



## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ОСІБ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ.....	7
1.1. Копінг як психологічний феномен у науковій літературі .....	7
1.2. Сім'я як соціально-психологічний ресурс для осіб з психічним розладом.....	27
1.3. Основні клінічні прояви обсесивно-компульсивного розладу.....	35
Висновки до розділу I.....	40
РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ОСІБ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ.....	42
2.1. Підходи до дослідження копінг-поведінки особистості .....	42
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження особливостей копінг-поведінки референтних родичів осіб з ОКР .....	50
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів .....	64
Висновки до розділу II.....	89
РОЗДІЛ III РОБОТА ПСИХОЛОГА З РОДИЧАМИ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ .....	91
3.1. Підходи до роботи з членами сімей хворих на психічні розлади .....	91
3.2. Програма психологічної інтервенції.....	94
Висновки до розділу III.....	101
ВИСНОВКИ.....	103
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	107
ДОДАТКИ.....	119

## ВСТУП

Актуальність проблеми дослідження. На сучасному етапі питання психічного здоров'я відноситься до числа найбільш серйозних та актуальних, що постає перед багатьма країнами, оскільки в той чи інший період життя проблеми психічного здоров'я виникають у кожній четвертій людини у світі. Психічне захворювання одного з членів родини стає складним викликом для сім'ї, яка доволі часто стикається з неготовністю до відповідальності у вирішенні проблем пов'язаних з хворобою. Наявність психічного діагнозу є причиною значних змін у функціонуванні сім'ї, що має прояв у вигляді посилення напруженості в родинній атмосфері, комунікації, порушенні звичного укладу життя, появі екзистенційних переживань, посиленні тривоги і страхів у членів родини.

В Україні на даний час референтні родичі виконують важливу функцію соціальної підтримки для пацієнтів з психічними розладами, надаючи допомогу і турботу під час прогресування хвороби, витримуючи наслідки захворювання та лікування. Високий рівень відповідальності зумовлює максимальне залучення особистісних адаптаційних можливостей кожного члена родини як необхідного психосоціального ресурсу сім'ї в цілому як середовища, в якому проживає хворий. Родини хворих, в свою чергу, проходять послідовність психологічних реакцій як відповідь на появу психічного захворювання близької людини. Поєднання стадії реагування членів сім'ї та перебігу психічного розладу формує характер родинних взаємовідносин під час лікування та адаптації хворого. Психічне захворювання спричинює порушення гомеостазу сімейної системи, і ігнорування виникаючих у зв'язку з цим змін може нівелювати зусилля лікарів у боротьбі з хворобою внаслідок упередженого ставлення та стигмою членів родини, неправильним відношенням. Тому саме сім'я має істотний як позитивний, так і негативний вплив на соціальне функціонування хворого та

якість його життя. Необхідно зазначити, що однією з найбільших проблем, з якою стикаються як психічнохворі особи так і їх родини є стигматизація та недостатня поінформованість щодо психічного розладу, що перешкоджає процесам їх адаптації. Саме тому актуальним є питання створення системи заходів психосоціальної підтримки для сімей, які піклуються про психічнохвору особу.

Дослідженням сім'ї, в якій проживає людина з психічним захворюванням займалися такі сучасні науковці як А. І. Цапенко, Д. М. Шанаєва, І. Я. Гурович, Н. Д. Семенова, С.Гіллард та ін. На теперішній час в нашій країні присвячена невелика кількість наукових досліджень в даному напрямку. Особливості стрес-долаючої поведінки референтних родичів осіб, що страждають на психічні розлади, в останні роки вивчались такими українськими вченими як А. О. Камінська, Н. Г. Пшук. Наслідок недостатнього приділення уваги даному питанню в Україні проявляється у відсутності відповідних психоосвітніх програм та систем психокорекційних заходів для референтних родичів осіб, що страждають на психічні розлади, які б мали наукове підґрунтя.

Об'єкт дослідження: феномен копінг-поведінки.

Предмет дослідження: копінг-поведінка референтних родичів осіб з obsесивно-компульсивним розладом.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості копінг-поведінки референтних родичів осіб з obsесивно-компульсивним розладом.

Завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу з обраної тематики, а саме:
  - проаналізувати копінг-поведінку як психологічне явище на основі існуючих теоретичних підходів;
  - розглянути сім'ю як важливий соціально-психологічний ресурс для осіб з психічним розладом;
  - визначити основні клінічні прояви ОКР.

2. Організувати та провести емпіричне дослідження особливостей копінг-поведінки референтних родичів осіб з obsесивно-компульсивним розладом.
3. Проаналізувати та інтерпретувати отримані дані.
4. Розробка корекційної програми для референтних родичів осіб з ОКР.

Методологічні та теоретичні основи дослідження: роботи, присвячені вивченню копінг-поведінки та копінг-стратегії таких дослідників як Р. Лазарус, С. Фолкман, С. Гобфолл, М. Замишляєва, Т. Крюкова, О. Куфтяк, Н. В. Родіна, С. Нартова-Бочавер, А. В. Лібіна та ін.

З метою реалізації поставлених завдань було застосовано наступні методи:

1. Теоретичний - аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, розкриття сутності та визначення базових понять досліджуваної проблеми.
2. Психодіагностичний, а саме застосування наступних методик:
  - 1) Опитувальник копінг-стратегій (WCQ) Р. Лазаруса, С. Фолкмана (в адаптації Т. Крюкової, О. Куфтяк, М. Замишляєвої);
  - 2) Методика «Аналіз сімейної тривоги»;
  - 3) Тест диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальник САН;
  - 4) Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімета (в адаптації В. Ялтонського, Н. Сироти);
  - 5) Опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3 / Тест Олсона).
3. Математико-статистична обробка даних, шляхом застосування відповідних методів.

Теоретична значущість роботи: вивчення соціально-психологічних детермінант копінг-поведінки референтних родичів осіб з ОКР; застосування методології структурно-функціонального та системного підходів для визначення основних форм копінг-поведінки референтних родичів осіб з ОКР.

Практична значущість роботи полягає в обґрунтуванні підходів та системи методів спрямованих на визначення копінг-поведінки референтних родичів осіб з ОКР. Результати дослідження є важливими для розробки відповідної психоосвітньої програми та системи психокорекційних заходів для референтних родичів осіб, що страждають на психічні розлади.

## РОЗДІЛ І

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ОСІБ З ОБСЕСИВНО- КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

#### 1.1. Копінг як психологічний феномен у науковій літературі

Поняття «копінг» вперше з'явилося у науковій літературі у 1962 році і застосований Л. Мерфі у своїх дослідженнях засобів подолання дітьми вікових криз. Вчена позначила даним терміном прагнення індивіда вирішити певну проблему та зазначала, що з одного боку, така поведінка є природженою, а з іншого є набуттям досвіду [86].

Надалі термін «копінг» застосовувався у дослідженнях психологічного стресу та розглядався як спосіб подолання стану «життєвого випробування», при якому звичні та автоматичні відповіді недосяжні, внаслідок чого попередні поведінкові моделі мають бути видозмінені задля подолання стресової ситуації. У 1966 році була опублікована робота Р. Лазаруса «Психологічний стрес і копінг-процес». В даній праці вчений розглядає копінг як центральну ланку стресу в якості стабілізуючого фактору, що допомагає особистості підтримувати психосоціальну адаптацію під час впливової дії стресу. Р. Лазарус розуміє під поняттям «копінг» засіб психологічного захисту від психотравмуючих подій, що впливають на поведінку людини [75; 76].

Термін «coping» походить від англійського дієслова «to cope», що перекладається як «опанувати, долати, витримати». В українській психологічній літературі ще не існує одностайно прийнятої форми перекладу даного поняття, але є такі різновиди як «долаюча поведінка» або «поведінка подолання», «опановуюча поведінка» або «опанування», та англійське запозичення «копінг-поведінка». Зокрема, дослідниця Н. Є. Водоп'янова відзначає, що проблема протистояння стресу має найширше відображення

саме в понятті «копінг», оскільки воно змістовно розкриває різні форми активності людини, застосованих для додання стресових станів та дезадаптації, охоплюючи усі типи взаємодії суб'єкта з задачами внутрішнього або зовнішнього характеру, із складнощами, які потребують вирішення, взяття їх під контроль, уникнення або пом'якшення [10]. В даній роботі вирішено застосовувати термін копінг-поведінка та україномовні варіанти «поведінка подолання» або «долаюча поведінка», «опановуюча поведінка» або «опанування» як синоніми даного поняття.

За останні роки питанню додання тяжких життєвих ситуацій присвячено достатня кількість психологічних досліджень. Дана проблематика активно вивчається в розрізі професійної і навчальної діяльності, в сфері дитячо-батьківських стосунків, в період складних соціально-політичних ситуацій, при подоланні хвороб, на різних стадіях онтогенезу. Вчені Н. В. Родіна, В. В. Абрамов, Є. В. Бітюцька, А. Л. Журавльова, Н. Є. Водоп'янова, Т. Л. Крюкова, О. О. Сергієнко, в своїх роботах представляють комплексний підхід щодо досліджень копінг-поведінки та стресу. Науковці О. О. Сергієнко, А. Л. Журавльова та Т. Л. Крюкова в своїх роботах систематизовано викладають теоретико-експериментальні розробки, методологію досліджень копінг-поведінки, її співвідношення з психологічними захистами та суб'єктивними чинниками особистості. Праці сучасних дослідників присвячені аналізу різних аспектів копінг-поведінки особистості. В контексті батьківсько-дитячих взаємовідносин розкриття даної тематики проведено такими дослідниками як О. О. Єкимчук, Т. В. Гуштіна, М. С. Голубєва, Н. О. Белорукова, К. Л. Калугіна, Є. В. Куфтяк, О. Б. Подобіна, Є. А. Петрова, В. І. Шебанова, Т. М. Яблонська, М. В. Сапоровська та інші. Дослідження копінг-поведінки з фокусом на деструктивність взаємовідносин в парі присвячено роботи Т. П. Григорової, Н. С. Шипової, О. В. Куфтяк та інших. Дослідники М. С. Замишляєва, Т. М. Попова, А. А. Сімак, С. А. Хазова, Р. М. Грановська, В. І. Шебанова, І. М. Нікольська висвітили в своїх працях особливості

дитячих копінг-стратегій. Особливості копінг-стратегії студентів та викладачів розкрито в дослідженнях В. В. Пічуріна, З. Б. Кучини, О. І. Прихидько, Н. Ю. Волянюк, І. О. Корнієнко та інших. Приділено увагу вивченню особливостям копінг-поведінки правоохоронних органів і протипожежної служби у дослідженнях К. М. Пономаренко, О. І. Склень, О. М. Ашаніної, І. Б. Лебедевої, О. М. Ічанської та інших.

У працях Ю. А. Александровського [3], Р. Х. Мооса, К. Дж. Холахена, [72]; Е. Л. Носенко, К. П. Кутового, І. Ф. Аршави [23]; А. Антоновського [50], С. Лосойі, Р. Фейбза, Н. Айзенберга [79]; Є. І. Чехлатого, Л. А. Китаєв-Смика [23]; К. Туомі, Р. Хуухтанена, Дж. Сейтсамо [105]; А. М. Родрігеса, С. П. Гарселана [93] зазначено, що при недостатньому розвитку конструктивних форм поведінки додання зростає патогенність життєвих подій, які можуть стати «пусковим механізмом» виникнення психосоматичних та інших захворювань.

Науковцями копінг аналізується як діяльність особистості, направлену на збереження або підтримку балансу між вимогами середовища та ресурсами людини, відповідно до даних вимог. Основним психологічним призначенням копінгу є адаптивна функція, яка реалізується в спроможності індивіда пристосуватись до вимог проблемної ситуації, опанувати чи ослабити їх. Головне завдання копінгу у забезпеченні та підтримці благополуччя індивіда, його фізичного та психічного здоров'я, отриманні задоволеності від соціальних взаємовідносин. На теперішній час при дослідженні проблеми додання тяжких ситуацій крім терміну «копінг-поведінка» застосовуються також такі поняття як «копінг-ресурси», «копінг-стратегії», «активний копінг», «пасивний копінг», «копінг-механізми», «копінг-превенція» тощо. Проте, саме узагальнюючий термін «копінг» об'єднує і емоційні, і когнітивні, і поведінкові стратегії особистості, які вона застосовує для опанування проблемних подій життя.

В якості копінг-поведінки Р. Лазарус та С. Фолкман розглядають сукупність гнучких та динамічних поведінкових, когнітивних зусиль

особистості, направлених на додання проблемних життєвих ситуацій, які перевершують існуючі адаптаційні ресурси індивіда [77]. Ф. Василюк в якості складових копінг-поведінки розглядає копінг-ресурси індивіда, і характеризує їх як відносно стійкі характеристики людини, що сприяють розвитку засобів для додання стресу [9]. Варто зазначити, що термін «копінг-поведінка» вживається для опису властивих способів поведінки особи у важких ситуаціях, засобів спрямованих на розуміння і опанування її вимог. Реалізується дана поведінка за допомогою певних поведінкових стратегій, в основі котрих лежать внутрішні (особистісні) і зовнішні (оточення) копінг-ресурси. Копінг-стратегії згідно теорії опанувальної поведінки розглядаються як актуальні відповіді індивідуума на небезпеку і те, як дана загрозна ситуація сприймається та інтерпретується; а також як модель поведінки особистості при вирішенні проблеми з метою управління зовнішніми і внутрішніми вимогами, що оцінюються людиною як випробувальні. Відносна стабільність навколишнього середовища та властивостей індивідуума забезпечують психологічний фон для подолання проблемної ситуації, тим самим підтримуючи розвиток копінг-стратегій, і визначаються як копінг-ресурси [88].

Отже, реалізація копінг-поведінки відбувається за рахунок обраних копінг-стратегій на основі особистісних копінг-ресурсів. Сукупність певних стратегій особистості формують відповідні стилі копінг-поведінки, серед яких виокремлено наступні:

- проблемно-орієнтований – даний стиль направлений на раціональний аналіз проблемних ситуацій, включаючи розробку та виконання плану задля вирішення кожної конкретної проблеми;
- емоційно-орієнтований – для даного стилю притаманне емоційне реагування на стресову подію, проте відсутні конкретні вчинки для подолання проблеми;

- орієнтований на уникнення – даний стиль характеризується соціальним відстороненням та відсутністю конкретних дій для вирішення проблемної ситуації.

Частина вчених підгрунтям стилів копінг-поведінки вважають дієві копінг-стратегії, основними серед яких є «вирішення проблеми», «пошук соціальної підтримки», «уникнення» ( С. Фолкман, Р. Лазарус, І. Корнієнко, Дж. Амірхан, В. Абабков, М. Перре, Д. Тері ) [1; 24; 25; 90; 104]. Однак науковці наголошують, що не існує універсальних та ефективних для всіх проблемних ситуацій стратегій. Вибір продуктивних засобів опанування обумовлений особистісними характеристиками індивідуума, його ресурсами, а також параметрами проблемної події, у якій опинилась людина. До внутрішніх копінг-ресурсів відносять порівняно стабільні особистісні властивості такі як Я-концепція, локус контролю, сприйняття соціальної підтримки, емпатія та ін. До зовнішніх копінг-ресурсів відносять соціальні зв'язки, які підтримують розвиток копінг-стратегій, пошук соціальної підтримки або уникнення.

Існують різні погляди на ефективність копінг-стратегій. Дослідники М. Замишляєва, Т. Крюкова, С. Нартова-Бочавер [13; 19; 28] зазначають, що копінг-стратегії можна віднести як до продуктивних (або функціональних), так і до непродуктивних (або дисфункціональних). Науковиця А. Лібіна підкреслює, що обов'язковою властивістю копінг-поведінки є її ефективність та корисність, а процес подолання визначає в якості адаптивних, цілеспрямованих і потенційно усвідомлених дій [27]. В своїх роботах Р. Лазарус висловлює альтернативну думку, а саме те, що копінг не завжди є корисним та ефективним; а продуктивність копінгу залежить від двох факторів, а саме: від реакції - відповіді на стресову подію та від контексту, в якому певна копінг-стратегія реалізується [26]. На думку дослідників Ш. Надірашвілі, Т. Пономаренко, Р. МакКрай, Н. Мельникової, Н. Родіної, С. Ченг та М. Чеунг вагомими критеріями адаптивності копінг-поведінки є гнучкість та різноманітність застосування копінг-стратегій залежно від

наявної проблеми, що, в свою чергу, сприяє швидшому вирішенню її [29; 30; 36; 39; 81].

Найбільш детально сучасні концепції копінг-поведінки проаналізовано у працях Н. В. Родіної [40]. Науковиця відзначає, що на теперішній час у психологічній науці не встановлено універсальних класифікацій типів копіngu і не визначено загальноновизнаного розуміння процесів подолання стресу. Вчена виділяє наступні концепції:

- трансакційна теорія;
- когнітивно-мотиваційно-міжособистісна теорія;
- теорія атрибуції мотивації й емоцій;
- ресурсні теорії;
- проактивні теорії.

Засновниками трансакційної теорії являються Г. Сельє та Р. С. Лазарус, які проводили свої дослідження з позиції когнітивно-міжособистісного підходу. У 1962 році Г. Сельє, запровадивши поняття «стрес», дав поштовх проведенню значної частини досліджень поведінки подолання, тісно пов'язуючи її із проблемою стресу. В якості стресу він розглядав неспецифічну, стереотипну, філогенетично давню реакцію організму людини у відповідь на різноманітні стимули середовища, які готують його до фізичної активності. У випадку якщо навантаження непомірні або соціальні умови не дозволяють реалізувати адекватну фізичну відповідь, то дані процеси можуть спричинити фізіологічні й навіть структурні порушення [100].

Видозмінення моделі стресу Г. Сельє почалось із публікацією книги Р. С. Лазаруса «Психологічний стрес і копінг-процес», в якій автор відводив центральну роль копіngu як стабілізуючому чиннику, що сприяє підтримці психосоціальної адаптації особистості в стресовій ситуації. Розроблена Р. С. Лазарусом трансакційна теорія стресу протягом наступних десятиліть розвивалась, переосмислювалась та доповнювалась. Дана теорія ґрунтується на таких поняттях як апіорні змінні, процеси медіації і результати, і стрес в

ній розуміється в термінах взаємовідносин особистості та середовища.

Трансакційна теорія розглядає реципрокні відносини особистості та середовища, які пов'язані між собою та набувають новітніх значень за допомогою оцінних процесів. Під когнітивним оцінюванням розуміється оцінка значення того, що відбувається у взаєминах між особистістю та середовищем, і належить до процесів медіації. Когнітивне оцінювання поділяється на первинне (тобто оцінка того, що відбувається і чи має це відношення стосовно індивіда) і вторинне (які копінг-механізми застосовує індивід у відповідь на стресову ситуацію), та переоцінка [87].

При первинному оцінюванні ситуація може розглядатись як індиферентна, тобто як така, що не стосується індивіда, як сприятливо-позитивна та як стресова. У випадку якщо ситуація оцінена як стресова, то далі вона може сприйматися як виклик, загроза або втрата. При цьому втрата належить до гострих стресорів, а виклик і загроза до хронічних стресорів.

При вторинному оцінюванні відбувається процес оцінки індивідом відповідних власних компетенцій, соціальної підтримки та інших ресурсів, необхідних для відповіді на стресор та відновлення рівноваги між особистістю та середовищем. Як стверджує Р. С. Лазарус, саме первинне і вторинне оцінювання мають вплив на інтенсивність, форму прояву стресу та на якість послідувочої реакції [77]. Схожі погляди мають і інші науковці, висловлюючи точку зору, згідно якої індивідуальна когнітивна оцінка характеризує кількість стресу, генерованого ситуацією, як «фільтр», що поляризує, підсилюючи чи послаблюючи значимість обставин події [106].

Після оцінювання подій особистість приступає до власне копінгу. У випадку неефективності копінгу вплив стресора зберігається і з'являється потреба нових спроб подолання. Таким чином, структура копінг-процесу має такі складові: сприйняття стресу, когнітивна оцінка, розробка стратегії подолання та оцінка результатів дій.

Трансакційна теорія поділяє копінг на два основних типи: копінг, орієнтований на вирішення проблеми (або когнітивний копінг) і копінг,

орієнтований на емоції. Умовно виділено також і третій тип - копінг, орієнтований на уникнення. Проблемно-орієнтований копінг спрямований на зміну проблемної ситуації через оволодіння контролем за допомогою прямих дій. Інші типи направлені значною мірою на обмірковування, ніж на спроби змінити взаємини між особистістю та середовищем. Згідно даної теорії копінг-поведінка залежно від застосованої копінг-стратегії може спричинювати збільшення стресу.

На думку вчених Р. Х. Моос, А. Дж. Біллінгз, К. Скулер, Л. А. Перлін копінг, що сфокусований на вирішення проблеми (або активний копінг), здатний понижати вплив від негативної дії як гострих життєвих ситуацій, так і стресових чинників довготривалої дії [60; 89]. Дослідники Р. Е. Мітчелл, Е. Дж. Менахен, Р. К. Кронкайт зазначають, що застосування людиною копіngu, орієнтованого на проблемі, супроводжується зниженням рівня депресії та прояву поточного дистресу. Також вчені підкреслюють, що і при копіngu, орієнтованого на емоції, і при копіngu уникнення, характерна більша вираженість депресії і збільшення ризику можливих проблемних наслідків надалі [84; 85].

Трансакційна теорія Р. С. Лазаруса отримала подальший розвиток в роботах сучасних вчених С. Шефера, Р. Х. Мооса, К. Дж. Холахена. Дана теорія є найбільш детально розробленою цілісною концепцією, проте дана модель копіngu залишає відкритими такі питання: чи існує ймовірність, що індивід зможе оволодіти новими компетенціями, що сприятимуть зростанню його копінг-потенціалу; чи можуть набуті навички подолання забезпечити психічне та фізичне здоров'я, позитивний емоційний досвід, почуття суб'єктивного благополуччя; чи відбудеться зміцнення особистісних та соціальних ресурсів індивіда після зіткнення з хронічними стресорами та кризовими подіями.

Когнітивно-мотиваційно-міжособистісна теорія акцентує увагу на емоційних станах [78]. Як і трансакційна, когнітивно-мотиваційно-міжособистісна теорія виділяє дві головні форми копінг-поведінки –

орієнтування на проблему і орієнтування на емоції. У даній теорії зазначається, що для кожної емоції існує дерево рішень, які містять в своєму складі до шести компонентів, а саме: три форми первинного і три форми вторинного оцінювання. Це сприяє створенню багатого і різноманітного когнітивного паттерну, що і відрізняє одну емоцію від іншої.

Р. С. Лазарус запропонував наступну робочу класифікацію емоцій:

1. Емоції, що виникають внаслідок первинного оцінювання, при якому мета вважається релевантною, однак не конгруентною. До них віднесено класичні негативні емоції, які мають відношення до ситуації загрози, при появі перешкод, при виникненні конфлікту між цілями, а саме: гнів, сум, провина-сором, занепокоєння-тривога, відраза, заздрість-ревності.

2. Емоції, що з'являються після первинного оцінювання, при якому мета сприймається як релевантна і конгруентна. До даних емоцій відносяться класичні позитивні емоції, що пов'язані з досягненням мети або з рухом до неї.

3. Граничні, тобто «проблематичні» емоції. Їх статус у кожному випадку не досить визначений. Дані емоції складаються з надії, жалю й естетичних емоцій [78].

За когнітивно-мотиваційно-міжособистісною теорією визначаються такі компоненти первинного оцінювання:

- релевантність мети, тобто наскільки зіткнення із стресором має відношення до особистих цілей;
- цільова конгруентність або не конгруентність, а саме наскільки взаємодія із стресором узгоджується чи ні з потребами індивіда;
- тип Его-залученості, тобто різні аспекти Его-ідентичності або особистих поглядів.

Виділяються три форми вторинного оцінювання:

- обвинувачення або довіра, а саме усвідомлення того, хто є відповідальним за фрустрацію;

- потенціал подолання, тобто чи здатний індивід розпоряджатися потребами в даній ситуації і яким чином він це здійснюватиме;
- майбутні очікування, а саме яким чином схильні протікати події – у бік більшої або меншої відповідності цілям.

Наступним елементом теорії є уявлення про емоцію як про процес, згідно якого емоція генерується протягом чотирьох стадій, а саме:

1) антиципація - пов'язана із попередженням індивіда про шкоду або користь у майбутньому, та, певним чином, пов'язана з тривогою та антиципаторним копінгом – сильним адаптаційним інструментом;

2) провокація - передбачає наявність будь-яких епізодів, які змінюють взаємини «індивід – навколишнє середовище» у бік шкоди або користі;

3) розгортання - дана стадія починається після емоційної реакції, що визначає межі її протікання, і залежить від інших емоційних реакцій та реакцій подолання, так як вони перебувають в реципрокних відносинах з процесом розгортання;

4) результат - дана стадія в емоційному процесі визначає емоційний стан, який починається з когнітивного оцінювання ситуації.

К. Л. Чек і Е. Дж. Кініцькі у межах когнітивно-мотиваційно-міжособистісної теорії здійснили ряд досліджень [94]. Одним з яких було дослідження взаємозв'язку первинного оцінювання з емоціями гніву і суму. Зазначені емоції опосередковували взаємодію між процесом первинного оцінювання та копінгом. Отримано наступні висновки: 1) первинне оцінювання безпосередньо або побічно, тобто через гнів і сум, негативно впливало на використання таких копінг-стратегій, як конфронтація й побудова плану дій; 2) первинне оцінювання через негативні емоції має позитивний, проте опосередкований вплив на позитивну переоцінку та зниження напруги/самоізоляції; на думку дослідників негативні емоції можуть сприяти застосуванню копінгу, орієнтованого на емоції; 3) потреба в соціальній підтримці виступає як істотний модератор і копінгу, орієнтованого на вирішення проблем, і копінгу, орієнтованого на емоції.

Теорія атрибуції мотивації й емоцій Б. Вайнера зазначає, що ключову роль в емоційних і мотиваційних процесах у людини відіграє каузальна атрибуція [108]. Індивід здійснює аналіз причини успіхів та невдач у трьох вимірах:

- 1) локус - яким чином дані причини обумовлені: внутрішньо (здібності або зусилля) чи зовнішньо (щасливий збіг обставин або під впливом інших людей);
- 2) стабільність - індивід сприймає причини як довготривалі у часі;
- 3) підконтрольність - чи перебувають дані причини під вольовим контролем індивіда.

Каузальна атрибуція впливає на очікування індивіда, на виразність його емоцій, тим самим направляючи його мотивацію, а це, в свою чергу, відображається у поведінці. На засадах даної теорії дослідники М. Перре та С. Зелларс створили «транзакційно-атрибуційну модель організаційного стресу» [91]. За даною моделлю первинне оцінювання є предиктором пошуку причин (внутрішніх й зовнішніх), чому дана подія сприймається як стрес, а причини є непрямими предикторами поведінки подолання. Непрямий вплив в даному випадку пояснюється впливом афективних реакцій (емоцій) на вторинне оцінювання в процесі копіngu.

В ресурсному підході, запропонований дослідниками у 90-х роках ХХ століття, акцентовано увагу на процесі «розподілу» ресурсів задля пояснення того факту, що декотрим людям вдається адаптуватися та зберігати власне здоров'я, незважаючи на різноманіття життєвих обставин [67; 68]. В даному підході припускається існування комплексу стрижневих ресурсів, які направляють загальний фонд ресурсів. Тобто ключовий ресурс як головний, ведучий спосіб, що контролює та організовує розподіл інших ресурсів [70].

Ресурсні теорії розглядають великий спектр різних ресурсів, до яких відносяться і середовищні, тобто доступність до емоційної, моральної та інструментальної допомоги соціального середовища, так і особистісні, а саме індивідуальні здібності й навички людини. Е. Фрайденберг, наприклад,

головним ресурсом у подоланні стресу вважає оптимізм. Інші науковці в якості ведучого ресурсу, що впливає на вибір копінг-стратегій, розглядають конструкт «життєстійкість» [101; 107]. Представники ресурсного підходу виходять з того, що керування та володіння ресурсами і використані копінг-стратегії мають вплив один на одного. В межах даного підходу щодо вивчення копінг-поведінки необхідно зазначити теорії С. Гобфолла, А. Бандури, А. Антоновського, С. Мадді.

За останні роки підхід Р. С. Лазаруса найбільше був розкритикований вченим С. Гобфоллом, який запропонував теорію зберігання ресурсів. Дана теорія наголошує, що головним компонентом у процесі розвитку стресу є втрата ресурсів, а не когнітивне оцінювання [71]. Автором зазначено, що стрес має місце якщо:

- є загроза втрати ресурсів індивідом;
- індивід вже втратив ресурси;
- індивід стикається з невдачею при спробі отримати додаткові ресурси після значного інвестування особистих ресурсів.

