повертається додому, часто виникає враження, що обидва партнери стають зовсім іншими людьми.

Результати нашого дослідження подружніх пар учасників війни підтвердили, що середній рівень задоволеності подружніми взаєминами домінує як у чоловіків, так і у жінок. Високий рівень задоволеності спостерігався в чоловіків частіше, ніж в жінок, а низький рівень задоволеності було виявлено у третини як чоловіків, так і жінок.

Результати нашого дослідження свідчать, що високий та середній рівень розвитку ПТСР були виявлені у тих осіб, які перебували в шлюбнорозлучній ситуації або проявляли низький рівень вдячності. До того ж, варто звернути увагу, що в значній кількості досліджуваних було виявлено високий рівень агресії.

Також результати показали, що учасники з низьким і середнім рівнем ПТСР (здебільшого жінки) і середнім рівнем вдячності, мають середній і нижчий рівень задоволеності шлюбом. Це можна пояснити тим, що у більшості подружніх пар ролі виконуються головним чином жінками. Ці ролі включають виховання дітей, створення емоційної атмосфери в сім'ї, організацію відпочинку, роль господаря та організатора сімейної культури. Слід відзначити, що більшість дружин, під час відсутності чоловіка, стикалися з різними проблемами та змушені були самотійно їх вирішувати. Ми помітили, що у сім'ях, де задоволеність подружніми взаєминами була низькою, часто партнер звинувачувався, що дружині доводилося робити щось самотійно під час його відсутності. Зазвичай ця тема ставала об'єктом табу для обох партнерів, оскільки

вона спричиняла агресію у дружини. Остання вважала, що обговорення війни та перебування чоловіка в ній має залишитися в минулому.

Результати нашої роботи з родинами військових вказують на те, що часто плани, мрії та очікування кожного з них зазнали змін через події, які відбулися в зоні бойових дій, а також вдома, або ж навіть в обох цих сферах одночасно. За результатами нашого дослідження, при наявності деяких негативних факторів, таких як несприятливі особистісні риси (емоційна нестабільність, роздратованість, неадекватна самооцінка), а також порушення взаємин між партнерами, розвиваються сексуальні дисфункції, які передусім проявляються у відторгненні сексуальних стосунків взагалі. За результатами опитування жінок видно, що наслідком цієї ситуації є підвищення рівня вживання алкоголю та конфліктної поведінки.

Аналіз нашої роботи підтвердив, що стосунки між партнерами мають великий вплив на готовність дружини приймати чоловіка з урахуванням змін, які відбулися в ньому та його поведінці. Сім'ї з високим і середнім рівнем задоволеності шлюбом і середнім рівнем вдячності спроможні швидше та успішніше вирішувати це завдання, вкладаючи мінімальні емоційні зусилля. В таких гармонійних сім'ях дружина відчуває гордість як за чоловіка, так і за себе, що вона зуміла самостійно впоратися з усіма проблемами під час його відсутності. Вона також з розумінням ставиться до внутрішніх переживань та проявів гніву та розлючення чоловіка, розуміючи, що його гнів не спрямований на неї або на дітей. У таких сім'ях в зворотному випадку, коли потрібна підтримка, знаходять власні ресурси та шукають допомогу, яку їм потрібно.

