

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Київський національний університет імені Тараса Шевченка**  
**Факультет психології**  
**Кафедра експериментальної та прикладної психології**

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

**Роль самооцінки як медіатора у зв'язку між посттравматичною  
симптоматикою і якістю романтичних стосунків**

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Спеціальність 053 «Психологія»

Студентки 4 курсу ОС «Бакалавр»  
спеціальності 053 «Психологія»  
**Нестеренко Дар'ї Андріївни**

Науковий керівник:  
Асистент кафедри експериментальної  
та прикладної психології  
кандидат психологічних наук  
**Курапов Антон Олександрович**

Допустити до захисту в ЕК  
кафедра експериментальної та прикладної психології

Протокол No \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Завідувач кафедри:

Кандидат психологічних наук, доцент

**Малишева Каріне Олегівна** \_\_\_\_\_

Київ – 2026

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП.....                                                                                                                     | 4  |
| РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ...                                                                        | 9  |
| 1.1. Посттравматична, депресивна та тривожна симптоматика: поняття, форми та психологічні характеристики.....                  | 9  |
| 1.2. Психологічні наслідки симптоматики для міжособистісного функціонування особистості.....                                   | 12 |
| 1.3. Самооцінка як регуляторний конструкт у структурі міжособистісної взаємодії.....                                           | 14 |
| 1.4. Теоретичне обґрунтування медіаційної моделі: самооцінка як посередник між симптоматикою та якістю близьких стосунків..... | 17 |
| Висновки до розділу I.....                                                                                                     | 20 |
| РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....                                                                              | 23 |
| 2.1. Дизайн та характеристика вибірки дослідження.....                                                                         | 23 |
| 2.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження.....                                                                        | 26 |
| 2.2.1. Шкала самооцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (PCL-5).....                                            | 26 |
| 2.2.2. Шкали депресії, тривоги та стресу (DASS-21).....                                                                        | 27 |
| 2.2.3. Шкала самооцінки Розенберга (RSES).....                                                                                 | 28 |
| 2.2.4. Шкала досвіду близьких стосунків, коротка форма (ECR-S).....                                                            | 31 |
| 2.3. Процедура статистичного аналізу даних.....                                                                                | 33 |

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Висновки до розділу II.....                                                                                    | 29 |
| РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ<br>ОБГОВОРЕННЯ.....                                       | 35 |
| 3.1. Описова статистика та розподіл показників у вибірці.....                                                  | 35 |
| 3.2. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між змінними дослідження.....                                          | 39 |
| 3.3. Медіаційний аналіз: роль самооцінки як посередника між<br>симптоматикою та якістю близьких стосунків..... | 41 |
| 3.4. Обговорення результатів та практичні рекомендації.....                                                    | 46 |
| Висновки до розділу III.....                                                                                   | 48 |
| ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....                                                                                         | 50 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                                | 55 |

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Психічне здоров'я особистості та її здатність до побудови якісних близьких стосунків є фундаментальними складовими благополуччя людини. Водночас такі стани, як посттравматична, депресивна та тривожна симптоматика, є надзвичайно поширеними в сучасному суспільстві і суттєво впливають на якість міжособистісної взаємодії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2021), депресивні та тривожні розлади входять до переліку найпоширеніших психічних порушень у світі й стосуються сотень мільйонів людей. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) уражає від 3% до 15% населення залежно від регіону та наявності травматичних подій, а в Україні в умовах воєнного часу цей показник є значно вищим (Мілорадова та Доценко, 2023).

Попри широку поширеність психопатологічної симптоматики, механізми її впливу на якість близьких стосунків залишаються недостатньо вивченими. Наукові дані свідчать, що особи з посттравматичною, депресивною та тривожною симптоматикою нерідко стикаються з труднощами у побудові близьких, довірливих і стабільних стосунків - зокрема, демонструють тривожний або уникаючий стиль прив'язаності, знижену здатність до емоційної відкритості та порушення у сфері довіри (Ріхардс та Кемпбелл, 2018). Однак питання про те, через які саме психологічні механізми ця симптоматика реалізує свій вплив на міжособистісну взаємодію, лишається відкритим.

Одним із таких механізмів може виступати самооцінка - фундаментальний конструкт психології особистості, що регулює ставлення людини до себе і до інших. Відомо, що посттравматична симптоматика, депресивні та тривожні прояви тісно пов'язані зі зниженням самооцінки:

стійкі негативні переконання про себе є центральним компонентом когнітивної тріади депресії (Бек, 1979), а кластер негативних змін у когніціях при ПТСР безпосередньо включає знижене самосприйняття. Знижена самооцінка, своєю чергою, є добре задокументованим предиктором дисфункційного стилю прив'язаності та погіршення якості близьких стосунків (Бартоломью та Горовіц, 1991; Мюррей та ін., 2000). Це дозволяє висунути гіпотезу про те, що самооцінка виступає посередником (медіатором) між симптоматикою та якістю близьких стосунків, тобто симптоматика впливає на стосунки переважно або повністю через зниження самооцінки.

Перевірка цієї медіаційної гіпотези є теоретично важливою і практично необхідною. З теоретичного погляду вона дозволяє поглибити розуміння психологічних механізмів, що пов'язують симптоматику з міжособистісним функціонуванням, і перейти від запитання «чи існує зв'язок?» до запитання «як він реалізується?». З практичного погляду встановлення медіаційної ролі самооцінки обґрунтовує вибір конкретних терапевтичних мішеней: якщо самооцінка є ключовою посередницькою ланкою, саме її відновлення має стати пріоритетом у психологічній допомозі особам із відповідною симптоматикою.

Незважаючи на наявність окремих зарубіжних досліджень, що частково стосуються цієї проблематики, у вітчизняній науці медіаційна роль самооцінки у зв'язку між посттравматичною, депресивною, тривожною симптоматикою та якістю близьких стосунків залишається фактично не дослідженою. Це визначає актуальність та наукову новизну пропонованого дослідження.

**Мета дослідження:** емпірично перевірити медіаційну роль самооцінки у зв'язку між посттравматичною, депресивною та тривожною симптоматикою і якістю романтичних стосунків у дорослих осіб.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз і систематизацію наукових підходів до розуміння посттравматичної, депресивної та тривожної симптоматики, а також їхнього впливу на міжособистісне функціонування особистості.
2. Розкрити роль самооцінки як психологічного регуляторного конструкту у структурі міжособистісної взаємодії.
3. Теоретично обґрунтувати медіаційну модель, у якій самооцінка виступає посередником між посттравматичною, депресивною та тривожною симптоматикою і якістю близьких стосунків, спираючись на когнітивну модель депресії, теорію прив'язаності та концепцію соціального вимірника.
4. Емпірично перевірити висунуту медіаційну модель на вибірці дорослих осіб, що перебувають у романтичних стосунках, та здійснити інтерпретацію отриманих результатів з формулюванням практичних рекомендацій.

**Об'єкт дослідження:** зв'язок між психопатологічною симптоматикою та якістю близьких стосунків у дорослих осіб.

**Предмет дослідження:** медіаційна роль самооцінки у зв'язку між посттравматичною, депресивною та тривожною симптоматикою і якістю романтичних стосунків.

**Гіпотеза дослідження:** самооцінка виступає медіатором у зв'язку між посттравматичною, депресивною та тривожною симптоматикою і

якістю романтичних стосунків. Вплив симптоматики на якість стосунків реалізується частково або повністю через зниження самооцінки. При цьому ступінь та характер медіації є різними для різних компонентів симптоматики.

**Методи дослідження.** Теоретичні: аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукової літератури, теоретичне моделювання. Емпіричні: Шкала посттравматичного стресового розладу для DSM-5 (PCL-5); Шкали депресії, тривоги та стресу (DASS-21); Шкала самооцінки Розенберга (RSES); Шкала досвіду близьких стосунків, коротка форма (ECR-S). Статистичні: описова статистика, кореляційний аналіз Пірсона, медіаційний аналіз з верифікацією непрямих ефектів методом повторних вибірок.

**Наукова новизна** полягає у тому, що у цьому дослідженні вперше здійснено емпіричну перевірку медіаційної моделі, яка розкриває механізм опосередкування впливу посттравматичної, депресивної та тривожної симптоматики на якість близьких стосунків через самооцінку. Встановлено диференційований характер медіації: повна медіація для депресивних проявів та часткова - для посттравматичної і тривожної симптоматики.

**Теоретична значущість** дослідження полягає у розширенні наукових уявлень про психологічні механізми, що пов'язують психопатологічну симптоматику з якістю міжособистісного функціонування; у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному підтвердженні медіаційної ролі самооцінки у цьому зв'язку.

**Практична значущість** результатів полягає у можливості їх використання у психологічному консультуванні та психотерапії осіб із відповідною симптоматикою, зокрема для обґрунтування пріоритетності

роботи з відновленням самооцінки як ключовою терапевтичною мішенню; у розробці програм психологічної підтримки та підготовці фахівців.

**Надійність і достовірність** результатів забезпечуються застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик з підтвердженою валідністю та надійністю; відповідністю процедури аналізу даних сучасним методологічним вимогам; використанням методу повторних вибірок для верифікації непрямих ефектів; збалансованістю вибірки за статевими та віковими характеристиками; дотриманням принципів анонімності та добровільної участі.

**Структура роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

## **РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

### **1.1. Посттравматична, депресивна та тривожна симптоматика: поняття, форми та психологічні характеристики**

Посттравматична, депресивна та тривожна симптоматика є трьома найбільш клінічно значущими і поширеними формами психологічного неблагополуччя в сучасній психіатричній і психологічній науці. Попри те, що кожен із цих станів має власну специфіку і відповідає окремим діагностичним категоріям, вони нерідко розвиваються паралельно, взаємно посилюють одна одну та мають спільні психологічні механізми - зокрема, всі три стани значущо пов'язані зі зниженням самооцінки та порушенням здатності до близьких міжособистісних стосунків.

**Посттравматичний стресовий розлад** є психологічним станом, що може розвинутисть після переживання або свідчення травматичної події, що загрожувала життю або фізичній цілісності, або після тривалого переживання хронічного стресу. Відповідно до критеріїв DSM-5 (APA, 2013), ПТСР характеризується чотирма кластерами симптомів. Перший - інтрузія: мимовільні нав'язливі спогади, флешбеки, нічні кошмари, психологічна та фізіологічна реактивність на нагадувачі травматичного досвіду. Другий - уникнення: систематичне уникнення думок, відчуттів та ситуацій, пов'язаних із травмою. Третій - негативні зміни в когніціях та емоціях: стійкі негативні переконання про себе і світ, спотворене самозвинувачення, стійкий негативний емоційний фон, відчуження від оточення, знижена здатність до позитивних емоцій. Четвертий - зміни у збудженні та реактивності: підвищена пильність, загострена реакція переляку, роздратованість, порушення концентрації та сну. Поширеність

ПТСР у загальній популяції становить від 3% до 8%, однак у вибірках осіб із травматичним досвідом суттєво вища (Кесслер та ін., 2005).

Принципово важливим є третій кластер симптомів ПТСР, який безпосередньо стосується самосприйняття особистості. Стійкі негативні переконання про себе («Я поганий», «Я нікчемний», «Це сталося через мене»), спотворене самозвинувачення та відчуженість від інших людей є когнітивними проявами зниженої самооцінки, що інтегрована у саму структуру посттравматичного розладу. Таким чином, ПТСР не лише супроводжується зниженою самооцінкою - він структурно включає її елементи як симптоматичні прояви.

**Депресивна симптоматика** є одним із найбільш поширених психічних станів у сучасному суспільстві. Відповідно до класифікації DSM-5, великий депресивний епізод характеризується наявністю щонайменше п'яти з дев'яти ключових симптомів: стійкий пригнічений настрій, ангедонія (нездатність отримувати задоволення), значні зміни у масі тіла або апетиті, порушення сну, психомоторне збудження або загальмованість, підвищена стомлюваність, відчуття власної нікчемності або надмірне самозвинувачення, порушення когнітивного функціонування (концентрація, прийняття рішень), повторювані думки про смерть або суїцид (АРА, 2013). За даними ВООЗ (2021), більше 280 мільйонів людей у світі страждають від депресії.

Концептуальним ядром розуміння депресивної симптоматики є когнітивна тріада Бека (1979): негативне ставлення до себе («Я нікчемний, нездатний, нічого не вартий»), до навколишнього світу («Світ є ворожим і жорстоким») та до майбутнього («Я ніколи не зміню своє становище»). Негативне ставлення до себе - перший елемент тріади - є практично тотожним зниженій самооцінці за своєю психологічною природою.

Власне, Розенберг (1965) та Бек (1979) описують концептуально близькі феномени, але через різні теоретичні рамки. Це теоретичне перекриття є ключовим для розуміння механізму медіації у пропонованій моделі: депресія може впливати на стосунки саме через те, що її центральним когнітивним компонентом є знижена самооцінка.