Науковець також вважає, що когнітивне оцінювання є одним із способів оцінки ступеня втрати ресурсів, проте більшість ресурсів піддається спостереженню та об'єктивно зумовлена.

Підґрунтям теорії зберігання ресурсів є наступні два принципи:

1. Принцип примата втрати ресурсів, який наголошує, що у тому випадку, коли індивід витратив і одержав однакову кількість ресурсів, втрата ресурсів має більш значущий вплив на стан здоров'я та емоційний досвід людини, та спричиняє нові стресові реакції, такі як вигорання.

2. Принцип інвестиції ресурсів акцентує, що люди схильні інвестувати в захист від втрати ресурсів, вони мають здатність відновлюватися після втрати й знаходити нові ресурси. Таким чином, стрес пов'язаний із циклом втрата-придбання ресурсів. Одиначна втрата ресурсів може приводити до наступних втрат, які викликають стан підвищеної вразливості. Однак,

придбання ресурсів може сприяти подальшим придбанням і, таким чином, зменшувати уразливість.

С. Гобфолл вважає, що хронічні і гострі втрати ресурсів є причиною неуспішної адаптації, що призводить до вторинних втрат ресурсів. А це, в свою чергу, за принципом зворотного зв'язку посилює дезадаптацію. І навпаки, інвестиції ресурсів сприяють моделюванню успішної адаптації, збільшуючи можливості вторинних придбань ресурсів. В своїй теорії вчений відмовляється від ключового принципу трансакційної теорії – когнітивного оцінювання. Це пов'язано із пошуком доцільнішої моделі взаємозв'язків між зовнішніми передумовами, процесами медіації і такими критеріями адаптації, як психічне здоров'я, суб'єктивне благополуччя, соціальна гармонія.

Р. Шварцер зазначив, що розбіжність між теорією зберігання ресурсів та трансакційною теорією полягає в тому, що на думку С. Гобфолла об'єктивна категорія ресурсів важливіша в поясненні процесів долаття стресу, а підхід Р. С. Лазаруса є суб'єктивним, зокрема його теорія оцінювання [96].

Однак Е. М. Фройнд і М. Ридигер зазначають, що під поняттям «втрати ресурсів» не слід розуміти ті ресурси, які можуть бути застосовані одночасно для різних цілей або видів діяльності і які не вичерпуються після їх використання. До таких ресурсів автори відносять самоповагу, упевненість у собі та інші особистісні чинники, які не вичерпуються з їх використанням, на відміну від матеріальних засобів. Вчені виділяють два класи ресурсів: вичерпні або «матеріальні», та невичерпні – соціальні або пов'язані з особистісними характеристиками [66].

Широко застосовується в теорії збереження ресурсів поняття «вигорання», оскільки вигорання виникає при перевищенні можливостей ресурсів людини при подоланні стресової ситуації. Тому заходи задля зниження рівня вигорання повинні бути спрямовані, у першу чергу, на відновлення дефіциту внутрішньої енергії й обмеження їх витрат [70].

С. К. Нартова-Бочавер зазначає, що попередження розвитку вигорання

полягає у постійному накопичуванні ресурсів, вчасному їх відновлюванні, а також у застосуванні адекватних ситуаціям копінг-стратегій [28].

Підґрунтям теорії саморегуляції поведінки є концепція саморегуляторної поведінки, яку запропонував А. Бандура у 1997 році [57], основним поняттям якої є «саморегуляція» як одна з провідних характеристик особистості, що має вплив на її поведінку. Саморегуляція визначає як люди можуть впливати на свої почуття, думки та дії. На думку вченого особистість формується індивідуальними характеристиками та поведінкою, а також під впливом оточуючого середовища, зазначаючи, що всі ці фактори діють у зв'язці. Розроблена модель саморегуляції цілепокладання К. С. Карвером і М. Ф. Шейером здійснила вагомий внесок для подальшого розуміння того, як люди прагнуть досягти позитивних або негативних результатів при взаємодії з чинниками навколишнього середовища [63]. При дослідженні стресу та подолання науковці визначили «копінг» як засоби, які застосовують люди у відповідь на сприйняття несприятливих умов при оцінці втрати або загрози. Стрес розглядається як вбудований процес в структуру процесів саморегуляції, оскільки являється фактором, що перешкоджає досягненню бажаної мети. Вчені зазначають, що поведінка подолання, орієнтована на вирішення проблеми, потребує зусилля для підтримання активності цілі. Метою копінгу, що орієнтований на емоції, є тільки зменшення рівня стресу. Стосовно копінгу, що уникає, дослідники відзначають безліч спільного між ним та відмовою від цілепокладання, проте підкреслюють, що стратегія уникання може стати адаптивною у випадках, коли вона активізується у припустимих для цього умовах.

Запропонований А. Бандурою конструкт самоефективності також розглядається як ресурс, що впливає на поведінку подолання, оскільки із самоефективністю пов'язані пізнавальні процеси стосовно внутрішніх переконань індивіда про його здатність до подолання. Дані переконання виділяють спроможність до «центральної» організації особистих ресурсів та їх застосування, а також можливість до здобутку ресурсів з оточуючого

середовища [68]. Автор вважає, що сила переконання людини у власній ефективності дає віру та надію на успіх, очікування власної ефективності відбивається на її наполегливості у подоланні та прояві ініціативи [58].

Впевненість в тому, що таких можливостей не вистачає, тобто низька самоефективність, може призвести до вторинного оцінювання, що характеризує ситуацію як стресову, оскільки вона не піддається керуванню. Якщо існує можливість об'єктивно вплинути на стресор, то така спроба розцінюється як адекватна копінгова реакція. У разі неможливості з об'єктивних причин вплинути на подію та змінити її, тоді адекватним функціональним засобом подолання є уникання. У тому випадку, коли особа не має можливості об'єктивно вплинути на обставини або уникнути їх, то у якості функціонально адекватної копінгової реакції виступає когнітивна переоцінка ситуації, та надання їй іншої суті [90]. Таким чином, успішна адаптація припустима якщо суб'єкт спроможний об'єктивно та у повній мірі сприймати стресор.

Самооцінка ефективності власної поведінки і особистих реакцій індивідом у відповідь на різноманітні події являється компонентом вторинної оцінки стресової ситуації та своїх можливостей по її доланню. Почуття самоефективності виступає у якості когнітивного медіатора тривоги при подоланні стресу. Вченим А. Бандурою було проведено ряд досліджень, в результаті яких встановлено низку несприятливих наслідків через зниження самоефективності у подоланні стресу, а саме: підвищення рівня суб'єктивного дистресу, збільшення збудливості вегетативної нервової системи, зростання рівня катехоламінів у плазмі крові. Неправильна оцінка самоефективності у доланні стресу може спричинити тривогу та порушення поведінки, проте й вірне оцінювання власних можливостей може приводити до дистресу, якщо вимоги стресової події до індивіда надто високі.

Салютогенна модель А. Антоновського [50], яка спирається на концепцію «відчуття когеренції», є однією з перспективних теорій, що розвивають підхід С. Гобфолла. Поняття «відчуття когеренції» позначається

як всеосяжна орієнтація індивіда, яка дозволяє йому мати стійке почуття впевненості в тому, що, по-перше, стимули, які надходять як із внутрішньої реальності індивідуума, так і із навколишнього світу в процесі його життя, є передбаченими, з'ясовними та структурованими; по-друге, ресурси задля реалізації вимог, спричинених даними стимулами, є доступними; і по-третє, дані вимоги є складними завданнями, гідні інвестицій та включення. Автором визначено три складові відчуття когеренції, а саме: зрозумілість, самозарадність та сенсовність [51].

У проведених численних дослідженнях визначено позитивні значущі кореляційні зв'язки рівня відчуття когеренції та загального індексу здоров'я та суб'єктивного благополуччя, ясного розуміння «Я-концепції», самооцінки, наявності соціальних навичок. Водночас виявлено негативні кореляції з рівнем тривожності, депресивності, нейротизму та ригідності [80]. Лонгітюдні дослідження, проведені у Великій Британії протягом 6 років (кількість опитуваних - 20 579 осіб віком від 41 до 80 років), встановили статистично достовірний зв'язок високого рівня відчуття когеренції зі зниженням рівня смертності; дані закономірності не залежали від віку, статі та існуючого захворювання [103].

Проблемам потенціалу особистості та регулюванню стресу присвячено концепцію життестійкості С. Мадді, яка також належить до ресурсного підходу. Поняття “життестійкість” позначається як психологічна живучість і розширена ефективність особистості, і є показником психічного здоров'я людини. На думку С. Мадді та Д. Кхошаби [82] «життестійкість» є особистісною властивістю, що підкреслює атиюдні увімкненості, контролю й виклику, які мотивують індивіда переробляти стресогенні події, збагачуючи власний потенціал. Життестійкість виступає у якості каталізатора поведінки, що дає змогу перетворити негативні переживання в нові можливості. Життестійкість, таким чином, містить у собі дві сторони і психологічну, і діяльнісну, які мають мотиваційну природу. Життестійкість – своєрідний паттерн настанов і навичок, необхідних для перетворення стресогенних змін

у можливості, проте дане поняття не тотожне із поняттям «копінг-стратегії». Оскільки, копінг стратегії – звичні й традиційні алгоритми дії для особистості, і можуть бути як продуктивними так і ні, а життєстійкість – настанова на виживання, що дозволяє ефективно та завжди в напрямку особистісного зростання долати складні життєві ситуації.

Зважаючи на викладене вище, розглянуті ресурсні теорії копінгу дозволяють виділити ведучі внутрішні ресурси індивіда, що сприяють ефективній копінг поведінці: зрозумілість, сенсовність, самозарадність, які є складовими компонентами відчуття когеренції, а також самоефективність, упевненість у собі та життєстійкість.

У сучасних теоріях проактивного копінгу запропонована нова концепція поведінки подолання, де копінгу приділяється активна роль у поведінці людини, на відміну від переважної більшості вже існуючих теорій, в яких копінг аналізується як реакція на середовищні та інтрапсихічні вимоги, що сприймаються як потенційна небезпека, або як на такі, що вже відбулися, на втрату або збиток. Модель проактивного копінгу, запропонована Р. Шварцером [95], спирається на ідею, що подолання є конструктом, який пов'язаний не лише з часом події, але й з відчуттям визначеності. До копінгу включено чотири основні стратегії:

- 1) реактивний копінг – зусилля, спрямовані на подолання втрати або компенсування її;
- 2) антиципаторний копінг – зусилля, здійснювані для подолання загрози, що насувається;
- 3) превентивний копінг – зусилля, спрямовані на створення загальних ресурсів опору для подолання події, яка може статися, а може й не статися у найближчому майбутньому;
- 4) проактивний копінг – зусилля, направлені на вибудовування загальних ресурсів для подолання складних життєвих ситуацій, та сприяють особистісному зростанню.

Реактивний копінг стосується зусиль індивіда відносно подій, які вже відбулися в минулому або тривають у теперішньому часі; антиципаторний, проактивний та превентивний копінг стосуються, головним чином, майбутнього, тобто дані різновиди копінгу розрізняються за рівнем невизначеності. Реактивний копінг реалізується через застосування стратегій, орієнтованих на емоції і на вирішення проблем, та використання стратегій, пов'язаних з пошуком підтримки. Адаптивний досвід переживання втрати потребує внутрішньої стійкості, спроможності швидко відновлювати здоровий фізичний та душевний стан, а також оптимістичної віри у власні можливості.

Антиципаторний копінг здійснюється за допомогою стратегій, орієнтованих на вирішення проблем та орієнтованих на уникнення (відволікання, пошук схвалення серед найближчого оточення). Превентивний копінг в основному залежить від особистісних рис індивіда, ніж від специфіки стресору. Впевненість у самоефективності є ресурсом для превентивного копінгу, оскільки ситуація, яку необхідно подолати особистості, має неспецифічний та невизначений характер.

Проактивний копінг, згідно якого і назва теоретичної моделі, не випереджається негативною оцінкою, що пов'язана з загрозою, збитком або втратою, тому у індивіда більш позитивний погляд на вимоги життєвих ситуацій. Людина розглядає вимоги, можливості, ризики у віддаленому майбутньому, однак не розцінює їх як загрозу, збиток або втрату. Індивід сприймає складну ситуацію як особистий виклик. Таким чином, копінг з управління ризиками перетворюється в управління цілями. Індивід проактивний ініціює конструктивні засоби власних дій і створює можливості для особистого зростання, вибудовує ресурси для можливого прогресу і високої якості функціонування. Стрес розуміється як «еустрес», тобто як продуктивне порушення та життєва енергія [96; 97].

Автори Дж. С. Шмітц і Р. Шварцер пов'язують проактивний копінг з «самоефективністю стосовно діяльності» та проактивними установками, що

мають важливе значення для мотивації та діяльності і виступають як важлива характеристика особистості. Проактивні установки розглядаються в якості ресурсного чинника на початковому етапі поведінки подолання, на якому формуються цілепокладання й планування. Такі установки впливають на рівень цілепокладання, побічно впливаючи на ініціативу та підтримання цілеспрямованості дій. Таким чином, проактивні установки можуть зменшувати активність застосування копінг-стратегії уникання при стресових ситуаціях. В своїх дослідженнях Г. Шмітц і Р. Шварцер встановили, що проактивні установки негативно корелюють з трьома показниками вигорання. Отримані результати свідчать про те, що проактивні установки можуть виступати протективним чинником при впливі стресора на стан здоров'я людини [98].

Другий підхід до проактивного копінгу розкритий у роботах Л. Еспінволл і Ш. Тейлор [53]. Автори визначають проактивний копінг як зусилля, направлені на запобігання потенційної стресової ситуації (або на зміни), перш ніж вона сталася. Науковці виділяють звичайний копінг, антиципаторний копінг і проактивний копінг. Звичайний копінг розуміється як результат переживання негативних життєвих подій, та спрямований на зменшення середовищних або інтрапсихічних впливів, що викликані даними подіями, та на їхнє додання. Антиципаторний копінг включає підготовку до стресового впливу ситуації, що наближається, проте імовірність якої висока [54]. Проактивний копінг за часом розташований перед звичайним і антиципаторним копінгом. Даний копінг характеризується акумулюванням ресурсів і набуттям навичок, які не призначені для опору конкретному стресору. Л. Еспінволл і Ш. Тейлор виділяють п'ять послідовних стадій проактивного копінгу:

1. Акумуляція ресурсів – створення ресурсів та формування навичок перед будь-яким можливим стресом. Типовою поведінкою є мобілізація тимчасових і матеріальних ресурсів, засвоєння організаційних навичок, формування міжособистісних стосунків для соціальної підтримки.

2. Пізнання потенційних стресів - відстеження наростаючих загроз та небезпек навколишнього середовища. Дана стадія залежить від спроможності особистості здійснювати поточний контроль за середовищними та інтрапсихічними сигналами, які вказують на можливі негативні ситуації.

3. Початкове оцінювання і попередні оцінні процедури, за допомогою яких особистість ідентифікує характеристики потенційного стресору. Результати оцінювання події можуть сприяти концентрації уваги та стимулювати подальшу стадію проактивного копіngu - початкові зусилля з подолання.

4. Початкові зусилля по подоланню містять когнітивну й поведінкову діяльність, спрямовані на планування, пошук інформаційної підтримки та вживання передчасних заходів.

5. Формування висновків і використання зворотного зв'язку – оцінка індивідом того, які попередні зусилля були успішними, їх ступінь, визначаючи необхідність додаткових зусиль з подолання.

Даний підхід до розуміння копіngu є більшою мірою ситуаційним, аніж характерологічним. На думку авторів взаємодія індивіда і стресора визначається особистісними ресурсами, соціальними ресурсами і ситуаційними факторами. Дана теорія проактивного копіngu надає важливу роль соціальним та індивідуальним ресурсам задля ефективної саморегуляції. Ресурси розглядаються як модератори взаємовідношень між стресом і копіngом, проте акумулюванню ресурсів передуює пізнаванню конкретних стресорів, і тому проактивний копіng фактично неможливий за відсутності ресурсів. Отже, порівняно з теорією С. Гобфолла, ресурсам відводиться як модеруюча функція, так і критична роль у тому, як особистість в цілому переживає стрес, якої форми набуває взаємодія із стресовим чинником, і скільки триває цей процес у часі. Таким чином, співвідношення проактивних і реактивних копіng-стратегій регулюється ресурсною складовою [53].

Підсумовуючи, необхідно зазначити, що більшість авторів сучасних теоретичних концепцій копіng-поведінки розглядають додання важких

життєвих ситуацій як активний, перетворюючий процес, оперуючи такими поняттями як самоефективність, особистісне зростання, життєстійкість, ресурсність та інші. Водночас, дослідники підкреслюють необхідність процесів розуміння та осмислення, як необхідних складових оцінювання складних життєвих подій та власних можливостей, що сприяє формуванню ефективної копінг-поведінки.

## **1.2. Сім'я як соціально-психологічний ресурс для осіб з психічними розладами**

Проблеми сімейних стосунків постійно привертають увагу психологів, адже сім'я – один із найважливіших факторів, значення якого для особистості важко переоцінити. Сім'я являє собою складну систему відносин, об'єднуючи не лише подружжя, їх дітей, а також родичів чи юридично прирівняних до них людей. Сім'я – важлива форма організації особистого побуту, що заснована на подружньому союзі та родинних зв'язках, тобто це стосунки між чоловіком та дружиною, батьками і дітьми, братами і сестрами та іншими родичами, які живуть разом і ведуть спільне господарство.

Американськими вченими Е. Дюваль та Р. Хіл виділено два закони функціонування сім'ї як динамічної системи [34]:

- закон гомеостазу - кожна сімейна система прагне до збереження свого актуального стану, тобто лишатися на певному етапі розвитку;
- закон гетеростазу (розвитку) - кожна сімейна система має пройти свій життєвий цикл – певну послідовність стадій змін.

Виділяють наступні характеристики сім'ї як системи:

- взаємозалежність – взаємний вплив членів сім'ї один на одного, тобто взаємовплив підсистем всередині сімейної системи;
- нонсумарність - сім'я як ціле являється більшим, ніж просто сума її складових (членів чи підсистем);
- ієрархічність - співвідлеглисть підсистем в сімейній структурі;

- існування сімейних меж – наявність меж як у внутрішньосімейних взаєминах, так і у взаєминах між сім'єю та оточенням;
- специфічність внутрішньосімейних процесів;
- динамічність сім'ї - здатність сімейної системи до розвитку;
- здатність до самоорганізації - джерелом перетворень сім'ї або її підструктур є сама сімейна система;
- діалектика гомеостазу та розвитку - життєдіяльність сім'ї обумовлена дією двох законів: гомеостазу, що спрямований на підтримку балансу, та гетеростазу, який передбачає, що баланс не є жорстким і постійно змінюється [43].

Раптова хвороба, інвалідизація, народження або смерть члена сім'ї порушують стабільність сімейної системи, тим самим спричинюючи кризу. Криза в сім'ї визначається як стан сімейної системи, яка має прояв у появі напруги, нестабільності, що зумовлює зміни у звичному функціонуванні сім'ї та порушення її рівноваги. Сім'я не може лишатися такою, якою була до проживання кризової події, оскільки вона не спроможна адекватно функціонувати відповідно новим обставинам, застосовуючи відомі уявлення та узвичаєні моделі поведінки [34]. Виникнення ситуацій невизначеності, під час яких усталені патерни емоційного реагування та поведінки стають неефективними, а нові дієві ще не напрацьовано, спричинює появу у членів родини відчуття низької самоєфективності та некомпетентності. Одночасно кризова подія висуває нові вимоги до сім'ї, для подолання яких необхідна суттєва структурна перебудова її, яка потребує, в свою чергу, певного проміжку часу. Саме тому кризові періоди характеризуються складністю переживань членами сім'ї.

Проявами сімейної кризи є наступні ознаки [34; 41]:

#### 1. Порушення на рівні сімейної системи в цілому:

- зміни за параметром сполученості (зменшення або збільшення психологічної дистанції між членами сім'ї);

- порушення зовнішніх і внутрішніх меж сім'ї (порушення зовнішніх меж - відносин між сім'ю та соціальним оточенням, порушення внутрішніх меж - стосунків між різними підсистемами сім'ї);
- порушення гнучкості сімейної системи (граничними проявами є хаотичність та ригідність сім'ї);
- порушення за параметром ієрархії (недотримання балансу між близькістю та ієрархією);
- порушення рольової структури сімейної системи.

#### 1. Порушення мікродинаміки:

- загострення сімейних конфліктів;
- посилення критики та негативних емоцій;
- виникнення почуття загальної невдоволеності взаємовідносинами в родині.

#### 2. Порушення в системі сімейної ідеології:

- недієвість старих сімейних правил і норм при несформованості нових ефективних;
- дефіцит правил;
- незлагодженість шлюбно-сімейних домагань членів сім'ї (тобто неузгодженість особистісних очікувань, вимог, бажань стосовно власного майбутнього та сім'ї);
- порушення ритуалів та традицій.

#### 3. Прояви сімейної кризи на індивідуальному рівні функціонування членів родини:

- відчуття дискомфорту, наявність болісних переживань;
- відчуття особистісної некомпетентності;
- відчуття непорозуміння при взаємодії з членами родини;
- відчуття безнадійності тяжкої життєвої події та марності намагань, щоб її змінити, усвідомлення обмеженості власних можливостей, неспроможність знайти у складних подіях нових напрямків розвитку;

- зсув локусу контролю, тобто втрата суб'єктної позиції особою (поява впевненості що для подолання ситуації необхідно змінитися іншим, а не самій людині; неспроможність відкритись для нового досвіду, поява надій на «чарівне» повернення спокою й благополуччя без докладання власних зусиль та особистісних змін).

Психологічна дезадаптація членів сім'ї у кризовому стані, зумовлює збільшення їх емоційної залежності один від одного, загострення давніх хронічних протиріч, конфліктності та інших негативних внутрішньосімейних процесів. При недостатності особистісних ресурсів членів сім'ї для додання зазначених явищ можливе поглиблення стану кризи, спричинюючи емоційне вигорання. Обсяг негативних наслідків кризових подій залежить від сімейних ресурсів, тобто від адекватної поведінки подолання (копінг-поведінки) членів родини. Під час проживання тяжкої життєвої ситуації вагомим копінг-ресурсом може стати саме сім'я.

Будь-яка хвороба у члена родини, а особливо психічна, вносить суттєві зміни у життя людей, які перебувають поруч. Тому наявність психічного розладу у одного з членів сім'ї є тяжким стресогенним чинником, що впливає на життєдіяльність родини в цілому. Проведено ряд досліджень сімей осіб з психічними порушеннями, які провели кількісну та якісну оцінку нервовопсихічного і фізичного навантаження на членів родини [69; 73]. За результатами встановлено, що джерелом основних труднощів є стурбованість майбутнім психічнохворого, його неспроможністю самостійно розв'язувати власні проблеми. Крім занепокоєння та почуття страху у референтних родичів з'являються почуття провини, розчарування, депресія, фрустрація, гнів як наслідок невирішеності проблеми захворювання, і являються природними реакціями на складноконтрольовану ситуацію.

Дослідники Хенінг та Хамільтон запропонували структуру труднощів, з якими стикаються сім'ї, виділяючи об'єктивні та суб'єктивні труднощі. До об'єктивних труднощів науковці відносять такі як: зростання фінансових витрат сім'ї, порушення ритму життєдіяльності сім'ї, негативний вплив

стресової ситуації на здоров'я її членів. В якості суб'єктивних труднощів розглядаються різноманітні переживання з приводу наявності психічної хвороби у одного з членів сім'ї, а саме: горе, почуття провини і страх [47].

Американська дослідниця К. Теркельсен за результатами проведених досліджень розробила концепцію «Трьох рівнів залучення», яка розкриває типову ситуацію, що складається в сім'ї психічнохворого. Поява психічного хворої особи в родині, згідно концепції, призводить до значних змін в структурі сім'ї та у взаємовідносинах між її членами. Сім'я розділяється на три шари (підгрупи), які концентруються навколо хворого, відрізняючись характером та ступенем залучення щодо опіки:

- внутрішній шар – член родини, що виступає в ролі головного опікуна, опікуючись повсякденним доглядом та наглядом за особою з психічним розладом; також він виступає у якості зв'язної ланки між хворим та оточенням;
- другий шар – члени сім'ї, які частково беруть участь у щоденній опіці, продовжуючи працювати або навчатись; проте для даної категорії характерні побоювання стосовно ступеня неблагополуччя члена сім'ї з психічним розладом, оскільки погіршення може призвести до змін у їх звичному перебігу життя; між даними членами сім'ї та головним опікуном поступово з'являється відчуження, що веде до порушення згуртованості родини;
- зовнішній шар – родичі, яким відомо про наявність психічного розладу у члена родини та пов'язані з цим проблеми, однак вони не мають повсякденного контакту з хворим; вони мають особисту, часто наївну, систему пояснень причин хвороби; часто вбачають причиною захворювання не вірні дії опікуна та інших членів сім'ї; намагаються пропонувати поради, виходячи із своїх уявлень, які виявляються більшою мірою неефективними, що зумовлює появу почуттів провини й безпомічності; як наслідок їхні вчинки та думки ускладнюють

становище головного опікуна та членів родини, що частково опікуються [47].

Поведінка людини з психічним розладом, її особисті особливості не відповідають соціальним очікуванням та уявленням членів родини про те, якою вона має бути. Така суперечливість викликає обурення, роздратування, гнів, посилюючи незадоволеність у членів сім'ї родинним життям в цілому. Наявність психічного розладу накладає відбиток на «сімейно-необхідні» якості особистості.

Е. Г. Ейдемільер [47] підкреслив, що для ефективного функціонування сім'ї її члени повинні мати певні психологічні «сімейно-необхідні» якості, а саме:

- 1) потреби, що мотивують індивіда брати участь у житті сім'ї, у подоланні труднощів та вирішенні виникаючих проблем;
- 2) вміння, навички та здібності, необхідні для розуміння іншої людини задля підтримки подружніх стосунків та у вихованні дітей;
- 3) спектр емоційних та вольових якостей, що потрібні для регуляції власних емоційних станів, для додання станів фрустрації, уміння підкорювати бажання у слідуванні цілям; наполегливість та терпимість, що необхідні у процесі взаємодії між членами сім'ї.

Внаслідок психічного розладу «сімейно-необхідні» якості значно травмуються, що проявляється у зниженні комунікативних властивостей, відбувається спотворення потреб, зміни у емоційно-вольовій сфері, що несприятливо впливає на всю родину та посилює незадоволеність сімейними стосунками у референтних родичів. Дослідник Е. Г. Ейдемільер зазначив чинники, які найбільш сприяють посиленню незадоволеності у родичів: поведінка особи з психічним розладом, тривалість захворювання, почуття провини за виникнення психічного розладу у члена родини, ступінь порушення життєдіяльності сім'ї та звичного укладу. Поведінка психічнохворого є одним з джерел негативних емоцій у членів родини, оскільки із зростанням хворобливих проявів в поведінці й особистості

відповідно зростає неприязнь, антипатія до близького з психічного розладом, а також свідомі чи недостатньо свідомі образа та бажання позбавитись від нього у членів родини. Для більшості сімей відмічається зниження соціального статусу як загалом, так і окремих її членів, що супроводжується спектром певних проблем в родині, і при взаємодії з її соціальним оточенням. Наявність психічного захворювання супроводжується процесом стигматизації родини та навішування ярликів, що спричинює появі у членів родини відчуття засудження їх оточенням та зневаги, сприймаючи більшість проблем, пов'язаних із психічним розладом, як ганебні.

Всі перелічені фактори є стресогеними для сім'ї, що спричинюють кризову ситуацію, яка потребує адаптаційного періоду, мотиваційної та структурної перебудови родини задля запобігання деструктивного розвитку. Е. Г. Ейдемільером виділено три підтипи сімей осіб із вираженим нервово-психічним захворюванням[47]:

- Нестійкий підтип, для якого характерно високий рівень навантаження на родину загалом, значний негативний мотиваційний вплив поведінки та особистісних змін особи із психічним розладом на членів родини, погіршення сімейних стосунків, зниження соціального статусу сім'ї та виникнення соціально-психологічних конфліктів у зв'язку із тиском оточення на родину.
- Конструктивна сім'я характеризується тим, що знаходить резерви ресурсів для організації допомоги члену родини із психічним розладом, згуртовуючись та мобілізуючи всі родинні сили задля цієї мети. Для такого підтипу сім'ї властива й конструктивна взаємодія із соціальним оточенням.
- Деструктивний підтип, для якого характерні протилежні якості, ніж для конструктивного. Для даного типу властиве відчуження від члена родини із психічним розладом, небажання нести за нього відповідальність, посилення напруження в родині, зростання

конфліктності із соціальним оточенням та, як наслідок, прагнення до ізоляції.