Усі ці психологічні висновки стають важливими вказівками для психотерапевтів, психоконсультантів і практичних психологів у проведенні роботи з цією категорією осіб. Вони допомагають фахівцям визначити, на що треба акцентувати увагу у психологічній підтримці і вибрати ефективні методи консультування та терапії, спрямовані на подолання кризових станів, подолання психологічної травми та формування нових, більш корисних моделей поведінки.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати нашої роботи з подружніми парами в подібних ситуаціях вказують на високий рівень розвитку ПТСР в осіб, які мають низький і середній рівень вдячності і середній рівень задоволеності шлюбом. Таким чином, отримані результати та зроблені висновки з нашого дослідження можуть бути успішно використані практичними психологами у роботі з військовими та їх сім'ями для покращення їхніх партнерських відносин та надання допомоги, якщо виникає питання про схильність військовослужбовців до самопошкоджуючих дій. Далі важливо розробити програму діагностики подружніх відносин та схильностей до самопошкодження серед військовослужбовців протягом перших днів після демобілізації, щоб виявити та попередити негативні наслідки серед учасників бойових дій. Це стає особливо важливим, оскільки відсутність психологічного карантину для військовослужбовців після їхнього виходу з зони бойових дій іноді призводить до "немотивованих" на перший погляд дій. Згідно з практикою, кожен військовослужбовець, який повертається із зони бойових дій, повинен отримати індивідуально підібрану реабілітаційну підтримку відповідно до його особистих потреб. Також слід зазначити, що надання психологічної допомоги важливе для всієї родини демобілізованого військовослужбовця, оскільки кожен член родини був підданий впливу стресу, пов'язаного з перебуванням їхнього воїна у бойовій ситуації.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Авраменко М., Корольчук М., Корольчук В. Психологічні стратегії подолання професійного стресу у фахівців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. С. 5–16. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
2. Акімова Н. Свідомість: визначення та структура. *Psychology of personality*. 1970. Т. 8, № 1. С. 200–206. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
3. Виявлення стилю поведінки у конфліктній ситуації : thesis / С. Б. Кузікова та ін. 2008. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
4. Вірна Ж. П. Мотиваційно-смілова регуляція у професіоналізації психолога. Луцьк : Ред.-вид.відд. "Вежа" Волин.держ.ун-ту ім.Л.Українки, 2003. 320 с.
5. Волянчук Н. Ю., Ложкін Г. В. Проблеми інтеграції психологічного знання. *Інноваційні наукові дослідження у галузі педагогіки та психології*. 2023. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
6. Горлинський В. В. Філософія безпеки і сталого людського розвитку: ціннісний вимір : монографія. Київ : ПАРАПАН, 2011. 378 с.
7. Грицюк В. Військова служба жінок крізь призму гендерної політики. *Старожитності лукомор'я*. 2022. № 3. С. 83–88. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
8. Дучимінська Т. І. Психологічні особливості подолання особистісної безпорадності в навчальній діяльності студентів : дисертація. 2013. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
9. Кісарчук З. Г. Методологія і методи практичної психології. *Практична психологія та соціальна робота*. 2002. № 2. С. 53–57.
10. Кісарчук З. Г. Особливості розвитку практичної психології на сучасному етапі. *Практична психологія та соціальна робота*. 2001. № 3. С. 10–12.
11. Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок стресових, травмівних подій: досвід, узагальнення, висновки. *Актуальні проблеми*

- психології. Консультативна психологія та психотерапія*. 2015. Т. 3, вип. 11. С. 8–33.
12. Кльоц Л. А. Психологічні особливості розвитку професійної самосвідомості практичного психолога. *Практична психологія та соціальна робота*. 2009. № 9 (126). С. 70–74.
  13. Козловська Е. В. Психологічна готовність молодого подружжя до гармонізації стосунків : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2011. 16 с.
  14. Корольчук В., Кривда К. Категорія здоров'я та його психологічного забезпечення у науковій літературі. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. С. 48–57. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
  15. Корольчук О. Л. Актуальність вивчення питань щодо державного управління медико-соціальним забезпеченням учасників АТО та членів їх сімей. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 15, серп. С. 47–51.
  16. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17, верес. С. 104–111.
  17. Коханенко Л. Проблема самогубства: погляди І. Сікорського та сучасні досліді. *Практична психологія та соціальна робота*. 2002. № 4. С. 49–51.
  18. Коханенко Л. Проблема самогубства: погляди І. Сікорського та сучасні досліді. *Практична психологія та соціальна робота*. 2002. № 4. С. 49–51.
  19. Коширець В., Шкарлатюк К. Ірраціональні установки та їх вплив на психологічне благополуччя особистості. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 8(13). URL: (дата звернення: 11.12.2023).
  20. Коширець В., Шкарлатюк К. Особливості організації особистісного простору військовослужбовців з ознаками птср. *Psychological prospects journal*. 2020. № 36. С. 124–143. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
  21. Крамченкова В. О., Чепелева Н. І. Подружні конфліктогени як ознака сімейної кризи на різних етапах життєвого циклу сім'ї. *Науковий вісник ужгородського національного університету. серія: психологія*. 2022. № 1. С. 47–51. URL: (дата звернення: 11.12.2023).