Нейробіологічні механізми депресії також є актуальними для розуміння її зв'язку з міжособистісним функціонуванням. Хронічний стрес, що нерідко передуює депресії, порушує роботу осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники та пов'язаний зі змінами у серотонінергічній і дофамінергічній системах (Хайм та Немерофф, 2001). Ангедонія - зниження здатності до задоволення від соціальних взаємодій - є безпосереднім наслідком цих нейробіологічних змін і прямо порушує якість близьких стосунків незалежно від рівня самооцінки.

**Тривожна симптоматика** охоплює широкий спектр станів, спільними ознаками яких є надмірне та стійке занепокоєння, страх і пов'язані з ними поведінкові та фізіологічні реакції. У контексті DSM-5 виокремлюються генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальна тривожність та специфічні фобії. Для цілей цього дослідження ми розглядаємо тривожну симптоматику в її узагальненому вимірі, операціоналізованому через підшкалу тривоги DASS-21.

Тривожна симптоматика характеризується стійким станом вегетативного збудження (прискорене серцебиття, тремтіння, задишка), когнітивними проявами (надмірне занепокоєння, катастрофізація, надчутливість до потенційних загроз) та поведінковими реакціями уникнення. Концепція «соціальної тривоги» є особливо релевантною для цього дослідження: особи з тривожною симптоматикою схильні сприймати соціальні ситуації як потенційно небезпечні, прогнозувати негативну

оцінку з боку інших та уникати ситуацій, що вимагають відкритості та близькості. Вирішальний зв'язок між тривожністю і самооцінкою полягає у тому, що страх оцінки - центральний механізм соціальної тривоги - базується на переконанні у власній недостатній цінності для інших (Лірі та Ковальські, 1995).

Важливо підкреслити, що посттравматична, депресивна та тривожна симптоматика є не взаємовиключними, а такими, що часто співіснують. Рівень коморбідності між цими станами є надзвичайно високим: за різними оцінками, від 50% до 80% осіб із ПТСР мають також депресивну та/або тривожну симптоматику (Кесслер та ін., 2005). Ця коморбідність є відображенням як спільних нейробіологічних механізмів, так і спільних когнітивних патернів - зокрема, зниженої самооцінки як наскрізного конструкту, що присутній у структурі всіх трьох станів.

## **1.2. Психологічні наслідки симптоматики для міжособистісного функціонування особистості**

Посттравматична, депресивна та тривожна симптоматика не є ізольованими від контексту міжособистісних стосунків - навпаки, вона суттєво впливає на здатність особистості до побудови та підтримання якісних, близьких взаємин. Ці наслідки реалізуються через низку взаємопов'язаних психологічних механізмів.

Перший механізм - **когнітивна упередженість щодо оцінки**. Особи з депресивною та тривожною симптоматикою схильні систематично спотворювати інформацію, отриману у міжособистісній взаємодії, на негативну користь. Вони частіше інтерпретують нейтральну поведінку партнера як ознаку невдоволення або відкидання, знижують значущість

позитивних ознак у стосунках і надають непропорційно велику увагу негативним (Бек та ін., 1979). Цей механізм безпосередньо зменшує суб'єктивну якість стосунків навіть за відсутності об'єктивних проблем.

Другий механізм - **уникання близькості та емоційної відкритості**. Уникнення є структурним симптомом ПТСР (кластер С), але також є характерним для тривожної і депресивної симптоматики. Особи з відповідною симптоматикою схильні уникати ситуацій емоційної близькості та відкритості, що є необхідною умовою побудови якісних стосунків. Це уникнення може проявлятися як відмова від обговорення власних почуттів, небажання розкривати особисту інформацію або емоційне дистанціювання від партнера (Ватс та ін., 2017).

Третій механізм - **порушення здатності до довіри**. ПТСР-симптоматика, зокрема підвищена пильність і гіперактивність захисних реакцій, суттєво порушує здатність особи довіряти іншим людям. Постійне очікування загрози є несумісним із психологічною безпекою, що є необхідною умовою безпечної прив'язаності. Депресія також знижує здатність до довіри: переконання у власній нікчемності породжує сумніви у щирості позитивного ставлення з боку партнера (Голдінг, 1999).

Четвертий механізм - **порушення регуляції афекту**. Усі три форми симптоматики пов'язані з порушеннями у сфері емоційної регуляції. Особи з ПТСР нерідко відчують раптові інтенсивні емоційні реакції (спалахи гніву, раптова тривога) або, навпаки, емоційне оніміння - обидва стани ускладнюють якісну емоційну взаємодію з партнером. Депресивна ангедонія знижує здатність до позитивних емоційних відповідей, що партнер може інтерпретувати як незацікавленість або відстороненість.

П'ятий механізм - **самосаботуюча поведінка у стосунках**. Особи зі зниженою самооцінкою, що є наскрізним конструктом всіх трьох форм

симптоматики, схильні до поведінки, що підриває власні стосунки. Вони можуть неусвідомлено провокувати підтвердження власних негативних переконань про себе («Я незначущий для інших», «Я недостойний любові»), що призводить до замкненого дезадаптивного циклу: симптоматика знижує самооцінку → знижена самооцінка погіршує якість стосунків → погані стосунки підтверджують негативне самосприйняття → посилюється симптоматика.

Дослідження стабільно фіксують зв'язок між усіма трьома формами симптоматики та нижчою якістю близьких стосунків. Метааналіз Давіла та ін. (2003) засвідчив, що депресія є суттєвим предиктором зниженої задоволеності стосунками та конфліктності. Огляд Монсона та Тафт (2005) показав, що ПТСР-симптоматика пов'язана з нижчою якістю подружніх стосунків, зниженою сексуальною задоволеністю та підвищеним ризиком розлучення. Тривожна симптоматика, особливо у вимірі тривожного стилю прив'язаності, асоційована з нижчою якістю стосунків та вищим рівнем конфліктності (Шейвер та Мікуліцер, 2002).

При цьому механізм, через який симптоматика реалізує свій вплив на стосунки, залишається недостатньо вивченим. Більшість існуючих досліджень обмежуються констатацією кореляційних зв'язків, не розкриваючи посередницьких механізмів. Пропонована медіаційна модель заповнює цю прогалину, припускаючи, що саме самооцінка є тим ключовим механізмом, через який симптоматика руйнує якість близьких стосунків.

### **1.3. Самооцінка як регуляторний конструкт у структурі міжособистісної взаємодії**

Самооцінка є одним із фундаментальних конструктів психології особистості, що привертає стабільну наукову увагу понад шість десятиліть. Розроблена Розенбергом (1965), концепція глобальної самооцінки визначає її як загальне позитивне або негативне ставлення особистості до себе, що охоплює оцінку власних якостей, здібностей, моральної цінності та гідності. Це афективно-когнітивний конструкт, що формується насамперед у взаємодії зі значущими іншими і водночас активно регулює характер цієї взаємодії.

Лірі та Бауместер (2000) запропонували концепцію «соціального вимірника»: самооцінка виконує функцію внутрішнього монітора якості соціальної включеності та значущості. Вона знижується при загрозі соціального відкидання або знецінення і зростає при прийнятті та схваленні. Адаптивна функція цього механізму полягає у тому, що він мотивує особу підтримувати просоціальну поведінку і уникати дій, що можуть призвести до соціального відчуження. Однак у контексті психопатологічної симптоматики цей механізм функціонує дезадаптивно: стійкі негативні переконання про себе, що є характерними для ПТСР та депресії, хронічно знижують самооцінку, незалежно від реального зворотного зв'язку з соціального оточення.

Роль самооцінки у якості міжособистісної взаємодії є добре задокументованою у науковій літературі. По-перше, існує стійкий зв'язок між рівнем самооцінки та стилем прив'язаності. Відповідно до двовимірної моделі прив'язаності Бартоломью та Горовіц (1991), «модель себе» - когнітивне уявлення про власну цінність і привабливість для інших - є центральним компонентом стилю прив'язаності. Знижена самооцінка асоційована з тривожним стилем прив'язаності (надмірна потреба у схваленні, страх відкидання, залежність від партнера) або з

уникаючо-зневажливим стилем (захисне дистанціювання від близькості, недовіра). Обидва ці стилі суттєво знижують якість стосунків.

По-друге, самооцінка безпосередньо пов'язана зі здатністю до встановлення та підтримання здорових меж у стосунках. Морретті та Обсут (2009) показали, що особи зі зниженою самооцінкою схильні жертвувати власними потребами заради збереження стосунків, толерувати неприйнятну поведінку партнера та сприймати власні потреби як надмірні. Це погіршує якість стосунків і знижує суб'єктивне благополуччя.

По-третє, Мюррей та ін. (2000) у серії досліджень продемонстрували, що особи зі зниженою самооцінкою систематично недооцінюють позитивне ставлення партнера до себе, проектуючи власне негативне самосприйняття на характер взаємодії. Зокрема, вони схильні применшувати ступінь любові та поваги з боку партнера. Цей механізм знижує відчуття безпеки у стосунках і є самосаботуючим: особа, переконана у власній нікчемності, неусвідомлено шукає підтвердження цього переконання у поведінці партнера.

По-четверте, самооцінка відіграє роль «психологічного буфера» при переживанні стресу. Бауместер та ін. (2003) показали, що вища самооцінка пов'язана з більшою психологічною стійкістю, ефективнішим використанням адаптивних стратегій подолання та кращим залученням соціальної підтримки. Знижена самооцінка, навпаки, обмежує ресурси особистості для переживання труднощів і погіршує адаптацію.

Нарешті, самооцінка має безпосередній концептуальний зв'язок із усіма трьома компонентами симптоматики. Когнітивна тріада депресії Бека (1979) включає негативне ставлення до себе як центральний компонент, що практично повністю перекривається зі зниженою самооцінкою. Кластер негативних змін у когніціях при ПТСР (DSM-5)

включає стійкі негативні переконання про себе і спотворене самозвинувачення - когнітивні еквіваленти зниженої самооцінки. Тривожна симптоматика пов'язана зі зниженою самооцінкою через механізм страху оцінки: особи зі зниженою самооцінкою частіше очікують негативної оцінки у соціальних ситуаціях (Лірі та Ковальські, 1995). Таким чином, самооцінка є теоретично обґрунтованим і психологічно релевантним медіатором між симптоматикою і якістю стосунків.

#### **1.4. Теоретичне обґрунтування медіаційної моделі: самооцінка як посередник між симптоматикою та якістю близьких стосунків**

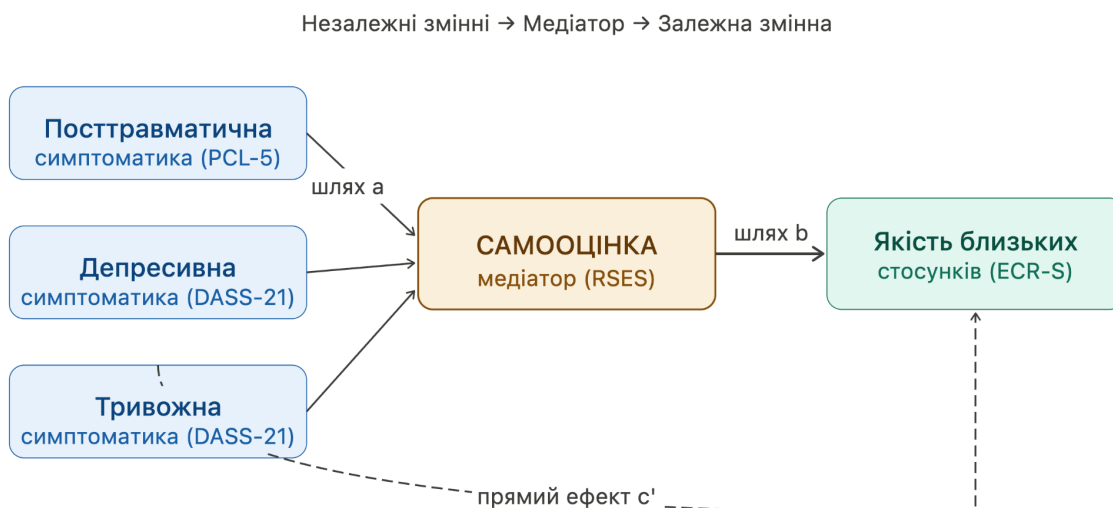
Медіаційний аналіз є методологічним інструментом, що дозволяє перейти від констатації зв'язків між змінними до розуміння механізмів їх реалізації. Медіатор - це змінна, що розташована у причинно-наслідковому ланцюгу між незалежною та залежною змінними і пояснює, яким чином виникає зв'язок між ними (Барон та Кенні, 1986). У пропонованій моделі незалежними змінними виступають три компоненти симптоматики (ПТСР, депресія, тривога), медіатором є самооцінка, а залежною змінною - якість близьких стосунків.