В сучасних дослідженнях розглянуто вплив наявності у родині пацієнта з психічним розладом на референтних родичів [64; 65; 109]. За результатами досліджень встановлено, що для таких сімей характерний так званий феномен «сімейного навантаження», який проявляється зміною якості життя, обмеженням соціальних ролей, збільшенням кількості психосоматичних, депресивних та тривожних симптомів у членів сім'ї. Об'єктивні негативні наслідки сімейного навантаження проявляються погіршенням фізичного здоров'я та якості життя членів сім'ї, появою фінансових труднощів; суб'єктивні наслідки пов'язані із психоемоційним навантаженням на референтних родичів, що проявляються тривогою, фрустрацією, почуттям втрати та ізоляції тощо [55; 56]. Негативні наслідки сімейного навантаження мають вплив і на взаємодію членів родини з хворим, особливо на спроможність родичів надавати йому підтримку під час лікування та реабілітації.

Науковці пов'язують із сімейним навантаженням феномен загального підвищення сімейної тривоги, що характеризується станом підвищеної тривожності в одного або декількох членів родини, що нерідко є погано усвідомленою та недостатньо локалізованою за причиною виникнення [47]. Для даного типу тривоги характерні побоювання, сумніви стосовно здоров'я членів родини, їхньої безпеки, стосовно внутрішньосімейних конфліктів, тобто всього, що стосується сімейного життя та сфери сімейної взаємодії. Даний тип тривоги зазвичай не поширюється на інші сфери життя, що стосуються позасімейного функціонування (дружні відносини, виробнича діяльність та інше). Підґрунтям сімейної тривоги є недостатньо усвідомлена непевність особи відносно важливих аспектів сімейного життя, що призводить до витіснення почуттів індивідом, які не вписуються в його уявлення про себе. Змістовно сімейна тривога проявляється почуттям безпорадності, неспроможності втручатися у хід подій в сім'ї та скеровувати

його, як наслідок індивід не відчуває себе значущою особою в сім'ї, незалежно від того яку насправді він відіграє роль у родинному житті [59; 61; 62].

Отже, при проживанні кризового періоду у зв'язку з появою психічного розладу у одного із членів родини важливим є напрямок подальшого розвитку сім'ї. Задля розвитку сім'ї по конструктивному підтипу безперечно є важливими програми психопрофілактики та психоедукації для формування благоприємного емоційного клімату в сім'ї, зниження рівня сімейної тривоги, формування навичок вирішення проблем, навчання ефективним вербальному та невербальному вираженню емоцій, отримання пояснень та необхідної інформації щодо захворювання. В даній роботі висунуто припущення, що такі програми для референтних родичів осіб з психічними розладами сприятимуть формуванню ефективних копінг-стратегій долаючої поведінки у членів родини задля скорочення адаптаційного періоду та відновлення сімейного функціонування.

### **1.3. Основні клінічні прояви obsесивно-компульсивного розладу**

Obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) є хронічним тривалим розладом, поширеність якого у світі становить приблизно 1-3% загальної популяції. Obsесивно-компульсивний розлад (від англ. *obsession* – «одержимість ідеєю» та лат. *compello* – «примус») або невроз нав'язливих станів – психічний розлад, для якого характерні повторювані нав'язливі думки (obsесії), які нерідко перетікають у ритуальні дії (компульсії), що здійснюються для зняття внутрішнього напруження, зменшення почуття тривоги та запобігання лякаючим подіям. Зазвичай не простежується ніякого логічного зв'язку між нав'язливими діями та наслідками, від яких вони начебто мають захистити. ОКР може мати хронічний, прогресивний або епізодичний характер. Під час розладу у особи мимоволі з'являються нав'язливі думки, які заважають або лякають (obsесії). Людина намагається постійно, проте безуспішно звільнитися від викликаної настирливими думками тривоги за допомогою настільки ж настирливих і виснажних дій

(компульсій). Також виокремлюється окремо обсесивний (з переважанням нав'язливих думок) та компульсивний (з переважанням нав'язливих дій) розлади, проте найчастіше спостерігається їх поєднання [31; 46].

У сучасній діагностиці ОКР застовуються критерії міжнародної класифікації хвороб DSM-V [52]:

«1) Наявність в особи обсесій та/чи компульсій:

а) обсесії (навязливі ідеї) визначаються таким чином:

– періодичні та постійні думки, спонукання або образи, які особа відчуває як нав'язливі й небажані, що викликають занепокоєння або стрес;

– ці думки, спонукання чи образи особа намагається ігнорувати, затамувати або нейтралізувати за допомогою інших думок чи дій (наприклад, компульсій);

б) компульсії (нав'язливі дії) визначаються таким чином:

– повторювані дії (наприклад, миття рук, упорядкування, перевірки) або психічні акти (наприклад, молитва, підрахунок, тихе повторювання слів), які особа, за її відчуттям, змушена виконати у відповідь на появу обсесії або задля дотримання певних суворо визначених правил;

– компульсії спрямовані не тільки на попередження або зменшення тривоги чи дистресу, а й на запобігання будь-якій небезпечній ситуації чи події; однак вони не мають реального зв'язку з обставинами, які мають нейтралізувати, або є явно надмірними;

– нав'язливі ідеї та нав'язливі ситуації забирають багато часу (наприклад, більше 1 години на день) або спричиняють клінічно значущий дистрес або функціональні порушення;

2) Для точного встановлення діагнозу необхідно встановити, чи пацієнт:

– гарно або чітко усвідомлює власний стан (тобто розуміє, що обсесивно-компульсивні ідеї та думки безумовно чи ймовірно не відповідають реальності, або ж можуть як відповідати, так і ні);

- погано усвідомлює власний стан (тобто вважає, що obsесивно-компульсивні ідеї та думки є ймовірно достовірними);
- взагалі не має такого усвідомлення (тобто, повністю переконаний, що його obsесивно-компульсивні ідеї та думки є істинними);
- необхідно встановити, чи пацієнт має або мав у минулому нервовий тик.»

В МКХ-11 було введено групу «Obsесивно-компульсивний і пов'язані з ним розлади», до якої входить obsесивно-компульсивний розлад, дисморфобія, нюховий розлад, іпохондрія (нав'язливий страх хвороби) і патологічне накопичення. Також включена підгрупа розладів повторюваної поведінки, сфокусованої на тілі, що включає трихотілломанію (виривання волосся) і екскоріаційний розлад (здавлювання / щипання шкіри), обидва з яких мають загальну особливість повторюваних поведінкових патернів без когнітивного аспекту як при інших розладах даної групи. Синдром Туретта, що в МКХ-11 - захворювання нервової системи, також одночасно внесений і до групи «Obsесивно-компульсивний і пов'язані з ним розлади» через часте його поєднання з obsесивно-компульсивним розладом. Необхідно зазначити, що існуюча в МКХ-10 неможливість одночасної діагностики ОКР і депресивного розладу була скасована в МКХ-11, оскільки існує висока частота одночасного прояву обох розладів.

Вченими прийнято вважати, що ОКР має поступовий розвиток і, як правило, набуває хронічного характеру з епізодами посилення і послаблення симптомів, та переважно пов'язаний зі стресовою провокацією. У 65% пацієнтів ОКР набуває несприятливого прогресуючого перебігу і призводить до значного порушення соціально-трудової адаптації. Лише в 5% осіб спостерігається епізодичний перебіг з повною відсутністю симптоматики під час ремісії.

Маніфестація клінічно виражених проявів obsесивно-компульсивного розладу виникає у віці від 10 до 24 років. В даному віковому інтервалі розлад може значно обмежити хворого у соціальному плані, ускладнюючи навчання,

надбання соціальних зв'язків, зменшуючи можливості у опануванні висококваліфікованих навичок та інші. Тривалість перебігу важких форм obsесивно-компульсивного розладу може сягати до 20 років і бути резистентними до терапії. При фармакологічному лікуванні послаблення симптоматики вдається досягти у 66% випадків, але вже протягом трьох наступних років цей показник зменшується на 15% (Тиганов А.С., 1999). Незважаючи на те, що за психологічними проявами obsесивно-компульсивний розлад нагадує тривожні розлади, етіологія його суттєво відрізняється, оскільки має чітко визначений нейроанатомічний субстрат: орбітофронтальну кору, передню поясну кору та базальні ганглії, що входять до складу кортико-стріато-таламо-кортикальних петель. Ключовим у розвитку ОКР є патологічний функціональний зв'язок між цими структурами. Obsесивно-компульсивна поведінка та ОКР-петля підсилюють одне одного, формуючи замкнене коло між психологічними симптомами та неврологічними порушеннями [83].

Метааналітичні дослідження дозволили звести клінічні фенотипи ОКР до декількох клінічно значущих груп:

- забруднення/очищення;
- нав'язливості/перевірки;
- симетрія/впорядкування;
- накопичення.

Зазначені клінічні фенотипи відповідають дискретним стереотипам маніфестації, етапної зміни патопсихологічної симптоматики, клінічного поліморфізму ознак, що притаманні різним віковим групам. Перебіг ОКР переважно нестабільний, симптоми проявляються та зникають раптово, демонструють мінливість протягом часу, проте підтримуючи тематичну послідовність. У багатьох випадках внаслідок того, що людина соромиться симптомів розладу, відчуває провину за власну поведінку та приховує їх, відбувається прогресування хвороби.

Більшою частиною особи з ОКР відчують, що компульсивна поведінка є ірраціональною та не узгоджена з їхнім «Я», проте вимушені продовжувати ці нав'язливі дії. Такі специфічні дії наполегливо повторюються у стереотипній формі знову і знову. Підсвідомий страх таких хворих знаходить своє вираження у нав'язливих станах. Розрізняють такі типи нав'язливих станів: ідеаторні, афективні (страх), рухові та соматичні (тілесні). Прояв зазначених станів відбувається через ритуальну поведінку, надмірну перевірку, дотримання чистоти, іпохондрію, постійне хвилювання з приводу майбутніх подій, ймовірність яких є дуже малою. Результати досліджень підтвердили, що при ранньому початку ОКР для пацієнтів характерна вища тяжкість агресивних настирливих ідей та зумовлених ними компульсій, релігійних та сексуальних obsesій та відповідних компульсій, obsesій та компульсій, що пов'язані з впорядкуванням, симетрією, та організацією.

Obsesії і компульсії можуть бути різними за своєю частотою та інтенсивністю - від 1-2 годин в день з їх незначною інтенсивністю до постійно присутніх. У момент появи їх у пацієнта можуть бути різноманітні емоції. Для деяких хворих притаманне відчуття вираженої тривоги, під якою може супроводжуватись нападами паніки (психовегетативні пароксизми). Для інших пацієнтів характерне відчуття відрази при скоєнні ритуалу. Багато пацієнтів мають неприємне відчуття «незавершеності» або незручності, які не припиняються поки дії не будуть виконані (наприклад, певні предмети розкладені «правильним» чином).

При ОКР формується унікаюча поведінка - особи з ОКР намагаються уникати місць, людей, речей, які призводять до підсилення obsesій і компульсій. Унікаюча поведінка може охоплювати різні сфери життя, значно порушуючи щоденне функціонування, працездатність, що призводить до погіршення якості життя, а також значно порушує соціальну і трудову адаптацію [74; 92]. Порушення залежать від гостроти симптоматики і стосуються багатьох аспектів життєвого укладу.

Близько 75% осіб з ОКР мають коморбідні психічні розлади. У дітей та підлітків найбільш поширеними серед них є розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ), тикозні розлади, тривожні порушення, розлади настрою і харчової поведінки. У дорослих найпоширенішими коморбідними захворюваннями є генералізований тривожний розлад, депресія, зловживання алкоголем.

Існує зв'язок між ОКР та суїцидальною поведінкою: частота виникнення суїцидальних думок у пацієнтів з ОКР протягом життя складає 63,5%, суїцидальних спроб – 46% [103].

Клінічні випробування показали, що комплексний підхід до лікування ОКР демонструє кращі результати, якщо референтні родичі, близькі люди, які тісно контактують із пацієнтом беруть участь у лікуванні. Члени сім'ї здатні реагувати на симптоми близької людини з розладом ОКР, полегшуючи поведінку уникання. Проте одночасно при невірному розумінні хвороби із залученням сім'ї навпаки спостерігається підтримання симптомів та погіршення результатів терапії. Тому необхідно проводити психоосвітню роботу, яка повинна включати надання необхідної інформації про всі аспекти даного розладу, про клінічні симптоми, вплив супутніх захворювань, щодо тривалості хвороби та лікування, ризики для сімейного оточення і як найкраще поводитися з членом родини з ОКР.

### **Висновки до I розділу**

Проведений теоретичний огляд наукових джерел дозволяє стверджувати, що більшість науковців аналізує поняття «копінг» як діяльність особистості, спрямовану на збереження або підтримку балансу між вимогами середовища та ресурсами людини, відповідно до даних вимог. Основним психологічним призначенням копінгу є адаптивна функція, яка реалізується через здатність індивіда пристосовуватись до вимог проблемної життєвої ситуації, опанувати чи послаблювати їх. Таким чином, головним завданням копінгу є забезпечення та підтримка благополуччя індивіда, його фізичного та психічного здоров'я. Встановлено, що термін «копінг-

поведінка» вживається для опису характерних способів поведінки особи у важких ситуаціях, що реалізується за рахунок певних поведінкових копінг-стратегій, в основі котрих лежать внутрішні (особистісні) і зовнішні (оточення) копінг-ресурси. Сукупність певних стратегій особистості формують відповідні стилі копінг-поведінки, серед яких виокремлено: проблемно-орієнтований, емоційно-орієнтований, орієнтований на уникнення.

Наявність психічного розладу у одного з членів сім'ї є тяжким стресогенним чинником, що порушує стабільність сімейної системи, спричинюючи кризову ситуацію, яка потребує адаптаційного періоду, мотиваційної та структурної перебудови родини задля запобігання деструктивного розвитку. Для таких сімей характерний так званий феномен «сімейного навантаження», який проявляється підвищенням рівня «сімейної тривоги», зміною якості життя, обмеженням соціальних ролей, збільшенням кількості психосоматичних, депресивних та тривожних симптомів у членів сім'ї.

Розглянуто основні клінічні прояви obsесивно-компульсивного розладу, внаслідок яких розвивається різного ступеня психосоціальна дезадаптація у пацієнтів з переважним ураженням інформаційного та комунікативного функціонування. Визначено, що комплексний підхід до лікування ОКР демонструє кращі результати, якщо референтні родичі, близькі люди, які тісно контактують із пацієнтом беруть участь у лікуванні. Проте, високий рівень відповідальності зумовлює максимальне залучення особистісних адаптаційних можливостей кожного члена родини як важливого ресурсу сімейної підтримки. Висунуте припущення, що задля розвитку сім'ї по конструктивному підтипу є важливими програми психопрофілактики та психоедукації для референтних родичів пацієнтів з ОКР, які сприятимуть формуванню ефективних копінг-стратегій долаючої поведінки задля скорочення адаптаційного періоду та відновлення сімейного функціонування.

## РОЗДІЛ II

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ОСІБ З ОБСЕСИВНО- КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

#### 2.1. Підходи до дослідження копінг-поведінки особистості

Психологія подолання життєвих труднощів є однією з актуальних у сучасній психології. Аналізуючи наукові джерела, присвячені дослідженню копінг-поведінки, необхідно виділити теорію особистісних рис, психоаналітичний, когнітивно-біхевіоральний, суб'єктно-діяльнісний, структурно-функціональний підходи. В теорії особистісних рис автори аналізують копінг в якості процесу долаття кризових ситуацій, ефективність якого прогнозується основуючись на оцінці індивідуально-психологічних властивостей індивіда та його можливостей до опанування стресу (Р. Моос). В психодинамічному підході копінг-поведінка досліджується як один із способів психологічного захисту та застосовується для подолання психологічної напруги (Н. Хаан, Г. Вайлант). Р. Лазарусом та С. Фолкманом запропонована ситуаційна модель, в якій акцентовано увагу на важливості когнітивної оцінки стресогенних факторів в умовах конкретної ситуації, оскільки спроби дослідження копіngu тільки як якості особистості або як стилю подолання нею стресу не були вдалими.

Суб'єктно-діяльнісний підхід щодо вивчення копіngu характеризує індивіда як суб'єкта різноманітних форм активності. Внутрішня і зовнішня активність особистості обумовлена впливом навколишнього середовища або окремими психічними функціями, та визначає її здатність до самодетермінації, самовизначення і саморозвитку (Л. І. Анциферова, К. А. Абульханова-Славська, В. В. Знаков) [2; 4; 15].

Науковиця Т. Крюкова пропонує розглядати здатність до опанування як один з критеріїв суб'єкта. Вчена визначає копінг саме як поведінку

суб'єкта, оскільки, вважає, що механізми подолання застосовуються індивідом свідомо і цілеспрямовано. Т. Крюкова висуває новітній підхід до дослідження копінг-поведінки, що передбачає аналіз структурного (особистісного), динамічного (процесуального, ситуативного), регулятивного і екологічного (соціокультурного і соціально-психологічного) складників психології суб'єкта. Саме зазначені аспекти активності суб'єкта, на думку вченої, є детермінантами опанування через надання переваги певним стратегіям і стилям [20].

Грунтуючись на структурно-функціональному підході розроблена «теоретична модель психічної регуляції і саморегуляції» вченими О. А. Конопкіним, В. І. Моросановою, А. К. Осницьким. З точки зору науковців, саморегуляція - процес ініціації і висування суб'єктом цілей активності, а також керування досягненням даних цілей. Механізми саморегуляції аналізуються у межах проблематики індивідуальних стилів регуляції, реалізації різних форм довільної активності і діяльності, регуляції психічних станів, вікових аспектів її становлення [18; 35; 32].

Дослідниця Б. Зейгарник визначає саморегуляцію як свідомий процес індивідуума, що направлений на управління особистою поведінкою. У межах мотиваційного рівня виокремлено дві форми саморегуляції. Першою є саморегуляція як вольова поведінка, яка передбачає гармонізацію мотиваційної сфери, усунення внутрішніх конфліктів і протиріч, ґрунтуючись на свідомій реконструкції та появі нових смислів. Друга форма саморегуляції є ефективною у критичних ситуаціях, в умовах неможливості реалізації життєво цінних для індивіда мотивів та цілей, і являється складовою діяльності переживання. В якості процесу переживання розуміється особлива внутрішня діяльність людини, спрямована на створення нових смислів, що актуалізується у критичних обставинах [14].

Отже, структурно-функціональний підхід наголошує на здатності суб'єкта копінг-поведінки до саморегуляції і самоорганізації, що надає

можливість особистості убезпечити адекватні умовам пластичність та мінливість власної життєдіяльності на будь-якому рівні.

Оскільки на сучасному етапі відсутня єдина концепція поведінки подолання, виникає складність щодо досліджень поведінки людини у тяжких життєвих ситуаціях.

Перший напрямок досліджень сприяв виявленню значущості різних типів захисних механізмів в психологічному благополуччі людини. Послідуючі дослідження були присвячені вивченню самих подій, що викликають стрес, а також типів реакцій на них. Більш сучасні дослідження присвячено вивченню ролі копінгу в процесах саморегуляції і їх внесок в успішність діяльності людини. На сьогоднішній день дослідниками різних підходів виділено понад 400 стратегій подолання життєвих труднощів (Скіннер, 2003) та здійснено безліч спроб їх класифікації, проте загальноприйнята класифікація поки відсутня.

Дослідники А. Л. Журавльов та Е. А. Сергієнко пропонують багаторівневу структуру копінг-поведінки, яка має наступні компоненти:

- 1) копінг-реакції - думки і почуття людини при зіткненні зі стресогенним чинником;
- 2) копінг-дії - вчинки людини в контексті стресових подій;
- 3) копінг-стратегії - послідовність та узгодженість копінг-дій;
- 4) копінг-стилі - концептуально подібні копінг-стратегії.

З точки зору авторів, структурні компоненти долаючої поведінки функціонують і в емоційній, і в когнітивній та поведінковій сферах [12].

Характер підпорядкування зазначених категорій копінгу має вектор від частини до цілого і обумовлюється його системною природою. Копінг-поведінка постає як певна множина компонентів, взаємозв'язок яких зумовлює цілісність цієї множини. Тому застосування системного підходу, що дозволяє дослідити взаємозв'язок досліджуваних об'єктів як елементів єдиного цілого, а саме як «елемент в системі» і «система в елементі» [5], є найбільш доцільним у дослідженні копінг-поведінки.

При дослідженні особливостей копінг-поведінки референтних родичів пацієнтів з ОКР, необхідно враховувати закономірності функціонування сім'ї як цілісної системи. Адже наявність психічного розладу у члена родини зумовлює значне психосоціальне навантаження на всю сім'ю. Референтні родичі, окрім труднощів, пов'язаних з патологічною симптоматикою, стикаються з психосоціальними проблемами (упереджене ставлення, стигматизація з боку суспільства та інші), що і активізує певний стиль копінг-поведінки. Родина, в якій у одного із її членів виявлено психічний розлад, проживає кризовий період. Застосування продуктивних копінг-стратегій членами родини є необхідною умовою для вдалої адаптації до нових умов та відновлення нормального функціонування сім'ї.

Сім'я як складне, багатопланове цілісне явище вивчається різними науками – соціологією, психологією, педагогікою, етнографією, кожна з яких формує свій предмет дослідження. Проте, жодна з дисциплін не сформувала єдиної теорії сім'ї. Однак, науковці накопичили дослідницький матеріал, на основі яких розроблено концепції, які охоплюють певні соціально-психологічні проблеми сім'ї та мають сукупність теоретичних уявлень про сім'ю як феномен. В межах концепції сім'ї необхідно виділити наступні ключові питання: феномен сім'ї, історичний процес розвитку сім'ї, закономірності розвитку сім'ї, функції життєдіяльності та структура сім'ї, місце і значення сім'ї у процесі соціалізації сім'ї.

Конкретно-науковою методологією дослідження сім'ї являються наступні підходи: історичний (С. І. Голод), функціональний (О. Г. Харчев, А. І. Антонов), структурно-функціональний (С. І. Голод), системний (М. С. Мацковський, Д. Олсон, В. Біверс та інші).

Історичний підхід досліджує сім'ю як конкретний історичний тип угруповання з певним набором функцій та особливістю міжособистих стосунків. Для функціонального напрямку головним питанням є вивчення функцій сім'ї як соціосистеми, що відрізняється за своїми ознаками від інших малих груп.

В межах структурно-функціонального підходу сім'я розглядається як стійка адаптивна структура, як цілісна система, що має специфічні способи взаємодії та взаємозв'язку її компонентів. Саме С. І. Голод вперше ввів таке поняття як «адаптаційний синдром», з його психологічним, сексуальним, духовним компонентом [11].

У системному підході вивчення сім'ї предметом дослідження є закони і закономірності її успішного функціонування і розвитку. Американські соціологи Д. Х. Олсон, Дж. Портнер, І. Лаві створили концепцію «Кругова модель сім'ї», яка базується на системному підході. Сімейна система, згідно моделі, прагне до встановлення рівноваги між автономією та взаємозалежністю її членів [48]. Автори зазначають, що баланс між такими суперечливими тенденціями забезпечують такі характеристики системи як гнучкість та згуртованість. В свою чергу, саме баланс в сімейній системі забезпечує внутрішньосімейне спілкування. Дана концепція пропонує власний діагностичний інструмент - «Шкала сімейної адаптації та поведінки».

Відповідно до системного напрямку психосоціального наповнення сім'ї як мікросоціальної групи пов'язане із неминучими об'єктивними обставинами (тяжка хвороба члена родини, смерть старої людини, народження дитини, вихід дітей із сім'ї та інше), що змінюють структуру родини та якість взаємодії її членів.

Для проведення емпіричного дослідження особливостей долаючої поведінки членів родин, де проживає особа з ОКР, найбільш доцільним вважається застосування структурно-функціонального та системного підходів.

За результатами сучасних досліджень встановлено високу частоту емоційного стресу і невротичних станів у родичів, що піклуються про психічнохворих з (М. Р. Салле, 1994; Д. І. Укпонг, Р. О. Маканджуола, 2003; К. Л. Суботнік, Р. Ф. Асарнов, К. Х. Нухтерляйн, 2005), що пояснюється високою мірою психологічного і фізичного навантаження (Т. А. Солохіна,

2003). Дані досліджень доводять, що у членів родини психічнохворого відмічаються ознаки емоційного виснаження, підвищується рівень тривоги (С. Но, Р. Дж. Тернер, 1987; С. Браун, Дж. Вістл, 1998). Для батьків психічнохворих переважають відчуття дистресу, втрати, страху і провини, а сибси нерідко відчувають збентеження і сум (Л. М. Герас, Д. Каміллері, Л. Ейрес, 1993; М. Феррітер, Н. Губанд, 2003).

У ряді робіт було встановлено, що поява психічного розладу впливає на безліч аспектів життя сім'ї. Зміна системи внутрішньосімейної взаємодії, втрата звичної «ідентичності» пацієнта, об'єктивне навантаження у зв'язку з доглядом за членом родини із психічним розладом, зменшення соціальних контактів при недостатності ресурсів сім'ї (таких як підтримка, адаптивні копінг-механізми, ефективні навички родичів у взаємодії з пацієнтом) призводять до формування девіацій взаємодії - гіперопіка, відхиляюча поведінка, надмірна критика (І. Я. Гурович, Н. Д. Семенова, 2007; Дж. Сон, С.Гілард, 2017).

Дослідники зазначають, що об'єктивне навантаження, пов'язане із доглядом за близьким з психічним розладом, і емоційна реакція на неї, складають поняття «тягар сім'ї», що включає в себе об'єктивний і суб'єктивний аспекти. Суб'єктивний аспект тягара психічного розладу визначається, в першу чергу, психологічними і психопатологічними реакціями (тривога, депресія, почуття «втрати», фрустрація і роздратування від змін у сімейних взаєминах), а також негативним впливом на фізичне здоров'я членів сім'ї та їх соціальною дезадаптацією. Встановлено, що виразність суб'єктивного тягара в зв'язку з доглядом за пацієнтом опосередкована стратегіями подолання стресу, існуючими моделями внутрісімейного взаємодії, рівнем зовнішньої підтримки (І. Я. Гурович І.Я, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова, 2004; Д. Ланзара, 1999; М. Г. Перейра, Дж. М. Алмейда, 1999; М. Остман, Л. Ханссон, 2004; А. М. Моллер-Леймкулер, 2005).

У ряді досліджень відзначається, що термін «тягар сім'ї» традиційно асоціюється з негативним досвідом родичів. При цьому вказується, що при оцінці проблем сім'ї та підтримки, якої вона потребує, догляд за хворим несе як складнощі, так і емоційні «винагороди», пов'язані з досвідом допомоги хворому (А. Вельтман, 2002; Л. Магліано, 2007). Так, задоволеність від вкладу в успіхи пацієнта, його відновлення, почуття «гордості і любові» сприяють адаптації до подій і розуміння своїх можливостей референтними родичами (С. Джексон, С. Нотт, А. Скит, 2004).

За результатами шведського дослідження М. Остман, Л. Келлін (2002), в якому брали участь 162 родичів психічно хворих, встановлено, що серед членів родини психічно хворої людини 40 % обстежених вважали, що психічне захворювання у їх родича привело до психічних порушень у них самих, у 30 % спостерігалися суїцидальні думки, а у 26 % інколи виникали думки, що краще б помер психічно хворий член родини.

Існуючі дані досліджень засвідчують, що найбільш значущим фактором адекватного ставлення референтних родичів до лікування є прийняття ними психічного захворювання близького. Однак прийняття хвороби члена родини найчастіше відбувається поетапно і супроводжується хворобливими емоційними переживаннями, пов'язаними з такими реакціями, як заперечення, почуття провини, гнів і відчай [49]. Проживання кожної стадії закладає основні вектори міжособистісного взаємодії з хворим родичем, які або зміцнюють комплаєнтність поведінки пацієнта або послаблюють.

У 2017 році українськими вченими проведено дослідження «Порівняльні особливості базисних копінг-стратегій хворих на афективні розлади та їх референтних родичів», яке дозволило встановити деякі особливості копінг-поведінки хворих на афективні розлади та їх референтних родичів. Отримані дані вказували на тенденцію до уникання вирішення проблем, переважання пасивних варіантів копінг-поведінки та нездатність до звернення за соціальною підтримкою, недостатність досвіду застосування

адаптивних копінг-стратегій «вирішення проблем» та «пошук соціальної підтримки» у пацієнтів з афективними розладами, а їх референтні родичі достовірно рідше, порівняно з контрольною групою респондентів, виявляють високоадаптивні варіанти копінг-поведінки [37].