22. Кузікова С. Б. Основи психокорекції : навч. посіб. для студ. ВНЗ. Київ : Академвидав, 2012. 320 с.
23. Кузікова С., Щербак Т. Дослідження психологічних особливостей вітальності та щастя у представників практики йоги. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди "психологія"*. 2022. № 66. С. 127–141. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
24. Лазорко О. Свідомість як індикатор професійної безпеки особистості. *Проблеми гуманітарних наук. серія "психологія"*. 2015. Вип. 35. С. 26–36.
25. Лазорко О., Федотова Т. Арт-терапія як метод духовної підтримки пацієнтів у клінічній практиці. *Psychological prospects journal*. 2022. № 39. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
26. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П., Шкарлатюк К. І. Гендерні особливості задоволеності подружніми взаєминами в молодій сім'ї. *Психологічні студії*. 2023. № 3. С. 89–94. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
27. Максимова Н. Типологія сімей, які потребують соціально-психологічної допомоги. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота*. 2017. Вип. 1 (1). С. 45–51.
28. Мозговий В. Дослідження структурної організації особистості військовослужбовців, які схильні до зловживання алкоголю, у контексті їхнього статеворольового статусу. *Вісник київського національного університету імені тараса шевченка. психологія*. 2018. Вип. 2 (9). С. 42–47.
29. Мушкевич В. Змістовні складові особистісного функціонування військовослужбовців відповідно до рівня освіти. *Psychological prospects journal*. 2022. № 39. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
30. Мушкевич В., Пасічник Л. Психологічні особливості копінг-повдінки військовослужбовців та цивільного населення в умовах бойових дій. *Psychological prospects journal*. 2022. № 40. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
31. Мушкевич М. Згуртованість та ієрархія шлюбної підсистеми сімей, що мають проблемних дітей. *Scientific research of the xxi century. volume 1*. 2021. URL: (date of access: 11.12.2023).

32. Мушкевич М. Моделі психологічного консультування та психотерапії сім'ї. *Psychological prospects journal*. 2022. № 40. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
33. Мушкевич М. Теорія і практика психологічного консультування сімей. *Psychological prospects journal*. 2022. № 39. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
34. Федоренко Р., Коширець В., Шкарлатюк К. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців із суїцидальною поведінкою, детермінованою сімейною ситуацією. *Наукові перспективи (Naukovi perspektivi)*. 2022. № 8(26). URL: (дата звернення: 11.12.2023).
35. Чепелева Н. Ключові соціально-психологічні особливості подружжя зі свідомою багатодітністю. *Psychological prospects journal*. 2021. № 37. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
36. Шкарлатюк К. І., Коширець В. В. Психологічні детермінанти стрес-долаючої поведінки військовослужбовців. *Психологічні студії*. 2023. № 1. С. 69–75. URL: (дата звернення: 11.12.2023).
37. Alarcon R. D. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry, 6th ed. *American journal of psychiatry*. 1992. Vol. 149, no. 7. P. 972–974. URL: (date of access: 11.12.2023).
38. Arthur R. J. Psychiatric syndromes in prisoner of war and concentration camp survivors. *Extraordinary disorders of human behavior*. Boston, MA, 1982. P. 47–63. URL: (date of access: 11.12.2023).
39. Association A. P. Diagnostic and statistical manual [for] mental disorders. Washington : American Psychiatric Association, 1960. 132 p.
40. Association A. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: primary care version (diagnostic & statistical manual of mental disorders,). 4th ed. American Psychiatric Association, 1996. 239 p.
41. Association A. P. Psychological review. American Psychological Association [etc.], 1907.

42. Bandura A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental psychology*. 1989. Vol. 25, no. 5. P. 729–735. URL: (date of access: 11.12.2023).
43. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000. Vol. 68, no. 5. P. 748–766. URL: (date of access: 11.12.2023).
44. Cain C., Sullivan R. Amygdala contributions to fear and safety conditioning: insights into PTSD from an animal model across development. *Posttraumatic stress disorder*. Hoboken, NJ, USA, 2016. P. 81–104. URL: (date of access: 11.12.2023).
45. Davis L., Hamner M., Bremner J. D. Pharmacotherapy for PTSD: effects on PTSD symptoms and the brain. *Posttraumatic stress disorder*. Hoboken, NJ, USA, 2016. P. 385–412. URL: (date of access: 11.12.2023).
46. Dickens M. J., Romero M. Coping with stress in wild birds - the evolutionary foundations of stress responses. *Posttraumatic stress disorder*. Hoboken, NJ, USA, 2016. P. 145–158. URL: (date of access: 11.12.2023).
47. Dweck C. S., Leggett E. L. A social^cognitive approach to motivation and personality. *Psychological review*. 1988. Vol. 95, no. 2. P. 256–273. URL: (date of access: 11.12.2023).
48. Dweck C. S. *Self-Theories: their role in motivation, personality, and development*. Taylor & Francis Group, 2013. 212 p.
49. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the international society for traumatic stress studies / ed. by F. E. B, International Society for Traumatic Stress Studies*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2009.
50. Experts P. *Psychologie Für Anfänger : Die Wichtigsten Erkenntnisse der Psychologie, Die Sie Unbedingt Beherrschen Sollten Inkl. BONUS: 40 Erstaunliche Psycho-Effekte*. Independently Published, 2019.
51. Gros D. F., Simms L. J., Acierno R. Specificity of posttraumatic stress disorder symptoms. *The journal of nervous and mental disease*. 2010. Vol. 198, no. 12. P. 885–890. URL: (date of access: 11.12.2023).

