

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему: «Зв'язок симптомів посттравматичного стресового розладу з якістю емоційної взаємодії у близьких стосунках»

Студентки 2 курсу групи ПС-61 другого  
(магістерського) рівня вищої освіти освітньо-  
професійної програми «Психологія» за спеціальністю  
053 – ПСИХОЛОГІЯ

Славіна К.Е.

Керівник: доцент кафедри прикладної психології,  
кандидат психологічних наук  
Павленко Г.В.

Чотирьохрівнева шкала оцінювання \_\_\_\_\_

Кількість балів: \_\_\_\_\_

Члени комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

\_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

\_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЕМОЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У МІЖСОБИСТІСНИХ СТОСУНКАХ.....	6
1.1. Теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу.....	6
1.2. Емоційна близькість як психологічний феномен.....	15
1.3. Психологічні аспекти зв'язку симптомів ПТСР з якістю міжособистісних стосунків.....	22
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	29
2.1. Характеристика вибірки та організація дослідження.....	29
2.2. Завдання та методи дослідження.....	30
Висновки до розділу 2.....	32
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ СИМПТОМАМИ ПТСР ТА ЕМОЦІЙНОЮ ВЗАЄМОДІЄЮ У СТОСУНКАХ.....	33
3.1. Опис та аналіз результатів дослідження.....	33
Висновки до розділу 3.....	57
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	61
АНОТАЦІЯ.....	66
ДОДАТОК А.....	67
ДОДАТОК Б.....	75
ДОДАТОК В.....	83

## ВСТУП

У сучасних умовах українського суспільства спостерігається різке зростання кількості осіб, які пережили травматичні події: військові дії, втрату близьких, вимушене переміщення, фізичне чи психологічне насильство. Це зумовлює поширення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який, за даними сучасних досліджень, має не лише індивідуальний вплив на психічне здоров'я, а й суттєво впливає на якість міжособистісних стосунків.

Люди з ПТСР часто мають труднощі в емоційній взаємодії: їм важко довіряти, відкриватися, проявляти почуття або приймати підтримку. Це може призводити до віддалення у стосунках, частих конфліктів, емоційного холоду навіть у близьких парах. У свою чергу, проблеми у стосунках можуть посилювати відчуття самотності та безпорадності, що ускладнює процес психологічного відновлення.

Взаємозв'язок між симптомами ПТСР та емоційною взаємодією в близьких стосунках досліджували такі українські науковці як Коломієць Т., Івіна М., Матвієнко А., Мельник О., а серед зарубіжних дослідників можна назвати Lambert J., Whisman M., Levi-Belz Y., Campbell S., та інші. Проте попри велику увагу до теми ПТСР, саме зв'язок симптомів цього розладу у цивільних осіб з якістю емоційної взаємодії в близьких стосунках досі досліджено недостатньо, особливо в українському контексті.

Тому тема дослідження є надзвичайно актуальною як для розвитку психологічної науки, так і для практичної допомоги людям, які намагаються налагодити свої стосунки після пережитої травми. Результати дослідження можуть бути корисними для психологів-консультантів, фахівців у сфері психотерапії та кризової інтервенції, а також для партнерів осіб, які пережили травматичні події.

**Об'єкт :** емоційна взаємодія в стосунках

**Предмет:** особливості емоційної взаємодії у стосунках осіб із симптомами ПТСР

**Мета:** виявити зв'язок між симптомами посттравматичного стресового

розладу (ПТСР) та якістю емоційної взаємодії в близьких міжособистісних стосунках.

### **Завдання:**

1. Проаналізувати наукову психологічну літературу щодо тлумачення таких понять як «ПТСР» та «емоційна близькість», та психологічних аспектів зв'язку симптомів ПТСР з якістю міжособистісних стосунків
2. Виявити симптоми посттравматичного стресового розладу та ступені їх вираженості у досліджуваних
3. Визначити особливості емоційної взаємодії у стосунках залежно від рівня симптоматики ПТСР
4. Виявити особливості подружніх стосунків у досліджуваних залежно від рівня симптоматики ПТСР
5. Встановити кореляційні зв'язки між рівнем вираженості симптомів ПТСР та показниками якості емоційної взаємодії у близьких стосунках

### **Методики:**

- Опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5))
- Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R)
- Опитувальник «Досвід близьких стосунків»
- Опитувальник «Емоційна взаємодія подружжя» (ЕВП)

**Методи математико-статистичної обробки:** U-критерій Манна-Уїтні та кореляції Спірмена.

**Вибірка:** 57 осіб віком від 25 до 45, 27 - чоловіків та 30 - жінок, що перебувають у стосунках. Усі проживають в Україні, мають задовільне фінансове становище, фізично здорові.

**Гіпотеза:** Існує статистично значущий взаємозв'язок між рівнем вираженості симптомів ПТСР та якістю емоційної взаємодії у близьких міжособистісних стосунках: чим вищий рівень симптомів ПТСР, тим нижча якість емоційної взаємодії.

### **Експериментальні гіпотези:**

1. Особи з високим рівнем симптомів ПТСР демонструють нижчу здатність до

емоційної відкритості, емпатії та підтримки у стосунках порівняно з особами з низьким рівнем симптомів.

2. Симптоми уникнення, емоційного оніміння та гіперзбудження мають негативний кореляційний зв'язок із ключовими характеристиками емоційної взаємодії (довіра, прийняття, чутливість до партнера тощо).

**Практична значущість** дослідження полягає в можливості поглибити розуміння особливостей емоційної взаємодії осіб із симптомами ПТСР, що дозволить психологам та психотерапевтам ефективніше працювати з подружніми парами й сім'ями, враховуючи специфіку травматичного досвіду. Крім того, результати дослідження можуть бути використані для підвищення ефективності реабілітаційних програм, у яких важливим компонентом є підтримка емоційних зв'язків із близькими.

**Наукова новизна** полягає у вивченні взаємозв'язку між симптомами ПТСР та якістю емоційної взаємодії в близьких міжособистісних стосунках в українському соціокультурному контексті, що залишається малодослідженим напрямом у сучасній психологічній науці.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЕМОЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У МІЖСОБИСТІСНИХ СТОСУНКАХ

### 1.1. Теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним порушенням психічного стану, що виникає внаслідок переживання травмуючої події. Цей розлад є одним з найбільш досліджуваних у сучасній психологічній науці, розвиток якого відбувався впродовж багатьох десятиліть. Становлення ПТСР пов'язане як з визначенням діагностичних критеріїв, так і з розвитком нових теоретичних моделей, що пояснюють механізми виникнення, перебіг та наслідки цього розладу.

Хоча сам термін «ПТСР» виник лише наприкінці ХХ століття, дослідження порушень, що виникають після переживання катастрофічних подій відбувались задовго до затвердження сучасних класифікацій. Так, ще в 1867 році Erichsen J. E. в своїй роботі праці «Залізничні та інші травми нервової системи» описав психічні проблеми у людей, які пережили залізничні аварії. Він був першим, хто всебічно систематизував прояви та симптоми психічних розладів, зокрема розлади пам'яті та концентрації уваги, паралітичні стани, а також тривожні та страшні сни, що візуалізують пережиту травму [12].

В свою чергу, в 1881 році німецький психіатр Carl Moeli висунув гіпотезу, що причини «травматичного психозу» полягають у впливі психічних чинників, таких як сильне душевне потрясіння чи переляк. Його погляди знайшли підтримку серед американських дослідників – зокрема, Putnam J., та Walton G, які вважали, що травматичний невроз має радше функціональну, істеричну природу. Пізніше, 1884 року Charcot J. наголошував, що в основі «травматичного неврозу» лежать насамперед емоційні переживання та стан шоку. Зі своєї сторони, N. Oppenheim у 1888 році оприлюднив монографію про «травматичний невроз», де було представлено багато ознак, що збігаються з тим, що нині відоме як посттравматичний стресовий розлад [17].

Важливо зазначити, що більшість досліджень присвячених темі ПТСР припадають на періоди воєн та післявоєнний час, тож основна увага приділялась саме ПТСР внаслідок бойового досвіду. Так, значущі наукові відкриття з'являлись в зв'язку з Першою світовою війною (1914 -1918 роках). Досліджуючи травматичний невроз, Е. Крепелін 1916 року вперше довів, що після сильних психічних травм можуть виникати тривалі розлади, які з часом лише загострюються. Він підкреслив, що у таких пацієнтів настрої довго залишається пригніченим; вони часто бувають схильні до сліз або похмурого настрою, легко дратуються і при цьому детально описують свої переживання [18].

Англійський психолог Маєрс Ч., в свою чергу, вивчаючи психічні порушення внаслідок військового досвіду назвав цей розлад «контузією». Також він розділяв два явища: неврологічне ураження - «контузію від вибуху снаряда» та психогенний стан - «артилерійський шок». Контузія розглядалася ним як фізична травма нервової системи, тоді як «артилерійський шок» він пояснював як реакцію психіки на надзвичайний стрес. Тоді вже було доведено, що бойовий невроз є реальним психічним захворюванням, яке може розвиватися незалежно від рівня моральних якостей особи [23].