У 2019 році опубліковані результати дослідження «Дескриптори стрес-долаючої поведінки референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами». Метою дослідження українських науковців було вивчення базисних дескрипторів стрес-долаючої поведінки: копінг-стратегій та копінг-ресурсів у референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами. Отримані дані використано для розробки комплексної системи медико-психологічного супроводу таких сімей. У дослідженні взяли участь 243 референтних родичів хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб) та пацієнтів з афективними розладами — біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад (75 осіб). За результатами дослідження у структурі копінг-поведінки референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами порівняно з особами контрольної групи переважають неадаптивні та відносно адаптивні варіанти копінг-стратегій. Це спричинює значні перешкоди для успішної соціальної та психологічної адаптації як окремих членів сім'ї, так і для гармонійного функціонування сім'ї у цілому. Виділено наступні провідні копінг-стратегії референтних родичів: ігнорування, розгубленість, відносність. Водночас результати засвідчили, що частина респондентів зберігають здатність до адаптивного когнітивного копінгу, що є сприятливим підґрунтям для впровадження психоосвітніх та психокорекційних заходів [16].

Також, українськими науковцями приділено увагу дослідженню особливостей психоемоційної і поведінкової сфери референтних родичів пацієнтів із шизофренією та афективними розладами (А. О. Камінська, 2019). За отриманими даними встановлено, що у процесі розвитку ендогенного психічного розладу у близького члена родини відбувається поступове виснаження емоційних, індивідуально-психологічних та комунікативних

ресурсів референтних родичів, що призводить до дистанціювання й уникання в ситуаціях внутрішньосімейної взаємодії [17].

При дослідженні конструкту якості життя членів сім'ї, що забезпечують підтримку пацієнтам з шизофренією і афективними розладами, виявлено зниження якості життя у референтних родичів, які забезпечують підтримку пацієнтам з психічними розладами, за рахунок як фізичних, так і психологічних компонентів (Н. Г. Пшук, 2018). В цілому референтні родичі пацієнтів демонстрували зниження ресурсу сімейної підтримки із збільшенням тривалості захворювання, що створює істотні перешкоди для успішної соціально-психологічної адаптації як окремих членів родини, так і гармонійного функціонування сім'ї в цілому [38].

## **2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження особливостей копінг-поведінки референтних родичів осіб з ОКР**

На сьогоднішній день родини пацієнтів з психічними розладами є важливою ланкою при наданні підтримки та допомоги на всіх етапах лікування та реабілітації. Члени сім'ї можуть впливати як позитивно, так і негативно на стан хворого, на тривалість ремісії, якість його психосоціальної адаптації, оскільки сім'я виступає в ролі важливого психосоціального ресурсу. Тому вивчення особливостей копінг-поведінки референтних родичів повинна включати дослідження рівня «сімейного навантаження» внаслідок діагностування психічного розладу у члена родини. Висунуто припущення, що високий рівень «сімейного навантаження», та як наслідок підвищений рівень «сімейної тривоги» та «сімейної дезадаптації», взаємопов'язано із застосуваннями дезадаптивних копінг-механізмів.

Метою дослідження є емпірично дослідити особливості копінг-поведінки референтних родичів осіб з obsesивно-компульсивним розладом з метою встановлення мішеней їх психологічної підтримки.

Завдання:

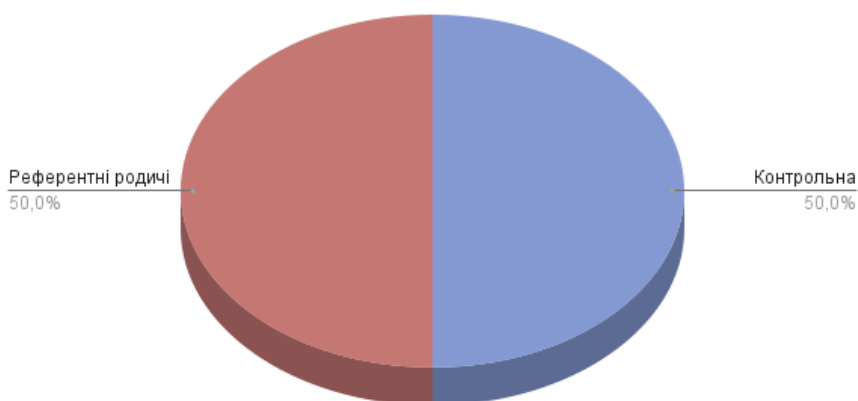
1. Організувати та провести емпіричне дослідження особливостей копінг-поведінки референтних родичів осіб з obsесивно-компульсивним розладом.
2. Аналіз та інтерпретація отриманих даних.

Опис вибірки. Дослідження особливостей копінг-поведінки референтних родичів осіб з obsесивно-компульсивним розладом було проведено у січні 2022 року.

Для дослідження було сформовано дві групи:

- Перша група, до якої увійшли референтні родичі осіб з ОКР. Критерієм відбору було 1–2-й ступінь спорідненості із пацієнтом; кількість даної групи склала 20 осіб.
- Друга група (контрольна) – досліджувані, які не мають в родині осіб з будь-яким діагностованим психічним розладом; кількість даної групи склала 20 осіб.

Даний розподіл представлено у наступній діаграмі:



*Рис. 2.1.* Розподіл вибірки залежно від наявності у родині осіб з ОКР

Загалом вибірка склала 40 осіб віком від 20 до 60 років (проте переважний вік респондентів від 31 до 40 років), 36 жінок та 4 чоловіка.

Для проведення опитування за обраними методиками було створено анкети та опитувальники за допомогою Google форм. Респонденти мали можливість дистанційно відповісти на запитання та заповнити анкету.

Організація емпіричного дослідження особливостей копінг-поведінки референтних родичів осіб з obsесивно-компульсивним розладом проводилась в декілька етапів:

1. На підготовчому етапі було проведено аналіз критеріїв вибору методик за такими принципами як:
  - доцільність методик - ефективно висвітлювати коло результатів, що є релевантними процесам, які досліджуються;
  - валідність, надійність, стандартизація методик;
  - доступність проведення та інтерпретації - можливість використання методик та обробки їх результатів за мінімальних технічних умов без зменшення якості та цінності набутих даних.
2. Основний етап включав формування вибірки дослідження та проведення опитування за допомогою обраного діагностичного інструментарію:
  - для визначення копінг-стратегій поведінки референтних родичів осіб з ОКР застосований опитувальник копінг-стратегій (WCQ) Р. Лазаруса, С.Фолкмана (в адаптації Т. Крюкової, О. Куфтяк, М. Замишляєвої);
  - для вимірювання особистої тривоги члена сім'ї, в якій проживає пацієнт з ОКР - методика «Аналіз сімейної тривоги»;
  - для дослідження психоемоційного стану референтних родичів використаний опитувальник САН;
  - для вивчення середовищних копінг-ресурсів референтних родичів застосований модифікований варіант методики «Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки» («MSPSS»);
  - для дослідження рівня індивідуального та сімейного стресу у членів родини, в якій проживає пацієнт з психічним розладом застосований опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3 / Тест Олсона).
3. Заключний етап - проведення аналізу та інтерпретації отриманих результатів дослідження. Статистичний аналіз даних здійснювався за допомогою наступних методів: описові статистики, застосування

критерію Уелча для порівняння середніх значень досліджуваних груп, кореляційний та регресійний аналіз. Усі розрахунки здійснювались у програмі статистичної обробки Jamovi.

Методики дослідження :

1. Опитувальник копінг-стратегій (WCQ) Р. Лазаруса, С.Фолкмана (в адаптації Т. Крюкової, О. Куфтяк, М. Замишляєвої);
2. Методика «Аналіз сімейної тривоги»;
3. Тест диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальник САН;
4. Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімета (в адаптації В. Ялтонського, Н. Сироти);
5. Опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3 / Тест Олсона).

Опитувальник копінг-стратегій (WCQ) Р. Лазаруса і С. Фолкмана (в адаптації Т. Крюкової, Е. Куфтяк, М. Замишляєвої) (Додаток А) призначений для визначення копінг-механізмів, засобів подолання труднощів особистістю, і вважається першою стандартною методикою для вимірювання копінга. Методика “Ways of Coping Questionnaire” (WCQ) була розроблена Р. Лазарусом і С. Фолкманом в 1988 році. Автори визначають копінг як когнітивні і поведінкові зусилля, спрямовані на оволодіння (управління) ситуацією, набуття толерантності до неї, зниження або мінімізацію її вимог, а в більш широкому розумінні - регуляцію внутрішніх і зовнішніх умов трансакції між людиною і навколишнім середовищем. Науковці розуміють під трансакцією «динамічну взаємодію» людини з навколишнім середовищем (трансакційна теорія стресу і копіngu). Подолання стресу здійснюється за допомогою двох взаємопов'язаних «процесів-медіаторів»: когнітивного оцінювання та копінга. Когнітивне оцінювання забезпечує категоризацію зовнішніх впливів середовища, а також оцінку власних ресурсів задля подолання стресових умов. Зміна когнітивних оцінок визначає динаміку копінга. Р. Лазарус і С. Фолкман виділили проблемно-орієнтований (дії,

спрямовані на зміну ситуації) та емоційно-орієнтований (управління негативними почуттями) типи копінгу.

Опитувальник був створений на основі першої методичної розробки Р. Лазаруса і С. Фолкмана опитувальника «Контрольний перелік способів копінга» (Ways of Coping Checklist - WCC), який містив 68 пунктів-тверджень, сформульованих на засадах концептуальних розробок і даних емпіричних досліджень. Надалі зміст і структура опитувальника були переглянуті і в редакції 1998 року опитувальник включав 66 тверджень, об'єднаних у 8 шкал. У 2004 році методика адаптована Т. Л. Крюковою, Е. В. Куфтяк, М. С. Замишляєвою [21], і додатково стандартизована в НІПНІ ім. Бехетерева Л. І. Вассерманом, Б. В. Іовлевим, О. Р. Ісаєвою, Е. А. Трифоновою, О. Ю. Щелковою, М. Ю. Новожиловою. Російськомовний варіант був скорочений до 50 пунктів і валідизований на російській популяції [105].

Таким чином, застосований опитувальник включає 50 тверджень, кожне з яких відображає певний варіант поведінки у важкій або проблемній ситуації. Твердження оцінюються респондентами за чотирибальною шкалою залежно від частоти вживання запропонованої стратегії поведінки (ніколи, рідко, іноді, часто). Пункти опитувальника згруповані у вісім шкал, що відповідають основним видами копінг-стратегій, зазначених авторами.

Твердження об'єднано у наступні шкали:

1. Конфронтація – вид стратегії, що полягає у спробах вирішення проблеми за рахунок не завжди планомірної поведінкової активності, направленої на зміну ситуації. Надто виражений конфронтаційний копінг супроводжується імпульсивністю у поведінці, іноді з проявами ворожості та конфліктності, а також спостерігаються труднощі у плануванні дій та прогнозуванні їх результату, складнощі з корекцією стратегії поведінки. Копінг-дії стають здебільшого наслідком розрядки емоційного напруження. В основному стратегія конфронтації вважається неадаптивною, однак при помірному застосуванні вона

убезпечує спроможність особистості протистояти важким обставинам та відстоювати особисті інтереси, справлятися з тривогою у стресових умовах.

2. Дистанціювання – дана стратегія реалізує спроби долання негативних переживань, пов'язаних із стресовою ситуацією, через суб'єктивне зменшення її значущості та зниження ступеню емоційного залучення у неї. Для даного типу стратегії характерні інтелектуальні прийоми раціоналізації, застосування гумору, відсторонення, знецінення, перемикання уваги тощо.
3. Самоконтроль – вид стратегії, що визначає можливість долання негативних переживань у зв'язку з проблемною ситуацією через цілеспрямоване придушення і стримування емоцій, мінімізуючи їх вплив на оцінювання ситуації та вибір стратегії поведінки. Характерно підвищений контроль поведінки, прагнення самовладання, надмірна вимогливість людини до себе. В такому прагненні до самоконтролю може спостерігатися намагання особистості приховати від оточення власні переживання, пов'язані із стресовою подією.
4. Пошук соціальної підтримки – вид стратегії, що направлений на долання проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної і дієвої підтримки. В даному випадку спостерігається орієнтування особистості на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги та співчуття. Пошук інформаційної підтримки здійснюється через звернення за рекомендаціями до експертів та знайомих, що володіють (з точки зору респондента) потрібними знаннями. Необхідність в емоційній підтримці проявляється у прагненні людини бути вислуханою та розділити особисті переживання з оточенням. Допомога конкретними вчинками є головною потребою при наданні переваги дієвій підтримці.
5. Прийняття відповідальності – стратегія, що полягає у визнанні суб'єктом своєї ролі у появі труднощів і відповідальності за їх

вирішення. В ряді випадків простежуються вираженість елементів самокритики і самозвинувачення. Помірність застосування даної стратегії відображує прагнення індивіда до розуміння зв'язку між особистими вчинками та їх наслідками, готовність аналізувати свої дії, змога виявляти причини актуальних проблем у власних помилках і недоліках. Проте, надмірність прояву такої стратегії у поведінці обумовлює невиправдану самокритику, незадоволеність собою, переживання почуття провини.

6. Втеча-уникнення – стратегія, що здійснюється за рахунок реагування за типом ухилення. Це проявляється у запереченні проблеми, фантазуванні, у появі невиправданих очікувань, відволіканні і т.п. Переважання стратегії уникнення супроводжується неконструктивними формами поведінки при стресових обставинах: заперечення або повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності, відсутність конкретних дій задля вирішення труднощів, пасивність, спалахи роздратування, нетерпіння, занурення у фантазії, переїдання, схильність до вживання алкоголю з метою зменшення болісного емоційного напруження. Більшість дослідників дану стратегію розглядають як неадаптивну, але не виключають можливість її користі в окремих ситуаціях, однак тільки в короткостроковій перспективі і лише для зняття емоційної напруги при гострих стресогенних ситуаціях.
7. Планування рішення проблеми – дана стратегія визначає копінг, що здійснюється за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів дій, що супроводжується плануванням наступних кроків з урахуванням об'єктивних умов, наявних ресурсів та минулого досвіду. Більшість дослідників вважають дану стратегію як адаптивну, оскільки вона сприяє конструктивному вирішенню проблем. Однак, існує ймовірність появи надмірності у раціональності, недостатньої емоційності, спонтанності та інтуїтивності у поведінці.

8. Позитивна переоцінка – стратегія, що реалізується за рахунок позитивного переосмислення проблемної ситуації, розгляду її як стимулу для особистісного зростання. Спостерігається орієнтованість людини на філософське осмислення складних подій та труднощів, включення їх в більш глибокий контекст роботи особистості над саморозвитком. Однак, існує ймовірність недооцінювання особистістю власних можливостей дієвого вирішення проблемних ситуацій.

Методика є доцільною для використання у дослідженні особливостей копінг-поведінки членів родини осіб з психічними розладами, оскільки дозволяє визначити особливості поведінки в проблемних і важких для особистості ситуаціях. Показанням до застосування опитувальника є також масові скринінгові дослідження в рамках психогігієнічних і психопрофілактичних програм, тому опитувальник в комплексі з іншими методиками може застосовуватися з метою оцінки ефективності психокорекційних заходів для референтних родичів.

Методику «Аналіз сімейної тривоги» (Додаток Б) обрано для вимірювання особистої тривоги члена сім'ї, в якій проживає пацієнт з ОКР. Дана методика є самоопитувальником, авторами якого є дослідники Є. Г. Ейдемільер і В. Юстицкіс [47]. Опитувальник складається з 21 твердження, що групуються в три шкали: «Вина», «Тривожність» і «Напруженість».

Під «сімейною тривою» розуміється стан тривоги у одного або декількох членів родини. Властивою ознакою даного типу тривоги є те, що вона виявляється у сумнівах, страхах та побоюваннях, які стосуються, перш за все родини - здоров'я її членів, їх подорожей та пізніх повернень, сутичок і конфліктів, що виникають у сім'ї. Тобто дана тривога зазвичай стосується, головним чином, сімейної сфери і не поширюється на позасімейні. Основою «сімейної тривоги» є погано усвідомлена невпевненість особи в певному важливому для неї аспекті родинного життя. Індивід витісняє пов'язані з цим аспектом почуття, тому така тривога, як правило, виявляється опосередковано, та по-різному у всіх членів сім'ї. Важливими елементами

«сімейної тривоги» є також переживання безпорадності і відчуття неспроможності втрутитися в хід подій в сім'ї.

Опитувальник являє собою короткий і зручний інструмент для скринінгової і попередньої діагностики в рамках сімейного консультування та сімейної психотерапії. Сімейна тривожність може виявитися загальною для всіх членів сім'ї, що пред'являють часом зовсім різноманітні скарги в соціальній, емоційній, поведінковій, соматичній та інших сферах.

Дана методика крім почуття тривоги дозволяє визначити також сімейно-обумовлене нервово-психічне напруження і стан провини, пов'язаний з родиною. Надмірне нервово-психічне напруження є одним з основних психотравмуючих переживань. Сім'я бере участь у формуванні цієї напруги декількома способами:

1. Створюючи для члена родини ситуацію сталого психологічного тиску, важкого або навіть безвихідного становища.
2. Здійснюючи перешкоди для прояву членами родини важливих для них, почуттів, задоволення вагомих потреб. По-перше, це можуть бути почуття несумісні з рольовими уявленнями члена сім'ї. По-друге, неблагополуччя у взаєминах в родині супроводжується зростанням зусиль, котрі необхідно докласти задля стримування почуття фрустрації, роздратування, агресії. По-третє, незадоволення особистісно-емоційних потреб індивіда (співчуття, підтримка, взаєморозуміння).
3. Створюючи або підтримуючи внутрішній конфлікт у члена сім'ї. Родина може сприяти виникненню конфлікту потреб у індивіда, висуваючи суперечливі вимоги до нього та вимагаючи надмірну відповідальність за їх виконання.

Методика перевірялась на консистентність за допомогою методу Кьюдера-Річардсона. Для виявлення валідності, що вивчалася за обраним критерієм, використовувався коефіцієнт рангової кореляції Кенделл між балом (рангом) опитувальника і критерієм.

Таким чином, опитувальник дозволяє визначити загальний фон переживань індивіда, пов'язаний з його позицією в сім'ї, з тим як він сприймає себе в родині, наскільки дієвою особою він відчуває себе у сімейних відносинах і відіграє активну роль. В даній роботі висунуто припущення, що рівень сімейної тривоги, який пов'язаний із феноменом «сімейного навантаження» в зв'язку з наявністю у родини психічнохворого впливає на особливість копінг-поведінки членів родини. Тому методика «Аналіз сімейної тривоги» являється доцільним діагностичним інструментарієм для більш детального вивчення обраної тематики роботи.

Тест диференціальної самооцінки функціонального стану (опитувальник САН) (Додаток В) обрано для визначення психоемоційного стану респондентів. Назва тесту "САН" складається з перших букв слів "Самопочуття", "Активність", "Настрій". Методика була розроблена співробітниками Московського медичного інституту імені І. М. Сеченова: Н. А. Лаврентевою, В. А. Доскіним, В. Б. Шарай, М. П. Мірошніковим, і вперше опублікована в 1973 році. При створенні тесту автори ґрунтувались на тому, що самопочуттю, активності та настрою, як основним компонентам функціонального психоемоційного стану людини, можуть бути надані полюсні оцінки, між якими існує континуальна послідовність перехідних значень. САН широко застосовується для оцінювання психічного стану і здорових осіб, і хворих. Тест дозволяє визначити психоемоційні реакції на навантаження, для виявлення індивідуальних особливостей і біологічних ритмів психофізіологічних функцій. Респондентам пропонується 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні полюси самопочуття, активності та настрою, які необхідно охарактеризувати за ступенем прояву.

Змістовні характеристики шкал:

1. Самопочуття - комплекс суб'єктивних відчуттів, який характеризує рівень фізіологічного та психологічного комфорту людини. Визначення самопочуття може мати як узагальнюючий характер (гарне або погане

самопочуття), так і локалізований характер відносно певних форм відчуття (відчуття дискомфорту у певній частині тіла).

## 2. Активність:

- Власна динаміка як основа перетворення або підтримання життєво важливих зв'язків з оточуючим середовищем, для якої характерна власна ієрархія: хімічна, фізична, нервова, психічна активність, активність свідомості, особистості, групи, суспільства. Активність вибудовується відповідно до імовірного прогнозування розвитку подій в середовищі і положенням в ній організму.

- Одна зі сфер прояву темпераменту, яка визначається інтенсивністю та обсягом взаємодії індивіда із соціальним середовищем. За даним критерієм особистість може бути інертною, пасивною, спокійною, ініціативною, активною.

3. Настрій - порівняно стійкий та тривалий стан особистості, який може бути представлений як:

- емоційний фон (піднесений, пригнічений), який являється емоційним відреагуванням не на безпосередні наслідки певних подій, а на їх вагомість для індивіда в розрізі загальних життєвих планів, очікувань та інтересів;

- чітко визначений стан (сум, нудьга, туга, страх, радість, захоплення та інше).

Настрій, на відміну від почуттів, завжди направлений на той чи інший об'єкт, і виявляється в особливостях емоційного відгуку особистості на події будь-якого змісту.

Конструктна валідність тесту була встановлена на основі порівняння з даними психофізіологічних методик з урахуванням показників критичної частоти миготіння, температурної динаміки тіла, хронорефлексометрії. Поточна валідність визначалась шляхом співставлення результатів контрастних груп, а також шляхом порівняння показників досліджуваних в різний час робочого дня. Авторами методики була проведена її

стандартизація на результатах обстеження вибірки, що складалась з 300 студентів [6].

Багатовимірною шкалою сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімета (в адаптації В. Ялтонського, Н. Сироти) (Додаток Г) застосована для встановлення особливостей соціальної підтримки у референтних родичів осіб з ОКР [42;110]. В результаті проведених досліджень було засвідчено, що соціальна підтримка виконує роль бар'єру, буфера, що пом'якшує патогенний вплив стресу. Опитувальник MSPSS призначений для вимірювання сприйняття індивідуумом соціальної підтримки. Дана методика є лаконічною, зручною і простою у використанні, включає 12 питань, та дозволяє визначити наявність соціальної підтримки за трьома аспектами: «родина», «друзі», «інші значимі особи». Опитувальник MSPSS довів свою надійність і ефективність у багатьох соціологічних і клінічних дослідженнях.

Російськомовна версія опитувальника MSPSS в адаптації В. М. Ялтонського і Н. А. Сироти відрізняється від оригінального опитувальника наявністю дихотомічної шкали, в той час як в оригінальній методиці застосована семіпунктна шкала Лайкерта. Надійність російськомовної версії методики визначалась за допомогою повторного тестування (ретест) із застосуванням внутрішньогрупового коефіцієнта кореляції. Для перевірки внутрішньої узгодженості тесту застосовували метод альфа Кронбаха. Показник альфа Кронбаха більше 0,8, що свідчить про гарну надійність тесту. Факторна структура російськомовного опитувальника MSPSS досліджувалась за допомогою експлораторного факторного аналізу і конфірматорного факторного аналізу. При використанні експлораторного факторного аналізу застосовували метод головних компонент з обертанням за методом варимакс. Визначення числа головних компонент проводили за допомогою методу Кеттелла - графік «Кам'яниста осип».

При виконанні конфірматорного факторного аналізу розраховувалися наступні показники: критерій відносної згоди моделі (CFI, допустимі

значення  $\geq 0,95$ ), індекс Такера-Льюїса (TLI  $\geq 0,9$ ), середньоквадратична помилка апроксимації (RMSEA  $\leq 0,06$ , допустимими вважаються також значення 0,06 -0,08) і показник приватного  $\chi^2$  і числа ступенів свободи ( $\chi^2 / df$ , прийнятне значення  $< 3$ ). З метою встановлення конструктної валідності опитувальника додатково використовувалися наступні методики: госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) і восьмифакторний особистісний опитувальник Спілбергера-Радюка (STPI). Оцінку конструктної валідності між MSPSS і HADS, STPI проводили з використанням коефіцієнта кореляції Спірмена [22].

Таким чином, російськомовна версія опитувальника MSPSS повністю відповідає англomовній версії щодо надійності, узгодженості і внутрішньої структури шкали, а також характеризується високою ретестовою надійністю. Конструктна валідність опитувальника підтверджується результатами кореляційного аналізу, який встановив взаємозв'язок соціальної підтримки з симптомами тривоги і депресії, а також з допитливістю, тривожністю, агресивністю як властивостей особистості. Методика відповідає завданням нашого дослідження, оскільки дозволяє визначити середовищні копінг-ресурси в межах дослідження особливостей копінг-поведінки референтних родичів осіб з ОКР.

Опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3 / Тест Олсона) [34] один з найвідоміших стандартизованих опитувальників, створений Д. Х. Олсоном, Дж. Портнером, І. Лаві, призначенням якого є оцінка сімейної структури. В 1986 році методика була адаптована М. Перре (Е. Г. Ейдемільер, І. В. Добряков, І. М. Микільська, 2003). Підґрунтям методики є «циркулярна модель» («кругова модель») Д. Х. Олсона, що включає в себе три головних параметра сімейної поведінки: згуртованість, адаптація та комунікація.

FACES-3 є третім варіантом шкали FACES, що розроблений для оцінювання двох провідних параметрів структури сім'ї: сімейної згуртованості та сімейної адаптації.

Таким чином, концептуальну основу FACES-3 становлять два феномени сімейної поведінки: згуртованість (солідарність, консолідація) і адаптація (присосовність). Під сімейною згуртованістю розуміється рівень сепаратності (далекості) членів родини один від одного або, навпаки, зв'язаності, передбачаючи, першочергово, емоційний зв'язок (прихильність). Сімейна адаптація - здатність сімейної системи змінюватись та пристосовувати власну структуру, рольові відносини, норми й правила під впливом стресових подій та нових обставин.

Згідно «циркулярної моделі», яку покладено в основу опитувальника визначають чотири рівні сімейної згуртованості в межах від дуже низького до дуже високого: роз'єднаний, розділений, зв'язаний і зчеплений. Аналогічно виділяються чотири рівні сімейної адаптації від дуже низького до дуже високого: ригідний, структурований, гнучкий, хаотичний. Комбінуванням чотирьох рівнів згуртованості та чотирьох рівнів адаптації ідентифікуються у шістнадцять різних типів сімейних систем: чотири з яких є помірними для обох рівнів і називаються збалансованими, чотири - екстремальними, або незбалансованими, тому що мають крайні показники за обома рівнями. Вісім інших типів є середніми, або середньо збалансованими, оскільки один з параметрів є екстремальним, а інший - збалансований.

Стимульний матеріал методики включає 20 тверджень. Респондент двічі оцінює кожне твердження за ступенем його виразності за п'ятибальною шкалою. У першому випадку досліджуваний оцінює реальне сімейне функціонування, у другому – ідеальне на його погляд. Це дозволяє проаналізувати, як респонденти в даний період сприймають свою сім'ю і якою би вони хотіли її бачити. Значення, отримані при оцінці ідеалу дозволяють отримати інформацію про ступінь змін у сімейному функціонуванні. Розбіжність між сприйняттям реального стану та ідеалу визначає ступінь задоволеності існуючою сімейною системою членами родини. Чим більша розбіжність, тим більше незадоволення наявною сімейною системою. Опитувальник «Шкала сімейної адаптації та

згуртованості» (Додаток Д) є доцільним для дослідження індивідуального та сімейного стресу, а також копінгу у членів родини, в якій проживає пацієнт з психічним розладом.

### 2.3. Аналіз та інтерпретація результатів

Аналіз та інтерпретація отриманих даних в ході емпіричного дослідження проходили в декілька етапів. На початковому етапі було проведено аналіз внутрішньої надійності методик за допомогою  $\alpha$ -Кронбаха та  $\omega$ -Макдональдса.

Для опитувальника копінг-стратегій (WCQ) отримано такі показники :  $\alpha$ - Кронбаха = 0.944 та  $\omega$ -Макдональда = 0.951. Для методики «Аналіз сімейної тривоги» отримано наступні дані:  $\alpha$ - Кронбаха = 0.916 та  $\omega$  – Макдональда = 0.922. Для опитувальника САН:  $\alpha$ - Кронбаха = 0.980 та  $\omega$  – Макдональда = 0.982. Для методики «Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)» було отримано такі показники:  $\alpha$ - Кронбаха = 0.935 та  $\omega$ -Макдональдса = 0.943. Для опитувальника «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3) визначено  $\alpha$ - Кронбаха = 0.969 та  $\omega$  – Макдональда = 0.971. Отримані результати засвідчують надійність та узгодженість питань в обраних методиках.