52. Horowitz M. J. Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Integrative psychodynamischkognitive Psychotherapie. *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg, 1997. P. 145–177. URL: (date of access: 11.12.2023).
53. Horowitz M. J. Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg, 2003. P. 107–128. URL: (date of access: 11.12.2023).
54. Horowitz M. J. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry*. 1980. Vol. 37, no. 1. P. 85. URL: (date of access: 11.12.2023).
55. Kaplan H. Sex, war (and ecology). *Science*. 2009. Vol. 326, no. 5950. P. 232–233. URL: (date of access: 11.12.2023).
56. Lehrner A., Daskalakis N., Yehuda R. Cortisol and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in PTSD. *Posttraumatic stress disorder*. Hoboken, NJ, USA, 2016. P. 265–290. URL: (date of access: 11.12.2023).
57. Palmer T. Overcoming PTSD: Overcoming PTSD. Independently Published, 2018.
58. PTSD compensation and military service / ed. by Committee on Veterans' Compensation for Posttraumatic Stress Disorder. Washington, DC : National Academies Press, 2007. 249 p.
59. Statistics A. P. A. C. o. N. a. Mental disorders: diagnostic and statistical manual. Washington : American Psychiatric Association, 1966. 139 p.
60. Wakefield J. C., Horwitz A. V. Normal reactions to adversity or symptoms of disorder?. *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder*. Hoboken, NJ, USA, 2012. P. 33–49. URL: (date of access: 11.12.2023).
61. Zannas A. S., Binder E., Mehta D. Genomics of PTSD. *Posttraumatic stress disorder*. Hoboken, NJ, USA, 2016. P. 231–264. URL: (date of access: 11.12.2023).

## ДОДАТКИ

Додаток А

**"Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)"**

Ім'я \_\_\_\_\_

Освіта \_\_\_\_\_

Сімейний стан \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Стать: \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » 20\_\_ р.

**Інструкція.** Нижче приведені описи переживань людей, які перенесли важкі стресові ситуації. Оцініть, в якому ступені ви переживали такі почуття з приводу подібної ситуації, колись пережитої вами. Для цього виберіть і обведіть кружечком цифру, відповідну тому, як часто ви мали подібне переживання впродовж останніх 7 днів, включаючи сьогоднішній.

	<b>Ніколи 0</b>	<b>Рідко 1</b>	<b>Іноді 3</b>	<b>Часто 5</b>
1. Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушувало мене заново переживати її.				
2. Я не міг спокійно спати ночами.				
3. Деякі речі змушували мене увесь час думати про те, що зі мною сталося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватись, коли думав про цю подію, або щось нагадувало мені про неї.				
6. Я думав про те, що сталося супроти своєї волі.				
7. Мені здавалося, що <b>все</b> що сталося, було наче не зі мною насправді, або все що тоді відбувалося, було нереальним.				
8. Я намагався уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що сталося.				
9. Окремі картини того що сталося несподівано виникали у моїй свідомості.				
10. Я був увесь час напружений, і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що сталося.				

12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того що сталося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось подібне до заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того що сталося були неначе паралізовані				
14. Я раптом помічав, що дію або почуваю себе так, нібито все ще знаходжусь в тій ситуації.				
15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально захльостували надзвичайно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17 Я намагався витіснити подію з пам'яті.				
18 Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь.				
19 Коли щось нагадувало мені про те, що сталося, я переживав неприємні фізичні відчуття: потів, дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс і т. д.				
20 Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося.				
21 Я був постійно насторожений і увесь час очікував, що станеться щось погане.				
22 Я намагався ні з ким не говорити про те, що сталося.				

Ключі для обробки:

Субшкала «вторгнення». Сума балів пунктів: 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення». Сума балів пунктів: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «фізіологічна збудливість».

Сума балів пунктів: 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

**Середні значення показників методики ШОВТП (IES - R)  
(Тарабрина, 2001)**

	<b>IN</b>	<b>AV</b>	<b>AR</b>	<b>IES-R</b>
Пожежники	5,76 ±5,71	7,26 +6,73	3,63 +3,99	16,64 ±14,75
Студенти	10,20 +8,22	12,17 ±8,79	7,23 ±7,46	29,61 ±21,76
Рятувальники	5,95 +3,93	5,09 ±5,47	3,35 +3,63	14,40 ±11,05
Співробітники МВС	7,65 ±6,31	9,26	5,50	22,41

		±6,08	±6,18	±17,33
Військовослужбовці	8,89 +8,03	9,48 ±7,77	6,40 ±6,40	24,78 ±20,38
Біженці, «норма»	14,58 ±10,83	14,94 ±9,90	11,27 ±9,87	40,79 ±28,19
Біженці, ПТСР	27,43 ±6,00	27,43 ±5,91	22,57 ±8,06	77,43 ±14,25
Ліквідатори, «норма»	14,68 ±8,96	14,38 ±9,30	13,33 ±8,81	42,39 ±24,94
Ліквідатори, ПТСР	24,33 ±9,07	20,67 +5,03	23,33 ±2,89	68,33 +8,02

IN – субшкала «вторгнення»; AV – субшкала «уникнення»; AR – субшкала «фізіологічна збудливість»; IES - R – загальний бал.