Друга світова війна стала поштовхом для нових досліджень порушень, пов'язаних із травматичним досвідом. Різні дослідники вивчаючи цю тему надавали свої назви, зокрема «солдатське серце», «військовий невроз» або «травматичний невроз» тощо. Згодом травматичний розлад виявляли у жертв нацистських концентраційних таборів, а також у людей, що пережили атомні бомбардування Хіросіми та Нагасакі. В усіх ситуаціях розвиток патологічних симптомів був тісно пов'язаний із рівнем тяжкості перенесеного стресу. У випадках найсильніших стресів розлад спостерігався у більш ніж у сорок відсотків постраждалих [17].

Один з перших систематизованих аналізів наслідків військової травматизації був проведений А. Кардинером у 1941 році. Дослідження показало, що хронічний військовий невроз є результатом стресу і включає як вегетативні, так і психологічні симптоми. Автор вважав, що причиною виникнення психологічних труднощів у ветеранів є переважно виснаження внутрішніх ресурсів та слабкість сили Еґо, що

часто виникає з порушенням пам'яті. Повернення пам'яті у цьому контексті автор розглядає як процес відновлення подвійного Его [5].

В свою чергу великий внесок у вивченні ПТСР приніс розвиток американського жіночого визвольного руху 1970-х років. Цей рух сприяв усвідомленню того, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) зустрічається не лише у чоловіків під час війни, а й значною мірою у жінок у мирному житті. У цей період були проведені численні дослідження проблеми сексуального насильства, яке раніше систематично ігнорували. Національний інститут психічного здоров'я заснував спеціальний Центр дослідження зґвалтувань, результати роботи якого підтвердили реальність травматичного досвіду жінок. Було встановлено, що сексуальне насильство над жінками і дітьми є поширеним явищем, характерним для багатьох культур. Цей рух не лише розширив рівень суспільної свідомості щодо проблеми зґвалтувань, а й започаткував підхід підтримки постраждалих. В цей період відкрився перший кризовий центр для постраждалих від зґвалтувань. Роботи присвячені дослідженню насильства в сім'ї та сексуальної агресії щодо дітей стали основою для повторного виявлення синдрому психологічної травми [23].

Вперше офіційно термін «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» був введений у 1980 році. Horowitz M. J. розробив основні діагностичні критерії цього розладу, що згодом стали базою при створенні американської класифікації захворювань DSM-III (1976-1980 роки). Згодом ці критерії були переглянуті, і у 1995 році їх включили до Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), що закріпило статус ПТСР як самостійного клінічного явища. Відповідно до МКХ-10, ПТСР визначається як «відстрочена та/або затяжна реакція на стресову подію (короткочасного чи довготривалого характеру), яка є винятково загрозливою або катастрофічною за своєю суттю і здатна викликати сильний дистрес практично у будь-якої особи» [17].

Серед основних симптомів посттравматичного стресового розладу виділяють нав'язливі симптоми (повторювані тривожні спогади, сни, дисоціативні реакції, сильний психологічний або фізіологічний стрес у відповідь на нагадування про травму), уникнення (свідоме або підсвідоме уникнення думок, почуттів, людей, місць

чи ситуацій, пов'язаних із травмою), а також негативні зміни у когнітивній сфері й настрої (амнезія щодо події, негативне ставлення до себе, інших або світу, відчуття провини, сорому, зниження інтересу до діяльності, емоційне відчуження). Також характерні зміни у сфері збудження й реактивності, зокрема дратівливість, агресивність, ризикована поведінка, підвищена пильність, лякливість, труднощі зі сном та концентрацією. У МКХ-11 до цих ознак додаються стійке відчуття загрози, серйозні труднощі з емоційною регуляцією, переконання у власній нікчемності, соромі або поразці, а також проблеми у підтримці близьких стосунків [22].

Упродовж 1980-х років було реалізовано низку емпіричних досліджень спрямованих на уточнення механізмів розвитку ПТСР, його проявів та впливу на процес адаптації. Зокрема, дослідження А. Егендорфа з колегами 1981 року, в якому вивчались особливості адаптаційного процесу у ветеранів війни у В'єтнамі у порівнянні з цивільними ровесниками. Інша вагома робота дослідження Г. Боуландера у 1986 році, що була присвячена відстроченим реакціям на стрес у тих самих ветеранів, що дозволило вперше детально описати феномен «запізнілого ПТСР». В цей період також розширюється дослідження психотравматичного досвіду жертв геноциду, насильства, катастроф, що знайшло відображення в колективній двотомній монографії «Trauma and Its Wake» під редакцією С. Figley 1986 року. Значну увагу було також приділено розробці психометричних та психофізіологічних методів діагностики ПТСР. У цей же час у різних країнах починають звертати увагу на травматичні наслідки масових техногенних катастроф. В Україні важливим імпульсом для вивчення психічних розладів став досвід ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, коли психічна дезадаптація у постраждалих була пов'язана не лише з фізичним впливом, а й із значним психологічним стресом [17].

У 1990-х роках та на початку XXI століття дослідники все частіше зверталися до проблеми ПТСР як у військовому, так і в цивільному контекстах. Аналізувалися психічні наслідки терористичних актів, збройних конфліктів, сексуального насильства, а також стани, пов'язані з «синдромом війни в Перській затоці». Таким чином, ПТСР став розглядатися не лише як реакція на бойову травму, а як універсальний психічний розлад, що виникає у відповідь на широкий спектр

травмуючих подій [2].

Важливо також зазначити, що розвиток наукового розуміння ПТСР значною мірою спирається на класичні концепції стресу, зокрема на гомеостатичну модель, запропоновану Гансом Сельє. Він описав реакцію організму на дію стресора як трьохетапний процес: стадія тривоги, стадія опору та стадія виснаження. При цьому постійний чи надмірний вплив стресу може порушувати функціонування організму та призводити до хронічних змін. Емоційний стрес, за Сельє, є ключовим механізмом, що поєднує психологічні переживання з фізіологічними порушеннями, що, у свою чергу, може вести до розвитку психопатологічних станів, зокрема ПТСР [7].

Сучасна наукова думка щодо ПТСР охоплює широкий спектр підходів, кожен із яких має свої акценти у поясненні причин, механізмів та особливостей перебігу цього складного психічного розладу. Незважаючи на відмінності між концепціями, всі вони визнають, що ПТСР є багатофакторним явищем, яке виникає на перетині особистісного досвіду, нейрофізіологічної відповіді на стрес та соціального контексту.

У психодинамічному підході ПТСР розглядається як результат внутрішнього конфлікту між несвідомими імпульсами, потребами та реальністю. Симптоми психопатологічного характеру, пов'язані з пригніченими спогадами про травматичні події, нерідко трактуються як наслідок дисоціативного механізму, що активується в умовах перевантаження свідомості під час переживання травми та призводить до відокремлення недостатньо опрацьованих аспектів досвіду від тих, що залишаються у сфері свідомого сприйняття. Така захисна стратегія є корисною в гострій фазі переживання травматичної події, оскільки дозволяє людині впоратися з її наслідками. Проте згодом дисоційовані переживання можуть проявлятися у вигляді емоційних, поведінкових, тілесних, образних або інших патологічних проявів. Спогади можуть повертатись у формі снів, символічних фантазій або тілесних симптомів. Таким чином, спонтанне чи спровоковане відтворення травматичних спогадів можна розглядати як спробу опрацювати травму та подолати створені психологічні захисти. Баланс між витісненням болючих спогадів і їхнім усвідомленим опрацюванням є ключовим для успішної адаптації особистості. Аналітики вважають, що інтеграція

всіх складових травматичного досвіду у внутрішній світ особи є обов'язковою умовою для того, щоб травматичний досвід став частиною особистісної історії та буття [10].

Когнітивна модель посттравматичного стресового розладу (ПТСР) пояснює його як результат порушення у процесах обробки травматичної інформації. Центральною є ідея, що психотравма підриває базові переконання людини про світ як безпечний і справедливий, а себе – як здатного впливати на події та контролювати ситуацію. Унаслідок цього формуються жорсткі, негативні когнітивні схеми, які спричиняють викривлену інтерпретацію реальності, зокрема гіперуважність до загроз, уникнення нагадувань про травму, почуття безпорадності та втрату довіри до себе й інших. Такі реакції зберігаються завдяки замкненому циклу, у якому повторне переживання травматичних спогадів провокує сильну емоційну реакцію, що, своєю чергою, спричиняє уникнення ситуацій або стимулів, пов'язаних із травмою, що перешкоджає повноцінній когнітивній переробці та інтеграції травматичного досвіду. Вважається, що травма руйнує цілісність Я-концепції, яка формується протягом життя і базується на відчутті безпеки, стабільності та цінності власної особистості. Відновлення когнітивної цілісності та гнучкості Я – ключова мета терапії. Когнітивно-поведінковий підхід охоплює як психологічні, так і поведінкові компоненти ПТСР, пояснюючи симптоми через дисфункціональні схеми, які не змінюються під впливом нової інформації. Терапевтичні втручання спрямовані на когнітивну реструктуризацію, поступову експозицію до тригерів і розвиток навичок емоційної регуляції [25,26,35].