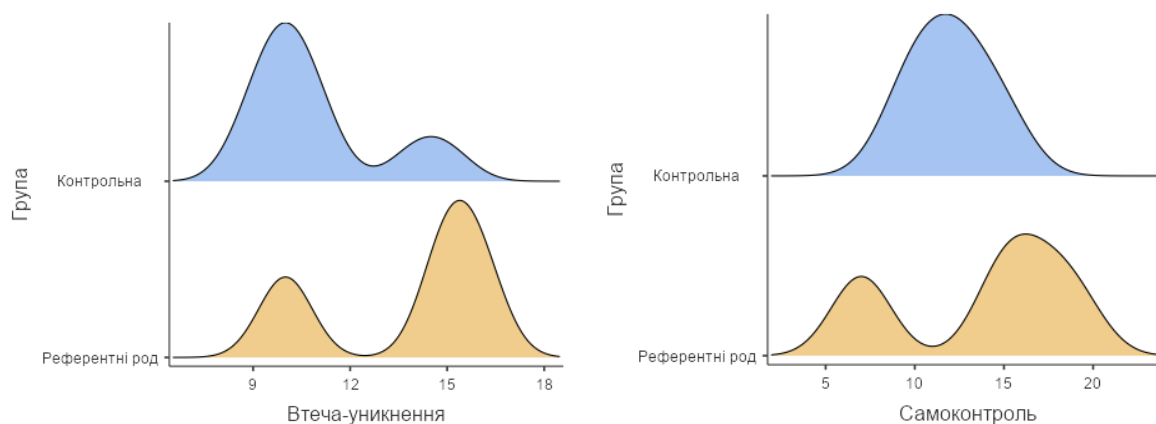
Другий етап полягав у вивченні описових характеристик отриманих даних, а саме міри центральної тенденції, що показують загальні характеристики розподілу даних за певною змінною, та проведення порівняльного аналізу досліджуваних груп.

Дослідження копінг-стратегій за опитувальником копінг-стратегій (WCQ) засвідчило, що для групи референтних родичів найбільш напруженими є наступні стратегії подолання:

- самоконтроль,
- втеча-уникнення.

Перелічені стратегії найбільш вживані, але мають високу напруженість, що свідчить про виражену дезадаптацію. Це свідчить про нездатність

ефективно опанувати складні обставини, та знаходити нові рішення і поведінкові стратегії у нових обставинах.



*Рис. 2.2.* Розподіл даних за копінг-стратегіями втеча/уникнення та самоконтроль

В прикордонному стані знаходяться наступні стратегії:

- конфронтаційний копінг,
- дистанціювання,
- пошук соціальної підтримки,
- планування вирішення проблеми,
- позитивна переоцінка.

Тобто дані стратегії також поширені у застосуванні серед референтних родичів осіб з ОКР, проте ще не набули дезадаптивного стану. Низький рівень напруженості має копінг-стратегія прийняття відповідальності.

Для контрольної групи напруженими є такі копінг-стратегії:

- пошук соціальної підтримки,
- планування вирішення проблеми,
- позитивна переоцінка.

В прикордонному стані наступні стратегії опанування:

- конфронтаційний копінг,
- самоконтроль,
- втеча-уникнення.

Низький рівень для наступних стратегій:

- дистанціювання,

- прийняття відповідальності.

Табл.2.1.

Описові характеристики по обом групам за опитувальником копінг стратегій (WCQ)

	Група	N	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення
Конфронтаційний копінг	Контрольна	20	8.50	8.00	2.31
	Референтні родичі	20	10.70	10.00	3.59
Дистанціювання	Контрольна	20	6.20	6.50	3.04
	Референтні родичі	20	7.80	7.50	1.82
Самоконтроль	Контрольна	20	12.00	12.00	2.00
	Референтні родичі	20	13.80	15.00	4.79
Пошук соціальної підтримки	Контрольна	20	13.80	15.00	3.52
	Референтні родичі	20	12.60	13.00	4.99
Прийняття відповідальності	Контрольна	20	6.90	6.50	1.80
	Референтні родичі	20	6.40	6.50	2.11
Втеча-уникнення	Контрольна	20	10.90	10.00	1.97
	Референтні родичі	20	13.80	15.00	2.59
Планування вирішення проблеми	Контрольна	20	14.10	14.50	2.31
	Референтні родичі	20	10.60	11.00	4.06
Позитивна переоцінка	Контрольна	20	16.20	16.50	2.75
	Референтні родичі	20	11.50	13.00	6.23

Таким чином, для обох груп є напруженими як емоційно-орієнтовані, так і проблемно-орієнтовані стратегії. Необхідно відмітити, що для обох груп в межах норми прояв стратегії прийняття відповідальності, тобто дана стратегія має найбільшу ефективність при застосуванні.

Для перевірки нормальності розподілу було застосовано критерій Шапіро-Уїлка, що не підтвердив припущення про нормальність розподілу у виборці. Для порівняння середніх значень у двох групах та виявлення статистично значимої відмінності було застосовано критерій Уелча, оскільки розподіл у виборці (та у групах) не відповідає нормальному.

Табл.2.2.

## Перевірка рівності середніх значень по двом групам

	Статистика	Значущість (p)	Величина ефекту	
Конфронтаційний копінг	-2.31	0.028	d-Коена	-0.730
Втеча-уникнення	-3.99	< 0.001	d-Коена	-1.261
Планування вирішення проблеми	3.35	0.002	d-Коена	1.060
Позитивна переоцінка	3.09	0.005	d-Коена	0.977

Результати свідчать, що за рівнем застосування конфронтаційного копінгу є статистично значуща різниця між середніми значеннями двох досліджуваних груп на рівні значущості  $p = 0.027$ . Величина ефекту становить  $-0.730$ , що відповідає вище середнього рівню.

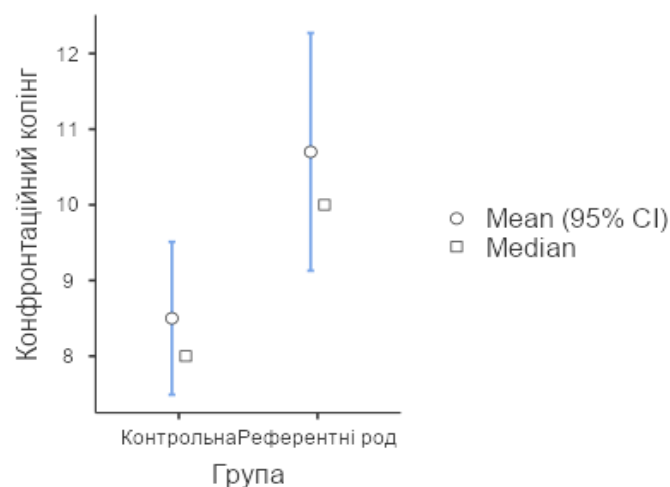


Рис.2.3. Графіки розподілу середніх значень по двом групам за конфронтаційним копінгом

Згідно описових статистик конфронтаційний копінг є в прикордонному стані для обох груп, проте отримані результати засвідчують, що для групи референтних родичів дана стратегія має більшу напруженість ніж для контрольної групи.

Виявлено статистично значущу відмінність між середніми значеннями двох досліджуваних груп на рівні значущості  $p < 0.001$  для стратегії втеча-уникнення. Величина ефекту становить  $-1.261$ , що відповідає високому рівню.

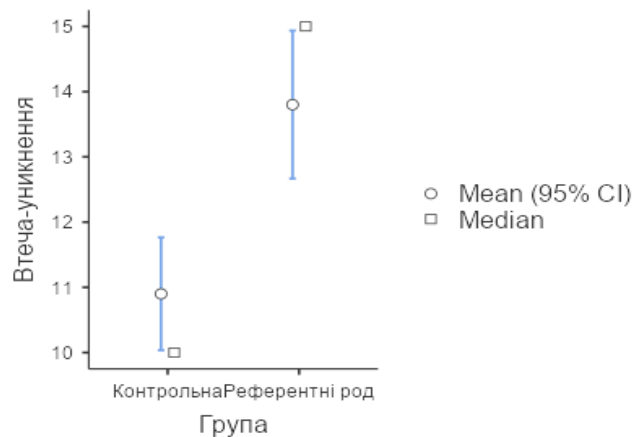
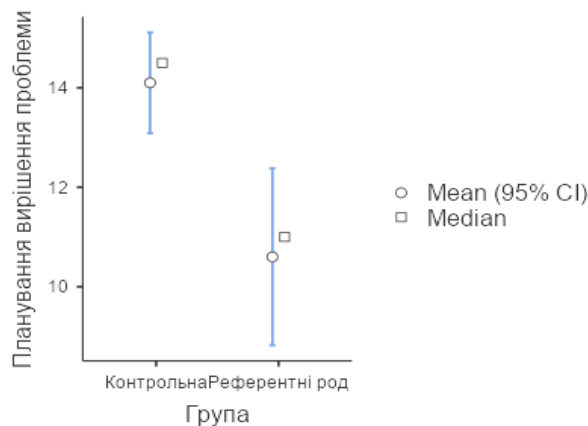


Рис.2.4. Графіки розподілу середніх значень по двом групам за копінгом втеча-уникнення

Такий результат дає підтвердження, що стратегія втеча-уникнення є більш характерною для групи референтних родичів, ніж для респондентів контрольної групи. За описовими статистиками також встановлено, що дана стратегія має високі показники для групи референтних родичів, тому має дезадаптивних характер. Стратегія втеча-уникнення здійснюється за рахунок відповіді за типом ухилення, що проявляється у запереченні проблеми, фантазуванні, у появі невинуватих очікувань, відволіканні. Переважання стратегії уникнення у референтних родичів засвідчує про можливість неконструктивних форм поведінки при стресових обставинах: заперечення або повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності, відсутність конкретних дій задля вирішення труднощів, пасивність, спалахи роздратування, нетерпіння, занурення у фантазії, переїдання, схильність до вживання алкоголю з метою зменшення болісного емоційного напруження.

Більшість дослідників стратегію втеча-уникнення розглядають як неадаптивну, проте не виключають можливість її користі в окремих ситуаціях, однак тільки в короткостроковій перспективі і лише для зменшення емоційної напруги при гострих стресогенних ситуаціях.

Встановлено статистично значущу відмінність між середніми значеннями двох досліджуваних груп на рівні значущості  $p = 0.002$  для стратегії планування вирішення проблеми. Величина ефекту становить 1.060, що відповідає високому рівню.

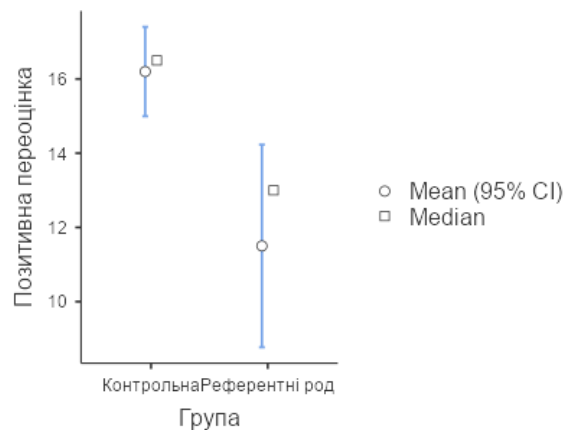


*Рис.2.5.* Графіки розподілу середніх значень по двом групам за копінгом планування вирішення проблеми

Такі результати засвідчують, що для респондентів контрольної групи стратегія планування вирішення проблем є більш напруженою та має дезадаптивних характер, ніж для референтних родичів осіб з ОКР. Але звертаючись до описових статистик, необхідно зауважити, що дана стратегія для групи референтних родичів має прикордонний характер, тобто застосування її має ще адаптивний характер, проте на межі із дезаптацією. Дана стратегія визначає копінг, що здійснюється за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів дій. Стратегія планування вирішення проблем супроводжується плануванням наступних кроків з урахуванням об'єктивних умов, наявних ресурсів та минулого досвіду. Переважно вважається, що дана стратегія є адаптивною, оскільки вона сприяє конструктивному вирішенню проблем. Однак, в даному випадку

високі показники свідчать про появу надмірності у раціональності, недостатньої емоційності, спонтанності та інтуїтивності у поведінці.

Виявлено статистично значущу відмінність між середніми значеннями двох досліджуваних груп на рівні значущості  $p = 0.004$  для стратегії позитивна переоцінка. Величина ефекту становить 0.977, що відповідає високому рівню.



*Рис.2.6.* Графік розподілу середніх значень по двом групам за копінгом позитивна переоцінка

Отримані результати свідчать, що для респондентів контрольної групи стратегія позитивна переоцінка є більш напруженою та має дезадаптивних характер, ніж для референтних родичів. Проте необхідно зазначити, що для референтних родичів дана стратегія має прикордонний характер, тобто застосування її на межі із дезаптацією. Дану стратегію реалізується за рахунок позитивного переосмислення проблемної ситуації, розгляду її як стимулу для особистісного зростання, оскільки сприяє орієнтуванню людини на філософське осмислення складних подій та труднощів. Однак, якщо дана стратегія має дезадаптивних характер, як в нашому випадку, то існує ймовірність недооцінювання особистістю власних можливостей дієвого вирішення проблемних ситуацій.

Наступним кроком було вивчення описових статистик за методикою «Аналіз сімейної тривоги», згідно якої визначається як загальний рівень сімейної тривоги, так і за окремими субшкалами: сімейна вина, сімейна тривожність, сімейна напруженість.

Табл.2.3.

Описові характеристики по обом групам за методикою «Аналіз сімейної тривоги»

	Група	N	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення
Сімейна вина	Контрольна	20	0.200	0.00	0.410
	Референтні родичі	20	2.50	2.50	1.24
Сімейна тривожність	Контрольна	20	0.600	0.00	0.940
	Референтні родичі	20	3.70	4.00	2.11
Сімейна напруженість	Контрольна	20	2.400	2.00	1.903
	Референтні родичі	20	6.10	6.50	1.17
Загальний рівень сімейної тривоги	Контрольна	20	3.200	2.50	2.821
	Референтні родичі	20	12.30	12.00	3.08

Загальний рівень сімейної тривожності варіює від 0 до 21 балів, а проблема в тій чи іншій сімейній сфері вважається діагностованою, якщо за відповідною шкалою набрано 5 і більше балів. В даному випадку найбільш високі значення для групи референтних родичів за субшкалою сімейна напруженість.

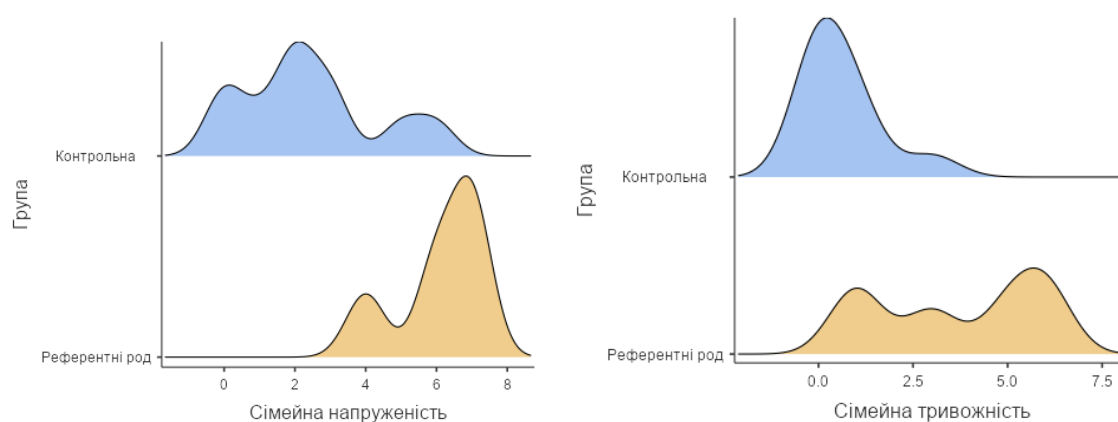
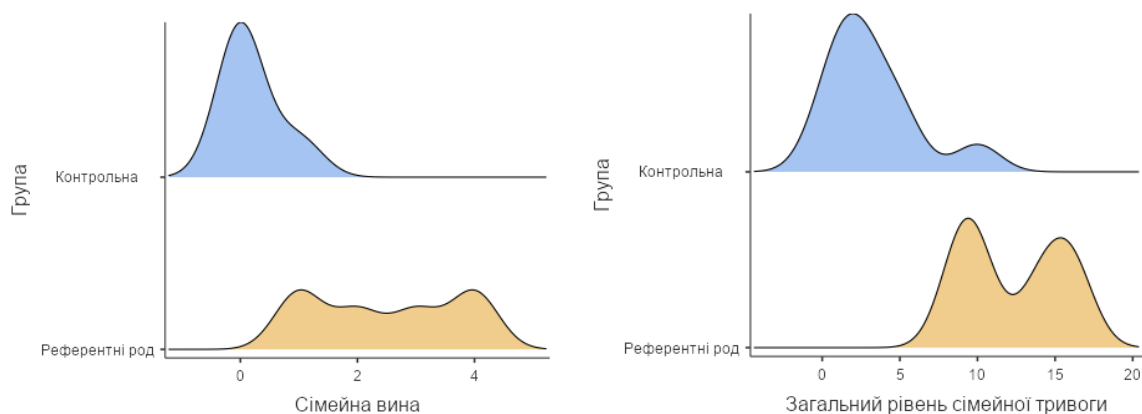


Рис. 2.7. Розподіл даних за рівнем сімейної напруженості та тривожності



*Рис. 2.8.* Розподіл даних за рівнем сімейної вини та за загальним рівнем тривоги

Для підтвердження статистично значимої розбіжності середніх значень двох груп застосовано непараметричний критерій Уелча.

Табл.2.4.

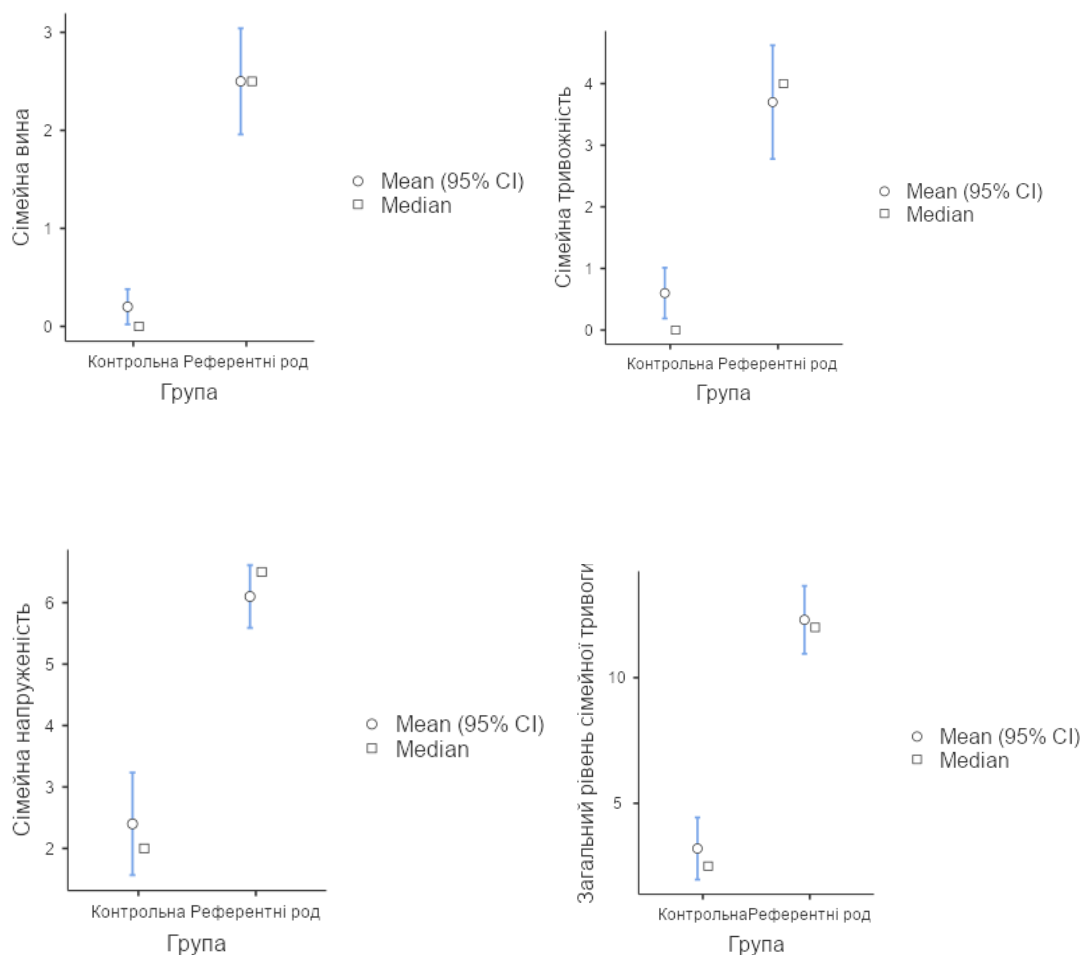
Перевірка рівності середніх значень по двом групам

	Статистика	Значущість (p)	Величина ефекту
Сімейна вина	-7.90	<0.001	d-Коена -2.50
Сімейна тривожність	-6.01	<0.001	d-Коена -1.90
Сімейна напруженість	-7.42	<0.001	d-Коена -2.35
Загальний рівень сімейної тривоги	-9.74	<0.001	d-Коена -3.08

Результати підтверджують статистичну відмінність між середніми значеннями для двох досліджуваних груп. Для групи референтних родичів відзначається більший рівень за субшкалами:

- сімейна вина ( $p < 0.001$ , величина ефекту -2.50 (високий рівень)),
- сімейна тривожність ( $p < 0.001$ , величина ефекту -1.90 (високий рівень)),
- сімейна напруженість ( $p < 0.001$ , величина ефекту -2.35 (високий рівень)),

Відповідно встановлена статистична розбіжність між середніми значеннями для двох досліджуваних груп і за загальним рівнем сімейної тривоги ( $p < 0.001$ , величина ефекту  $-3.08$  (високий рівень)).



*Рис. 2.9.* Графіки розподілу середніх значень по двом групам за рівнем сімейної вини, сімейної тривожності, сімейної напруженості, загальної сімейної тривоги

Таким чином, для референтних родичів є характерною ознакою наявність стану сімейної тривоги. Такий тип тривоги проявляється у сумнівах, страхах, побоюваннях, що стосуються, перш за все сім'ї - здоров'я її членів, сутічок і конфліктів, що виникають у сім'ї, і зазвичай не поширюється на позасімейні сфери. Для родичів, що піклуються за особою з ОКР, більш властиве почуття безпорадності, вини, відчуття напруженості і нездатності втрутитися в хід подій у сім'ї, не відчуваючи себе значущою

дійовою особою, незалежно від того, наскільки активну роль відіграють в дійсності.

Далі аналіз полягав у вивченні описових статистик отриманих даних за методикою «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3).

Табл.2.5.

Описові характеристики по обом групам за методикою «Шкала сімейної адаптації та згуртованості»

	Група	N	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення
Сімейна згуртованість	Контрольна	20	36.6	36.0	4.01
	Референтні родичі	20	30.4	31.0	4.06
Сімейна адаптація	Контрольна	20	32.3	31.0	3.56
	Референтні родичі	20	29.3	29.5	4.28

Результати показують, що для референтних родичів характерний роз'єднаний тип згуртованості та хаотичний тип адаптації. При роз'єднаному типі члени родини вкрай розділені емоційно, мало прив'язані один до одного, демонструють неузгоджену поведінку. Вони часто проводять свій час роздільно, мають свої інтереси і роздільних друзів. Їм важко надавати підтримку і разом вирішувати життєві проблеми.

Для контрольної групи відзначається розділений тип згуртованості та хаотичний тип адаптації. Сім'ї з розділеним типом взаємин в певній мірі емоційно віддалені один від одного, але не так різко, як у роз'єднаній системі, який характерний для групи референтних родичів. Розділений тип відноситься до оптимального типу функціонування, оскільки незважаючи на те що члени родини проводять окремо один від одного час, важливим є те, що сім'я здатна збиратися, обговорювати проблеми, надавати підтримку один

одному і приймати спільні рішення. Інтереси та друзі зазвичай не збігаються, але деякі з них все ж перетинаються.

Для обох груп характерний незбалансований тип адаптації – хаотичний. Хаотичний стан сімейна система переважно набуває під час кризи (народження дитини, хвороба члена сім'ї, розлучення, втрата джерела доходу і т. д.). Такий стан може носити тимчасовий характер, але стає проблемним, якщо сімейна система перебуває у такому стані тривалий час. Для такого типу властиве нестійке або обмежене керівництво, важливі рішення приймаються імпульсивно і непродумано; відсутні чіткі ролі, які часто переходять від одного члена сім'ї до іншого.

Далі вивчались дані, отримані за методикою «Шкала соціальної підтримки» призначена для оцінки суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки респондентом. Вона оцінює ефективність і адекватність соціальної підтримки за трьома аспектам: «сім'я», «друзі» і «значимі інші».

Табл.2.6.

## Описові характеристики за методикою «Шкала соціальної підтримки»

	Група	N	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення
Соціальна підтримка сім'ї	Контрольна	20	3.70	4.00	0.657
	Референтні родичі	20	1.00	1.00	0.795
Соціальна підтримка друзів	Контрольна	20	3.20	4.00	1.436
	Референтні родичі	20	2.30	2.50	1.780
Соціальна підтримка від «значимих інших»	Контрольна	20	3.70	4.00	0.923
	Референтні родичі	20	2.30	2.50	1.780

Максимальне значення за кожною шкалою становить 4 бали за методикою. Найменші показники для групи референтних родичів за шкалою

соціальна підтримка сім'ї (низький рівень), і на рівних позиціях за шкалами соціальна підтримка друзів та соціальна підтримка від «значимих інших» (середній рівень). Для контрольної групи показники за всіма трьома шкалами на високому рівні. Для підтвердження статистично значущої розбіжності середніх значень двох груп застосовано критерій Уелча.

Табл.2.7.

## Перевірка рівності середніх значень по двом групам

	Статистика	Значущість (p)	Величина ефекту
Соціальна підтримка сім'ї	11.71	< 0.001	d-Коена 3.703
Соціальна підтримка від «значимих інших»	3.12	0.003	d-Коена 0.987

Виявлено статистично значущу відмінність між середніми значеннями двох досліджуваних груп на рівні значущості  $p < 0.001$  за аспектами «Соціальна підтримка сім'ї» (величина ефекту становить 3.703, що відповідає високому рівню) та «Соціальна підтримка від «значимих інших»» на рівні значущості  $p = 0.003$  (величина ефекту 0.987, що відповідає високому рівню).

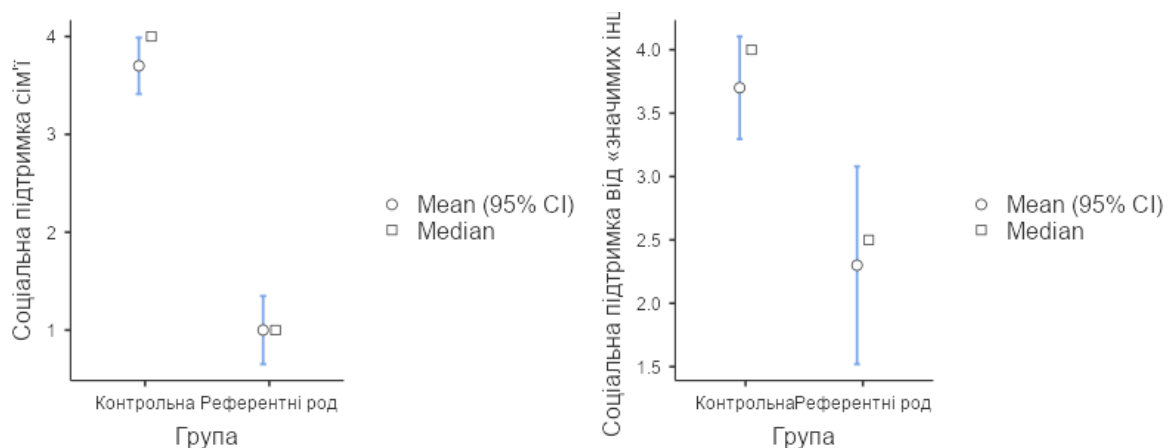


Рис.2.10. Графіки розподілу середніх значень по двом групам за аспектами «Соціальна підтримка сім'ї» та «Соціальна підтримка від «значимих інших»»

Результати підтверджують, що референтні родичі в значній мірі менш сприймають в якості соціальної підтримки родину та значимих інших, ніж

респонденти контрольної групи. Те, що родина не являється підтримкою пояснюється попередніми результатами, що визначили значний рівень напруженості і тривоги у сім'ях, де проживає особа з ОКР. Можна припустити, що недостатнє прийняття підтримки від значущих інших виникає внаслідок стигматизації у суспільстві осіб з психічними розладами і їх родин.