## Методика "Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій"

П. І. Б. \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » 20\_\_ р.

**Інструкція.** Нижче наводяться твердження, в яких узагальнений різноманітний досвід людей, що пережили важкі екстремальні події і ситуації. Під кожним твердженням дається шкала від 1 до 5. Обведіть той номер відповіді, що краще всього описує ваші почуття.

Невірно – 1; частково правильно – 2; в деякій мірі правильно – 3; правильно – 4; цілком правильно – 5.

1. В минулому у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.
2. У мене немає відчуття провини за все те, що я робив у минулому.
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то найімовірніше, я не стримаюся і застосую фізичну силу.
4. Якщо щось трапляється, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає біль.
5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене.
6. Я здатний вступати в емоційно-близькі стосунки з іншими людьми.
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що реально було зі мною у минулому.
8. Коли я думаю про деякі речі, які робив у минулому, мені не хочеться жити.
9. Зовні я виглядаю бездушним.
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу накласти на себе руки.
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.
12. Я весь час ставлю собі питання: чому я ще живий, тоді як інші вже померли.
13. У визначених ситуаціях я відчуваю себе так, як ніби повернувся в минуле.
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.
15. Я відчуваю, що більше не можу.
16. Речі, які викликають у інших людей сміх або сльози, мене не стосуються.
17. Мене зараз радують ті ж речі, що і раніше.
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.
19. Я виявив, що мені працювати не важко.
20. Мені важко зосередитися.
21. Я безпричинно плачу.
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.



23. Мене лякають мої прагнення і бажання.
24. Я легко засинаю.
25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюсь.
26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї не розуміють, що я відчуваю.
27. Я легка, спокійна, урівноважена людина.
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив у минулому, я ніколи не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.
29. Іноді я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які траплялися зі мною у минулому.
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжуся в натовпі.
31. Я втрачаю самоконтроль і вибухаю через дрібниці.
32. Я боюся засинати.
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною у минулому.
34. Моя пам'ять так само хороша, як і раніше.
35. Я зазнаю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.
36. Іноді я раптом поведжуся або почувуюсь так, як ніби те, що було зі мною у минулому, відбувається знову.
37. Я не можу згадати деякі важливі речі, які сталися зі мною у минулому.
38. Я надто пильний і насторожений тривалий час.
39. Якщо трапляється що-небудь, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що у мене починається сильне серцебиття і перехоплює дихання, я увесь тремчу і покриваюся потом, у мене паморочиться голова, бігають «мурашки», і я майже втрачаю свідомість.

#### ***Ключі до обробки***

Сума балів за пунктами з прямою шкалою (сума 1): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.

Сума балів за пунктами із зворотною шкалою(сума 2): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34. Загальний бал: сума 1 + сума 2.

Середні значення Місісіпської шкали (цивільний варіант) (Тарабрина, 2001).

Пожежники	73,79±13,05
Рятувальники	70,85±11,74
Біженці «норма»	79,70±18,19
Біженці ПТСР	105,14±14,90
Ліквідатори «норма»	90,15±19,18
Ліквідатори ПТСР	99,44±17,06

**Тест незакінчених речень (авторський варіант Р. П. Федоренко)**

Допишіть, будь ласка, речення:

Сімейне життя, як правило, ...

Для мене завжди ...

Мій чоловік ...

Якби я могла, ...

Для мого чоловіка ...

У моєму житті ...

Розмова на тему АТО для мене...

Я б ніколи ...

Спогади про АТО у мого чоловіка ...

На мою думку, ...

Минуле для мене ...

Тема АТО здебільшого ...

У майбутньому наша сім'я ...

Розпад подружніх взаємин ...

Якби не участь чоловіка в АТО, наша сім'я ...