Згідно з концепцією Елерс і Кларка, ПТСР виникає через неадекватну переробку інформації про травматичну подію. Внаслідок цього пам'ять про неї зберігається фрагментарно, у вигляді сенсорних фрагментів і тілесних відчуттів, які постійно «вторгаються» у свідомість. Ці підходи підтверджуються дослідженнями українських психологів, які наголошують на необхідності роботи з когнітивними викривленнями, що закріплюють у свідомості особи відчуття небезпеки [6].

Психофізіологічна модель пояснює ПТСР як наслідок тривалих змін у роботі нервової системи, що виникають у відповідь на стрес. Згідно з дослідженнями,

травматичні події викликають підвищення рівня катехоламінів у плазмі крові та водночас - зниження норадреналіну, допаміну й серотоніну в мозку. Це призводить до стану психічного заціпеніння, порушення контролю над емоціями, генералізації страху та проблем з пам'яттю. Біохімічні зміни можуть зумовлювати болезаспокійливий ефект, що, за деякими даними, сприяє розвитку залежності та повторному потраплянню в травматичні ситуації. Дослідження також вказують на підвищену адренергічну активність у людей із ПТСР, що пов'язана з імпульсивною поведінкою та порушенням соціальних норм. Попри цінність, модель має обмеження: більшість досліджень базується на експериментах із тваринами, а когнітивні чинники залишаються поза її межами [10,35].

Інформаційну модель ПТСР запропонував М. Горовіц як спробу інтеграції когнітивного, психоаналітичного та психофізіологічного підходів. Модель ґрунтується на ідеї, що стрес спричиняє надмірний потік інформації, більшість якої не узгоджується з наявними когнітивними схемами. Це призводить до інформаційного перевантаження. Неперероблений досвід витісняється у несвідоме, але залишається активним, викликаючи дистрес. Згідно з принципом уникнення болю, особа намагається не усвідомлювати травматичну інформацію, однак тенденція до завершення спонукає до її поступового осмислення. Завершення обробки сприяє інтеграції досвіду, після чого травма перестає зберігатися в активній формі. Подальший розвиток ця концепція отримала в інтеракціоністській моделі, яка враховує не лише процес когнітивної обробки, а й характер травмуючих подій, особистісні особливості та контекст повернення до повсякденного життя [10].

Психосоціальна модель розглядає ПТСР як результат взаємодії особистісних симптомів з соціальним контекстом, у якому перебуває індивід після травми. У центрі уваги - вплив соціального середовища, зокрема рівня підтримки, суспільної реакції на травматичний досвід і можливостей соціальної інтеграції. Наявність емпатійного оточення, визнання значущості пережитої травми та стабільна підтримка з боку близьких осіб сприяють адаптації та зменшенню симптомів. Натомість ізоляція, стигматизація й осуд утруднюють інформаційну обробку травматичного досвіду, посилюють унікаючу поведінку, сприяють зловживанню психоактивними

речовинами й руйнуванню міжособистісних зв'язків. Окрему увагу приділено феномену компульсивного повторення травматичних сценаріїв, коли особа несвідомо прагне до ситуацій, подібних до початкової травми – наприклад, приєднання до силових або кримінальних структур. Така поведінка може мати подвійне значення: як спроба інтеграції досвіду, так і фактор, що сприяє закріпленню симптомів та поглибленню дезадаптації [10,23,40].

Біологічна модель пояснює ПТСР як наслідок порушень у функціонуванні центральної нервової системи під впливом екстремального стресу. У центрі уваги – зміни в роботі нейромедіаторних систем і мозкових структур, що беруть участь у регуляції емоцій, пам'яті та поведінки. Дослідження вказують на підвищення рівня норепінефрину, катехоламінів і ацетилхоліну, що зумовлює гіперзбудження, безсоння, емоційну нестабільність. Зниження активності гіпокампу пов'язується з амнезією травматичних подій, тоді як гіперактивація мигдалеподібного тіла - з надмірною емоційною реактивністю. Дисбаланс серотоніну може призводити до імпульсивності та підвищеної агресії. Попри вагомість емпіричних даних, модель критикується за редукціонізм і нехтування соціальними та психологічними аспектами травми. Обмеженість екологічної валідності результатів, отриманих у лабораторних умовах, також підкреслюється сучасними дослідниками. Тому актуальними стають інтегративні підходи, які поєднують біологічні, когнітивні й соціальні компоненти у поясненні та лікуванні ПТСР [26,35,41].

Окрім основних перелічених підходів, у сучасній науці активно розробляються інші концептуальні моделі, які поглиблюють розуміння механізмів посттравматичного стресового розладу. Серед них варто виокремити мультифакторну модель, теорію патологічних асоціативних емоційних мереж, двофакторну модель, інтеракціоністський підхід, модель Basic Ph та полівагальну концепцію.

Мультифакторна модель ПТСР передбачає, що виникнення розладу обумовлене взаємодією трьох груп чинників: характеристик самої травматичної події (її інтенсивність, несподіваність, відчуття неконтрольованості), індивідуальних особливостей постраждалої особи (наявність попереднього досвіду, психічного

стану, віку на момент травми) та впливу соціального середовища, зокрема підтримки з боку близьких або суспільства [10].

Теорія патологічних асоціативних емоційних мереж (Pitman) пояснює симптоматику ПТСР як результат утворення в пам'яті специфічних структур, що поєднують емоції, тілесні реакції, когніції та смислову оцінку травматичної ситуації. У певних обставинах така мережа активується як єдине ціле, викликаючи сильну емоційну відповідь. Саме на цьому ґрунтується механізм виникнення флешбеків, нав'язливих спогадів або снів.

Двофакторна модель ґрунтується на поєднанні класичної умовно-рефлекторної та оперантної обумовленості. Відповідно до неї, травматична подія формує стійкий рефлекс на певні стимули, що асоціюються з первинною ситуацією, а згодом поведінка постраждалого підкріплюється уникненням таких стимулів. Уникнення, в свою чергу, перешкоджає обробці травматичного досвіду, що сприяє збереженню симптоматики.

Інтераціоналістський підхід (Грін, Вільсон, Лінді) підкреслює важливість взаємозв'язку між характером психотравмуючої події, особистісними якостями потерпілого та умовами його соціального функціонування після повернення в мирне середовище. Цей підхід демонструє, що сам факт травми не визначає розвиток ПТСР, а ефекти залежать від складної взаємодії зовнішніх і внутрішніх факторів.

Модель Basic Ph, запропонована Мулі Лаадою, виходить із припущення, що кожна людина має шість основних каналів подолання травми: поведінковий, афективний, соціальний, уявний, когнітивний і духовний. Успішне відновлення залежить від того, наскільки особа використовує ці ресурси збалансовано. Терапія має на меті посилити менш активні канали функціонування особистості задля підвищення стресостійкості [10].

Полівагальна теорія, розроблена С. Порджесом, є сучасною концепцією, що акцентує увагу на ролі вегетативної нервової системи у відповіді на загрозу. Вона описує три основні стани: мобілізацію (боротьба або втеча), іммобілізацію (зціпеніння) та стан соціальної залученості. ПТСР пов'язується з хронічною домінантністю нижчих рівнів вегетативної регуляції, що проявляється в порушеннях

афективної стабільності, соціального уникнення й тілесних симптомах [38].

Тож зазначені моделі значно розширюють уявлення про природу ПТСР, дозволяючи врахувати як індивідуальні психічні процеси, так і нейрофізіологічні, поведінкові й соціокультурні детермінанти посттравматичного реагування.

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним, багатовимірним розладом, що вивчається з різних наукових позицій – від історичного контексту формування уявлень до сучасних міждисциплінарних моделей. Сучасні наукові підходи, серед яких психодинамічний, когнітивний, психофізіологічний, біологічний, інформаційний, психосоціальний та інтегративні, відображають різні аспекти механізмів розвитку цього розладу. Комплексність наукових підходів відображає глибину проблеми та необхідність цілісного розуміння ПТСР у контексті психічного здоров'я.

## **1.2. Емоційна близькість як психологічний феномен**

У сучасній психології феномен емоційної близькості привертає значну наукову увагу. Проте аналізуючи наявну психологічно наукову літературу можна стверджувати, що єдиного визначення даного явища немає. Кожен дослідник розглядає емоційну близькість залежно від наукової парадигми, якої дотримується.

Загалом для концептуалізації феномена міжособистісної близькості в зарубіжній літературі переважно вживаються два терміни – *intimacy* та *closeness*, кожен з яких відображає різні аспекти цього складного і багатовимірного явища. Саме поняття близькість (*closeness*), згідно з Н. Коллінз та Б. Фіні, трактується як когнітивна, емоційна та поведінкова взаємозалежність між партнерами, що передбачає їхню участь у задоволенні важливих соціальних, емоційних і фізичних потреб одне одного. У цьому контексті поняття інтимності (*intimacy*) розглядається як ще вужчий аспект міжособистісної взаємодії, що виникає в процесі емоційного саморозкриття одного з партнерів і емпатичного прийняття з боку іншого, що, у свою чергу, сприяє формуванню почуття розуміння, турботи та емоційного зв'язку [14].

Американський дослідник Р. Стернберг у своїй теорії «трикутника любові» розглядає емоційну близькість як один із трьох базових компонентів любові поряд із

пристрастю та відданістю. На його думку, кожен із цих компонентів у різній мірі може бути притаманний ставленню особи до партнера, а їхнє поєднання дозволяє виокремити різні типи любові, зокрема романтичну, дружню або ж досконалу [19].

