Форма № 7

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет психології та соціальної роботи
(повне найменування факультету)

Кафедра практичної та клінічної психології
(повна назва кафедри)

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

«Взаємозв'язок рівня психологічного здоров'я та особистісних характеристик у людей у важкій життєвій ситуації»
(тема кваліфікаційної роботи українською мовою)
«The relationship between the level of psychological health and personal characteristics of people in a difficult life situation»
(тема кваліфікаційної роботи англійською мовою)

Виконав(ла): здобувач(ка) денної/**заочної** форми навчання
спеціальності ___053 Психологія___
(код, назва спеціальності)
Освітня програма _____
(назва)
Кіпаренко Костянтин Сергійович _____
(прізвище, ім'я, по-батькові здобувача)

Керівник к.психол.н., доцент Смокова Л.С. _____
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали) (підпис)
Рецензент к.психол.н., доц. каф. соц. роботи Варнава У.В.
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
_____
№ ___ від ____.____. 2024___ р.

Завідувач(ка) кафедри
_____ ПСЯДЛО Едуард
(підпис) (прізвище, ім'я)

Захищено на засіданні ЕК № _____
протокол № __від ____.____.2024_ р.

Оцінка_____/_____/_____
(за національною шкалою/шкалою ECTS/ бали)
Голова ЕК
_____ _____
(підпис) (прізвище, ім'я)

Одеса 2024

ЗМІСТ **СТОР**

ВСТУП..... 4
РОЗДІЛ 1. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ЛЮДЕЙ В ВАЖКИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ..... 7
1.1 Поняття психічного здоров’я..... 7
1.2. Поняття особистості 13
1.3. Поняття важкої життєвої ситуації та кризи..... 20
Висновки до першого розділу..... 24
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ..... 26
2.1 Інформація про вибірку дослідження 26
2.2 Методи та процедура дослідження 28
2.3 Методи математико-статистичної обробки даних..... 36
Висновки до другого розділу……...37
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.... 40
3.1 Результати емпіричного дослідження..... 40
3.1.1 Особливості важких життєвих ситуацій, які переживають люди, що входять у вибірку. 40
3.1.2 Характеристика психічного здоров'я людей, які перебувають у важких життєвих ситуаціях 41
3.1.3 Порівняльний аналіз рефлексії людей, які перебувають у важких життєвих ситуаціях 46
3.1.4 Сенсожиттєві орієнтації людей, що у важких життєвих ситуаціях..... 50
3.1.5 Життєстійкість людей, які перебувають у важких життєвих ситуаціях……54
3.1.6 Дослідження ставлення обстежуваних до значимих понять за допомогою кольорового тесту відносин..... 57
3.1.7 Вивчення взаємозв'язку досліджуваних показників 58
3.2 Обговорення результатів дослідження 63

Висновки до третього розділу..... 65
ВИСНОВКИ 67

ВСТУП

В сучасних умовах все частіше і частіше постає питання про те, як працювати з людьми, які опинилися в ситуації життєвої кризи та важких життєвих ситуаціях. Це важливо розуміти, оскільки саме неконструктивне проживання психологічної кризи має найважчі віддалені наслідки особистості людини.

Проблеми психічного здоров'я не є новими, проте сучасний стан суспільства посилив потребу у вивченні впливу воєнного стану на психічне здоров'я особистості. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожен четвертий українець має ризик розвитку психічного розладу, пов'язаного з війною, що робить охорону психічного здоров'я життєво важливою. Психологічно здорова людина - це людина, яка почуває себе гармонійно та має певний резерв сил до подолання складнощів і достатній рівень продуктивності в повсякденному житті.

Вона має наснагу розвиватися та допомагати іншим це. Попри труднощі життєвого шляху, має сили до адаптації та гнучкості сприйняття. Гармонія і баланс - одні з найважливіших критеріїв психологічного здорової людини. Але ми маємо пам’ятати, що гармонія з зовнішнім світом та життям починається з гармонії зі самим собою. Коли ми здатні чути власні потреби та бажання, а також шукати та знаходити шляхи їх вирішення.

На порушення психологічного здоров'я впливають зовнішні причини до яких відносять негативні впливи інших людей, напруження стосунків із соціумом. До другої групи факторів відносять внутрішні причини - це вплив певних порушень психіки на процеси, які нормально розвиваються, це нестабільний емоційний фон, який може впливати негативно на пізнавальну сферу.

Дослідженню психічного здоров'я осіб юнацького віку приділяли увагу зарубіжні вчені T. Wyatt, S. Oswalt, P. Pedrelli, M. Nayyar та A. Yon, а також вітчизняні науковці Ю. Борець, Л. Карамушка, А. Коломієць, І. Мартиненко,

Н. Самойлова, Р. Сірко, О. Стахова, Л. П’янківська, О. Яцина. Проте проблематика, що стосується впливу воєнного стану на психічне здоров’я особистості, розроблена недостатньо.

Оскільки зараз акцент при розгляді психологічних проблем зміщується з лікування хвороби на роботу з пацієнтом, важливо працювати не лише з самою психологічною проблемою, а й з ресурсами, які є у людини, яка опинилася у критичній ситуації. Важливо, що такі характеристики особистості, як рівень суб'єктивного контролю, життєстійкість і сенсожиттєві орієнтації розглядаються як ресурси особистості рамках гуманістичного підходу.

Необхідно **дослідити комплексно для досягнення** найкращого **результату**:

a. Психологічне функціонування людей, які перебувають у скрутній життєвій ситуації.

b. Рівень психічного здоров'я, життєві орієнтації, локус контролю, життєстійкість особистості.

c. Дослідити взаємозв'язок рівня психічного здоров'я та особистісних характеристик у людей важких життєвих ситуаціях.

Задачі:

1. Вивчення характеристик психічного здоров'я людей, що у важкої життєвої ситуації залежно від гендера, типу ситуації та ставлення до неї.

2. Вивчення типів рефлексії людей, що у важкої життєвої ситуації залежно від гендерної приналежності, типу ситуації та ставлення до неї.

3. Вивчення сенсожиттєвих орієнтацій людей, що у важкої життєвої ситуації залежно від гендера, типу ситуації та ставлення до неї.

4. Вивчення життєстійкості людей, що у важкій життєвої ситуації залежно від гендера, типу ситуації та ставлення до неї.

5. Вивчення взаємозв'язку досліджуваних ознак у двох групах людей, які переживають труднощі у сімейних відносинах і що у ситуації військового навчання.

6. Вивчення ставлення респондентів до значних понять за допомогою колірного тесту відносин.

7. Аналіз результатів дослідження. Висновки.

Методики:

1. Кольоровий тест відносин.

2. Тест життєвих орієнтацій.

3. Тест життєстійкості.

4. Методика «Диференціальний тип рефлексії».

5. Симптоматичний опитувальник SCL-90-R.

РОЗДІЛ 1.
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ОСОБИСТІСТЬ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ЛЮДЕЙ У ВАЖКИХ ЖИТТЯНИХ СИТУАЦІЯХ

1.1. Поняття психічного здоров'я

На даний момент уявлення про значення психічного здоров'я в загальній структурі здоров'я людини вже нікому не здаються нонсенсом, хоча ще 30-40 років тому подібний погляд на цю проблему в нашій країні міг вважатися лженаучним. У той самий час у пострадянських країнах подібному підходу до проблеми психічного здоров'я теж знадобилося чимало років у тому, щоб завоювати гідне місце у науковому середовищі психологів-дослідників і психологів-практиків (Никифоров Г.Н., 2002).

Щоб розпочати розгляду поняття психічного здоров'я у межах цієї роботи, необхідно дати раду тому, чому проблема психічного здоров'я така важлива сучасного суспільства загалом і клінічної психології зокрема. По-перше, сучасні уявлення про психічні захворювання включають поняття патоморфозу психічних захворювань (Вассерман Л.І., Щелкова О.Ю., 2004), а, іменне, процес зміни особливостей перебігу психічних захворювань - тобто, клінічна картина психічних захворювань кардинально змінилася проти того, як вони описувалися засновниками психіатрії та клінічними психологами. А це означає, що наші уявлення про психічне здоров'я та психічні захворювання неповні, що змушує нас уточнювати відомі закономірності та шукати нові.

По-друге, дослідження останніх років, а також великі дослідження минулого показали, наскільки психічне та соматичне здоров'я перебувають у нерозривному зв'язку, а це означає, що прислів'я про те, що «у здоровому тілі - здоровий дух», може бути перефразовано в - "зі здоровим духом здорове і тіло" без значної втрати сенсу та наукової обґрунтованості. По-третє, оскільки ми працюємо у руслі клінічної психології, саме психічне здоров'я

може бути основною мішенню наших професійних впливів та метою нашого наукового інтересу, а тому нам варто звернути на цю тему особливу увагу.

Звернемося до історії питання. Очевидно, що положення питання про психічне здоров'я в загальних проблемах здоров'я значно змінилося за весь час існування людства, проте саме знання про етапи розвитку цих уявлень дозволять нам отримати більш повну картину об'єкта нашого дослідження. В цілому, різні уявлення про психічне здоров'я та його значення для особистості та людини загалом можна віднести вже до античності.

Відповідно до В.А. Якуніна ще Геракліт, припускаючи в основі всього сущого вогонь, говорить про те, що люди в різних психічних станах мають різні психічні властивості. Вже олександрійські лікарі, наскільки це було можливо при рівні розвитку медицини та хірургії, проводили різні експерименти на засуджених, вивчаючи вплив роботи мозку на психічні переживання. Крім того, «…вже Гіппократ, а слідом за ним Гален, вказували не лише на те, як психічні стани впливають на здоров'я, а здоров'я - на психіку, а й те, як авторитетна постать лікаря впливає на процес одужання. Крім того, інші філософи, такі як Епікур та його послідовники, з одного боку, та стоїки, з іншого, вивчали питання людського щастя та способи його розуміння» (Якунін В.А., 1998).

У середні віки, незважаючи на зовнішні ознаки стагнації, наука, в тому числі і займається вивченням взаємозв'язку тілесного та духовного, продовжувала розвиватися серед монастирів та алхімічних лабораторій. Однак усі найбільш помітні відкриття у цій галузі належали мусульманським філософам (Авіценна, Аверроес), як у галузі медицини та розвитку поглядів на природу зв'язку між тілесним та духовним, так і в приватних питаннях людської анатомії та фізіології (дослідження зору) (Ждан А.Н.., 1990).

Епоха Відродження відкрила нові горизонти перед дослідниками, що виявилося у відродженні культури античності, а й у специфічних нових відкриттях. По-перше, Відродження дозволило по-новому поглянути на людину та її місце у світі, що виявилося, з одного боку, у звеличенні людини,

а, з іншого, у усвідомленні фундаментальних обмежень людської природи. Так вже «…наприкінці Відродження Френсіс Бекон створив вчення про 4 ідоли - фундаментальні обмеження людського пізнання, пов'язані з людською природою в цілому (привиди роду), особливостями окремої людини (привиди печери), обмеженням слів, якими ми користуємося для опису дійсності (привиди ринку), та авторитетами, перед якими ми схиляємось (привиди театру)…» (Марцинковська Т.Д., 2009).

Крім того, вже біля витоків Нового Часу Рене Декарт висуває теорію, згідно з якою існує дві субстанції - протяжна та мисляча, які перетинаються в людині та взаємодіють через шишкоподібну залозу. Крім теорій про взаємодію фізичного та психічного, «…існували також теорії про безроздільне панування психічного, або, як мінімум, про незалежність двох субстанцій. До першої групи теорій тут можна віднести позицію, поділювану єпископом Берклі та Девідом Юмом, на основі яких виникла асоціативна психологія, у той час як до другої - теорію встановленої гармонії, створену Мальбраншем і розвинену в рамках робіт Готфріда Лейбніца» (Ждан А.М.).

Серед концепцій, що вплинули так чи інакше на уявлення про психічне здоров'я, варто також відзначити «…вчення про тваринний магнітизм, створене Францом Антоном Месмером у XVIII столітті. Відповідно до цієї теорії, всі живі істоти містять у собі флюїд, потоки якого контролюють здоров'я. За допомогою магнітів, та й за допомогою свого власного флюїду, можна керувати потоками, що дозволяє зцілювати. Такий, по-своєму, наївний погляд на здоров'я, та спосіб правління їм, незважаючи на свою ексцентричність, що відзначається ще сучасниками, став основою сучасної психотерапії, зокрема, гіпнотерапії та психоаналізу» (Буль П.І., 2015).

Звертаючись вже до XIX століття не можна забувати про фундаментальні роботи Густава Теодора Фехнера, який у рамках відкритого ним закону, що одержав пізніше назву закону Вебера-Фехнера, виявив стійкий взаємозв'язок між силою фізичного впливу і відчуття (Марцінковська Т.Д., 2009). Дослідження істерії та гіпнозу в рамках лікарні Сальпетрієр під

керівництвом Жана-Мартена Шарко та виникнення психоаналізу завдяки дослідженням Йозефа Брейєра та Зігмунда Фрейда дозволили збагатити наші знання у питанні про те, як психічне здоров'я відображається у соматичних симптомах. Найбільш яскравим прикладом такого впливу є «…істеричний невроз або конверсія, при якому психологічний конфлікт може виражатися у формі соматичної недуги, наприклад, паралічу, який не матиме у своїй основі органічного ураження головного мозку» (Ждан А.М., 1990).

В рамках розвитку психоаналізу Фрейд висунув ідею про те, що в людині поєднується прагнення до життя і смерті, що призводить до того, що вирішується в той чи інший ступінь виходу з даного конфлікту. «Подальші розробки учнів Фрейда, таких як А. Адлер і К. Юнг представили людину, її життя та хвороби, швидше, як винятковий вплив його індивідуальної історії та розвитку людства в цілому» (Карвасарський Б.Д., 2002).

XX століття в цьому відношенні стало золотим століттям психосоматики, адже саме в цей період відбулися зміни в психології та медицині, які стали основою сучасної психосоматики. По-перше, це психосоматична концепція Франца Александера, який розробив вчення про два типи адаптації - алопластичну (людина прагне змінити ситуацію) та аутопластична (людина прагне змінити себе). М. Фрідмен та Р. Роусеімен розробили концепцію типів поведінки, в рамках яких пов'язали поведінку людини та її схильність до різних захворювань. Так було «…виділено тип поведінки А - активне поведінка, у якому людина працює на знос, що призводить до серцево-судинних захворювань, і навіть тип поведінки Б - у якому людина веде розмірене життя і схильний до цієї патології. Подальші розробки призвели до виділення типу поведінки С - при якому людина схильна до стримування та приховування своїх емоцій, що призводить до виникнення онкологічних захворювань» (Вассерман Л.І., Абабков В.А.).

