

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**

**Кафедра психодіагностики та клінічної психології**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК У КРИЗОВИХ СТАНАХ  
ІЗ РІЗНИМ СТАВЛЕННЯМ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 2 року ОР Магістр  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітня програма «Психологія», заочна  
форма навчання)

**Романенко Таїсії Вікторівни**

Науковий керівник:

канд. психол. наук, асистент кафедри  
психодіагностики та клінічної психології

**Вавілова Альона Сергіївна**

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2**

**Протокол №\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_ року**

**Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології**

\_\_\_\_\_ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

**Київ – 2023**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОК У КРИЗОВИХ СТАНАХ .....</b>	<b>8</b>
1.1 Поняття психологічного здоров'я особистості та чинники, що на нього впливають.....	8
1.2 Психологічна характеристика кризових станів .....	16
1.3. Дослідження феномену ставлення до психологічної допомоги у психологічній науці .....	26
1.4 Теоретичні підходи до визначення чинників впливу на психологічне здоров'я особистості .....	31
Висновки до Розділу 1 .....	36
<b>РОЗДІЛ 2 МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК У КРИЗОВИХ СТАНАХ З РІЗНИМ СТАВЛЕННЯМ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ .....</b>	<b>38</b>
2.1 Загальна характеристика вибірки та основні етапи емпіричного дослідження .....	38
2.2. Методи емпіричного дослідження .....	47
Висновки до розділу 2 .....	52
<b>РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОК У КРИЗОВИХ СТАНАХ .....</b>	<b>54</b>
3.1. Відмінності особистісних особливостей жінок у кризових станах з різними ставленнями до психологічної допомоги.....	54
3.2. Особливості інфантильного травматичного досвіду у жінок у кризових станах з різними ставленнями до психологічної допомоги.....	61

3.3. Психологічні особливості інтерперсонального відношення до оточення як чинник ставлення до психологічної допомоги.....	66
3.4. Система рекомендацій, спрямованих на формування позитивного ставлення до психологічної допомоги у жінок, що знаходяться у кризовому стані .....	75
Висновок до Розділу 3 .....	78
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	81
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	86
<b>ДОДАТКИ</b> .....	97

## ВСТУП

**Актуальність** теми магістерської роботи обумовлена зростанням наукового інтересу до психологічного здоров'я та психологічного благополуччя особистості. Важливим чинником покращення психологічного здоров'я населення є можливість одержання вчасної професійної психологічної допомоги. В той самий час, спостерігається протиріччя: з одного боку, наразі одержання психологічної допомоги стає все більш доступним та зручним, але з іншого боку, багато людей, що перебувають у кризових станах, уникають нею користуватися чи чинять опір можливості її отримання через власне негативне чи упереджене ставлення до психологічної допомоги. Таке ставлення призводить до відмови від допомоги, що негативно впливає на психологічне здоров'я особистості особливо тієї, що знаходиться у кризовому стані.

Проблеми психологічного здоров'я та благополуччя особистості досліджували такі вчені, як М. Аргайл, Р. Бісвар-Дінер, Г. Ваїллант, Н. Волошко, С. Гальдерізі, Е. Десі, М. Джагода, Е. Дінер, К. Кіз, У. Клюге, М. Селігман, І. Толкунова, А. Хайнц та ін.

Різні чинники впливу на психологічне здоров'я особистості вивчали В. Баранівський, Л. Бурбо, Н. Вербеллофф, К. Гігі, З. Карпенко, П. Корріган, І. Кочарян, О. Кочарян, Р. Ламберт, Д. Ланнін, К. Маккарті, О. Пенькова, Н. Пробийголова, Я. Смоляр, І. Толкунова, Т. Фатчс, К. Хельмерц та ін.

Проблему ставлення до психологічної допомоги досліджували М. Бакенштрасс, О. Бурій, Д. ван Шайк, С. Вестер, Д. Вогель, Лж. Гівенс, Дж. Гудман, А. Гуллівер, М. Двайт-Джонсон, К. Дева, Дж. Десеті, Дж. Елхай, В. Єлісеєв, З. Кісарчук, С. Ламерз, Б. Лауе, К. Лі, Х. Мерфі, С. Нам, Б. Павленко, Л. Пікко, К. Робб, Д. Сігал, В. Стець, Л. Стіл, С. Уварова, Е. Фішер, Т. Хаустон, Дж. Хінсон, С. Чонг, У. Шульц та ін.

Кризові стани особистості були предметом дослідження таких вчених, як Л. Бурбо, М. Гончар, В. Зливков, Х. Кабан, Л. Карамушка, Д. Куриця, К. Лазарус, С. Лукомська, Н. Подольчак, Г. Сельє, Я. Смоляр, В. Стець, О. Федан та ін. У тому числі особливості надання психологічної допомоги особам у кризових станах досліджували С. Уварова, І. Цимбалюк та ін.

У той самий час, проблема ставлення до психологічної допомоги жінок у кризових станах не була предметом спеціальних наукових досліджень у вітчизняній психології, що обумовлює актуальність та доцільність обраної теми роботи.

**Об'єкт дослідження** – ставлення до психологічної допомоги.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги.

**Завдання дослідження.**

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до визначення феномену ставлення у психології; описати психологічні особливості переживання кризових станів у жінок; охарактеризувати психологічні особливості особистості як чинник впливу на її психологічне здоров'я.

2. Визначити вплив особистісних факторів жінок у кризових станах на ставлення до психологічної допомоги.

3. З'ясувати вплив дитячих травм на ставлення до психологічної допомоги у жінок у кризових станах.

4. Виявити вплив стилю інтерперсональної взаємодії на ставлення до психологічної допомоги жінок у кризових станах.

5. Розробити систему рекомендацій, спрямованих на формування позитивного ставлення до психологічної допомоги у жінок, що знаходяться у кризовому стані.

**Методи дослідження.**

*Теоретичні* – аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових підходів до вивчення проблематики.

*Емпіричні* – анкетування за анкетною «Ставлення до психологічної допомоги», методика “Big five”, методика «П’ять травм», «Тест інтерперсональної діагностики Лірі».

*Методи математичної статистики* – описові статистики, метод порівняння та регресійний аналіз.

**Вибірку** склали жінки у кризовому стані у віці 18-60 років (30 осіб).

**Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, основної частини, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основна частина містить три розділи. У першому розділі «Теоретичні аспекти дослідження проблеми ставлення до психологічної допомоги жінок у кризових станах» розкрито поняття психологічного здоров’я особистості та визначено чинники, що на нього впливають; визначено поняття кризових станів, досліджено феномен ставлення до психологічної допомоги у психологічній науці; охарактеризовано психологічні особливості особистості як чинник впливу на її психологічне здоров’я. У другому розділі «Методичні засади дослідження психологічних особливостей жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги» описано організацію та основні етапи емпіричного дослідження; обґрунтовано методи емпіричного дослідження. У третьому розділі «Емпіричне дослідження ставлення до психологічної допомоги жінок у кризових станах» досліджено відмінності особистісних особливостей жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги; визначено значення інфантильного травматичного

досвіду у жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги; проаналізовано психологічні особливості інтерперсонального відношення до оточення як чинник ставлення до психологічної допомоги. Також виокремлено значущі чинники впливу на ставлення до психологічної допомоги та сформульовано рекомендації для формування позитивного ставлення до психологічної допомоги.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОК У КРИЗОВИХ СТАНАХ

#### **1.1 Поняття психологічного здоров'я особистості та чинники, що на нього впливають**

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає психологічне здоров'я як «стан благополуччя, при якому людина реалізує власні здібності, може впоратися зі звичними стресами життя, може працювати плідно, а також зробити внесок на користь своєї громади» [94]. Як можемо бачити, це визначення відходить від концептуалізації психологічного здоров'я як стану відсутності психічних захворювань. В ньому саме благополуччя розглядається як ключовий аспект психологічного здоров'я. Але багато дослідників не погоджуються з таким визначенням, оскільки його, на їхню думку, «важко узгодити з багатьма складними життєвими ситуаціями, в яких благополуччя може бути навіть нездоровим» [50, с. 231]. Зокрема, вони наводять такі приклади, коли психологічна здорова людина не може відчувати благополуччя у ситуації, коли їй доводиться вбивати на війні. Також не можна назвати психологічно нездоровою людину тільки через те, що вона відчуває стрес тощо після того, як її звільнили з роботи [50, с. 231].

Дійсно, люди з хорошим психологічним здоров'ям часто бувають сумними, злими чи нещасними, і це є частиною повноцінно прожитого життя для людини. Попри це, психологічне здоров'я вчені часто сприймають як суто позитивний афект, що відзначався почуттям щастя [65]. Крім того, поняття позитивного функціонування, зазначене у визначенні ВООЗ («може працювати плідно, а також зробити внесок на користь своєї громади» [94]) також може призвести до неправильного висновку, що людина у похилому

віці або у такому фізичному стані, який перешкоджає їй працювати продуктивно, не може мати хороше психологічне здоров'я. Працювати продуктивно і плідно часто неможливо з різних причин (наприклад, для мігрантів або дискримінованих груп людей), що може перешкодити людям робити свій внесок у громаду.

Тому дослідники пропонують різні інші визначення психологічного здоров'я та психологічного благополуччя. Феномен «психологічне здоров'я» можна розглядати як два основних плинні: гедоністичний і евдемоністичний. До гедоністичних теорій можна віднести теорії, де психологічне здоров'я описується переважно у термінах задоволеності – незадоволеності, будується на балансі позитивного і негативного афектів, це, зокрема, концепції Н.Бредбьорна і Е.Дінер [41].

С. Кіз виділяє три складові психологічного здоров'я:

- емоційне благополуччя,
- психологічне благополуччя,
- соціальне благополуччя [61].

Емоційне благополуччя включає щастя, інтерес до життя та задоволення; психологічне благополуччя включає вподобання більшості психологічних рис власної особистості, вміння керувати обов'язками у повсякденному житті, добрі стосунки з іншими та задоволення власним життям; соціальне благополуччя відноситься до позитивного функціонування і передбачає наявність чогось для внеску в суспільство (соціальний внесок), почуття частини спільноти (соціальна інтеграція), переконання, що суспільство стає кращим місцем для всіх людей (соціальна актуалізація), і що те, як працює суспільство, має для них сенс (соціальна узгодженість) [62].

Однак такі складові психологічного здоров'я змушують виключити зі списку психологічно здорових людей більшість підлітків, багато з яких є дещо сором'язливими, людей, які борються з сприйнятою несправедливістю

та нерівністю або відмовляються робити це через роки марних зусиль, а також мігрантів та меншин, що зазнають неприйняття та дискримінації [40].

Проблема позитивного психологічного здоров'я виявилася в полі уваги дослідників завдяки роботі Н. Бредб'орна (1968). Він створив представлення про структуру (модель) психологічного благополуччя, що, з його погляду, представляє баланс, який досягається постійною взаємодією двох видів афекту – позитивного і негативного.

М. Джагода поділив психологічне здоров'я на три сфери:

- самореалізація, завдяки якій люди можуть повністю використовувати свій потенціал;
- почуття оволодіння навколишнім середовищем;
- почуття самостійності, тобто здатність виявляти, протистояти та вирішувати проблеми [59].

Але, на думку Г. Мерфі, ці ідеї насичені культурними цінностями, які важливі для американців [74]. Отже, на визначення психологічного здоров'я явно впливає культура, яка його визначає. У той самий час, можна виділити і універсальні риси [88].

На нашу думку, найбільш докладне визначення психологічного здоров'я належить С. Гальдерізі: «Психологічне здоров'я – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє людям використовувати свої здібності в гармонії з загальнолюдськими цінностями суспільства. Психологічне здоров'я включає основні когнітивні та соціальні навички; здатність розпізнавати, виражати та модулювати власні емоції, а також співпереживати іншим; гнучкість і здатність долати несприятливі життєві події та функціонувати в соціальних ролях; гармонійні відносини між тілом і розумом. Ці важливі складові психічного здоров'я різною мірою сприяють стану внутрішньої рівноваги» [50, с. 232].

Саме це визначення ми беремо за основу у нашому дослідженні. Усі компоненти, запропоновані у ньому, представляють важливі, але не обов'язкові аспекти психологічного здоров'я; по суті, вони можуть різною мірою сприяти стану рівноваги, так що повністю розвинені функції можуть компенсувати порушення в іншому аспекті психологічного функціонування.

Важливим для розуміння феномена психологічного здоров'я та благополуччя і застосування отриманих знань на практиці є питання про чинники, що роблять вплив на формування психологічного здоров'я.

М. Аргайл у своїй монографії «Психологія щастя» наводить докладну класифікацію відомих на сьогоднішній день детермінант відчуття психологічного здоров'я. На думку автора, подібні чинники можуть бути розділені на дві великі групи:

- об'єктивні чинники, як-от благополуччя, зайнятість і т. ін.;
- суб'єктивні чинники, як-от сприйняття особистістю життєвих умов (наприклад, соціальне порівняння й адаптація).

Окрім того, можуть бути виявлені і деякі інші умови, що не можуть бути віднесені ні до першої, ні до другої групи чинників, наприклад, особистісні якості, що також впливають на психологічне здоров'я [32, с. 259].

Існує цілий ряд зовнішніх чинників, що впливають на відчуття психологічного здоров'я. Вони відрізняються від віку. Наприклад, у першому періоді зрілого віку жінки переважно закінчують освіту або працюють. Уявлення про психологічне благополуччя тісно пов'язано з віковими особливостями розвитку людини, а також з тими задачами, які ставить перед нею суспільство, тобто внутрішніми чинниками (особливості пізнавальних процесів, базові потреби) і зовнішніми (соціальна ситуація розвитку, задачі віку тощо). Слід зазначити, що такий розподіл є досить умовним, тому що на думку Л. Виготського саме цілісний розвиток особистості спричиняє розвиток різних компонентів, тобто розвиток є системою, у якій компоненти

взаємозалежні. Уявлення про психологічне благополуччя у молодому віці багато в чому суперечливе: міркування про себе і напрямки свого життя виникають мимоволі, з випадкових причин, часто невчасно; почуття незворотності часу нерідко сусідить з небажанням зважати на його плин (Е. Еріксон), суб'єктивне відчуття благополуччя часто міняється, індивідуально-психологічні проблеми тісно переплітаються з морально-філософськими (М. Аргайл) [32].

Отже, серед зовнішніх чинників у молодому віці переважають матеріальний статок родини, студентське або професійне життя і дозвілля. Наявність соціальних контактів також відноситься до зовнішніх факторів.

Матеріальне забезпечення є досить важливим чинником. Через це навіть вводиться нове поняття: «суб'єктивне матеріальне благополуччя». На думку Е. Дінер, більшість людей упевнена, що багаті набагато щасливіші за бідних, але дані досліджень доводять, що це не завжди так [41]. М. Аргайл пише: «переконавання, що гроші приносять щастя, – це ілюзія» [32, с. 259]. На думку автора, гроші важливі для формування суб'єктивного відчуття щастя тільки у випадку, якщо мова йде про бідних людей. Багатим же людям гроші не дають відчутного підвищення рівня суб'єктивного благополуччя і, отже, не впливають на їхнє психологічне здоров'я.

Е. Дінер для пояснення цього феномену пропонує використовувати таку формулу: *Щастя = Досягнення (те, що ми маємо) / прагнення (те, чого ми хочемо)*

Таким чином, Дінер затверджує, що не має значення величина доходу. Головним є те, чи вважає людина його достатнім для підтримки звичного рівня життя [41, р. 100].

Отже, саме когнітивні компоненти – самооцінка і рівень домагань є опосередковуючою ланкою в ланцюжку «гроші > щастя». Тому ми можемо зрозуміти, чому багатих людей гроші не роблять більш щасливими. Причина

полягає в рівні домагань особистості. На думку Н. Лебідь рівень домагань людини звичайно знаходяться в залежності від рівня досягнень її в певній області [155, с. 103]. Таким чином, чим вище досягнення молодшої людини (у розглянутому нами випадку – грошовий дохід її власний або її батьків чи партнера /партнерки), тим вище рівень її домагань (тим більше молодій людині буде потрібно, щоб відчутти себе ще більш щасливою).

О. Пенькова вважає, що для особистості важливий не стільки факт реалізації яких-небудь бажань, скільки сама можливість їхнього досягнення, тобто при посиленні можливостей реалізації домагань підсилюється й індекс благополуччя. Для людини виявляється значно більш важливим не реальне досягнення, а сама можливість цього досягнення; можливість, закріплена або законодавчо, або її знання і розуміння, отримане в процесі соціального розвитку [211]. Також О. Пенькова вважає, що феномен суб'єктивного благополуччя, першої чергою, пов'язаний не стільки з потребами і їх реалізацією, а суб'єктивним відношенням особистості до можливості їхнього задоволення, подіям життя і самого собі, його прагненнями, представленими в самосвідомості [21].

Студентське або виробниче життя молодшої людини також має впливати на формування психологічного здоров'я. Важливо помітити, що далеко не у всіх випадках навчання у вишій або професійній діяльності може приносити молодій людині відчуття благополуччя. Дуже важливим є функціонування когнітивного аспекту психологічного здоров'я: в цьому випадку його роль виконує ставлення до навчання або професійної діяльності. Молода людина може навчатися ради оцінок (від свого навчання вона не чекає нічого, крім диплому); навчатися заради знань (не тільки заради оцінок, але і для одержання можливості зробити кар'єру); навчання як процес (одержання задоволення від процесу навчання). Саме ті молоді люди, що позитивно ставляться до процесу навчання одержують від нього дійсне задоволення [83,

с. 221 – 222].

Говорячи про детермінанти психологічного здоров'я молодих жінок, дуже важливо згадати про їх дозвілля. Вікова група 22 – 35 років, як і інші, неоднорідна і переважно особи 22-25 років, особливо ті, що навчаються, мають більше вільного часу у порівнянні із жінками 26 – 35 років, хоча наявність дозвілля впливають і інші чинники: умови роботи, шлюб та наявність родини тощо. Для тих жінок, що мають більше вільного часу, є особливо актуальним виявлення основних видів дозвілля, що приносять їм задоволення. Дотепер певною мірою досліджений вплив на психологічне здоров'я таких видів дозвілля як фізичні вправи, відпочинок у компаніях за інтересами і відпочинок на природі.

Існує безліч доказів тому, що спорт викликає в людей покращення психологічного здоров'я. Причини такого позитивного ефекту фізичної активності можуть носити як чисто фізіологічний, так і психологічний характер. Доказом фізіологічної обумовленості впливу спорту на психологічне здоров'я є вироблення при фізичних навантаженнях ендорфінів та інших нейротрансмітерів, що впливають на формування позитивних емоцій [32, с. 135]. Серед психологічних чинників, що пояснюють вплив фізичної активності на психологічне здоров'я, можна назвати відчуття своєї високої майстерності при успішному виконанні завдань, відчуття свого спортивного уміння, гарної фізичної форми, привабливої фігури і сили [32, с. 135 – 136]. Потрібно відзначити, що для підвищення психологічного здоров'я необхідно, щоб фізичні навантаження не перевищували рівень середньої інтенсивності [32, с. 137].

Компанії друзів також здійснюють сильний вплив на психологічне здоров'я. Як затверджує Тойтс, відчуття щастя під час спілкування приносять саме «регулярні безперервні контакти з іншими людьми, <...> відчуття доступності підтримки» [Цит. за: 32, с. 140]. Окрім суто фізіологічних

механізмів впливу відпочинку на природі на загальний рівень задоволеності молоді людини життям, можна назвати ряд психологічних чинників, що пояснюють подібний взаємозв'язок. До числа найголовніших мотивів здійснення такого роду дозвілля відносяться: самоактуалізація або самореалізація, задоволення пізнавальних потреб, досягнення внутрішнього спокою і гармонії, підвищення самооцінки завдяки престижності подорожей [32, с. 135].

Найважливішими умовами для формування психологічного здоров'я у молоді є:

- 1) розвиток здатності до прогнозування, що визначає зміну відношення до життя, до розширення часової перспективи свідомості;
- 2) розвиток мислення. У молодому віці часовий горизонт розширюється як усередину, охоплюючи віддалене минуле і майбутнє, так і вшир, включаючи вже не тільки особисті, але і соціальні перспективи.

Ряд дослідників з динаміки зміни рівня психологічного здоров'я та суб'єктивного благополуччя прийшли до висновку, що досить часто «люди оцінюють свої якості або життя, зіставляючи них з іншими» [32, с. 59]. Були проведені експерименти, що доводять, що досліджувані дійсно почувають себе більш благополучними, якщо порівнюють себе з менш щасливими індивідами. Наприклад, студенти, що одержують більш високі оцінки в порівнянні з їхніми товаришами, відчують себе помітно більш задоволеними.

Опис експерименту, що побічно підтверджує гіпотезу впливу соціального порівняння на психологічне здоров'я наводить І. Мудрик. На прикладі осіб, що займаються спортом, він пише про те, що молоді люди вище оцінюють свої особистісні якості, якщо їм доводилося порівнювати себе з менш успішними однолітками, і більш критично відносилися до своїх здібностей, якщо бачили серед однолітків, на їхній погляд, більш успішних

[17]. Однак, існують дані, що суперечать припущенню про те, що соціальне порівняння є одним з провідних факторів, що детермінують рівень психологічного здоров'я. Наприклад, дослідники експериментально довели, що люди, що страждають від ушкодження спинного мозку більш тривалий проміжок часу, оцінюють рівень свого суб'єктивного благополуччя як більш високий, у порівнянні з людьми, що стали жертвами цієї недуги порівняно недавно [32, с. 63]. Ці дані дозволили ученим висловити припущення про те, що люди здатні адаптуватися до умов своєї життєдіяльності, і подібна адаптація впливає на їхній рівень психологічного здоров'я. Примітно, що ефект адаптації поширюється і на позитивні переживання [32, с. 63]. Але люди, що страждають на депресією протягом тривалого проміжку часу, не відчують на собі позитивних наслідків адаптації. Крім того, люди не адаптуються до тих невеликих повсякденних приємних справ, що приносять їм задоволення (їжа, дозвілля та ін.) [32, с. 63].

Отже, чинники впливу на психологічне здоров'я можуть бути поділені на зовнішні і внутрішні; об'єктивні та суб'єктивні. В цьому параграфі були розглянуті переважно зовнішні чинники впливу на психологічне здоров'я, на особистісних, внутрішніх чинниках зосередимося у наступних параграфах роботи.

## **1.2 Психологічна характеристика кризових станів**

**1.2.1 Поняття кризового стану.** Криза визначається у психології як «важкий стан, викликаний будь-якою причиною або як різка зміна статусів персонального життя» [9, с. 7]. Під час кризової ситуації людина стикається із перешкодами у реалізації важливих життєвих цілей і не може впоратися з нею за допомогою звичних засобів. Можна виділити два основні типи

кризових станів: такі, що обумовлені змінами в природному життєвому циклі або зумовлені травмуючими подіями життя [9, с. 7].