В свою чергу, американська дослідниця К. Прагер у своїй праці «Психологія близькості» інтерпретує феномен близькості крізь призму міжособистісної взаємодії. Вона описує близькість як динамічний процес, у якому партнер «А» через свої вербальні й невербальні дії впливає на поведінку партнера «Б», який реагує відповідним чином. Саме ця відповідь партнера й формує відчуття близькості у взаєминах. Якщо реакція сприймається як позитивна й емоційно прийнятна, це сприяє задоволенню потреб партнера «А» та зміцнює зв'язок між ними. У випадку негативної або нейтральної відповіді зростає потреба в перегляді або подальшому розвитку стосунків [1].

Зокрема, українська дослідниця О. Басюк підкреслює, що феномен ґрунтується на емоційній залученості, відкритості, прийнятті, емпатії та довірі між партнерами. Важливу роль у становленні емоційної близькості відіграє взаємне визнання значущості партнера, а також готовність кожної зі сторін до щирого розкриття особистісного досвіду. Наявність емоційного контакту зумовлює формування стабільних позитивних переживань, що закріплюють відчуття психологічної безпеки у стосунках [9].

У свою чергу, український науковець О. Кочарян акцентує увагу на здатності до формування глибоких психологічних зв'язків як ключовому виявленню емоційної близькості. У його підході близькість постає як потенціал до встановлення психологічної інтимності у стосунках, а її протилежністю виступає страх інтимності – емоційний бар'єр, що заважає особі розкриватися у взаємодії з партнером [8].

Суттєвим чинником у формуванні емоційної близькості є тип прив'язаності. Типи емоційної близькості в дорослому віці стали предметом дослідження низки авторів, зокрема К. Прагер, І. І. Семківа, О. М. Вонс, О. В. Осики та інших. Як зазначають дослідники, ранній досвід, зокрема стосунки з батьками, створює внутрішню модель близькості, що переноситься у доросле життя. Ці моделі впливають як на здатність до довіри, відкритості та емпатії, так і на тип взаємодії в

романтичних стосунках. У різних класифікаціях простежується загальна структура, що об'єднує три основні типи: надійний, тривожний (амбівалентний) та уникаючий [21].

Надійний тип емоційної близькості (або безпечний) вирізняється відкритістю у взаємодії, довірою до партнера, емоційною стабільністю та здатністю приймати взаємозалежність без тривоги. Люди з цим типом схильні до створення довготривалих, гармонійних стосунків, демонструють високу емпатійність, здатність підтримувати партнера і зберігати внутрішню рівновагу навіть у напружених ситуаціях [15].

Тривожний або амбівалентний тип передбачає сильне прагнення до емоційної близькості при одночасному страху бути покинутим. У стосунках такі особи демонструють гіперемоційність, часті сумніви у взаємності, схильність до ревнощів, переживання фрустрації через недостатню увагу партнера. Нерідко це супроводжується внутрішнім конфліктом, де поєднуються глибока прихильність з недовірою та ворожістю, а емоційні реакції можуть мати руйнівний характер [21].

Уникаючий тип пов'язаний з труднощами встановлення та підтримки тісних стосунків. Для таких людей характерні емоційна відстороненість, уникання надмірної залученості, прагнення до незалежності та внутрішньої автономії навіть у близьких зв'язках. Вони схильні дистанціюватися у стресових ситуаціях, не бажають відкривати власні переживання та уникають глибокого емоційного контакту, що може сприйматися партнером як холодність або байдужість [21].

Згідно з дослідженням Крижановської, важливу роль у формуванні здорових прив'язаностей відіграють особистісні риси, зокрема рівень самооцінки та самоповаги. Висока самооцінка сприяє здатності до відкритого та довірливого спілкування, знижуючи ризик надмірної залежності чи уникання у взаєминах. Така самооцінка сприяє не лише відкритості у спілкуванні, а й здатності зберігати автономність у стосунках без страху відкидання. Люди з адекватним рівнем самоповаги схильні не залежати емоційно від партнера, не тиснути на нього та не маніпулювати увагою. Натомість низька самооцінка часто призводить до тривожної прив'язаності, гіперкомпенсації та очікування постійного підтвердження значущості

[13].

Окрім типу прив'язаності, на емоційну близькість впливають ситуативні зовнішні фактори. Наприклад, дослідження R. Estlein та Y. Lavee показало, що щоденний стрес знижує бажання до емоційної близькості та фізичної близькості одночасно. У дні, коли учасники дослідження стикалися з вищими рівнями напруження, вони частіше відчували емоційну дистанцію у стосунках, що свідчить про уразливість цього феномена до впливу навколишніх обставин. Проте, водночас, саме емоційна близькість здатна бути буфером, що пом'якшує наслідки хронічного або ситуативного стресу, якщо вона вже була добре сформованою [29].

Продовжуючи цю тему, важливо підкреслити, що емоційна близькість виконує функцію емоційного зв'язування, що забезпечує стійке відчуття приналежності, підтримки та безпеки у значущих взаєминах. Саме ця характеристика надає їй суттєвого впливу на психологічний комфорт особистості, особливо в умовах стресу чи життєвих змін. Дослідження Flores та Berenbaum демонструють, що бажаний рівень емоційної близькості здатен модифікувати вплив фактично переживаного рівня цієї близькості на психологічний дистрес. Інакше кажучи, якщо людина відчуває брак емоційного контакту, але її потреба в ньому невисока, це не матиме серйозних наслідків для її психічного стану. Проте при високій потребі в близькості і водночас її дефіциті – ризик розвитку тривожності або депресії значно зростає [30].

Одним із важливих чинників, що опосередковує якість емоційної близькості, є рівень емоційного інтелекту. Емоційний інтелект є здатністю особистості розпізнавати, розуміти, виражати, регулювати власні емоції, а також емпатійно реагувати на емоції інших. Цей конструкт охоплює як внутрішньоособистісні процеси (самоусвідомлення та саморегуляція), так і міжособистісні компоненти (емпатія, соціальна компетентність), що робить його критично важливим для побудови глибоких емоційних зв'язків. Як зазначають Астремська та Грубань, гармонійна емоційна взаємодія формується саме за умов високої емоційної обізнаності партнерів, їхньої здатності до емоційного самоконтролю, а також вміння приймати та підтримувати партнера в моменти емоційної вразливості [4].

Дослідження показують, що високий рівень емоційного інтелекту сприяє

гнучкості у реагуванні на емоційні сигнали партнера, знижує ризик непорозумінь, ескалації конфліктів і формує відчуття безпеки у взаєминах. Наприклад, здатність до регуляції афекту дозволяє уникнути імпульсивних реакцій у напружених ситуаціях, а розвиток емпатійної компетентності забезпечує емоційне прийняття навіть тоді, коли партнер переживає сильні негативні емоції. Навпаки, низький рівень ЕІ часто проявляється у формі емоційної нечутливості, складності у зчитуванні емоційних сигналів, нездатності до підтримки, що істотно перешкоджає формуванню емоційної близькості. Окремі компоненти емоційного інтелекту також пов'язані з базовими психологічними потребами – у приналежності, прийнятті, емоційній самореалізації. Зокрема, здатність до усвідомленого вираження власного емоційного стану сприяє розвитку щирості у стосунках, а вміння почути та правильно інтерпретувати емоційні повідомлення партнера – зміцненню довіри та глибини емоційного контакту. У стабільних партнерських зв'язках емоційний інтелект дозволяє підтримувати баланс між автономією та взаємозалежністю, що є ключовим у підтриманні довготривалої гармонійної близькості. Таким чином, емоційний інтелект виступає не лише як особистісна характеристика, але і як функціональний механізм побудови якісної емоційної взаємодії. Його розвиток є не лише фактором емоційної компетентності, але й необхідною умовою для формування стійких, довірливих і підтримуючих стосунків [24].

Не менш вагомим аспектом є культурна специфіка проявів емоційної близькості. У різних культурах можуть існувати відмінності у формах її вираження, частоті саморозкриття, нормативах фізичного контакту, а також у цінності, яку надають глибоким емоційним зв'язкам. Такі аспекти, як прийнятна дистанція у спілкуванні, швидкість формування довіри, роль вербальних і невербальних засобів взаємодії – усе це визначається соціокультурним контекстом, у якому особистість зростала. Це дає підстави стверджувати, що емоційна близькість – не лише індивідуально-психологічне, а й соціокультурне явище [37].

Окремий пласт наукового аналізу пов'язаний із емпіричним вимірюванням емоційної близькості. Як зазначає Д. В. Анпілова, проблемою дослідників залишається низька валідність інструментів для вимірювання саме якісних

характеристик емоційної взаємодії, що вимагає подальших теоретико-методологічних розробок. Авторка наголошує, що існує відчутна розбіжність між декларованою емоційною близькістю та її фактичними проявами, що ускладнює психологічну діагностику [3].