Крім того, середина XX століття подарувала нам вчення про стрес Г.Сельє, який запропонував розглядати стрес як універсальну реакцію організму на надмірні подразники. Завдяки такому розгляду стрес перестав

розглядатися як виключно негативне явище і став розглядатися з позиції адаптації, чому сприяло виділення двох категорій стресу - дистресу - адаптивної реакції, що виникає внаслідок надмірно інтенсивних негативних впливів, та еустресу як реакції на надмірно сильний позитивний вплив. І хоча з часом емпіричні дані поставили під сумніви виключно психосоматичну інтерпретацію поглядів Сельє - наприклад, «…як причини виникнення виразкової хвороби шлунка були виявлені бактерії helicobacter pylori, чия аномальна активність провокує виникнення ерозії та виразок - його ідея про безмовність. основою сучасної психосоматики» (Карвасарський Б.Д., 2011). На підставі ідей Г.Сельє Р.Лазарус «…розробив концепцію копінгу як різних стратегій подолання стресу за допомогою різних усвідомлених методів. Ці стратегії формуються в процесі життя людини, можуть бути ефективними або неефективними та включатися до різних класифікацій. Свідоме застосування копінгів робить їх відмінними від відкритих З. та А. Фрейда психологічних захистів, які використовуються незалежно від свідомого бажання людини» (Трифонова Є.А. 2010).

Крім цього, психосоматичні ідеї зустрічаються в рамках неофрейдизму, а також гуманістичної психології. Питання людського сенсу життя, його здібності до переживання емоцій, до набуття себе, сформульовані, задоволення своїх потреб Е.Фромом, В.Франклом та К.Роджерсом показали, наскільки людське життя, його здоров'я та благополуччя визначається благополуччям його психічного світу. Найбільше це можна було спостерігати в рамках транзактного аналізу Е.Берна, який «…пов'язав життєві сценарії людей, почерпнуті з казок, легенд і міфів, зі своїм здоров'ям, захворюваннями, терміном життя та способом смерті» (Берн Е.).

У рамках сучасних концепцій здоров'я стрімко набирають популярності варіації біопсихосоціального підходу. В рамках цього підходу психічне здоров'я, психічні причини та психічні симптоми розглядаються як складові багаторівневої картини здоров'я, що включає як психічні, так і соматичні компоненти на біологічному, психологічному і соціальному

рівнях. «…Такий підхід дає змогу врахувати всі необхідні компоненти людського здоров'я, а також різноманітність зв'язків між цими компонентами. Одним із прикладів такої концепції може бути салютогенитична концепція А.Антоновські» (Осин Є.М., 2007).

Водночас у радянській країні існував свій підхід до психічного здоров'я та психосоматики. Основоположником такого підходу був В.М. Бехтерєв, який одним з перших висунув тезу про комплексність феномена здоров'я та необхідність урахування максимальної кількості факторів, що впливають на здоров'я. Цю ідею продовжив розвивати О.Ф. Лазурський - творець радянської характерології, який розділив психічне на ендо та екзопсихіку, відповідно, її біологічний та соціальний рівень. Подальші дослідження у цій галузі пов'язуються з іменами Б.Г. Ананьєва та В.М. М'ясищева. Перший, який став засновником першої психологічної школи, зробив найбільш докладну і повну розгортку рівнів розгляду людини, розділивши поняття індивіда, особистості, індивідуальності та суб'єкта діяльності, закріпивши досягнення попередників, а другий розробив теорію відносин, що стала основою для вітчизняної психотерапії та, надалі, психосоматики (Ждан А.М.).

Таким чином, ми можемо побачити, як із окремих джерел, що виникли і розвивалися в ході історії людства, були сформовані сучасні уявлення про психосоматичній медицині та психічному здоров'ї людини. І якщо раніше психічне здоров'я розглядалося або виключно самостійно, або взагалі виходило за межі розгляду дослідників, то тепер питання взаємовплив психічної та соматичної сфери на здоров'я як цілісна якість людини, що вивчається як у рамках соматичної медицини, так і психосоматики, а також психології, що дозволяє, своєю чергою, найповніше відобразити те різноманіття взаємодій окремих чинників здоров'я, і виділити ті, які можуть стати мішенню, зокрема, терапевтичного впливу із боку психотерапевта.

Розуміння цих чинників дозволяє інакше розробляти заходи на людське здоров'я, що здійснюється різними фахівцями які займаються цією

проблемою, зокрема і психологами, а детальне вивчення питань загального здоров'я психологом може підвищити його ефективність як фахівця у своїй професійній галузі.

1.2. Поняття особистості

Крім поняття здоров'я у межах роботи важливо розібратися із сучасними уявленнями про особистість людини. Очевидно, що особистість людини - дуже складне та багатогранне поняття, і в рамках кожного з існуючих підходів у психології (психодинамічного, когнітивно-поведінкового та екзистенційно-гуманістичного) існує своє уявлення про те, що вважати особистістю, як стати особистістю та як працювати з особистістю.

Для початку розглянемо основні параметри, які можна виявити у процесі вивчення тієї чи іншої особистісної теорії. Х'єлл і Зіглер «…висунули такі параметри: уявлення про структуру особистості, мотивація, розвиток особистості, психопатологія, психічне здоров'я та зміна особистості за допомогою терапевтичного впливу. Тобто розглядаються не лише основні аспекти теорії особистості, але також її фундаментальне значення та практичне застосування» (Х'єлл Л., Зіглер Д.).

У межах цієї роботи, нас цікавлять, насамперед, як основні ідеї, а й питання у тому, як конкретне уявлення особистості пов'язані з психічним здоров'ям і з оцінкою здатності особистості справлятися з важкими життєвими (кризовими) ситуаціями. Чому психологія особистості така важлива в рамках даної роботи? По-перше, тому що поняття особистості є системотворчим по відношенню до інших понять психології і дозволяє охопити велику кількість питань пов'язаних із психічним здоров'ям та цілісним функціонуванням людини як носія психіки.

Крім того, «…оскільки кожне уявлення про особистість супроводжується відповіддю на питання про норму та патологію, такий огляд

допоможе краще зрозуміти, як ми можемо відповісти на це питання в ключі нашого конкретного дослідженн»я (Карвасарскій Б.Д., 2011).

Звернемося до історії розвитку теорій особистості, по черзі розглянувши питання про теорії особистості в рамках психодинамічного, когнітивно-поведінкового та екзистенційно-гуманістичного підходу, торкнувшись теорії особистості, які були сформульовані в рамках радянської психології.

Для початку ми зупинимося на психодинамічному підході, оскільки в рамках академічної психології історично цей підхід виник найперше. «Загальна характеристика цього підходу полягає в тому, що в рамках цього підходу особистість розглядається як результуюча несвідомих чи соціальних, зовнішніх стосовно особистості сил, які спрямовують її активність» (Х'єлл Л., Зіглер Д., 2006).

Першим представником цього підходу є згаданий нами засновник психоаналізу З. Фрейд. «В рамках концепції Фрейда особистість - его є лише однією з трьох складових психіки - ід, его і суперего, яка керується принципом реальності і намагається знайти рівновагу між вимогами принципу задоволення та вимогами з боку вимогливого соціального початку. Щоб уберегти его від невідповідних прийнятим у суспільстві правилам потягів, використовуються різноманітні захисні механізми, серед яких витіснення невідповідних потягів межі свідомості веде менш успішної адаптації, ніж реалізація цих потягів у роботі чи творчості (сублімація). Причому одним з основних потягів у рамках класичного психоаналізу виступав сексуальний інстинкт» (Карвасарський Б.Д., 2002). Вже у перших учнів Фрейда такі теорії роботи психічної діяльності здавалися неприйнятними через те, що несвідомому, яке прагне до задоволення сексуального інстинкту, відводилася головна роль психіці. З цієї причини були запропоновані альтернативні ідеї, в рамках яких несвідомому або відводилася менша роль, або пропонувалося інше завдання (Карвасарський Б.Д., 2002).

У рамках робіт К. Юнга – «особистість - персона - є лише одним із архетипів несвідомого, тією соціальною маскою, якою свідомість користується, щоб здаватися прийнятним соціальному середовищу. При цьому основні рушійні особистістю сили виявляються несвідомо пов'язаними з усім досвідом людства як виду, що може знову ж таки вказувати на те, що особистість у рамках цієї теорії ще не займає ключового значення - навіть у разі патології працювати треба з архетипами та несвідомим» (Х'єлл Л., Зіглер Д., 2006;).

Інший найближчий учень Фрейда - А.Адлер запропонував у основі функціонування особистості прагнення перевагу як із способів закладеного під час розвитку людини комплексу неповноцінності. Такий підхід ще більше пов'язував особистість із соціальними процесами і вкотре вказував на її підвладність закладеним у дитинстві прагненням (Карвасарський Б.Д., 2002).

Подальші розвиток психодинамічного підходу до особистості пов'язані з роботами неофрейдистов, які вже беззастережно розглядали особистість як частину психіки, має соціальну природу і функцію. І якщо Е.Фромм розглядав особистість з позицій її свободи та способів подолання неї (тобто свобода для особистості є своєрідною кризою, вихід з якої визначає її спрямованість), то в роботах К.Хорні вже прямо говориться про те, що в залежності від того, як людина ставиться до інших людей, вона поводитиметься або у напрямку до них, або проти них, або від них (Марцинковська Т.Д., 2009; Хорні К., 2013).

Найбільш фундаментальною серед неофрейдистських концепцій, з погляду, є концепція психосоціального розвитку особистості Е.Еріксона. Відповідно до його підходу, кожна особистість за свій життєвий шлях має пройти кілька періодів, за підсумками кожного з яких вона може знайти певну его силу або піти шляхом неправильного розвитку, що прирікає її на невпевненість у собі, стагнацію, відчай та інші життєві труднощі. Така концепція передбачала лише один продуктивний варіант життєвого шляху, тоді як інші наперед прирікали особистість на страждання і вимагали

терапевтичного або будь-якого іншого втручання, що сприяє набуттю втрачених его-сил (Карвасарський Б.Д., 2002).

Слідом за неофрейдистами розвивалися і підходи, що мають спільні риси як з психоаналізом, так і з біхевіоризмом - у рамках одного з таких підходів - транзактного аналізу Е.Берн «…розглядає особистість як сукупність трьох его станів - батька, дорослого та дитини, які, по-перше, зберігають у собі певні програми розвитку та поведінки, а, по-друге, забезпечують комунікацію між різними людьми. Крім того, як вже згадувалося раніше, життєвий шлях кожної особистості детермінує той чи інший сценарій, від довління дії якого можна позбутися і набути свободи» (Марцинковська Т.Д., 2009).

У рамках когнітивно-поведінкового підходу особистість або виходить за рамки розгляду як щось, що не підлягає позитивному дослідженню, або як проміжну змінну між стимулами та реакціями (Якунін В.А.). Власне Дж.Вотсон, засновник біхевіоризму виключав особистість, поряд зі свідомістю з розгляду своєї науки, оскільки особистість, як і свідомість, занадто складно піддаються розгляду в рамках наукової парадигми позитивізму (Марцинковська Т.Д., 2009).

В рамках необіхевіоризму вже можна було говорити про особистість як один з варіантів проміжних змінних, через які заломлюються впливи стимулів, що призводить до різноманітних реакцій. Відповідно, такий розгляд дозволяло побачити, як особистість людини впливає на поведінку (Якунін В.А., 1998).

У рамках підходу К.Халла основною проміжною змінною були мотиваційні процеси, тобто ті потреби, які людина відчуває, переломлюють впливи стимулів, призводячи до різних реакцій (Карвасарський Б.Д., 2002). У Е.Толмена такою проміжною зміною стали когнітивні карти - тобто той образ мети та прогнозований спосіб її досягнення. Тобто, якщо у Халла вплив стимулів опосередковується минулим, то у Толмена - прогнозованим майбутнім (Карвасарський Б.Д., 2002).

Б.Скіннер, розробивши поняття та концепцію підкріплення, «показав нову можливість для формування та розвитку теорій особистості на ґрунті біхевіоризму - а саме розглядати соціальне середовище як джерело підкріплення (наприклад, у процесі освоєння мови) або розглядати процес соціалізації як підкріплюване навчання» (Х'єллЛ., ЗіглерД., 2006).

«А.Бандура - автор теорії соціального навчання скористався зазначеними вище можливостями і представив теорію навчання, в основі якої лежить уявлення про те, що підкріплення не завжди може являти собою щось матеріальне, а процес адаптації у соціальному середовищі також є наукою, в процесі якої особистість зсвоює норми, що регулюють активність та існування даного соціуму» (Марцинковська Т.Д., 2009).

Д. Роттер в рамках теорії соціального навчання розробив концепцію локусу контролю, в рамках якої розглядається уявлення особистості про те, хто несе відповідальність за її життя, функціонування, успіхи та невдачі (Якунін В.А., 1998 Карвасарський Б.Д). Подальший розвиток поведінкових теорій, пов'язаних з особистістю - це когнітивні теорії особистості, в рамках яких розглядається робота особистості через її пізнавальні функції та гіпотези по відношенню до себе та навколишньої дійсності (Х'єлл Л., Зіглер Д., 2006).

В рамках концепцій особистості А.Бекка та А.Елліс розглядається ідея дисфункціональних когнітивних схем, тобто таких стійких уявлень про світ і собі, які склалися в особистості під час її функціонування та перешкоджають успішній адаптації до різних ситуацій. Основний спосіб роботи з такими схемами - їх упізнання та подальше засвоєння більш продуктивних варіантів поведінки (Ждан А.М., 1990).

«В рамках екзистенційної та гуманістичної психології особистість розглядається вже на більш глибоких рівнях свого свідомого існування, крізь призму життєвого сенсу та самореалізації, а також зіткнення з вічними філософськими питаннями, що стоять перед людьми» (Х'єллЛ., ЗіглерД., 2006).

Якщо розглядати психологів-гуманістів, можна відзначити, що й ідеї - ідеї самореалізації особистості та її страждання у разі неможливості самореалізації виникли з урахуванням диспозиционального підходу, коли вивчалися ті риси особистості, які характеризують її найбільш частотні прояви у більшості ситуацій. Однак у рамках свого підходу у Г.Олпорта існує поняття пропріуму, що позначає єдність і своєрідність кожної конкретної особи, що стало відправною точкою до робіт інших гуманістичних психологів (Марцинковська Т.Д., 2009).

У А.Маслоу в контексті вивчення особистості насамперед стоїть питання про її самореалізацію та потреби. «З одного боку, він вивів тип особистості, що самореалізується, на основі вивчення біографій найбільш видатних представників людства, в той же час, з іншого боку, звертаючи увагу на те, що існує дефіцитарний рівень потреб, задоволення яких просто необхідне для життя і буттєвий рівень, якому відповідає вже щось більше «(Х'єллЛ., ЗіглерД., 2006; Маслоу А ., 2011).