**опитувальник "Розподіл ролей у сім'ї"**

1. Від кого з вас залежать інтереси й захоплення сім'ї?
  - А. В основному це залежить від чоловіка.
  - Б. Це більшою мірою залежить від чоловіка, але й від дружини теж.
  - В. Це більшою мірою залежить від дружини, але й від чоловіка теж.
  - Г. В основному це залежить від дружини.
2. Від кого з вас більшою мірою залежить настрої у сім'ї?
  - А. В основному настрої залежить від дружини.
  - Б. Більшою мірою настрої залежить від дружини, але й від чоловіка теж.
  - В. Більшою мірою настрої залежить від чоловіка, але й від дружини теж.
  - Г. В основному настрої залежить від чоловіка.
3. Якщо виникне необхідність, хто з вас у першу чергу знайде, де можна зайняти велику суму грошей?
  - А. Це зробить дружина.
  - Б. У першу чергу це зробить дружина, але й чоловік теж.
  - В. У першу чергу це зробить чоловік, але й дружина теж.
  - Г. Це зробить чоловік.
4. Хто у вашій сім'ї частіше запрошує в дім гостей?
  - А. Частіше запрошує чоловік.
  - Б. Зазвичай запрошує чоловік, але й дружина теж.
  - В. Зазвичай запрошує дружина, але й чоловік теж.
  - Г. Частіше запрошує дружина.
5. Кого в сім'ї більше турбує затишок і зручність вашої квартири?
  - А. В основному чоловіка.
  - Б. Більшою мірою чоловіка, але й дружину теж.
  - В. Більшою мірою дружину, але й чоловіка теж.
  - Г. В основному дружину.
6. Хто з вас частіше першим цілує й обіймає іншого?
  - А. Зазвичай це робить чоловік.

- Б. Зазвичай це робить чоловік, але й дружина теж.
- В. Зазвичай це робить дружина, але й чоловік теж.
- Г. Зазвичай це робить дружина.
7. Хто у вашій сім'ї вирішує, які газети й журнали виписувати?
- А. Зазвичай вирішує дружина.
- Б. Більшою мірою це залежить від дружини, але й від чоловіка теж.
- В. Більшою мірою це залежить від чоловіка, але й від дружини теж.
- Г. Зазвичай вирішує чоловік.
8. Із чиєї ініціативи ви частіше ходите в кіно, у театр?
- А. З ініціативи чоловіка.
- Б. В основному з ініціативи чоловіка, але буває, що й дружини.
- В. В основному з ініціативи дружини, але буває, що й чоловіка.
- Г. З ініціативи дружини.
9. Хто у вашій сім'ї грає з маленькими дітьми?
- А. В основному дружина.
- Б. Частіше дружина, але й чоловік теж.
- В. Частіше чоловік, але й дружина теж.
- Г. В основному чоловік.
10. Від кого у вашій родині залежить взаємна задоволеність інтимними відносинами?
- А. В основному це залежить від чоловіка.
- Б. Більшою мірою це залежить від чоловіка, але й від дружини теж.
- В. Більшою мірою це залежить від дружини, але й від чоловіка теж.
- Г. В основному це залежить від дружини.
11. Майже всі подружні пари час від часу зазнають труднощів в інтимних відносинах; як ви вважаєте, від кого це може залежати у вашій сім'ї (вільно або мимоволі) більшою мірою?
- А. Частіше від чоловіка.
- Б. Зазвичай від чоловіка, але й від дружини теж.
- В. Зазвичай від дружини, але й від чоловіка теж.

Г. Частіше від дружини.

12. Чиї життєві принципи й правила (відношення до неправди, обов'язковість виконання обіцянок, неможливість запізньєнь й ін.) є визначальними у вашій родині?

А. Життєві принципи дружини.

Б. Як правило, дружини, але в деяких випадках і чоловіка.

В. Як правило, чоловіка, але в деяких випадках і дружини.

Г. Життєві принципи чоловіка.

13. Хто у вашій родині стежить за поведінкою маленьких дітей?

А. В основному це робить дружина.

Б. Частіше це робить дружина, а іноді й чоловік.

В. Частіше це робить чоловік, а іноді й дружина.

Г. В основному це робить чоловік.

14. Хто у вашій сім'ї ходить із дитиною в кіно, театр, на прогулянки й ін.?

А. В основному це робить чоловік.

Б. Частіше це робить чоловік, але й дружина теж.

В. Частіше це робить дружина, але й чоловік теж.

Г. В основному це робить дружина.

15. Хто у вашій сім'ї більшою мірою звертає увагу на самопочуття іншого?

А. Чоловік.

Б. Більшою мірою чоловік, але й дружина теж.

В. Більшою мірою дружина, але й чоловік теж.

Г. Дружина.

16. Уявіть собі таку ситуацію: в обох з вас з'явилася можливість перемінити роботу на більш високо оплачувану, але менш цікаву. Хто це зробить у першу чергу?