У дослідженні Maskey, Diemer та O'Brien розкривається концепція психологічної інтимності в довготривалих гетеросексуальних та одностатевих парах. Автори підкреслюють, що емоційна близькість у таких стосунках ґрунтується не лише на взаємній емпатії, а й на здатності до емоційної регуляції, спільного вирішення конфліктів, збереження поваги та автономії партнера впродовж багатьох років. Це підтверджує, що стабільна емоційна близькість є не лише результатом збігу особистісних рис, а й навичкою, яка формується у процесі взаємодії [32].

Зі своєї сторони, З. Крижановська та К. Бабак акцентують увагу на гендерних відмінностях у сприйнятті романтичної емоційної близькості. Зокрема, жінки схильні оцінювати емоційну сторону стосунків як важливішу, ніж чоловіки, демонструючи при цьому вищу емоційну чутливість, потребу в глибокому емоційному контакті та вищу готовність до саморозкриття. Чоловіки ж частіше фокусуються на зовнішніх, поведінкових проявах емоційної залученості, і можуть сприймати надмірне емоційне розкриття як загрозу автономії. Можна сказати, що гендерні відмінності у вираженні емоційної близькості значною мірою детерміновані процесами соціалізації. Чоловіки часто виховуються з настановою на емоційну стриманість і самоконтроль, тоді як жінки – на емпатійність і відкритість. Ці відмінності необхідно враховувати при вивченні емоційної близькості у гетерогенних парах [13].

Відомо, що емоційна близькість передбачає обмін особисто значущими переживаннями та сприйняття цих переживань партнером як цінних і важливих. Проте не всі індивіди готові до подібної відкритості. У деяких випадках бар'єрами можуть бути травматичний досвід, страх відкидання або знецінення, негативний досвід попередніх стосунків. Внаслідок цього розвивається емоційна відстороненість, яка унеможлиблює формування глибокого емоційного зв'язку. У цьому контексті важливо звернути увагу на модель формування емоційної близькості, яка включає кілька ключових етапів: початкову емоційну залученість, розвиток довіри, глибоке

саморозкриття та взаємне прийняття. На етапі початкової емоційної залученості партнери звертають увагу на схожість цінностей та емоційний резонанс. Наступна фаза довіри вимагає послідовності у поведінці та емоційній підтримці. Глибоке саморозкриття часто потребує «емоційних проб» - невеликих актів вразливості, які перевіряють реакцію партнера. Лише за позитивного досвіду формується взаємне прийняття, що завершує цикл. Ці етапи не завжди мають лінійний характер, однак кожен із них відіграє критичну роль у поглибленні взаємозв'язку між партнерами. На думку Л. Андрусів, саме якісний перебіг цих фаз визначає, чи буде емоційна близькість перехідною і ситуативною, чи набуде характеру стабільного психологічного ресурсу для обох учасників стосунків [1].

На окрему увагу заслуговує концепт гармонійності емоційної взаємодії. За даними досліджень, саме гармонійна емоційна близькість (поєднання глибокого прийняття, автономії та емоційної взаємозалежності) корелює з високими показниками задоволеності стосунками, психологічного благополуччя та життєвої стабільності. У роботі Астремської та Грубань зазначається, що гармонійна емоційна взаємодія є не лише результатом особистісної зрілості, а й передумовою розвитку емпатійної компетентності, здатності до конструктивного діалогу та емоційного саморегулювання [4].

Слід враховувати також, що недостатній розвиток емоційної близькості, її відсутність або імітація можуть слугувати основою для деструктивних моделей взаємодії у стосунках. Наприклад, феномен «псевдоблизькості», як описують М. Шерман та М. Телен, проявляється у прагненні створити ілюзію гармонії, де всі проблеми замовчуються, а поверхнева емоційна демонстрація підмінює глибоке розуміння партнера. Такий тип взаємодії створює крихкий фундамент для стосунків, які можуть зруйнуватися через найменший конфлікт або непорозуміння. Псевдоблизькість часто формується як несвідома стратегія уникнення конфлікту або страху втрати партнера. Замість щирої взаємодії партнери використовують «емоційні сценарії», в яких певна поведінка (усмішка, ніжність) виконується механічно, не підкріплюючись справжнім емоційним зв'язком. У таких стосунках відсутні глибокі діалоги, а непорозуміння замовчуються, що веде до поступового емоційного

вигорання. Протилежністю до цього є трансцендентна емоційна близькість - вища форма зв'язку, за якої партнери досягають не лише емоційної єдності, а й зберігають усвідомлення власної автономії. Це рівень, при якому індивід не лише відкритий до партнера, а й здатен приймати його як цілісну особистість, відмовляючись від спроб змінити, контролювати чи підлаштовувати під власні очікування. Така форма близькості можлива лише у стосунках між емоційно зрілими людьми, які володіють високим рівнем рефлексії, толерантності та внутрішньої стабільності [4].

Таким чином, емоційна близькість постає не лише як характеристика міжособистісних стосунків, але і як складне психологічне явище, що має багатовимірну структуру та розвивається у процесі глибокої взаємодії між людьми. Вона водночас є ресурсом, індикатором і результатом якості стосунків. Її аналіз потребує комплексного підходу, що враховує як індивідуальні особливості особистостей, так і соціальний, культурний та життєвий контексти, в яких розгортаються ці стосунки.

Узагальнюючи вищезазначене, можна дійти висновку, що феномен емоційної близькості є складним психологічним явищем, яке охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти взаємодії між людьми. Його формування залежить від багатьох чинників: типу прив'язаності, раннього досвіду взаємин, індивідуальних особливостей особистості, ситуативних стресорів і соціокультурного контексту. Емоційна близькість виступає як важливий ресурс у стабілізації міжособистісних зв'язків, сприяє підтриманню психоемоційної рівноваги та підвищує толерантність до життєвих труднощів.

### **1.3. Психологічні аспекти зв'язку симптомів ПТСР з якістю міжособистісних стосунків**

Емоційна взаємодія є центральним компонентом міжособистісних зв'язків, оскільки саме вона забезпечує почуття прийняття, підтримки та безпеки. У парних стосунках здатність до відкритого емоційного обміну значною мірою визначає якість взаємин. Вивчаючи вплив ПТСР на сферу міжособистісних стосунків більшість науковців приходять до схожих висновків: симптоматика ПТСР значною мірою

ускладнює емоційний контакт між людьми. За умов психотравми індивід схильний уникати емоційного самовираження, підвищується рівень довіри, а емпатійна чутливість суттєво знижується. Усе це формує бар'єри, які перешкоджають виникненню та підтримці емоційної близькості, що своєю чергою посилює симптоматику ПТСР і запускає цикл емоційного відчуження.

Наприклад, у метааналітичному огляді Lambert з колегами було встановлено стійкий негативний зв'язок між симптомами ПТСР та якістю партнерських стосунків. Автори вказують на зниження емоційної підтримки, труднощі у спілкуванні, зростання конфліктності та послаблення емоційного зв'язку між партнерами [33].

Також дослідження Whisman вказує на зниження рівня емоційної підтримки та довіри в парах, де один із партнерів має симптоми ПТСР. Автор також звертає увагу на посилення конфліктності й непорозумінь у комунікації, що часто виникає через емоційне відсторонення постраждалої особи. Така людина може уникати глибоких розмов, ставати менш чутливою до потреб партнера, а іноді навіть повністю замикається емоційно [39].

Ці прояви часто набувають форми емоційного відчуження. Mills і Turnbull наголошують, що після психологічної травми індивіди нерідко втрачають здатність до емоційної спонтанності, що є ключовою умовою для здорових близьких зв'язків. Їхня поведінка стає контрольованою, емоційні реакції – притлумленими, а фізична чи психологічна близькість сприймається як джерело загрози. Це породжує своєрідне емоційне «оніміння», яке не лише погіршує якість стосунків, а й веде до відчуття ізоляції навіть у межах партнерської взаємодії [36].

Окрім емоційного дистанціювання, важливим чинником є міжособистісна чутливість – підвищена вразливість до соціальних сигналів, яка проявляється у гіперреактивності, підозрливості, очікуванні відторгнення. Дослідження Levi-Belz зі співавторами підкреслює, що саме ця чутливість може виступати посередником між симптомами ПТСР та погіршенням якості стосунків. Висока міжособистісна тривожність знижує здатність особи довіряти, адекватно тлумачити емоції іншого, залишатися емоційно присутньою у взаємодії. Подібна міжособистісна тривожність нерідко супроводжується викривленим сприйняттям соціальної інформації.

Наприклад, нейтральні висловлювання партнера можуть сприйматись як загрозові або критичні, що ще більше ускладнює комунікацію та формує замкнене коло недовіри [34].

Ці висновки підтверджують і дослідження, проведені на неклінічних вибірках. Наприклад, Miller і Rohan показали, що навіть особи без формального діагнозу ПТСР, але з окремими симптомами, демонструють нижчий рівень соціальної підтримки та більше труднощів у побудові глибоких стосунків. Це ще раз підкреслює, що сам по собі діагноз не є єдиним чинником – уже самі симптоми, навіть у помірній формі, здатні створювати значне напруження в міжособистісній взаємодії [28].