У руслі робіт К.Роджерса простежується повага до особистості та вказівка на те, що перешкоди у розвитку відіграють велику деструктуруючу роль, і, часто, для того, щоб повернути людині можливість рухатися вперед, потрібна глибока робота психолога, які своєю поведінкою і подає приклад і дозволяє свого клієнта осягати себе і бути собою (Марцинковська Т.Д., 2009; Роджерс К., 2015).

У межах робіт екзистенційних психологів першому плані виходять вже граничні філософські питання буття, життя, сенсу, свободи і смерті. У роботах В.Франкла відбивається не просто особистість успішного бізнесмена, а й людина, яка досягла певного рівня духовного розвитку і зайнята пошуком свого життєвого сенсу, що дозволяє долати найглибші труднощі і досягати нові горизонти (Карвасарський Б.Д., 2002).

Таким чином, в рамках зарубіжної психології особистість була порушена, мабуть, у всіх можливих аспектах свого існування та прояву, що дозволило психологам оцінювати можливості особистості та розробляти

методи роботи з конкретною особистістю та тими рівнями проблем, усвідомлення яких вона досягла. У цей час у вітчизняної проблеми вирішувалися як проблеми існування особистості суспільстві, а й питання, чи можливо змінити людську природу і побудувати абсолютно нову людину - людини комуністичного (Карвасарський Б.Д., 2002). І якщо ранніх роботах різних фахівців, наприклад, як Л.С.Виготський, розглядається соціальне становлення особистості та пропонуються ідеї її соціалізації через її активну взаємодію з дорослим, що ніби відкриває горизонти пізнаваного світу, що допомагає усвідомити свої можливості та обмеження, то вже в 40-х роках спостерігається перехід до того, щоб обґрунтувати необхідність та можливість появи вже нову людину.

Підхід Виготського також цікавить нас тому, що, вказавши на соціальну природу особистості, він розмежував нижчі та вищі психічні функції, віднісши їх розвиток до особистості. Крім того, саме Виготський дозволив поглянути на психологічну кризу як на нормативне явище людського розвитку, що дозволяє перейти на якісно новий його рівень (Ждан А.М., 1990).

«С.Л.Рубінштейн пропонує принцип єдності свідомості та діяльності, який поєднує суб'єктивні ідеалістичні свідомі переживання та матеріальну діяльність людини, що дозволяє детально дослідити прояви особистості та її внутрішній світ через зовнішнє, стосовно свідомої сфери, дослідження. Для Рубінштейна особистість також - соціальний суб'єкт, що має всі соціальні якості для того, щоб бути частиною суспільства і гордо іменуватися людиною» (Якунін В.А., 1998).

Найбільш докладна категорія діяльності у зв'язку зі свідомістю і особистістю відбито у роботах А.Н.Леонтьєва, який не лише розглянув розвиток психіки у філо- та онтогенезі, але також розглянув розвиток діяльності, а також розвиток особистості як суб'єкта соціальних відносин, яка постійно перебуває в процесі становлення.

В рамках вітчизняної психологічної школи, вже згаданої вище,

ситуація розвивалася дещо інакше. Ще рамках робіт В.М. Бехтерєва вивчалося питання впливу особистість різних зовнішніх і внутрішніх чинників, який послужив основою характерології А.Ф.Лазурського, теорії особистості Б.Г.Ананьєва, теорія відносин В.М.Мясищева та теорії інтегральної індивідуальності В.С.Мерліна.

Як вже зазначалось, Лазурський займався питанням співвідношення природного та соціального в особистості. Ананьєв вивчав питання про становище особи серед інших рівнів розгляду людини - індивіда, індивідуальності та суб'єкта діяльності, а також робив спробу узгодити ці рівні. Мясищев запропонував теорію відносин, у межах якої розглядалися когнітивні, емоційні та поведінкові прояви відносин - «активної, свідомої, інтегральної, виборчої, заснованої на досвіді зв'язку особистості з різними сторонами дійсності. У той же час для Мерліна центральним поняттям служила індивідуальність, яка розумілася не як багаторівнева освіта, а сукупність багатозначних зв'язків» (Марцінковська Т.Д., 2009).

Таким чином, у рамках вітчизняної та зарубіжної психологічної науки особистість постає як інтегральне поняття, що лежить на рубежі психологічної та соціальної сфер життя людини. Розуміння особистості, її проблем, цілей, особливостей існування дозволяє психологу грамотно визначити її можливості та позначити цілі терапевтичного впливу, що може бути корисним як у роботі клінічного, так і кризового психолога.

1.3. Поняття важкої життєвої ситуації та кризи

Важкі ситуації пов'язують із порушенням упорядкованості перебігу життя людини, коли він не може вирішити ту чи іншу проблему, що постала перед ним за допомогою звичних схем поведінки (Осухова Н.Г, 2005). У ході розвитку психологічної науки поняття кризи завжди трактувалося по-різному і займало особливе місце в наукових теоріях, покликаних пояснити людську психіку.

Під психологічною кризою завжди розумілася ситуація конфлікту, у якій особистість не може адаптуватися до життєвої ситуації старими способами і змушена створювати нові шляхи своєї взаємодії із нею. Такий погляд можна знайти як у психології особистості, і у психології здоров'я в таких великих фахівців як Р.Сельє, Р.Лазарус, Л.С.Виготський та Е.Еріксон. Таке розуміння докорінно від ідеї те, що криза - явище лише руйнівне. Справді, «…у процесі кризи відбуваються і руйнівні зміни, а вихід із кризового стану може бути непродуктивним, однак, існують шляхи продуктивного подолання, а хворобливі переживання можуть стати новим досвідом особистості, який направив її до набуття психічного здоров'я» (Ліневич В.Л, 2001). Криза чи критична ситуація розуміється сучасними авторами як ситуація неможливості реалізації своїх мотивів, цінностей та прагнень.

У рамках психологічних досліджень кризи співвідносяться з трьома іншими поняттями, що вивчаються в рамках уміння людей долати життєві труднощі. Це стрес, фрустрація та конфлікт. З питання вивчення кожного із зазначених явищ існує велика кількість спеціальної літератури, згідно з Ф.Є.Василюку, теоретичні ставлення до них розвинені порівняно невисоко. Це виражається, наприклад, у цьому, що аналіз кризових і стресових ситуацій складається з перерахування конкретних подій чи використання гранично загальних схем, позбавлених конкретики. Існування цих чотирьох понять за відсутності опрацьованих відносин між ними призводить, згідно з Василюком, до термінологічної плутанини, коли поняття вибирається не за об'єктивними критеріями, а особистими пристрастями дослідника. Тому в основі уявлення про кризову ситуацію закладається розуміння про неможливість задовольнити якусь значну життєву потребу в ситуації необхідності її задоволення. Причому на цю неможливість можуть впливати як зовнішні, незалежні від людини, так і внутрішні психологічні умови. Залежно від того, які умови перешкоджають задоволенню потреб, також залежно від самих потреб кризи та різняться (Карвасарський Б.Д., 2002).

Якщо ми розглядаємо такі ситуації з позиції стресу, то слідуємо уявленням Г. Сельє про неспецифічні реакції, в рамках адаптаційного синдрому, у відповідь на вплив шкідливих факторів. Однак у такій ситуації слід розуміти, що відрізняє кризову ситуацію від інших стресорів. По суті, в рамках такого підходу, коли під стресом розуміється універсальний механізм адаптації, ця відмінність полягає не в якості, а лише в кількості (Трифонова Е.А., 2010).

У межах пізніших концепцій, як-от теорія Р.Лазаруса, стають важливими як самі умови, які впливають на психіку, а й способи подолання цих умов. Криза, у межах такого розуміння, означає як вплив певних умов, а й невміння справлятися з потенційно стресогенної ситуацією, інакше кажучи, з будь-якою ситуацією. Тобто, уявлення про виникнення кризи зміщується від ситуації до людини, що переживає кризу (Porrit D., 1979; Weaver A.J., Koenig H.G., Ochberg F.M., 1996).

Якщо ми розглядаємо кризу через поняття фрустрації, то для оцінки такої ситуації як фрустируючої необхідно наявність сильної мотивації до досягнення поставленої мети, і певної перешкоди, яка заважає досягненню цієї мети. Фруструючі ситуації, з сенсу самого поняття фрустрації, класифікуються з двох підстав - за типом мотивів, і навіть за типами перешкод. До класифікацій мотивів у такому ключі, згідно з Ф.Є. Василюку (2002), можна віднести класифікацію потреб А.Маслоу (2011) на вроджені та набуті (дефіцитарні та буттєві). Самі перешкоди, при цьому, можна класифікувати за фактором, що впливає - фізичні, біологічні, психологічні та соціокультурні; по локусу причини - зовнішньому та внутрішньому. При цьому важливо вміти визначати, чи спричиняє ситуація і перешкоди в ній стан фрустрації чи ні, оскільки це є ключовим моментом для виділення нами критичних ситуацій.

Відповідно до Ф.Є.Василюка, можна назвати такі поведінкові ознаки фрустрації:

• рухове збудження, що виражається безцільних та невпорядкованих

реакцій;

• апатія;

• агресивна та аутоагресивна поведінка;

• стереотипія, що характеризується тенденцією до сліпого, безглуздого повторення стійких патернів поведінки;

• регресія, що виражається у демонстрації людиною поведінки, яка не відповідає її актуальному віку. Наявність цих поведінкових ознак дозволяє оцінити, наскільки сильно ситуація вплинула на особистість та виникнення у неї кризи.

У рамках психології конфлікт є досить складним поняттям, оскільки, при позначенні конфлікту як зіткнення двох сторін, не уточнюються агенти цього процесу особливості його протікання.

У рамках психоаналізу - психодинамічної парадигми - конфлікт відбуватиметься між різними усвідомленими та неусвідомленими спонуканнями.

У рамках поведінкового підходу конфлікт має на увазі конфлікт між різними можливостями поведінки.

У рамках когнітивного підходу вважається, що у конфлікті відбувається зіткнення ідей, бажань, цілей та цінностей. Також існують «проміжні», еклектичні варіанти теорій конфлікту, у яких вибираються «компромісні» варіанти конфліктуючих агентів. Виходить, що в рамках уявлення про поняття конфлікту ми можемо розглядати критичну ситуацію як конфлікт або між внутрішніми установками та мотивами людини, або конфлікт між людиною та ситуацією (Василюк Ф.Є., 2002).

Якщо ми розглядаємо кризову ситуацію безпосередньо через поняття психологічної кризи, то багато в чому ми будемо опиратися на теорію Е.Лінеманна, в рамках якої аналізувалося поняття гострого горя. Психологічна криза розуміється в рамках еволюційних ідей та проблеми адаптації, мотиваційних теорій, а також у рамках теорій подолання стресів, та уявлень про психологічні захисти та копінг - стратегії, до яких увійшли

теоретичні уявлення послідовників З.Фрейда (психодинамічний підхід) та К.Роджерса (Гуманістичний підхід).

Згідно з Дж.Якобсоном (Кулікова Т.Ф., 2004), психологічна криза та її теоретичне розуміння характеризується такими особливостями: Теорія криз, насамперед, належить до індивіду, та її екстраполяція на сім'ї та соціальні групи, має певні обмеження; Теорія криз розглядає як особливості переживання людиною кризи, а й ресурси й можливості подолати його.

Розглядаючи динаміку кризового процесу, Дж.Каплан виділив 4 стадії його переживання:

• первинне зростання напруги, у якому людина намагається впоратися з кризою з допомогою звичних способів вирішення проблем;

• подальше зростання напруги, протягом якого людина розуміє, що звичні способи подолання ситуацій у цьому випадку не працюють;

• ще більше збільшення напруги, при якому необхідна мобілізація зовнішніх та внутрішніх джерел;

• четверта стадія, при якій підвищується тривога та спостерігаються депресивні переживання, відчуття безпорадності та безнадійності, процес дезорганізації особистості. При цьому психологічна криза здатна закінчитися на будь-якій з розглянутих стадій, якщо зникає небезпека або конфлікт має рішення.

Висновки до першого розділу

На підставі всього вищесказаного, ми можемо зробити висновок про те, що психологічна криза - це явище, що відіграє значну роль як у функціонуванні та розвитку людської особистості, так і на її психологічне здоров'я.

Як ми побачили вище, існують різні концепції особистості, які є і системою координат для оцінки конкретної людини, що приходить до психолога, так і інструментом впливу, що дозволяє змінювати життя людей,

наближаючи їх до психічного здоров'я, усвідомлення та розуміння своїх проблем, а також до результативної роботи із цими проблемами. Тобто, маючи уявлення про те, як різні фахівці визначали та розуміли особистість, ми можемо ефективно використовувати все різноманіття цих знань у своїй теоретичній та практичній роботі.

Для когось психологічна криза розуміється як виключно шкідливе явище, для когось як можливість зростання та розвитку, для когось ці точки зору зближуються, але загальним для цих позицій залишається розуміння кризи як явища, що кардинально змінюють особистість і психіку, то є, внаслідок виходу із кризи особистість людини незворотно змінюється. У цьому ключі розуміння сучасної концепції здоров'я, що включає психічне здоров'я як свою невід'ємну частину загального здоров'я, дозволяє оцінити кризову ситуацію в її зв'язку з переживанням людиною стресу та способами ефективного подолання його, а також з тим, як психолог здатний допомогти в конкретній ситуації практичної роботи. Адже саме глибоке розуміння взаємозв'язку психічного здоров'я, особистості та психологічної кризи побачити картину, що вивчається, цілком у всіх її проявах.

Оскільки можливості подолати стрес - копінги та психологічні захисту, наявні в арсеналі особистості, відрізняються від людини до людини, необхідно розуміти, наскільки та чи інша людина здатна до подолання наслідків переживання кризової ситуації, а в чому їй буде потрібна допомога. Але для цілісного розуміння картини переживання і подолання важких життєвих ситуацій нам слід розглядати особистість в цілому, приділяючи рівну увагу її проблемам і ресурсам.

Таким чином, ретельне дослідження психічного життя людей, які опинилися в кризовій ситуації, має як теоретичне, так і прикладне значення, а саме прояснення загальних принципів впливу кризи на психічну сферу людини, а також відповідь на питання про те, яким чином психолог може допомогти конкретній людині впоратися з його конкретними життєвими труднощами.

РОЗДІЛ 2.
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Інформація про вибірку дослідження

Загалом у дослідженні взяли участь 58 осіб (20 жінок, 38 чоловіків), середній вік яких становив 26 років (середній вік жінок - 33, чоловіків - 25). Вибірку складали дві групи респондентів. Перша група складалася з 28 осіб, серед яких був 8 чоловіків (вік - 30 роки) та 20 жінок (середній вік – 33 років) - це були люди, які звернулися за допомогою до консультаційного центру допомоги сім'ї та дітям через складну ситуацію в сім'ї. До другої входили курсанти 1 курсу Одесього державного університету внутрішніх справ (ОДУВС) (30 осіб, середній вік - 19).