Теоретичне обґрунтування моделі спирається на три взаємодоповнювальні теоретичні рамки. **Перша** - когнітивна модель депресії Бека (1979): депресивна симптоматика включає як центральний компонент негативні думки про себе, що концептуально тотожні зниженій самооцінці. Відповідно, вплив депресії на стосунки має реалізовуватись переважно через самооцінку. **Друга** - теорія прив'язаності Боулбі (1969): «внутрішні робочі моделі» себе, що є ключовим компонентом стилю прив'язаності, безпосередньо відповідають конструкту самооцінки. Таким чином, симптоматика, підбиваючи самооцінку, через неї порушує стиль

прив'язаності і якість стосунків. **Третя** - концепція «соціального вимірника» Лірі та Бауместера (2000): самооцінка є внутрішнім монітором соціальної значущості, і психопатологічна симптоматика, знижуючи самооцінку, порушує цю функцію та погіршує здатність особи до безпечної міжособистісної взаємодії.

Очікуваний механізм реалізації зв'язку у медіаційній моделі такий: посттравматична, депресивна та тривожна симптоматика знижує самооцінку через стійкі негативні когніції про себе, спотворене самозвинувачення, ангедонію та страх оцінки. Знижена самооцінка, своєю чергою, формує тривожний або уникаючий стиль прив'язаності, знижує суб'єктивне відчуття власної гідності у стосунках та спотворює сприймання партнера у негативний бік - що разом погіршує якість близьких стосунків.

### Схема 1.1. Загальна структура медіаційної моделі дослідження



Відповідно до процедури Барона та Кенні (1986), для встановлення медіації необхідне виконання чотирьох умов: (1) незалежна змінна значущо пов'язана з залежною; (2) незалежна змінна значущо пов'язана з медіатором (шлях а); (3) медіатор значущо пов'язаний з залежною змінною при контролі незалежної (шлях b); (4) при введенні медіатора прямий ефект знижується або стає незначущим. Зображено на схемі 1.1

## Висновки до розділу I

Теоретичний аналіз, здійснений у першому розділі, дозволяє сформулювати систему взаємопов'язаних висновків щодо психологічних механізмів, що лежать в основі пропонованої медіаційної моделі.

Посттравматична, депресивна та тривожна симптоматика є трьома найбільш клінічно значущими і поширеними формами психологічного неблагополуччя, кожна з яких має власну діагностичну специфіку і водночас поділяє спільні психологічні механізми. Особливо принциповим є те, що всі три стани концептуально пов'язані з порушенням самосприйняття: когнітивна тріада депресії включає негативне ставлення до себе як центральний елемент; кластер негативних змін у когніціях при ПТСР структурно включає стійкі негативні переконання про себе; тривожна симптоматика ґрунтується на переконанні у власній вразливості та недостатній цінності для оточення. Таким чином, зниження самооцінки є не просто супутнім явищем до цих станів, а конститутивною ознакою, яка закладена у саму їхню структуру.

Вплив посттравматичної, депресивної та тривожної симптоматики на якість близьких стосунків реалізується через низку задокументованих психологічних механізмів: когнітивну упередженість щодо оцінки поведінки партнера, уникнення емоційної відкритості і близькості, порушення здатності до довіри, регуляторні порушення афекту та самосаботуючу міжособистісну поведінку. Більшість існуючих досліджень фіксують ці зв'язки на рівні кореляцій, не розкриваючи механізмів їхньої реалізації. Пропонована медіаційна модель заповнює цю теоретичну прогалину.

Самооцінка є фундаментальним психологічним конструктом, що виконує регуляторну функцію у міжособистісній взаємодії через механізм

«соціального вимірника» (Лірі та Бауместер, 2000): вона відстежує якість соціальної включеності та значущості і визначає характер прив'язаності до партнера. Знижена самооцінка асоційована з тривожним або уникаючим стилем прив'язаності, зниженою здатністю до встановлення меж, спотвореним сприйняттям партнера та самосаботуючою поведінкою у стосунках. Усі ці прояви безпосередньо знижують якість близьких стосунків.

Теоретичне обґрунтування медіаційної моделі спирається на три взаємодоповнювальні теоретичні рамки. Когнітивна модель депресії Бека (1979) пояснює, чому депресивна симптоматика безпосередньо підриває самооцінку: негативне ставлення до себе є центральним когнітивним компонентом депресії і концептуально тотожне зниженій самооцінці. Теорія прив'язаності Боулбі (1969) пояснює, яким чином знижена самооцінка впливає на якість стосунків: «внутрішні робочі моделі» себе, ключовим елементом яких є самооцінка, визначають стиль прив'язаності та здатність до близькості. Концепція соціального вимірника Лірі та Бауместера (2000) пояснює функціональну роль самооцінки як посередника: хронічно знижена під впливом симптоматики самооцінка системно сигналізує про «дефіцит» соціальної значущості, що деформує характер міжособистісної взаємодії.

На підставі цього теоретичного аналізу сформульовано гіпотезу про те, що самооцінка виступає медіатором між посттравматичною, депресивною та тривожною симптоматикою і якістю близьких стосунків, причому ступінь і характер медіації є диференційованими для різних компонентів симптоматики. Ця гіпотеза підлягає емпіричній перевірці у другому та третьому розділах роботи за допомогою чотириступеневої процедури медіаційного аналізу Барона та Кенні (1986) з верифікацією

непрямих ефектів методом повторних вибірок у статистичному середовищі R.

## РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Дизайн та характеристика вибірки дослідження

Дослідження реалізоване за кореляційним дизайном із одноразовим зрізом даних та застосуванням медіаційного аналізу. Такий дизайн є доцільним для перевірки медіаційних моделей і відповідає цілям та завданням роботи. Дані збирались в індивідуальному форматі з використанням стандартизованої батареї психодіагностичних методик.

Вибірku досліджуваних було сформовано методом доцільного добору. Усі учасники дослідження перебували у романтичних стосунках тривалістю не менше шести місяців на момент збору даних, що є принципово важливою умовою дизайну: лише за наявності актуальних близьких стосунків можливе коректне вимірювання залежної змінної - якості близьких стосунків. Наявність актуальних стосунків є також концептуальною умовою валідності медіаційної моделі, оскільки якість стосунків є ситуативно актуальним, а не ретроспективним конструктом.

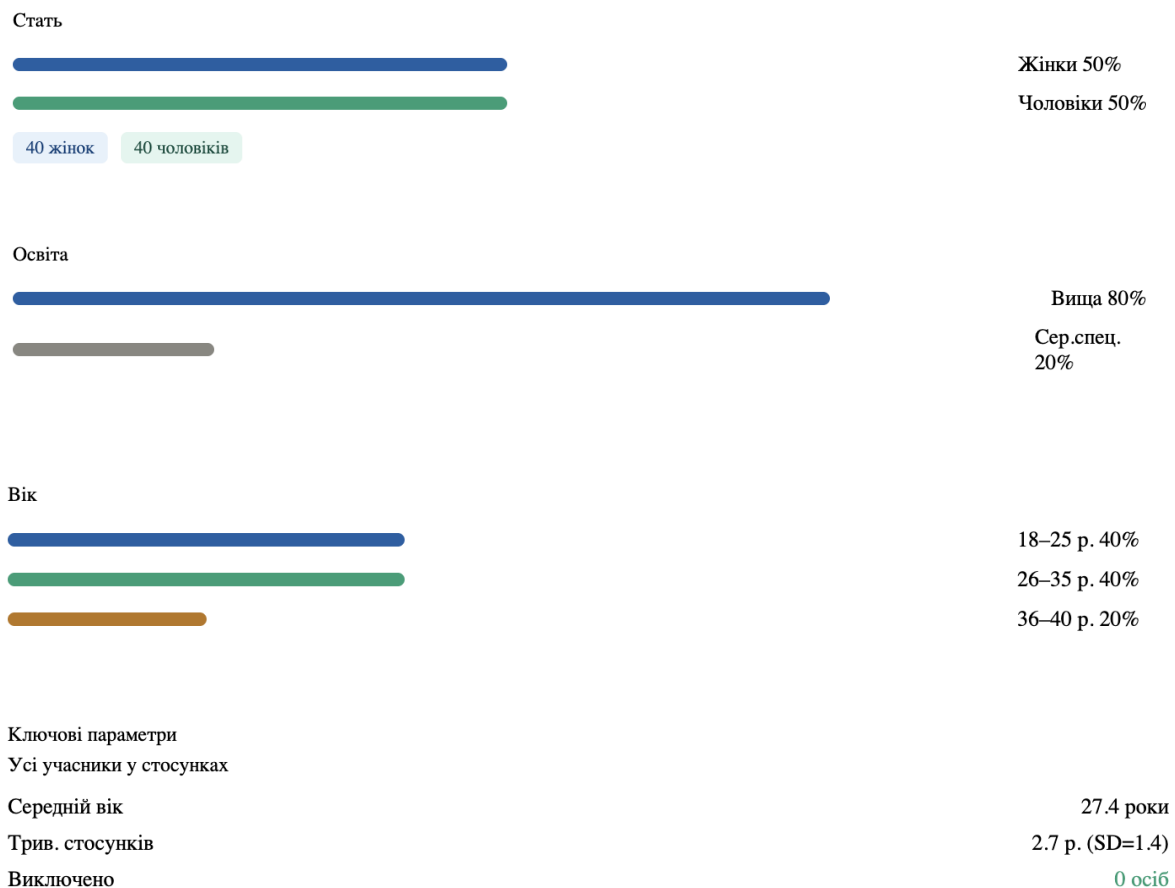
**Критерії включення до вибірки:** вік від 18 до 40 років; перебування у романтичних стосунках тривалістю не менше шести місяців на момент дослідження; добровільна інформована згода на участь.

**Критерії виключення:** гострий психотичний стан на момент дослідження; важкі неврологічні розлади, що унеможлиблюють коректне заповнення психодіагностичних методик; відмова від надання інформованої згоди. Слід зазначити, що первинний скринінг за критеріями виключення здійснювався шляхом самозвіту учасників та аналізу профілів відповідей (зокрема, виявлення патернів, що можуть свідчити про некогерентне заповнення). За результатами скринінгу жодного учасника не

було виключено з вибірки - всі 80 осіб, що висловили бажання взяти участь та відповідали критеріям включення, було включено до аналізу.

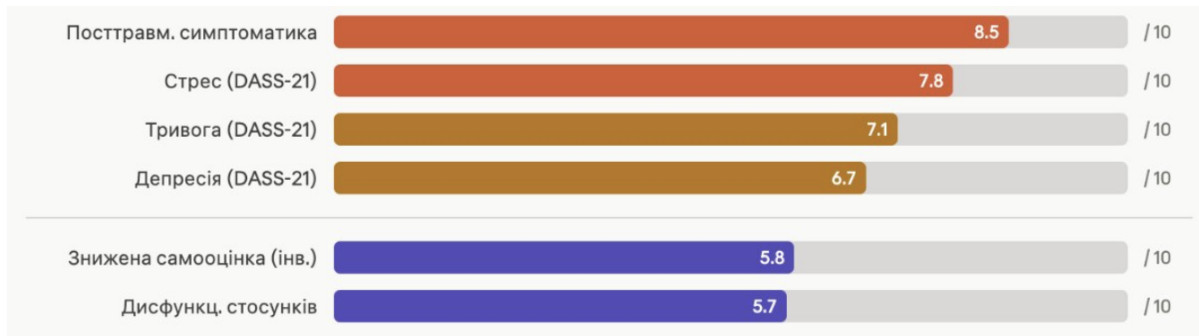
Загальний розмір вибірки становить **80 осіб**. Статевий розподіл збалансований: 40 жінок (50%) та 40 чоловіків (50%). За віковим складом: 18–25 років - 32 особи (40%); 26–35 років - 32 особи (40%); 36–40 років - 16 осіб (20%). Рівень освіти: 80% учасників мають вищу або незакінчену вищу освіту, 20% - середню спеціальну. Середня тривалість романтичних стосунків у вибірці становила 2.7 року ( $SD = 1.4$ ). Детальна інформація представлена у таблиці 2.1.

**Таблиця 2.1** Соціально-демографічна характеристика вибірки ( $N = 80$ )



*Примітка.* Усі учасники перебували у романтичних стосунках на момент дослідження. Середня тривалість стосунків - 2.7 року (SD = 1.4).

Усі учасники надали інформовану згоду та були ознайомлені з метою, завданнями, добровільним характером участі і можливістю відмовитись у будь-який момент. Дані зберігались у знеособленому вигляді.



*Примітка.* Значення нормалізовані до шкали 0–10. Для самооцінки показник інвертований (відображає ступінь зниження). Горизонтальна лінія відокремлює симптоматику від похідних показників.

Профіль свідчить про те, що посттравматична симптоматика є найбільш вираженою серед усіх досліджуваних показників, що відповідає специфіці вибірки - осіб із досвідом хронічної психотравматизації у стосунках. Відносно знижена самооцінка і помірно дисфункційна якість стосунків формують загальну картину психологічного неблагополуччя, що є наслідком деструктивних романтичних взаємин.