Науковець Fredman та співавторами у своєму дослідженні вивчали зв'язок між вираженістю окремих симптомів ПТСР і динамікою емоцій у парній комунікації. Виявилось, що симптоми гіперзбудження та уникання пов'язані з різкими коливаннями настрою, нестабільністю емоційного тону бесіди, зниженням рівня емпатійного реагування. Згідно з результатами, емоційні реакції в парі стають більш фрагментованими та менш передбачуваними, що знижує почуття емоційної безпеки і довіри між партнерами. Така емоційна фрагментованість призводить до втрати передбачуваності у стосунках. Партнер не може розраховувати на сталі реакції, тому постійно перебуває у стані тривоги або гіперпильності, що з часом виснажує психіку. Виникає почуття, що будь-яке слово чи дія можуть «вибухнути» у непередбачувану реакцію. Це сприяє формуванню взаємної емоційної дистанції: щоб уникнути конфлікту, партнер починає зменшувати ініціативу в емоційному контакті, що ще більше посилює ізоляцію. Ці результати ще раз підкреслюють, наскільки глибоко посттравматичні прояви вкорінюються у міжособистісному поведінку [31].

Дослідники Campbell і Renshaw підкреслюють, що уникання - як поведінкове, так і когнітивне – є ключовим медіатором між ПТСР і зниженням якості міжособистісної взаємодії. Це уникання призводить до зменшення емоційної взаємності, закритості до нових форм контакту та, зрештою, до погіршення зв'язку в парі. Окрім того, автори вказують на ризик вторинної травматизації партнера, що перебуває у тісному контакті з особою, яка має симптоми ПТСР. Такий партнер нерідко переживає емоційне виснаження, тривогу та навіть симптоми депресії

внаслідок постійного перебування у травматизованому середовищі [27].

Аналізуючи літературу я помітила, що більшість робіт аналізують взаємодію пари як єдиного функціонального блоку. Такий підхід має безперечну наукову цінність, але разом із тим – він залишає без належної уваги внутрішній, індивідуальний досвід людини, яка живе з симптомами ПТСР і намагається підтримувати або оцінити свою емоційну взаємодію з іншими. Тож мене зацікавило питання: чи існує зв'язок між вираженістю симптомів ПТСР в особі та тим, як вона сама оцінює якість своєї емоційної взаємодії з близькими людьми, незалежно від реакції партнера чи об'єктивних показників. Цей підхід дозволяє сфокусуватися не на динаміці пари, а на суб'єктивному емоційному просторі конкретної особистості.

В свою чергу аналізуючи роботи українських дослідників стало помітно, що в контексті сучасних реалій останніх років проблема ПТСР значно загострилась у зв'язку з повномасштабною війною. Проте попри зростаючий інтерес до цієї проблематики в українській науковій спільноті, більшість досліджень фокусуються переважно на військовослужбовцях, ветеранах бойових дій та їхніх родинах.

Так, у дослідженні Коломієць та Івіної увага зосереджена на конфліктах у сім'ях військовослужбовців, що виникають унаслідок впливу бойового досвіду на психоемоційний стан учасників бойових дій. Авторки підкреслюють, що одним із ключових чинників дестабілізації сімейних відносин є знижена емоційна регуляція та імпульсивність, зумовлена ПТСР. Симптоми, такі як дратівливість, гнівливість, соціальне відсторонення, стають бар'єрами для конструктивної комунікації та призводять до ескалації конфліктів у парі. Важливо, що у дослідженні акцентовано на недостатності адаптаційних ресурсів партнерів військовослужбовців, які часто не мають доступу до психологічної підтримки, що ще більше загострює взаємне нерозуміння та ізоляцію [11].

Інше емпіричне дослідження, представлене у праці Матвієнко та Мельник, розглядає проблеми формування міжособистісних стосунків у сім'ях учасників бойових дій. Автори вказують на поглиблення емоційної дистанції між партнерами внаслідок унікальної поведінки осіб із симптомами ПТСР, що характеризується схильністю до самоізоляції, уникання розмов про травматичний досвід, а також

труднощами у вираженні прив'язаності. У роботі наводяться якісні свідчення того, що порушення афективної комунікації, яке супроводжує ПТСР, стає чинником зниження відчуття емоційної близькості та безпеки у стосунках. Водночас автори наголошують, що наявність підтримуючого середовища та своєчасне психотерапевтичне втручання можуть суттєво пом'якшити негативні наслідки травматичного досвіду для функціонування сімейної системи [16].

Цивільне населення в цьому контексті випадає з поля уваги українських дослідників. Більшість робіт, присвячених ПТСР, стосуються військовослужбовців, ветеранів або членів їхніх сімей. І хоча це важлива категорія, не менш значущим є розуміння того, як травма впливає на звичайних громадян, які зазнали психологічних втрат унаслідок катастроф, насильства, втрати близьких або війни. Тож вивчення специфіки впливу симптомів ПТСР на якість міжособистісних взаємин серед цивільного населення залишається обмеженим, що створює помітну прогалину в науковому дискурсі.

Тож у результаті аналізу наукової літератури, що охоплює як зарубіжні, так і українські дослідження останніх років, я дійшла висновку: попри активну увагу до теми ПТСР загалом, у сучасній науці бракує знань про зв'язок між симптомами ПТСР і індивідуальним досвідом емоційної взаємодії серед цивільного населення. З огляду на це, я прийняла рішення дослідити саме цей аспект у своїй роботі. Мене цікавить, яким чином особи з симптомами ПТСР, що не мають військового досвіду, але зазнали травматичних впливів (війна, втрата, насильство тощо), самі сприймають якість своєї емоційної взаємодії з близькими людьми.

Оцінка власної емоційної взаємодії є важливою, оскільки саме вона визначає, чи відчуває людина зв'язок, підтримку, безпеку у стосунках. Це сприйняття може суттєво не збігатися з тим, як оцінює взаємодію партнер, однак саме воно є критичним у контексті травматизації. Якщо особа з ПТСР вважає себе «нездатною» до емоційного контакту, вона, найімовірніше, не буде його ініціювати. Саме тому аналіз суб'єктивного сприйняття має не лише наукове, а й терапевтичне значення: він дозволяє точніше ідентифікувати бар'єри у спілкуванні та адаптувати психокорекційні стратегії.

## Висновки до розділу 1

1) Аналіз теоретичних підходів до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) показав, що це складний й багатогранний розлад, що досліджується з різних психологічних позицій. Упродовж понад століття уявлення про ПТСР еволюціонували від описових спостережень до розробки комплексних наукових моделей. Розглянуто сучасні наукові підходи, серед яких психодинамічний, когнітивний, психофізіологічний, біологічний, інформаційний, психосоціальний та інтегративні, що пояснюють виникнення та прояви ПТСР. Спільним для цих моделей є визнання того, що ПТСР формується унаслідок порушення адаптаційних механізмів особистості й здатності до інтеграції травматичного досвіду. Теоретичні підходи дозволяють глибше зрозуміти внутрішню динаміку розладу, а також механізми, які ускладнюють відновлення емоційного функціонування.

2) Емоційна близькість є складним і багатовимірним психологічним явищем, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти взаємодії між людьми. Вона ґрунтується на довірі, відкритості, емпатії та готовності до прийняття іншого, і виконує ключову роль у формуванні та підтримці глибоких міжособистісних стосунків. Її розвиток залежить як від індивідуальних особливостей (типу прив'язаності, рівня емоційного інтелекту, самооцінки), так і від зовнішніх чинників, зокрема стресів, досвіду попередніх взаємин і культурного контексту. Дослідження свідчать, що саме емоційна близькість визначає рівень задоволеності стосунками, психологічну стійкість особистості та ефективність подолання складних життєвих ситуацій. Наявність емоційної близькості забезпечує відчуття психологічної безпеки, підтримує внутрішню рівновагу й створює умови для емоційного зростання обох партнерів. Водночас її дефіцит або порушення можуть спричинити напруження у стосунках, призводити до відчуження, конфліктів або імітації псевдоблизькості.

3) Аналіз наукової літератури засвідчив, що симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) мають виражений негативний вплив на якість міжособистісної взаємодії, зокрема в близьких стосунках. Емоційне оніміння, уникнення, гіперзбудження, міжособистісна тривожність і знижена емпатія значно ускладнюють процес емоційного контакту, викликають конфлікти, зменшують

відчуття безпеки та довіри у стосунках. Водночас у переважній більшості досліджень акцент робиться на військових та ветеранах, тоді як вплив симптомів ПТСР на емоційну взаємодію серед цивільного населення, яке пережило травматичні події, вивчений недостатньо. Особливий дефіцит досліджень на цю тему спостерігається саме в українському соціокультурному середовищі. Таким чином, виявлення зв'язків між симптоматикою ПТСР та якістю емоційної взаємодії у близьких стосунках є важливим і актуальним завданням сучасної психології, що й стало метою подальшого емпіричного дослідження.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Характеристика вибірки та організація дослідження

Завдяки попереднім дослідженням як зарубіжних, так і вітчизняних науковців, вдалося проаналізувати зв'язок між симптомами посттравматичного стресового розладу та якістю близьких відносин. Було встановлено, що зі збільшенням симптомів ПТСР знижуються показники підтримки, довіри, зростає конфліктність та з'являється нестабільність у спілкуванні тощо. Характерним для більшості даних експериментів є те, що до вибірки досліджуваних входили військові, ветерани – усі окрім цивільного населення. Саме тому метою даної кваліфікаційної роботи стало виявлення зв'язку між симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та якістю емоційної взаємодії в близьких міжособистісних стосунках серед цивільного населення. Гіпотезою дослідження стало припущення, що є значущий взаємозв'язок між ступенем вираженості симптомів ПТСР та якістю емоційної комунікації у близьких міжособистісних відносинах: чим вищий рівень симптомів ПТСР, тим нижча якість емоційної взаємодії.