Існують різні підходи до класифікації кризових станів. Ми обираємо класифікацію В. Зливкова, в основу якої покладено причину кризового стану, тож слідом за ним розглядаємо стани, що виникають внаслідок таких криз [9, с. 8]:

- криза розвитку (вікова криза);
- деприваційна криза (криза втрати і розлуки);
- травматична криза;
- криза відносин;
- криза сенсу життя;
- морально-етична криза.

Тож розглянемо їх докладніше, але з певними змінами, оскільки, на нашу думку, цю класифікацію можна вдосконалити .

**1. Вікові кризи** нетривалі та тривають певний проміжок часу в онтогенезі особи, що характеризується різкими психологічними змінами, пов'язаними із переходом на новий етап розвитку. У вітчизняній психології традиційно розглядали такі кризи за Л. Виготським, що виділяв п'ять криз, властивих дитячому, підлітковому та юнацькому віку. На думку вченого, така криза обумовлює якісні зміни та сприяє переходу особистості на новий рівень розвитку. Він не досліджує спеціально дорослі кризи, а його послідовники вважають, що у дорослих вони не мають прив'язок до віку і можуть проходити за «дитячим» сценарієм. Натомість Е. Еріксон досліджував і дитячі, і дорослі кризи. В його теорії вони зазвичай асоціюються із теорією психосоціального розвитку [9, с. 8].

**2. Деприваційні кризи** (або кризи втрати і розлуки) обумовлені психічним станом, який виникає у людей, які тривалий час відчують недостатнє задоволення своїх потреб. Причинами такої кризи можуть стати

нешасний випадок, розлучення, втрата близької людини. Е. Кублер-Росс, К. Паркерс називають переживання подібної кризи як переживання гострого горя, що має певні стадії та процеси [64; 77]. Переживання горя, своєю чергою, має, за В. Ворден, певні захисні функції [93]. Е. Кублер-Росс особливо підкреслює, що стадії та особливості переживання криз неоднакові для всіх людей, вони індивідуально переживаються, наприклад, в різній послідовності. Це дало можливість С. Бергер виділити різні типи згідно з різними шляхами переживання горя [35]. Сюди ж, на нашу думку, можна віднести і **кризу відносин**, яку В. Зликов виділяє окремо [9, с. 8]. На нашу думку, криза відносин відноситься до дериваційної кризи, як окреме до загального, є її частиною, адже вона пов'язана із розривом стосунків [69] і, отже, є однією з криз розлуки.

**3. Травматичні кризи (або психотравми)** настають внаслідок непередбаченої, раптової, приголомшливої події, реакція на ситуацію, в якій є загроза життю людини або її здоров'ю [9, с. 9]. Такі травми порушують нормативну організацію психіки і можуть зумовити межові (тимчасове відчуття дискомфорту) або клінічні стани, у тому числі й психосоматичні [4]. Травматичні кризи можуть мати такі ж самі причини, що й деприваційні (наприклад, смерть близької людини, розлучення), але частіше мають окремі причини, як-от невиліковна хвороба, інвалідність тощо [78].

**4. Кризи сенсу життя (екзистенційні кризи)** можна, на нашу думку, назвати ще онтологічними кризами, адже вони характеризуються станом тривоги, відчуттям «глибокого психологічного дискомфорту при питанні про сенс існування» [9, с. 10]. Найчастішою їхньою причиною є значуща подія або зміна в житті людини, що змушує її замислитися про власну смертність, знімаючи психологічний бар'єр, який захищав від цих неприємних думок [9, с. 10], як, наприклад, смерть близької людини або переживання небезпеки для власного життя, тривале перебування на самоті, у тому числі в самотній

камері тощо. У той самий час, така криза може бути викликана не подією, а вживанням психотропних речовин [9, с. 10].

**5. Морально-етичні кризи,** на нашу думку, тісно пов'язані із екзистанційними, але можуть виникати не під впливом травмуючих ситуацій, а під впливом певних вікових змін, що водночас об'єднує їх із віковими кризами. Це, зокрема, біографічна криза, криза нереалізованості, криза спустошеності, криза безперспективності [9, с. 11 – 13].

Під впливом різних криз виникає кризовий стан, тобто «психічний стан людини, яка раптово пережила суб'єктивно значущу і важку психічну травму (внаслідок різкої зміни способу життя, внутрішньоособистісної картини світу) або знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації» [9, с. 14]. Кризовий стан розвивається під впливом внутрішніх процесів, а зовнішні події можуть бути його запусковим механізмом.

**1.2.2. Психологічний концепт стресу.** Стрес є однією з важливих особливостей психічного здоров'я постійно мінливого та динамічного світу. Стрес розглядається як складна та динамічна транзакція між людьми та їх оточенням [46], ситуація, яка змусить людину відхилитися від нормального функціонування через зміну (тобто порушення або посилення) свого психологічного та / або фізіологічного стану [34]. Відомий дослідник Г. Сельє розглядає стрес для позначення впливу різних неспецифічних чинників на організм людини. На його думку, стрес – неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразник) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи [84]. Е. Тоффлер зазначає, що кожна зміна пов'язана із стресом – зокрема, це страх, соціальні конфлікти і глобальні проблеми для нашої психіки [27, с. 57]. О. Кузьмін розрізняє такі види стресу, як ейфоричний стрес та дистрес [133]. При цьому ейфоричний стрес пов'язаний із закоханістю, одруженням, народженням дитини, він приносить задоволення, радість, щастя, приємні емоції і

підвищує захисні сили організму. На противагу йому, дистрес пов'язаний із хворобами, невдачами, конфліктами, неприємними життєвими ситуаціями та обставинами. Він зумовлює переживання, страхи, неспокій, виникнення депресії, хвороб, руйнує здоров'я. М. Гончар розглядає стрес-менеджмент на підприємстві як характеристику та способи вирішення із застосуванням коучингу [8].

У загальному розумінні, стрес – особливий нервовий стан людини, який може виникнути в результаті того, що реальна дійсність не відповідає очікуванням. Така різниця викликає неприємні відчуття і може стати причиною нервово-психічного зриву [2, с. 74]. Р. Лазарус та С. Фолкман визначають стрес як «дисбаланс між потребами та ресурсами особистості», або «перевищення тиску на особистість над її здатністю протистояти цьому тиску» [68]. На думку Н. Подольчак, здатність чинити опір тиску – це і є описаний Г.Сельє адаптаційний синдром [222, с. 102]. Також Р.Лазарус вперше розділив психологічне та фізіологічне поняття стресу. До фізіологічного стресу вчений зарахував все, що пов'язане із реальними подразниками, а до психологічного – те, що людина оцінює як загрозу. У цілому науковці виділяють такі рівні стресу, як фізіологічний, психологічний та емоційний, що супроводжується переживаннями негативних емоцій, які впливають на вчинки людини.

Стрес розглядається як специфічна форма порушення фізіологічної та психічної діяльності, яка виникає у відповідь на негативний вплив ситуації, і яка обумовлена індивідуально-психологічними характеристиками особи.

Стрес проявляється у вигляді психічних і фізичних реакцій на стресові ситуації у життєдіяльності людини [144].

Кожен із підходів вивчення стресу дає можливість у певному аспекті вирішувати проблему регулювання стресових ситуацій. На найбільш загальному рівні можна розрізнити чотири теорії стресу:

- 1) теорію стимулу,
- 2) теорію реагування,
- 3) теорію транзакції,
- 4) теорію невідповідності.

Концепція стимулу фокусується на ситуативних умовах або подіях. В рамках цієї концепції певні стимули вважаються стресовими, наприклад, високий тиск, міжособистісні конфлікти на роботі або нещасні випадки. Однак концепція стимулу є проблематичною, оскільки не всі індивіди однаково реагують на один і той самий стресор. Майже кожен ситуативний стан або кожна подія може викликати напруження у деяких людей. Хоча теорія стимулу призводить до концептуальних проблем, багато дослідників сходяться на думці, що існують підмножини стимулів, які викликають напруження у більшості людей [36].

Теорія реакції фокусується на фізіологічних реакціях як найважливішій складовій стресу. Відповідно до неї, стрес існує, якщо людина демонструє певний характер реакції, незалежно від ситуаційних характеристик [84]. Однак ця теорія має і свої недоліки. Вона не враховує, що дуже різні ситуації можуть призвести до однакових фізіологічних реакцій, і що зусилля людини, що справляється, можуть впливати на її реакцію, змінюючи, таким чином, реакцію на стрес.

Інший клас понять відноситься до взаємодії людини та ситуації. Концепція транзакцій, висунута Р. Лазарусом, передбачає, що стрес виникає внаслідок транзакції між людиною та навколишнім середовищем, включаючи сприйняття, очікування, інтерпретації та реагування людини [67; 68]. З точки зору операціоналізації та вимірювання напруги в емпіричних дослідженнях ця концепція ще не повністю розробила свій потенціал. Часто прихильники транзакційної концепції насправді покладаються у своїй дослідницькій

практиці виключно на словесні реакції або фізіологічні показники напруги як показників стресу. Роблячи це, вони неявно застосовують концепцію реакції.

Концепція розбіжностей описує стрес як невідповідність між тим, чого бажає людина, і тим, що забезпечує середовище [43]. Однак, застосовуючи таку невідповідність, дослідники стикаються з великими труднощами.

Таким чином, стрес – це широкий термін, який передає різноманітні значення. У цій роботі поняття стресу розглядається, насамперед, як психологічне.

**1.2.3. Основні теорії стресу.** Аналіз сучасних наукових робіт з дослідження стресу дозволив визначити основні теорії стресу, в рамках яких дослідники визначають ті чи інші чинники, що обумовлюють появу стресу, а також можливості подолання кризового стану. В основу класифікації теорій, по-перше, можна покласти моделі, які описують сам процес стресу, та, по-друге, моделі, що пояснюють стресові реакції, тобто зв'язок між стресорами та стресовими реакціями.

**I. Теорії, що фокусуються на процесі стресу** спрямовані на детальний опис того, що відбувається під час стресового процесу.

Однією з найбільш відомих теорій, яка описує процес стресу, є **транзакційна теорія Р. Лазаруса** [67]. В її рамках дослідники визначають психологічний стрес як «особливий взаємозв'язок між людиною та навколишнім середовищем, який оцінюється людиною як перевищення своїх ресурсів та загроза її добробуту» [68, с. 19]. Таким чином, основним чинником, що обумовлює виникнення стресу за цією теорією, є когнітивні оцінки особою власного добробуту. Методом наукового дослідження вчені у такому випадку пропонують аналіз явища стресу у одних і тих самих працівників на робочому місці у різних ситуативних контекстах в різні часові періоди [67].

**Кібернетична теорія Дж. Едвардса** [43] спирається на теорію кібернетики як загальної теорії поведінки людини. Дослідники визначають стрес як «розбіжність між сприйнятим станом працівника та бажаним станом, за умови, що наявність цієї розбіжності вважається працівником важливою» [43, с. 245]. Таким чином, основним чинником стресу є порівняння між сприйняттям людини та її бажанням, що призводить до розбіжностей. Оскільки сприйняття, у свою чергу, також залежить від багатьох факторів, то виділяються додаткові чинники:

- 1) фізичне середовище;
- 2) соціальне оточення;
- 3) особистісні особливості особистості;
- 4) когнітивна побудова особистості реальності;
- 5) соціальна інформація.

У рамках цієї теорії для психодіагностики розроблена шкала подолання, яка посилається на основні кібернетичні ідеї [55].

**II. Теорії взаємозв'язку між стресовими ситуаціями та стресовими реакціями.** Ці теорії визначають конфігурацію чинників на робочому місці, пов'язаних із стресовими реакціями.

**Теорія придатності «людина-середовище»** передбачає, що основним чинником стресу є невідповідність між людиною та середовищем [44]. Отже, ані психологічні характеристики людини, ані ситуація сама по собі не є чинниками стресових переживань та напружень, а тільки їх невідповідності, яких є два типи. Перший тип відноситься до відповідності між вимогами навколишнього середовища та здібностями і компетенцією людей. Другий тип стосується відповідності між потребами людини та її ресурсами з навколишнім середовищем. У рамках цієї теорії дослідники вивчають тривимірні взаємовідносини людини та оточення за допомогою оцінки стресових реакцій.

**Теорія «вимоги до праці – контроль праці»** дозволяє диференціювати два основні виміри чинників на робочому місці, а саме: вимоги до праці та широту контролю щодо робочих місць [61]. Вимоги до праці – це вимоги до робочого навантаження працівника. Дослідники поєднують чотири виміри такої взаємодії:

- 1) «пасивні» робочі місця з низьким рівнем вимог та низьким рівнем широти прийняття рішень;
- 2) «слабко стресогенні» робочі місця з низьким рівнем вимог та високим рівнем широти прийняття рішень;
- 3) «стресогенні» робочі місця з високим рівнем вимог та низьким рівнем широти прийняття рішень;
- 4) «активні» робочі місця із високим рівнем вимог та високим рівнем широти прийняття рішень.

На думку дослідників, поєднання високих вимог і низької свободи прийняття рішень на напружених робочих місцях є найбільш стресогенними, з найбільш негативними наслідками для здоров'я людини. Однак поєднання високих вимог та високої свободи прийняття рішень на активних робочих місцях приносить невелику шкоду людині. В усіх випадках висока широта прийняття рішень послаблює негативні наслідки високих вимог [61].

**Теорія контролю праці** ґрунтується на так званому «принципі потрібного збігу» [60, с. 1359], її автори стверджують, що ресурси частіше буферизують ефекти стресових чинників, коли вони відповідають конкретному змісту стресових чинників. Наприклад, когнітивні ресурси повинні бути найбільш ефективними для буферизації когнітивних стресових чинників, а емоційні ресурси стрес в організаціях повинні бути найбільш ефективними для буферизації емоційних стресових чинників.

**«Вітамінна» теорія** спрямована на уточнення взаємозв'язку між стресовими чинниками та здоров'ям та добробутом осіб [92]. Вона припускає

нелінійні взаємозв'язки між загальними характеристиками та індивідуальними результатами. Проводячи аналогію з впливом вітамінів на організм людини, її автори припускають, що існують два типи характеристик умов життєдіяльності: ті, що позитивно впливають на людину та ті, що впливають негативно.

У першому випадку позитивні результати зростають із збільшенням цієї характеристики життєдіяльності, але лише до певного моменту; після цього будь-яке підвищення рівня цієї характеристики не має подальшого ефекту, подібно до дії вітаміну С. Прикладами є зарплата, безпека та значення завдання; ті, що мають криволінійний зв'язок із змінними добробуту. Подібно до вітаміну D, вони певною мірою позитивні, але потім кожне подальше збільшення має негативний ефект. Прикладами таких особливостей роботи є самостійність роботи, соціальна підтримка та використання навичок.

Що стосується стресу, ця модель передбачає, що конкретний рівень автономії особи, вимог до неї, соціальної підтримки, використання навичок, різноманітності навичок та зворотного зв'язку із завданнями є корисним для особистості, але дуже високий рівень цих характеристик життєдіяльності створює стресову ситуацію. На відміну від цього, високий рівень заробітної плати, безпека та важливість завдання не демонструють цього згубного ефекту.

**Теорія «зусилля – винагорода»** припускає чинником стресу дисбаланс зусиль особи та винагороди [85]. Зусилля може бути відповіддю як на зовнішні (наприклад, зобов'язання та вимоги, властиві ситуації), так і на внутрішні вимоги (наприклад, внаслідок високої потреби у контролі чи схваленні). Винагорода включає гроші, повагу, стабільність статусу тощо. По суті, теорія передбачає, що ситуації, в яких великі зусилля не відповідають високим винагородам, призводять до ситуацій незадоволення та сильного

збудження. Емпіричні дослідження, наприклад, лонгітюдне дослідження менеджерів, показали, що поєднання великих зусиль та низької винагороди передбачало підвищений ризик погіршення самопочуття.

Аналіз теорій стресу дозволив визначити методологічну підставу цієї роботи. Дослідження буде виконано у рамках синтезу транзакційної теорії О. Лазаруса та кібернетичної теорії Дж. Едвардса, тобто основним чинником стресу вважається невідповідність між бажаннями та потребами людини та тим, що пропонує професійне середовище, але у вузькому підході, тому визначатимуться лише психологічні чинники, пов'язані з особистісними характеристиками особи у кризовому стані, що демонструє позитивне чи негативне ставлення до психологічної допомоги.

### **1.3. Дослідження феномену ставлення до психологічної допомоги у психологічній науці**

Ставлення у сучасній психології розглядається як особливий тип внутрішньої психологічної активності, властивої тільки людині, який пронизує все її життя. Воно припускає прийняття і реальне сприйняття дійсності, необхідність і можливість оцінки ситуації, а тому можливість вибору способу дії. Саме тому ставлення стає активно діючим фактором у перетворенні дії-поведінки на дію-діяльність.

Зміст поняття «ставлення до психологічної допомоги» наразі не має чіткої дефініції. Деякі автори відносять до поняття «ставлення до психологічної допомоги» впевненість особистості щодо позитивного / негативного результату або ефективності / неефективності психотерапевтичних інтервенцій у вирішенні її проблем при зверненні до конкретного психолога і виборі того чи іншого виду психологічної допомоги

[42]. Інші дослідники відносять до поняття «ставлення до психологічної допомоги» уявлення особистості про те, що саме являє собою і як здійснюється психологічна допомога, в чому полягають ролі психолога і клієнта, як і тривалість сесії прийому у психолога тощо [80; 87].

Якщо узагальнити погляди на ставлення до психологічної допомоги таких зарубіжних та вітчизняних вчених, як П. Доменічі, З. Кісарчук, І. Цимбалюк та ін. [42;111; 31, с. 28, 37, 32, 107], то можна виділити чотири аспекти в змісті цього поняття, а саме, ставлення до:

- 1) зовнішніх параметрів процесу (частота і тривалість сесій, джерела і правила оплати терапії тощо);
- 2) психолога, включаючи його комунікативний патерн і зовнішній вигляд;
- 3) власної ролі пацієнта в психологічній допомозі;
- 4) корисності/шкідливості психологічної допомоги як власне для психологічного здоров'я, так і її корисного/шкідливого впливу на соціальний статус особистості.

Дослідження з проблеми ставлення до психологічної допомоги широко розпочалися у другій половині ХХ століття у зарубіжній психології, коли вийшла стаття Е. Фішера, де автори представили шкалу ставлення до пошуку професійної психологічної допомоги [48]. Далі дослідники розробили коротку версію цієї шкали [47] і вона стала використовуватися у відповідних дослідженнях [45; 79].

Серед найбільш поширених психологічних чинників негативного ставлення до психологічної допомоги дослідники називають:

- соціальну стигму [90, с. 412 – 414; 54, с. 113];
- страхи, пов'язані з психологічною допомогою, а також психотерапією [90, с. 412 – 414];
- небажання розкривати діагноз [58];

- страх емоцій [90, с. 412 – 414];
- брак коштів або небажання нести витрати [91];
- недостатньо передбачувану корисність і ризику психологічної допомоги [90, с. 412 – 414];
- недовіру до професіоналізму психолога [6, с. 43; 28, с. 234];
- усвідомлення відсутності практичних оцінок ефективності різних форм, що отримали б всезагальне визнання [6, с. 44];
- розчарування у попередньому досвіді психологічної допомоги через хибне розуміння її специфіки, висування «надвимог» і «надзавдань» до психолога [28, с. 234];
- знецінення можливості психологічної допомоги [28, с. 234];
- ставлення до психологічної допомоги у батьківській родині [200, с. 74]

П. Корріган та Д. Ланнін, крім соціальної стигми, вказують також на значення такого феномену, як самостигма, що значно впливає на самооцінку і самоефективність [38, 12], негативно впливає на отримання інформації про психологічне здоров'я (наслідки лікування і не-лікування), знижує ймовірність звернення за допомогою [66].

Негативні чинники ставлення до психологічної допомоги призводять до відмови особистості від психологічної допомоги, що має негативний вплив на її психічне здоров'я. Крім того, вчені виділяють психологічні бар'єри у зверненні за психологічною допомогою:

- соціальні норми [90, с. 415 – 416];
- страх саморозкриття [90, с. 415 – 416];
- страх виявлення себе з неприємного, нового боку [90, с. 415 – 416];
- впевненість у можливості самостійного вирішення проблеми [37];
- можливе зниження самооцінки [90, с. 415 – 416];

- уява про психологічну допомогу як про лікування [100, с. 378; 28, с. 234];

- особливості менталітету [24, с. 70].

На жаль, позитивні чинники впливу на ставлення до психологічної допомоги у психологічній науці розкриті менше. Серед основних дослідники називають:

- вибір психологічної допомоги як альтернативи медикаментозному лікуванню [33, с. 178 – 80; 89];

- попередній позитивний досвід отримання психологічної чи психотерапевтичної допомоги.

Також досліджувався вплив на ставлення до психологічної допомоги таких чинників, як етнічна приналежність [52], соціально-економічний статус [86], а також вплив важкості симптомів психологічних розладів на ставлення до психологічної допомоги з уподібаннями щодо технік та прийнятністю, динаміки таких розладів і внутрішньої картини хвороби [71].

Для кращого розуміння ставлення особистості до психологічної допомоги, були прийняті та застосовані різні концептуалізації. Наприклад, Е. Фішер і Дж. Тернер припустили, що ставлення людини до отримання психологічної допомоги лежить в основі фактичної поведінки, спрямованої на пошук допомоги [48]. І. Цимбалюк вважає, що ставлення особистості до психологічної допомоги детерміновані чинниками, що відносяться до різних рівнів. Він разом з іншими дослідниками вважає, що необхідно враховувати такі рівні детермінації: культурний, соціально-психологічний, інтерперсональний і індивідуальний [31; 11; 42].

Щодо ставлення до психологічної допомоги жінок, то в науковій літературі ця проблема досліджена недостатньо. Ставлення до психологічної допомоги жінок в цілому досліджує Е. Фішер і робить висновок про те що жінки більш схильні, ніж чоловіки, звертатися до психолога чи

психотерапевта. [48] Такі ж дані наведені і у дослідженні і інших зарубіжних дослідників [75]. Деякі особливості ставлення до психологічної допомоги жінок розглядають М. Парент [76], Р. Левант [70] та ін., проте в їхніх дослідженнях жінки досліджуються лише як контрольна група відносно чоловіків, отже, їхнє ставлення докладно не розкрито. Якщо узагальнити їхні висновки, то можна визначити, що позитивніше ставлення до психологічної допомоги виявилось у жінок, у яких наявний досвід звернення за психологічною допомогою, крім того, високий рівень маскуліності у жінок обумовлює негативніше ставлення до психологічної допомоги [70, с. 399].