Таким чином, було обстежено людей, які переживають різні за змістом життєві ситуації. Для першої групи характерні були ситуації, пов'язані з порушенням значних відносин у сім'ї, конфліктом із близькими людьми та нерозумінням з боку дітей. У другій групі курсанти опинилися в ситуації, пов'язаній з відривом від звичного соціального мікросередовища та необхідністю пристосовуватися до нових регламентованих умов життя. Всі обстежувані раніше не зверталися за психологічною допомогою, а також не мали на момент обстежень психіатричних діагнозів і не перебували на обліку у ПНД.

Таким чином, ми маємо вибірку дослідження, яку можна розділити по типу важкої життєвої ситуації. Крім того, на підставі вивчення біографічної анкети (графа - «скарги»), про яку буде сказано нижче, ми змогли розділити вибірку також щодо суб'єктивного ставлення до актуальної ситуації - чи вважає, що обстежуваний свою ситуацію є важкою.

У групі людей із сімейною кризою всі люди оцінили свою актуальну ситуацію як важку, а у групі курсантів - половина обстежуваних (15 осіб) оцінила свою актуальну ситуацію як важку, а інша половина - оцінили

актуальну ситуацію як нормативну.

Таким чином, друге підґрунтя для поділу нашої вибірки - суб'єктивне ставлення до актуальної ситуації - має місце лише щодо вибірки курсантів. Спираючись на описані та розібрані у першому розділі теоретичні положення ми можемо сформулювати такі цілі, завдання та гіпотези нашого дослідження.

Мета дослідження: Дослідити взаємозв'язок рівня психічного здоров'я та особистісних характеристик у людей важких життєвих ситуаціях.

Завдання дослідження:

1. Вивчення показників психічного здоров'я людей, що у важкої життєвої ситуації залежно від статі, типу ситуації та ставлення до неї.

2. Вивчення типів рефлексії людей, що у важкої життєвої ситуації залежно від статі, типу ситуації та ставлення до неї.

3. Вивчення сенсожиттєвих орієнтацій людей, що у важкої життєвої ситуації залежно від статі, типу ситуації та ставлення до неї.

4. Вивчення життєстійкості людей, які перебувають у важкій життєвій ситуації залежно від статі, типу ситуації та ставлення до неї.

5. Вивчення взаємозв'язку досліджуваних ознак у двох групах людей, які переживають труднощі у сімейних відносинах і що у ситуації військового навчання.

6. Вивчення ставлення респондентів до значних понять за допомогою колірного тесту відносин.

Об'єкт дослідження: психологічне функціонування людей, які перебувають у скрутній життєвій ситуації.

Предмет дослідження: рівень психічного здоров'я, життєві орієнтації, локус контролю, життєстійкість.

Гіпотези дослідження:

Суб'єктивна оцінка актуальної ситуації впливає на сенсожиттєві орієнтації, психологічне здоров'я, особливості перебігу рефлексії, життєстійкість людини, що переживає цю ситуацію.

Тип важкої життєвої ситуації впливає на сенсожиттєві орієнтації, психологічне здоров'я, особливості перебігу рефлекції, життєстійкість людини, що переживає цю ситуацію.

Стать особистостівпливає на сенсожиттєві орієнтації, психологічне здоров'я, особливості перебігу рефлекції, життєстійкість людини, що переживає цю ситуацію. Залежно від статі, типу та суб'єктивного ставлення до ситуації відрізняється ставлення людей до емоційно-значимих понять.

Вивчення взаємозв'язку досліджуваних ознак у двох групах - людей, які переживають сімейну кризу та перебувають у ситуації військового навчання.

2.2 Методи та процедура дослідження

Біографічна анкета.

Біографічна анкета включала як основні дані обстежуваних, такі як вік, стать, рівень освіти уточнювалися якісні аспекти критичної ситуації, щодо якої обстежувані зверталися за допомогою: тривалість стану, запит, а також суб'єктивна оцінка тяжкості свого стану - тобто, чи актуальна ситуація для обстежуваних складною життєвою ситуацією. Детальний текст цієї анкети наведено у додатку.

Тест сенсожиттєвих орієнтацій.

Використана в даному дослідженні версія тесту сенсожиттєвих орієнтацій (СЖО) була перероблена та адаптована Д.А.Леонтьєвим у 1988 році. Цей тест є адаптованою версією тесту «Мета в житті» (Purpose-in-Life Test, PIL), розробленою Дж.Крамбо та Л.Махоліком. В основі цієї методики з'явилися: теорія прагнення сенсу в рамках логотерапії Віктора Франкла.

Мета методики: емпірична валідизація і мала на меті емпіричну валідизацію теоретичних положень теорії логотерапії, а саме підтвердження існування в реальності таких явищ як екзистенційний вакуум і ноогенні неврози. Процес пошуку сенсу життя - так звана екзистенційна фрустрація - призводить до виникнення екзистенційного вакууму, який, своєю чергою, є

причиною виникнення ноогенних неврозів. Вважається, що екзистенційний вакуум - показник, відповідний ступеня психічного недуги.

Після обробки отримані результати групуються по п'яти шкалах.

Перша шкала - Мета в житті - характеризує наявність або відсутність у обстежуваного цілей на майбутнє, свідомість і спрямованість життя, побудовану тимчасову перспективу. Низькі бали за цією шкалою говорять про спрямованість зараз чи минуле, проте високим балам може відповідати не реальна спрямованість на майбутнє, а бажання будувати нездійсненні плани.

Друга шкала - процес життя - відображає те, наскільки обстежуваний сприймає своє життя як цікаве, емоційно насичене і наповнене змістом. Ця шкала є континуум, однією полюсі якого розташований гедонізм, але в іншому - незадоволеність життям.

Третя шкала - результативність життя - відображає оцінку продуктивності та свідомості прожитого життя. Відповідно, високі бали демонструють задоволеність прожитим життям, тоді як низькі - незадоволеність нею.

Четверта шкала - Локус контролю Я - відбиває уявлення обстежуваного себе як сильної особистістю, має можливість вибирати і будувати своє життя, або, навпаки, зневіру людини у свої сили та можливості контролю.

П'ята шкала - Локус контролю Життя - відображає уявлення людини про здатність контролювати своє життя - континуум між фаталізмом та СВОбодою волі.

Симптоматичний опитувальник Simptom Check List-90-Revised SCL-90-R.

Симптоматичний опитувальник Simptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) є клінічною тестовою і скринінговою методикою, яка призначена для оцінки ступеня вираженості психологічних ознак симптоматичних розладів як у здорових людей, так і у осіб з психічними розладами.

SCL-90-R складається з 90 тверджень, які групуються у 9

симптоматичних шкал, які були виділені в результаті комплексного клінічного, емпіричного та аналітичного дослідження. Авторами були обрані ті синдроми, які були чітко і чітко визначені, оскільки інакше немає можливості перевести якісну оцінку ступеня вираженості синдрому в кількісну. Кожне питання оцінюється обстежуваним за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція "зовсім ні", а 4 - "дуже сильно".

Перша шкала - Соматизація - Somatization (SOM) поєднує порушення, що відображають дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. До таких порушень можна віднести такі клінічні прояви: скарги, що фіксуються на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах, головні та інші болі, дискомфорт загальної мускулатури та соматичні еквіваленти тривожності. Важливо розуміти, що прояви, що належать до цієї шкали, можуть бути ознаками функціонального, так і структурного розладу.

Друга шкала - Обсесивність-компульсивність - Obsessive-Compulsive (O-C) відображає комплекс симптомів, тотожних традиційно обсесивно-компульсивному синдрому. Цей синдром проявляється в наявності безперервних і непереборних, далеких від СВОго власного «Я» думок, імпульсів і дій.

Третя шкала - Міжособистісна сензитивність - Interpersonal Sensitivity (INT) характеризується наявністю почуттів особистісної неадекватності та неповноцінності, особливо при порівнянні себе з іншими. Сюди відносяться: самоосуд, почуття занепокоєння, загостреного почуття усвідомлення власного «Я», негативних очікувань, а також дискомфорту у процесі міжособистісної взаємодії.

Четверта шкала - Депресія - Depression (DEP) співвідносяться з різними проявами клінічної депресії, в рамках розгляду якої в даному опитувальнику представлені симптоми порушення емоційної, когнітивної та вольової сфер, а саме відсутність інтересу до життя, нестача мотивації, втрата життєвої енергії, почуття безнадійності, а також суїцидальні думки.

П'ята шкала - Тривожність - Anxiety (ANX) є рядом симптомів і ознак, що відбивають високий рівень тривожності. Проявам за цією шкалою відповідають нервозність, напруга, тремтіння, напади паніки, відчуття насильства, почуття небезпеки, побоювання та страх.

Шоста шкала - Ворожість - Hostility (HOS) відбиває різні ознаки негативного афективного стану агресії, куди входять: агресія, дратівливість, гнів і обурення.

Сьома шкала - Фобічна тривожність - Phobic Anxiety (PHOB) відображає ступінь виразності у обстежуваного стійкої ірраціональної та неадекватної реакції страху на певні живі та неживі об'єкти, місця та події. У цілому нині, шкала визначає вираженість патогномічних і руйнівних проявів фобічного поведінки.

Восьма шкала - Параноальні тенденції - Paranoid Ideation (PAR) відображає ступінь виразності порушень мислення, що відповідають параноальному синдрому. Сюди входять: кардинальні характеристики проективних думок, ворожість, підозрілість, пихатість, страх втрати незалежності, а також різні ілюзії.

Дев'ята шкала - Психотизм - Psychoticism (PSY) складена з питань, що вказують на уникаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, наявність окремих симптомів шизофренії (різних галюцинацій). Ступінь виразності досліджуваних даною шкалою ознак варіюється від повної відсутності ознак психотичної симптоматики до її сильного ступеня виразності.

Також у цю методику включені додаткові питання, завдяки оцінці відповіді які є важливими індикаторами в оцінці вираженості психопатологічної симптоматики.

Крім основних шкал існують три оціночні шкали: GST, PTSD і PST, що відображають загальні показники вираженості психопатологічних симптомів, що розглядаються. Загальний індекс тяжкості симптомів (GST) - це індикатор поточного стану та глибини розладу у обстежуваного, будучи комбінацією інформації про кількість симптомів та інтенсивність дистресу, що

переживається. Індекс наявного симптоматичного дистресу (PTSD) - це міра інтенсивності стану, якій відповідає кількість виявлених симптомів. Залежно від рівня виразності даного показника, можна дійти невтішного висновку у тому, наскільки актуалізація тієї чи іншої патологічного стану через питання посилює симптоматичний дистресс.

Загальна кількість ствердних відповідей (PST) - загальна кількість виявлених у обстежених симптомів. Поєднуючи та узагальнюючи дані за симптоматичними та оціночними шкалами, можна отримати достатньо уявлення про картину вираженості психопатологічної симптоматики у обстежуваного.

Опитувальник «Диференціальний тип рефлексії».

Опитувальник «Диференційний тип рефлексії» - авторська психодіагностична методика, призначена для діагностики типу рефлексії, розроблена у 2009 році Д.А.Леонтьєвим, Є.М.Лаптєвої, О.М.Осіним та А.Ж.Саліхової. Даний опитувальник складається з 30 тверджень, що оцінюються за 4-бальною шкалою, відповіді на які в три не перетинаються між собою за проявами шкали.

В основі даного опитувальника лежать уявлення С.Л. Рубінштейна про різні види взаємовідносини людини і навколишню реальність, перехід від детермінації до самодетермінації.

На підставі цих теоретичних поглядів було виділено чотири типи рефлексії: Інтроспекція - зосередженість на власних станах та переживаннях. Системна рефлексія - погляд себе з боку, як у суб'єкт і об'єкт одночасно. Квазірефлексія - спрямованість на об'єкт, відрив від актуальної ситуації буття у світі. Арефлексія чи відсутність рефлексії.

Тест життєстійкості.

Тест життєстійкості - це адаптація методики Сальваторе Мадді Hardiness Survey, створеної в 1984 році. Існуючі сьогодні варіанти адаптації даної методики виконувались Д.А. Леонтьєвим, Є.І. Розповідовий, О.М. Осіним, Є.І. Розповідовий, М.В. Алфімової та В.Є. Голімбет.

Всі версії опитувальника є рядом пунктів-затверджень, згода/незгода з якими вказується обстежуваним за допомогою 4-бальної шкали, які можуть оброблятися як у прямому, так і в зворотному значенні. В результаті відповідь групуються за чотирма різними шкалами, що відображають здатність людини справлятися зі стресом і внутрішньою напругою.

Інтегральна шкала - Життєстійкість - демонструє систему переконань людини про себе, про світ, про свої стосунки зі світом. Це особистісна диспозиція, що включає в себе три порівняно автономні компоненти: залучення, контроль, прийняття ризику.

Шкала «Залучення» відповідає за те, наскільки людина здатна отримувати задоволення від того, чим вона займається.

Шкала «Контроль» відображає уявлення людини про те, наскільки вона здатна контролювати своє життя.

Шкала «Прийняття ризику» відображає переконаність людини в тому, що події, що відбуваються з нею, збільшують її знання і досвід.

Колірний тест відносин

Колірний тест відносин - це клініко-діагностичний метод, розроблений Є.Ф.Бажином і А.М.Еткіндом у 1985 році для дослідження емоційного компонента суб'єктивних відносин особистості людини.

В основі цього методу лежить теорія відносин В.М.Мясищева, і навіть припущення В.Г.Ананьєва у тому, що у основі психічних структур будь-якого рівня життя і складності лежать образи, і навіть ідеї А.Н.Леонтьєва про значення чуттєвої тканини свідомості. Основним теоретичним становищем, на якому заснований даний метод - ідея про асоціативний зв'язок між перевагою певних кольорів і невербальним ставленням людини до об'єктів, що розглядаються, як які можуть виступати суб'єктивні відносини до себе, іншим і навколишньому світу в цілому.

Якщо розглядати колірний тест відносин з позиції психодіагностики, його можна позначити як проективний метод, що дозволяє оцінити неусвідомлювані компоненти відносин без впливу психологічних захистів

людини, що втручається. Як набору кольорів у колірному тесті відносин виступає колірна таблиця Колірного тесту Люшера, що складається з восьми кольорів -сірого (умовне позначення - 0), темно-синього (1), синьо-зеленого (2), червоно-жовтого (3), жовто -червоного (4), червоно-синього або фіолетового (5), коричневого (6) та чорного (7).