До дослідження приєдналося 57 осіб, 27 чоловіків та 30 жінок, віком від 25 до 45 років. Усі досліджувані проживають на території України, у різних містах, переважно у східних та західних регіонах. За професійною орієнтацією 44 учасника відносять себе до гуманітарної сфери, а 13 до технічної. Одна частина респондентів лише навчається на останніх курсах ЗВО – 20 осіб, поєднують здобуття освіти із роботою – 19, а 18 виключно працюють. Усі мають повну загальну освіту, а за професійним й навчальним напрямком вибірка неоднорідна, наявні наступні спеціальності: економіст, психолог, педагог, юрист, тренер, SMM – спеціалісти, підприємці, домогосподарки, люди із власним бізнесом. Більшість досліджуваних належать до молодих сімей, 31 особа з вибірки має 1 дитину, 4 особи – 2 дитини, 22 людини - дітей не мають. 47 осіб зростали у повній родині, 10 – виховувалися бабусяю або матір'ю. Кожен з учасників знаходиться у романтичних відносинах тривалістю від 11 місяців до 18 років. Усі респонденти є здоровими фізично, 28 осіб

мали нормальний психологічний стан, а 29 – ознаки ПТСР. Уся вибірка проходила тестування у другій половині дня, при комфортних та безпечних умовах.

Загалом, емпіричне дослідження складалося із декількох етапів. На початку, була сформульована тема, мета, гіпотеза, об'єкт, предмет, задачі та підібрані діагностичні методики. Потім, проводився теоретичний аналіз феноменів ПТСР та емоційної близькості, вивчалися психологічні погляди на зв'язок ПТСР із якістю стосунків з іншими. Надалі, відбувався пошук досліджуваних, які б перебували у відносинах і належали б до вікового проміжку – від 25 до 45 років. Створювалась Google-форма з опитувальником, яку заповнювали респонденти. Надалі, результати досліджуваних інтерпретувалися відповідно до ключів методики. Отримані результати надали можливість розподілити учасників за 2 групами: 1 – особи, які не мають яскравих симптомів ПТСР (28 осіб), 2 – ті, що мають вираженість симптомів (29 осіб). Після розподілу по групам, відбувся аналіз отриманих даних за описовими статистиками, порівняння двох груп за критерієм Манна-Уїтні задля визначення розбіжностей. Наостанок, відбувся кореляційний аналіз Спірмена.

## **2.2. Завдання та методи дослідження**

Першою задачею вже емпіричної частини роботи стало виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та міри їх вираженості у досліджуваних. Друга передбачає визначення особливості емоційної взаємодії у стосунках залежно від рівня симптоматики ПТСР, третя – виявлення особливостей подружніх стосунків у досліджуваних залежно від рівня симптоматики ПТСР. Четвертою задачею стало встановлення кореляційних зв'язків між рівнем вираженості симптомів ПТСР та показниками якості емоційної взаємодії у близьких стосунках. У кваліфікаційній роботі застосовувався опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)). Даний психодіагностичний інструментарій допомагає оцінити міру прояву ПТСР симптомів у відповідності до DSM-5, та реалізовувати моніторинг змін у цьому напрямку. Оригінал має декілька версій для різних категорій населення, де змінюються лише певна частка питань, або

формулювання декотрих тверджень. Методика складається із 20 запитань, які слід оцінити за шкалою від 0 до 4 за 5-10 хвилин. Опитувальник має у своїй структурі 5 шкал, 4 з них – це кластери, що відповідають за різну групу симптомів, а 1 – є сумою загальної вираженості ознак ПТСР.

Другою методикою стала шкала оцінки впливу травматичної події «Impact of Event Scale, IES-R». Оригінал даного інструменту став першим стандартизованим опитувальником, який вимірював особливості посттравматичних реакцій. Згодом роботу вдосконалили, додавши нову шкалу. За допомогою даної шкали з'являється можливість визначити міру суб'єктивного дистресу, що зумовлений травматичною подією. Адаптований й україномовний варіант методики складається з 22 запитань, які потрібно оцінити за 4-бальною шкалою, від 0 до 4, відповідно. Надалі, отримані відповіді інтерпретуються відповідно до ключа та розподіляються за трьома шкалами: «збудливість», «вторгнення» та «уникання».

Наступним, став опитувальник під назвою «Досвід близьких стосунків». Оригінал містить 36 тверджень, але адаптована й україномовна версія передбачає 28 запитань, які оцінюються згодою, або запереченням наведеного твердження. Метою методики є визначення типу прив'язаності дорослої особистості через вимір ступеню тривожності у відносинах та уникнення близькості. Відповідно до ключа, передбачаються як прямі, так і обернені типи тверджень, адже робота містить як позитивні, так і заперечні твердження.

Останнім методом діагностики став опитувальником «Емоційна взаємодія подружжя» (ЕВП). За допомогою даного інструменту можна визначити наявні психологічні особливості емоційної взаємодії у подружжя. У результаті, можна дізнатися про ступінь партнерської чутливості, емоційного прийняття та поведінкових реакцій у стосунках. Методика складається з 66 тверджень, які слід оцінити за 5-бальною шкалою, відповідно до свого ступеня згоди. Опитувальник у своєму конструкті містить 3 блоки, що відповідають різним сферам, всередині них знаходяться 3-4 шкали, показники яких визначаються за допомогою отримання суми за прямі та обернені твердження.

Після роботи із психодіагностичними інструментами, було застосовано

математичні й статистичні методи обробки даних. Аналіз груп розпочався із описових статистик, які надали змогу порівняти результати за мінімумами, максимумами, середнім та стандартним відхиленням, що були отримані за кожною методикою. Надалі, було проведено перевірку розподілу даних за допомогою критерію Колмогорова–Смірнова. Після цього виконано порівняння груп за критерієм Манна–Уїтні для визначення статистично значущих відмінностей. На завершення застосовано кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена для оцінки особливостей взаємозв'язку досліджуваних феноменів.

## Висновки до 2 розділу

1. Основною метою дослідження стало вивчення зв'язку симптомів посттравматичного стресового розладу з особливостями емоційної взаємодії у близьких відносинах. Для її реалізації було здійснено дослідження до якого долучилися 57 осіб віком від 25 до 45 років (27 – чоловіків, 30 - жінок), які перебувають у тривалих романтичних відносинах. Уся вибірка проживала на території України, під час тестування знаходилася у комфортних та безпечних умовах. Усі учасники мають задовільне фінансове становище, деякі мають дітей, інші – ні. Одні досліджувані – навчаються, інші – працюють, інші – поєднують освіту із роботою. Досліджувані заповнювали Google-форму, далі були розподілені по групам відповідно до отриманих показників (1 група – особи із відсутніми яскравими симптомами ПТСР, 2 група – учасники, що мають виражені симптоми).

2. В емпіричному дослідженні використовувалось чотири методики, 2 з яких визначали особливості вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, 2 інші – визначали особливості емоційної взаємодії у міжособистісних взаємовідносинах. Усі вживані методики були україномовними та адаптованими. До математичних й статистичних методів обробки даних увійшли: описова статистика, перевірка розподілу за критерієм Колмогорова–Смірнова, критерій Манна-Уїтні, кореляційний аналіз Спірмена.

## РОЗДІЛ 3

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ СИМПТОМАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЕМОЦІЙНОЮ ВЗАЄМОДІЄЮ У СТОСУНКАХ

#### 3.1. Опис та аналіз результатів дослідження

На першому етапі математичного аналізу отриманих результатів застосовувалась описова статистика. Обидві групи досліджуваних оцінювалися за показниками: середнього, максимального та мінімального значень, а також за стандартним відхилення. Спочатку аналізувалися дані за методиками визначення рівня вираженості симптомів ПТСР, потім – згідно опитувальників вивчення якості емоційної взаємодії у близьких стосунках.

*Таблиця 3.1*

**Результати діагностики рівня вираженості симптомів ПТСР у 1 групи за опитувальником симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)):**

	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Стандарт.відх.
Вираженість усіх симптомів		1	19	10,785	3,842
Кластер В		0	7	2,678	1,7
Кластер С		0	6	1,428	1,451
Кластер D		0	7	2,571	1,772
Кластер Е		1	8	4,1	2,042

Відповідно до таблиці 3.1. можна побачити, що у групи із меншою вираженістю симптомів ПТСР мінімальні значення переважно відповідають нулю, лише 2 показники, а саме «Вираженість усіх симптомів» та «Кластер Е» мають мінімальне значення, що дорівнює 1. Це може означати, що більшість досліджуваних не демонструють виражених симптомів ПТСР, через що початково вони й були розподілені у першу групу. При всьому цьому, навіть при відсутності яскравих ознак ПТСР, симптоми «Кластеру Е», тобто надмірної реактивності, залишаються

найстійкішими.