Дж. Гудман досліджувала ставлення до психологічної допомоги жінок у деяких кризових ситуаціях, зокрема, тих, що знаходяться у стані депресії вагітних або післяпологової депресії [53]. Вона прийшла до висновку, що більшість негативних чинників впливу на ставлення до психологічної допомоги можуть бути усунені, якщо індивідуально підібрати такі ефективні методи психологічної роботи, які б задовольняли не тільки психолога, але й жінок. Ставлення до психологічної допомоги залежить від очікувань пацієнток щодо неї, а ці очікування відображають їхнє інтуїтивне знання про те, якої саме допомоги вони потребують у той чи той момент. Формування і підтримка терапевтичного альянсу, особливо на початку психологічної взаємодії психолога та клієнта чи пацієнта, залежать від узгодженості між очікуваннями пацієнта і тим набором технічних засобів, комунікативним стилем, які пропонує психолог, а також рівнем фрустрації, який виникає у пацієнта в терапевтичному сетингу [87].

Також проводилися дослідження, в яких визначались вікові особливості ставлення людей до психологічної допомоги. Зокрема, було визначено, що молодший вік (18–34 роки) суттєво пов'язаний із збільшенням готовності звертатися за професійною психологічною допомогою [79]. А люди похилого віку схильні виявляти негативне ставлення до тих, хто

звертається за допомогою [82]. Але існують певні суперечливості у цих висновках, адже на противагу цьому, інші дослідження показали, що ставлення людей другого періоду зрілого віку до звернення за психологічною допомогою, як правило, позитивне [81].

Отже, враховуючи ці невідповідності, існує необхідність у подальшому дослідженні впливу статі та віку на відкритість для звернення до психологічної допомоги та ставлення до психологічної допомоги в цілому, тому в емпіричному дослідженні ми зосередимо увагу на жінках.

#### **1.4 Теоретичні підходи до визначення чинників впливу на психологічне здоров'я особистості**

Ставлення до психологічної допомоги пов'язано зі ставленням до психологічного здоров'я зокрема і здоров'я в цілому взагалі. Адже, як зазначає І. Коцан, що ставлення до здоров'я – це один з елементів самозбережувальної поведінки, і в цьому аспекті можна виділити адекватне і неадекватне ставлення до здоров'я, причому, на думку вченого, у жінок воно є адекватнішим [12]. Аналіз наукових досліджень показав, що на ставлення людини до свого психологічного здоров'я впливають, наприклад, мотиваційні моделі поведінки [16] (розрив між наміром звернутися за допомогою і дією); ціннісні установки особистості і, зокрема, її уявлення про здоров'я як цінність [50]; рівень особистісної та ситуаційної тривожності, а також емоційна сфера особистості [12] (помірна тривожність обумовлює більш адекватне ставлення до здоров'я); механізми психологічного захисту (механізм реактивного утворення обумовлює адекватніше ставлення до здоров'я, ніж механізм витіснення) тощо. З іншого боку, психотерапія може допомогти людині змінити ставлення до здоров'я [7].

Аналіз наукової літератури дозволив виділити такі основні психологічні особливості особистості, які впливають на її психологічне здоров'я.

1. Ціннісні орієнтації [50, с. 232]. В першу чергу, це повага та турбота про себе та інших живих істот; визнання зв'язку між людьми; повага до навколишнього середовища; повага до своєї та чужої свободи.

2. Динамічний стан внутрішньої рівноваги [50, с. 231]. Це поняття має відображати той факт, що різні життєві епохи вимагають змін у досягнутій рівновазі: підліткові кризи, одруження, народження дитини або вихід на пенсію є прикладами життєвих епох, що вимагають активного пошуку нової психічної рівноваги. Також слід визнати реальність того, що психологічно здорові люди можуть відчувати відповідні людські емоції – включаючи, наприклад, страх, гнів, смуток та горе – і в той же час мають достатню стійкість для своєчасного відновлення динамічного стану внутрішньої рівноваги.

3. Когнітивні та соціальні навички розглядаються дослідниками як важлива складова психічного здоров'я у світлі їх впливу на всі аспекти повсякденного життя [51].

3.1. Когнітивні навички включають:

- здатність звертати увагу,
- запам'ятовувати та систематизувати інформацію,
- вирішувати проблеми та приймати рішення;

3.2. Соціальні навички передбачають здатність використовувати власний репертуар вербальних / невербальних здібностей для спілкування та взаємодії з іншими.

Всі ці здібності взаємозалежні і дозволяють людям функціонувати у своєму оточенні. Посилання на «базовий» рівень цих здібностей має на меті пояснити, що легкі ступені погіршення сумісні з психологічним здоров'ям,

тоді як помірні та важкі ступені погіршення, особливо якщо вони не збалансовані іншими аспектами, можуть потребувати підтримки з боку інших членів суспільства та низку соціальних стимулів, таких як спрощені можливості працевлаштування, фінансові вигоди або спеціальні навчальні програми.

4. Емоційна регуляція, тобто здатність розпізнавати, виражати та модулювати власні емоції, також розглядається як важливий чинник впливу на психологічне здоров'я [72]. Різноманітність модульованих варіантів емоційного реагування, які можна гнучко застосовувати, сприяти психологічному здоров'ю людини, а алекситимія (тобто нездатність ідентифікувати та виражати власні емоції) є фактором ризику для психічних та фізичних розладів [57].

5. Емпатія, тобто здатність переживати і розуміти те, що відчувають інші без плутанини між собою та іншими, дозволяє людям ефективно спілкуватися, взаємодіяти та передбачати дії, наміри та почуття інших [39]. Відсутність емпатії є не тільки фактором ризику насильства та особливістю асоціальних розладів особистості, але також погіршує соціальну взаємодію на всіх рівнях.

6. Гнучкість та здатність долати несприятливі явища, адаптивність також вважаються важливими чинниками впливу на психологічне здоров'я. Гнучкість відноситься до здатності переглядати напрямок дій перед непередбачуваними труднощами чи перешкодами, змінювати власні уявлення з огляду на нові факти та пристосовуватися до змін, які можуть знадобитися в різних періодах життя або в непередбачених ситуаціях. Відсутність гнучкості може спричинити сильний дистрес для людини, що зазнає раптових та / або важливих життєвих змін, і є важливим аспектом ряду психічних розладів, таких як нав'язлива особистість або маревний розлад [63]. Індивідуальна адаптивність – це індивідуальна здатність, вміння,

схильність, готовність та / або мотивація змінити або відповідати різним умовам, соціальним чи природним особливостям.

7. Самоактуалізація, основна здатність функціонувати в соціальних ролях та брати участь у значущих соціальних взаємодіях є важливим чинником психологічного здоров'я та особливо сприяє стійкості до неблагополуччя; однак соціальна ізоляція та стигматизація часто погіршують соціальну участь, тому, як зазначає А. Хайнц, «будь-яке визначення психологічного здоров'я з посиланням на цей аспект повинно уникати «звинувачення жертви» та ретельно аналізувати соціальні моделі стигматизації, дискримінації та виключення, що погіршують її участь» [56]. З іншого боку, вимушена соціальна ізоляція – це також форма поведінки, яка вимагає адаптаційних здібностей; адаптація надзвичайно складна, оскільки вона досягається проти волі цієї людини. М. Бондар визначила, що для особистості, що самоактуалізується характерна узгодженість компонентів ціннісного ставлення до психологічного здоров'я [3]. Для особистості з низьким рівнем самоактуалізації сфера психологічного здоров'я є найбільш вірогідним джерелом внутрішнього конфлікту.

8. Розуміння наявності гармонійних стосунків між тілом і розумом базується як чинника психологічного здоров'я ґрунтується на концепції, що розум, мозок, організм та навколишнє середовище тісно взаємопов'язані, і загальний досвід перебування у світі не може бути відокремлений від того, як відбувається почуття свого тіла [49]. На думку Л. Бурбо, порушення цієї взаємодії можуть призвести до психотичних переживань, розладів харчування, самопошкодження, дисморфічних розладів організму або погіршення фізичного здоров'я [4; 5].

9. Самооцінка і самоставлення. У сучасній літературі, присвяченій проблемам психологічного здоров'я, недостатньо зачіпається питання про роль самоставлення у формуванні відчуття психологічного здоров'я. У

роботах сучасних авторів практично не представлений образ людини, істинним джерелом щастя якого є усвідомлення свого «Я». Доказ припущення про буттєву природу щастя приводиться в книзі Е. Фромма «Мати або бути». Автор пише про глибокі розходження між радістю і задоволенням. На його думку, радість є більш глибоким і багатим почуттям, тому що пов'язано з буттям людини. У той же час задоволення, пов'язане з володінням чим-небудь — лише мінлива емоція [30].

Про важливу роль самоствалення у формуванні психологічного здоров'я говорить і О. Пенькова. Психологічне здоров'я тісно пов'язано із самосвідомістю, і вона включена у нього. Крім того, дослідниця вважає, що свідомість благополуччя свого буття неминуче включає й оцінку свого «Я» [211]. Отже особливості самоствалення людини і її самосвідомості, її «Я-концепція» вносять вагомий вклад у формування психологічного здоров'я.

Т. Семигіна, Н. Романова, О. Белишев зазначають значення самооцінки особистості у ставленні до здоров'я [23, с. 139 – 147] і роблять висновок про те, що ставлення до здоров'я, у тому числі психологічного в цілому позитивно взаємопов'язане з такими параметрами самооцінки суб'єкта, як розум і впевненість в собі, що цілком логічно, оскільки саме ці параметри є компонентами психологічного здоров'я відповідно до уявлень сучасних вчених. Крім того, рівень домагань також позитивно корелює із ставленням до психологічного здоров'я.

Отже, було визначено основні особистісні чинники, що впливають на психологічне здоров'я. Негативний вплив одного або навіть більшої кількості чинників в принципі може компенсуватися позитивним впливом інших чинників.

## Висновки до Розділу 1

Психологічне здоров'я – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє людям використовувати свої здібності в гармонії з загальнолюдськими цінностями суспільства. Психологічне здоров'я включає основні когнітивні та соціальні навички; здатність розпізнавати, виражати та модулювати власні емоції, а також співпереживати іншим; гнучкість і здатність долати несприятливі життєві події та функціонувати в соціальних ролях; гармонійні відносини між тілом і розумом. Ці важливі складові психічного здоров'я різною мірою сприяють стану внутрішньої рівноваги. Чинники впливу на психологічне здоров'я можуть бути поділені на зовнішні і внутрішні; об'єктивні та суб'єктивні.

Криза – це важкий стан, викликаний будь-якою причиною або ж це різка зміна статусів персонального життя. Найчастіше мають місце вікові, деприваційні, травматичні, екзистенціальні та морально-етичні кризи. Більшість з них тісно пов'язані між собою та мають схожі причини. Кризовий стан – це психічний стан людини, яка раптово пережила суб'єктивно значущу і важку психічну травму (внаслідок різкої зміни способу життя, внутрішньоособистісної картини світу) або знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації. Дослідження поняття стресу показало, що стрес, у рамках транзакційної теорії – це дисбаланс між потребами та ресурсами особистості, або перевищення тиску на особистість над її здатністю протистояти цьому тиску. Дослідники розрізняють психологічне, фізіологічне та емоційне поняття стресу. Виділяють чотири теорії стресу: теорію стимулу, теорію реагування, теорію транзакції та теорію невідповідності. Аналіз цих теорій дозволив визначити, що стрес – це широкий термін, який передає різноманітні значення. У цій роботі поняття стресу розглядається, насамперед, як психологічне. Теоретико-

методологічний аналіз проблеми стресу дозволив визначити дві основні групи теорій: теорії, що фокусуються на процесі стресу (транзакційна теорія Р. Лазаруса; кібернетична теорія Дж. Едвардса) та теорії взаємозв'язку між стресовими ситуаціями та стресовими реакціями (теорія придатності «людина-середовище»; теорія «вимоги – контроль»; «вітамінна» теорія; теорія «зусилля – винагорода» та ін.

Ставлення – особливий тип внутрішньої психологічної активності. Ставлення стає активно діючим чинником у перетворенні дії-поведінки на дію-діяльність. Дослідники визначають чинники негативного ставлення до психологічної допомоги (соціальну стигму, самостигму, страхи, пов'язані з психотерапією, небажання розкривати діагноз, страх емоцій, брак коштів або небажання нести витрати, недостатньо передбачувану корисність і ризику психотерапії) та психологічні бар'єри у зверненні за психологічною допомогою (соціальні норми, страх саморозкриття, страх виявлення себе з неприємного, нового боку, впевненість у можливості самостійного вирішення проблеми, можливе зниження самооцінки).

Серед особливостей особистості, що впливають на психологічне здоров'я, вчені найчастіше називають: ціннісні орієнтації, динамічний стан внутрішньої рівноваги, когнітивні та соціальні навички, емоційну регуляцію, емпатію, гнучкість та здатність долати несприятливі явища, самоактуалізацію, здатність функціонувати в соціальних ролях та брати участь у значущих соціальних взаємодіях, розуміння наявності гармонійних стосунків між тілом і розумом, самооцінку, рівень домагань і самоставлення.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК У КРИЗОВИХ СТАНАХ З РІЗНИМ СТАВЛЕННЯМ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

#### 2.1 Загальна характеристика вибірки та основні етапи емпіричного дослідження

Дослідження проводилося онлайн на базі таких організацій, як КУ ХОР «Кризовий соціальний центр для жінок», Харківська область, смт. Краснопавлівка, «Центр із надання допомоги постраждалим від насильства в сім'ї», м. Харків та БО «Марш Жінок», м.Київ, психологічна служба з надання кризової психологічної допомоги.

У дослідженні брали участь 35 осіб, усі жіночої статі у віці 18 – 60 років. Розподіл досліджуваних за віком (вікова періодизація за Д. Бромлей) наведено в Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл досліджуваних за віком

Вік, років	Період	Кількість, осіб
18-20	Пізня юність	2
21-25	Рання дорослість	5
26-40	Середня дорослість	18
41-55	Пізня дорослість	9
55-60	Передпенсійний вік	1
РАЗОМ		35

З Таблиці 2.1 бачимо, що переважна більшість жінок, які взяли участь у дослідженні, були жінки середнього віку.

На першому етапі дослідження було здійснено анкетування «Ставлення до психологічної допомоги», яке дозволило з генеральної сукупності визначити вибірку (30 осіб) та розділити її на 2 групи, відповідно до відповідей:

Група 1 – Жінки у кризових станах, що мають переважно негативне ставлення до психологічної допомоги (Гр1Н) – 15 осіб,  $x_{сер} 3,67 \pm 0,09$  за інтегральним балом;  $x_{сер} 2,53 \pm 0,03$  за шкалою Лайкерта.

Група 2 – Жінки у кризових станах, що мають переважно позитивне ставлення до психологічної допомоги (Гр2П) – 15 осіб,  $x_{сер} 8,13 \pm 0,1$  за інтегральним балом;  $x_{сер} 6,33 \pm 0,03$  за шкалою Лайкерта.

Розподіл досліджуваних за результатами анкетування (за шкалою Лайкерта) наведено в Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл досліджуваних за результатами анкетування (за шкалою Лайкерта), 35 осіб = 100%

№	Бали	Кількість, осіб	Кількість, %
1	1 бал (абсолютно негативне ставлення)	1	2,9
2	2 бали (негативне ставлення)	5	14,3
3	3 бали (скоріше негативне ставлення)	9	25,7
4	4 бали (важко відповісти)	5	14,3
5	5 балів (скоріше позитивне ставлення)	2	5,7
6	6 балів (позитивне ставлення)	6	17,1
7	7 балів (цілком позитивне ставлення)	7	20
РАЗОМ		35	100

З таблиці 2.2 бачимо, що жінки, які відповіли «важко відповісти», тобто не продемонстрували ані позитивного, ані негативного ставлення до психологічної допомоги, склали 5 осіб (14,3%). Ці жінки не брали участь в

подальших дослідженнях, а тих, що залишилися ми мали можливість поділити на дві групи – жінки у кризових станах, що мають переважно негативне ставлення до психологічної допомоги – 15 осіб та жінки у кризових станах, що мають переважно позитивне ставлення до психологічної допомоги – 15 осіб.

Наявність кризового стану у досліджуваних жінок перевірялася за допомогою методики «П'ять травм дитини», що дозволяє визначити рівень травматизації. Результати занесено до Таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Рівень травматизації досліджуваних жінок (30 осіб = 100%)

№	Рівень травматизації	Кількість, осіб	Кількість, %
1	Сильно виражена травматизація принаймні за 1 типом	20	66,5
2	Середньо виражена травматизація принаймні за 1 типом	10	33,5
3	Слабко виражена травматизація за всіма типами	0	0

З Таблиці 2.3 можемо зробити висновок, що всі жінки мають сильно або середньо виражену травматизацію принаймні за 1 з типів («Втікач», «Залежний», «Мазохіст», «Контролер» або «Ригідний»), деякі жінки мають середній або навіть високий рівень травматизації за кількома типами. Зазначимо також, що середній бал травматизації у жінок, що мають негативне ставлення до психологічної допомоги спостерігається за типом «Залежний» ( $x_{сер} 5,67 \pm 0,64$ ); у жінок, що мають позитивне ставлення до психологічної допомоги – за типами «Мазохіст», «Втікач» та «Контролер» ( $x_{сер} 5,67 \pm 0,33$ ,  $x_{сер} 5,33 \pm 0,41$  та  $x_{сер} 5,33 \pm 0,50$  відповідно).

Якісний аналіз цих даних, а також тих, що їх було отримано в результаті бесіди дозволяє докладно описати вибірку.

Всі жінки переживали різні кризи, деякі кілька одночасно. Найбільш розповсюдженою виявилася криза середнього віку, при цьому, вік жінок, що переживали цю кризу, продемонстрував великий діапазон, від 35 років, але найчастіше вона спостерігалася у жінок, старших за 40 років. Результати співбесіди показали, що кризи середнього віку у досліджуваних жінок часто є кульмінацією безлічі супутніх стресових факторів, включаючи проблеми зі здоров'ям або іншими медичними проблемами, доглядом за дітьми та літніми батьками, а також втратами, пов'язані зі смертю чи розлученням (кризами депривації). Окрім того, деякі жінки повідомили, що ще до початку кризи стали помічати, що часто замислюються над тим, що вони називали «великими змінами».

2 жінки відчували кризу середнього віку вже в 35 та 38 років. Проте більшості таких досліджуваних вже виповнилося 40 років. Ознаки кризи у жінок варіювалися від змін у образі тіла чи сексуального задоволення (часто через такі чинники, як передменопауза чи менопауза) до емоційної боротьби, пов'язаної з проблемами кар'єри чи невдоволення.

Щодо молодших жінок серед досліджуваних, то у 4-х випадках мала місце депресія або посилення депресивної поведінки, у 1-ї в анамнезу була спроба самогубства. У 5-ти випадках були ознаки екзистенційної кризи, так, молоді жінки виявляли, що сумніваються у своєму життєвому виборі, зокрема, щодо свого романтичного партнера, кар'єри або вибору, пов'язаного з тим, щоб стати матір'ю або зробити аборт.

У деяких жінок усіх вікових категорій спостерігалися проблеми зі сном, але частіше це стосувалося жінок старших, за 40 років. Можна припустити, що ці зміни пов'язані з передменопаузою або менопаузою і є

ознакою того, що жінка вступає в період середнього віку. Деякі жінки розповідали про труднощі зі сном через неспокій або припливи.

Втрата або збільшення ваги спостерігалася, за словами досліджуваних, у 6 жінок. Такі зміни можуть бути пов'язані з особливостями емоційного стану жінок. Коли деякі досліджувані відчувають стрес або переживають кризу, то, за їхніми словами, внаслідок цього їхній апетит часто пригнічується. Інші справляються з емоційним стресом за допомогою фізичних вправ, що може призвести до зниження ваги. Деякі стали більше їсти у період занепокоєння.

Не у всіх жінок, що брали участь у дослідженні була офіційно діагностована депресія, також не у всіх були помітні її явні ознаки. В той самий час близько 4-х жінок з недіагностованою депресією повідомляли про почуття нудьги або апатії, точніше, загальне відчуття амбівалентності, яке може проявлятися як нудьга, апатія або відсутність мотивації. Ефект «згрупування» стресорів сприяв виникненню значного відчуття тривоги, стресу або перевантаження. Одна жінка повідомила про зміни в здатності справлятися з емоціями та наявність емоцій, які в один момент виявляються інтенсивними, а в інший – слабкими. За її словами, до неї «пришло відчуття нестабільності». Ще 1 жінка розповідала про раптовий несподіваний фізичний біль, інколи з незрозумілої причини. Це також може бути ознакою того, що її тіло та розум переживають стрес, адже фізичний біль часто є психосоматизацією емоційного болю.

Також ми звернули увагу на те, що майже в усіх жінок спостерігається неоднозначне ставлення до певного минулого досвіду. При чому це було або негативне ставлення до минулого досвіду (вважали його причиною теперішніх невдач), або ж бажанням знову пережити досвід, характерний для інших періодів їхнього життя. На нашу думку, така зацикленість на минулому досвіді може свідчити про дискомфорт у теперішньому житті

жінок. Подібно до туги за попередніми роками свого життя, 2 жінки у віці понад 40 років виявили, що зосереджується на своїй зовнішності та шукають способи виглядати молодшою завдяки одягу або зміні зачіски, навіть розглядають можливість хірургічних утручань. Ще 3 жінки просто висловлювали своє ставлення до внесення косметичних змін.

Почуття втрати супроводжувало не лише тих жінок, що переживали деприваційні кризи. Адже під час будь-якої кризи в основі лежить відчуття втрати стабільності. Досліджуваним жінкам інколи було важко визначити, чому саме вони відчують втрату, але, на нашу думку, втрата стабільності та безпеки додатково демонструвала, наскільки криза впливала на них.

Серед об'єктивних причин кризового стану жінки називали такі: погіршення у стосунках з партнером або розлучення, зміна професійних ролей, збільшення обов'язків по догляду, смерть одного з батьків, переїзд дітей, вагітність. Багато жінок відчують самотність та ін. Взагалі, якщо згрупувати більшість подій, які передували чи супроводжували кризи у досліджуваних жінок, то їх можна поділити на об'єктивні (медичні, діагностовані чи ні, але такі, що вочевидь присутні, як-от менопауза, що можуть впливати на почуття); такі, що ми їх назвали умовно об'єктивні, тобто такі, що присутні у жінки, проте не обов'язково і не на всіх жінок вони роблять негативний вплив аж до кризи; суб'єктивні, які пов'язані виключно з думками та переживаннями жінок і не обов'язково мають об'єктивне підґрунтя (Таблиця 2.4).

Таблиця 2.4

## Причини кризових станів у досліджуваних жінок

№	Об'єктивні	Умовно об'єктивні	Суб'єктивні
1	Гормональні зміни, пов'язані з передменопаузою, менопаузою, вагітністю або абортom	Збільшення «перехресних стресових факторів» від багатьох життєвих ролей	Почуття самотності у шлюбі чи стосунках
2	Втрата фертильності	Розлучення	Зміни ідентичності
3		Сімейні зміни, як-от «синдром порожнього гнізда»	Жаль про відсутність дітей
4		Смерть близьких	Занепокоєння щодо залишення «спадщини», тобто визначення своєї значущості у житті інших
5		Догляд за літніми батьками	
6		Догляд за дітьми	
7		Дорослі діти повертаються додому	
8		Розрив кар'єри або апатія	

Як можна побачити з Таблиці 2.4, більшість чинників є такими, що відносяться до умовно об'єктивних або ж суб'єктивних, що може свідчити, про підвищену чутливість, вразливість досліджуваних жінок, тобто на ступінь їх травматизації впливають певні особистісні чинники.