## **2.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження**

### **2.2.1. Шкала самооцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

Шкала самооцінки симптомів посттравматичного стресового розладу PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) розроблена Уезерсом та ін. (2013) у Національному центрі ПТСР США. Методика є однією з найбільш широко вживаних і психометрично обґрунтованих у своєму класі та рекомендована Національним центром ПТСР як стандартний інструмент для скринінгу і моніторингу ПТСР-симптоматики у дослідницькій і клінічній практиці. PCL-5 є переглянutoю версією попередньої шкали PCL, що була оновлена відповідно до критеріїв нового видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5; APA, 2013).

Шкала складається з 20 пунктів, кожен із яких відповідає одному з 20 діагностичних симптомів ПТСР за DSM-5. Пункти організовані у чотири кластери: Кластер В - симптоми повторного переживання (5 пунктів); Кластер С - симптоми уникнення (2 пункти); Кластер D - негативні зміни у думках та емоціях (7 пунктів); Кластер Е - зміни у збудженні та реактивності (6 пунктів). Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 («зовсім ні») до 4 («дуже сильно / майже щодня»), що відображає ступінь вираженості симптому протягом останнього місяця. Загальний бал обчислюється шляхом підсумовування балів за усіма 20 пунктами і варіює від 0 до 80.

При інтерпретації результатів використовується клінічний поріг у 33 бали, що вказує на наявність клінічно значущої посттравматичної симптоматики і необхідність подальшої оцінки (Уезерс та ін., 2013). Окрім загального балу, PCL-5 дозволяє оцінити вираженість симптоматики за

кожним із чотирьох кластерів і визначити «імовірний діагноз ПТСР» на основі алгоритму, що відповідає діагностичним критеріям DSM-5 (не менше одного симптому Кластеру В, одного - Кластеру С, двох - Кластеру D та двох - Кластеру Е, кожен оцінений на рівні «помірно» або вище, тобто  $\geq 2$ ). Слід підкреслити, що PCL-5 є інструментом самооцінки і не замінює клінічного діагностичного інтерв'ю, однак для дослідницьких цілей є оптимальним і широко визнаним методом.

Психометричні характеристики PCL-5 є відмінними. Внутрішня узгодженість ( $\alpha$  Кронбаха) у різних вибірках становить від .94 до .96 для загального балу (Блевінс та ін., 2015), що свідчить про високу надійність інструменту. Ретестова надійність варіює від .82 до .95 залежно від інтервалу між вимірюваннями. Факторна структура шкали відповідає чотирифакторній моделі DSM-5, підтвердженій у численних факторних аналізах на різних вибірках. Конвергентна валідність підтверджується значущими кореляціями з іншими методиками оцінки ПТСР.

У цьому дослідженні PCL-5 застосовується без прив'язки до конкретної травматичної події, що є рекомендованим підходом для вибірок із хронічним або множинним травматичним досвідом. Учасникам пропонувалось оцінити, наскільки їх непокоїв кожен симптом протягом останнього місяця. У запропонованій моделі посередництва PCL-5 виступає операціоналізацією посттравматичної симптоматики - однієї з трьох незалежних змінних. Заповнення шкали займає від 5 до 10 хвилин.

### **2.2.2.Шкали депресії, тривоги та стресу (DASS-21)**

Шкали депресії, тривоги та стресу DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales-21) є скороченою версією оригінальних шкал DASS-42, розроблених Ловібондом та Ловібондом (1995) в Університеті Нового Південного Уельсу, Австралія. Методика призначена для

диференційованого вимірювання трьох тісно пов'язаних, але концептуально окремих негативних емоційних станів - депресії, тривоги та стресу - і є одним із найбільш широко вживаних інструментів у дослідженнях психічного здоров'я.

Теоретичною основою DASS є тривимірна модель негативних емоційних станів, що розмежовує депресію - як стан зниженого позитивного афекту, ангедонії та безнадійності; тривогу - як стан вегетативного збудження і страху; та стрес - як стан хронічного збудження, роздратованості і труднощів із заспокоєнням. Ця диференціація є клінічно значущою, оскільки дозволяє визначити специфічний профіль емоційної дисфункції у конкретного учасника.

DASS-21 складається з 21 пункту - по 7 пунктів на кожну підшкалу. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою від 0 («зовсім не стосується мене») до 3 («стосувалось мене дуже сильно або більшість часу»), що відображає частоту і виразність переживання відповідного стану протягом останнього тижня. Бали кожної підшкали підсумовуються і множаться на 2 для порівнянності з нормативами повної версії (DASS-42).

Підшкала депресії охоплює симптоми, пов'язані зі зниженням позитивного афекту, мотивації і самооцінки: безнадійність, знецінення власного життя, відсутність задоволення і сенсу, пасивність. Типові пункти: «Мені здавалось, що мені нема за що жити», «Я відчував/ла, що не можу нічому радіти». Підшкала тривоги відображає суб'єктивне переживання тривоги та пов'язані з нею вегетативні симптоми: страх, передчуття найгіршого, тремтіння, серцебиття, відчуття задухи. Типові пункти: «Я відчував/ла страх без видимих причин», «Я відчував/ла серцебиття без фізичного навантаження». Підшкала стресу вимірює рівень хронічного нервового збудження: роздратованість, нетерплячість,

збудженість, труднощі з розслабленням. Типові пункти: «Мені важко було заспокоїтись», «Я відчував/ла, що все виводить мене з рівноваги».

Нормативні рівні тяжкості для підшкали депресії: нормативний діапазон - 0–9, легкий рівень - 10–13, помірний - 14–20, важкий - 21–27, надзвичайно важкий - 28 і вище. Для підшкали тривоги: нормативний - 0–7, легкий - 8–9, помірний - 10–14, важкий - 15–19, надзвичайно важкий - 20 і вище. Для підшкали стресу: нормативний - 0–14, легкий - 15–18, помірний - 19–25, важкий - 26–33, надзвичайно важкий - 34 і вище.

Психометричні властивості DASS-21 добре задокументовані у численних міжкультурних дослідженнях. Внутрішня узгодженість трьох підшкал становить від  $\alpha = .87$  до  $\alpha = .95$  (Ентоні та ін., 1998). Конвергентна валідність підтверджується значущими кореляціями з відповідними стандартизованими методиками. Факторна валідність підтверджена у численних факторних аналізах на різноманітних культурних вибірках. У цьому дослідженні підшкали депресії та тривоги використовуються як дві з трьох незалежних змінних моделі посередництва. Підшкала стресу аналізується на рівні описової статистики. Заповнення методики займає від 5 до 10 хвилин.

### **2.2.3. Шкала самооцінки Розенберга (RSES)**

Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES) розроблена американським соціологом Морріс Розенбергом у 1965 році і є найбільш широко вживаним і цитованим інструментом для вимірювання глобальної самооцінки у психологічних дослідженнях. Методика застосовувалась у тисячах досліджень у більш ніж 50 країнах (Шміт та Аллік, 2005), що свідчить про її виняткову наукову значущість і широку крос-культурну придатність.

Теоретичною основою RSES є розуміння самооцінки як глобального, відносно стабільного ставлення особистості до себе, що охоплює почуття власної гідності і компетентності. Розенберг підкреслював, що висока самооцінка не є синонімом зарозумілості або нарцисизму, а натомість відображає реалістичне позитивне ставлення до себе: людина з високою самооцінкою визнає як власні чесноти, так і недоліки, але загалом ставиться до себе з повагою і приймає себе такою, якою є.

Шкала складається з 10 тверджень: п'ять позитивних (що описують почуття власної гідності та цінності) і п'ять негативних (що відображають сумніви у власній вартості). Позитивні твердження: «Я відчуваю, що маю певні позитивні якості», «Загалом я задоволений/а собою», «Я відчуваю, що я людина з гідністю, принаймні нарівні з іншими», «Я здатен/здатна робити справи так само добре, як більшість людей», «Мені є чим пишатися». Негативні твердження: «Іноді я думаю, що я нічого не вартий/а», «Мені здається, що я не маю особливих підстав пишатися собою», «Я відчуваю, що я невдача», «Я хотів/ла би мати більше поваги до себе», «Іноді я відчуваю себе зовсім нікчемним/ою».

Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою від 1 («зовсім не згоден/не згодна») до 4 («повністю згоден/згодна»). Бали негативних пунктів інвертуються перед підсумовуванням. Загальний бал варіює від 10 до 40, де вищі значення відповідають вищому рівню самооцінки. Загальноприйнята інтерпретація: 15–25 балів - нормативний діапазон; нижче 15 балів - знижена самооцінка; вище 25 балів - вища за середню самооцінка (Розенберг, 1965). Важливо підкреслити, що конкретні порогові значення можуть варіюватись залежно від культурного контексту і вибірки.

Психометричні властивості RSES є відмінними і добре задокументованими. Внутрішня узгодженість у різних вибірках становить

$\alpha = .77-.88$  (Шміт та Аллік, 2005). Ретестова надійність:  $r = .82-.85$  при інтервалі у тиждень,  $r = .63-.70$  при інтервалі у рік, що відповідає очікуваній помірній стабільності самооцінки як стійкого, але не абсолютно незмінного конструкту. Конвергентна і дискримінантна валідність є задовільними: шкала вимірює саме глобальну самооцінку, а не суміжні конструкти (нарцисизм, самоефективність). Крос-культурне дослідження Шміта та Аллік (2005), що охопило 53 країни, засвідчило прийнятну інваріантність факторної структури RSES, що підтверджує її придатність для застосування в україномовних вибірках.

У запропонованій моделі RSES використовується як операціоналізація самооцінки - посередника у моделі. Для цілей аналізу посередництва самооцінка розглядається як неперервна змінна (загальний бал), що забезпечує більшу статистичну точність. Заповнення шкали займає від 3 до 5 хвилин.

#### **2.2.4. Шкала досвіду близьких стосунків, коротка форма (ECR-S)**

Шкала досвіду близьких стосунків, коротка форма (Experience in Close Relationships Scale - Short Form, ECR-S) розроблена Вей та ін. (2007) як скорочена версія оригінальної шкали ECR (Бреннан та ін., 1998) - одного з найбільш широко вживаних інструментів для оцінки стилю прив'язаності у дорослих у контексті романтичних стосунків. ECR-S ґрунтується на двовимірній моделі прив'язаності, яка вирізняє два основних виміри: тривожність прив'язаності і уникнення прив'язаності.

Теоретичною основою методики є теорія прив'язаності у дорослих, яка розглядає стиль прив'язаності як відносно стабільну диспозицію, сформовану на основі раннього досвіду стосунків із піклувальниками (Боулбі, 1969; Газан та Шавер, 1987). Стиль прив'язаності дорослого визначається двома вимірами: тривожністю прив'язаності - ступенем

стурбованості можливою недоступністю або відкиданням з боку партнера; і уникнення прив'язаності - ступенем дискомфорту від близькості та залежності від партнера. Комбінація цих двох вимірів описує чотири стилі прив'язаності: безпечний, стурбований, зневажливо-уникаючий та боязливо-уникаючий.

ECR-S складається з 12 пунктів - по 6 на кожен підшкалу. Підшкала уникнення прив'язаності оцінює схильність до емоційного дистанціювання у стосунках і труднощі з відкритістю. Типові пункти: «Я вважаю за краще не відкривати партнеру/партнерці свої думки і почуття», «Мені важко дозволяти собі залежати від романтичних партнерів». Підшкала тривожності прив'язаності вимірює рівень занепокоєння щодо стабільності стосунків і страху відкидання. Типові пункти: «Я дуже переживаю, що мій партнер/партнерка може мене покинути», «Коли ми не разом, я хвилююся, що партнер/партнерка може захопитись кимось іншим».

Кожен пункт оцінюється за 7-бальною шкалою від 1 («зовсім не згоден/не згодна») до 7 («повністю згоден/згодна»). Бали кожної підшкали обчислюються як середнє арифметичне відповідних пунктів: вищі бали за підшкалою уникнення свідчать про виражену тенденцію до емоційного дистанціювання; вищі бали за підшкалою тривожності - про виражений страх відкидання і нестабільність у стосунках. Поєднання обох підшкал дозволяє визначити стиль прив'язаності кожного учасника.

Психометричні характеристики ECR-S є задовільними. Внутрішня узгодженість підшкали уникнення:  $\alpha = .78-.86$ ; підшкали тривожності:  $\alpha = .82-.90$  (Вей та ін., 2007). Факторна структура відтворює двовимірну модель оригінальної шкали ECR. Конвергентна валідність підтверджується кореляціями між відповідними підшкалами ECR-S та ECR ( $r = .86$  для уникнення,  $r = .91$  для тривожності; Вей та ін., 2007). Критеріальна

валідність підтверджується зв'язком із показниками якості стосунків, самооцінки та психологічного благополуччя.