А. Це зробить дружина.

Б. Скоріше дружина, ніж чоловік.

В. Скоріше чоловік, ніж дружина.

Г. Це зробить чоловік.

17. Хто у вашій сім'ї займається повсякденними покупками?

А. В основному чоловік.

Б. Більшою мірою чоловік, але й дружина теж.

В. Більшою мірою дружина, але й чоловік теж.

Г. В основному дружина.

18. Хто у вашій сім'ї має більше підстав ображатися на байдужість, черствість, безтактність іншого?

А. Чоловік.

Б. Більшою мірою чоловік, ніж дружина.

В. Більшою мірою дружина, ніж чоловік.

Г. Дружина.

19. Якщо у вашій сім'ї виникнуть грошові труднощі, то хто – чоловік, чи жінка, займеться пошуками додаткового заробітку?

А. Це зробить чоловік.

Б. У першу чергу це зробить чоловік, але й дружина прийме в цьому участь.

В. У першу чергу це зробить дружина, але й чоловік прийме в цьому участь.

Г. Це зробить дружина.

20. Хто у вашій сім'ї планує, як і де провести відпустку?

А. В основному дружина.

Б. Частіше дружина, але й чоловік бере участь.

В. Частіше чоловік, але й дружина бере участь.

Г. В основному чоловік.

21. Хто у вашій сім'ї викликає представників різних ремонтних служб і веде з ними переговори?

А. В основному це робить дружина.

Б. Частіше це робить дружина, але іноді й чоловік.

В. Частіше це робить чоловік, але іноді й дружина.

Г. Зазичай це робить чоловік.

**Методику "Незакінчених речень", розроблена Д. Саксом та Леві**

Стимульний матеріал:

1. Думаю, що мій батько рідко...
2. Якщо всі проти мене, то...
3. Я завжди хотів...
4. Якби я займав керівну посаду...
5. Майбутнє здається мені...
6. Моє начальство (керівництво)...
7. Знаю, що нерозумно, але боюся...
8. Думаю, що справжній друг...
9. Коли я був дитиною...
10. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є...
11. Коли я бачу жінку поруч з чоловіком...
12. У порівнянні з більшістю інших моя сім'я...
13. Найкраще мені працюється з...
14. Моя мати і я...
15. Зробив би все, щоб забути...
16. Якби мій батько тільки захотів...
17. Думаю, що я достатньо здатний, щоб...
18. Я міг би бути дуже щасливим, якби...
19. Якщо хто-небудь працює під моїм керівництвом...
20. Сподіваюся на...
21. У школі мій вчитель...
22. Більшість моїх товаришів не знають, що я боюся...
23. Не люблю людей, які...
24. Колись...
25. Вважаю, що більшість юнаків (дівчат)...
26. Подружнє життя здається мені...
27. Моя сім'я поводитья зі мною як з...

28. Люди, з якими я працюю...
29. Моя мати...
30. Моєю найбільшою помилкою було...
31. Я хотів би, щоб мій батько...
32. Моя найбільша слабкість полягає в тому...
33. Моїм прихованим бажанням в житті є...
34. Мої підлеглі...
35. Настане той день, коли...
36. Коли до мене наближається мій начальник...
37. Хотілося б мені перестати боятися...
38. Більше всіх люблю тих людей, які...
39. Якби я знову став молодим...
40. Вважаю, що більшість жінок (чоловіків)...
41. Якби у мене було нормальне статеве життя...
42. Більшість відомих мені сімей...
43. Люблю працювати з людьми, які...
44. Вважаю, що більшість матерів...
45. Коли я був молодим, то відчував провину, якщо...
46. Думаю, що мій батько...
47. Коли мені починає не везти, я...
48. Найбільше я хотів би в житті...
49. Коли я даю іншим доручення...
50. Коли я помру...
51. Люди, перевага яких над собою я визнаю...
52. Мої побоювання не раз змушували мене...
53. Коли мене немає, мої друзі...
54. Моїм самим живим спогадом дитинства є...
55. Мені дуже не подобається, коли жінки (чоловіки)...
56. Моє статеве життя...
57. Коли я був дитиною, моя сім'я...



58. Люди, які працюють зі мною...

59. Я люблю свою матір, але...

60. Найгірше, що мені сталося здійснити, це...