**На другому етапі дослідження** визначався вплив особистісних факторів жінок у кризових станах на ставлення до психологічної допомоги (за методикою П'ятифакторний опитувальник особистості («Велика п'ятірка», “Big five”). Було порівняно особистісні фактори у жінок, що мають переважно негативне та переважно позитивне ставлення до психологічної допомоги.

**На третьому етапі дослідження** визначалась роль дитячих травм у ставленні до психологічної допомоги жінок у кризових станах з позитивним та негативним ставленням до психологічної допомоги, для чого використовувався опитувальник «П'ять травм дитини» (на основі теорії Ліз Бурбо).

**На четвертому етапі дослідження** з'ясовувався вплив стилю міжособистісних стосунків на ставлення жінок у кризових станах до психологічної допомоги (за методикою «Тест інтерперсональної взаємодії Лірі).

Всі отримані дані були статистично оброблені та інтерпретовані.

Досліджувалися відмінності між жінками, що перебувають у кризовій ситуації з переважно негативним та переважно позитивним ставленням до психологічної допомоги.

Для порівняння вибірових середніх величин, що належать до двох сукупностей даних і для рішення питання про те, чи відрізняються середні значення статистично вірогідно одні від інших, ми використовували критерій Стьюдента. Його основна формула виглядає так:

$$t = \frac{|\bar{x}_1 - \bar{x}_2|}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

де  $\bar{x}_1$  – середнє значення перемінної по одній вибірці даних (жінки, що негативно ставляться до психологічної допомоги, 15 осіб)

$\bar{x}_2$  – середнє значення перемінної по іншій вибірці даних (жінки, що позитивно ставляться до психологічної допомоги, 15 осіб);

$m_1$  і  $m_2$  – інтегровані показники відхилень окремих значень із двох порівнюваних вибірок від відповідних їм середніх величин.

$m_1$  і  $m_2$  своєю чергою обчислюються за такими формулами:

$$m_1^2 = \frac{\bar{S}_1^2}{n_1}; \quad m_2^2 = \frac{\bar{S}_2^2}{n_2},$$

де  $\bar{S}_1^2$  – вибіркова дисперсія першої змінної (по першій вибірці – жінки, що негативно ставляться до психологічної допомоги, 15 осіб);

$\bar{S}_2^2$  – вибіркова дисперсія другої змінної (по другій вибірці – жінки, що позитивно ставляться до психологічної допомоги, 15 осіб);

$n_1$  – число приватних значень змінної в першій вибірці (жінки, що негативно ставляться до психологічної допомоги, 15 осіб);

$n_2$  – число приватних значень змінної по другій вибірці (жінки, що позитивно ставляться до психологічної допомоги, 15 осіб).

Отже, було визначено основні параметри емпіричного дослідження, описано основні його етапи.

## 2.2. Методи емпіричного дослідження

Методи емпіричного дослідження були дібрані відповідно меті та завданням роботи.

Для визначення ставлення жінок, що перебувають у кризових станах, до психологічної допомоги ми розробили **анкету «Ставлення до психологічної допомоги»** (Додаток А). Анкета містить 15 питань. Із них 14 питань припускають 2 варіанти відповідей – «так» або «ні», 1 питання – 7 варіантів відповідей для оцінки ступеня згоди за шкалою Лайкерта. Запитання в анкеті дозволяють охопити різні ставлення до психологічної допомоги: узагальнене ставлення до психологічної допомоги, особисте ставлення респонденток, відношення до психотерапії у контексті суспільних уявлень про неї.

В анкеті відповіді «так» на питання 3, 5, 7, 8, 9, 13 та відповіді «ні» на питання 4, 6, 10, 11, 12, 15 оцінюються в 1 бал. Відповіді «ні» на питання 3, 5, 7, 8, 9, 13 та відповіді «так» на питання 4, 6, 10, 11, 12, 15 оцінюються в 0 балів.

Відповіді на питання 1, 2, 14 не враховуються при підрахунку балів. Вони слугують джерелом інформації про респондентів.

Максимальна кількість балів – 12. Особи, що набрали 0 – 6 балів вважаються такими, що мають переважно негативне ставлення до психологічної допомоги. Особи, що набрали 7 – 12 балів, вважаються такими, що мають переважно позитивне ставлення до психологічної допомоги.

Згідно із завданнями дослідження, було необхідно визначити вплив особистісних факторів жінок на ставлення до психологічної допомоги. Особистісні характеристики визначалися за допомогою методики **«П'ятифакторний опитувальник особистості («Велика п'ятірка», «Big**

**five”)** (Додаток Б). Показники цієї методики – числові значення, що відповідають рівню виразності певних рис особистості. Шкали методики – п’ять стрижневих факторів, кожен з яких включає ще по п’ять конкретніших показників [19; 64; 74].

Методика дозволяє виділити п’ять основних незалежних змінних, які відповідають особистісним факторам темпераменту і характеру, причому цих п’яти факторів досить для об’єктивного опису психологічного портрета людини – його моделі особистості. Модель “Big five” – диспозиційна модель особистості людини.

Адаптований п’ятифакторний тест-опитувальник складається з 75 парних, протилежних за своїм значенням, стимульних висловлювань, що характеризують поведінку людини.

Показники цієї методики: п’ять «великих» чинників, кожен з яких містить ще по п’ять конкретніших факторів.

Вимірювані характеристики:

1. Екстраверсія – інтроверсія (ЕКСТР/ІНТР).

1.1. Активність – пасивність (Акт/Пас)

1.2. Домінування – підпорядкованість (Дом/Підп)

1.3. Товариськість – замкнутість (Тов/Замкн)

1.4. Пошук вражень – уникнення вражень (ПошВр/УнВр),

1.5. Прояв – уникнення почуття провини (ПрПочПров/УнПочПров).

2. Прихильність – відособленість (ПРИХ/ВІДОСОБЛ).

2.1. Тепло – байдужість (Тепл/Байд)

2.2. Співпраця – суперництво (Співпр/Суп)

2.3. Довірливість – підозрілість (Дов/Підозр)

2.4. Розуміння – нерозуміння (Роз/Нероз)

2.5. Повага інших – самоповага (ПовІнш/Самопов).

3. Самоконтроль – імпульсивність (САМОКОНТР/ІМПУЛЬС).

- 3.1. Акуратність – неакуратність (відсутність акуратності) (Ак/Неак)
- 3.2. Наполегливість – відсутність наполегливості (Напол/Ненапол)
- 3.3. Відповідальність – безвідповідальність (Відпов/Безвідпов)
- 3.4. Самоконтроль поведінки – імпульсивність (відсутність самоконтролю) (СамоконтрПов/ІмпульсПов)
- 3.5. Передбачливість – безтурботність (Передб/Безтурб).
- 4. Емоційна стійкість – емоційна нестійкість (ЕМОЦСТІЙК/ЕМОЦНЕСТІЙК).
  - 4.1. Тривожність – безтурботність (Тривожн/Безтурботн)
  - 4.2. Напруженість – розслабленість (Напруж/Розсл)
  - 4.3. Депресивність – емоційна комфортність (Депрес/ЕмКомф)
  - 4.4. Самокритика – самодостатність (Самокрит/Самодостат)
  - 4.5 Емоційна лабільність – емоційна стабільність (ЕмоцЛаб/ЕмоцСтаб).
- 5. Експресивність – практичність (ЕКСПРЕСИВН/ПРАКТ).
  - 5.1. Цікавість – консерватизм (Цікав/Консерв)
  - 5.2. Допитливість – реалістичність (Допитл/Реал)
  - 5.3. Артистичність – відсутність артистичності (Артист/НеАрт)
  - 5.4. Сенситивність – нечутливість (Сенсит/нечутл)
  - 5.5. Пластичність – ригідність (Пласт/Ригід).

Для визначення дитячих травм, що впливають на ставлення до психологічної допомоги, використовувався **Опитувальник «П'ять травм дитини» (на основі теорії Ліз Бурбо)** [18] (Додаток В).

Ліз Бурбо виділила п'ять дитячих травм, що заважають розвитку особистості [5]:

1. Знехтуваний.
2. Покинутий.
3. Принижений.
4. Зрада.

## 5. Несправедливість.

Кожній травмі відповідає маска, важливість маски визначається глибиною травми [4]. Маска являє відповідний їй тип особистості, оскільки в людині розвиваються численні переконання, які визначають і її внутрішній стан, і її поведінку – як нормальні для прийнятої маски. Чим глибше рана, тим частіше людина страждає від неї і тим частіше змушена носити свою маску [5].

Опитувальник «П'ять травм дитини» містить 50 запитань. Назви його шкал відповідають маскам, які властиві людям з тією чи тією травмою:

1. Втікач, травма Знехтуваний (ВтТрЗнехт).
2. Залежний, травма Покинутий (ЗалТрПок).
3. Мазохіст, травма Принижений (МазТрПрин).
4. Контролер, травма Зрада (КонтрТрЗр).
5. Ригідний, травма Несправедливість (РигТрНеспр).

Для підтвердження внутрішньої узгодженості та надійності методики ми обчислили показник  $\alpha$  Кронбаха, що має знаходитись в межах ідеального діапазону статистичного значення від 0,6 до 0,8. Результати представлені у Таблиці 2.5 та Додатку 3.

Таблиця 2.5

Показник  $\alpha$  Кронбаха для опитувальника «П'ять травм дитини»

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,880	,880	50

З наведених результатів бачимо, що показник надійності  $\alpha = ,880$  вищий за ідеальну верхню межу 0,8, проте не перетинає межу у 0,9. Це дозволяє нам розглядати опитувальник як придатний до використання у нашому емпіричному дослідженні.

Відповідно завданням дослідження, було необхідно визначити вплив стилю міжособистісних стосунків на ставлення жінок у кризових станах до психологічної допомоги. Для цього використовувалася методика «Тест інтерперсональної взаємодії Лірі» [29] (Додаток Г).

Методика призначена для вивчення стилю і структури міжособистісних відносин і їх особливостей, а також дослідження уявлень людини про саму себе, свого ідеального «Я», ставлення до самої себе. Методика за своїми психодіагностичними функціями наближається до особистісних опитувальників. При створенні тесту Т. Лірі опирався на положення соціокультурної теорії особистості, представником й основоположником якої є С. Салліван. В основі цієї теорії лежить уявлення про те, що соціокультурні умови мають вплив на розвиток і функціонування індивіда, а в основі порушень функціонування особистості лежать унікальні стилі міжособистісних відносин.

Опитувальник містить 128 питань. Визначаються такі шкали:

- I. Авторитарний (Автор).
- II. Егоїстичний (Ег).
- III. Агресивний (Агр).
- IV. Підозрілий (Підозр).
- V. Покірний (Покірн).
- VI. Залежний (Залежн).
- VII. Дружелюбний (Друж).
- VIII. Альтруїстський (Альтр).

Отже, було підбрано та обґрунтовано методики емпіричного дослідження. Обрані методики дослідження та його етапи, а також формування вибірки були обумовлені метою роботи: визначення психологічних особливостей жінок, що перебувають у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги.

Для виявлення можливих відмінностей в групах респондентів використано Т-критерій Стюдента.

Також побудовані прості регресійні моделі з допомогою множинного регресійного аналізу для перевірки впливу однієї змінної на іншу, тобто незалежної змінної на залежну змінну.

Статистична обробка проводилася за допомогою програмного пакету SPSS, STATISTICA та комп'ютерної програми Excel.

## **Висновки до розділу 2**

У другому розділі визначено основні параметри емпіричного дослідження, описано основні його етапи, підбрано та обґрунтовано методики емпіричного дослідження.

Обрані методики дослідження та його етапи, а також формування вибірки були обумовлені метою роботи: визначення психологічних особливостей жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги.

Було розроблено анкету, а також обрано три методики для визначення психологічних особливостей жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги. Методики використовувалися для попарного порівняння.

Для цього серед досліджуваних було сформовано 2 групи, до яких входили жінки, що мають переважно негативне ставлення до психологічної допомоги та жінки, що мають переважно позитивне ставлення до психологічної допомоги. Отже, групи досліджуваних у кризових станах, були релевантні за статтю та ставленням до психологічної допомоги. Для

встановлення відмінностей між жінками з різним ставленням до психологічної допомоги було обрано Т-критерій Стьюдента.

Для виявлення особистих чинників позитивного та негативного ставлення до психологічної допомоги у жінок обрано регресійний аналіз, (проведення простої лінійної регресії).

### РОЗДІЛ 3

## ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОК У КРИЗОВИХ СТАНАХ

### **3.1. Відмінності особистісних особливостей жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги**

Було здійснено емпіричне дослідження ставлення до психологічної допомоги жінок у кризових станах.

На першому етапі емпіричного дослідження було здійснено анкетування «Ставлення до психологічної допомоги», яке дозволило з генеральної сукупності (35 осіб) визначити вибірку (30 осіб) та розділити її на 2 групи:

Група 1 – Жінки у кризових станах, що мають переважно негативне ставлення до психологічної допомоги (Гр1Н) – 15 осіб.

Група 2 – Жінки у кризових станах, що мають переважно позитивне ставлення до психологічної допомоги (Гр2П) – 15 осіб.

На другому етапі дослідження за допомогою п'ятифакторного опитувальника особистості досліджувалися особистісні особливості жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги за основними та первинними чинниками.

Результати дослідження представлено в Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Відмінності у особистісних особливостях жінок з різним ставленням до психологічної допомоги за методикою “Big five”

Шкали	Групи				Розбіжності, Т-критерій Стьюдента	
	Гр1Н, n=15		Гр2П, n=15			
	Середні значення	Відхилення	Середні значення	Відх-ня	T	p
<b>1. ЕКСТР/ІНТР</b>	34,93	±2,28	35,87	±1,47	-0,48	p>0,05
1.1. Акт/Пас	7,00	±0,18	5,67	±0,68	1,44	p>0,05
1.2. Дом/Підп	7,20	±0,65	4,87	±0,42	2,26	p≤0,05
1.3. Тов/Замкн	7,27	±0,08	6,20	±0,30	1,73	p>0,05
1.4. ПошВр/УнВр	5,27	±0,30	8,87	±0,30	-4,65	p≤0,001
1.5. ПрПров/УнПр	8,20	±0,43	10,27	±0,40	-2,28	p≤0,05
<b>2. ПРИХ/ВІДОС</b>	41,53	±3,48	47,40	±2,26	-2,45	p≤0,05
2.1. Тепл/Байд	4,13	±0,18	6,07	±0,45	-2,45	p≤0,05
2.2. Співпр/Суп	8,07	±0,56	10,93	±0,46	-2,85	p≤0,01
2.3. Дов/Підозр	10,47	±1,59	8,47	±0,59	1,35	p>0,05
2.4. Роз/Нероз	8,00	±0,57	11,33	±0,40	-3,39	p≤0,01
2.5. ПовІнш/Самоп	10,87	±0,83	10,60	±0,45	0,24	p>0,05
<b>3. САМОК/ІМП</b>	34,13	±1,24	33,73	±1,83	0,23	p>0,05
3.1. Ак/Неак	10,73	±0,83	7,33	±0,64	2,81	p≤0,01
3.2. Напол/Ненапол	5,93	±0,48	6,73	±0,51	-0,80	p>0,05
3.3. Відпов/Безвідп	5,27	±0,17	6,67	±0,29	-2,06	p≤0,05
3.4. СамПов/ІмпПов	5,40	±0,25	5,33	±0,25	0,09	p>0,05

Шкали	Групи				Розбіжності, Т-критерій Стьюдента	
	Гр1Н, n=15		Гр2П, n=15			
	Середні значення	Відхилення	Середні значення	Відх-ня	T	p
3.5. Передб/Безтур	6,80	±0,31	7,67	±0,15	-1,28	p>0,05
<b>4.ЕМСТ/ЕМНЕСТ</b>	43,20	±2,96	36,00	±6,45	2,35	p≤0,05
4.1. Тривож/Безтур	7,13	±0,82	6,73	±0,24	0,39	p>0,05
4.2. Напруж/Розсл	8,07	±1,21	7,67	±1,69	0,23	p>0,05
4.3. Депр/ЕмКомф	9,53	±0,99	6,33	±0,75	2,43	p≤0,05
4.4. Самокр/Самод	7,47	±0,43	6,20	±0,87	1,11	p>0,05
4.5 ЕмЛаб/ЕмСтаб.	11,00	±0,85	9,07	±1,97	1,15	p>0,05
<b>5. ЕКСПР/ПРАКТ</b>	40,47	±4,01	39,00	±4,97	0,49	p>0,05
5.1. Цікав/Консерв	9,00	±0,77	11,00	±0,24	-1,99	p>0,05
5.2. Допитл/Реал	8,07	±0,83	9,00	±0,49	-0,81	p>0,05
5.3. Артист/НеАрт	7,60	±0,71	4,73	±0,29	2,87	p≤0,01
5.4. Сенсит/нечутл	7,13	±0,88	9,40	±1,27	-1,55	p>0,05
5.5. Пласт/Ригід.	8,67	±0,73	4,87	±0,30	3,75	p≤0,001

З Таблиці 3.2 можна побачити, що статистично значущі відмінності у особистісних особливостях жінок у кризових станах із позитивним та негативним ставленням до психологічної допомоги спостерігаються не за усіма основними факторами (тільки за шкалами «ПРИХИЛЬНІСТЬ – ВІДОСОБЛЕНІСТЬ» та «ЕМОЦІЙНА СТАБІЛЬНІСТЬ – ЕМОЦІЙНА НЕСТАБІЛЬНІСТЬ»), втім, вони мають розбіжності у багатьох первинних факторах.

Для наочності було представлено результати дослідження особистісних профілів жінок у кризових станах із позитивним та негативним ставленням до психологічної допомоги у вигляді діаграми (рис. 3.1, 3.2).

Зокрема, психологічний профіль жінок, що перебувають у кризових станах із негативним ставленням до психологічної допомоги наведено на Рис. 3.1.

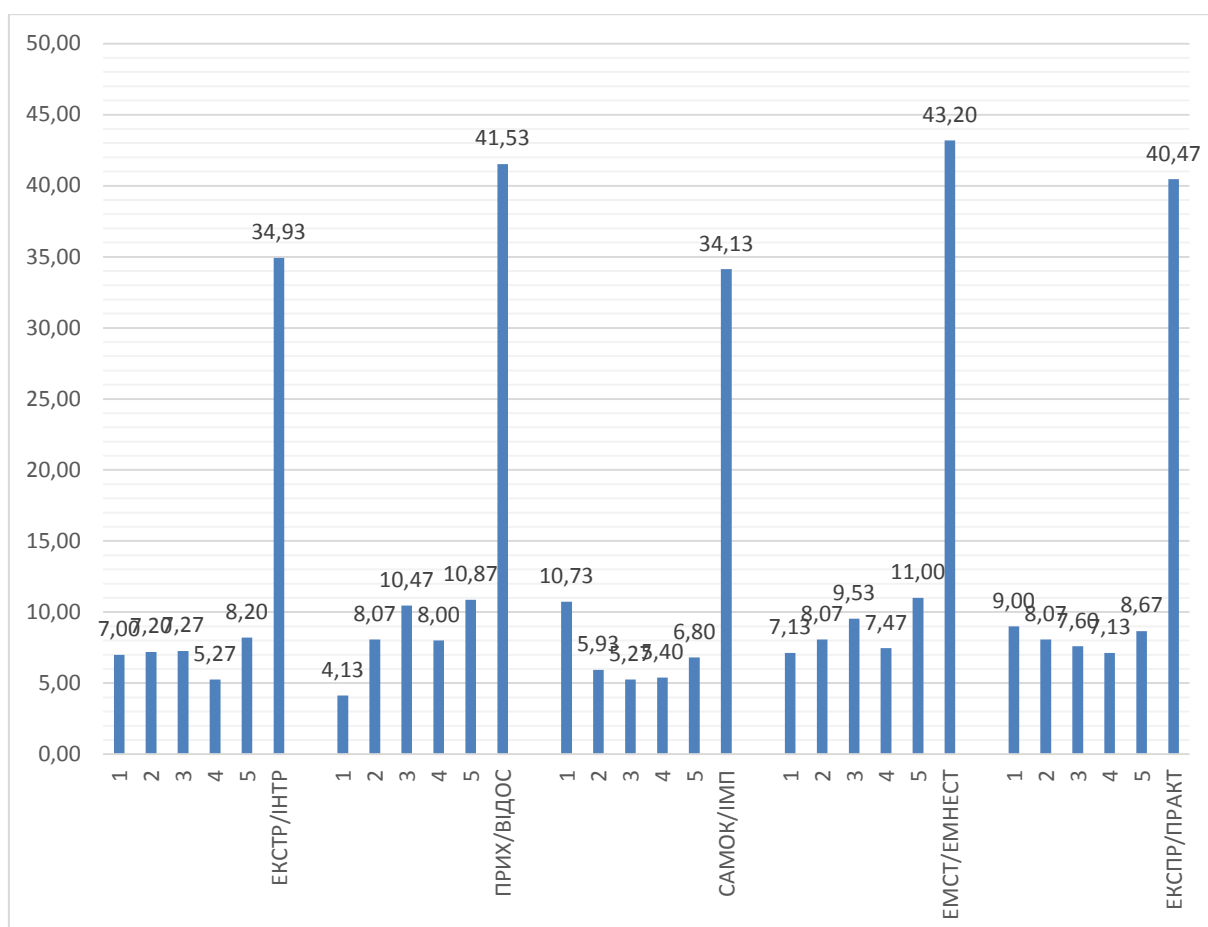


Рис. 3.1. Особистісний профіль жінок у кризових станах із негативним ставленням до психологічної допомоги (за методикою “Big five”), середні бали

Психологічний профіль жінок, що перебувають у кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги наведено на Рис. 3.2.