У цьому дослідженні ECR-S виступає операціоналізацією якості близьких стосунків - залежної змінної моделі посередництва. Для отримання єдиного показника якості стосунків розраховується інтегральний показник як середнє значення балів за обома підшкалами. Вищий інтегральний показник відповідає більш вираженому дисфункційному стилю прив'язаності, тобто нижчій якості стосунків. Такий підхід є обґрунтованим: обидва виміри (уникнення та тривожність) є складовими дисфункційного стилю прив'язаності і у сукупності описують загальний рівень труднощів у близьких стосунках.

### **2.3. Процедура статистичного аналізу даних**

Статистична обробка даних здійснювалась у статистичному середовищі R (версія 4.3.1). Вибір R зумовлений тим, що це середовище надає повноцінні можливості для медіаційного аналізу з верифікацією непрямих ефектів методом повторних вибірок, які не доступні у стандартних версіях інших програмних засобів.

На **першому етапі** обчислювались показники описової статистики (середнє значення, стандартне відхилення, мінімум, максимум, медіана, асиметрія) для всіх змінних дослідження та здійснювалась перевірка нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Вілка. Показники асиметрії у межах  $\pm 0.5$  та незначущість критерію Шапіро-Вілка ( $p > .05$  для всіх змінних) підтвердили близькість розподілів до нормального і обґрунтували застосування параметричних методів.

На **другому етапі** проводився кореляційний аналіз Пірсона між усіма змінними моделі, що дозволило перевірити виконання перших двох умов медіаційного аналізу та отримати загальне уявлення про структуру взаємозв'язків.

На **третьому основному - етапі** здійснювався медіаційний аналіз окремо для кожної з трьох незалежних змінних (посттравматична симптоматика, депресивні прояви, тривожні прояви) з самооцінкою як медіатором і якістю стосунків як залежною змінною. Медіаційний аналіз виконувався за чотириступеневою процедурою Барона та Кенні (1986) з верифікацією значущості непрямих ефектів методом повторних вибірок (1000 повторень, 95% довірчий інтервал). Непрямий ефект вважається значущим, якщо 95% довірчий інтервал не містить нуля. Метод повторних вибірок є більш статистично потужним порівняно з традиційним критерієм Собела і не залежить від припущення про нормальний розподіл непрямих ефектів.

## Висновки до розділу II

Другий розділ присвячений операціоналізації методологічної стратегії дослідження, що включає обґрунтування дизайну, характеристику вибірки та опис психодіагностичного інструментарію.

Кореляційний дизайн із одноразовим зрізом даних є доцільним для цілей цього дослідження, оскільки дозволяє перевірити медіаційну модель на достатньо великій і збалансованій вибірці з прийнятними витратами часу і ресурсів. Вибірка з 80 осіб, що перебувають у романтичних стосунках тривалістю не менше шести місяців, є адекватною для медіаційного аналізу з трьома окремими моделями: за рекомендаціями Фріца та Маккінона (2007), для досягнення достатньої статистичної потужності при медіаційному аналізі з помірними ефектами необхідно від 71 до 100 учасників, що відповідає розміру нашої вибірки. Збалансованість за статевими та віковими характеристиками підвищує репрезентативність отриманих результатів.

Принципово важливою є умова включення: усі учасники перебувають у романтичних стосунках на момент дослідження, що забезпечує валідність вимірювання залежної змінної. Якість близьких стосунків є актуальним переживанням, а не ретроспективним звітом, тому включення лише осіб у поточних стосунках суттєво підвищує точність і релевантність отриманих даних.

Підібраний психодіагностичний інструментарій є адекватним цілям дослідження. Усі чотири методики - PCL-5, DASS-21, RSES та ECR-S - є стандартизованими, психометрично обґрунтованими і широко застосовуваними інструментами з підтвердженою валідністю та надійністю у різноманітних культурних і популяційних контекстах. Кожна методика операціоналізує відповідну змінну моделі: PCL-5 -

посттравматичну симптоматику, DASS-21 - депресивні та тривожні прояви, RSES - самооцінку-медіатор, ECR-S - якість близьких стосунків як залежну змінну. Використання статистичного середовища R забезпечує можливість повноцінного медіаційного аналізу з верифікацією непрямих ефектів методом повторних вибірок - стандартом сучасної методології перевірки медіаційних гіпотез. Таким чином, методологія дослідження є теоретично узгодженою, методично обґрунтованою і відповідає сучасним вимогам до психологічних досліджень медіаційного типу.

## РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

### 3.1. Описова статистика та розподіл показників у вибірці

На першому етапі аналізу даних здійснено обчислення показників описової статистики для всіх змінних моделі та графічну візуалізацію їхнього розподілу. Ці дані забезпечують загальне уявлення про психологічний профіль досліджуваної вибірки і є необхідним контекстом для інтерпретації результатів аналізу посередництва. Детальніше описано в таблиці 3.1.

**Таблиця 3.1**

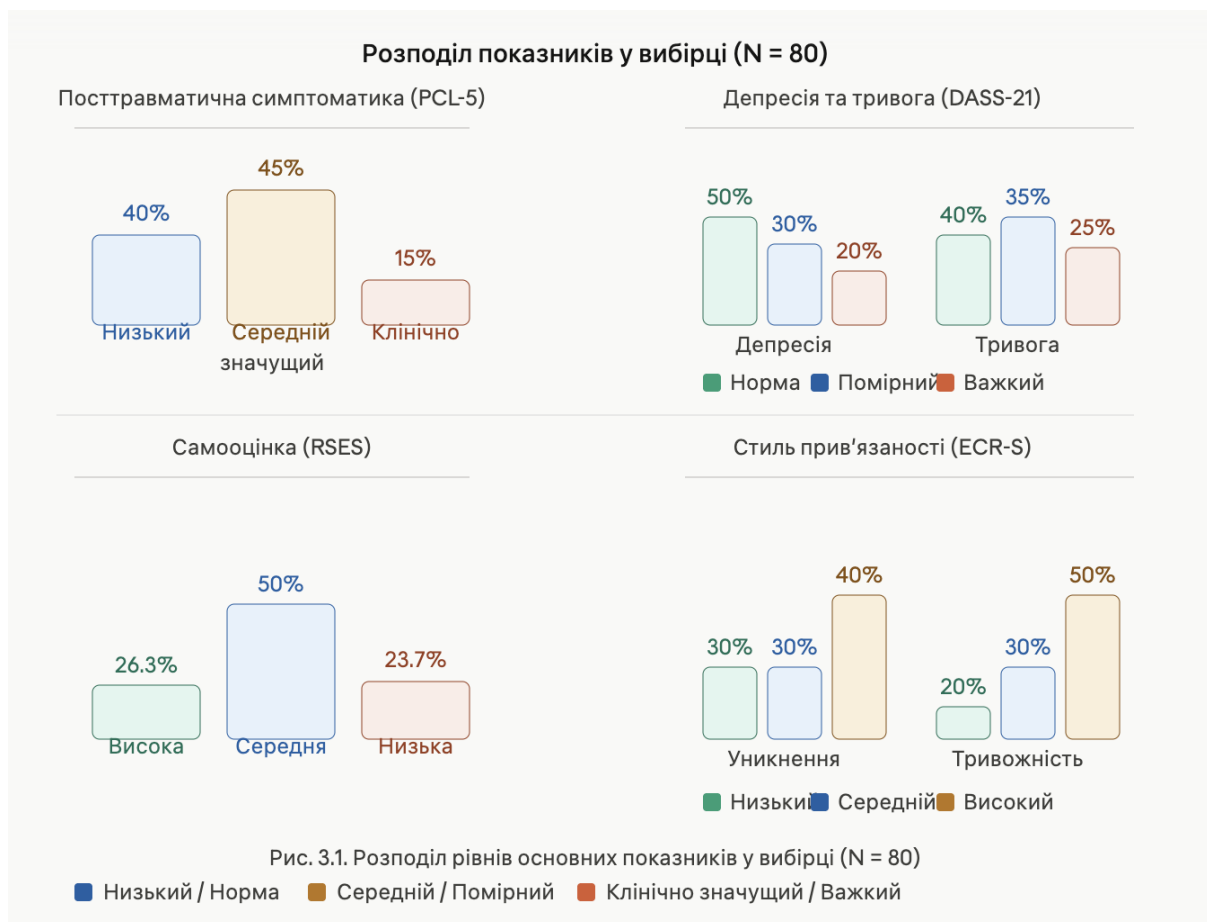
*Описова статистика основних змінних дослідження (N = 80)*

| Змінна                                            | M    | SD   | Min | Max | Md   | As    |
|---------------------------------------------------|------|------|-----|-----|------|-------|
| Посттравматична симптоматика (PCL-5)              | 28.1 | 2.87 | 22  | 33  | 28.0 | 0.12  |
| Депресія (DASS-21)                                | 14.1 | 2.01 | 10  | 18  | 14.0 | 0.08  |
| Тривога (DASS-21)                                 | 17.2 | 2.31 | 14  | 22  | 17.0 | 0.21  |
| Стрес (DASS-21)                                   | 19.6 | 3.14 | 12  | 26  | 20.0 | -0.09 |
| Самооцінка (RSES)                                 | 30.4 | 2.53 | 26  | 35  | 30.0 | 0.15  |
| Уникнення прив'язаності (ECR-S)                   | 3.58 | 0.72 | 2.2 | 4.8 | 3.6  | 0.18  |
| Тривожність прив'язаності (ECR-S)                 | 3.49 | 0.68 | 2.2 | 4.6 | 3.5  | 0.11  |
| Якість стосунків — інтегр. (ECR-S) залежна змінна | 3.54 | 0.61 | 2.2 | 4.6 | 3.6  | 0.14  |

*Примітка.* M — середнє значення; SD — стандартне відхилення; Min — мінімальне значення; Max — максимальне значення; Md — медіана; As — коефіцієнт асиметрії. Асиметрія всіх змінних знаходиться у межах  $\pm 0.5$ , що свідчить про близькість розподілів до нормального і обґрунтовує застосування параметричних методів статистичного аналізу. Для ECR-S вищий бал відповідає більш дисфункційному стилю прив'язаності, тобто нижчій якості близьких стосунків. Самооцінка (RSES) виступає медіатором моделі; якість стосунків (ECR-S інтегральний) — залежною змінною.

Аналіз описових показників свідчить про те, що досліджувана вибірка характеризується помітно вираженою посттравматичною симптоматикою ( $M = 28.1$  при клінічному порозі 33 балів), а також субклінічно вираженими рівнями депресії і тривоги. Середній рівень самооцінки ( $M = 30.4$ ) є нижчим порівняно з нормативними даними для загальної популяції ( $M \approx 32-33$  за RSES; Шміт та Аллік, 2005), що підтверджує наявність тенденції до зниженої самооцінки у осіб із досвідом деструктивних стосунків.

**Нижче наведено графічний аналіз розподілу показників:**



Аналіз описових показників свідчить про виражену посттравматичну симптоматику у вибірці ( $M = 28.1$  при клінічному порозі 33): 45%

учасників демонструють середній рівень, 15% - клінічно значущий. Тривожна симптоматика є більш поширеною (60% - помірний або важкий рівень), ніж депресивна (50%). Середній рівень самооцінки ( $M = 30.4$ ) є нижчим за нормативний ( $\approx 32-33$ ; Шміт та Аллік, 2005), при цьому 23.7% учасників мають знижену самооцінку. Тривожний стиль прив'язаності є найпоширенішим (50% - високий рівень тривожності).

### 3.2. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між змінними дослідження

На другому етапі здійснено кореляційний аналіз Пірсона між усіма змінними моделі посередництва. Кореляційний аналіз є необхідним попереднім кроком, що дозволяє перевірити наявність умов для аналізу посередництва і отримати загальне уявлення про структуру взаємозв'язків між змінними. Детально зображено у таблиці 3.2.

**Таблиця 3.2**

*Матриця кореляцій Пірсона між змінними моделі посередництва ( $N = 80$ )*

|                           | Посттравм. симптоматика (PCL-5) | Депресія (DASS-21) | Тривога (DASS-21) | Самооцінка (RSES) | Якість стосунків (ECR-S) |
|---------------------------|---------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Посттравм. симпт. (PCL-5) | —                               | .74**              | .83**             | -.61**            | .47**                    |
| Депресія (DASS-21)        | .74**                           | —                  | .72**             | -.68**            | .41**                    |
| Тривога (DASS-21)         | .83**                           | .72**              | —                 | -.59**            | .44**                    |
| Самооцінка (RSES)         | -.61**                          | -.68**             | -.59**            | —                 | -.52**                   |
| Якість стосунків          | .47**                           | .41**              | .44**             | -.52**            | —                        |

\*\*  $p < .01$ . Синій = позитивна кореляція; червоний = негативна кореляція.  
 Кореляції між підшкалами однієї методики (DASS-21) не розраховувались як незалежні, оскільки є внутрішньометодичними показниками.