Дослідження за допомогою колірного тесту відносин проводиться, як правило, у чотири етапи:

1. На першому етапі визначаються особи предмети та поняття, що мають значення для життя обстежуваного, в той же час якихось обмежень для внесення до списку елементів оцінки тих чи інших понять, крім їхньої значущості для випробуваного, немає. У нашому дослідженні ми використовували набір значних понять, ідентичний всім випробуваних. У цей набір увійшли такі слова: "моє сьогодення", "моє минуле", "моє майбутнє", "життя", "роздратування", "страх", "радість", "контроль", "біль", "залежність", "тривога", "напруга", "моє щастя", "перспектива", "впевненість". Такий набір слів був використаний нами, щоб максимально стандартизувати процедуру дослідження, а також максимально повно охопити всі сфери життя піддослідних, які можуть бути пов'язані з їх актуальною складною життєвою ситуацією.

2. На другому етапі - етапі тестування можна або запропонувати випробуваному або вибрати один-два кольори, відповідні, на думку обстежуваного, даному поняттю або проранжувати за ступенем близькості всі 8 кольорів стосовно даного поняття.

За підсумками асоціації кольорів та понять відбувається ранжування всіх 8 кольорів за стандартною інструкцією Колірного тест Люшера, після чого слідує етап інтерпретації результатів, заснований на двох процедурах:

А) Перша процедура полягає в зіставленні кольорів, які були асоційовані випробуваним, як з даними поняттями, так і з їх ранговим місцем у ряді колірних переваг Люшеру. Якщо вибраний колір займає перші три місця в ранговому ряді кольорових виборів, то можна зробити позитивне

ставлення до пов'язаного з ним поняттям. Середня позиція відповідатиме нейтральному відношенню. Останнім трьом місцям за такої інтерпретації відповідатиме негативне ставлення.

Б) Друга можлива процедура інтерпретації передбачає дослідження емоційно-особистісного значення кожної сформованої випробуваним колірної асоціації, що, своєю чергою, дозволяє оцінити змістовні особливості емоційного компонента відносин особистості даного випробуваного. Зважаючи на принципову складність такого роду процедури, а також недостатній досвід експериментатора в даній сфері, нами була обрана перша процедура.

В результаті аналізу результатів обстеження з тесту колірних відносин можна виділити кілька ключових параметрів, які допоможуть оцінити стан суб'єктивних відносин особистості людини, яка перебуває у важкій життєвій ситуації.

1. Загальна насиченість міжособистісних відносин - оцінюється у тому, наскільки різноманітний набір кольорів використовував піддослідний для своїх асоціацій. Зазвичай, якщо людиною використовується всі 7-8 кольорів для асоціацій, це означає, що її суб'єктивні відносини різноманітні та насичені. Якщо людина використовує лише 5-6 кольорів із усього набору, це може означати, що її система відносин спрощена. Якщо використовується всього 4 і менше кольорів, це означає, що такий випробуваний може бути одноманітним у своїх суб'єктивних відносинах, що може ускладнити подальший аналіз.

2. Загальна самооцінка - це показник обчислюється з допомогою визначення місця, куди помістив на шкалу себе сам випробуваний. Залежно від того, які кольори з якої позиції 8 кольорів шкали Люшера були обрані для асоціації із собою.

3. Аналог шкали брехні - якщо під час аналізу використовуються поняття друга і недруга, більш позитивна оцінка недруга проти іншому може вказувати на необ'єктивність отриманих даних.

4. Відносини з батьками - оскільки в нормі кольору, пов'язані з батьками повинні бути на одному рядку і вище, порівняно з кольором, пов'язаним із самим випробуваним - будь-які відхилення від цього також можуть бути інтерпретовані.

5. Також за допомогою даного методу можна визначити ідеал для даного випробуваного - зазвичай, це люди, кольори яких розташовуються на верхніх позиціях або вище випробуваного за шкалою Люшера.

6. Друзі - оцінити відношення з ними можна за тим, наскільки вибрані по відношенню до них кольори відхиляються за шкалою Люшера від самого випробуваного - в нормі їм повинен відповідати той самий колір, що знаходиться на одну позицію вище або нижче.

7. Ідентифікація - можна говорити про ідентифікацію випробуваного з тими людьми, колірний вибір щодо яких збігся з колірним вибором випробуваного щодо себе.

Процедура дослідження

Обидві групи випробуваних проходили обстеження протягом осені-зими 2023-2024 років. Після роз'яснення ситуації дослідження та отримання згоди на участь у дослідженні, обстежуваним пропонувалося спочатку заповнити біографічну анкету, після чого по черзі заповнювати всі запропоновані методики.

Крім того, респонденти інформувалися про те, що вони можуть, за бажання, отримати свої результати та інтерпретацію, і що для дослідження та можливої публікації результатів буде дотримуватися принцип конфіденційності, а це означає, що всі дані, що публікуються, будуть представлені в узагальненому вигляді, без вказівки конкретних учасників.

2.3 Методи математико-статистичної обробки даних

Основна математико-статистична обробка даних здійснювалася за допомогою спеціалізованого статистичного пакету IBM SPSS Statistics версії

21.0.

Після завершення первинної обробки даних передбачалося використовувати непараметричний статистичний критерій Хі-квадрат Пірсона для аналізу якісних даних - результатів методики КТВ.

Для роботи з кількісними даними - результатами всіх інших методик, а саме порівняльного аналізу ми використовували параметричний статистичний критерій t-Стьюдента для незалежних вибірок, доповнений використанням його непараметричної альтернативи - критерію U-Манна-Уітні, у тих випадках, коли критерій Стьюдента виявлявся непридатний (якщо перевірочний критерій Левене (Levene's test) вказував на те, що дисперсії в аналізованих групах статистично вірогідно відрізняються).

Крім цього, ми проводили кореляційний аналіз. Оскільки попередня перевірка нормальності розподілу метричних змінних за допомогою критерію Колмогорова-Смиронова виявила кілька параметрів, розподіл яких відрізняється від нормального, для цього аналізу ми використовували коефіцієнт кореляції r-Пірсона, так і коефіцієнт рангової кореляції r-Спірмана. Внаслідок цього аналізу ми прагнули визначити з метою подальшої інтерпретації інтегруючі параметри, а також відносини між ними.

Також нами проводився факторний аналіз методом максимальної правдоподібності з обертанням варимакс з поправкою Кайзера. Факторний аналіз проводився в цілому за вибіркою з метою виявити внутрішні, приховані причини, що лежать в основі конкретних показників параметрів, що вивчаються нами.

Висновки до другого розділу

Вибірку складали дві групи респондентів. Перша група складалася з 28 осіб, серед яких був 8 чоловіків та 20 жінок - це були люди, які звернулися за допомогою до консультаційного центру допомоги сім'ї та дітям через складну ситуацію в сім'ї. До другої входили курсанти 1 курсу Одесього

державного університету внутрішніх справ (ОДУВС) (30 осіб).

Таким чином, було обстежено людей, які переживають різні за змістом життєві ситуації. Для першої групи характерні були ситуації, пов'язані з порушенням значних відносин у сім'ї, конфліктом із близькими людьми та нерозумінням з боку дітей. У другій групі курсанти опинилися в ситуації, пов'язаній з відривом від звичного соціального мікросередовища та необхідністю пристосовуватися до нових регламентованих умов життя. Всі обстежувані раніше не зверталися за психологічною допомогою, а також не мали на момент обстежень психіатричних діагнозів і не перебували на обліку у ПНД.

Методики дослідження:

1. Кольоровий тест відносин.

2. Тест життєвих орієнтацій.

3. Тест життєстійкості.

4. Методика «Диференціальний тип рефлексії».

5. Симптоматичний опитувальник SCL-90-R.

Основна математико-статистична обробка даних здійснювалася за допомогою спеціалізованого статистичного пакету IBM SPSS Statistics версії 21.0.

Після завершення первинної обробки даних передбачалося використовувати непараметричний статистичний критерій Хі-квадрат Пірсона для аналізу якісних даних - результатів методики КТВ.

Для роботи з кількісними даними - результатами всіх інших методик, а саме порівняльного аналізу ми використовували параметричний статистичний критерій t-Стьюдента для незалежних вибірок, доповнений використанням його непараметричної альтернативи - критерію U-Манна-Уітні, у тих випадках, коли критерій Стьюдента виявлявся непридатний.

Крім цього, проводився кореляційний аналіз. Оскільки попередня перевірка нормальності розподілу метричних змінних за допомогою критерію Колмогорова-Смиронова виявила кілька параметрів, розподіл яких

відрізняється від нормального, для цього аналізу ми використовували коефіцієнт кореляції r-Пірсона, так і коефіцієнт рангової кореляції r-Спірмана. Внаслідок цього аналізу ми прагнули визначити з метою подальшої інтерпретації інтегруючі параметри, а також відносини між ними.

Також проводився факторний аналіз методом максимальної правдоподібності з обертанням варимакс з поправкою Кайзера. Факторний аналіз проводився в цілому за вибіркою з метою виявити внутрішні, приховані причини, що лежать в основі конкретних показників параметрів, що вивчаються нами.

Обидві групи випробуваних проходили обстеження протягом осені-зими 2023-2024 років. Після роз'яснення ситуації дослідження та отримання згоди на участь у дослідженні, обстежуваним пропонувалося спочатку заповнити біографічну анкету, після чого по черзі заповнювати всі запропоновані методики.

РОЗДІЛ 3.
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 Результати емпіричного дослідження

3.1.1 Особливості важких життєвих ситуацій, які переживають люди, що входять у вибірку

Проаналізувавши анкети людей, які проходили обстеження, ми можемо зробити наступні висновки. Усі обстежувані - 28 осіб - із групи людей із важкою сімейною ситуацією оцінили свою актуальну життєву ситуацію як важку, при цьому основні скарги пов'язані із взаємовідносинами та спілкуванням між подружжям, а також між батьками та дітьми. Загалом термін виникнення важкої ситуації у піддослідних цієї групи варіюється від 10 днів до 15 років. Інакше кажучи, маємо суб'єктивно важкі життєві ситуації, пов'язані з міжособистісними відносинами і пролонговані за часом.

Серед курсантів рівно половина випробуваних - 15 осіб - оцінюють свою ситуацію як суб'єктивно складну. Найчастіше опис їхніх скарг містять вказівки на труднощі адаптації до нового колективу, складнощі у відносинах з товаришами по службі, а також з командирами. Загалом термін виникнення важкої ситуації у піддослідних цієї групи варіюється від 7 днів до 5 місяців. Таким чином, перед нами криза, пов'язана з міжособистісними відносинами та ситуації підпорядкування себе строгому регламенту та наказам, що має більш коротку тривалість і не завжди оцінюється як суб'єктивно важка ситуація.

Крім того, з урахуванням різнорідності нашої вибірки, ми вирішили також додатково порівняти показники, що вивчаються всередині вибірки людей, які переживають важку сімейну ситуацію - по статі, а також додатково порівняли чоловіків, які переживають сімейну кризу з курсантами, які оцінюють СВОю актуальну життєву ситуацію як важку, щоб дослідити

фактор типу важкої життєвої ситуації (жінки у цьому зіставленні брали участь, т.к. входили лише у групу з важкої сімейної ситуацією).

3.1.2 Характеристика психічного здоров’я людей, які знаходяться в важкій життєвій ситуації

Результати оцінки показників психічного здоров'я людей, які потрапили у важку життєву ситуацію, у групах, сформованих залежно від типу ситуації та її суб'єктивної оцінки показано в таблицях 3.1-3.4.

Таблиця 3.1.

Показники психічного здоров'я людей із різними типами ситуацій

Шкали SCL-90	Життєва ситуація	M	σ	p
SOM	СК	40.14	22.07	**< 0.001**
	СВН	2.73	3.76	
OC	ВСС	10.36	5.55	**< 0.001**
	СВН	4.20	4.02	
INT	ВСС	9.68	5.14	**< 0.001**
	СВН	3.90	4.05	
DEP	ВСС	12.25	6.23	**< 0.001**
	СВН	4.50	5.09	
ANX	ВСС	9.68	5.77	**< 0.001**
	СВН	1.93	3.33	
HOS	ВСС	6.00	2.91	**< 0.001**
	СВН	1.63	2.25	
PHOB	ВСС	5.29	3.68	**< 0.001**
	СВН	0.27	0.52	
PAR	ВСС	6.32	2.99	**< 0.001**
	СВН	2.13	2.05	
PSY	ВСС	6.79	4.56	**< 0.001**

	СВН	1.50	2.75	
GST	ВСС	1.20	0.44	**< 0.001**
	СВН	0.26	0.28	
PDST	ВСС	59.39	16.10	**< 0.001**
	СВН	17.00	14.39	
PST	ВСС	1.80	0.28	**< 0.001**
	СВН	1.31	0.58	

ВСС - важка сімейна ситуація; СВН - ситуація військового навчання

Як можна бачити з представленої таблиці, за всіма шкалами, що позначають різні аспекти вираженості психопатологічної симптоматики у людей з важкою сімейною ситуацією, ми спостерігаємо статистично достовірно більш високу виразність як усіх часткових психопатологічних симптомів, так і інтегральних показників, які відповідають за стан психічного здоров'я індивіда.

Це означає, що триваліша важка сімейна ситуація має більш виражені негативні наслідки для людей, які переживають такий тип важкої життєвої ситуації. У ситуації військового навчання ми також можемо спостерігати різні психопатологічні симптоми, але їхня вираженість, у середньому, значно нижча. Звернемося до вибірки курсантів і спробуємо подивитися, як, залежно від суб'єктивної оцінки актуальної ситуації, відрізняється вираженість психопатологічних симптомів.

Таблиця 3.2.

Показники психічного здоров'я людей із різною суб'єктивною оцінкою ситуацій

Шкали SCL-90	Суб'єктивна проблема проблеми	M	σ	p
SOM	ні	1.40	1.64	> 0.05
	так	4.07	4.77	

Продовження таблиці 3.2

ОС	ні	2.53	3.34	**0.020**
	так	5.87	4.05	
INT	ні	1.93	2.55	> 0.05
	так	5.87	4.37	
DEP	ні	2.07	1.94	**0.006**
	так	6.93	6.10	
ANX	ні	0.93	1.03	> 0.05
	так	2.93	4.45	
HOS	ні	0.67	0.98	> 0.05
	так	2.60	2.75	
PHOB	ні	0.27	0.46	> 0.05
	так	0.27	0.59	
PAR	ні	1.13	1.46	**0.005**
	так	2.13	2.10	
PSY	ні	0.73	1.16	> 0.05
	так	2.27	3.62	
GST	ні	0.13	0.12	**0.009**
	так	0.39	0.33	
PDST	ні	10.33	8.92	**0.009**
	так	23.67	15.95	
PST	ні	1.08	0.43	**0.027**
	так	1.54	0.63	

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.2, якщо курсанти розглядають ситуацію військового навчання (проходження військових зборів), то вони мають статистично достовірно більш високі показники за шкалами ОС, DEP, PAR, GST, PDS та PST, на відміну від курсантів, які розглядають СВН, як актуальну життєву ситуацію як нормативну.