Досліджуючи психоемоційний стан респондентів за методикою САН отримано наступні результати:

Табл.2.8.

## Описові характеристики за методикою САН

	Група	N	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення
Самопочуття	Контрольна	20	51.2	55.5	11.93
	Референтні родичі	20	38.1	36.0	13.79
Активність	Контрольна	20	55.1	57.0	7.19
	Референтні родичі	20	45.1	43.0	9.33
Настрій	Контрольна	20	58.2	59.5	8.74
	Референтні родичі	20	38.7	39.0	12.39

Для контрольної групи за всіма трьома шкалами відзначається високий рівень прояву за даними ознаками, і можна зробити висновок про достатньо благополучний психоемоційний стан респондентів.

Для референтних родичів спостерігається середній рівень прояву, при цьому необхідно звернути увагу на співвідношення показників: спостерігається зниження рівня самопочуття та настрою, та зростання рівня активності для респондентів, що піклуються про особу з психічним розладом. Тобто зростання активності за рахунок самопочуття та настрою. Проте це зростання незначне, і показники все одно лишаються на середньому рівні.

Середній рівень свідчить про дещо знижену здатність витримувати навантаження.

Встановлено статистично значущу відмінність між середніми двох груп за даними ознаками із застосуванням критерію Уелча, оскільки є порушення нормальності розподілу у виборці:

Табл.2.9.

## Перевірка рівності середніх значень по двом групам

	Статистика	Значущість (p)	Величина ефекту	
Самопочуття	3.21	0.003	d- Коена	1.02
Активність	3.80	<0.001	d- Коена	1.20
Настрій	5.75	<0.001	d- Коена	1.82

Результати підтверджують статистичну відмінність між середніми значеннями для двох досліджуваних груп. Для групи референтних родичів відзначається нижчий рівень за шкалами «Самопочуття» ( $p = 0.003$ , величина ефекту 1.02 (високий рівень)), «Активність» ( $p < 0.001$ , величина ефекту 1.20 (високий рівень)), «Настрій» ( $p < 0.001$ , величина ефекту 1.82 (високий рівень)).

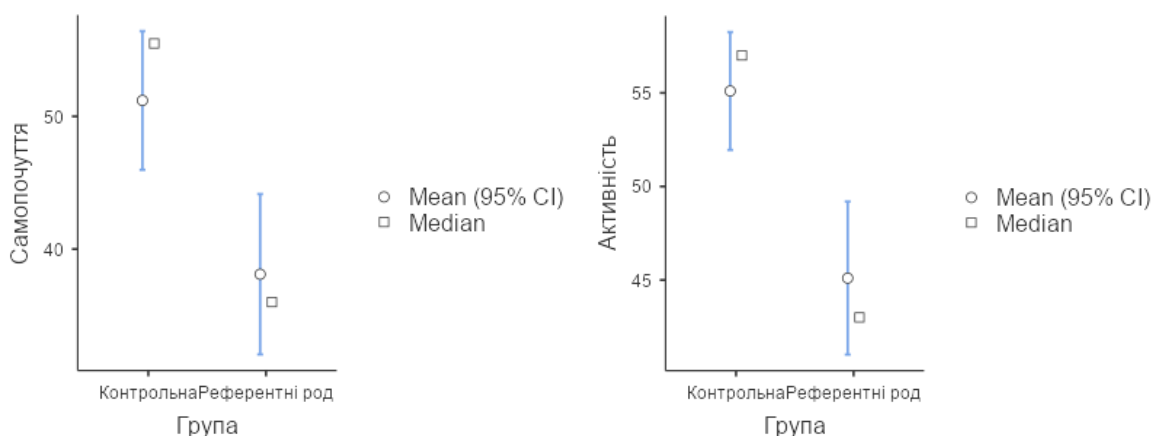
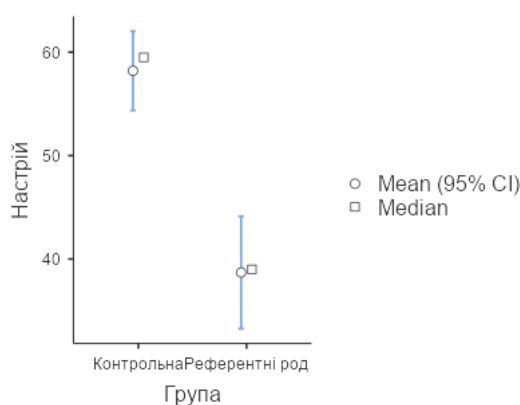


Рис.2.11. Графіки розподілу середніх значень по двом групам за шкалами «Самопочуття» та «Активність»



*Рис.2.12.* Графіки розподілу середніх значень по двом групам за шкалою «Настрій»

Для подальшого аналізу був застосований метод кореляційного аналізу. Оскільки кількість досліджуваних в кожній групі  $N < 30$ , то для проведення кореляційного аналізу було застосовано коефіцієнт Спірмена. Вирішено дослідити кореляційні зв'язки найбільш напружених стратегій для референтних родичів: самоконтроль, втеча-уникнення, також для стратегії планування вирішення проблем, як необхідної для формування конструктивної поведінки для ефективного подолання кризових ситуацій.

Встановлено позитивний помірний кореляційний зв'язок між стратегією самоконтроль та сімейною напруженістю (коефіцієнт кореляції 0.366,  $p=0.020$ ).

Табл.2.10.

Коефіцієнт кореляції Спірмена та його статистична значущість

		Самоконтроль
Сімейна напруженість	Коефіцієнт Спірмена	0.366
	Статистична значущість(p)	0.020

Таким чином рівень застосування даної стратегії збільшується із зростанням рівня сімейної напруженості. Сімейне навантаження

супроводжується підвищеним контролем поведінки, цілеспрямованим стримуванням емоцій у прагненні самовладання, надмірною вимогливістю людини до себе, а також прагненням приховати від оточення власні переживання, пов'язані із стресовою подією.

Виявлено сильні позитивні кореляції між стратегією втеча-уникнення та загальним рівнем сімейної тривоги (коефіцієнт кореляції 0.759,  $p < 0.001$ ), та з окремими шкалами: сімейною виною (коефіцієнт кореляції 0.788,  $p < 0.001$ ) та сімейною тривожністю (коефіцієнт кореляції 0.845,  $p < 0.001$ ), помірний позитивний кореляційний зв'язок з сімейною напруженістю (коефіцієнт кореляції 0.322,  $p = 0.042$ ).

Табл.2.11.

Коефіцієнт кореляції Спірмена та його статистична значущість

		Втеча-уникнення
Сімейна вина	Коефіцієнт Спірмена	0.778
	Статистична значущість(p)	<0.001
Сімейна тривожність	Коефіцієнт Спірмена	0.845
	Статистична значущість(p)	<0.001
Сімейна напруженість	Коефіцієнт Спірмена	0.322
	Статистична значущість(p)	0.042
Загальний рівень сімейної тривоги	Коефіцієнт Спірмена	0.759
	Статистична значущість(p)	<0.001

Таким чином, зростання рівня загально сімейної тривоги, та її складових (вини, тривожності, напруженості) супроводжується зростанням рівня застосування стратегії втеча-уникнення, що може приймати і дезадаптивні форми прояву.

Відзначаються негативні помірні кореляції стратегії втеча-уникнення та шкалами:

- «Соціальна підтримка від «значимих інших»» (коефіцієнт кореляції -0.494,  $p= 0.001$ ),
- «Сімейна адаптація» (коефіцієнт кореляції -0.380,  $p= 0.016$ );

та негативні сильні кореляції із шкалами:

- «Соціальна підтримка сім'ї» (коефіцієнт кореляції -0.697,  $p<0.001$ ),
- «Сімейна згуртованість» (коефіцієнт кореляції -0.779,  $p<0.001$ ).

Табл.2.12.

Коефіцієнт кореляції Спірмена та його статистична значущість

		Втеча-уникнення
Соціальна підтримка сім'ї	Коефіцієнт Спірмена	-0.697
	Статистична значущість(p)	<0.001
Соціальна підтримка від «значимих інших»	Коефіцієнт Спірмена	-0.494
	Статистична значущість(p)	0.001
Сімейна згуртованість	Коефіцієнт Спірмена	-0.779
	Статистична значущість(p)	<0.001
Сімейна адаптація	Коефіцієнт Спірмена	-0.380
	Статистична значущість(p)	0.016

Таким чином, із зменшенням сприйняття сім'ї та значимих інших як джерела соціальної підтримки, зменшенням родинної згуртованості та адаптації супроводжується зростанням ступеню застосування стратегії втеча-уникнення, яка вважається неконструктивним способом подолання тяжких життєвих ситуацій.

Зазначені результати представляються цілком закономірними, оскільки встановлено негативні сильні кореляції загальної сімейної тривоги із змінними «Соціальна підтримка сім'ї» та «Сімейна згуртованість». Тобто із зростанням рівня сімейної тривоги цілком очевидним стає зниження рівня сприйняття родини як ресурсу підтримки, що супроводжується зниженням і згуртованості у сімейній системі.

Такий висновок підтверджує отриманий сильний позитивний кореляційний зв'язок між змінними «Соціальна підтримка сім'ї» та «Сімейна згуртованість», який вказує на те, що оптимальний стан згуртованості у родині супроводжується відчуттям підтримки з боку членів сім'ї. Дані наведені в таблиці:

Табл.2.13.

## Коефіцієнт кореляції Спірмена та його статистична значущість

		Загальний рівень сімейної тривоги	Соціальна підтримка сім'ї
Соціальна підтримка сім'ї	Коефіцієнт Спірмена	-0.911	—
	Статистична значущість(p)	< .001	—
Сімейна згуртованість	Коефіцієнт Спірмена	-0.862	0.801
	Статистична значущість(p)	< .001	< .001

Також встановлено сильні негативні кореляційні зв'язки між змінними «Втеча-уникнення», «Загальний рівень сімейної тривоги» та шкалами методики САН на рівні статистичної значущості  $p < 0.001$ , що наведені у даній таблиці:

Табл.2.14.

## Коефіцієнт кореляції Спірмена та його статистична значущість

		Втеча-уникнення	Загальний рівень сімейної тривоги
Самопочуття	Коефіцієнт Спірмена	-0.717	-0.736
	Статистична значущість(p)	< 0.001	< 0.001
Активність	Коефіцієнт Спірмена	-0.717	-0.889
	Статистична значущість(p)	< 0.001	< 0.001
Настрій	Коефіцієнт Спірмена	-0.714	-0.937
	Статистична значущість(p)	< 0.001	< 0.001

Такі результати вказують на те, що зростання рівня сімейної тривоги, намагання уникнути проблем супроводжується погіршенням настрою, самопочуття та активності, тобто зниженням рівня психоемоційного благополуччя людини.

Встановлені статистично значущі негативні помірні кореляції між стратегією планування вирішення проблем та такими змінними як

- сімейна вина (коефіцієнт кореляції -0.502,  $p < 0.001$ ),
- сімейна тривожність (коефіцієнт кореляції -0.389,  $p = 0.013$ ),

- сімейна напруженість (коефіцієнт кореляції -0.529,  $p < 0.001$ ).
- загальна сімейна тривога (коефіцієнт кореляції -0.496,  $p = 0.001$ ).

Табл.2.15.

## Коефіцієнт кореляції Спірмена та його статистична значущість

		Планування вирішення проблеми
Сімейна вина	Коефіцієнт Спірмена	-0.502
	Статистична значущість(p)	<0.001
Сімейна тривожність	Коефіцієнт Спірмена	-0.389
	Статистична значущість(p)	0.013
Сімейна напруженість	Коефіцієнт Спірмена	-0.529
	Статистична значущість(p)	<0.001
Загальний рівень сімейної тривоги	Коефіцієнт Спірмена	-0.496
	Статистична значущість(p)	0.001

Необхідно зазначити, що в таблиці представлені двосторонні кореляції, тому і зниження рівня загальної сімейної тривоги та її компонентів супроводжується зростанням рівня застосування конструктивної стратегії направленої на вирішування проблем, так і застосування даної стратегії позначається зменшенням рівня сімейної вини, тривожності, напруженості та загальною тривоги у членів родини.

Закономірними представляються встановлені позитивні помірні кореляційні зв'язки між стратегією планування вирішення проблем та змінними:

- «Соціальна підтримка сім'ї» (коефіцієнт кореляції 0.468,  $p = 0.002$ ),

- «Соціальна підтримка друзів» (коефіцієнт кореляції 0.427,  $p=0.006$ ),
- «Сімейна згуртованість» (коефіцієнт кореляції 0.412,  $p=0.008$ ).

Табл.2.16.

Коефіцієнт кореляції Спірмена та його статистична значущість

		Планування вирішення проблеми
Соціальна підтримка сім'ї	Коефіцієнт Спірмена	0.468
	Статистична значущість(p)	0.002
Соціальна підтримка друзів	Коефіцієнт Спірмена	0.427
	Статистична значущість(p)	0.006
Сімейна згуртованість	Коефіцієнт Спірмена	0.412
	Статистична значущість(p)	0.008

Таким чином, використання проблемно-орієнтованої стратегії супроводжується покращенням взаємодії у сімейних стосунках та із близьким оточенням, що представляє собою важливий ресурс у долатті кризових життєвих обставин.

Визначено позитивні помірні кореляції між стратегією планування вирішення проблем та змінними:

- «Самопочуття» (коефіцієнт кореляції 0.444,  $p=0.004$ ),
- «Активність» (коефіцієнт кореляції 0.442,  $p=0.004$ ),
- «Настрій» (коефіцієнт кореляції 0.487,  $p=0.001$ ).

Застосування проблемно-орієнтованого копінгу позначається покращенням психоемоційного стану досліджуваних, а саме відображається на самопочутті, настрої та загальній активності. Це можна пояснити, що із відчуттям контролю, що виникає при даній стратегії, відбувається

покращення і психоемоційного благополуччя особистості. Дані наведені в таблиці 2.17.

Табл.2.17.

## Коефіцієнт кореляції Спірмена та його статистична значущість

		Планування вирішення проблеми
Самопочуття	Коефіцієнт Спірмена	0.444
	Статистична значущість(p)	0.004
Активність	Коефіцієнт Спірмена	0.442
	Статистична значущість(p)	0.004
Настрій	Коефіцієнт Спірмена	0.487
	Статистична значущість(p)	0.001

Оскільки зв'язок двосторонній, то необхідно зауважити, що застосування даної стратегії потребує певного рівня особистих ресурсів задля здійснення задач. Тобто із покращенням загального самопочуття, настрою, активності спостерігається здатність людини до застосування стратегії, направленої на вирішення проблем.

Оскільки встановлено, що для родин, які піклуються за особою з психічним розладом, характерний високий рівень загальної сімейної тривоги, то вирішено дослідити наявні кореляційні зв'язки із стратегіями подолання.

Виявлено негативні помірні кореляції між сімейною тривогою та такими стратегіями (таблиця 2.18.):

- «Пошук соціальної підтримки» (коефіцієнт кореляції -0.398,  $p=0.011$ ),
- «Прийняття відповідальності» (коефіцієнт кореляції -0.473,  $p=0.002$ ),

- «Планування вирішення проблеми» (коефіцієнт кореляції -0.496,  $p=0.001$ );

сильна негативна кореляція:

- «Позитивна переоцінка» (коефіцієнт кореляції -0.650,  $p<0.001$ ).

Таким чином, стан тривоги зменшується при застосуванні перелічених стратегій подолань.

Табл.2.18.

Коефіцієнт кореляції Спірмена та його статистична значущість

		Загальний рівень сімейної тривоги
Пошук соціальної підтримки	Коефіцієнт Спірмена	-0.398
	Статистична значущість(p)	0.011
Прийняття відповідальності	Коефіцієнт Спірмена	-0.473
	Статистична значущість(p)	0.002
Втеча-уникнення	Коефіцієнт Спірмена	0.759
	Статистична значущість(p)	< .001
Планування вирішення проблеми	Коефіцієнт Спірмена	-0.496
	Статистична значущість(p)	0.001
Позитивна переоцінка	Коефіцієнт Спірмена	-0.650
	Статистична значущість(p)	< .001

Виявлено сильну позитивну кореляцію між загальним рівнем сімейної тривоги та стратегією втеча-уникнення (коефіцієнт кореляції 0.759,  $p<0.001$ ). Отже, застосування даної дезадаптивної стратегії супроводжується зростанням рівня тривоги у членів родини.

Для подальшого аналізу застосовано метод регресійного аналізу - метод визначення відокремленого і спільного впливу факторів на результативну ознаку та кількісної оцінки цього впливу шляхом використання відповідних критеріїв. Вирішено встановити, яким чином впливають копінг-стратегії на рівень сімейної тривоги.

Табл.2.19.

## Результати регресійного аналізу

Загальний рівень сімейної тривоги			
Предиктори	Коефіцієнт (r)	Стандартна похибка	Статистична значущість(p)
Константа	8.040	2.672	0.005
Група:			
Контрольна – Референтні родичі	-3.265	1.332	0.019
Втеча-уникнення	0.581	0.163	0.001
Соціальна підтримка сім'ї	-1.227	0.557	0.034
Планування вирішення проблеми	-0.239	0.102	0.025

Введення зазначених в таблиці змінних дозволило отримати регресійну модель, що пояснює 89.3 % дисперсії: доля варіації рівня загальної сімейної тривоги референтних пояснюється варіацією сумісного впливу змінних «Втеча-уникнення», «Соціальна підтримка сім'ї» та «Планування вирішення проблеми». Інші 6.6 % пояснюються дією інших факторів.

Табл. 2.20.

## Коефіцієнт детермінації для регресійної моделі

Регресійна модель	R	R <sup>2</sup>
1	0.945	0.893

Регресійний аналіз дозволяє нам стверджувати, що застосування таких копінг-стратегій як втеча-уникнення, відсутність родинної підтримки та недостатнє застосування конструктивної стратегії, орієнтованої на вирішення проблем призводить до підвищення рівня тривоги у членів родини, що піклуються про особу з психічним розладом ОКР. Таким чином, програма підтримки для референтних родичів буде розроблена з урахуванням отриманих даних, які підтверджують високий рівень навантаження в родині, та переважним застосуванням непродуктивних копінг-стратегій та не досить розвинутих продуктивних.

### **Висновки до розділу II**

В результаті аналізу методичної літератури було отримано підтвердження щодо доцільності застосування структурно-функціонального та системного підходів для визначення основних форм копінг-поведінки референтних родичів осіб з obsесивно-компульсивним розладом. Розглянуто результати сучасних досліджень, присвячених вивченню особливостей психоемоційної і поведінкової сфери референтних родичів пацієнтів з психічними розладами. Послідовно обґрунтовано обраний психодіагностичний інструментарій.

Для дослідження було сформовано дві групи. До першої групи увійшли референтні родичі осіб з ОКР. Критерієм відбору було 1–2-й ступінь спорідненості із пацієнтом; кількість даної групи склала 20 осіб. До другої групи (контрольна) увійшли респонденти, які не мають в родині осіб з будь-яким діагностованим психічним розладом; кількість даної групи склала 20 осіб.

За результатами дослідження для обох груп є напруженими як емоційно-орієнтовані (конфронтація із проблемою, дистанціювання та пошук соціальної підтримки), так і проблемно-орієнтовані стратегії (планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка та самоконтроль). Для обох груп в межах норми прояв стратегії прийняття відповідальності (проблемно-орієнтована), тобто дана стратегія має найбільшу ефективність при

застосуванні. Найбільш дезадаптивними для референтних родичів є стратегії втеча-уникнення та самоконтроль, що говорить про нездатність ефективно опанувати складні обставини, та знаходити нові рішення та поведінкові стратегії. В прикордонному стані такі стратегії як конфронтаційний копінг, дистанціювання, пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка.

Встановлено статистично значущі відмінності при порівнянні середніх значень двох груп: для референтних родичів більш характерно застосовувати стратегію втеча-уникнення, яка є найбільш напруженою, ніж для респондентів контрольної групи. Встановлено, що досліджувані, які мають в родині особу з ОКР, в меншій мірі застосовують стратегію вирішення проблем та позитивну переоцінку. Проте, необхідно зазначити, що для референтних родичів дані стратегії мають прикордонний характер, тобто застосування їх на межі із дезадаптацією. Також статистично підтверджено, що для референтних родичів характерний високий рівень загальної сімейної тривоги, вини, напруженості та тривожності, а також вони не сприймають в якості джерела соціальної підтримки родину та значимих інших. Для сімейної системи, в яких проживають референтні родичі визначено роз'єднаний тип згуртованості, що говорить про те, що її члени вкрай розділені емоційно, демонструють неузгоджену поведінку, та хаотичний, тобто незбалансований, тип адаптації. При цьому для референтних родичів характерний значно нижчий рівень самопочуття, активності та настрою, ніж для респондентів контрольної групи.

Кореляційно-регресійний аналіз підтвердив що високий рівень сімейного навантаження у зв'язку з діагностуванням психічного розладу у члена родини, та як наслідок підвищений рівень сімейної тривоги та сімейної дезадаптації, взаємопов'язані із застосуваннями дезадаптивних копінг-механізмів, серед яких ведучою є стратегія уникання.

## РОЗДІЛ III

### РОБОТА ПСИХОЛОГА З РОДИЧАМИ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

#### 3.1. Підходи до роботи з членами сімей хворих на психічні розлади

У сучасній моделі психіатричної та психологічної допомоги сім'ям пацієнта з психічним захворюванням займає більш значуще місце. Зростає розуміння того, що сім'я, як найближче оточення хворого, здатна чинити на нього істотний терапевтичний вплив (М. М. Кабанов, 2001). Проведено ряд досліджень, що розглядали різні аспекти роботи з сім'ями пацієнтів: психотерапевтичний (В. Д. Вид, 2001; А. Фінзен, 2001; А. Г. Головіна, 2004; С. М. Бабин, 2006; Л. Теннакун, Д. Феннон, В. Доку, 2000), медико-соціальний (Т. В. Зозуля, 2001; П. Д. Карлінг, 2001; І. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер та співавтори, 2002; Р. Хайнсен, Р. Ліберман, А. Копелович, 2000), психоосвітній (І. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер і співавтори, 2002; Т. А. Солохіна, 2003; А. П. Коцюбинський, А. Н. Ерічев, Н. В. Зуйкова, 2004; М. А. Ландишев, 2006).

Сім'я психічнохворого функціонує в умовах реальності, що залежить від динаміки його психічного стану, а також від зміни його соціального і сімейного статусу. Слід зазначити, що наявність або відсутність рецидиву захворювання в чималому ступені залежить від особливостей реакції сім'ї на психічний розлад її члена, характеру взаємодії і емоційної комунікації в родині, а також від системи соціальної підтримки (А. Б. Шмуклер, 1999; Т. А. Солохіна, 2003; А. П. Коцюбинський, А. Н. Ерічев, Н. В. Зуйкова, 2004; Т. Б. Дмитрієва, Б. С. Положій та співавтори, 2009; П. Д. Карлінг, 2001). Сім'я для людини з психічним розладом виступає як багатофункціональний адаптаційний фактор. Це робить ще більш актуальною проблему створення програм психоосвіти та психопрофілактики для родин, де проживає особа з психічним розладом.

На сьогодні в публікаціях існує термін «соціальна психіатрія». За визначенням Швейцарського товариства соціальної психіатрії, що очолює Л. Чомпі соціальна психіатрія розглядає та лікує пацієнта «в межах його соціального оточення, а також разом з його соціальним оточенням» [45]. Робота з соціальними аспектами будь-якого психічного захворювання відбувається з позиції біопсихосоціального розуміння психіки, та здійснюється на індивідуальному, сімейному та общинному рівнях.

На даний час, завдяки реформам, які відбуваються у психіатрії, сімейні проблеми стали предметом вивчення та обговорення. Доведеним фактом є низька якість життя та підвищення рівню стресу в таких сім'ях у порівнянні із загальною кількістю населення. На плечі рідних лягає тягар моральних і матеріальних проблем. Соціальна дезадаптація психічнохворих ставить серйозні проблеми перед членами їх сімей, яким доводиться поєднувати функції забезпечення побуту та підтримки, не маючи конкретних знань і досвіду. Родини, в яких проживає близький з психічним розладом, потребують рекомендацій про особливості спілкування з хворим, про «правильне» (раціональне) реагування на його «хворобливу», незвичайну або агресивну поведінку (Онвумер Дж., Грайс С. 2017). Частина авторів наголошують, що емоційна підтримка в опануванні стресу є першочерговою потребою таких сімей (Мальяно Л., Макдэйд Д., 2007; Джонс К., 2009 г.).

У світовій практиці існують різні програми надання психологічної допомоги родичам психічнохворих, в яких представлені наступні блоки: психоосвіта, психотерапія, тренінги навичок [44].

Психоосвітній підхід полягає в наданні родичам достовірної та повної інформації про різні аспекти захворювання - медичні, юридичні, психологічні та інші. Це допомагає рідним зорієнтуватися в поточній ситуації, отримати відомості про причини і перебіг психічного розладу, його лікування та прогноз, зрозуміти, як слід поводитися при догляді за хворим. Такий підхід сприяє зменшенню у родичів тривоги, що виникає в зв'язку з невизначеністю на початку захворювання. Психоосвітня програма - важливий

крок у наданні допомоги сім'ї. Однак для успішного застосування знань, отриманих в ході психоосвітніх занять, родичам часто необхідно змінювати свої звички і набувати нових навичок. На вирішення цих завдань спрямовані інші два блоки психологічної допомоги.

Перш за все, це психотерапія. Вона розширює уявлення людини про самого себе і про відносини з іншими людьми, допомагає знайти способи вирішення актуальних проблем, налагодити відносини з близькими, знайти своє місце в соціумі, підвищити задоволеність життям, набутти впевненості і стійкості до стресів. Практикуються індивідуальна і групова форми психотерапевтичної допомоги. Кожна має як переваги, так і обмеження. Ряд фахівців відзначають переваги групової психотерапії для родичів психічнохворих. У групі швидше проявляються і змінюються саме ті специфічні особливості, які відрізняють дані родини, наприклад гіперопікаюча поведінка. Крім того, психотерапевтична група надає можливість обміну досвідом між учасниками. Додатковою перевагою групової психотерапії на відміну від індивідуальної є те, що вона доступніша за оплатою. Одним з ефективних і поширених методів групової психотерапії для родичів психічно хворих людей є груп-аналіз. Описані вище проблеми родичів добре піддаються вирішенню в рамках груп-аналітичного методу. У процесі вільної дискусії учасники групи обговорюють хвилюючі теми і знаходять шляхи вирішення проблем. По мірі розвитку відносин між учасниками, кожен усвідомлює свої особливості під час спілкування в групі. Як правило, вони типові для людини при знаходженні в будь-якому колективі і в тому числі в родині. Це розуміння дає можливість родичам знайти нові способи поведінки і змінити відносини з близькими на краще. Груп-аналітична психотерапія дозволяє по-новому поглянути на конфлікти і навчитися знаходити розумні компроміси, що враховують інтереси всіх сторін.

Якщо психотерапія спрямована на зміни, що стосуються особистості людини, то тренінги використовуються для формування окремих навичок.

Наприклад, існують тренінги управління симптомами хвороби, зниження експресивності вираження емоцій для родичів, тренінги соціальних навичок.

Необхідно розуміти, що тренінги - важливий, але недостатній вид допомоги для сім'ї психічно хворої людини. Характерні для таких сімей проблеми, як правило, не можуть бути вирішені тільки оволодінням конкретними навичками. Тому тренінги гарні як доповнення до довгострокових психотерапевтичних програм. Найбільш ефективним є комплексне застосування всіх трьох видів психологічної допомоги: психоосвіти, психотерапії та тренінгів.

### **3.2. Програма психологічної інтервенції**

В даній роботі розроблена програма соціально-психологічної допомоги референтним родичам осіб з ОКР, що спрямована на задоволення потреби в інформації про психічний розлад їх хворого члена сім'ї, можливість ділитися своїми переживаннями і своїм досвідом спільного проживання з хворим, отримувати психологічну підтримку з боку подібних сімей, в тому числі в плані обміну досвідом.

Метою програми є:

- зниження тягаря хвороби і підвищення якості життя родичів хворих;
- підготовка родичів до виконання ролі партнерів у лікуванні хворого, наданні йому підтримки;
- розвиток у членів сім'ї навичок ефективного вирішення їх власних соціально-психологічних проблем;
- підвищення якості життя родичів хворих через формування уявлення зрозумілості життя, відчуття можливості впливати на своє життя і відчуття значущості життя.

Завданням програми є соціально-психологічна підтримка референтних родичів, підвищення спроможності вирішувати проблеми, розвиток проблемно-орієнтованого типу копінг-поведінки, покращення атмосфери в сім'ї, дестигматизація.