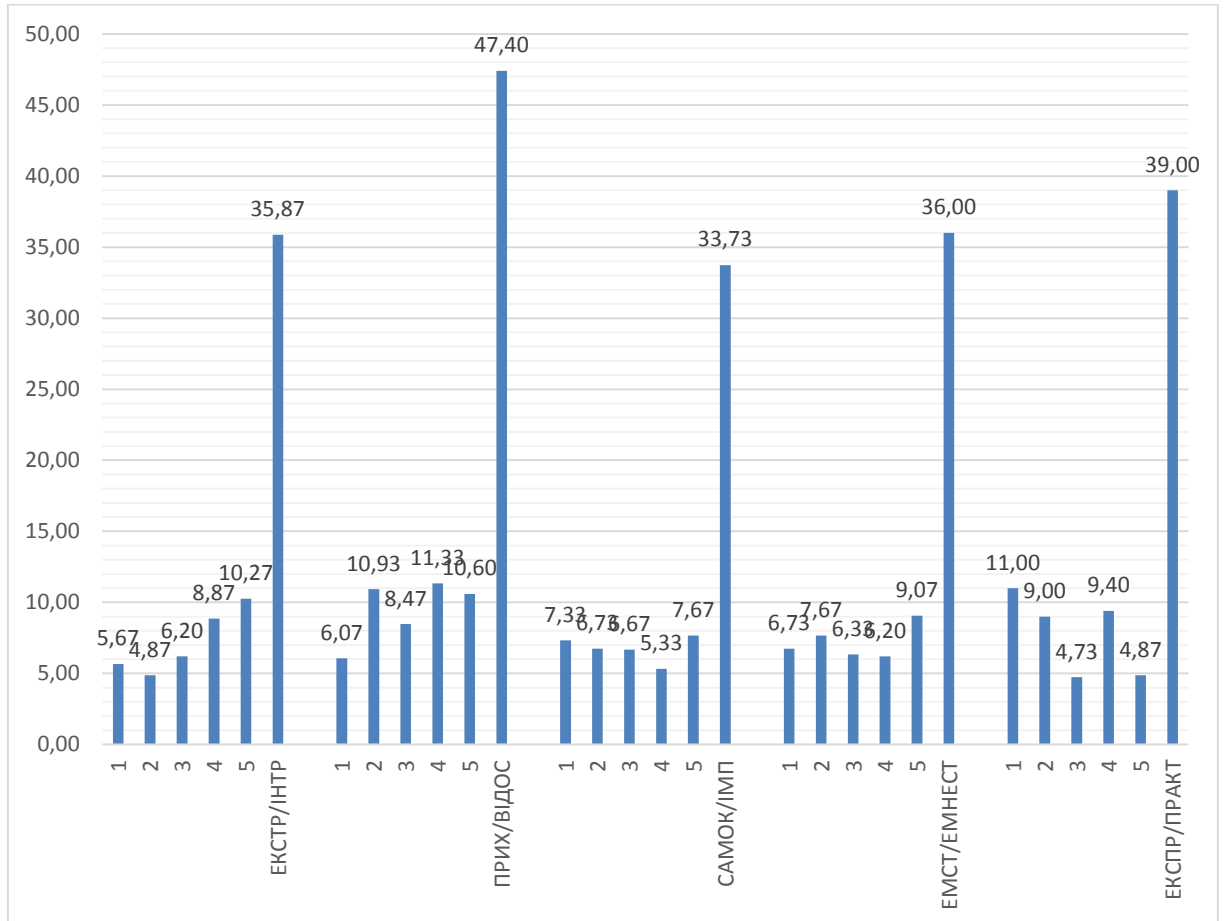


Рис. 3.2. Особистісний профіль жінок у кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги (за методикою “Big five”), середні бали

З Таблиці 3.1 та Рис. 3.1 і 3.2 ми можемо зробити такі висновки.

За шкалою «ЕКСТЕРНАЛЬНІСТЬ – ІНТЕРНАЛЬНІСТЬ» немає статистично значущих розходжень у жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги, втім, за первинними чинниками можна визначити розбіжності, зокрема, у жінки в кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги більш схильні до

підпорядкованості ( $T=2,26$ ;  $p\leq 0,05$ ), пошуку вражень ( $T=4,65$ ;  $p\leq 0,001$ ), прийняття провини ( $T=2,28$ ;  $p\leq 0,05$ ) тоді як з негативним – до домінування, уникання вражень та уникання провини відповідно.

За шкалою «ПРИХИЛЬНІСТЬ – ВІДОСОБЛЕНІСТЬ» було знайдено статистично достовірні розбіжності між досліджуваними групами. Зокрема, жінкам у кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги більш притаманна прихильність ( $T=2,26$ ;  $p\leq 0,05$ ). Таким жінкам подобається перебувати серед людей. Ці досліджувані чуйні і доброзичливі, їм вдається добре розуміти інших і спокійно ставитися до чужих недоліків. Під час роботи з колективом такі жінки щосили намагаються підтримувати сприятливу атмосферу і не допускати конфліктів. Вони завжди якісно виконують свої завдання, користуються повагою інших і вміють співпереживати. Їм не притаманний дух змагання і більше подобається працювати спільно. Характерологічними ознаками таких особистостей є теплота, довірливість, прихильність, схильність до співпраці, здатність завойовувати повагу людей. Жінкам з негативним ставленням до психологічної допомоги більш характерна відособленість, їм складно розуміти інших, вони відсторонюються від них, не люблять покладатися на кого-небудь, вважають за краще діяти самі по собі. Всіляко ухиляються від громадських доручень і не завжди виконують обіцянки. Власні погляди і проблеми хвилюють їх набагато більше, ніж люди навколо. Щоб відстояти свої інтереси, готові йти без перешкод. Часто виявляються перфекціоністами. Отже, їм притаманні відособленість, розвинена самоповага, байдужість до інших, підозрілість і схильність до суперництва.

За первинними чинниками шкали можна визначити, зокрема, що жінкам у кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги більш притаманні теплота ( $T=2,45$ ;  $p\leq 0,05$ ), співпраця ( $T=2,85$ ;  $p\leq 0,01$ ) та

розуміння інших ( $T=3,39$ ;  $p\leq 0,01$ ), а жінкам з негативним ставленням – байдужість, суперництво та нерозуміння інших відповідно.

За шкалою «САМОКОНТРОЛЬ – ІМПУЛЬСИВНІСТЬ» немає статистично значущих розходжень у жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги, але за первинними чинниками можна визначити розбіжності, зокрема, у жінки в кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги більш схильні до неакуратності ( $T=2,81$ ;  $p\leq 0,01$ ), але, в той же час – відповідальності ( $T=2,06$ ;  $p\leq 0,05$ ), тоді як з негативним – до акуратності та безвідповідальності відповідно.

За шкалою «ЕМОЦІЙНА СТАБІЛЬНІСТЬ – ЕМОЦІЙНА НЕСТАБІЛЬНІСТЬ» було знайдено статистично достовірні розбіжності між досліджуваними групами. Зокрема, жінкам у кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги більш притаманна емоційна стабільність ( $T=2,35$ ;  $p\leq 0,05$ ). Вони переважно спокійні, самодостатні, впевнені в собі люди. Їхня відмінна риса – сталість в будь-якій сфері, будь то прихильність або плани на вихідні. Імпульсивність їм не властива. Вони дивляться на світ реалістично, не переймаються через невдачі і, як правило, відчувають себе комфортно. Усвідомлюють свої недоліки і здатні зберігати холонокровність навіть в критичні моменти. Найчастіше у таких досліджуваних гарний настрій. Їхніми характерологічними ознаками є безтурботність, розслабленість, самодостатність, емоційна стабільність і комфорт. Жінки з негативним ставленням до психологічної допомоги більш схильні до емоційної нестабільності, їхній високий середній бал за цією шкалою вказує на них як особистостей, які не можуть тримати під контролем власні емоції і імпульсивні потяги. Таких досліджуваних характеризує низька емоційна стійкість, вони безвідповідальні, примхливі і вважають за краще ігнорувати реальність. Також вони можуть відчувати себе безпорадними і нездатними подолати життєві перешкоди. Досліджувані із негативним

ставленням до психологічної допомоги можуть бути впевнені, що кожна хвилину все може зіпсуватися, і тривожно чекають цього моменту, а якщо він настає, миттєво занурюються в депресію і відчай. Таким досліджуванам важко виконувати будь-яку роботу в стані психологічної напруги. Переважно вони легко ранимі і відрізняються заниженою самооцінкою. Їхніми характерологічними ознаками переважно є тривожність, напруженість, емоційна лабільність, схильність до самокритики і депресій.

Серед первинних чинників аналізованої шкали можна визначити розбіжності за чинником «Депресивність – емоційна комфортність». Зокрема, жінки із позитивним ставленням до психологічної допомоги більш схильні до емоційної комфортності ( $T=2,43$ ;  $p \leq 0,05$ ), тоді як з негативним ставленням – до депресивності.

Не було знайдено статистично достовірних розходжень у жінок у кризових станах із позитивним та негативним ставленням до психологічної допомоги за шкалою «ЕКСПРЕСИВНІСТЬ – ПРАКТИЧНІСТЬ». За первинними ж чинниками можна визначити певні статистично значущі розбіжності, зокрема, жінки в кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги менш схильні до артистичності ( $T=2,87$ ;  $p \leq 0,01$ ), та є більш ригідними ( $T=3,75$ ;  $p \leq 0,001$ ), тоді як з негативним ставленням схильні виявляти більшу артистичність та пластичність.

### **3.2. Особливості інфантильного травматичного досвіду у жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги**

Використання методики «П'ять травм» засновано на теорії Л. Бурбо про те, що оскільки іноді досвід переживається в неприйнятті, тобто в засудженні, почутті провини, страху, жалю і інших формах заперечення, то людина постійно притягує до себе обставини і особистості, які знову і знову

приводять її до необхідності пережити той самий досвід. Отже, було досліджено особливості інфантильного травматичного досвіду у жінок у кризових станах із позитивним та негативним ставленням до психологічної допомоги (за методикою Ліз Бурбо «П'ять травм»), результати дослідження наведено у Таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Особливості інфантильного травматичного досвіду у жінок у кризових станах із позитивним та негативним ставленням до психологічної допомоги за методикою Ліз Бурбо «П'ять травм»

Шкали	Групи				Розбіжності, Т-критерій Стьюдента	
	Гр1Н, n=15		Гр2П, n=15		T	p
	Середні значення	Відх.	Середні значення	Відх.		
1. ВтГрЗнехт	4,67	±0,34	5,33	±0,41	-0,77	p>0,05
2. ЗалГрПок	5,67	±0,64	3,40	±0,50	2,13	p≤0,05
3. МазГрПрин	3,40	±0,41	5,33	±0,39	-2,17	p≤0,05
4.КонтрГрЗр	4,53	±0,47	5,67	±0,33	-1,27	p>0,05
5. РигГрНеспр	4,47	±0,27	4,60	±0,50	-0,15	p>0,05

З Таблиці 3.2 бачимо, що кілька дитячих травм виявляються у досліджуваних жінок на середньому рівні. Більш значущу статистично достовірну різницю між позитивним чи негативним ставленням до

психологічної допомоги мають такі дитячі травми, як травма покинутості (шкала «Залежний»), травма приниження (шкала «Мазохіст») та травма зради (шкала «Контролер»).

Так, травма покинутості (шкала «Залежний») більше виявляється у жінок у кризових станах із негативним ставленням до психологічної допомоги ( $T=2,13$ ;  $p \leq 0,05$ ). Найбільший страх таким жінкам вселяє самотність. Вони не помічають цього, тому що завжди влаштовуються таким чином, щоб бути в чиемусь товаристві. Якщо ж все-таки опиняються на самоті, то, звичайно, визнають, що самотні; але при цьому вони не помічають, як наполегливо шукають, чим зайнятися, чим заповнити час. Коли немає фізичного партнера, телефон і телевізор замінюють їм компанію. Їхнім близьким значно легше помітити, відчувати цей великий страх самотності навіть в оточенні людей.

Негативні сторони особистості таких жінок: схильні до віктимної поведінки (жертва), схильні до злиття з іншим або діяльністю. Потребують постійної підтримки – в прийнятті рішень, виконання роботи; вимагають постійної уваги, присутності поруч близьких людей. Зазнають труднощів, якщо потрібно працювати на самоті або самотійно виконувати роботу. Часто звертаються за порадами, але не завжди їм наслідують. Болісно сприймають відмови. Часто сумують і плачуть, чим викликають жалість оточуючих. Драматизують, перебільшують значимість подій. Схильні до театральної поведінки. Прагнуть до незалежності, яка, одночасно, може лякати їх.

Позитивні сторони особистості таких жінок: знають як попросити те, чого бажають. Вміють наполягати на своїх інтересах. Майже не відступають, якщо в них виникає намір що-небудь отримати. Мають хороші акторські дані, знають як привернути до себе увагу. У поведінці природні, грайливі, веселі, товариські, життєрадісні. Допомагають іншим, тому що знають, як це – відчувати необхідність у підтримці. Якщо вони можуть опанувати своїм

страхом самотності, то стають більш духовними. Можуть мати художній талант. Після спілкування їм зазвичай необхідний час, щоб побути наодинці, відновити сили.

В цілому таких жінок можна визначити як людину-ресурс.

Травма приниження (шкала «Мазохист») більш виявляється у жінок у кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги ( $T=2,17$ ;  $p \leq 0,05$ ). Такі жінки найбільше бояться свободи. Вони не вважають і не відчують себе вільними через безліч обмежень і зобов'язань, які самі ж встановили. З іншого боку, оточуючим вони здаються абсолютно вільними, тому що зазвичай знаходять засоби і час щоб робити те, що вирішили робити. Вони не оглядаються на інших, приймаючи рішення. Навіть якщо те, що вони вирішили, скоує їх, в очах інших людей вони мають повне право вільно змінити своє рішення, варто їм лише захотіти.

Негативні сторони особистості таких жінок: часто соромляться своєї поведінки або бояться зганьбитися при інших, тому намагаються постійно себе контролювати. Не люблять швидкої ходьби, необхідності швидко приймати рішення. Знають про свої потреби, але не задовольняють їх. Вважають себе незграбними, неохайними, гіршими за інших. Схильні до злиття з іншими через постійну, нав'язливу турботу про них. Так облаштовують життя, щоб не бути вільними; беруть на себе багато обов'язків, тому що бояться, що свобода зробить їх нестриманими, і вони осоромляться, переступлять межу дозволеного. Люблять брати на себе роль опікуна, що може привести до зайвих навантажень і переходити в психосоматичні захворювання. Схильні до самобичування, хоч вважають, що цим карають іншу людину, а не себе. Часто відчують відразу до людей, речей, подій. Знаходять задоволення у надмірному вживанні їжі.

Позитивні сторони особистості таких жінок: часто вони сміливі, схильні до авантур. Знають і поважають свої потреби. Сприйнятливі також до потреб

інших, здатні поважати їхню волю. Виявляють здібності до спілкування, прекрасно виконують роль посередника. Схильні бачити події в перспективі. Веселі, здатні отримати задоволення і поділитися ним з іншими. Невимушено щедрі, альтруїстичні, схильні допомагати людям. Талановиті організатори, знають свої таланти і здібності. Чуттеві у коханні. У будь-якій ситуації зберігають свою гідність, почуття самоповаги.

В цілому таких жінок можна визначити як людину-посередника.

Травма зради (шкала «Контролер») також виявляється у жінок із позитивним ставленням до психологічної допомоги, розбіжності мають меншу ступень статистичної достовірності ( $T=1,27$ ;  $p>0,05$ ). Такі жінки найбільше бояться зради. Загальною характерною рисою жінок, які мають травму зради, є сила. Оскільки їм особливо важко прийняти будь-яку форму зради, як своєї, так і власної, вони роблять все, що можуть, щоб бути відповідальними, сильними, особливими і значними людьми. [5].

Негативні сторони особистості таких жінок: Часто не виконують свої обіцянки, легко обманюють, маніпулюють. Мають багато очікувань, тому часто розчаровуються. Такі жінки впевнені у своїй правоті, намагаються довести її іншим, водночас нетерпимі до тих, хто не піддається їх контролю. Мотивація до контролю інша, ніж у «Мазохіста», оскільки «Контролер» контролює для того, щоб забезпечити виконання завдань, виправдати відповідальність. Зазвичай не схильні довіряти людям, скептично ставляться до світу, приховують свою чуттєвість.

Позитивні сторони особистості таких жінок: зазвичай мають лідерські якості, вони товариські, успішні у публічних виступах, ораторській майстерності. Бачать та сприяють розкриттю талантів інших людей, знають, як зарядити позитивом, розуміють емоційний стан партнера по спілкуванню. Швидко приймають рішення, легко перемикаються з однієї справи на іншу, можуть бути компетентними в різних сферах.

В цілому таких жінок можна визначити як людину-лідера.

### 3.3. Психологічні особливості інтерперсонального відношення до оточення як чинник ставлення до психологічної допомоги

Для визначення психологічних особливостей інтерперсонального відношення до оточення жінок у кризових станах із позитивним та негативним ставленням до психотерапії використовувалася методика інтерперсональної діагностики Лірі.

Результати дослідження наведено у Таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Психологічні особливості інтерперсонального відношення до оточення у жінок у кризових станах із позитивним та негативним ставленням до психологічної допомоги за методикою «Тест інтерперсональної діагностики» Лірі

Шкали	Групи				Розбіжності, Т-критерій Стьюдента	
	Гр1Н, <i>n</i> =15		Гр2П, <i>n</i> =15		<i>T</i>	<i>p</i>
	Середні знач.	Відх.	Середні знач.	Відх.		
I. Автор	10,80	±0,87	5,47	±0,40	4,73	<i>p</i> ≤0,001
II. Ег	7,67	±0,67	6,00	±0,20	1,79	<i>p</i> >0,05
III. Агр	5,47	±0,19	6,27	±0,16	-1,35	<i>p</i> >0,05

Шкали	Групи				Розбіжності,	
	Гр1Н, <i>n</i> =15		Гр2П, <i>n</i> =15		Т-критерій	
	Середні знач.	Відх.	Середні знач.	Відх.	<i>T</i>	<i>p</i>
IV. Підозр	4,87	±0,38	3,20	±0,38	1,92	<i>p</i> >0,05
V. Покірн	7,67	±0,15	4,73	±0,79	3,03	<i>p</i> ≤0,01
VI. Залежн	6,40	±0,24	4,87	±0,62	1,65	<i>p</i> >0,05
VII. Друж	9,00	±0,49	6,87	±0,44	2,21	<i>p</i> ≤0,05
VIII. Альтр	6,73	±0,24	4,33	±0,71	2,46	<i>p</i> ≤0,05

Отже, існують значущі розбіжності у досліджуваних жінок за шкалою «Авторитарний» з високим ступенем статистичної достовірності ( $T=4,73$ ;  $p\leq 0,001$ ). Жінкам з негативним ставленням до психологічної допомоги більш властивий авторитарний стиль інтерперсональної взаємодії; домінуючий, енергійний характер, вони більш схильні бути компетентними авторитетними лідерами, успішними у справах. Такі жінки люблять давати поради, вимагають до себе поваги. Жінки в кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги переважно впевнені у собі особи, але не обов'язково лідери, завзяті і наполегливі.

За шкалою «Покірний» також існують розбіжності з високим ступенем статистичної достовірності ( $T=3,03$ ;  $p\leq 0,01$ ). Для жінок з негативним ставленням до психологічної допомоги характерна покірність, схильність до самоприниження, поступливість, пасивність. Жінки із позитивним ставленням до психологічної допомоги більш схильні бути скромними,

сором'язливими, емоційно стриманими, здатними підкорятися. Вони часто не мають особистої думки, слухняно і чесно виконують свої обов'язки.

За шкалою «Дружелюбний» також спостерігаємо статистично достовірну розбіжність ( $T=2,21$ ;  $p\leq 0,05$ ). Жінки з негативним ставленням до психологічної допомоги більш схильні бути доброзичливими і люб'язними з усіма, орієнтованими на прийняття і соціальне схвалення, прагнуть задовольнити вимоги всіх, «бути хорошими» для всіх без урахування ситуації, прагнуть до цілей мікрогруп, мають розвинені механізми витіснення і придушення, емоційно лабільні (істероїдний тип характеру). Жінки в кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги у порівнянні з жінками з негативним ставленням, більш схильні до співпраці, кооперації, є більш гнучкими і компромісними при вирішенні проблем і в конфліктних ситуаціях, прагнуть бути в згоді з думкою оточуючих, свідомо конформні, наслідують умовностям, правилам і принципам «гарного тону» у стосунках з іншими людьми, можуть бути ініціативними ентузіастами в досягненні цілей групи, прагнуть допомагати, відчувати себе в центрі уваги, заслужити визнання і любов, товариські, проявляють теплоту і дружелюбність у відносинах.

За шкалою «Альтруїстський» можемо визначити, що жінки із негативним ставленням до психологічної допомоги, у порівнянні з жінками з позитивним ставленням, більш схильні бути відповідальними по відношенню до людей ( $T=2,46$ ;  $p\leq 0,05$ ), делікатними, м'якими, добрими. Емоційне ставлення до людей більш схильні виявляти в співчутті, симпатії, ласці, турботі, вміють підбадьорити і заспокоїти оточуючих, переважно безкорисливі і чуйні.

За результатами усіх методик можемо визначити особистісні чинники, що позитивно та негативно впливають на ставлення жінок до психологічної допомоги. Для виокремлення значущих чинників позитивного та негативного

ставлення до психологічної допомоги було застосовано метод регресійного аналізу (Таблиця 3.4.) Залежними змінними виступають позитивне та негативне ставлення до психологічної допомоги. У Таблиці 3.4 представлені найбільш значущі результати. В Додатку Ж представлені не значущі результати регресійного аналізу.

Таблиця 3.4

Особистісні чинники, що здійснюють позитивний та негативний вплив на ставлення жінок, що перебувають у кризових станах, до психологічної допомоги

Предиктор	Залежна змінна – Позитивне ставлення жінок до психологічної допомоги			
	beta	R <sup>2</sup> (скор.)	F(1,28)	P-рівень
Прихильність /відособленість	0,41	0,14	5,59	0,025
Емоційна стабільність / емоційна нестабільність	-0,39	0,13	5,14	0,03
Домінування – підпорядкованість	-0,38	0,11	4,76	0,04
Пошук вражень – уникнення вражень	0,65	0,39	20,21	0,0001
Прояв – уникнення почуття провини	0,38	0,12	4,89	0,04
Теплота – байдужість	0,40	0,14	5,58	0,02
Співпраця – суперництво	0,46	0,18	7,57	0,01
Розуміння – нерозуміння	0,52	0,25	10,73	0,002
Акуратність – неакуратність	-0,46	0,18	7,35	0,01
Депресивність – емоційна комфортність	-0,40	0,13	5,50	0,03
Артистичність – відсутність артистичності	-0,46	0,18	7,69	0,009
Пластичність – ригідність	-0,56	0,29	13,12	0,001
Залежний	-0,36	0,10	4,23	0,04
Контролер	0,36	0,10	4,38	0,04
Авторитарний	-0,65	0,41	20,88	0,00000
Покірний	-0,48	0,21	8,59	0,006
Дружелюбний	-0,37	0,11	4,56	0,04
Альтруїстичний	-0,41	0,14	5,64	0,02
	Залежна змінна – Негативне ставлення жінок до психологічної допомоги			
	beta	R <sup>2</sup> (скор.)	F(1,28)	P-рівень
Прихильність /відособленість	-0,41	0,14	5,59	0,025
Емоційна стабільність/ емоційна нестабільність	0,39	0,13	5,14	0,03
Домінування – підпорядкованість	0,38	0,11	4,76	0,04
Пошук вражень – уникнення вражень	-0,65	0,39	20,21	0,0001
Прояв – уникнення почуття провини	-0,38	0,12	4,89	0,04
Теплота – байдужість	-0,40	0,14	5,58	0,02

Співпраця – суперництво	-0,46	0,18	7,57	0,01
Розуміння – нерозуміння	-0,52	0,25	10,73	0,002
Акуратність – неакуратність	0,46	0,18	7,35	0,01
Депресивність – емоційна комфортність	0,40	0,13	5,50	0,03
Артистичність – відсутність артистичності	0,46	0,18	7,69	0,009
Пластичність – ригідність	0,56	0,29	13,12	0,001
Залежний	0,36	0,10	4,23	0,04
Контролер	-0,36	0,10	4,38	0,04
Авторитарний	0,65	0,41	20,88	0,00000
Покірний	0,48	0,21	8,59	0,006
Дружелюбний	0,37	0,11	4,56	0,04
Альтруїстичний	0,41	0,14	5,64	0,02

Результати побудови простих лінійних регресійних моделей дозволили виявити найбільш значущі предиктори позитивного та негативного ставлення жінок у кризових станах до психологічної допомоги. Значущі чинники виявилися ідентичними для обох змінних із різницею у спрямованості впливу.