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.3., загалом за рівнем

вираженості психопатологічної симптоматики жінки та чоловіки не різняться: єдина відмінність, що спостерігається в нашій вибірці - велика виразність у жінок параноїдальних думок, яка може бути пов'язана, в тому числі, з віком наших піддослідних, адже, згідно з А.Є.Личко, саме після сорока характерна поява параноїдальної акцентуації характеру та психопатії.

Таблиця 3.3.

Показники психічного здоров'я чоловіків і жінок, які переживають сімейну кризу

Пол		M	σ	p
SOM	жінки	36.05	21.60	> 0.05
	чоловіки	5.38	21.08	
OC	жінки	9.90	5.34	> 0.05
	чоловіки	11.50	6.26	
INT	жінки	10.15	5.31	> 0.05
	чоловіки	8.50	4.81	
DEP	жінки	12.10	7.21	> 0.05
	чоловіки	12.63	2.88	
ANX	жінки	9.15	5.87	> 0.05
	чоловіки	11.00	5.66	
HOS	жінки	5.85	2.68	> 0.05
	чоловіки	6.38	3.58	
PHOB	жінки	4.55	2.24	> 0.05
	чоловіки	7.13	4.29	
PAR	жінки	7.15	3.05	**0.018**
	чоловіки	4.25	1.58	
PSY	жінки	5.95	4.45	> 0.05
	чоловіки	8.88	4.39	
GST	жінки	1.14	0.45	> 0.05
	чоловіки	1.34	0.39	

PDST	жінки	56.30	17.30	> 0.05
	чоловіки	63.63	11.96	
PST	жінки	1.78	0.27	> 0.05
	чоловіки	1.85	0.32	

Як можна побачити з наведеної таблиці 3.4, загалом, чоловіки з вибірки людей, які переживають важку сімейну ситуацію і курсантів, оцінюють свою життєву ситуацію як суб'єктивно важку, відрізняються подібним, із групами загалом, образом.

Таблиця 3.4.

Показники психічного здоров'я чоловіків із різною актуальною життєвою ситуацією, які оцінюють її як важку

Группа		M	σ	p
SOM	ВСС	50.38	21.08	**< 0.001**
	СВН	4.07	4.77	
OC	ВСС	11.59	6.26	**0.016**
	СВН	5.87	4.05	
INT	ВСС	8.50	4.81	> 0.05
	СВН	5.87	4.37	
DEP	ВСС	12.63	2.88	**0.022**
	СВН	6.93	6.10	
ANX	ВСС	11.00	5.66	**0.001**
	СВН	2.93	4.45	
HOS	ВСС	6.38	3.58	**0.010**
	СВН	2.69	2.75	
PHOB	ВСС	7.13	4.29	> 0.05
	СВН	0.27	0.59	
PAR	ВСС	4.25	1.58	**0.001**
	СВН	3.13	3.10	

PSY	ВСС	8.88	1.39	**< 0.001**
	СВН	2.27	3.62	
GST	ВСС	1.34	0.39	**< 0.001**
	СВН	0.39	0.33	
PDST	ВСС	63.63	11.96	**< 0.001**
	СВН	23.67	15.95	
PST	ВСС	1.84	0.32	> 0.05
	СВН	1.54	0.63	

ВСС - важка сімейна ситуація; СВН - ситуація військового навчання

Іншими словами, це може говорити про те, що ситуація більшою мірою зумовлює ступінь виразності психопатологічної симптоматики, ніж стать чи суб'єктивне ставлення до об'єктивних обставин. Виходить, що, якщо людина суб'єктивно оцінює свою життєву ситуацію як важку, то у неї сильніше буде виражені параноїльні думки, вона частіше переживатиме обсесії і намагатиметься впоратися з ними за допомогою компульсивних дій.

Крім того, у таких людей частіше спостерігаються окремі прояви депресивного стану, і в цілому їхній психічний стан гірший, ніж у тих, хто оцінює свою актуальну життєву ситуацію як нормативну.

3.1.3 Порівняльний аналіз рефлексії людей, які перебувають у важких життєвих ситуаціях

У рамках нашого дослідження ми також порівнювали наші вибірки обстежуваних за різними типами рефлексії. Результати цього дослідження наведено в таблицях 3.5-3.8.

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.5, у всіх піддослідних, незалежно від типу важкої життєвої ситуації оцінки виразності різних типів рефлексії нижче нормативних. Це означає, що обстежуваним загалом, складніше звертатися до своїм внутрішнім переживанням і розмірковувати

про них, ніж здорових людей загалом. При цьому важливо зазначити, що у людей у ситуації військового навчання системна рефлексія та квазірефлексія ближча до норми, тоді як інтроспекція - далі.

Таблиця 3.5.

Середні оцінки за методикою «Диференціальний тип рефлексії» у групах людей, які перебувають у різних життєвих ситуаціях

Показники рефлексії	Тип ситуації	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Системна рефлексія	ВСС	29.21	9.07	**0.001**	38.58	5.15
	СВН	36.47	5.92			
інтроспекція	ВСС	19.29	6.27	> 0.05	25.11	5.68
	СВН	16.37	5.18			
квазірефлексія	ВСС	17.79	6.70	> 0.05	27.39	5.69
	СВН	20.83	5.07			

ВСС - важка сімейна ситуація; СВН - ситуація військового навчання

Крім того, за допомогою критеріїв t-Стьюдента та U-Манна-Уітні ми порівняли достовірність різниці показників між нашими вибірками. Ми спостерігаємо статистично достовірні відмінності в рівні вираженості системної рефлексії, а це означає, що в ситуації сімейного конфлікту людям значно складніше звертатися до свого внутрішнього досвіду, їм складніше дистанціюватися від себе та своїх переживань у процесі осмислення свого життєвого досвіду. Подивимося, чи виразність різних типів рефлексії у вибірці курсантів залежить від суб'єктивного ставлення до актуальної життєвої ситуації.

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.6, всі курсанти - суб'єктивно оцінюють свою життєву ситуацію як важку і оцінюють свою актуальну життєву ситуацію як нормативну, - мають оцінки виразності різних типів рефлексії нижче норми. Незважаючи на те, що саме курсанти, які оцінюють свою життєву ситуацію як суб'єктивно важку, мають вищі бали, показники

двох вибірок курсантів статистично достовірно не відрізняються. А це означає, що суб'єктивне ставлення до ситуації не впливає на виразність різних типів рефлексії.

Таблиця 3.6.

Середні оцінки за методикою «Диференціальний тип рефлексії» у респондентів з різною суб'єктивною оцінкою проблеми їхньої життєвої ситуації

Показники рефлексії	Суб'єктивна складність проблеми	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
системна рефлексія	ні	35.87	5.29	> 0.05	38.58	5.15
	так	37.07	6.62			
інтроспекція	ні	14.80	5.28	> 0.05	25.11	5.68
	так	17.93	4.74			
Квазі-рефлексія	ні	19.47	5.14	> 0.05	27.39	5.69
	так	22.20	4.78			

Таблиця 3.7.

Середні оцінки за методикою «Диференціальний тип рефлексії» у чоловіків та жінок у групі із сімейним конфліктом

Показники рефлексії	Стать	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Системна рефлексія	жінки	30.80	10.80	> 0.05	38.58	5.15
	чоловіки	25.25	4.62			
інтроспекція	жінки	19.80	7.05	> 0.05	25.11	5.68
	чоловіки	18.00	3.74			
квазірефлексія	жінки	18.50	7.28	> 0.05	27.39	5.69
	чоловіки	16.00	4.90			

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.7, стать не впливає на вираженість різних типів рефлексії, а це означає, що чоловіки і жінки, перебуваючи в важкій життєвій ситуації, будуть рефлексувати таким чином, що ми вже розглянули вище, порівнюючи показники обстежуваних за типом ситуації.

Таблиця 3.8.

Середні оцінки за методикою «Диференціальний тип рефлексії» у чоловіків з різною актуальною життєвою ситуацією, які оцінюють її як важку

Показники рефлексії	Тип життєвої ситуації	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
системна рефлексія	ВСС	25.25	4.62	**< 0.001**	38.58	5.15
	СВН	27.07	6.62			
інтроспекція	ВСС	18.00	3.74	> 0.05	25.11	5.68
	СВН	17.93	4.74			
Квазі-рефлексія	ВСС	16.00	4.90	**0.008**	27.39	5.69
	СВН	22.20	4.78			

ВСС - важка сімейна ситуація; СВН - ситуація військового навчання

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.8, чоловіки, які переживають два різні типи кризової ситуації і оцінюють їх як суб'єктивно важкі, розрізняються за вираженістю системної рефлексії і квазірефлексії.

Іншими словами, люди, які перебувають у ситуації військового навчання, більшою мірою здатні абстрагуватися від зовнішніх обставин та звертати увагу на обставини та думки, пов'язані не з актуальною ситуацією.

3.1.4. Сенсожиттєві орієнтації людей, що у важких життєвих ситуаціях

Результати оцінки сенсожиттєвих орієнтацій людей, які потрапили у важку життєву ситуацію, у групах, сформованих залежно від типу ситуації та її суб'єктивної оцінки, представлені в таблицях 3.9-3.12.

Таблиця 3.9.

Середні оцінки за методикою СЖО у групах людей, які перебувають у різних життєвих ситуаціях

Показники СЖО	Тип життєвої ситуації	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Мета	ВСС	16.32	10.25	< **0.001**	32.90	5.92
	СВН	37.10	5.18			
Процес	ВСС	24.04	4.59	< **0.001**	25.46	4.30
	СВН	33.10	6.43			
Результат	ВСС	22.50	5.85	< **0.001**	31.09	4.44
	СВН	29.67	4.34			
ЛК Я	ВСС	16.46	4.00	< **0.001**	21.13	3.85
	СВН	23.60	4.16			
ЛК Життя	ВСС	23.82	4.07	< **0.001**	30.14	5.80
	СВН	35.50	5.46			
Загальний показник ОЖ	ВСС	93.86	8.41	< **0.001**	103.10	15.03
	СВН	116.80	17.11			

ВСС - важка сімейна ситуація; СВН - ситуація військового навчання

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.9, бали за окремими шкалами показників, які відповідають за сенсожиттєві орієнтації у людей, які переживають важку сімейну ситуацію нижче нормативних, тоді як у людей,

які перебувають у ситуації військового навчання всі шкали, крім шкали «Результат», лежать вище за нормативні. А це означає, що сенсожиттєві орієнтації людей, які переживають важка сімейна ситуація, або спочатку виражені слабше, або більше страждають.

При цьому важливо відзначити, що бали за шкалою «Результат», що виявилися нижчими за нормативні курсанти, можуть бути пов'язані з ситуацією військового навчання, коли результати діяльності людей схильні до зовнішніх, часто негативних оцінок з боку командування.

У цілому нині, що склалася картині відповідає ще й те що, що у всіх показниками в людей, які переживають важку сімейну ситуацію, бали статистично достовірно нижчі, ніж в людей, які переживають ситуацію військового навчання. Деталізований погляд на другу вибірку, щодо сформованої за цією ознакою суб'єктивної оцінки актуальної життєвої ситуації, що переживається, показав такі результати.

Як можна бачити в наведеній таблиці 3.10, загалом, за шкалами «Цілі», «Процес», «Локус контролю я», «Локус контролю життя», а також за загальним показником, в обох вибірках курсантів бали вищі за нормативні. При цьому, за шкалою «Результат» у курсантів, які оцінюють СВО актуальну життєву ситуацію як важку, бали нижчі за нормативні. Тобто ми можемо говорити про те, що найбільш складно в плані формулювання та досягнення власних результатів людям, які суб'єктивно оцінюють СВО життєву ситуацію як важку.

Якщо говорити про порівняльний аналіз, то ми виявляємо, що за шкалами «Процес», «Результат», «Локус контролю я», а також за загальним показником сенсожиттєвих орієнтацій у курсантів, які оцінюють свою актуальну ситуацію як важку, оцінки статистично достовірно нижчі, ніж у курсантів, які не мали скарг на свою актуальну ситуацію.

Таблиця 3.10.

Середні оцінки за методикою СЖО у групах респондентів з різною суб'єктивною оцінкою проблеми життєвої ситуації

Показники СЖО	Суб'єктивна проблема проблеми	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Мета	ні	38.73	3.92	> 0.05	32.90	5.92
	так	35.47	5.87			
Процес	ні	35.80	4.16	**0.019**	25.46	4.30
	так	30.40	7.26			
Результат	ні	31.67	2.92	**0.009**	31.09	4.44
	так	27.67	4.69			
ЛК Я	ні	25.13	2.26	**0.041**	21.13	3.85
	так	22.07	5.06			
ЛК Життя	ні	37.33	4.89	> 0.05	30.14	5.80
	так	33.67	5.54			
Загальний показник ОЖ	ні	123.73	11.15	**0.024**	103.10	15.03
	так	109.87	19.47			

Це свідчить про те, що у разі усвідомлення свою життєвої ситуації як суб'єктивно важкої відбувається активне занурення у процес проживання життя, готовність досягати поставленої мети, відчуття контролю та відповідальності над собою, а також сенсожиттєві орієнтації, загалом, порушуються.

Як можна бачити з наведеної нижче таблиці 3.11, жінки та чоловіки, які переживають важку сімейну ситуацію, не розрізняються за показниками смислових орієнтацій.

Таблиця 3.11.

Сенсожиттєві орієнтації чоловіків і жінок, які переживають труднощі у сімейних відносинах

Показники СЖО	Пол	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Мета	жінки	22.85	5.81	> 0.05	32.90	5.92
	чоловіки	21.63	6.26			
Процес	жінки	23.60	5.21	> 0.05	25.46	4.30
	чоловіки	25.13	2.42			
Результат	жінки	22.85	5.81	> 0.05	31.09	4.44
	чоловіки	21.63	6.26			
ЛК Я	жінки	16.45	4.06	> 0.05	21.13	3.85
	чоловіки	16.50	4.11			
ЛК Життя	жінки	24.75	3.51	> 0.05	30.14	5.80
	чоловіки	21.50	4.69			
Загальний показник ОЖ	жінки	94.05	9.20	> 0.05	103.10	15.03
	чоловіки	93.38	6.52			

Як бачимо з наведеної таблиці 3.12, різницю між чоловікам двох вибірок, оцінюють своюю актуальну життєву ситуацію як важку, загалом повторюють характерну для вибірки закономірність - показники смисложиттєвих орієнтацій курсантів, загалом, статистично достовірно вище, ніж в чоловіків, котрі переживають сімейну кризу.

Винятком є показник “Процес”, яким немає значних відмінностей, що може бути пов'язані з психологічними захистами і копінг-стратегіями людей, які їм доводиться застосовувати у різних ситуаціях.