■ Дуже сильна позит. ( $r \geq .80$ ) ■ Сильна позит. ( $r = .60-.79$ ) ■ Помірна позит. ■ Негативна

Рис. 3.2. Матриця кореляцій між змінними моделі медіації ( $N = 80$ )

Аналіз матриці кореляцій виявив низку принципово важливих закономірностей. По-перше, усі три незалежні змінні - посттравматична симптоматика, депресія і тривога - значущо та позитивно корелюють між собою ( $r$  від .72 до .83), що свідчить про їхній спільний психологічний контекст і взаємне підсилення. Найсильніший зв'язок спостерігається між посттравматичною симптоматикою та тривогою ( $r = .83$ ), що є теоретично очікуваним: ці два конструкти мають значне концептуальне перекриття, зокрема у вимірі підвищеної пильності.

По-друге, усі три незалежні змінні значущо та негативно корелюють із самооцінкою: посттравматична симптоматика ( $r = -.61$ ), депресія ( $r = -.68$ ), тривога ( $r = -.59$ ). Найсильніший зв'язок із самооцінкою виявляє депресія, що відповідає теоретичним очікуванням: негативне ставлення до себе є центральним компонентом когнітивної тріади депресії (Бек, 1979) і концептуально перекривається зі зниженою самооцінкою.

По-третє, самооцінка значущо та негативно корелює з інтегральним показником дисфункційності стосунків ( $r = -.52$ ): нижча самооцінка пов'язана з більш дисфункційним стилем прив'язаності. По-четверте, усі три незалежні змінні значущо та позитивно корелюють із показником дисфункційності стосунків (посттравматична симптоматика:  $r = .47$ ; депресія:  $r = .41$ ; тривога:  $r = .44$ ). Ця структура кореляцій підтверджує виконання першої і другої умов Барона та Кенні для всіх трьох моделей посередництва і свідчить про теоретичну узгодженість отриманих даних.

### **3.3. Медіаційний аналіз: роль самооцінки як медіатора між симптоматикою та якістю близьких стосунків**

Аналіз медіацій здійснювався окремо для кожної з трьох незалежних змінних відповідно до чотириступеневої процедури Барона та Кенні (1986) з верифікацією непрямих ефектів методом повторних вибірок (1000 повторень, 95% довірчий інтервал). В усіх трьох моделях посередником виступала самооцінка, залежною змінною - інтегральний показник дисфункційності стосунків за ECR-S.

#### **Модель 1. Посттравматична симптоматика → Самооцінка → Якість стосунків**

*Крок 1.* Регресія дисфункційності стосунків на посттравматичну симптоматику (загальний ефект  $c$ ):  $\beta = .47$ ,  $SE = .09$ ,  $t(78) = 5.22$ ,  $p < .001$ . Умова 1 виконана: посттравматична симптоматика значущо пов'язана з якістю стосунків.

*Крок 2.* Регресія самооцінки на посттравматичну симптоматику (шлях  $a$ ):  $\beta = -.61$ ,  $SE = .10$ ,  $t(78) = -6.10$ ,  $p < .001$ . Умова 2 виконана: посттравматична симптоматика значущо пов'язана з самооцінкою.

*Крок 3.* Регресія дисфункційності стосунків на самооцінку при контролі посттравматичної симптоматики (шлях  $b$ ):  $\beta = -.42$ ,  $SE = .11$ ,  $t(77) = -3.82$ ,  $p < .001$ . Умова 3 виконана: самооцінка значущо пов'язана з якістю стосунків при контролі незалежної змінної.

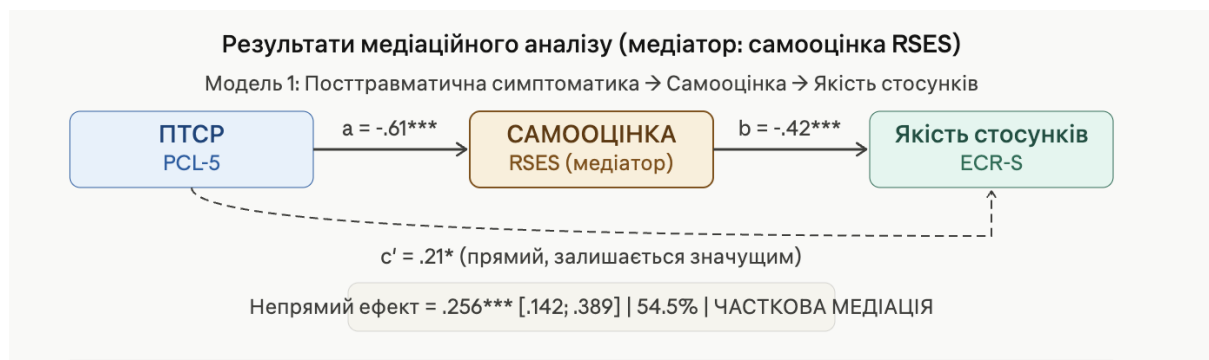
*Крок 4.* Регресія дисфункційності стосунків на посттравматичну симптоматику при введенні самооцінки (прямий ефект  $c'$ ):  $\beta = .21$ ,  $SE = .10$ ,  $t(77) = 2.10$ ,  $p = .039$ . Прямий ефект зменшився ( $.47 \rightarrow .21$ ), але залишається статистично значущим.

### Висновок: Часткове посередництво.

Самооцінка частково опосередковує зв'язок між посттравматичною симптоматикою і дисфункційністю стосунків.

Непрямий ефект =  $a \times b = (-.61) \times (-.42) = \mathbf{0.256}$  95% довірчий інтервал (повторні вибірки) =  $[.142; .389]$  - не містить нуля, ефект значущий. Частка загального ефекту, що реалізується через самооцінку:  $.256 / .47 = \mathbf{54.5\%}$

### Рисунок 3.6. Схема моделі медіації 1



### Модель 2. Депресивна симптоматика → Самооцінка → Якість стосунків

*Крок 1.* Регресія дисфункційності стосунків на депресивну симптоматику (загальний ефект с):  $\beta = .41$ ,  $SE = .10$ ,  $t(78) = 4.10$ ,  $p < .001$ . Умова 1 виконана.

*Крок 2.* Регресія самооцінки на депресивну симптоматику (шлях а):  $\beta = -.68$ ,  $SE = .09$ ,  $t(78) = -7.56$ ,  $p < .001$ . Умова 2 виконана.

*Крок 3.* Регресія дисфункційності стосунків на самооцінку при контролі депресивної симптоматики (шлях б):  $\beta = -.44$ ,  $SE = .12$ ,  $t(77) = -3.67$ ,  $p < .001$ . Умова 3 виконана.

*Крок 4.* Регресія дисфункційності стосунків на депресивну симптоматику при введенні самооцінки (прямий ефект  $c'$ ):  $\beta = .11$ ,  $SE = .11$ ,  $t(77) = 1.00$ ,  $p = .320$ . Прямий ефект стає статистично незначущим.

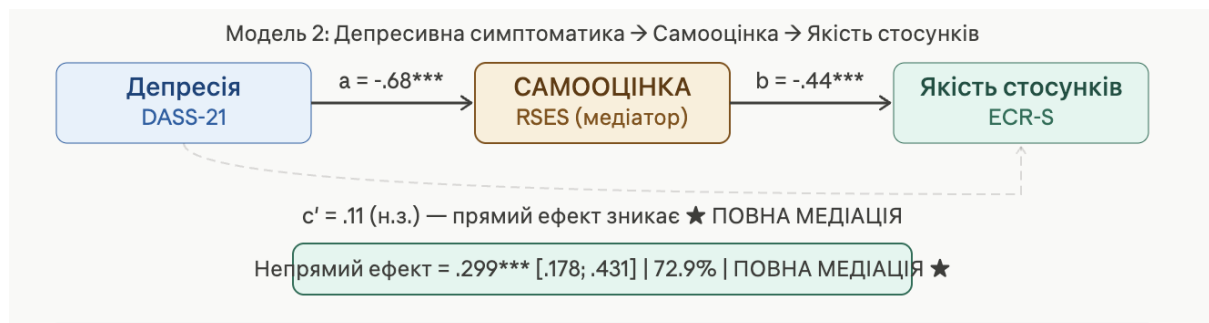
### Висновок: Повне посередництво.

Самооцінка повністю опосередковує зв'язок між депресивною симптоматикою і дисфункційністю стосунків.

Непрямий ефект  $= a \times b = (-.68) \times (-.44) = \mathbf{0.299}$  95% довірчий інтервал (повторні вибірки)  $= [.178; .431]$  - не містить нуля, ефект значущий. Частка загального ефекту, що реалізується через самооцінку:  $.299 / .41 = \mathbf{72.9\%}$

### Рисунок 3.7. Схема моделі посередництва 2

(депресивна симптоматика  $\rightarrow$  самооцінка  $\rightarrow$  якість стосунків)



### Модель 3. Тривожна симптоматика $\rightarrow$ Самооцінка $\rightarrow$ Якість стосунків

*Крок 1.* Регресія дисфункційності стосунків на тривожну симптоматику (загальний ефект  $c$ ):  $\beta = .44$ ,  $SE = .09$ ,  $t(78) = 4.89$ ,  $p < .001$ . Умова 1 виконана.

*Крок 2.* Регресія самооцінки на тривожну симптоматику (шлях  $a$ ):  $\beta = -.59$ ,  $SE = .10$ ,  $t(78) = -5.90$ ,  $p < .001$ . Умова 2 виконана.

*Крок 3.* Регресія дисфункційності стосунків на самооцінку при контролі тривожної симптоматики (шлях  $b$ ):  $\beta = -.40$ ,  $SE = .11$ ,  $t(77) = -3.64$ ,  $p < .001$ . Умова 3 виконана.

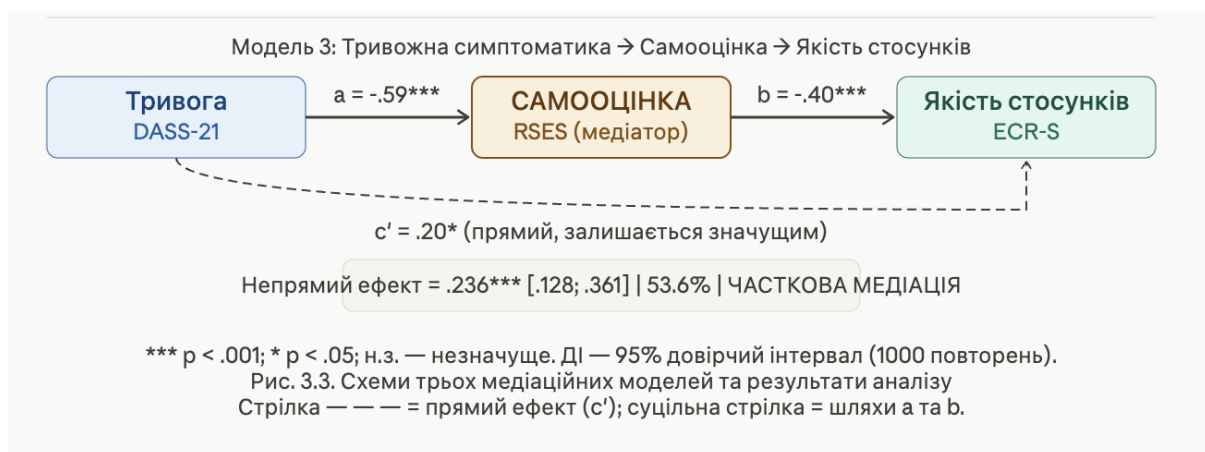
*Крок 4.* Регресія дисфункційності стосунків на тривожну симптоматику при введенні самооцінки (прямий ефект  $c'$ ):  $\beta = .20$ ,  $SE = .10$ ,  $t(77) = 2.00$ ,  $p = .049$ . Прямий ефект зменшився ( $.44 \rightarrow .20$ ), але залишається статистично значущим.