Найбільш значущий фактор впливу на позитивне ( $\beta = -0.65$ ) та негативне ( $\beta = 0.65$ ) ставлення до психологічної допомоги є чинник інтерперсонального відношення до оточення – «Авторитарний» тип міжособистісних відносин. «Авторитарний» тип міжособистісних відносин зменшує позитивне ставлення та збільшує негативне ставлення до психологічної допомоги у жінок в кризовому стані. Даний чинник пояснює 41% загальної дисперсії як позитивного, так і негативного ставлення жінок у кризових станах до психологічної допомоги.

Другий за значущістю фактор впливу є чинник таких виражених рис особистості як «Пошук вражень – уникнення вражень». Даний чинник позитивно впливає на позитивне ставлення ( $\beta = 0.65$ ) та негативно на негативне ставлення ( $\beta = -0.65$ ). Отже, така риса особистості як «Пошук вражень» збільшує позитивне ставлення до психологічної допомоги, в той час як жінки, для яких характерне уникнення вражень, будуть ставитись до

психологічної допомоги негативно. Даний чинник пояснює 39% загальної дисперсії, тобто мінливого ставлення до психологічної допомоги.

Фактор «Пластичність – ригідність» негативно впливає на позитивне ставлення жінок ( $\beta = -0.56$ ) і підсилює негативне ставлення ( $\beta = 0.56$ ). Тобто пластичність зменшує позитивне ставлення жінок до психологічної допомоги та збільшує негативне. Даний чинник пояснює 29% загальної дисперсії, тобто мінливості ставлення до психологічної допомоги.

Вираженість рис особистості «Розуміння – нерозуміння» підсилює позитивне ставлення ( $\beta = 0.52$ ) та негативно впливає на негативне ставлення ( $\beta = -0.52$ ), тобто розуміння збільшує позитивне ставлення до психологічної допомоги у жінок й зменшує негативне. Даний фактор пояснює 25% загальної дисперсії.

Ще один чинник ставлення до психологічної допомоги – фактор інтерперсонального відношення до оточення «Покірний». Він негативно впливає на позитивне ставлення ( $\beta = -0.48$ ) та збільшує негативне ставлення ( $\beta = 0.48$ ). Отже, жінки що схильні проявляти покірність та невпевненість при побудові міжособистісних відносин швидше будуть негативно ставитись до психологічної допомоги. Цей чинник пояснює 21% загальної дисперсії.

Вираженість особистої характеристики «Співпраця – суперництво» позитивно впливає на позитивне ставлення жінок до психологічної допомоги ( $\beta = 0.46$ ) та негативно на негативне ставлення ( $\beta = -0.46$ ). Готовність до співпраці сприяє позитивному ставленню, а суперництво – негативному. Пояснює 18% загальної дисперсії.

Наступним за значущістю фактор впливу «Акуратність – неаккуратність». Його вплив на позитивне ставлення негативний ( $\beta = -0.46$ ), відповідно підсилює негативне ставлення ( $\beta = 0.46$ ). Пояснює 18% загальної дисперсії.

Чинник «Артистичність – відсутність артистичності» також має негативний вплив на позитивне ставлення жінок до психологічної допомоги ( $\beta = -0.46$ ) та сприяє негативному ставленню ( $\beta = 0.46$ ). Також пояснює 18% загальної дисперсії.

Наступними за значущістю є показники вираженості рис особистості «Прихильність /відособленість», «Теплота – байдужість» що сприяють позитивному ставленню та знижують негативне ставлення до психологічної допомоги. Чинники пояснюють 14% загальної дисперсії.

«Альтруїстичний» стиль міжособистісних відносин негативно впливає на позитивне ставлення до психологічної допомоги ( $\beta = -0.41$ ) та сприяє негативному ставленню ( $\beta = 0.41$ ). Цей тип відносин як чинник ставлення також пояснює 14% загальної дисперсії.

Такі особистісні характеристики як «Емоційна стабільність/емоційна нестабільність» та «Депресивність/емоційна комфортність» негативно впливають на позитивне ставлення до психологічної допомоги жінок у кризових станах та сприяють негативному. Обидва чинники окремо пояснюють 14% загальної дисперсії.

Вираженість такої характеристики особистості як «Прояв – уникнення почуття провини» сприяє позитивному ставленню ( $\beta = 0.38$ ) та негативно впливає на негативне ставлення до психологічної допомоги ( $\beta = -0.38$ ). Тобто прояв почуття провини є одним із чинників позитивного ставлення, в той час як уникнення почуття провини призводить до негативного ставлення до психологічної допомоги. Пояснює 12% загальної дисперсії.

«Домінування – підпорядкованість» негативно впливає на позитивне ставлення до психологічної допомоги ( $\beta = -0.38$ ) та сприяє негативному ставленню ( $\beta = 0.38$ ), пояснює 11% загальної дисперсії.

«Дружелюбний» стиль міжособистісних відносин також негативно впливає на позитивне ставлення до психологічної допомоги ( $\beta = -0.37$ ) та

сприяє негативному ставленню жінок у кризових станах до психологічної (beta = 0.37), пояснює 11% загальної дисперсії.

Дитяча травма покинутості (шкала «Залежний») негативно впливає на позитивне ставлення до психологічної допомоги (beta = -0.36) та сприяє негативному ставленню (beta = 0.36). Натомість дитяча травми зради (шкала «Контролер») (beta = 0.36) сприяє позитивному ставленню та зменшує негативне ставлення (beta = -0.36). Чинники травм покинутості та зради окремо пояснюють 10% загальної дисперсії.

Регресійний аналіз дозволив виокремити найбільш значущі чинники, що впливають на позитивне та негативне ставлення жінок у кризових станах до психологічної допомоги. Результат представлений у Таблиці 3.5.

Найбільш значущі особистісні чинники, що здійснюють позитивний та негативний вплив на ставлення жінок, що перебувають у кризових станах, до психологічної допомоги

Таблиця 3.5.

№ з/п	Чинники позитивного впливу	Чинники негативного впливу
1	Пошук вражень	«Авторитарність»
2	Ригідність	Уникнення вражень
3	Розуміння	Пластичність
4	Співпраця	Нерозуміння
5	Неакуратність	«Покірний»
6	Відсутність артистичності	Суперництво
7	Прихильність	Акуратність
8	Теплота	Артистичність
9	Прийняття провини	Відособленість
10	Підпорядкованість	Байдужість
11	Травма зради («Контролер»)	«Альтруїстичний»

12		Емоційна нестабільність
13		Депресивність
14		Уникнення провини
15		Домінування
16		«Дружелюбний»
17		Травма покинутості («Залежний»)

З Таблиці 3.5 можемо зробити висновок, що особистісних чинників позитивного впливу на ставлення жінок, що перебувають у кризових станах, до психологічної допомоги спостерігаємо менше, ніж негативних.

До найбільш значущих факторів позитивного впливу на ставлення до психологічної допомоги у досліджуваних жінок можемо віднести такі виражені риси особистості як схильність до пошуку вражень, схильність до розуміння інших, готовність до співпраці, неакуратність, відсутність артистичності, прихильність, теплота, схильність до прийняття провини, дитяча травма зради.

Серед чинників стилю інтерперсональної взаємодії не виявлено значущих чинників позитивного впливу на ставлення до психологічної допомоги жінок, що перебувають у кризових станах.

Щодо негативних чинників впливу на ставлення до психологічної допомоги, то найбільш вагомим можемо визначити такий спосіб інтерперсонального відношення до оточення як «Авторитарність», чинники рис особистості такі як уникнення вражень, пластичність, нерозуміння інших. Також значущий вплив на негативне ставлення до психологічної допомоги має чинник стилю інтерперсональної взаємодії «Покірний», «Альтруїстичний», «Дружелюбний»; серед рис особистості – суперництво, акуратність, артистичність, відособленість, байдужість, уникнення провини

та інші. Дитяча травма покинутості також сприяє негативному ставленню жінок до психологічної допомоги.

### **3.4. Система рекомендацій, спрямованих на формування позитивного ставлення до психологічної допомоги у жінок, що знаходяться у кризовому стані**

Кризовий стан у людини часто вказує на наявність певних труднощів у її житті, де відсутність мети та сенсу є однією з потенційних, але не обов'язкових причин. Тому розроблена система рекомендацій для жінок базується на оцінці їхніх дій, поведінки та цілей в контексті психотерапії, при цьому враховується відповідність цих аспектів особистісним особливостям жінок.

Переживання кризи може слугувати періодом, коли людина переглядає розуміння себе як дорослої особистості і визначає можливості для майбутнього посткризового зростання. Цей досвід може мати позитивне значення, але для зменшення його потенційно негативних наслідків, доречно пережити кризу за наявності психологічної підтримки [1; 3].

В будь-якому випадку важливо пам'ятати, що криза є тимчасовим періодом у житті і якщо жінка відчуває, що перебуває в кризовому стані тривалий час та не спостерігає жодних позитивних змін, це може вказувати на наявність симптомів депресії або інших розладів психічного здоров'я. В такому разі варто звернутися за допомогою [3].

На основі результатів дослідження щодо ставлення жінок, які перебувають у кризових станах, до психологічної допомоги, ми розробили систему рекомендацій для формування позитивного ставлення до психологічної допомоги. Ці рекомендації спрямовані на підвищення

обізнаності жінок щодо важливості психологічної допомоги та допоможуть подолати чинники, які призводять до негативного ставлення.

З урахуванням отриманих результатів теоретичного та емпіричного дослідження, ми пропонуємо наступну систему рекомендацій.

Оскільки найбільш значущий фактор впливу на негативне ставлення до психологічної допомоги є стиль інтерперсональної взаємодії, рекомендовано відвідування соціально-психологічних тренінгових груп, застосування інтерперсональної терапії. Результатом очікується розуміння та зміна способів взаємодії у соціумі, що сприятиме побудові здорових взаємин з іншими, психологічному благополуччю та, ймовірно, зміні ставлення до психологічної допомоги. До роботи із жінками, що перебувають у кризовому стані, доцільно залучати психологів, які пройшли спеціалізовану підготовку у напрямку інтерперсональної терапії.

Жінкам із емоційною нестабільністю рекомендовано відвідування групових занять з психоемоційного тренінгу. Заняття повинні проводитись фахівцями із спеціалізацією на емоційному інтелекті. В програму тренінгу доречно включати вправи для розвитку саморегуляції та вправи, спрямовані на роботу з емоційною інтелігентністю. Метою групових занять є підвищення емоційної стабільності.

Для жінок, які мають дитячу травму покинутості, ефективною буде індивідуальна терапія із фахівцем, що спеціалізується на дитячих травмах. В результаті роботи жінка може не лише подолати наслідки дитячої травми, а й відновити адекватну самооцінку та змінити негативне ставлення до психологічної допомоги.

Для створення сприятливих умов, за яких жінки у кризових станах будуть частіше звертатись по психологічну допомогу, варто проводити інформаційні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності широких верств населення про переваги, доступність та користь звернення по

психологічну допомогу. Шляхи реалізації можуть бути абсолютно різні – від співпраці із громадськими організаціями, кризовими соціальними центрами до залучення засобів масової інформації. У будь-якому разі, питання формування позитивного ставлення до психологічної допомоги не повинно обмежуватись жінками у кризових станах, а охоплювати різні верстви населення, що можуть потребувати психологічної допомоги.

Зазначені рекомендації базуються на результатах дослідження та враховують особистісні та інтерперсональні особливості жінок у кризових станах. Ці заходи спрямовані на покращення ставлення до психологічної допомоги, зменшення чинників, що призводять до негативного ставлення, і сприяння здоров'ю та благополуччю жінок, які перебувають у кризових ситуаціях.

З кризовими станами важко впоратися, особливо тоді, коли жінка відмовляється прийняти допомогу. Психологічний супровід у кризовий період життя сприяє швидшому подоланню кризи з одного боку та можливості посткризового зростання – з іншого.

Незважаючи на те, що кризовий стан кожної окремої жінки має особливий набір стресових та особистих чинників, існують спільні особистісні характеристики, знаючи які можна підібрати ті або інші способи допомоги у кожному конкретному випадку.

Розробка системи рекомендацій та її подальша реалізація має на меті змінити негативне ставлення жінок у кризових станах до психологічної допомоги на позитивне та надати їм належну підтримку.

### Висновок до Розділу 3

У розділі «Емпіричне дослідження ставлення до психологічної допомоги жінок у кризових станах» виокремлювалися особистісні чинники впливу на ставлення жінок, що перебувають у кризових станах, до психологічної допомоги. Для цього визначалися різні особистісні особливості жінок у кризових станах із позитивним та негативним ставленням до психологічної допомоги: особливості особистісних характеристик жінок; особливості інфантильного травматичного досвіду; психологічні особливості інтерперсонального відношення до оточення.

Аналіз особливостей особистісних характеристик дозволяє зробити висновок, що жінкам у кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги більш притаманні прагнення до пошуку вражень, підпорядкованість, прийняття провини, прихильність, схильність до співпраці, розуміння інших, неакуратність, відповідальність, емоційна стабільність, ригідність, а жінкам з негативним ставленням – прагнення до уникання вражень, нерозуміння інших, схильність до суперництва, домінування, прагнення до уникання провини, акуратність, безвідповідальність, байдужість, депресивність, артистичність, пластичність.

Було виявлено вплив на ставлення до психологічної допомоги таких дитячих травм як травма покинутості, травма приниження та травма зради. Травма покинутості більше виявляється у жінок із негативним ставленням до психологічної допомоги. Такі жінки схильні до віктимної поведінки, до злиття з іншим та потребують постійної підтримки. Водночас це ресурсні особи, вони цілеспрямовані, товариські та самі прагнуть надавати підтримку. Травма приниження більш виявляється у жінок із позитивним ставленням до психологічної допомоги. Варто відмітити, що за результати регресійного аналізу травма приниження не має значущого впливу. Травма зради також

більше характерна для жінок із позитивним ставленням до психологічної допомоги. Такі жінки прагнуть бути відповідальними та сильними. При цьому часто не виконують свої обіцянки, легко обманюють, маніпулюють, однак вони товариські, розуміють емоційний стан інших.

Аналіз особливостей інтерперсонального ставлення до оточення показав, що жінкам з негативним ставленням до психологічної допомоги більш властивий доміантний, енергійний характер, вони більш схильні бути компетентними авторитетними лідерами, успішними у справах. Вони більш схильні бути доброзичливими і люб'язними з усіма, орієнтованими на прийняття і соціальне схвалення. Жінки в кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги переважно впевнені у собі, але не обов'язково лідери, завзяті і наполегливі. Вони більш схильні бути скромними, поступливими, емоційно стриманими, здатними підкорятися. Також ці жінки більш схильні до співпраці та кооперації, є більш гнучкими і компромісними при вирішенні проблем в конфліктних ситуаціях.

Чинники впливу на позитивне або негативне ставлення до психологічної допомоги є ідентичними по ступеню впливу, проте різняться направленістю. Найбільш значущий вплив на ставлення до психологічної допомоги справляють типи інтерперсональної взаємодії «Авторитарний», «Покірний»; особистісні характеристики «Пошук вражень – уникнення вражень», «Пластичність - ригідність», «Розуміння – нерозуміння», «Артистичність – відсутність артистичності». До найбільш значущих факторів позитивного впливу на ставлення до психологічної допомоги можемо віднести схильність до пошуку вражень, до розуміння інших, готовність до співпраці. Щодо негативних чинників впливу, то найбільш вагомим чинником можемо визначити «Авторитарність», серед чинників рис особистості: уникнення вражень, нерозуміння інших, схильність до суперництва, артистичність, байдужість, уникнення провини.

Рекомендації для жінок у кризових станах передбачають індивідуальний підхід, в залежності від чинників, що призводять до негативного ставлення до психологічної допомоги. Застосування інтерперсональної терапії, групових тренінгів та індивідуальне консультування покликані сприяти зміні негативного ставлення до психологічної допомоги. Інформаційна кампанія, спрямована на підвищення обізнаності широких верств населення щодо психологічної допомоги є складовою формування позитивного ставлення до психологічно допомоги жінок, оскільки створить загальне тло позитивного ставлення до психологічної допомоги у суспільстві.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволяє зробити такі висновки.

На рівні теоретичного узагальнення було визначено, що психологічне здоров'я – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє людям використовувати свої здібності в гармонії з загальнолюдськими цінностями суспільства. Психологічне здоров'я включає основні когнітивні та соціальні навички; здатність розпізнавати, виражати та модулювати власні емоції, а також співпереживати іншим; гнучкість і здатність долати несприятливі життєві події та функціонувати в соціальних ролях; гармонійні відносини між тілом і розумом. Ці важливі складові психічного здоров'я різною мірою сприяють стану внутрішньої рівноваги. Чинники впливу на психологічне здоров'я можуть бути поділені на зовнішні і внутрішні; об'єктивні та суб'єктивні.

Криза – це важкий стан, викликаний будь-якою причиною або ж це різка зміна статусів персонального життя. Найчастіше мають місце вікові, деприваційні, травматичні, екзистенціальні та морально-етичні кризи. Більшість з них тісно пов'язані між собою та мають схожі причини. Кризовий стан – це психічний стан людини, яка раптово пережила суб'єктивно значущу і важку психічну травму (внаслідок різкої зміни способу життя, внутрішньоособистісної картини світу) або знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації. Дослідження поняття стресу показало, що стрес, у рамках транзакційної теорії – це дисбаланс між потребами та ресурсами особистості, або перевищення тиску на особистість над її здатністю протистояти цьому тиску. Дослідники розрізняють психологічне, фізіологічне та емоційне поняття стресу. Виділяють чотири теорії стресу: теорію стимулу, теорію реагування, теорію транзакції та теорію невідповідності. Аналіз цих теорій дозволив визначити, що стрес – це

широкий термін, який передає різноманітні значення. У цій роботі поняття стресу розглядається, насамперед, як психологічне. Теоретико-методологічний аналіз проблеми стресу дозволив визначити дві основні групи теорій: теорії, що фокусуються на процесі стресу (транзакційна теорія Р. Лазаруса; кібернетична теорія Дж. Едвардса) та теорії взаємозв'язку між стресовими ситуаціями та стресовими реакціями (теорія придатності «людина-середовище»; теорія «вимоги – контроль»; «вітамінна» теорія; теорія «зусилля – винагорода» та ін).

Ставлення – особливий тип внутрішньої психологічної активності. Ставлення стає активно діючим чинником у перетворенні дії-поведінки на дію-діяльність. Дослідники визначають чинники негативного ставлення до психологічної допомоги (соціальну стигму, самостигму, страхи, пов'язані з психотерапією, небажання розкривати діагноз, страх емоцій, брак коштів або небажання нести витрати, недостатньо передбачувану корисність і ризики психотерапії) та психологічні бар'єри у зверненні за психологічною допомогою (соціальні норми, страх саморозкриття, страх виявлення себе з неприємного, нового боку, впевненість у можливості самостійного вирішення проблеми, можливе зниження самооцінки).

Серед особливостей особистості, що впливають на психологічне здоров'я, вчені найчастіше називають: ціннісні орієнтації, динамічний стан внутрішньої рівноваги, когнітивні та соціальні навички, емоційну регуляцію, емпатію, гнучкість та здатність долати несприятливі явища, самоактуалізацію, здатність функціонувати в соціальних ролях та брати участь у значущих соціальних взаємодіях, розуміння наявності гармонійних стосунків між тілом і розумом, самооцінку, рівень домагань і самоствавлення.

У методичній частині визначено основні параметри емпіричного дослідження, описано основні його етапи, підібрано та обґрунтовано методики емпіричного дослідження.

Обрані методики дослідження та його етапи, а також формування вибірки були обумовлені метою роботи: визначення психологічних особливостей жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги.

Було розроблено анкету, а також обрано три методики для визначення психологічних особливостей жінок у кризових станах з різним ставленням до психологічної допомоги. Методики використовувалися для попарного порівняння. Для цього серед досліджуваних було сформовано 2 групи, до яких входили жінки, що мають переважно негативне ставлення до психологічної допомоги та жінки, що мають переважно позитивне ставлення до психологічної допомоги. Отже, групи досліджуваних були релевантні за статтю та ставленням до психологічної допомоги. Для встановлення відмінностей між жінками з різним ставленням до психологічної допомоги було використано Т-критерій Стьюдента. Для виявлення значущих особистих чинників впливу на позитивне та негативне ставлення до психологічної допомоги у досліджуваних жінок використано регресійний аналіз.

У емпіричному розділі виокремлювалися особистісні чинники впливу на ставлення жінок, що перебувають у кризових станах, до психологічної допомоги. Для цього визначалися різні особистісні особливості жінок у кризових станах із позитивним та негативним ставленням до психологічної допомоги: особливості особистості жінок; особливості інфантильного травматичного досвіду; психологічні особливості інтерперсонального відношення до оточення.

Аналіз особистісних особливостей дозволяє зробити висновок, що жінкам у кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги більш притаманні підпорядкованість, прагнення до пошуку вражень, прийняття провини, прихильність, теплота, співпраця, розуміння

інших, неакуратність, відповідальність, емоційна стабільність, емоційна комфортність, ригідність, а жінкам з негативним ставленням – домінування, прагнення до уникання вражень, прагнення до уникання провини, акуратність, безвідповідальність, байдужість, суперництво, нерозуміння інших, депресивність, артистичність, пластичність.

Було виявлено вплив на ставлення до психологічної допомоги таких дитячих травм як травма покинутості, травма приниження та травма зради. Травма покинутості більше виявляється у жінок із негативним ставленням до психологічної допомоги. Такі жінки схильні до віктимної поведінки, до злиття з іншим та потребують постійної підтримки. Водночас це ресурсні особи, вони цілеспрямовані, товариські та самі прагнуть надавати підтримку. Травма приниження більш виявляється у жінок із позитивним ставленням до психологічної допомоги. Варто відмітити, що за результати регресійного аналізу травма приниження не має значущого впливу. Травма зради також більше характерна для жінок із позитивним ставленням до психологічної допомоги. Такі жінки прагнуть бути відповідальними та сильними. При цьому часто не виконують свої обіцянки, легко обманюють, маніпулюють, однак вони товариські, розуміють емоційний стан інших.