Таблиця 3.12.

Середні оцінки за методикою СЖО у групах чоловіків з різним типом життєвої ситуації, які оцінюють її як важку

Показники СЖО	Тип жизненной ситуации	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Мета	ВСС	12.63	7.56	**< 0.001**	32.90	5.92
	СВН	35.47	5.87			
Процес	ВСС	25.13	2.42	> 0.05	25.46	4.30
	СВН	30.46	7.26			
Результат	ВСС	21.63	6.26	**0.016**	31.09	4.44
	СВН	27.67	4.69			
ЛК Я	ВСС	16.50	4.11	**0.014**	21.13	3.85
	СВН	22.07	5.06			
ЛК Життя	ВСС	21.50	4.69	**< 0.001**	30.14	5.80
	СВН	33.67	5.54			
Загальний показник ОЖ	ВСС	93.38	6.52	**0.031**	103.10	15.03
	СВН	109.87	19.47			

ВСС - важка сімейна ситуація; СВН - ситуація військового навчання

3.1.5. Життєстійкість людей, які перебувають у важких життєвих ситуаціях

Результати оцінки життєстійкості людей, які потрапили у важку життєву ситуацію, у групах, сформованих залежно від статі, типу ситуації та її суб'єктивної оцінки представлені у таблицях 3.13-3.16.

Таблиця 3.13.

Середні оцінки тесту життєстійкості в групах з різним типом життєвої ситуації

Шкали жииттєстійкості	Тип життєвої ситуації	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Залучення	ВСС	30.93	7.84	< **0.001**	37.64	8.08
	СВН	43.60	8.45			
Контроль	ВСС	24.75	7.17	< **0.001**	29.17	8.43
	СВН	38.77	7.58			
Прийняття ВСС	ВСС	13.36	3.11	< **0.001**	13.91	4.39
	СВН	17.83	3.47			
Життєстійкість	ВСС	69.04	13.32	< **0.001**	80.72	18.53
	СВН	100.20	18.26			

ВСС - важка сімейна ситуація; СВН - ситуація військового навчання

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.13, оцінки життєстійкості за всіма шкалами у вибірки людей, які проходять військове навчання, вищі за нормативні, тоді як у людей, які переживають важку сімейну ситуацію, ці оцінки нижчі за нормативні.

Крім того, порівняльний аналіз показує, що відмінності за всіма чотирма шкалами між двома аналізованими вибірками статистично достовірні, а це означає, що людям, які переживають важку сімейну ситуацію, складно відчувати свою активну залученість до оточуючих подій, їм складніше контролювати своє життя, і вони в меншою мірою готові до ризикових вчинків, що, зрештою, призводить до нижчої життєстійкості як такої.

Подальший аналіз розглядає порівняння з нормами та порівняльний аналіз вибірки курсантів залежно від усвідомлення проблеми своєї життєвої ситуації.

Таблиця 3.14.

Середні оцінки тесту життєстійкості у групах респондентів з різною суб'єктивною оцінкою проблеми життєвої ситуації

Шкали життєстійкості	Суб'єктивна проблема	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Залученість	ні	47.73	5.18	**0.005**	37.64	8.08
	так	39.47	9.19			
Контроль	ні	41.73	6.07	**0.029**	29.17	8.43
	так	35.80	7.96			
Прийняття ризику	ні	19.27	2.92	**0.021**	13.91	4.39
	так	16.40	3.46			
Життєстійкість	ні	108.73	12.99	**0.008**	80.72	18.53
	так	91.67	19.13			

Таблиця 3.15.

Середні оцінки тесту життєстійкості групах чоловіків і жінок, які переживають сімейну кризу

Шкали життєстійкості	Стать	M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Залученість	Ж	31.45	8.19	> 0.05	37.64	8.08
	М	29.63	7.23			
Контроль	Ж	24.15	7.21	> 0.05	29.17	8.43
	М	26.25	7.30			
Прийняття ризику	Ж	13.35	3.56	> 0.05	13.91	4.39
	М	13.38	1.69			
Життєстійкість	Ж	68.95	14.31	> 0.05	80.72	18.53
	М	69.25	11.35			

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.14, всі показники життєстійкості у курсантів, незалежно від суб'єктивного ставлення до ситуації вищі за нормативні, при цьому у разі несвідомості актуальної ситуації як важкої, спостерігаються статистично достовірно нижчі оцінки по всіх шкалах, що вивчаються.

Як можна бачити з представленої таблиці 3.15, стать не впливає на вираженість показників життєстійкості у людей, які переживають важку життєву ситуацію.

Таблиця 3.16.

Середні оцінки за методикою СЖО у групах чоловіків з різним типом життєвої ситуації, які оцінюють її як важку

Група		M	σ	p	Нормативні оцінки	
					M	σ
Залученість	ВСС	29.63	7.23	**0.016**	37.64	8.08
	СВН	39.47	9.19			
Контроль	ВСС	26.25	7.30	**0.016**	29.17	8.43
	СВН	35.80	7.96			
Прийняття ВСС	ВСС	13.38	1.69	**0.008**	13.91	4.39
	СВН	16.40	4.46			
Життєстійкість	ВСС	69.25	11.35	**0.031**	80.72	18.53
	СВН	91.67	19.13			

ВСС - важка сімейна ситуація; СВН - ситуація військового навчання

3.1.6. Дослідження ставлення обстежуваних до значимих понять за допомогою Колірного тесту відносин

Порівняльний аналіз відносин обстежуваних до значимих понять, залежно від типу важкої життєвої ситуації за допомогою непараметричного

критерію Хі-квадрат Пірсона не дав значних відмінностей щодо частот вибору кольорів до даних понять, а також по порядку вибору кольорів у процесі колірного вибору.

Це може означати, що тип важкої життєвої ситуації, стать і усвідомлення суб'єктивної проблеми цієї ситуації не впливає на ставлення до значимих понять.

3.1.7. Вивчення взаємозв'язку досліджуваних показників

За допомогою кореляційного аналізу ми вивчили значні взаємозв'язки між інтегральними показниками вираженості психопатологічних синдромів, сенсожиттєвих орієнтацій, життєстійкості, і рефлексії окремо групи людей, які переживають важку сімейну ситуацію, й у групі людей, які переживають ситуацію військового навчання. На рисунках 3.1 і 3.2 представлені кореляційні плеяди, що відображають статистично достовірні зв'язки між показниками, що вивчаються в залежності від типу важкої життєвої ситуації. У вибірці курсантів всього спостерігається 15 статистично достовірних зв'язків, їх 8 негативних і 7 позитивних. Найбільшу кількість зв'язків має інтроспекція, яка позитивно пов'язана з «Загальним індексом тяжкості симптомів» GST ($r=0.51$, $p=0.004$), з «Індексом готівкового симптоматичного дистресу» PDST ($r=0.46$, $p=0.010$) симптомів PST ($r=0.57$, $p=0.001$), та негативно з життєстійкістю ($r=-0.74$, $p<0.001$) та загальним показником смисложиттєвих орієнтацій ($r=-0.54$, $p=0.002$). При цьому системна рефлексія не пов'язана з жодним з показників. Квазірефлексія позитивно пов'язана з GST ($r=0.47$, $p=0.010$) та PDTS ($r=0.40$, $p=0.027$), і негативно - з життєстійкістю ($r=-0.56$, $p=0.001$). GST позитивно пов'язаний з PDST ($r=0.95$, $p<0.001$) і негативно - з життєстійкістю ($r=-0.79$, $p<0.001$) та загальним показником сенсожиттєвих орієнтацій ($r=-0.74$, $p<0.001$). PDST негативно пов'язаний з життєстійкістю ($r=-0.74$, $p<0.001$) та загальним показником смисложиттєвих орієнтацій ($r=-0.73$, $p<0.001$). PST негативно пов'язані з

життєстійкістю (r=-0.43, p=0.019). Життєстійкість позитивно пов'язана із загальним показником смисложиттєвих орієнтацій (r=0.83, p<0.001).

Все це показує, що в ситуації військового навчання вираженість психопатологічних симптомів, фіксованість на своїх переживаннях і відчуженість від реальності мають позитивні зв'язки один з одним і негативні - зі зв'язаними між собою сенсожиттєвими орієнтаціями та життєстійкістю, що вказує на зворотну залежність між вираженістю проблем та наявністю ресурсів для їх вирішення.

Крім того, важливо відзначити ізольованість системної рефлексії від інших показників, що може вказувати на відсутність глибокого осмислення своєї життєвої ситуації серед курсантів, що проходять військові збори. У вибірці людей, які переживають важку сімейну ситуацію, всього спостерігається 9 статистично достовірних зв'язків, із них 5 позитивні та 4 негативні. Найбільшу кількість зв'язків має системна рефлексія - вона позитивно пов'язана з інтроспекцією (r = 0.42, p = 0.026) і негативно - з "Загальним індексом тяжкості симптомів" GST (r = -0.49, p = 0.009), "Індексом готівкового симптому" (r = -0.49, p = 0.008) та загальною кількістю виявлених у обстеженого симптомів PST (r = -0.38, p = 0.049). Загальний показник сєнсожиттєвих орієнтацій немає достовірно значимих зв'язків коїться з іншими досліджуваними показниками. Інтроспекція позитивно пов'язана з квазірефлексією (r = 0.42, p = 0.025). «Загальний індекс тяжкості симптомів» GST позитивно пов'язаний з «Індексом готівкового симптоматичного дистресу» PDST (r=0.79, p<0.001) та загальною кількістю виявлених у обстеженого симптомів PST (r=0.89, p<0.001). PDST позитивно пов'язаний з PST (r = 0.52, p = 0.005) та негативно - з життєстійкістю (r = -0.38, p = 0.047).

Як можна бачити з усього розглянутого вище, переживання важкої сімейної ситуації характеризується, перш за все, включеністю системної рефлексії в переживання ситуації, причому, чим сильніше виражена психопатологічна симптоматика, тим складніше осмислювати свої обставини

з боку. У цьому життєстійкість і смысложизненные орієнтації здаються у цій структурі зв'язків більш ізольованими з інших, тоді як зв'язок між оцінками вираженості психопатологічної симптоматики зберігається.

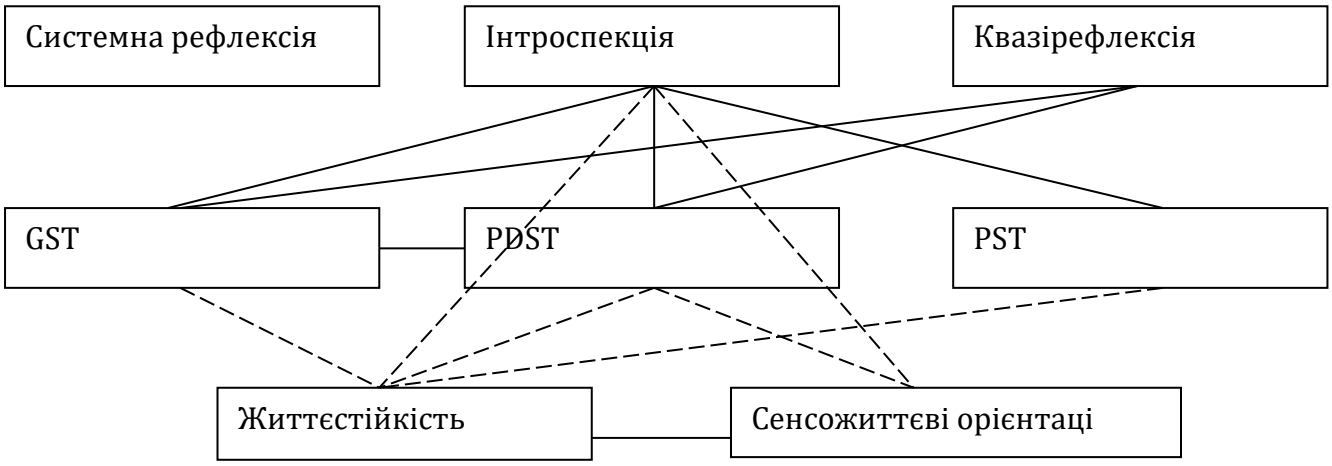

Рис. 3.1. Статистично достовірні взаємозв'язки показників на вибірці людей, які проходять військові збори.

Факторний аналіз був проведений за допомогою методу максимальної правдоподібності, факторні навантаження вираховувалися нами після використання Варімакс обертання з нормалізацією Кайзера. За критерієм згоди Хі-квадрат (Хі Квадрат = 127.303, p = 0.225) ми отримали $p < 0.05$, що означає, що факторна структура з 4 факторів є достатньою для факторизації даної сукупності змінних.

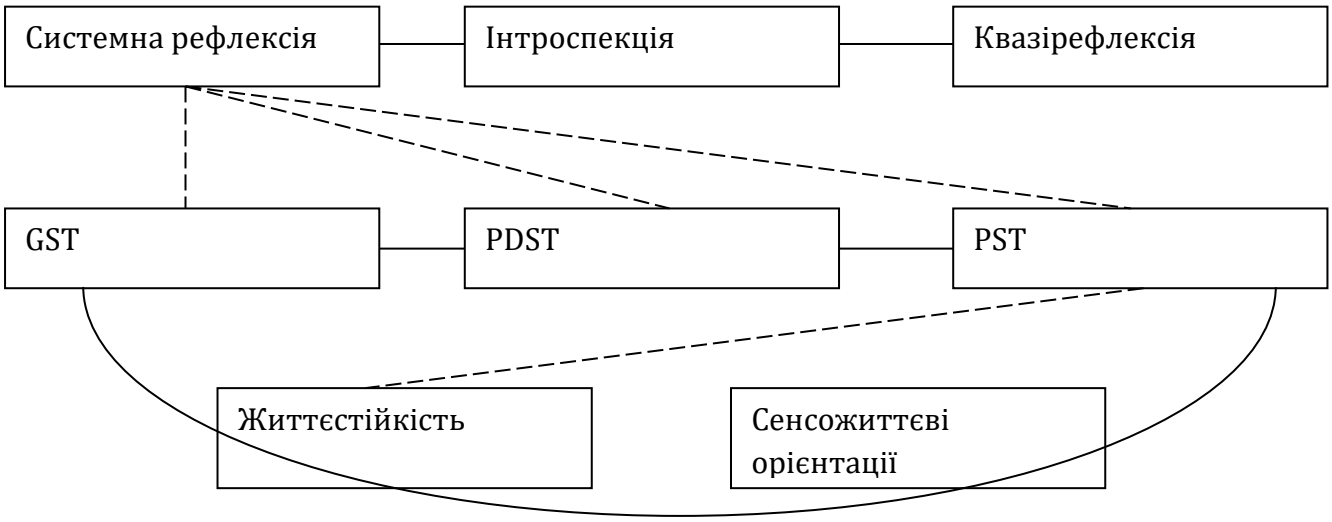

Рис. 3.2. Статистично достовірні взаємозв'язки показників на вибірці людей,

які переживають важку сімейну ситуацію.