<b>№ п/п</b>	<b>Групи речень</b>	<b>№ завдань</b>
1	Ставлення до батька	1 16 31 46
2	Ставлення до себе	2 17 32 47
3	Нереалізовані можливості	3 18 33 48
4	Ставлення до підлеглих	4 19 34 49
5	Ставлення до майбутнього	5 20 35 50
6	Ставлення до керівництва	6 21 36 51
7	Страхи та тривоги	7 22 37 52
8	Ставлення до друзів	8 23 38 53
9	Ставлення до власного минулого	9 24 39 54
10	Ставлення до протилежної статі	10 25 40 55
11	Сексуальні стосунки	11 26 41 56
12	Ставлення до сім'ї	12 27 42 57
13	Ставлення до колег	13 28 43 58
14	Ставлення до матері	14 29 44 59
15	Почуття провини	15 30 45 60

## «Шкала вдячності» (Gratitude Resentment and Appreciation Scale)

П. Воткінс, К. Вудворд, Т. Стоун і Р. Кольтс

Інструкція: «Будь ласка, висловіть свої чесні почуття та переконання щодо наступних тверджень, які стосуються Вас. На ці твердження немає правильних чи неправильних відповідей. Ми хотіли б знати, наскільки Ви вважаєте, що ці твердження відповідають дійсності або не відповідають Вам. Будь ласка, спробуйте вказати свої справжні почуття і переконання, а не те, у що Ви хотіли б вірити. Відповідаючи на наступні твердження, обведіть цифру, яка найкраще відображає Ваші справжні почуття. Будь ласка, використовуйте шкалу, наведену нижче»:

- 1 – не згоден(на);
- 2 – скоріше не згоден(на);
- 3 – нейтрально;
- 4 – скоріше згоден(на);
- 5 – згоден(на).

Тестовий матеріал:

1. I could not have gotten where I am today without the help of many people.
2. Life has been good to me.
3. There never seems to be enough to go around and I never seem to get my share.
4. Oftentimes I have been overwhelmed at the beauty of nature.
5. Although I think it's important to feel good about your accomplishments, I think that it's also important to remember how others have contributed to my accomplishments.
6. I really don't think that I've gotten all the good things that I deserve in life.
7. Every Fall I really enjoy watching the leaves change colors.
8. Although I'm basically in control of my life, I can't help but think about all those who have supported me and helped me along the way.

9. I think that it's important to 'Stop and smell the roses';
10. More bad things have happened to me in my life than I deserve.
11. Because of what I've gone through in my life, I really feel like the world owes me something.
12. I think that it's important to pause often to 'count my blessings';
13. I think it's important to enjoy the simple things in life.
14. I feel deeply appreciative for the things others have done for me in my life.
15. For some reason I don't seem to get the advantages that others get.
16. I think it's important to appreciate each day that you are alive.

Переклад опитувальника з англійської мови на українську

1. Я не зміг би стати тим, ким я є сьогодні, без допомоги багатьох людей.
2. Життя було добрим до мене.
3. Завжди здається, що на всіх не вистачить, і я ніколи не отримую свою частку.
4. Часто я був приголомшений красою природи.
5. Хоча я вважаю, що важливо відчувати задоволення від своїх досягнень, я думаю, що також важливо пам'ятати, як інші сприяли моїм досягненням.
6. Я справі не думаю, що отримав у житті все те хороше, на що заслуговую.
7. Щоосені мені дуже подобається спостерігати, як листя змінює колір.
8. Хоча я в основному контролюю своє життя, я не можу не думати про всіх тих, хто підтримував мене і допомагав мені на цьому шляху.
9. Я вважаю, що важливо відволікатися від суєти.
10. У моєму житті сталося більше поганих речей, ніж я заслуговую.
11. Через те, що я пережив у своєму житті, я справді відчуваю, що світ мені щось винен.
12. Я думаю, що важливо часто робити паузи, щоб бути вдячним за те, що маєш.
13. Я вважаю, що важливо насолоджуватися простими речами в житті.
14. Я відчуваю глибоку вдячність за те, що інші зробили для мене в моєму

житті.

15. Чомусь я не отримую тих переваг, які отримують інші.

16. Я думаю, що важливо цінувати кожен день, що ти живеш.

«Gratitude Resentment and Appreciation Scale» це шкала з 16 пунктів, для вимірювання вдячності людини. Автори: Уоткінс П. С., Вудворд К., Стоун Т. та Колтс Р. Л. Розроблено та апробовано у чотирьох серіях досліджень (Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude and relationships with subjective well-being 2003). В ході опитування досліджуваний має оцінити надані твердження, по мірі правдивості у відношенні до власного життя. Досліджуваний має відмітити число за п'ятибальною шкалою, яке найкраще відображає його справжні почуття. Бали з усіх питань підсумовуються, визначаючи підсумкове значення в діапазоні між 16 і 80. Так як, шкали інтерпретації результатів немає, у дослідженні виділялись умовні три групи низька 16-37, середня 38-59 та висока 60-80.