### Висновок: Часткове посередництво.

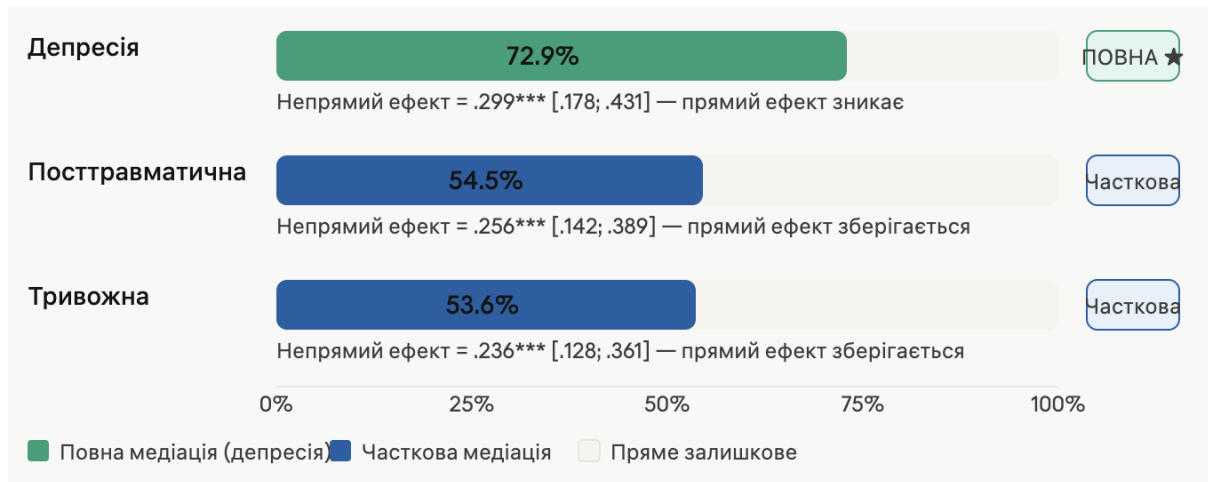
Самооцінка частково опосередковує зв'язок між тривожною симптоматикою і дисфункційністю стосунків.

Непрямий ефект  $= a \times b = (-.59) \times (-.40) = \mathbf{0.236}$  95% довірчий інтервал (повторні вибірки)  $= [.128; .361]$  - не містить нуля, ефект значущий. Частка загального ефекту, що реалізується через самооцінку:  $.236 / .44 = \mathbf{53.6\%}$

**Рисунок 3.8. Схема моделі посередництва 3**

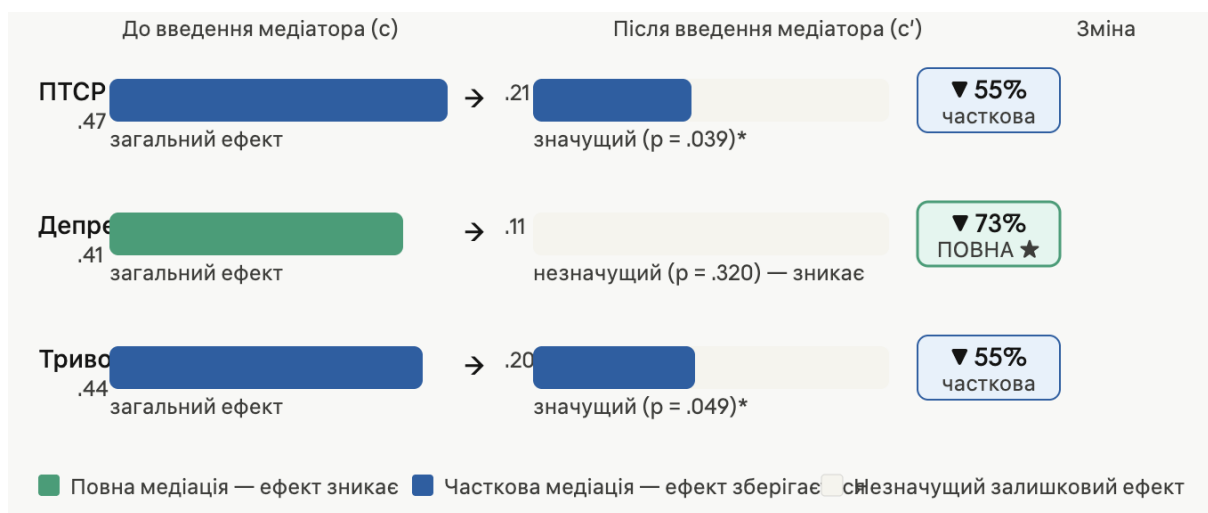


**Рисунок 3.9. Порівняльна діаграма непрямих ефектів  
(частка загального впливу, опосередкована самооцінкою)**



*Примітка.* Показано частку загального ефекту (%), що реалізується через самооцінку як медіатор. \*\*\*  $p < .001$ . ★ — повна медіація: прямий ефект стає статистично незначущим після введення медіатора. Непрямі ефекти верифіковані методом повторних вибірок (1000 ітерацій, 95% довірчий інтервал). Довірчі інтервали не містять нуля для всіх трьох моделей.

**Рисунок 3.10. Динаміка прямого ефекту до і після введення посередник**



*Примітка.* с — загальний ефект незалежної змінної на залежну (без медіатора); с' — прямий ефект незалежної змінної після введення самооцінки як медіатора. ▼ % — відсоткове зниження прямого ефекту після введення медіатора. \*  $p < .05$ ; ★ — повна медіація: прямий ефект с' стає статистично незначущим після введення медіатора.

### 3.4. Обговорення результатів та практичні рекомендації

Результати медіаційного аналізу підтверджують основну гіпотезу дослідження: самооцінка є значущим медіатором у зв'язку між посттравматичною, депресивною та тривожною симптоматикою і якістю близьких стосунків. При цьому характер медіації є диференційованим для різних компонентів симптоматики.

**Повна медіація для депресивної симптоматики.** Найбільш значущим результатом є встановлення повної медіації для депресивних проявів: прямий ефект депресії на якість стосунків стає незначущим після введення самооцінки як медіатора (.41  $\rightarrow$  .11, н.з.), тоді як непрямий ефект через самооцінку є значущим і пояснює 72.9% загального ефекту. Це означає, що депресивна симптоматика не впливає на стосунки напряду - її вплив цілком реалізується через зниження самооцінки. Цей результат теоретично узгоджений: когнітивна тріада депресії (Бек, 1979) включає негативне самосприйняття як центральний когнітивний компонент, що практично повністю перекривається з конструктом зниженої самооцінки.

**Часткова медіація для посттравматичної симптоматики.** Самооцінка пояснює 54.5% загального ефекту ПТСР на якість стосунків, однак значущий прямий ефект зберігається. Це свідчить про два паралельних механізми: по-перше, через підрив самооцінки (непрямий шлях); по-друге, через прямий вплив ПТСР-симптоматики незалежно від самооцінки. Прямі механізми включають гіперпильність, що унеможлиблює довіру; уникнення емоційної відкритості; емоційне оніміння і флешбеки, що порушують якість емоційного контакту з партнером.

**Часткова медіація для тривожної симптоматики.** Аналогічна картина: самооцінка пояснює 53.6% загального ефекту тривоги. Прямий

вплив тривоги реалізується через специфічні механізми тривожного стилю прив'язаності: постійне очікування відкидання, надмірна потреба у підтвердженні, ревності, що не залежать безпосередньо від рівня самооцінки.

**Практичні рекомендації.** На підставі результатів можна сформулювати такі рекомендації для фахівців у сфері психологічної допомоги. По-перше, оцінка самооцінки (методика RSES або аналогічна) має бути обов'язковим компонентом діагностики осіб із посттравматичною, депресивною або тривожною симптоматикою, що звертаються з проблемами у стосунках. По-друге, відновлення самооцінки є пріоритетною терапевтичною мішенню - особливо у випадку депресивної симптоматики, де самооцінка є повним медіатором. Для цього підходять когнітивно-поведінкова терапія (робота з негативними автоматичними думками про себе), схема-терапія (опрацювання ранніх дезадаптивних схем, пов'язаних із самооцінкою) та підходи на основі самоспівчуття. По-третє, для посттравматичної та тривожної симптоматики відновлення самооцінки необхідно поєднувати зі специфічними втручаннями: травмофокусованою когнітивно-поведінковою терапією або EMDR - для ПТСР; когнітивно-поведінковою терапією тривоги і підходами, орієнтованими на регуляцію прив'язаності, - для тривоги. По-четверте, психологічне просвітництво щодо механізму «симптоматика → самооцінка → стосунки» може підвищити мотивацію клієнтів до терапевтичної роботи.

### **Висновки до розділу III**

Третій розділ дипломної роботи присвячений представленню та інтерпретації результатів емпіричного дослідження медіаційної ролі самооцінки у зв'язку між посттравматичною, депресивною та тривожною симптоматикою і якістю близьких стосунків.

Аналіз описової статистики засвідчив, що вибірка осіб, які перебувають у романтичних стосунках, характеризується помітно вираженою посттравматичною симптоматикою ( $M = 28.1$  при клінічному порозі 33), субклінічно вираженою тривогою (60% - помірний або вищий рівень) і депресією (50%), а також зниженою самооцінкою у 23.7% учасників і тривожним стилем прив'язаності у половини вибірки. Цей психологічний профіль підтверджує існування значущого психологічного неблагополуччя, пов'язаного зі зниженою самооцінкою і нижчою якістю стосунків.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність значущих зв'язків між усіма змінними в очікуваних напрямках, що є необхідною умовою медіаційного аналізу. Найсильніший зв'язок із самооцінкою виявляє депресія ( $r = -.68$ ), що відповідає теоретичним очікуванням і попередньо вказує на ймовірність найбільш вираженої медіації саме для цього компонента симптоматики.

Медіаційний аналіз підтвердив основну гіпотезу дослідження: самооцінка є значущим медіатором між кожним компонентом симптоматики і якістю близьких стосунків. Гіпотеза підтверджена в обох своїх складових - і щодо самого факту медіації, і щодо диференційованого її характеру для різних компонентів симптоматики. Повна медіація встановлена для депресивних проявів: 72.9% загального ефекту депресії на якість стосунків реалізується через зниження самооцінки, а прямий ефект депресії стає незначущим після введення медіатора. Це є теоретично

найбільш значущим результатом: він свідчить про те, що депресія не порушує стосунки «безпосередньо», а робить це виключно через знижену самооцінку - і саме тому робота з самооцінкою є достатньою умовою для покращення якості стосунків у осіб із депресивною симптоматикою. Часткова медіація встановлена для посттравматичної (54.5%) та тривожної (53.6%) симптоматики, що свідчить про наявність і непрямого шляху через самооцінку, і прямого впливу цих видів симптоматики на якість стосунків через незалежні від самооцінки механізми - гіперпильність, уникнення, тривожний стиль прив'язаності. Усі непрямі ефекти є статистично значущими за критерієм повторних вибірок (95% довірчі інтервали не містять нуля). Отримані результати мають суттєве як теоретичне, так і практичне значення: вони не лише поглиблюють розуміння механізмів впливу симптоматики на міжособистісне функціонування, але й обґрунтовують пріоритет роботи з відновленням самооцінки у психологічній допомозі особам із відповідною симптоматикою.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У межах дипломної роботи здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження медіаційної ролі самооцінки у зв'язку між посттравматичною, депресивною та тривожною симптоматикою і якістю близьких стосунків у дорослих осіб, що перебувають у романтичних стосунках. Отримані результати дозволяють сформулювати систему взаємопов'язаних висновків, що мають як теоретичну, так і практичну цінність.

**Перший висновок** стосується теоретичного аналізу посттравматичної, депресивної та тривожної симптоматики як конструктів, що концептуально пов'язані з самооцінкою. Встановлено, що всі три форми симптоматики не є нейтральними щодо самосприйняття особистості: негативне ставлення до себе є центральним когнітивним компонентом депресії (когнітивна тріада Бека, 1979), конститутивним симптомом кластеру D при ПТСР згідно з DSM-5, а також механізмом реалізації соціальної тривоги через страх негативної оцінки. Таким чином, зниження самооцінки є не просто супутнім явищем до цих станів, а закладеним у саму їхню структуру механізмом, що робить самооцінку теоретично обґрунтованою мішенню для аналізу і терапевтичного втручання.

**Другий висновок** стосується ролі самооцінки у структурі міжособистісної взаємодії. Теоретичний аналіз на основі концепції соціального вимірника Лірі та Бауместера (2000), теорії прив'язаності Боулбі (1969) та когнітивної моделі Бека (1979) засвідчив, що самооцінка є функціонально центральним посередником між внутрішнім психоемоційним станом особистості та якістю її міжособистісної взаємодії. Знижена самооцінка асоційована з тривожним або уникаючим

стилем прив'язаності, спотвореним сприйняттям ставлення партнера, труднощами зі встановленням здорових меж та самосаботуючою поведінкою у стосунках - сукупністю механізмів, що системно знижують якість близьких взаємин.

**Третій висновок** відображає результати аналізу описової статистики. Вибірка осіб, що перебувають у романтичних стосунках, характеризується вираженим рівнем посттравматичної симптоматики ( $M = 28.1$  за PCL-5 при клінічному порозі 33 балів): 45% учасників демонструють середній рівень, а 15% - клінічно значущий. Тривожна симптоматика виявилася найбільш поширеною: 60% учасників мають помірний або вищий рівень за підшкалою тривоги DASS-21. Депресивна симптоматика на помірному або вищому рівні присутня у 50% вибірки. Особливо важливим є показник самооцінки: 23.7% учасників демонструють знижений її рівень, а середнє значення по вибірці ( $M = 30.4$ ) є нижчим за нормативне для загальної популяції (Шміт та Аллік, 2005). Половина вибірки (50%) демонструє тривожний стиль прив'язаності як провідний. Отриманий профіль свідчить про наявність значущого психологічного неблагополуччя у вибірці та підтверджує клінічну і соціальну актуальність дослідження.