Аналіз особливостей інтерперсонального ставлення до оточення показав, що жінкам з негативним ставленням до психологічної допомоги більш властивий доміантний, енергійний характер, вони більш схильні бути компетентними авторитетними лідерами, успішними у справах. Вони більш схильні бути доброзичливими і люб'язними з усіма, орієнтованими на прийняття і соціальне схвалення. Також такі жінки більш схильні бути відповідальними по відношенню до людей. Жінки в кризових станах із позитивним ставленням до психологічної допомоги переважно впевнені у собі особи, але не обов'язково лідери, завзяті і наполегливі. Вони більш схильні бути скромними, поступливими, емоційно стриманими, здатними

підкорятися. Також ці жінки більш схильні до співпраці, кооперації, є більш гнучкими і компромісними при вирішенні проблем і в конфліктних ситуаціях.

Чинники впливу на позитивне або негативне ставлення до психологічної допомоги є ідентичними по ступеню впливу, проте різняться направленістю. Найбільш значущий вплив на ставлення до психологічної допомоги справляють стилі інтерперсональної взаємодії «Авторитарний», «Покірний»; особистісні характеристики «Пошук вражень – уникнення вражень», «Пластичність - ригідність», «Розуміння – нерозуміння», «Артистичність – відсутність артистичності». До найбільш значущих факторів позитивного впливу на ставлення до психологічної допомоги можемо віднести схильність до пошуку вражень, до розуміння інших, готовність до співпраці. Щодо негативних чинників впливу, то найбільш вагомим чинником можемо визначити «Авторитарність», серед чинників рис особистості: уникнення вражень, нерозуміння інших, схильність до суперництва, артистичність, байдужість, уникнення провини.

Розроблена система рекомендацій для жінок у кризовому стані є інструментом для покращення психологічного стану жінок у кризових станах. Врахування індивідуальних особливостей, адаптивність та системність роблять її ефективною та корисною для психологів, які працюють із жінками у кризових ситуаціях. Запропонований підхід дозволить створити передумови для зміни негативного ставлення до психологічної допомоги на позитивний у жінок, що перебувають у кризових станах.

**Перспективами** подальших досліджень вбачаємо дослідження гендерних особливостей ставлення до психологічної допомоги чоловіків та жінок, що перебувають у кризових станах.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баранівський В. Ціннісні орієнтації студентської молоді та їх роль в консолідації українського суспільства / В. Баранівський // Науковий вісник. Серія «Філософія». – Х.: ХНПУ, 2014. – Вип.43. – С. 39 – 52.
2. Батюк Б.Б. Управління персоналом / Б.Б.Батюк, К.М. Гірняк. – Львів: Світ, 2014. – 191 с.
3. Бондар М. Самоактуалізація як чинник психічного здоров'я студентської молоді [Електронний ресурс] / М. Бондар. – Режим доступу: <https://social-science.uu.edu.ua/article/485>.
4. Бурбо Л. Зцілення п'яти травм /Л. Бурбо. – К.: Софія, 2023. – 192 с.
5. Бурбо Л. П'ять травм і масок, які заважають бути собою. / Л. Бурбо. Пер. А. Репа. – К.: КСД, 2021. – 61 с.
6. Бурий О. А. Місце психіатрії та психотерапії в правовій системі України / О. А. Бурий, В. Ю. Єлісеєв // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17—18.04.2008. – Львів. – С. 42 – 45
7. Волошко Н. Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/6294/1/1.Pdf>
8. Гончар М.Ф. Стрес-менеджмент на підприємстві: характеристика та способи вирішення із застосуванням коучингу / М.Ф.Гончар, Х.В. Кабан // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». – 2012. – Вип. 727. – С. 28–33.

9. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
10. Карпенко З. Аксіологічна психологія особистості / З. Карпенко. – Івано-Франківськ: ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2018. – 270 с.
11. Кісарчук З. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / З. Г. Кісарчук та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 225.
12. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана.– Луцьк: РВВ —Вежа. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011.– 430 с..
13. Кузьмін О.Є. Теоретичні та прикладні засади менеджменту : навчальний посібник / Р. Є. Кузьмін. – Львів: Світ, 2007. – 121 с.
14. Куриця Д.І. Професійний стрес у персоналу держадміністрацій: сутність, рівень розвитку, психологічні чинники та умови профілактики і подолання / Д.І.Куриця, Л. М.Карамушка // Методичні рекомендації. – К. : КМЦППК, 2012. – 40 с.
15. Лебідь Н. Рівень домагань як психологічна детермінанта формування цілеспрямованої активності особистості [Електронний ресурс] / Н. Лебідь. – Режим доступу: [https://www.researchgate.net/publication/340487546\\_Riven\\_domagan\\_ak\\_psihologicna\\_determinanta\\_formuvanna\\_cilespravovanoi\\_aktivnosti\\_osobistosti](https://www.researchgate.net/publication/340487546_Riven_domagan_ak_psihologicna_determinanta_formuvanna_cilespravovanoi_aktivnosti_osobistosti)
16. Мельничук І. Мотивація формування здорового способу життя серед різних категорій населення / І. Мельничук, М. Сапіжак // Медсестринство. – 2014. – № 2. С. 36 – 37.

17. Мудрик І. Формування самосвідомості особистості за різних форм фізичного виховання [Електронний ресурс] / І. Мудрик. – Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/2941/1/48.pdf>.

18. Опитувальник «П'ять травм дитини» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.b17.ru/article/81864/>

19. П'ятифакторний опитувальник особистості [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.eztests.xyz/tests/personality\\_neo/](https://www.eztests.xyz/tests/personality_neo/).

20. Павленко Б. Соціокультурні особливості роботи за програмою sset (підтримка учнів, які зазнали травм) в Україні / Б. Павленко // Психологічні дослідження: наукові праці викладачів та студентів соціально-психологічного факультету. – Житомир: Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2018. – Випуск 10. – С. 72 – 76.

21. Пенькова О.І. Психологічне благополуччя: теоретичний аналіз проблеми [Електронний ресурс] / О. Пенькова. – Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/723570/1/%D0%9F%D0%B5%D0%BD%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20-2020-1.pdf>.

22. Подольчак Н. Сутність, причини виникнення та підходи до регулювання стресових ситуацій на підприємствах [Електронний ресурс] / Н. Подольчак. – Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/26252/1/15-101-108.pdf>

23. Семигіна Т. Самооцінка молоді щодо здоров'я та способу життя [Електронний ресурс] / Т. Семигіна, Н. Романова, О. Белишев. – Режим доступу: [https://www.researchgate.net/publication/303259332\\_Samoocinka\\_molodi\\_sodo\\_zdorov%27a\\_ta\\_sposobu\\_zitta](https://www.researchgate.net/publication/303259332_Samoocinka_molodi_sodo_zdorov%27a_ta_sposobu_zitta)

24. Смоляр Я. Соціально-психологічна реабілітація ветеранів АТО до умов мирного життя // Юність науки – 2018: соціально-економічні та гуманітарні аспекти розвитку суспільства: збірник тез Міжнародної науково-

практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (м. Чернігів, 11-12 квітня 2018р.) : у 2-х ч. / Чернігів: Черніг. нац. технол. ун-т, 2018. – Ч. 2. – С. 70 – 72.

25. Стець В. І. Вплив факту народження дитини з інвалідністю на особистісні характеристики матерів, які їх виховують / В. І. Стець, К. Б. Баб'як // Science Review. – 2018. – № 2 (9). – Т. 6. – С. 14 – 20.

26. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини. Київ: 2018. 156 с.

27. Тоффлер Е. Шок майбутнього. <https://jak.koshachek.com/articles/elvin-toffler-shok-majbutnogo-stor-1.html>.

28. Уварова С. Г. Місце психологічної допомоги у кризовому сьогоденні / С. Г. Уварова // Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». – 2015. – № 2(8). – С. 233 – 239

29. Фальковська Л. Методичні рекомендації до курсу «Соціальна психологія». Навчальний посібник для студентів спеціальності 6.030103 Практична психологія. Методика інтерперсональної взаємодії Т. Лірі / Л. Фальковська, К. Шмиглюк. – Житомир: ЖДУ ім. І. Франка, 2015. – С. 364 – 365. <http://eprints.zu.edu.ua/21347/1/соціальна%20психологія.pdf>

30. Фромм Е. Мати чи бути [Електронний ресурс] / Е. Фромм. – Режим доступу: [https://hromadalib.files.wordpress.com/2015/12/fromm\\_2010\\_have.pdf](https://hromadalib.files.wordpress.com/2015/12/fromm_2010_have.pdf).

31. Цимбалюк І. Психологічне консультування та корекція. — К: ВД «Професіонал», 2005. — 656 с..

32. Argyle M. The Psychology of Happiness. Routledge, 2001, 288 p.

33. Backenstrass M. Preferences for treatment in primary care: A comparison of nondepressive, subsyndromal and major depressive patients // M. Backenstrass, K. Joest, A. Frank A // General Hospital Psychiatry. – 2006. – № 28 (2). – P. 178–180.

34. Beehr T. A. Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model, and literature review [Электронный ресурс] / T. A. Beehr. – Режим доступа: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6570.1978.tb02118.x>

35. Berger S. A. The Five Ways We Grieve: Finding Your Personal Path to Healing After the Loss of a Loved One. Boston : Shambhala Publications, Inc, 2009. – 300 p

36. Brief A. P. Psychological stress and the workplace: A brief comment on Lazarus' outlook / A. P. Brief // Occupational stress. – Washington, DC: Taylor and Francis, 2015. – P. 15–19.

37. Chong S. A. Where do people with mental disorders in Singapore go to for help? / S. A. Chong // The Annals is the official medical journal of the Academy of Medicine, Singapore. – 2012. – № 41(4). – P. 154 – 160.

38. Corrigan P. W. Self-stigma and the «why try» effect: impact on life goals and evidence-based practices / P. W. Corrigan // World Psychiatry. – 2009. – Vol. 8. – № 2. – P. 75—81.

39. Decety J. A social neuroscience perspective on clinical empathy / J. Decety // World Psychiatry. – 2014. – № 13. – P. 233–237.

40. Deci E. Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction / E. Deci // Happiness Stud. – 2008. – № 9. – P. 1–11.

41. Diener Ed., Biswas-Diener R. Happiness: unlocking the mysteries of psychological wealth / Ed. Diener, R. Biswas-Diener. – NY: Blackwell Publishing, 2008. – 290 p.

42. Domenici P. Military Patients: Recommendations for Treating Service Members // The national register report. URL: <https://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-reportpub/the-register-report-fall-2016/military-patients-recommendations-fortreating-service-members/>.

43. Edwards J. R. A cybernetic theory of stress, coping, and well-being in organizations / J. R. Edwards // *Academy of Management Review*. – 1992. – № 17. – С. 238–274
44. Edwards, J. R. An examination of competing versions of the person-environment fit approach to stress / J. R. Edwards // *Academy of Management Journal*. – 1996. – № 39. – С. 292–339.
45. Elhai J. D. Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form / J. D. Elhai // *Psychiatry Research*. – 2008. – Vol. 159. – № 3. – P. 320 – 329.
46. Evans W. Pre-registration diploma student nurse stress and coping measures / W. Evans // *Nurse Education Today*. – 2004. – № 24 (6). – С. 473-482.
47. Fischer E. H. Attitudes toward seeking professional psychological help : A shortened form and considerations for research / E. H. Fischer // *Journal of College Student Development*. – 1995. – Vol. 36. – № 4. – P. 368—373.
48. Fischer E. H. Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale / E. H. Fischer // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1970. – Vol. 35. – № 1. – P. 79—90.
49. Fuchs T. Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective // *Current Opinion in Psychiatry* / T. Fuchs. – 2009. – № 22. – P. 570–575.
50. Galderisi S. Toward a new definition of mental health / S. Galderisi // *World Psychiatry*. – 2015. – 14(2). – P. 231–233.
51. Gigi K. Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use – A cross sectional population based study / K. Gigi, N. Werbeloff // *European Neuropsychopharmacology*. – 2014. № 24. – P. 1793–1797.

52. Givens J. L. Ethnicity and preferences for depression treatment / J. L. Givens, T. K. Houston, B. W. Van Voorhees // *General Hospital Psychiatry*. – 2007. – № 29. – P. 182–191.

53. Goodman J. H. Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression [Электронный ресурс] / J. H. Goodman. – Режим доступа: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x>

54. Gulliver A. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review / A. Gulliver // *MC Psychiatry*. – 2010. – Dec 30. – № 10. – P. 113.

55. Guppy A., Edwards J. A. The psychometric properties of the short version of the Cybernetic Coping Scale: A multigroup confirmatory factor analysis across four samples / A. Guppy, J. A. Edwards // *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. – 2004. – № 77. – С. 39–62.

56. Heinz A. Anthropological and evolutionary concepts of mental disorders / A. Heinz, U. Kluge // *Journal of Speculative Philosophy*. – 2011. – № 24. – P. 292 – 307.

57. Helmers K. Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers / K. Helmers // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1999. – № 47. – P. 635 – 645.

58. Hinson J. A. Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity / J. A. Hinson // *Journal of Counseling & Development*. – 1993. – № 71. – P. 465–470.

59. Jahoda M. Current concepts of positive mental health / M. Jahoda. – New York: Basic Books, 1958.

60. Jonge J. de. Stressors, resources, and strain at work: A longitudinal test of the triple-match principle / J. de Jonge // *Journal of Applied Psychology*. – 2006. – № 91. – С. 1359–1374.

61. Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign / R. Karasek // *Administrative Science Quarterly*. 1979. № 24. С. 285–306.
62. Keyes C. Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture C. Keyes // Bauer G. *Bridging occupational, organizational and public health*. – Dordrecht: Springer, 2014. – P. 179–192
63. Klanker M. Dopaminergic control of cognitive flexibility in humans and animals / M. Klanker // *Frontiers in Neuroscience*. – 2013. – № 7. – P. 1–23.
64. Klimanska, M., & Haletska, I. Ukrainian adaptation of the short five factor personality questionnaire tipi. *Psychological journal*. 2019. 5(9), 57–76. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9.4>
65. Kübler-Ross E. *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss* / E. Kübler-Ross, D. Kessler. – Simon & Schuster Ltd, 2005. – 256 p.
66. Lamers S. Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) / S. Lamers // *Journal of Clinical Psychology*. – 2011. – № 67. – P. 99–110.
67. Lannin D. G. Does Self-Stigma Reduce the Probability of Seeking Mental Health Information? / D. G. Lannin // *Journal of Counseling Psychology*. – 2015. – Vol. 63. – № 3. – P. 1–8.
68. Lazarus R. S. Psychological stress in the workplace / R. S. Lazarus // *Journal of Social Behavior and Personality*. – 1991. – № 6. – С. 1–13.
69. Lazarus R. S. *Stress, appraisal, and coping* / R. S. Lazarus, S. Folkman. – New York, NY: Springer, 2014.
70. Lee L. Sequences in Separation: A Framework for Investigating Endings of the Personal (Romantic) Relationship / L. Lee // *Journal of Social and Personal Relationships*. – 1984. – Vol. 1. – P. 49–73.

71. Levant R.F., Stefanov D.G., Rankin T.J. Moderated Path Analysis of the Relationships Between Masculinity and Men's Attitudes Toward Seeking Psychological Help // *Journal of Counseling Psychology*. – 2013. – № 60(3). – P. 392–406.

72. Lowe B. Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment: What do they really want? / B. Lowe, U. Schultz, K. Frafe, S. J. Wilke // *Journal of General Internal Medicine*. – 2005. – № 21. – P. 39–45.

73. McCarthy C., Lambert R. Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and college students' stress outcomes / C. McCarthy, R. Lambert // *International Journal of Stress Management*. – 2006. – № 13. – P. 1–22.

74. McCrae R. R., Costa P. T. Validation of the Five Factor model of personality across instrument and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. Vol. 52. P. 81-90.

75. Murphy H. The meaning of symptom check-list scores in mental health surveys: a testing of multiple hypotheses / M. Murphy // *Social Science & Medicine*. – 1978. – № 12. – P. 67–75.

76. Nam S. A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help // *Journal of American College Health* / S. Nam. – 2010. – № 59(2). – P. 110–116.

77. Parent M.C., Hammer J.H. Men's Mental Health Help-Seeking Behaviors: An Intersectional Analysis // *American Journal of Men's Health*. – 2018. – P. 64–73.

78. Parkes C.M. Psychosocial transition: Comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse / C.M.Parkes // *British Journal of Psychiatry*. – 1975. – Vol. 127. – P. 204-210.

79. Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia / O. Paul // *British Heart Journal*. – 1987. – Vol. 58 (4). – P. 306–315.

80. Picco L. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: Factor Structure and Socio-Demographic Predictors / L. Picco // *Frontiers in Psychology*. – 2016. – № 7. – P. 547.

81. Riedel-Heller S.G. Mental disorders who and what might help? Helpseeking and treatment preferences of the lay public / S.G. Riedel-Heller, H. Matschinger, M.C. Angermeyer // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2005. – № 40 (2). – P. 167-174.

82. Robb C. Attitudes towards mental health care in younger and older adults: similarities and differences / C. Robb // *Aging & Mental Health*. – 2003. – № 7(2). – P. 142–152.

83. Segal D. Beliefs about mental illness and willingness to seek help: a cross-sectional study / D. Segal // *Aging & Mental Health*. – 2005. – № 9 (4). – P. 363 – 367.

84. Seligman M. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press, 2004.

85. Selye H. *The stress of life* / H. Selye. – New York, NY: McGraw-Hill, 1956.

86. Siegrist J. Adverse health effects of high effort/low reward conditions / J. Siegrist // *Journal of Occupational Health Psychology*. – 1996. – № 3. – C. 27–41.

87. Steele L. Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use / L. Steele, C. Dewa, K. Lee // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2007. – № 52(3). – P. 201–206.

88. Swift J. Early Psychotherapy Processes: An Examination of Client and Trainee Clinician Perspective Convergence / J. Swift, J. Callahan // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 2009. – 16. – P. 228–236.

89. Vaillant G. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? / G. Vaillant // *World Psychiatry*. – 2012. – № 11. – P. 93–09.

90. Van Shaik D. J. F. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care / D. J. F. Van Shaik, A. F. J. Klijn, H. P. J. Van Hout // *General Hospital Psychiatry*. – 2004. – № 26. – P. 184–189.

91. Vogel D. L. Avoidance of Counseling : Psychological Factors That Inhibit Seeking Help / D. L. Vogel // *Journal of Counseling & Development*. – 2007. – Vol. – 85. – P. 410–422.

92. Vogel D. L. To seek help or not to seek help: the risks of self-disclosure / D. L. Vogel, S. R. Wester // *Journal of Counseling Psychology*. – 2003. – № 50. – P. 351–361.

93. Warr P. B. Work, unemployment, and mental health / P. B. Warr. – Oxford, England: Oxford University Press. 2017.

94. Worden W. Grief Counseling and Grief Therapy, Fourth Edition: A Handbook for the Mental Health Practitioner / J. William Worden. – Springer Publishing Company, 2008. – 328 p.

95. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). – Geneva: World Health Organization, 2004.

## ДОДАТКИ

Додаток А

### Анкета «Ставлення до психологічної допомоги»

*Доброго дня!*

*Ми проводимо анкетування для визначення ставлення до психологічної допомоги. Будь ласка, надайте відповіді на питання анкети. У анкеті не існує правильних та неправильних відповідей. Нам важливо дізнатись вашу думку. Всі дані анонімні і використовуватимуться тільки к узагальненому вигляді.*

1. Ваша стать.
2. Ваш вік.
3. Якби ви думали, що переживаєте психічний збій, чи було б вашою першою думкою отримати професійну допомогу?
  - так (1 бал)
  - ні (0 балів)
4. Чи може бути розмова про проблеми з психологом поганим способом позбутися емоційних проблем?
  - так (0 балів)
  - ні (1 бал)
5. Якби я переживали серйозну емоційну кризу, чи були б ви впевнені, що психотерапія була б корисною?
  - так (1 бал)
  - ні (0 балів)
6. Чи захоплюєтеся ви людьми, які готові впоратися зі своїми проблемами та страхами, не звертаючись за психологічною допомогою?
  - так (0 балів)
  - ні (1 бал)

7. Чи хотіли би ви отримати психологічну допомогу, якщо б тривалий час хвилювалися чи засмучувалися?

- так (1 бал)

- ні (0 балів)

8. Чи можливо, що ви можете захотіти отримати психологічну консультацію в майбутньому?

- так (1 бал)

- ні (0 балів)

9. Чи згодні ви з твердженням: «Людина з емоційною проблемою навряд чи вирішить її самостійно; вона швидше вирішить це за допомогою професійної психологічної допомоги»?

- так (1 бал)

- ні (0 балів)

10. Чи згодні ви з твердженням «Враховуючи кількість часу та грошей, залучених на психотерапію, я не впевнена, що це піде на користь такій, як я»?

- так (0 балів)

- ні (1 бал)

11. Чи згодні ви з твердженням: «Люди повинні вирішувати власні проблеми, тому отримання психологічних консультацій має бути крайнім засобом»?

- так (0 балів)

- ні (1 бал)

12. Чи згодні ви з твердженням: «Особисті та емоційні негаразди, як і більшість речей у житті, зазвичай вирішуються самі собою»?

- так (0 балів)

- ні (1 бал)

13. Чи маєте ви досвід одержання психологічної допомоги?

- так (1 бал)
- ні (0 балів).

14. Чи можете ви стверджувати, що ваше ставлення до психологічної допомоги є позитивним? Оцініть своє ставлення у балах від 1 до 7:

- 1 (абсолютно не згодна)
- 2 (переважно не згодна)
- 3 (скоріше незгодна)
- 4 (важко відповісти)
- 5 (скоріше згодна)
- 6 (переважно згодна)
- 7 (цілком згодна)

15. Чи вважаєте ви, що медикаментозне лікування психологічних проблем пріоритетніше за психологічне втручання

- так (0 балів)
- ні (1 бал)

*Дякуємо за щирі відповіді!*

### П'ятифакторний опитувальник особистості

**Інструкція.** Перед Вами опитувальник, що складається з 75 протилежних за значенням висловлювань, які слід оцінити. Якщо Ви погоджуєтесь з лівим висловом, то використовуйте для оцінки символи -2 і -1 шкали, якщо з правим, то +2 і +1. Цифрами Ви відобразите ступінь виразності оцінюваної ознаки: 2 – сильно виражено, 1 – слабо виражено, якщо Ви сумніваєтеся у виборі, то вибирайте 0.