Умовні позначення:

———————— - позитивний зв'язок

– – – – – – – – – - негативний зв'язок

Детальні результати факторного аналізу, а саме факторні навантаження по кожній із змінних, що увійшли в аналіз, представлені нами в таблиці 3.17.

Таблиця 3.17.

Результати факторного аналізу після обертання

	Фактори			
	1	2	3	4
Системна рефлексія	0.22	-0.07	-0.46	**0.59**
Інтроспекція	-0.29	**0.56**	0.06	0.45
Квазірефлексія	0.01	0.08	-0.04	**0.52**
SOM	-0.42	0.43	0.32	**-0.74**
OC	-0.28	**0.77**	0.26	-0.21
INT	-0.47	**0.53**	0.26	0.07
DEP	-.0.33	**0.62**	0.55	-0.03
ANX	-0.34	0.42	**0.71**	-0.16
HOS	-0.47	0.27	**0.66**	-0.18
PHOB	-0.30	0.32	**0.59**	-0.44
PAR	-0.35	**0.49**	0.32	-0.13
PSY	-0.45	0.22	**0.58**	-0.37
Залучення	**0.60**	-0.54	-0.37	0.14
Контроль	**0.66**	-0.41	-0.44	0.11
Прийняття ризику	**0.52**	-0.49	-0.23	-0.18
Цілі	**0.75**	-0.17	-0.25	0.57
Процес	**0.66**	-0.31	-0.40	0.07

Продовження таблиці 3.17

Результат	**0.67**	-0.31	-0.16	0.10
Локус контролю Я	**0.71**	-0.29	-0.37	0.15
Локус контролю Життя	**0.70**	-0.33	-0.32	0.30

Як можна бачити з наведеної таблиці 3.17, в результаті застосування факторного аналізу ми отримали факторну структуру, що складається з 4 факторів. Загалом дана факторна структура успішно пояснює 77.41% усієї дисперсії змінних, що вивчаються.

Перший фактор пояснює 57.28% загальної дисперсії і до нього входять такі змінні: залучення (власне значення = 0.602), контроль (0.656), прийняття ризику (0.519), цілі (0.749), процес (0.660), результат (0.670), локус контролю я (0.722) та локус контролю життя (0.703). Виходячи з суті змінних, що входять в даний фактор, ми назвали цей фактор «Ресурси особистості».

Другий фактор пояснює 11.22% загальної дисперсії і до нього увійшли наступні змінні: інтроспекція (0.556), «Обсесивність-компульсивність» OC (0.766), «Міжособистісна сензитивність» INT (0.534), «Депресія»3). PAR (0,490). Виходячи із суті змінних, що входять до нього, ми назвали цей фактор - «Проблеми мислення».

Третій фактор пояснює 4.74% загальної дисперсії і до нього увійшли такі змінні: «Тривожність» ANX (0.710), «Ворожність» HOS (0.660), «Фобічна тривожність» PHOB (0.590), «Психотизм» PSY (0.584). Цей фактор був названий «Емоційні проблеми» виходячи з змінних, що входять до нього.

Четвертий фактор пояснює 4.17% загальної дисперсії і до нього увійшли такі змінні: системна рефлексія (0.587), квазірефлексія (0.524), «Соматизація» SOM (-0.737). Цей чинник був названий «Сприйняття себе» виходячи з змінних, що входять до нього. Наочніше отримана факторна структура представлена рис. 3.3.

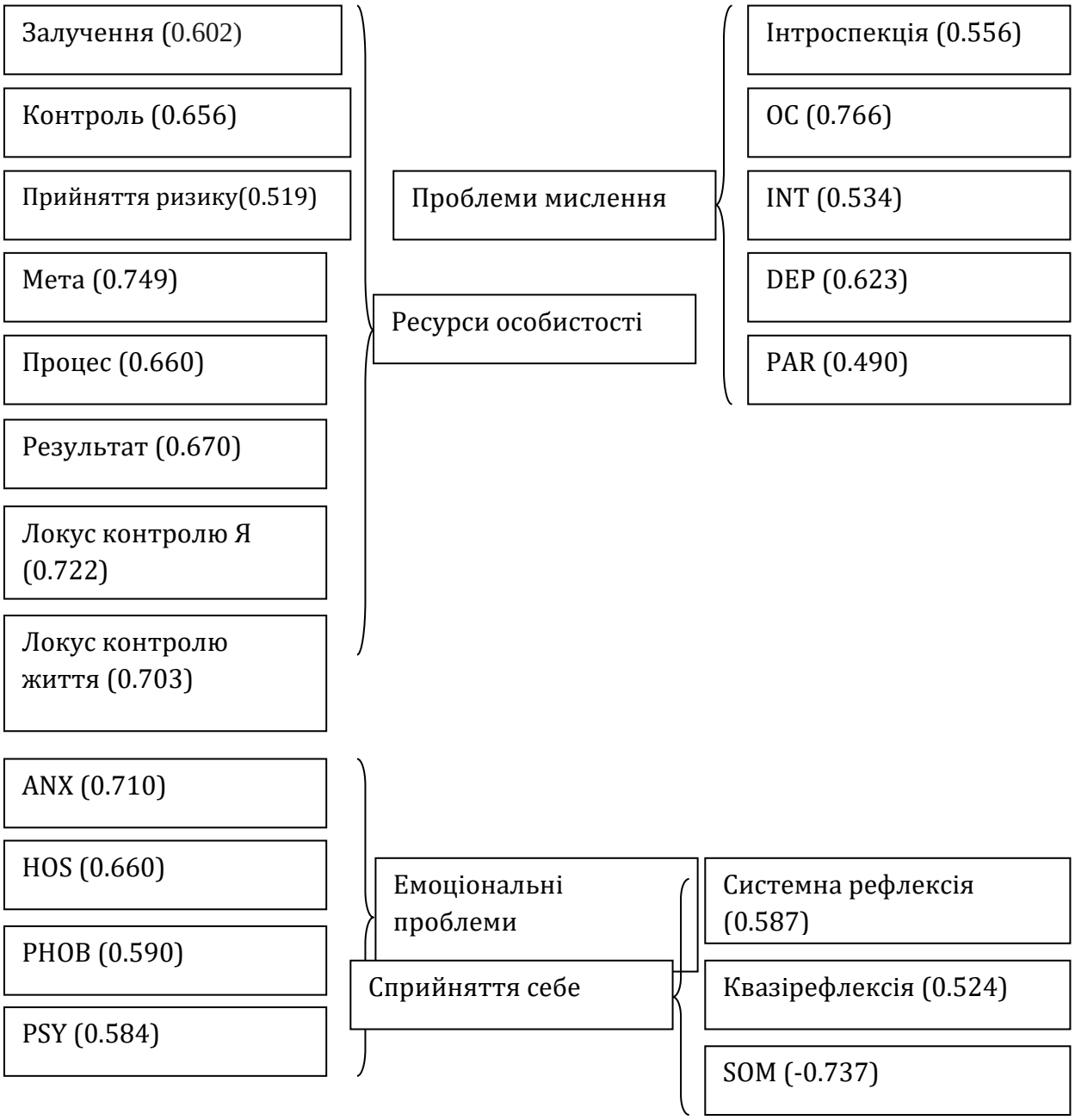

Рис. 3.3. Результаты факторного аналізу після обертання.

3.2. Обговорення результатів дослідження

Таким чином, спираючись на результати нашого дослідження, ми спостерігаємо таку картину. По-перше, ми спостерігаємо, що важка сімейна ситуація, більш тривала за часом і зачіпає старших людей, переживається останніми набагато важче - у таких людей у запасі менше ресурсів, їм складніше аналізувати свій стан, а також цей стан супроводжується більш

вираженою психопатологічною симптоматикою. При цьому людям у таких ситуаціях легше усвідомлювати свій стан, і дивитися на себе збоку у разі, коли їхня психопатологічна симптоматика виражена найменше.

Для людей, які проходять військове навчання, ми бачимо зовсім іншу картину. На перший погляд, їм легше справлятися з ситуацією, що склалася, у них достатньо ресурсів і їх психопатологічна симптоматика виражена слабше, а між показниками виражені позитивні зв'язки всередині блоків проблеми і ресурси, між якими, в свою чергу, встановлюються сильні негативні зв'язки. У той самий час суб'єктивне ставлення до ситуації відіграє тут важливу роль - якщо людина в ситуації військового навчання оцінює свою актуальну ситуацію як важку, у неї менше ресурсів щодо життєвих смислів, але у них сильніше проявляється життєстійкість, тоді як і психопатологічна симптоматика щодо мислення та емоційного стану виражена сильніше.

В цілому, ми можемо говорити про те, що всі вивчені нами показники поділяються на показники, пов'язані з ресурсами, та показники, пов'язані з проблемами, причому останні розпадаються на три фактори, близькі до когнітивної, емоційної та поведінкових сфер психіки. Іншими словами, у структурі переживання важкої життєвої ситуації ми спостерігаємо включення ресурсів, а також проблеми, пов'язані з когнітивною, емоційною та поведінковою реакціями людини, яка переживає цю скрутну ситуацію.

Якщо звернутися до поставлених на початку цього дослідження гіпотез, то ми спостерігаємо, що дві з чотирьох гіпотез знаходять своє підтвердження. Дійсно, ми спостерігаємо що тип важкої життєвої ситуації та суб'єктивне ставлення до важкої життєвої ситуації обумовлює як вираженість психопатологічних симптомів, тобто психічне здоров'я, так і сенсожиттєві орієнтації, життєстійкість та тип рефлексії. Однак ці два важливі для переживання важкої життєвої ситуації фактори не впливають на ставлення людей до значних понять, які ми вимірювали за допомогою колірного тесту відносин. Крім того, вплив статі обстежуваних на різницю за даними

показниками виявився незначним.

Висновки до третього розділу

Показники психічного здоров'я людей різняться залежно від важкої життєвої ситуації та суб'єктивного ставлення цих людей до актуальних життєвих обставин, зокрема, психопатологічна симптоматика виявляється сильніше вираженою у важкій сімейній ситуації, а також при усвідомленні своєї актуальної життєвої ситуації як важкої. При цьому дані показники більшою мірою залежать від ситуації, ніж її суб'єктивної оцінки обстежуваних і гендерного фактора.

Системна рефлексія, інтроспекція і квазірефлексія людей, які перебувають у важкій життєвій ситуації, залежить її типу, що виявляється у тому, що у важкій сімейній ситуації у респондентів усі три типи рефлексії виражені слабше, ніж за ситуації військового навчання. Тобто, рефлексія виражена слабше у разі більш затяжної та нестабільної за часом події. Суб'єктивне ставлення до актуальної ситуації не пов'язане з вираженістю рефлексії. У цьому виявлено залежності вираженості рефлексії від гендерної власності.

На сенсожиттєві орієнтації людей у важкій життєвій ситуації впливає як тип важкої життєвої ситуації, так і суб'єктивне ставлення до такої ситуації. Це виявляється у тому, що в людей, які переживають важку життєву ситуацію, і в курсантів, сенсожиттєві орієнтації виражені слабше, ніж у курсантів, які не оцінюють свою актуальну життєву ситуацію як важку. При цьому показники сенсожиттєвих орієнтацій більшою мірою залежать від типу ситуації, ніж її суб'єктивної оцінки респондентів і гендерного фактора.

На життєстійкість людей важкої життєвої ситуації впливає як тип важкої життєвої ситуації, і суб'єктивне ставлення до такої ситуації. Люди, які переживають важку сімейну ситуацію, характеризуються меншим рівнем життєстійкості, тоді як курсанти, які оцінюють свою актуальну життєву

ситуацію як складну, відрізняються від курсантів, чиє суб'єктивне ставлення до важкої життєвої ситуації інше - в останніх життєстійкість також виражена слабкіше. Однак ці показники більшою мірою залежать від типу ситуації, ніж від її суб'єктивної оцінки обстежуваних та гендерної приналежності.

У цілому проведене дослідження виявило, що найбільш суб'єктивно ситуацією, що важко переживається, виявилися труднощі в сімейних відносинах. Суб'єктивне ставлення людей до значних понять залежить від типу ситуації, суб'єктивного ставлення до неї чи статі.

ВИСНОВКИ

Загалом наша робота була присвячена дослідженню взаємозв'язку рівня психічного здоров'я та особистісних характеристик людей у важких життєвих ситуаціях. В рамках цього дослідження ми порушували питання про те, як досліджувати взаємозв'язок рівня психічного здоров'я та особистісних характеристик у людей у важких життєвих ситуаціях.

У рамках першого розділу ми розглянули питання про те, що в сучасній психології розуміється під психологічним здоров'ям, які дані має сучасна психологія особистості і які знання ми маємо про те, які бувають психологічні кризи, і що з ними робити. Отримавши відповіді на ці питання, ми змогли визначитися з теоретичною складовою нашого дослідження, визначити основні компоненти особистості, пов'язані з переживаннями важкої життєвої ситуації, а саме захисні механізми та копінг-стратегії, розглянули питання, яке місце у структурі психологічного здоров'я займає поняття стресу та як людина може реагувати на нього і яким чином справлятися з нею та її наслідками. Крім того, ми розглянули питання про те, чим є психологічна життєва криза, які можливі шляхи виходу з психологічного стану, що супроводжує життєву кризу.

У другому розділі ми визначилися з вибіркою нашого дослідження, а також представили для розгляду весь набір методик, які ми використовували у нашому дослідженні. Ми навели докладні дані про нашу вибірку, а також вказали особливості процедури нашого дослідження, починаючи від особливостей збору дослідницьких даних до процедури обробки даних, а саме опису методів кількісного та якісного аналізу.

У третьому розділі ми докладно представили результати нашого дослідження - починаючи від описових таблиць та таблиць нормативних значень і закінчуючи схемами, що відображають результати кореляційного та факторного аналізу. Крім того, у третьому розділі ми навели опис результатів якісного та кількісного аналізів, а саме порівняльного аналізу, кореляційного

аналізу та факторного.

За підсумками нашого дослідження ми можемо говорити про те, що наші гіпотези про характер переживання важкої життєвої ситуації, стан психічного життя людей, які переживають такі життєві ситуації, а також про взаємозв'язок порушення психічної адаптації та особливостей особистості людини, що переживає важку життєву ситуацію, знайшли підтвердження.

Отримані нами результати дослідження можна використовувати як для розвитку наукового знання про природу кризових станів та супутніх змін роботи людської психіки, так і для практичної роботи кризового психолога. Також отмані дані можна використовувати як у роботі з людьми, що переживають важку життєву ситуацію протягом порівняно невеликого відрізка життя, так і при роботі з тими, для яких важка ситуація виявляється тривалою та стає частиною життя.