В даній програмі застосовано психоосвітній підхід, наративна, діалогова і рефлексивна моделі роботи.

Матеріально-технічне забезпечення: кабінет для групової роботи, проектор для демонстрації слайдів і слайди. Методика ведення груп.

Програма розрахована на родичів або близьких, залучених в догляд за родичем, що страждає на психічний розлад. Перевага віддається однорідності групи по нозології ( в даному випадку ОКР), але гетерогенної по соціальним характеристикам (стать, вік, освіта і т.п.), з різними типами реагування на виникнення хвороби в сім'ї. Кількість учасників від 10 до 15.

Протипоказаннями для участі в групових заняттях є наявність психічного розладу у самого референтного родича або тяжке соматичне захворювання, категорична відмова від участі в групі.

Ведучий групи – клінічний психолог. На заняття, присвячені психоосвіті родичів стосовно психічного розладу, лікуванню та реабілітації, залучено лікаря-психіатра.



Рис.3.1. Блок-схема програми для референтних родичів

Перший блок присвячено психоосвіті референтних родичів. Даний блок включає 8 занять, направлених на поповнення дефіциту інформації

щодо обсесивно-компульсивного розладу. Кожне заняття має чітку структуру: вітання, виявлення запитів учасників по темі заняття (10-15 хв.), основна частина у вигляді лекції (1 година), заключна частина, під час якої підводяться підсумки заняття, здійснюється повторення пройденого матеріалу (15 хв.). В процесі психоосвітніх занять не торкаються глибинних механізмів внутрішньосімейної взаємодії. Проводиться робота над груповою згуртованістю учасників. Побічно вирішуються і інші завдання: розвиваються навички спілкування з медичним персоналом, в родині, формуються навички вирішення проблем.

#### Заняття 1.

- Знайомство;
- Цілі і завдання програми;
- Визначення інформаційних запитів референтних родичів;
- Визначення базових правил проведення занять;
- Бесіда про сім'ю, її функції, проблеми, що виникають при психічному розладі у одного з її членів.

#### Заняття 2.

- Надання інформації про обсесивно-компульсивний розлад, його перебіг, причини, розповсюдженість, прогноз.

#### Заняття 3.

- Надання інформації про ознаки ОКР, що супроводжуються порушенням сприйняття, настрою, поведінки особистості;
- Співставлення даних ознак з наявним досвідом учасників.

#### Заняття 4.

- Продовження обговорення ознак ОКР із залученням особистого досвіду референтних родичів.

#### Заняття 5.

- Методи лікування. Фармакотерапія.
- Неприпустимість самолікування або, навпаки, самовільної відміни препарату. Обґрунтування необхідності тривалого комплексного

лікування, що відповідає біопсихосоціальной моделі. Обговорення. Обмін досвідом учасників. Розуміння необхідності підтримки комплаєнтності людини з психічним розладом.

#### Заняття 6.

- Сучасна система психіатричної та соціальной допомоги.
- Загальний огляд законодавства, що стосується надання психіатричної допомоги.

#### Заняття 7.

- Роз'яснення про сімейний комунікативний стиль, що має певне значення для того, щоб психічний стан хворого члена сім'ї залишався стабільним;
- Роз'яснення, що навички долання та вирішення проблем в сім'ї підвищують компетентність пацієнта і його здатність протистояти зовнішнім стресовим впливам;
- Обговорюються правила взаємодії з членом родини з психічним розладом:
  - 1) усвідомлення, що будь-яка хвороба вимагає періоду пристосування до неї;
  - 2) прагнення до виконання певного режиму і розпорядку дня;
  - 3) уникнення емоційних сцен і стресових ситуацій;
  - 4) звернення і прохання до хворого повинні бути в спокійній і переконливій формі;
  - 5) важливим є стиль розмови: говорити повільно, спокійно, чітко, давати розпорядження або задавати питання по одному, вислуховувати відповідь повністю, не перебивати мовця, не говорити про нього в його присутності в третій особі;
  - 6) слід уникати критики хворого, навіть якщо потрібно зробити зауваження, то воно повинно стосуватися тільки одного якогось вчинку, а не якості людини або його всього в цілому;

- 7) слід вселяти хворому повагу до самого себе, усвідомлення своєї цінності і унікальності, схвалювати його успіхи і досягнення, якими б малими вони не здавалися;
- 8) не слід переконувати хворого в його помилкових переконаннях, що зазвичай не приносить результату і часто закінчується погіршенням сімейних відносин, порушенням взаємної довіри;
- 9) слід заохочувати підтримку повсякденних правил життя хворим в сім'ї;
- 10) важливо забезпечити пацієнтові як можливість спілкуватися з людьми, так і можливість бути на самоті, коли це потрібно.

#### Заняття 8.

- На цьому занятті підводяться підсумки всього пройденого матеріалу. Знову робляться акценти на найважливіших моментах: важливості тривалого протирецидивного лікування, необхідності тривалої психосоціальної підтримки пацієнтів та членів їх сімей.
- Проговорюються виниклі за період занять у учасників питання, враження, почуття; учасники можуть ділитися позитивним досвідом подолання проблем, пов'язаних із наявним психічним розладом у члена сім'ї. Повідомляється про можливість і важливість продовжувати спілкування з членами групи і надалі, або отримувати якусь іншу психосоціальну (псіхоосвітню) підтримку.

Другий блок направлений на усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків між психічним розладом близької людини та власним дезадаптивним станом членами родини, що піклуються про неї, усвідомлення власних емоцій та потреб, пов'язаних зі своїм особистим життям, а не тільки з боротьбою за здоров'я близької людини. Даний блок включає 10 занять, що проводяться в наративній, діалоговій і рефлексивній моделях роботи. Заняття має наступну структуру: вітання, міні-лекція відповідно до заявленої теми (15 хв.), основна частина у вигляді вільно плаваючої дискусії задля того, щоб референтні родичі осіб з психічним розладом могли ділитися

переживаннями, отримуючи досвід прийняття і розуміння їх проблем з боку оточуючих, та мали змогу навчитися справлятися з почуттями з приводу хвороби близького (1 година), заключна частина, під час якої підводяться підсумки заняття, рефлексія (15 хв.).

#### Заняття 1-2.

Присвячено розвитку уміння усвідомлювати власний емоційний стан та відкрито виражати власні почуття, диференціювати свої почуття і потреби члена родини з ОКР.

#### Заняття 3-4.

Присвячено роботі з почуттями провини, сорому та безпорадності у зв'язку із психічним розладом близької людини.

#### Заняття 5-6.

Присвячено роботі з роздратуванням, гнівом, що виникають у зв'язку із психічним розладом члена родини.

#### Заняття 7.

Присвячено виявленню та подоланню «гіперопіки», «відкидання» та «знецінення» члена родини з ОКР.

#### Заняття 8-9.

Присвячено виявленню та розумінню прихованих причин проблем і конфліктів, усвідомлення своїх психологічних рис, що впливають на взаємовідносини в сім'ї і на стан члена родини з ОКР. Розвиток уміння слухати, розуміти і співпереживати іншій людині.

#### Заняття 10.

Присвячено пошуку відповіді на запитання «Хто Я?» і «Ким Я хочу стати?»: побудова планів власного життя та поліпшення свого стану, незалежного від перебігу психічного розладу у члена родини; усвідомлення можливостей власних змін та у можливості бути вільними у виборі нових переконань, моделей поведінки і точок зору.

Третій блок направлений на розвиток стрес-долаючої поведінки, та включає 10 занять. Кожне заняття має наступну структуру: вітання, міні-

лекція відповідно до заявленої теми (15 хв.), основна частина у вигляді вільно плаваючої дискусії задля того, щоб учасники могли ділитися позитивним досвідом подолання проблем, пов'язаних із психічним розладом у члена родини (1 година), заключна частина, під час якої підводяться підсумки заняття, рефлексія (15 хв.).

#### Заняття 1-2.

Присвячено визначенню можливих стратегій подолання життєвих труднощів. Розкриття понять стрес і копінг-поведінка. Обговорення ефективних і неефективних шляхів подолання стресу.

#### Заняття 3.

Присвячено розвитку проблемно-орієнтованої копінг-поведінки. Метою заняття є сформувати навички оцінки проблемної ситуації. Відпрацювання першого етапу процесу вирішення проблеми - орієнтації на проблемі.

#### Заняття 4-5.

Присвячено розвитку проблемно-орієнтованої копінг-поведінки та відпрацювання наступних етапів вирішення проблеми:

- визначення і формулювання проблеми;
- генерація альтернатив;
- ухвалення рішення;
- виконання рішення і перевірка.

#### Заняття 6-7.

Ознайомлення з поняттям «соціально-підтримуюча система». Обговорення питань щодо пошуку, сприйняття і надання соціальної підтримки при долатні складних життєвих ситуацій. Види соціальної підтримки: психологічна, фінансова, інструментальна, інформаційна та інші.

#### Заняття 8-9.

Визначення сімейної долаючої поведінки (сімейна копінг-поведінка), орієнтованої на вирішення проблем. Обговорення питань співзалежності.

Обговорення теми: сім'я, як соціально-підтримуюча система або соціально-пригнічуюча (дисфункціональна).

Заняття 10.

Підведення підсумків, закріплення навичок проблемно-долаючої та соціально-підтримуючої поведінки. На даному занятті під час обговорення визначається роль соціальної підтримки у проблемо-долаючому процесі.

### **Висновки до III розділу**

Сім'я особи, що страждає на психічний розлад, функціонує в умовах дійсності, що залежить від динаміки його психічного стану, а також від зміни його соціального і сімейного статусу. Наявність або відсутність рецидиву захворювання в чималому ступені залежить від реакції сім'ї на психічний розлад її члена, характеру взаємовідносин та емоційної комунікації в родині, а також від системи соціальної підтримки. Родина для людини з психічним розладом виступає як багатофункціональний адаптаційний чинник. Тому стає ще більш актуальною проблема створення програм психоосвіти та психопрофілактики для родин, де проживає особа з психічним розладом.

Сім'ї, в яких проживає близький з психічним розладом, потребують рекомендації про особливості спілкування з ним, про раціональне реагування на його «хворобливу», незвичайну або агресивну поведінку. Емоційна підтримка в опануванні стресу є першочерговою потребою членів родини. У світовій практиці створені різні програми надання психологічної допомоги родичам осіб з психічним розладом, які включають наступні напрями: психоосвіта, психотерапія, тренінги навичок.

В даній роботі розроблена програма соціально-психологічної допомоги референтним родичам осіб з ОКР, що спрямована на задоволення потреби в інформації про психічний розлад їх хворого члена сім'ї, можливість ділитися своїми переживаннями і своїм досвідом спільного проживання з хворим, отримувати психологічну підтримку з боку подібних сімей, в тому числі в плані обміну досвідом.

Основною метою розробленої програми є зниження тягаря хвороби і підвищення якості життя родичів хворих та підготовка їх до виконання ролі партнерів у лікуванні хворого, наданні йому підтримки. Завданням програми є соціально-психологічна підтримка референтних родичів, підвищення їх спроможності вирішувати проблеми за рахунок розвитку проблемно-орієнтованого типу копінг-поведінки, покращення атмосфери в сім'ї, дестигматизація. Програма включає три блоки: перший блок – психоосвіта (8 занять), другий - групова психотерапія (10 занять), третій блок присвячено корекції копінг-поведінки (10 занять). Для здійснення завдань застосовано психоосвітній підхід, наративна, діалогова і рефлексивна моделі роботи.

## ВИСНОВКИ

1. За результатами теоретичного огляду наукових джерел встановлено, що поняття «копінг» більшістю науковців аналізує як діяльність особистості, що спрямована на збереження або підтримку балансу між вимогами середовища та ресурсами людини, відповідно до даних вимог. Основним психологічним призначенням копінгу є адаптивна функція, яка здійснюється завдяки здатності індивіда пристосовуватись до вимог проблемної життєвої ситуації, опанувати чи послаблювати їх. Центральне завдання копінгу полягає у забезпеченні та підтримці благополуччя індивіда, його фізичного та психічного здоров'я. Встановлено, що термін «копінг-поведінка» вживається для опису характерних способів поведінки людини у важких ситуаціях, що реалізується за рахунок певних поведінкових копінг-стратегій, в основі котрих лежать внутрішні (особистісні) і зовнішні (оточення) копінг-ресурси. Сукупність певних стратегій особистості формують відповідні стилі копінг-поведінки, серед яких виокремлено: проблемно-орієнтований, емоційно-орієнтований, орієнтований на уникнення.

Розглянуто сім'ю як соціально-психологічний ресурс для осіб з психічним розладом. Встановлено, що для родин, член якої страждає на психічний розлад, характерний так званий феномен «сімейного навантаження», який проявляється підвищенням рівня «сімейної тривоги», погіршенням якості життя, обмеженням соціальних ролей, зростанням кількості психосоматичних, депресивних та тривожних симптомів у членів сім'ї. Наявність психічного розладу у одного з членів родини є сильним стресогенним фактором, що порушує стабільність сімейної системи, спричинюючи кризову ситуацію, яка потребує адаптаційного періоду, мотиваційної та структурної перебудови родини задля запобігання деструктивного розвитку.

Високий рівень відповідальності та навантаження зумовлює максимальне залучення особистісних адаптаційних можливостей кожного

члена родини як важливого ресурсу сімейної підтримки. Тому задля розвитку сім'ї по конструктивному типу перебудови є важливими програми психопрофілактики та психоедукації для референтних родичів пацієнтів з ОКР, які сприятимуть формуванню ефективних копінг-стратегій долаючої поведінки задля скорочення адаптаційного періоду та відновлення сімейного функціонування.

2. Послідовно обґрунтовано обраний психодіагностичний інструментарій. Для визначення копінг-стратегій поведінки референтних родичів осіб з ОКР обрано опитувальник копінг-стратегій (WCQ) Р. Лазаруса, С.Фолкмана (в адаптації Т. Крюкової, О. Куфтяк, М. Замишляєвої); для вимірювання особистої тривоги члена сім'ї, в якій проживає пацієнт з ОКР - методика «Аналіз сімейної тривоги»; для дослідження психоемоційного стану референтних родичів використаний опитувальник САН; для вивчення середовищних копінг-ресурсів референтних родичів застосований модифікований варіант методики «Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки» («MSPSS»); для дослідження рівня індивідуального та сімейного стресу у членів родини, в якій проживає пацієнт з психічним розладом застосований опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3 / Тест Олсона).

В ході опису дизайну дослідження здійснений послідовний огляд всіх його етапів та окреслено основну ідею та проблематику емпіричного дослідження. Висунуто припущення, що високий рівень «сімейного навантаження» у зв'язку з діагностуванням психічного розладу у члена родини, та як наслідок підвищений рівень «сімейної тривоги» та «сімейної дезадаптації», взаємопов'язано із застосуваннями дезадаптивних копінг-механізмів. Саме тому метою є дослідження особливостей копінг-поведінки референтних родичів осіб з obsesивно-компульсивним розладом з метою встановлення мішеней їх психологічної підтримки.

Для дослідження було сформовано дві групи. До першої групи увійшли референтні родичі осіб з ОКР. Критерієм відбору було 1–2-й ступінь

спорідненості із пацієнтом. До другої групи (контрольна) увійшли респонденти, які не мають в родині осіб з будь-яким діагностованим психічним розладом.

Найбільш дезадаптивними для референтних родичів є стратегії втеча-уникнення та самоконтроль, що говорить про нездатність ефективно опанувати складні обставини, та знаходити нові рішення та поведінкові стратегії. В прикордонному стані такі стратегії як конфронтаційний копінг, дистанціювання, пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка, тобто застосування їх ще не набуло дезадаптивного характеру, однак вже не достатньо ефективні.

Виявлено статистично значущі розбіжності при порівнянні середніх значень двох груп: для референтних родичів більш характерно застосовувати стратегію втеча-уникнення, яка є найбільш напруженою, ніж для респондентів контрольної групи. Встановлено, що респонденти, які піклуються про члена сім'ї з ОКР, в меншій мірі застосовують стратегію вирішення проблем та позитивну переоцінку. Проте, необхідно зазначити, що для референтних родичів дані стратегії мають прикордонний характер, тобто застосування їх на межі із дезадаптацією. Статистично підтверджено, що для референтних родичів характерний високий рівень загальної сімейної тривоги, вини, напруженості та тривожності, а також відсутність сприйняття в якості джерела соціальної підтримки родину та значимих інших. Для сімейної системи, в яких проживають референтні родичі визначено роз'єднаний тип згуртованості, що говорить про те, що її члени вкрай розділені емоційно, демонструють неузгоджену поведінку, та хаотичний, тобто незбалансований, тип адаптації. При цьому для референтних родичів характерний значно нижчий рівень самопочуття, активності та настрою, ніж для респондентів контрольної групи.

За результатами кореляційного аналізу встановлено високий рівень сімейної тривоги та дезадаптації, що говорить про високий рівень сімейного навантаження у зв'язку з діагностуванням психічного розладу у члена

родини, взаємопов'язані із застосуваннями непродуктивних копінг-стратегій та не досить розвинутих продуктивних. Регресійний аналіз підтвердив, що застосування таких копінг-стратегій як втеча-уникнення, відсутність родинної підтримки та недостатнє застосування конструктивної стратегії, орієнтованої на вирішення проблем призводить до підвищення рівня тривоги у членів родини, що піклуються про особу з психічним розладом ОКР.

3. Розроблена програма соціально-психологічної допомоги референтним родичам осіб з ОКР, що спрямована на задоволення потреби в інформації про психічний розлад їх хворого члена родини, створення простору, в якому вони зможуть ділитися своїми переживаннями і своїм досвідом спільного проживання з хворим, отримувати психологічну підтримку з боку подібних сімей, в тому числі в плані обміну досвідом.

Основною метою розробленої програми є зниження тягаря хвороби та сімейного навантаження, підвищення якості життя родичів хворих та підготовка їх до виконання ролі партнерів у лікуванні хворого, наданні йому підтримки. Завданням програми є соціально-психологічна підтримка референтних родичів, підвищення їх спроможності вирішувати проблеми за рахунок розвитку проблемно-орієнтованого типу копінг-поведінки, покращення атмосфери в сім'ї, дестигматизація. Програма включає три блоки: перший блок – психоосвіта (8 занять), другий - групова психотерапія (10 занять), третій блок присвячено корекції копінг-поведінки (10 занять). Для здійснення завдань застосовано психоосвітній підхід, наративна, діалогова і рефлексивна моделі роботи.

Таким чином, програма підтримки для референтних родичів розроблена з урахуванням отриманих результатів дослідження, які дозволили визначити мішені психокорекційної роботи, а саме: нормалізація психоемоційного стану, створення сприятливих умов для активізації особистісного ресурсу, розвиток адаптивних копінг-механізмів. Перспективою подальших досліджень є впровадження та оцінка ефективності розробленої програми.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ**

1. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре. – СПб. : Речь, 2004. – 166 с.
2. Абульханова-Славская К. А. Деятельность и психология личности /К.Абульханова-Славская. – М.: Наука, 1980. – 335 с.
3. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства / Ю.А. Александровский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 1992. – В.2. – С. 5-10.
4. Анциферова Л. И. Личность в трудных жизненных ситуациях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анциферова // Психологический журнал. – 1994. – т.15, № 1. С.45-54.
5. Асмолов А. Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека: учебник / А.Г. Асмолов. – 4-е изд., испр. – М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2010. – 448 с.
6. Барканова О. В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум [серия: Библиотека актуальной психологии]. – Вып. 2 – Красноярск: Литера-принт, 2009. — 237 с.
7. Василюк Ф. Е. Проблема критической ситуации / Ф. Е. Василюк // Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия. – Мн. : Харвест, 2002. – С. 39 – 54.
8. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Р. Е. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов // СПб Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,. — 2008, 38с.
9. Василюк Ф. Е. Проблема критической ситуации / Ф. Е. Василюк // Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия. – Мн. : Харвест, 2002. – С. 39 – 54.

10. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – СПб. : Питер, 2009. – 336 с., с. 212–213.
11. Голод, С. И. Семья и брак: историко-социологический анализ / С.И. Голод. – Санкт-Петербург : Петрополис, 1998. – 272 с.
12. Журавлев А. Л. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте: монография / А. Л. Журавлев, Е. А. Сергиенко. – М.: Институт психологии РАН, 2011. – 512 с.
13. Замышляева М. С. Оптимизм и пессимизм в совладающем поведении в юношеском возрасте: дис. ...канд.психол.наук : 19.00.13 / Марина Сергеевна Замышляева. – М., 2006. – 237 с.
14. Зейгарник Б. В. Психопатология. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. – 287 с.
15. Знаков В. В. Психология половых и гендерных различий / В.В. Знаков // Психология и практика. – Вып.3 /Отв. В.И. Кашницкий / Инт-т педагогики и психологи. – Кострома: Узд-во КГУ им.Н.Некрасова, 2004. – 245 с
16. Камінська А. О. Дескриптори стрес-долаючої поведінки референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами/А. О. Камінська // Медична психологія. -Х., 2019. т.Том 14, N 2.-С.16-21.
17. Камінська А. О. Психоемоційні та поведінкові предиктори психічної дезадаптації референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами / А. О. Камінська // Медична психологія - 2019. - Том 14, N 3. - С. 17-22.
18. Конопкин О. А. Психологические механизмы регуляции деятельности. М., 1980. – 311 с.
19. Крюкова Т. Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения / Т. Л. Крюкова // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 2. – С. 5 – 15.

20. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения: [монография] / Т.Л. Крюкова. – Кострома: КГУ им.Н. Некрасова – студия оперативной полиграфии «Авантитул», 2004. – 254 с.
21. Крюкова Т. Психологія поведінки. Москва : Просвітництво, 2004. 148 с.
22. Кузнецов В. А., Пушкарев Г. С., Ярославская Е. И. Надежность и валидность русскоязычной версии многомерной шкалы восприятия социальной поддержки (MSPSS) // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 41. С. 10. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 20.09.2021).
23. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. - М.: Наука, 1983. – 168 с.
24. Корнієнко І.О. Стратегії копінг-поведінки студента в ситуації неспіху : монографія / І.О. Корнієнко. – Мукачево : Карпатська вежа, 2011. – 292 с.
25. Лазарус Р.С. Психология эмоций / Р.С. Лазарус. – СПб. : Питер, 2007. – 328 с.
26. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р.С. Лазарус // Эмоциональный стресс. – Л. : Медицина, 1970. – С. 178 – 208.
27. Либина А. В. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными ситуациями / А.В. Либина, А.В. Либин // Стиль человека: психологический анализ / Под ред. А.В. Либина. – М. : Смысл, 1998. – С. 190 – 204., с 193.
28. Нартова-Бочавер С. К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 5. – С. 20 – 30.
29. Надирашвили Ш. А. Установка и деятельность / Ш.А. Надирашвили. – Тбилиси : Мецниереба, 1987. – 361 с.

30. Мельникова Н. Н. Классификация стратегий адаптивного поведения / Н.Н. Мельникова // Теоретическая, экспериментальная и практическая психология : сб. науч. трудов / Под ред. Н.А. Батурина. – Челябинск : Изд-во ЮУрГУ, 2001. – Т. 3. – С. 13 – 23.
31. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Медпресс-информ, 2008. 432 с.
32. Моросанова В. И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. - М.: Наука. — 1998.
33. Носенко Е.Л. Форми відображеної оцінки емоційної стійкості та емоційної розумності людини: моногр. / Е. Л. Носенко, І. Ф. Аршава, К. П. Кутовий. – Д.: Інновація, 2011. – 178с.
34. Олифиревич Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифиревич, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – СПб. : Речь, 2006. – 360 с, с.12.
35. Осницкий А. К. Проблемы исследования субъектной активности // Вопросы психологии. - № 1. – 1996. – с. 5-19;
36. Пономаренко Т. И. Проблемы поведения человека: установка как фактор детерминации поведенческих реакций (теоретический анализ) / Т.И. Пономаренко // Служба практической психологии образования: проблемы, поиски, решения : сб. тезисов науч.-практ. конф. – Чита, 1997. – С. 113 – 117.
37. Пшук Н. Г. Порівняльні особливості базисних копінг-стратегій хворих на афективні розлади та їх референтних родичів / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Архів психіатрії. - 2017. - Т. 23, № 1. - С. 77-78. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2017\\_23\\_1\\_24.](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2017_23_1_24.);
38. Пшук Н. Г., Каминская А. А. Ресурс семейной поддержки и качество жизни в семье лиц, обеспечивающих уход за пациентами с эндогенными психическими расстройствами / «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология» 2018, том 9, № 1 – С.60-66.

39. Родина Н. В. Копинг-поведение как психическая деятельность субъекта / Н.В. Родина // Вестник Одесского университета, 2009. – Т.14. – Вып. 6. – С. 80 – 88.
40. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання: дис. д-ра психол. наук : 19.00.01 / Родіна Наталія Володимирівна ; Київ. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. - К., 2012. - 504 с.
41. Сатир В. Психотерапия семьи / В. Сатир. — М. : Речь, 2000. — 284 с.
42. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзор. психиат. и мед. психол. 1994. № 1. С. 63—74.
43. Титаренко Т. М., Кляпець О. Я. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин : науково-методичний посібник. – К. : Міленіум, 2007. – 142 с.
44. Цапенко А. И., Шанаева Д. М. Ц17 Семья и психическая болезнь: психологические проблемы и пути их решения / Под ред. В.С. Ястребова. – 2-е изд. перераб. – М.: МАКС Пресс, 2008. – 64 с.
45. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия.—1999 —Т . 9. Вып. 3.—С. 27.
46. Шкуренко Д. А. Общая и медицинская психология. Ростов-на-Дону: ФЕНИКС, 2002. 352 с.
47. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи.— 3-е изд.— СПб.: Питер, 2001.— 565 с
48. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь. 2006.- 352 с.
49. Ястребов В. С., Солохина Т. А., Рытик Э. Г., Ястребова В. В., Балабанова В. В., Шевченко Л. С.. Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. М.: МБА. 2018. - 196с.
50. Antonovsky A. Personality and health: Testing the sense of coherence model / A. Antonovsky - New York: John Wiley & Sons, 1990. – 562 p.

51. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health / Antonovsky A. - San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987. – 397 p., c. 19.
52. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Association, Fifth, 2013.
53. Aspinwall L. G. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping / L.G. Aspinwall, S.E. Taylor // Psychological Bulletin. - 1997. - № 121(3). - P. 417-436.
54. Aspinwall L. G. Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance / L. G. Aspinwall, S. E. Taylor // Journal of Personality and Social Psychology. – 1992. - №63. - P. 989-1003.
55. Assessment of the burden on caregivers of patients with mental disorders in Jeddah, Saudi Arabia / S. H. Alzahrani, E. O. Fallata, M. A. Alabdulwahab [et al.] // BMC Psychiatry. – 2017. – Vol. 17 (1). – P. 202. – DOI : 10.1186/s12888-017-1368-1.
56. Awad A. G. The burden of schizophrenia on caregivers: a review / A. G. Awad, L. N. Voruganti // Pharmacoeconomics. – 2008. – 1 26 (2). – P. 149–162.
57. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control / A. Bandura. - New York: Freeman, 1997. - 604 p.
58. Bandura A. Social-learning theory / Bandura A. - Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977. - 133 p., c. 193.
59. Berk L., Berk M., Dodd S., Kelly C., Cvetkovski S., Jorm A.F. (2013). Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. BMC Medicine,<sup>1</sup> 11 (1), pp. 162.
60. Billings A. G. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events / A.G. Billings, R.H. Moos // Journal of Behavioral Medicine. - 1981. - № 4. - P. 157-189.

61. Bustillo J., Lauriello J., Horan W., Keith S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (2), pp. 163–175.
62. Geriani D., Savithry K.S., Shivakumar S., Kanchan T. (2015). Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9 (3), VC01–VC04, DOI 10.7860/JCDR/2015/11342.5654.
63. Carver C. S. *On the Self-regulation of Behavior* / C.S. Carver C.S., M.F. Scheier. - USA.: Cambridge University Press, 1998. - 349 p.
64. Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach / D. A. Perlick, R. A. Rosenheck, D. J. Miklowitz [et al.] // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2008. – Vol. 196 (6). – P. 484–491.
65. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study / A. L. R. Souza, R. A. Guimaraes, D. de Araujo Vilela [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2017. – Vol. 17 (1). – P. 353. – DOI : 10.1186/s12888-017-1501-1.
66. Freund A. M. What I Have and What I Do - The role of resource loss and gain throughout life / A.M. Freund, M. Riediger // *Applied Psychology: An International Review*. - 2001. - № 50(3). - P. 370-380.
67. Frydenberg E. *Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges* / E. Frydenberg. - Oxford University Press, 2002. - 176 p.
68. Frydenberg E. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? / E. Frydenberg, R. Lewis // *American Educational Research Journal*. - 2000. - № 37(3). - P. 727—745.
69. Hoeng I., Hamilton M. W. / The schizophrenic patient in the community and his affect on the household.— *International Journal of Social Psychiatry*.— 12.— 165–176.
70. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress / S.E. Hobfoll // *American Psychologist*. - 1989. - № 44(3). - P. 513-524.