1. Мені подобається займатися фізкультурою	0	Я не люблю фізичні навантаження
2. Люди вважають мене чуйною і доброзичливою людиною	0	Деякі люди вважають мене холодним та черствим
3. Я у всьому ціную чистоту та порядок	0	Іноді я дозволяю собі бути неохайним
4. Мене часто турбує думка, що щось може статися	0	«Дрібниці життя» мене не турбують
5. Все нове викликає у мене інтерес	0	Все нове викликає у мене роздратування
6. Якщо я нічим не зайнятий, то це мене турбує	0	Я людина спокійна і не люблю метушитися
7. Я намагаюся виявляти дружелюбність до всіх людей	0	Я не завжди і не з усіма доброзичлива людина
8. Моя кімната завжди акуратно прибрано	0	Я не дуже намагаюся стежити за чистотою та порядком
9. Іноді я засмучуюсь через дрібниці	0	Я не звертаю уваги на дрібні проблеми
10. Мені подобаються несподіванки	0	Я люблю передбачуваність подій
11. Я не можу довго залишатися нерухомим	0	Мені не подобається швидкий стиль життя

12. Я тактовний по відношенню до інших людей	0	Іноді жартома я зачіпаю самолюбство інших
13. Я методичний і пунктуальний у всьому	0	Я не дуже обов'язкова людина
14. Я надто чутливий/чутлива	0	Я рідко турбуюсь і рідко чогось боюся
15. Мені не цікаво, коли відповідь зрозуміла наперед	0	Я не цікавлюся речами, які мені не зрозумілі
16. Я люблю, щоб інші швидко виконували мої розпорядження	0	Я не поспішаючи виконую чужі розпорядження
17. Я поступлива і схильна до компромісів людина	0	Я люблю посперечатися з оточуючими
18. Я виявляю наполегливість, вирішуючи важке завдання	0	Я не дуже наполеглива людина
19. У важких ситуаціях я весь стискаюсь від напруги	0	Я можу розслабитися в будь-якій ситуації
20. У мене дуже жива уява	0	Я завжди волю реально дивитися на світ
21. Мені часто доводиться бути лідером, виявляти ініціативу	0	Я скоріше підлеглий, ніж лідер
22. Я завжди готовий надати допомогу та розділити чужі труднощі	0	Кожен має вміти подбати про себе
23. Я дуже старанна у всіх справах людина	0	Я не дуже стараюся на роботі
24. У мене часто виступає холодний піт і тремтять руки	0	Я рідко відчував напругу, що супроводжується тремтінням у тілі
25. Мені подобається мріяти	0	Я рідко захоплююсь фантазіями
26. Часто трапляється, що я керую, віддаю розпорядження іншим людям	0	Я вважаю за краще, щоб хтось інший брав у свої руки керівництво
27. Я вважаю за краще співпрацювати з іншими, ніж конкурувати	0	Без суперництва суспільство не могло б розвиватися
28. Я серйозно і старанно ставлюся до роботи	0	Я намагаюся не брати додаткових обов'язків на роботі
29. У незвичайній обстановці я часто нервую	0	Я легко звикаю до нової обстановки
30. Іноді я поринаю в глибокі роздуми	0	Я не люблю витратити свій час на роздуми

31. Мені подобається спілкуватися з незнайомими людьми	0	Я не дуже товариська людина
32. Більшість людей є добрими від природи	0	Я думаю, що життя робить деяких людей злими
33. Люди часто довіряють мені відповідальні справи	0	Дехто вважає мене безвідповідальним
34. Іноді я почуваюся самотньо, сумно і все валиться з рук	0	Часто, що-небудь роблячи, я так захоплююся, що забуваю про все
35. Я добре знаю, що таке краса та елегантність	0	Моє уявлення про красу таке саме, як і в інших
36. Мені подобається знаходити нових друзів та знайомих	0	Я волію мати лише кілька надійних друзів
37. Люди, з якими я спілкуюся, зазвичай мені подобаються	0	Є такі люди, яких я не люблю
38. Я вимогливий і строгий у роботі	0	Іноді я нехтую своїми обов'язками
39. Коли я сильно засмучений, у мене важко на душі	0	У мене дуже рідко буває похмурий настрій
40. Музика здатна так захопити мене, що я втрачаю почуття часу	0	Драматичне мистецтво та балет здаються мені нудними
41. Я люблю перебувати у великих та веселих компаніях	0	Я віддаю перевагу самоті
42. Більшість людей є чесними, і їм можна довіряти	0	Іноді я ставлюся підозріло до інших людей
43. Я зазвичай працюю сумлінно	0	Люди часто знаходять у моїй роботі помилки
44. Я легко впадаю в депресію	0	Мені неможливо зіпсувати настрій
45. Справжній витвір мистецтва викликає в мене захоплення	0	Я рідко захоплююсь досконалістю справжнього витвору мистецтва
46. Вболіваючи на спортивних змаганнях, я забуваю про все	0	Я не розумію, чому люди займаються небезпечними видами спорту
47. Я намагаюся виявляти чуйність, коли маю справу з людьми	0	Іноді мені немає справи до інтересів інших людей
48. Я рідко роблю необдумано те, що хочу зробити	0	Я волію приймати рішення швидко

49. У мене багато слабкостей та недоліків	0	У мене висока самооцінка
50. Я добре розумію свій душевний стан	0	Мені здається, що інші люди менш чутливі за мене
51. Я часто ігнорую сигнали, які попереджають про небезпеку	0	Я волію уникати небезпечних ситуацій
52. Радість інших я поділяю як власну	0	Я не завжди поділяю почуття інших людей
53. Я зазвичай контролюю свої почуття та бажання	0	Мені важко стримувати свої бажання
54. Якщо я зазнаю невдачі, то зазвичай звинувачую себе	0	Мені часто щастить, і обставини рідко бувають проти мене
55. Я вірю, що почуття роблять моє життя більш змістовним.	0	Я рідко звертаю увагу на чужі переживання
56. Мені подобаються карнавальні ходи та демонстрації	0	Мені не подобається перебувати в багатолюдних місцях
57. Я намагаюся поставити себе на місце іншої людини, щоб її зрозуміти	0	Я не прагну зрозуміти всі нюанси переживань інших людей
58. У магазині я зазвичай довго вибираю те, що надумав купити	0	Іноді я купую речі імпульсивно
59. Іноді я почуваюся жалюгідною людиною	0	Зазвичай я відчуваю себе потрібною людиною
60. Я легко «вживаюсь» у переживання вигаданого героя	0	Пригоди кіногероя не можуть змінити мого душевного стану
61. Я почуваюся щасливим, коли на мене звертають увагу	0	Я скромна людина і намагаюся не виділятися серед людей
62. У кожній людині є щось, за що її можна поважати	0	Я ще не зустрів людину, яку можна було б поважати
63. Зазвичай я добре думаю, перш ніж дію	0	Я не люблю заздалегідь продумувати результати своїх вчинків
64. Часто в мене бувають злети та падіння настрою	0	Зазвичай у мене рівний настрій
65. Іноді я відчуваю себе фокусником, який жартує над людьми	0	Люди часто називають мене нудною, але надійною людиною
66. Я привабливий для осіб протилежної	0	Дехто вважає мене звичайною і

статі		нецікавою людиною
67. Я завжди намагаюся бути добрим і уважним з кожною людиною	0	Деякі люди думають, що я самовпевнений і егоїстичний
68. Перед подорожжю я планую точний план	0	Я не можу зрозуміти, навіщо люди будують такі детальні плани
69. Мій настрій легко змінюється на протилежний	0	Я завжди спокійний і врівноважений
70. Я думаю, що життя – це азартна гра	0	Життя – це досвід, який передається наступним поколінням
71. Мені подобається виглядати зухвало	0	Я зазвичай не виділяюся поведінкою та модним одягом
72. Дехто каже, що я поблажливий до оточуючих	0	Кажуть, що я часто хвалюся своїми успіхами
73. Я точно та методично виконую свою роботу	0	Я волію «плисти за течією», довіряючи своїй інтуїції
74. Іноді я буваю настільки схвилований, що навіть плачу	0	Мене важко вивести з себе
75. Іноді я відчуваю, що можу відкрити щось нове	0	Я не хотів би нічого в собі міняти

**Додаток В****П'ять травм дитини (за теорією Ліз Бурбо)**

Інструкція: Вам пропонується низка питань, на кожне з яких можна дати відповідь так (+) або ні (-). Відповіді заносите до бланку.

**Опитувальник**

1. Ви схильні до фантазування, побудови «повітряних замків»
2. Вам хочеться бути впевненим, що якщо щось піде не так, то хтось обов'язково прийде на допомогу
3. У вас схильність опинятися в ситуаціях, в яких потрібно про когось дбати
4. Ви часто забуваєте про свої обіцянки
5. Ви вважаєте, що винагороду потрібно заслужити, а везіння – для слабаків
6. Ви були бажаною дитиною у сім'ї
7. При спілкуванні Ви часто використовуєте слово «один», «сам», «відсутній», «поглинати»
8. Перебуваючи в компанії, ви часто стаєте об'єктом жартування.
9. Ви любите все контролювати, передбачати, планувати наперед
10. Люди кажуть, що у вас світлий, швидкий погляд
11. Матеріальні цінності вас не дуже турбують
12. Ви любите працювати в парі/групі людей
13. Ви схильні брати провину за провину іншого на себе
14. Ви стаєте агресивним, коли люди спізнюються на зустріч із вами
15. Ви часто працюєте через силу і зупиняєтеся тільки при повній знеможі
16. Люди кажуть, що у вас «порожній» погляд

17. У дитинстві батьки часто залишали вас на самоті
18. Ви схильні до самознищення, самобичування
19. У спілкуванні часто використовуєте слова «ти розумієш?» «я можу», «я це знав(а)»
20. Ви любите, щоб все було в ідеальному порядку
21. У вас мало друзів, ви не відкриті до спілкування
22. Ви впевнені, що нічого не досягнете самотійно
23. Ви часто відчуваєте огиду до людей, речей
24. Ви робите все, щоб бути сильною, відповідальною, значущою особистістю
25. Ви не любите приймати подарунки, тому що потім потрібно буде робити взаємну послугу
26. У спілкуванні Ви часто використовуєте слова «ніхто», «неіснуючий», «зникати»
27. Вам важко залишити місце та людей, до яких звикли
28. Вважаєте себе грязнулею, незграбною людиною
29. У дитинстві Ви відчували, що один із батьків залежить від вашої підтримки
30. Ви людина, яка любить справедливість у всьому
31. Тривожтеся, якщо на вас звертають увагу, навіть близькі люди
32. Перед тим як ухвалити рішення, Ви повинні порадитися з кимось
33. Ви не любите, коли Вас кваплять у ходьбі, справах
34. Легко стаєте агресивним, якщо події йдуть не за планом
35. Вам страшно зробити помилку, ухвалити неправильне рішення
36. Після зробленого зауваження Ви відчуваєте себе зганьбленим
37. Ви вважаєте, що у вас великі, сумні очі
38. У дитинстві Ви найбільше соромилися своєї поведінки
39. Найважливіше для Вас – власна репутація

40. У спілкуванні Ви часто використовуєте слова «завжди», «ніколи», «дуже»

41. Ви часто, не на свою користь, порівнюєте себе з іншими людьми, які успішніші

42. Ви впевнені, що нічого не досягнете самостійно

43. Ви не часто дозволяєте собі насолоджуватися

44. Ви часто вгадуєте, що потрібно іншій людині

45. Ви рідко звертаєтеся за допомогою

46. Ви часто панікуєте

47. Ви схильні до драматизації, перебільшення сили подій

48. У спілкуванні Ви часто використовуєте слова «маленький», «трохи», «гідність»

49. Ви вважаєте, що маєте пильний, спокусливий погляд

50. У дитинстві Ви не відчували необхідної емоційної підтримки батьків

Підсумовування балів

Визначте свою категорію, підраховавши кількість плюсів у кожному із запропонованих варіантів:

Втікач – 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46

Залежний – 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47

Мазохіст – 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48

Контролер – 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49

Ригідний – 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50

1-3 – слабо виражений тип

4-6 – середнє виражений тип

7-10 – сильно виражений тип

## Додаток Е

## Тест інтерперсональної взаємодії Лірі

## Інструкція

Перед Вами опитувальник, що містить різні характеристики. Слід уважно прочитати кожен характеристику і подумати, чи відповідає вона Вашому уявленню про себе. Спробуйте проявити максимальну уважність і відвертість — «так» чи ні».

1.	Інші думають про неї з прихильністю.	65.	Любить давати поради.
2.	Справляє враження на оточуючих.	66.	Справляє враження значущості.
3.	Вміє розпоряджатися, наказувати.	67.	Любить повелительствувати.
4.	Вміє наполягти на своєму.	68.	Владна.
5.	Має почуття гідності.	69.	Хвалькувата.
6.	Незалежна.	70.	Гордовита, самовдоволена.
7.	Здатна сама подбати про себе.	71.	Думає тільки про себе.
8.	Може проявити байдужість.	72.	Хитра, розважлива.
9.	Здатна бути суворою.	73.	Нетерпима до помилок інших.
10.	Строга, але справедлива.	74.	Корислива.
11.	Може бути щирою.	75.	Відверта.
12.	Критична до іншим.	76.	Часто недружелюбна.
13.	Любить поплакатися.	77.	Озлоблена.
14.	Часто сумна.	78.	Любить скаржитись.
15.	Здатна виявляти недовіру.	79.	Ревнива.
16.	Часто розчаровується.	80.	Довго пам'ятає образи.
17.	Здатна бути критичною до себе.	81.	Схильна до самобичування.
18.	Здатна визнати свою неправоту.	82.	Сором'язлива.

19.	Охоче підпорядковується.	83.	Безініціативна.
20.	Поступлива.	84.	Лагідна.
21.	Вдячна.	85.	Залежна, несамостійна.
22.	Захоплюється, схильна до наслідування.	86.	Любить підкорятися.
23.	Ставиться з повагою.	87.	Надає іншим право приймати рішення.
24.	Така, що шукає схвалення.	88.	Легко потрапляє в халепу.
25.	Здатна до співпраці, взаємодопомоги.	89.	Легко піддається впливу друзів.
26.	Прагне ужитися з іншими.	90.	Готова довіритися будь-кому.
27.	Доброзичлива. Дружелюбна.	91.	Прихильна до всіх без розбору.
28.	Уважна, ласкава.	92.	Усім симпатизує.
29.	Делікатна.	93.	Прощає все.
30.	Підбадьорлива.	94.	Переповнена надмірним співчуттям.
31.	Чуйна до закликів про допомогу.	95.	Великодушна, терпима до недоліків.
32.	Безкорислива.	96.	Прагне бути покровителем.
33.	Здатна викликати захоплення.	97.	Прагне до успіху.
34.	Користується в інших повагою.	98.	Чекає захоплення від кожного.
35.	Володіє талантом керівника.	99.	Розпоряджається іншими.
36.	Любить відповідальність.	100.	Деспотична.
37.	Впевнена у собі.	101.	Сноб (судить про людей за рангом і достатком, а не за особистими якостями).
38.	Самовпевнена, напориста.	102.	Марнославна.
39.	Діловита, практична.	103.	Егоїстична.
40.	Любить змагатися.	104.	Холодна, черства.
41.	Стійка і крута, де треба.	105.	Уїдлива, насмішувата.
42.	Невблаганна, але неупереджена.	106.	Зла, жорстока.
43.	Дратівлива.	107.	Часто гнівлива.
44.	Відкрита, прямолінійна.	108.	Байдужа, нечутлива.
45.	Не терпить, щоб нею командували.	109.	Злопам'ятна.
46.	Скептична.	110.	Пройнята духом протиріч.
47.	На неї важко справити враження.	111.	Уперта.
48.	Легко ображається.	112.	Недовірлива, підозріла.
49.	Легко ніяковіє.	113.	Боязка.
50.	Не впевнена у собі.	114.	Сором'язлива.
51.	Поступлива.	115.	Відрізняється надмірною готовністю підкорятися.
52.	Скромна.	116.	М'якотіла.
53.	Часто вдається до допомоги інших.	117.	Майже ніколи і нікому не заперечує.
54.	Дуже шанує авторитети.	118.	Нав'язлива.
55.	Охоче приймає поради.	119.	Любить, щоб її опікали.
56.	Довірлива і прагне радувати інших.	120.	Надмірно довірлива.
57.	Завжди люб'язна в спілкуванні.	121.	Прагне здобути прихильність кожного.
58.	Цінує думку оточуючих.	122.	З усіма погоджується.
59.	Комунікабельна, уживчива.	123.	Завжди доброзичлива.
60.	Добросердна.	124.	Всіх любить.
61.	Добра, вселяє впевненість.	125.	Дуже поблажлива до оточуючих.
62.	Ніжна, м'якосердна.	126.	Намагається втішити кожного.
63.	Любить піклуватися про інших.	127.	Піклується про інших на шкоду собі.
64.	Безкорислива, щедра.	128.	Псує людей надмірною добротою

## Додаток Ж

**Статистично незначущі результати регресійного аналізу чинників  
впливу на ставлення до психологічної допомоги**

Предиктор	Залежна змінна – Позитивне ставлення жінок до психологічної допомоги			
	beta	R <sup>2</sup> (скор.)	F(1,28)	P-рівень
Екстраверсія / інтроверсія	0,09	-0,03	0,22	0,65
Самоконтроль / природність	-0,04	-0,03	0,05	0,83
Експресивність / практичність	-0,09	-0,03	0,22	0,64
Активність – пасивність	-0,25	0,06	1,93	0,18
Товариськість – замкнутість	-0,30	0,06	2,80	0,10
Довірливість – підозрілість	-0,24	0,02	1,70	0,20
Повага інших – самоповага	-0,04	-0,03	0,05	0,82
Наполегливість – відсутність наполегливості	0,14	-0,01	0,60	0,44
Відповідальність – безвідповідальність	0,35	0,09	0,12	0,06
Самоконтроль поведінки – імпульсивність	-0,02	-0,03	0,009	0,93
Передбачливість – безтурботність	0,23	0,01	1,52	0,23
Тривожність – безтурботність	-0,07	-0,03	0,14	0,71
Напруженість – розслабленість	-0,04	-0,03	0,05	0,82
Самокритика – самодостатність	-0,19	0,005	1,15	0,29
Емоційна лабільність – емоційна стабільність	-0,20	0,04	1,23	0,28
Цікавість – консерватизм	0,34	0,08	3,68	0,07
Допитливість – реалістичність	0,14	-0,01	0,63	0,43
Сенситивність – нечутливість	0,27	0,04	2,23	0,16
Втікач	0,11	-0,02	0,36	0,55
Мазохіст	0,23	0,017	1,50	0,23
Ригідний	0,02	0,007	0,02	0,89
Егоїстичний	-0,31	0,06	2,98	0,094
Агресивний	0,24	0,06	1,70	0,20
Підозрілий	-0,33	0,07	3,43	0,07
Залежний	-0,29	0,05	2,55	0,12
	Залежна змінна – Негативне ставлення жінок до психологічної допомоги			
	beta	R <sup>2</sup> (скор.)	F(1,28)	P-рівень
Екстраверсія / інтроверсія	-0,09	-0,03	0,22	0,65
Самоконтроль / природність	0,04	-0,03	0,05	0,83
Експресивність / практичність	0,09	-0,03	0,22	0,64
Втікач	-0,11	-0,02	0,36	0,55
Активність – пасивність	0,25	0,06	1,93	0,18
Товариськість – замкнутість	0,30	0,06	2,80	0,10

Довірливість – підозрілість	0,24	0,02	1,70	0,20
Повага інших – самоповага	0,04	-0,03	0,05	0,82
Наполегливість – відсутність наполегливості	-0,14	-0,01	0,60	0,44
Відповідальність – безвідповідальність	-0,35	0,09	0,12	0,06
Самоконтроль поведінки – імпульсивність	0,02	-0,03	0,009	0,93
Передбачливість – безтурботність	-0,23	0,01	1,52	0,23
Тривожність – безтурботність	0,07	-0,03	0,14	0,71
Напруженість – розслабленість	0,04	-0,03	0,05	0,82
Самокритика – самодостатність	0,19	0,005	1,15	0,29
Емоційна лабільність – емоційна стабільність	0,20	0,04	1,23	0,28
Цікавість – консерватизм	-0,34	0,08	3,68	0,07
Допитливість – реалістичність	-0,14	-0,01	0,63	0,43
Сенситивність – нечутливість	-0,27	0,04	2,23	0,16
Мазохіст	0,23	0,017	1,50	0,23
Ригідний	0,02	0,007	0,02	0,89
Егоїстичний	0,31	0,06	2,98	0,094
Агресивний	0,24	0,06	1,70	0,20
Підозрілий	0,33	0,07	3,43	0,07
Залежний	0,29	0,05	2,55	0,12

## Додаток 3

**Результати перевірки внутрішньої узгодженості опитувальника  
«П'ять травм дитини» (за теорією Ліз Бурбо)**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	74,8000	89,821	,085	,882
Q2	74,7333	89,099	,170	,881
Q3	74,8667	93,223	-,267	,887
Q4	74,9333	91,513	-,093	,885
Q5	74,8000	90,717	-,010	,883
Q6	75,0000	85,241	,585	,874
Q7	74,8333	87,523	,328	,878
Q8	74,8000	88,717	,203	,880
Q9	74,9333	89,099	,158	,881
Q10	75,0000	92,621	-,209	,886
Q11	74,9333	87,099	,371	,878
Q12	74,9333	88,340	,238	,880
Q13	74,9000	88,507	,220	,880
Q14	74,7000	88,562	,238	,880
Q15	74,9333	88,616	,209	,880
Q16	74,7667	89,220	,152	,881
Q17	74,8333	86,282	,463	,876
Q18	74,8333	86,626	,425	,877
Q19	74,8333	87,178	,365	,878
Q20	74,7667	88,185	,265	,879
Q21	75,0000	89,310	,139	,881
Q22	74,8333	87,523	,328	,878
Q23	74,9333	85,306	,566	,875
Q24	74,9667	87,826	,295	,879
Q25	74,8667	88,189	,254	,879
Q26	74,7667	88,116	,273	,879
Q27	74,8667	85,982	,492	,876
Q28	75,0000	86,138	,485	,876
Q29	74,8000	85,821	,520	,875
Q30	74,7667	89,978	,070	,882
Q31	75,0667	86,409	,475	,876
Q32	74,8667	85,154	,583	,874
Q33	75,0000	85,379	,569	,875
Q34	74,8333	87,109	,373	,878
Q35	74,7000	86,424	,488	,876
Q36	74,9667	84,723	,635	,874
Q37	74,8667	83,844	,728	,872
Q38	74,9333	83,237	,797	,871
Q39	74,8000	84,028	,722	,872
Q40	74,9000	89,059	,162	,881
Q41	75,0333	88,240	,259	,879
Q42	74,8667	88,051	,269	,879
Q43	74,9667	84,585	,650	,873
Q44	74,8000	85,890	,512	,875
Q45	74,9333	88,133	,260	,879
Q46	74,7333	87,926	,302	,879
Q47	74,9000	85,197	,577	,874
Q48	74,8667	86,602	,425	,877
Q49	74,7667	85,151	,606	,874
Q50	74,8667	88,671	,203	,880