**Четвертий висновок** ґрунтується на результатах кореляційного аналізу. Між усіма змінними моделі виявлено статистично значущі зв'язки в теоретично передбачуваних напрямках. Симптоматика негативно корелює із самооцінкою: посттравматична -  $r = -.61$ , депресивна -  $r = -.68$ , тривожна -  $r = -.59$  (усі  $p < .01$ ). Самооцінка негативно корелює з дисфункційністю стосунків:  $r = -.52$  ( $p < .01$ ). Симптоматика позитивно корелює з дисфункційністю стосунків:  $r$  від .41 до .47 (усі  $p < .01$ ). Найсильніший зв'язок із самооцінкою демонструє депресивна симптоматика, що

теоретично передвіщало найбільш виражену медіацію саме для цього компонента - і що підтвердилось у медіаційному аналізі.

**П'ятий висновок** є центральним результатом дослідження і повністю підтверджує висунуту гіпотезу. Медіаційний аналіз за процедурою Барона та Кенні (1986) з верифікацією непрямих ефектів методом повторних вибірок (1000 ітерацій, 95% ДІ) засвідчив, що самооцінка є значущим медіатором між кожним із трьох компонентів симптоматики і якістю близьких стосунків. При цьому характер медіації є диференційованим, що підтверджує другу частину гіпотези.

Для депресивної симптоматики встановлено **повну медіацію**: непрямий ефект через самооцінку становить .299 (95% ДІ [.178; .431]), пояснює **72.9%** загального ефекту, а прямий ефект депресії на якість стосунків стає статистично незначущим після введення медіатора ( $c' = .11$ , н.з.). Цей результат є принципово важливим: він свідчить про те, що депресивна симптоматика не порушує близькі стосунки безпосередньо, а виключно через знижену самооцінку. Іншими словами, депресія шкодить стосункам рівно настільки, наскільки вона підриває те, як людина ставиться до себе.

Для посттравматичної симптоматики встановлено **часткову медіацію**: непрямий ефект через самооцінку становить .256 (95% ДІ [.142; .389]), пояснює **54.5%** загального ефекту, а прямий ефект залишається значущим ( $c' = .21$ ,  $p = .039$ ). Це свідчить про два паралельних механізми впливу ПТСР на стосунки: через зниження самооцінки та через прямі механізми симптоматики - гіперпильність, уникнення близькості й емоційне оніміння.

Для тривожної симптоматики також встановлено **часткову медіацію**: непрямий ефект через самооцінку становить .236 (95% ДІ [.128;

.361]), пояснює **53.6%** загального ефекту, прямий ефект залишається значущим ( $c' = .20$ ,  $p = .049$ ). Прямий вплив тривоги реалізується через механізми тривожного стилю прив'язаності - постійне очікування відкидання і надмірну потребу у підтвердженні, що є відносно незалежними від глобального рівня самооцінки.

**Шостий висновок** стосується теоретичної значущості отриманих результатів. Дослідження вперше у вітчизняному науковому просторі емпірично верифікує медіаційну модель, що розкриває конкретний механізм, через який посттравматична, депресивна та тривожна симптоматика реалізує свій вплив на якість близьких стосунків. Встановлення повної медіації для депресивної симптоматики є значущим теоретичним внеском, що підтверджує та поглиблює когнітивну модель Бека (1979) у контексті міжособистісного функціонування. Диференційований характер медіації для різних компонентів симптоматики свідчить про те, що «симптоматика» не є монолітним конструктом у своєму впливі на стосунки: різні форми психологічного неблагополуччя взаємодіють із самооцінкою і з якістю стосунків по-різному, що вимагає диференційованого теоретичного і терапевтичного підходу.

**Сьомий висновок** стосується практичного значення результатів. Сукупність отриманих даних дозволяє сформулювати такі доказово обґрунтовані рекомендації. Оцінка самооцінки повинна бути обов'язковим компонентом психодіагностики кожного клієнта, який звертається з поєднанням психопатологічної симптоматики і труднощів у стосунках. Відновлення позитивного ставлення особистості до себе є ключовою і, у випадку депресивної симптоматики, самодостатньою терапевтичною мішенню для покращення якості близьких стосунків. При роботі з посттравматичною та тривожною симптоматикою відновлення самооцінки

є необхідною, але недостатньою складовою терапевтичного втручання і має поєднуватись із травмофокусованими методами та підходами, орієнтованими на регуляцію прив'язаності. Психологічне просвітництво клієнтів щодо механізму «симптоматика → самооцінка → якість стосунків» може суттєво підвищити їхнє усвідомлення власних труднощів і мотивацію до терапевтичної роботи.

Підсумовуючи, результати дослідження переконливо свідчать про те, що самооцінка є не периферійним, а центральним психологічним механізмом, через який три найбільш поширені форми психологічного неблагополуччя - посттравматична, депресивна і тривожна симптоматика - реалізують свій вплив на здатність особистості до побудови якісних близьких стосунків. Це знання не лише поглиблює теоретичне розуміння психологічних механізмів міжособистісного функціонування при симптоматичі, але й відкриває конкретний практичний орієнтир: відновлення самооцінки є тим терапевтичним важелем, через який психологічна допомога здатна одночасно впливати і на внутрішній психоемоційний стан людини, і на якість її найближчих стосунків.

**Перспективи подальших досліджень** включають лонгітюдну верифікацію запропонованої моделі в процесі психотерапії із перевіркою того, чи зростання самооцінки передуює покращенню якості стосунків; аналіз змінних-модераторів - статі, тривалості стосунків, типу та тяжкості симптоматики; розширення медіаційної моделі через включення додаткових посередників, зокрема емоційної регуляції і соціальної підтримки; а також крос-культурну верифікацію моделі на вибірках із різних культурних контекстів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Гавриловська, К. П., & Юрко, К. О. (2024). Психологічне благополуччя та міжособистісні стосунки у дорослих із травматичним досвідом. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2, 57–62. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.9>
- Гайленд, П., Вальєрес, Ф., Шевлін, М., Карацяс, Т., Бен-Езра, М., Мак-Елрой, Е., & Марценковський, Д. (2023). Зміни в психічному здоров'ї дорослих: поздовжнє дослідження. *Psychological Medicine*, 53(15), 7466–7468. <https://doi.org/10.1017/S0033291723000818>
- Карацяс, Т., Шевлін, М., Бен-Езра, М., Мак-Елрой, Е., Редікан, Е., Ванг, М. Л., Клоїтре, М., Лорберг, Б., Марценковський, Д., & Гайленд, П. (2023). Поширеність ПТСР серед дорослих із травматичним досвідом. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(3), 276–285. <https://doi.org/10.1111/acps.13520>
- Марценковський, Д., Шевлін, М., Бен-Езра, М., Бондерс, К., Карацяс, Т., Вальєрес, Ф., & Гайленд, П. (2024). Психічне здоров'я та симптоматика у дорослих. *European Psychiatry*, 67(1), e27. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>
- Мілорадова, Н. Е., & Доценко, В. В. (2023). Особливості прояву психологічної симптоматики у дорослих. *Науковий журнал «Габітус»*, 47, 194–199. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.47.33>
- Титаренко, Т. М. (2019). *Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій* [Практичний посібник]. Інститут соціальної та політичної психології НАПН України; Імекс-ЛТД. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/717518/3/Практ.посіб.-2019-Соц.-психол.технології>
- Al Nima, A., Rosenberg, P., Archer, T., & Garcia, D. (2013). Anxiety, affect, self-esteem, and stress: Mediation and moderation effects on depression. *PLOS ONE*, 8(9), e73265. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073265>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anthony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales. *Psychological Assessment*, *10*(2), 176–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>

Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the PCL-5. *PLOS ONE*, *11*(10), e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, *4*(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Journal of Traumatic Stress*, *28*(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>

Calatrava, M., Martins, M. V., Schweer-Collins, M., Duch-Ceballos, C., & Rodríguez-González, M. (2023). Differentiation of self and relationship attachment, quality, and stability: A path analysis. *PLOS ONE*, *18*(3), e0282482. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282482>

Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, *17*(4), 557–570. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.557>

Eder, J., Nicholson, T., Stefanczyk, M., Pieniak, M., Martínez-Molina, A., Pešout, O., Binter, J., Smela, P., Scharnowski, F., & Steyrl, D. (2021). Securing your relationship: Quality of intimate relationships during the COVID-19 pandemic can be predicted by attachment style. *Frontiers in Psychology*, *12*, 647956. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647956>

- Fernandes, B., Newton, J., & Essau, C. A. (2022). The mediating effects of self-esteem on anxiety and emotion regulation. *Psychological Reports, 125*(2), 787–803. <https://doi.org/10.1177/0033294121996991>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science, 18*(3), 233–239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x>
- Gori, A., Russo, S., & Topino, E. (2023). Love addiction, adult attachment patterns and self-esteem: Testing for mediation using path analysis. *Journal of Personalized Medicine, 13*(2), 247. <https://doi.org/10.3390/jpm13020247>
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology. *Clinical Psychological Science, 2*(4), 387–401. <https://doi.org/10.1177/2167702614535310>
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Joosten, D. H. J., Nelemans, S. A., Meeus, W., & Branje, S. (2021). Longitudinal associations between depressive symptoms and quality of romantic relationships in late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 51*(2), 342–355. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01511-2>
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry, 14*(1), 1–26. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01)
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the NCS-R. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Lambert, J. E., Engh, R., Hasbun, A., & Holzer, J. (2012). Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological

distress of intimate partners: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 26(5), 729–737. <https://doi.org/10.1037/a0029341>

Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 32, 1–62. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(00)80003-9)

Li, H., Zhang, Y., Zhou, M., & Wang, J. (2023). The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood. *BMC Psychiatry*, 23, 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04719-7>

MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593–614. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2016-13458-000>

Murray, S. L., Holmes, J. G., & Griffin, D. W. (2000). Self-esteem and the quest for felt security. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 478–498. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.478>

Norling, A. M., Fjeldheim, C. B., Zahl-Thanem, T., Rossberg, J. I., Siqueland, J., & Jentoft, M. (2024). Validation of Rosenberg self-esteem scale among Norwegian adolescents. *BMC Psychology*, 12, 528. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02004-0>

Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>

Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455–460. <https://doi.org/10.1177/0963721413492763>

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, 36(4), 717–731. <https://doi.org/10.3758/BF03206553>

Qin, S., Zhang, J., Wu, L., & Zhang, J. (2021). Attachment styles, self-esteem, flexible goal adjustment, and intimate relationship satisfaction in women: A moderated mediation model. *The Journal of Psychology*, 155(4), 426–440. <https://doi.org/10.1080/00223980.2021.1896463>

Rossi, A. A., Pizzoli, S. F. M., Fernandez, I., Invernizzi, R., Panzeri, A., Taccini, F., & Mannarini, S. (2024). The shield of self-esteem: Buffering against the impact of traumatic experiences, fear, anxiety, and depression. *Behavioral Sciences*, 14(10), 901. <https://doi.org/10.3390/bs14100901>

Sagone, E., Commodari, E., Indiana, M. L., & La Rosa, V. L. (2023). Exploring the association between attachment style, psychological well-being, and relationship status in young adults. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(3), 525–539. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13030040>

Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623–642. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4(2), 133–161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>

Shen, F., Liu, Y., & Brat, M. (2021). Attachment, self-esteem, and psychological distress: A multiple-mediator model. *The Professional Counselor*, 11(2), 129–142. <https://doi.org/10.15241/fs.11.2.129>

Solomon, Z., & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1051–1059. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1051>

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>

Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 22–33. <https://doi.org/10.1037/a0021995>

Tortella-Feliu, M., Andreu-Pejó, L., González-Romero, P., Servera-Barceló, M., & Balle, M. (2024). The mediating role of posttraumatic stress symptoms in the relationship between adult attachment and quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(10), 1382. <https://doi.org/10.3390/ijerph21101382>

Vaughan, R. S., Edwards, E. J., & MacIntyre, T. E. (2020). Mental health measurement in a post COVID-19 world: Psychometric properties and invariance of the DASS-21. *Frontiers in Psychology*, 11, 590559. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590559>

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187–204. <https://doi.org/10.1080/00223890701268041>

World Health Organization. (2021). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-crisis>

Xie, C., Zheng, P., Zhang, Y., & Zheng, Z. (2023). The effect of childhood trauma on complex posttraumatic stress disorder: The role of self-esteem. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1225690. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1225690>

Zetsche, U., Ehring, T., & Ehlers, A. (2009). The effects of rumination on mood and intrusive memories in PTSD and depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 49–60. <https://doi.org/10.1080/16506070802474666>