71. Hobfoll S. E. The Influence of Culture, Community, and the Nested Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory / S.E. Hobfoll // *Applied Psychology: An International Review*. - 2001. - № 50(3). - P.337-421.
72. Holahan C. J. Life stressors, resistance factors, and psychological health: An extension of the stress-resistance paradigm / C.J. Holahan, R.N. Moos // *Journal of Personality and Social Psychology*. - 1990. - № 58. - P. 909-917.
73. Kennet G. Terkelsen. Cornell U. The schizophrenic disorder: A replication // *British Journal of Preventive Social Medicine*.— 16.— 55–68.
74. Koran L. M. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder / L.M. Koran, M.L. Thienemann, R. Davenport // *The American Journal of Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153. – №6. – P. 783-788.
75. Lazarus R. S. Emotions and interpersonal relationships: toward a personcentered conceptualization of emotions and coping / R. Lasarus // *Journal of Personality*. – 2006. – Vol. 74, № 1. – P. 9 – 43.
76. Lazarus R. S. The concept of coping / R. S. Lazarus, S. Folkman // *Monat A. and Richard S. Lazarus. Stress and Coping*. – New York, 1991. – P. 189 – 206.
77. Lazarus R. *Stress, Appraisal and Coping* / R. Lasarus, S. Folkman. – N.-Y. : Springer Publishing House, 1984. – 456 p.
78. Lazarus R. S. *Emotion and adaptation* / R. S. Lazarus. - London: Oxford University Press, 1991. – 572 p.
79. Losoya S. Developmental issues in the study of coping / S. Losoya, N. Eisenberg, R.A. Fabes // *International Journal of Behavioral Development*. - 1998. - № 22(2). - P. 231—237.
80. Lustig C., Strauser D. The relationship between sense of coherence and career thoughts // *Career Development Quarterly*. – 2002. – Sept. – P. 27–38.

81. MacCrae R. Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample / R. MacCrae, P. Costa // *Journal of Personality*. – 1986. – Vol. 54, № 2. – P. 385 – 405.
82. Maddi S. R., Khoshaba D. M. Hardiness and Mental Health // *Journal of Personality Assessment*. – 1994. – Oct. – Vol. 63. – N 2. – P. 265 – 274.
83. Malysheva, K., & Keller, V. (2019). NEUROPSYCHOLOGICAL CORRELATES OF CEREBRAL DYSFUNCTIONS IN PERSONS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 5(1), 78-89.
84. Menaghan E. G. Measuring coping effectiveness: A panel analysis of marital problems and coping efforts / E.G. Menaghan // *Journal of Health and Social Behavior*.- 1982. - № 23. - P. 220-234.
85. Mitchell R. E. Stress, coping, and depression among married couples / R. E. Mitchell, R.C. Cronkite, R.H. Moos // *Journal of Abnormal Psychology*. - 1983. - № 92. - P. 433-448.
86. Murphy L. B. Coping vulnerability and resiliency in childhood / L.B. Murphy. – N.-Y. : Basic Book, 1974. – P. 69 – 100.
87. Parkes K. R. Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics / K. R. Parkes // *Journal of Personality and Social Psychology*.- 1986. - № 51. - P. 1277-1292.
88. Patton W. Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents / W. Patton // *Journal of Youth and Adolescence*. – 1994. – Vol. 23, № 1. – P. 19 – 41.
89. Pearlin L. I. The structure of coping / L. I. Pearlin, C. Schooler // *Journal of Health and Social Behavior*. - 1978. - № 19. - P. 2-21.
90. Perrez M. Stress, Coping and Health. A Situation-Behavior Approach / M. Perrez, M. Reicherts // *Theory, Methods, Applications*. – Seattle-Toronto-Bern, 1992. – 319 p.
91. Perrewe P. L. An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process / P. L. Perrewe,

- K. L. Zellars // *Journal of Organizational Behavior*. – 1999. – № 20. – P. 739-752.
92. Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls / J.D. Huppert [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2009. – Vol. 26. — №1. — P. 39-45.
93. Rodríguez A. G. Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis / A. G. Rodríguez, S. P. Garcelán // *Psicotema*. - 2001. - № 4. - P. 563-570.
94. Scheck C. L. Identifying the antecedents of coping with an organizational acquisition: A structural assessment / C.L. Scheck, A.J. Kinicki // *Journal of Organizational Behavior*. - 2000. - № 21. - P. 627-648.
95. Schwarzer R. The Proactive Coping Model / R. Schwarzer // *The Handbook of Principles of Organizational Behavior* / R. Schwarzer . - USA: Blackwell, 2000. - Part 7. - P. 342-355.
96. Schwarzer R. Stress, Resources, and Proactive Coping / R. Schwarzer // *Applied Psychology: An International Review*. - 2001. - № 50(3). - P. 400-407. 352.
97. Schwarzer R. Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping / R. Schwarzer, S. Taubert // *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* / R. Schwarzer, S. Taubert. - London: Oxford University Press, 2002. - Part 2. - P. 19-35.
98. Schmitz G. S. Proaktive Einstellung von Lehrern: Konstruktbeschreibung und psychometrische Analysen / G. S. Schmitz, R. Schwarzer // *Zeitschrift für Empirische Pädagogik*. - 1999. - № 13 (1). - P. 3-27.
99. Schwarzer R. Stress, Resources, and Proactive Coping / R. Schwarzer // *Applied Psychology: An International Review*. - 2001. - № 50(3). - P. 400-407.

100. Selye H. History of the stress concept / H. Selye // Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects / L. Goldberger, S. Breznitz. - New York: Free Press, 1993. - P. 7-17.
101. Solcova I. Daily stress coping strategies: An effect of Hardiness / I. Solcova, P. Tomanek // Studia Psychologica. - 1994. - № 36(5). - P. 390—392.
102. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis / I. Angelakis [et al.] // Clinical Psychology Review. - 2015. - Vol. 39. - P. 1-15.
103. Surtees P., Wainwright N., Luben R., et al. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC Norfolk United Kingdom prospective cohort study // Am J. Epidemiol. - 2003. - Dec. - P. 1202–1209.
104. Terry D.L. Coping resources and situation appraisals as predictors of coping behavior / D.L. Terry // Pers. Individ. Diff. - 1991. - Vol. 12, №10. - P. 1031 – 1047.
105. Tuomi K. Stress management, aging, and disease / K. Tuomi, J. Seitsamo, P. Huuhtanen // Experimental Aging Research. - 1999. - № 25(4). - P. 353-358.
106. Wiedl K. H. Coping with symptoms related to schizophrenia / K. H. Wiedl, B. Schottner // Schizophr. - 1991. - № 17(3). - P. 525–538.
107. Williams W. Coping processes as mediators of the relationship between Hardiness and health / W. Williams, G. Paula, W. Wiebe, J. Deborah, S. Smith, W. Timothy // Journal of Behavioral Medicine. - 1992. - № 15(3). - P. 237- 255.
108. Weiner B. The social psychology of emotion: applications of a naïve psychology / B. Weiner // Journal of Social and Clinical Psychology. - 1987. - № 5. - P. 405-419.
109. Zendjidjian X. Y. Challenges in measuring outcomes for caregivers of people with mental health problems / X. Y. Zendjidjian, L. Boyer // Dialogues Clin. Neurosci. - 2014. - Vol. 16 (2). - P. 159–169.

110. Zimet G. D. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support / G. D. Zimet, N. W. Dahlem, S. G. Zimet & G. K. Farley // Journal of Personality assessment. 1988. Vol. 52 (Iss. 1). P. 30—41.

## Додаток А

Опитувальник копінг- поведінки (WCQ) Р. Лазаруса, С.Фолкмана

(в адаптації Т. Крюкової, О. Куфтяк, М. Замишляєвої)

Інструкція: «Ми цікавимося, як люди справляються з проблемами, труднощами і неприємностями в їх житті. На бланку представлено кілька можливих шляхів подолання проблем, неприємностей. Ознайомившись з твердженнями, Ви зможете визначити, які із запропонованих варіантів зазвичай Вами використовуються. Всі Ваші відповіді залишаться невідомі стороннім».

Бланк для відповідей:

«Оказавшись в трудной ситуации, я ...

- 1 ... сосредотачивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге
- 2 ... начинал что-то делать, зная, что это все равно не будет работать, главное – делать хоть что-нибудь
- 3 ... пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение
- 4 ... говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации
- 5 ... критиковал и укорял себя
- 6 ... пытался не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть
- 7 ... надеялся на чудо
- 8 ... смирялся с судьбой: бывает, что мне не везет
- 9 ... вел себя, как будто ничего не произошло
- 10 ... старался не показывать своих чувств
- 11 ... пытался увидеть в ситуации что-то положительное
- 12 ... спал больше обычного
- 13 ... срывал свою досаду на тех, кто навлек на меня проблемы
- 14 ... искал сочувствия и понимания у кого-нибудь
- 15 ... во мне возникла потребность выразить себя творчески

- 16 ... пытался забыть все это
- 17 ... обращался за помощью к специалистам
- 18 ... менялся или рос как личность в положительную сторону
- 19 ... извинялся или старался все загладить
- 20 ... составлял план действий
- 21 ... старался дать какой-то выход своим чувствам
- 22 ... понимал, что сам вызвал эту проблему
- 23 ... набирался опыта в этой ситуации
- 24 ... говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации
- 25 ... пытался улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами
- 26 ... рисковал напропалую
- 27 ... старался действовать не слишком поспешно, доверяясь первому порыву
- 28 ... находил новую веру во что-то
- 29 ... вновь открывал для себя что-то важное
- 30 ... что-то менял так, что все улаживалось
- 31 ... в целом избегал общения с людьми
- 32 ... не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться
- 33 ... спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал
- 34 ... старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела
- 35 ... отказывался воспринимать это слишком серьезно
- 36 ... говорил о том, что я чувствую
- 37 ... стоял на своем и боролся за то, чего хотел
- 38 ... вымещал это на других людях
- 39 ... пользовался прошлым опытом – мне приходилось уже попадать в такие ситуации
- 40 ... знал, что надо делать и удваивал свои усилия, чтобы все наладить
- 41 ... отказывался верить, что это действительно произошло
- 42 ... я давал обещание, что в следующий раз все будет по-другому
- 43 ... находил пару других способов решения проблемы

- 44 ... старался, что мои эмоции не слишком мешали мне в других делах
- 45 ... что-то менял в себе
- 46 ... хотел, чтобы все это скорее как-то образовалось или кончилось
- 47 ... представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться
- 48 ... молился
- 49 .. прокручивал в уме, что мне сказать или сделать
- 50 ... думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь и старался подражать ему

Варианты ответов: никогда, редко, иногда, часто.

Обробка:

1. Підрахувати бали, підсумовуючи за кожною субшкалою:

ніколи - 0 балів;

рідко - 1 бал;

іноді - 2 бали;

часто - 3 бали

2. Обчислити за формулою:  $X = (\text{сума балів} / \text{max бал}) * 100$

Номери опитувальника (по порядку, але різні) працюють на різні шкали, наприклад, в шкалі «конфронтаційний копінг» питання - 2, 3, 13, 21, 26, 37 і т.д.

Максимальне значення з питання, яке може набрати досліджуваний - 3, а з усіх питань субшкали максимально 18 балів, досліджуваний набрав 8 балів - це і є рівень напруги конфронтаційного копінгу.

3. Можна визначити за підсумковим балом:

0-6 – низький рівень напруженості, говорить про адаптивні варіанти копінгу;

7-12 – середній, адаптаційний потенціал особистості в прикордонному стані;

13-18 – висока напруженість копінгу, свідчить про виражену дезадаптацію.

Ключ:

Конфронтаційний копінг – пункти: 2, 3, 13, 21, 26, 37.

Дистанціювання – пункти: 8, 9, 11, 16, 32, 35.

Самоконтроль – пункти: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50.

Пошук соціальної підтримки – пункти: 4, 14, 17, 24, 33, 36.

Прийняття відповідальності – пункти: 5, 19, 22, 42.

Втеча-уникнення – пункти: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47.

Планування вирішення проблеми – пункти: 1, 20, 30, 39, 40, 43.

Позитивна переоцінка – пункти: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.

Інтерпретація.

Опис субшкал:

1. Конфронтаційний копінг. Наступальні дії щодо зміни ситуації. Передбачає певну ступінь ворожості і готовності до ризику.
2. Дистанціювання. Когнітивні зусилля відокремитися від ситуації і зменшити її значимість.
3. Самоконтроль. Зусилля з регулювання своїх почуттів і дій.
4. Пошук соціальної підтримки. Зусилля в пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки.
5. Прийняття відповідальності. Визнання своєї ролі в проблемі зі спробами її вирішення.
6. Втеча-уникнення. Уявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення проблеми.
7. Планування вирішення проблеми. Довільні проблемно-фокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до проблеми.
8. Позитивна переоцінка. Зусилля по створенню позитивного значення з фокусуванням на зростанні власної особистості. Включає також релігійний вимір.

## Додаток Б

### Методика «Аналіз сімейної тривоги»

Інструкція: «Шановний (а) ...! Пропонований вам опитувальник містить твердження про ваше самопочуття в родині. Твердження пронумеровані. Читайте по черзі твердження опитувальника. Якщо ви в загальному згодні з ними, то на бланку обведіть кружком номер твердження. Якщо ви в загальному не згодні - закресліть цей же номер. Якщо дуже важко вибрати, то поставте на номері знак питання. Намагайтеся, щоб таких відповідей було не більше трьох. Пам'ятайте, ви характеризуєте своє самопочуття в сім'ї. В опитувальнику немає «правильних» і «неправильних» тверджень. Відповідайте так, як відчуваєте.»

Твердження:

1. Знаю, что члены моей семьи часто бывают недовольны мною.
2. Чувствую, что, как бы я ни поступил(а), все равно будет не так.
3. Многого не успеваю сделать.
4. Так получается, что именно я чаще всего оказываюсь виноват(а) во всем, что случается в нашей семье.
5. Часто чувствую себя беспомощным (беспомощной).
6. Дома мне часто приходится нервничать.
7. Когда попадаю домой, чувствую себя неуклюжим (неуклюжей) и неловким (неловкой).
8. Некоторые члены семьи считают меня бестолковым (бестолковой).
9. Когда я дома, то все время из-за чего-нибудь переживаю.
10. Часто чувствую на себе критические взгляды членов моей семьи.
11. Иду домой и с тревогой думаю, что еще случилось в мое отсутствие.
12. Дома у меня постоянно ощущение, что надо еще очень многое сделать.
13. Нередко чувствую себя лишним (лишней) дома.
14. Дома у меня такое положение, что просто опускаются руки.

15. Дома мне постоянно приходится сдерживаться.
16. Мне кажется, если бы я вдруг исчез (исчезла), то никто бы этого не заметил.
17. Идешь домой, думаешь, что будешь делать одно, но, как правило, приходится делать совсем другое.
18. Как подумаю о своих семейных делах, начинаю волноваться.
19. Некоторым членам моей семьи бывает неудобно из-за меня перед друзьями и знакомыми.
20. Часто бывает так: хочу сделать хорошо, но оказывается, вышло плохо.
21. Мне многое у нас не нравится, но я этого стараюсь не показывать.

Інтерпретація:

Субшкала В - вина (сімейна вина члена сім'ї)

Відповіді «Так»: 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19 (від 0 до 7 балів)

Субшкала Г - тривожність (сімейна тривожність члена сім'ї)

Відповіді «Так»: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 (від 0 до 7 балів)

Субшкала Н - напруженість (сімейна напруженість)

Відповіді «Так»: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 (від 0 до 7 балів)

Загальний рівень сімейної тривожності:

Сума значень субшкал провини, тривожності і напруженості (від 0 до 21 балів). Якщо відповідь «Не знаю» отримано на три і більше твердження, опитувальник не підлягає інтерпретації. Проблема в тій чи іншій сімейної області вважається діагностованою, якщо за відповідною шкалою набрано 5 і більше балів (від 5 до 7 позитивних відповідей).

## Додаток В

Дослідження стану людини за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальника САН

Мета роботи: визначити рівень самопочуття, активності і настрою людини; провести тестування, аналіз результатів.

Устаткування: бланк опитувальника.

Хід роботи:

1. Особі, яку обстежують, дають інструкцію, в якій вказано, що вона повинна співставити свій стан зі шкалою 3 2 1 0 1 2 3 кожної пари ознак. Наприклад, між парою тверджень «САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ» і «САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ» розташовані цифри 3 2 1 0 1 2 3. Цифра "0" відповідає середньому самопочуттю, яке обстежуваний не може віднести ні до поганого, ні до хорошого. Одиниця, яка знаходиться зліва від "0" відображає самопочуття - вище за середній, а цифра три - відповідає прекрасному самопочуттю. Ті ж цифри в цьому рядку, що стоять праворуч від цифри "0", аналогічно характеризують самопочуття досліджуваного нижче середнього. Таким чином, послідовно розглядається і оцінюється кожен рядок цього опитувальника. У кожному випадку, відносно кожної пари тверджень обстежуваний здійснює свій вибір відмічаючи необхідне значення шкали "3 2 1 0 1 2 3".

2. Під час обробки результатів усі оцінки перекодовують в ряд від 1 до 7, причому бал "3" шкал 3 2 1 0 1 2 3, що відповідає поганому самопочуттю, низькій активності і поганому настрою набуває значення 1, бал "0" оцінюється цифрою 4, бал 3, який відображає хороше самопочуття, високу активність і гарний настрій, набуває значення 7. Підсумком аналізу результатів дослідження є сума значення балів по окремих шкалах - "самопочуття", "активність", "настрій".

Бланк тесту

1 САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ 3 2 1 0 1 2 3 САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ

- 2 ПОЧУВАЮ СЕБЕ СИЛЬНИМ 3 2 1 0 1 2 3 ПОЧУВАЮ СЕБЕ СЛАБКИМ  
3 ПАСИВНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 АКТИВНИЙ  
4 МАЛОРУХОМИЙ 3 2 1 0 1 2 3 РУХЛИВИЙ  
5 ВЕСЕЛИЙ 3 2 1 0 1 2 3 СУМНИЙ  
6 ГАРНИЙ НАСТРІЙ 3 2 1 0 1 2 3 ПОГАНІЙ НАСТРІЙ  
7 ПРАЦЕЗДАТНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 РОЗБИТИЙ  
8 ПОВНИЙ СИЛ 3 2 1 0 1 2 3 ЗНЕСИЛЕНИЙ  
9 ПОВІЛЬНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ШВИДКИЙ  
10 БЕЗДІЯЛЬНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ДІЯЛЬНИЙ  
11 ЩАСЛИВИЙ 3 2 1 0 1 2 3 НЕЩАСНИЙ  
12 ЖИТТЄРАДІСНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ПОХМУРИЙ  
13 НАПРУЖЕНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 РОЗСЛАБЛЕНИЙ  
14 ЗДОРОВИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ХВОРИЙ  
15 БЕЗУЧАСНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ЗАХОПЛЕНИЙ  
16 БАЙДУЖИЙ 3 2 1 0 1 2 3 СХВИЛЬОВАНИЙ  
17 ЗАХОПЛЕНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 СУМОВИТИЙ  
18 РАДІСНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ЗАСМУЧЕНИЙ  
19 ВІДПОЧИВШИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ВТОМЛЕНИЙ  
20 СВІЖИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ВИСНАЖЕНИЙ  
21 СОНЛИВИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ЗБУДЖЕНИЙ  
22 БАЖАННЯ ВІДПОЧИТИ 3 2 1 0 1 2 3 БАЖАННЯ ПРАЦЮВАТИ  
23 СПОКІЙНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ЗАКЛОПОТАНИЙ  
24 ОПТИМІСТИЧНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ПЕСИМІСТИЧНИЙ  
25 ВИТРИВАЛИЙ 3 2 1 0 1 2 3 ТАКИЙ, ЩО ШВИДКО СТОМЛЮЄТЬСЯ  
26 БАДЬОРИЙ 3 2 1 0 1 2 3 В'ЯЛИЙ  
27 МІРКУВАТИ ВАЖКО 3 2 1 0 1 2 3 МІРКУВАТИ ЛЕГКО  
28 РОЗСІЯНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 УВАЖНИЙ  
29 ПОВНИЙ НАДІЙ 3 2 1 0 1 2 3 РОЗЧАРОВАНИЙ  
30 ЗАДОВОЛЕНИЙ 3 2 1 0 1 2 3 НЕВДОВОЛЕНИЙ

Робиться розрахунок суми балів згідно ключа до тесту.

Самопочуття сума балів за питання: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність сума балів за питання: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій сума балів за питання: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримана за кожною шкалою сума знаходиться в межах від 10 до 70 і дозволяє виявити функціональний стан індивіда в даний момент часу за принципом:

< 30 балів - низька оцінка;

30 - 50 балів - середня оцінка;

> 50 балів - висока оцінка.

3. Заповнюється підсумкова таблиця, робиться висновок про поточний рівень самопочуття, активності та настроїв обстеженої особи.

## Додаток Г

Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Д. Зімета (в адаптації В. Ялтонського, Н. Сироти)

Інструкція: «Будь ласка, дайте відповідь на питання тесту. Варіанти відповідей: так, ні».

ТЕСТ:

1. Есть кто-то, кто рядом, когда я в беде.
2. Есть кто-то, с кем я могу разделить свои беды и радости.
3. Моя семья на самом деле хочет мне помочь.
4. Я получаю эмоциональную поддержку, в которой нуждаюсь, от моей семьи.
5. У меня есть кто-то, с кем я чувствую себя хорошо.
6. Мои друзья в действительности пытаются мне помочь.
7. Я могу рассчитывать на моих друзей, когда мне плохо.
8. Я могу говорить о моих проблемах с моей семьей.
9. У меня есть друзья, с которыми я могу разделить свои беды и радости.
10. Есть кто-то особый в моей жизни, кого заботят мои чувства.
11. Моя семья хочет помочь мне в принятии решений.
12. Я могу говорить о моих проблемах с моими друзьями.

Ключ до тесту:

- Соціальна підтримка сім'ї: 3, 4, 8, 11.
- Соціальна підтримка друзів: 6, 7, 9, 12.
- Соціальна підтримка від «значимих інших»: 1, 2, 5, 10.

За кожен позитивну відповідь «Так» нараховується 1 бал.

## Додаток Д

### Опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3)

Методика складається зі списку тверджень (від 1 до 20). Завдання респондента полягає в тому, щоб двічі оцінити кожне твердження за ступенем його виразності, використовуючи п'ятибальну шкалу:

майже ніколи - 1,

рідко - 2,

час від часу - 3,

часто - 4,

майже завжди - 5.

У першому випадку завдання досліджуваного - оцінити реальний сімейне функціонування, у другому - ідеальне, тобто таке, яким хотілося б його бачити.

Обробка й інтерпретація результатів.

1. Визначення типу структури сім'ї. При обробці підраховується кількість балів, отриманих при підсумовуванні парних і непарних тверджень. Кількість балів, отримана при підсумовуванні непарних пунктів, визначає рівень сімейної згуртованості, парних - рівень сімейної адаптації. Тип сімейної системи визначається двома параметрами - сумарними оцінками за шкалами згуртованості та сімейної адаптації відповідно до норм оцінок, стандартизованих на різних вибірках (див. табл. 5).

2. Визначення рівня задоволеності сімейним життям. Різниця між ідеальними і реальними оцінками за двома шкалами (згуртованості і адаптації) визначає ступінь задоволеності випробуваного сімейним життям. В даний час не існує ніяких емпіричних норм для визначення оцінки розбіжності ідеального і усвідомлюваного. Висока оцінка розбіжності вказує на низьку сімейну радість. Розбіжність має бути розраховане для кожного індивідуума за згуртованості та адаптації, а загальна оцінка може бути отримана в результаті

складання цих двох оцінок. Зворотна залежність отриманих результатів є оцінкою сімейної задоволеності.

ПІБ \_\_\_\_

Вік \_\_\_\_

Дата дослідження; \_

Інструкція:

Варіант А. Опишіть Вашу реальну сім'ю (подружжя і діти). Прочитайте наступні вислови і оцініть їх за допомогою представленої шкали.

Варіант Б. Тепер оцініть ці висловлювання з точки зору ідеальної сім'ї, тобто такою, про яку Ви мрієте.

Твердження:

1. Члени нашої родини звертаються один до одного за допомогою
2. При вирішенні проблем враховуються пропозиції дітей
3. Ми схвально ставимося до друзів інших членів сім'ї
4. Діти самостійно вибирають форму поведінки
5. Ми вважаємо за краще спілкуватися тільки у вузькому сімейному колі
6. Кожен член нашої сім'ї може бути лідером
7. Члени нашої родини ближчі із сторонніми, ніж один з одним
8. У нашій сім'ї змінюється спосіб виконання повсякденних справ
9. Ми любимо проводити вільний час всі разом
10. Покарання обговорюються батьками і дітьми разом
11. Члени нашої родини відчують себе дуже близькими один одному
12. У нашій сім'ї більшість рішень приймається батьками
13. На сімейних заходах присутні більшість членів сім'ї
14. Правила в нашій сім'ї змінюються
15. Нам важко уявити собі, що ми могли б зробити всією сім'єю
16. Домашні обов'язки можуть переходити від одного члена сім'ї до іншого
17. Ми радімося один з одним при прийнятті рішень
18. Важко сказати, хто у нас в сім'ї лідер
19. Єдність дуже важливо для нашої родини

20. Важко сказати, які обов'язки у домашньому господарстві виконує кожен член сім'ї

Оцінка параметрів шкали FACES-3:

№	Діагностичні параметри	№ тверджень	Шкала
1	Емоційний зв'язок	1,11,19	Сімейна згуртованість
2	Сімейні кордони	5,7	
3	Прийняття рішень	17	
4	Час	9	
5	Друзі	3	
6	Інтереси та відпочинок	13, 15	
7	Лідерство	6,18	Сімейна адаптація
8	Контроль	2, 12	
9	Дисципліна	4,10	
10	Ролі	8,16,20	
11	Правила	14	

Норми оцінок середніх показників для FACES-3:

Основні параметри	Групи сімей					
	Зрілі подружні пари		Сім'ї з підлітками		Молоді подружні пари	
	X	SD	X	SD	X	SD
Згуртованість	39,8	5,4	37,1	6,1	41,6	4,7
Адаптація	24,1	4,7	24,3	4,8	26,1	4,2

Згуртованість						
	ранг	%	ранг	%	ранг	%
Роз'єднаний	10-34	16,3	10-31	18,6	10-36	14,9
Розділений	35-40	33,8	32-37	30,3	37-42	37,2
Зв'язаний	41-45	36,3	38-43	36,4	43-46	34,9
Зчеплений	46-50	13,6	44-50	14,7	47-50	13,0
Адаптація						
	ранг	%	ранг	%	ранг	%
Ригідний	10-19	16,3	10-19	15,9	10-21	13,2
Структурний	20-24	38,3	20-24	37,3	22-26	38,8
Гнучкий	25-28	29,4	25-29	32,9	27-30	32,0
Хаотичний	29-50	16,0	30-50	13,9	31-50	16,0

Примітка. X - середні показники; SD - стандартні відхилення від середніх.

№	Утверждение	1 почти всегда	2 редко	3 время от времени	4 часто	5 почти всегда
1	Члены нашей семьи обращаются друг к другу за помощью					
2	При решении проблем учитываются предложения детей					
3	Мы с одобрением относимся к друзьям других членов семьи					
4	Дети самостоятельно выбирают форму поведения					
5	Мы предпочитаем общаться только в узком семейном кругу					
6	Каждый член нашей семьи может быть лидером					

7	Члены нашей семьи более близки с посторонними, чем друг с другом					
8	В нашей семье изменяется способ выполнения повседневных дел					
9	Мы любим проводить свободное время все вместе					
10	Наказания обсуждаются родителями и детьми вместе					
11	Члены нашей семьи чувствуют себя очень близкими друг другу					
12	В нашей семье большинство решений принимаются родителями					
13	На семейных мероприятиях присутствует большинство членов семьи					
14	Правила в нашей семье изменяются					
15	Нам трудно представить себе, что мы могли бы предпринять всей семьей					
16	Домашние обязанности могут переходить от одного члена семьи к другому					
17	Мы советуемся друг с другом при принятии решений					
18	Трудно сказать, кто у нас в семье лидер					
19	Единство очень важно для нашей семьи					
20	Трудно сказать, какие обязанности в домашнем хозяйстве выполняет каждый член семьи					