Максимальне значення найвище у загальної шкали вираженості всіх симптомів, що цілком логічно та передбачувано – 19. Проміжні максимальні значення мають шкали «Кластер Е» (8), «Кластер В» (7) та «Кластер D» (7), а найменше у «Кластеру С» (6). Загалом, отримані результати свідчать про своєрідну однорідність вибірки, адже відсутня істотна різниця у максимальних показниках за різними шкалами.

Показники середнього значення найбільші за загальною шкалою (10,785), проміжні за «Кластером Е» (4,1), а найменші – «Кластер В» (2,678), «Кластер D» (2,571) та «Кластер С» (1,428). Із зазначеного можна зробити припущення, що «Кластер Е» - симптоми надмірної реактивності є найбільш вираженими серед першої групи. Певною мірою учасники можуть відчувати фізіологічну напругу.

Стандартне відхилення найбільше також за шкалою загальної вираженості симптомів (3,842), а найменше – «Кластер С» (1,451), проміжні – «Кластер Е» (2,042), «Кластер D» (1,772), «Кластер В» (1,7). Отриманий результат може свідчити про те, що серед групи існує висока варіативність за загальною шкалою. Зазначене підтверджує те, що навіть при низькій яскравості симптомів ПТСР існують помітні індивідуальні розбіжності, більшість чоловіків та жінок вже відновилися, а інша частка – проживають незначні залишки симптоматики.

**Таблиця 3.2**

**Результати діагностики рівня вираженості симптомів ПТСР у 2 групи за опитувальником симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)):**

	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Стандарт.відх.
Вираженість усіх симптомів		24	46	31,724	6,335
Кластер В		5	13	8,241	2,098
Кластер С		0	6	3,724	1,688
Кластер D		4	16	9,931	3,069
Кластер Е		4	15	9,827	2,879

Відповідно до таблиці 3.2. можна побачити, що у групи із вираженими

симптомами ПТСР найбільший мінімум за загальною шкалою - 24, що цілком логічно та передбачувано, проміжні значення мають – «Кластер В» (5), «Кластер D» (4) та «Кластер Е» (4), найнижчі – «Кластер С» (0). Високий показник за загальною яскравістю симптомів свідчить про те, що навіть ті досліджувані, які отримали найменші бали за методикою – мають стійку, виражену симптоматику ПТСР, через що їх і було розподілено до другої групи. Наявність переважно більших від 0 значень демонструє те, що респонденти мають істотні прояви посттравматичних порушень, але далеко не всім властивий симптом уникнення. Більшість досліджуваних мають труднощі із постійним повторним переживанням травматичної події, страждають на афективні й поведінкові порушення.

Максимальне значення за показником максимуму характерно для вираженості симптомів і складає 46, що є вже доволі високим, проміжні – «Кластер В» (13), «Кластер D» (16) та «Кластер Е» (15), найменше – «Кластер С» (6). Отримані значення демонструють те, що у даної групи є респонденти із дуже вираженою симптоматикою ПТСР, а високі показники за всіма кластерами, окрім «С» - свідчать про наявність серед групи емоційної напруги та насиченості, стійких переживань, надмірного збудження, тривожності та нав'язливих спогадів.

Найбільший показник середнього має шкала загальної вираженості симптомів (31,724), адже вона є сумою усіх інших кластерів, проміжні значення мають – «Кластер D» (9,931), «Кластер Е» (9,827), «Кластер В» (8,241). Із наведених даних, можна побачити, що негативний емоційний фон і надмірна реактивність є провідними для другої групи, як і постійні спогади, кошмари.

Найбільше значення стандартного відхилення спостерігається за шкалою вираженості усіх симптомів (6,335), найменше – «Кластер С» (1,688), проміжні – «Кластер D» (3,069), «Кластер Е» (2,879), «Кластер В» (2,098). Отримане значення за загальною яскравістю симптомів свідчить про велику кількість можливих варіацій серед досліджуваних другої групи. Іншими словами, одним респондентам властиві дуже сильно виражені симптоми, іншим – значні прояви, а деяким – на межі помірних та відчутних. Стандартне відхилення за «Кластером С» демонструє майже однорідний низький рівень уникнення для всіх досліджуваних 2 групи. Вказані

проміжні показники за рештою кластерів свідчать про присутність фізіологічних та емоційних реагувань різного ступеня прояву, які залишаються стабільно підвищеними.

1 група має меншою мірою виражену інтенсивність симптомів ПТСР, мінімальні значення переважно дорівнюють 0, що ілюструє відсутність або незначущість прояву посттравматичних реакцій. На противагу цьому, у 2 групи рівень яскравості симптомів значно вищий, різниця між загальними мінімальними значеннями обох груп складає 23 одиниці. «Кластер В» у групи із значною симптоматикою вищий на 5 одиниць, «Кластер D» - на 4, «Кластер Е» - на 3 і «Кластер С» - є подібним.

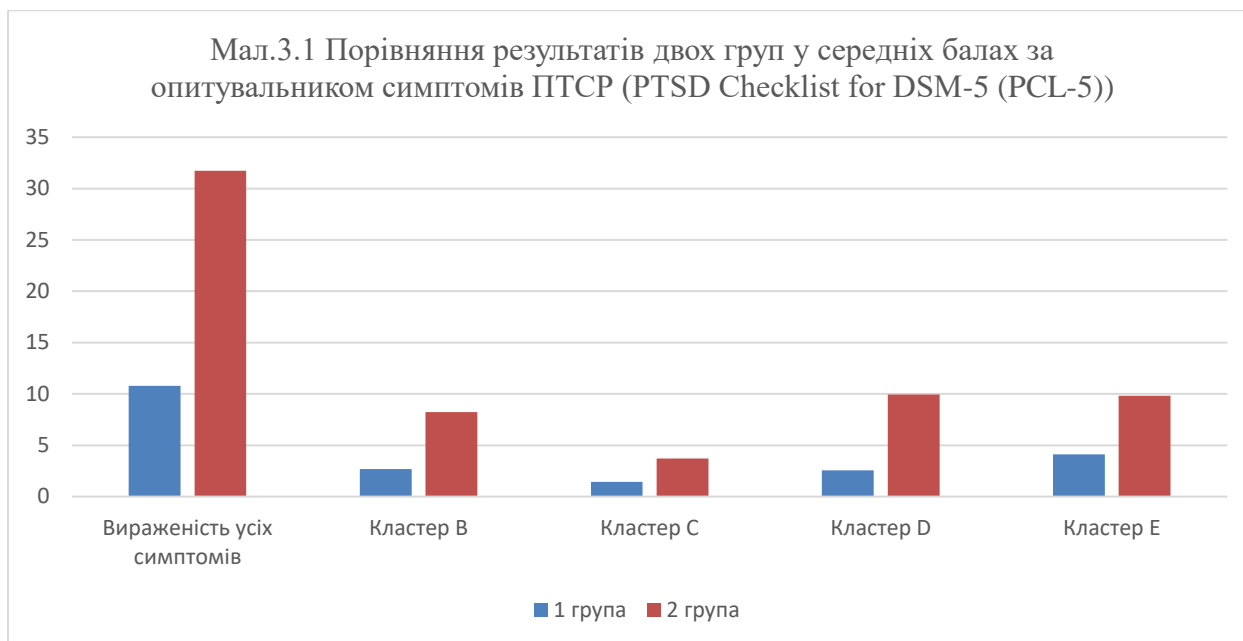
У першій групі загальний максимум складає 19, а у другій групі – 46, тобто різниця між ними складає 27 одиниць. «Кластер Е» має найбільше значення серед максимумів незагальних шкал 1 групи, у той же час, коли у 2 групи – «Кластер D». Найменше значення максимумів для 1 групи – «Кластер С» і аналогічно щодо 2 групи, вони мають однакові показники.

Середнє значення за загальною симптоматикою у 2 групи є вищим на 20,939 одиниць, за «Кластером В» на 5,563 одиниці, «Кластером С» - на 2,296 одиниць, «Кластером D» - на 7,36 та за «Кластером Е» - на 5,727 одиниць.

За порівнянням стандартних відхилень можна зазначити, що варіативність наявна у всіх групах, але саме у другій – діапазон проявів є набагато ширший і більш інтенсивний.

Отже, із проведеної описової статистики, можна стверджувати, що до першої групи увійшли досліджувані, яким не притаманна симптоматика ПТСР, адже їм властиві лише незначні прояви у вигляді фізіологічної напруги, попри відновлену емоційну стабільність. До другої групи увійшли респонденти, які демонструють значну інтегровану вираженість симптомів за всіма кластерами, особливо за емоційними й фізіологічними складовими, що демонструє стале порушення емоційної рівноваги та, можливо, хронічну втому.

Для наочності відмінності відображені на малюнку 3.1.



Малюнок 3.1 Порівняння середніх значень двох груп за опитувальником симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)).

В таблиці 3.3. представлені показники описової статистики за результатами шкали оцінки впливу травматичної події «Impact of Event Scale, IES-R» групи 1.

**Таблиця 3.3**

**Результати діагностики рівня вираженості симптомів ПТСР у 1 групи за шкалою оцінки впливу травматичної події «Impact of Event Scale, IES-R»:**

	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Стандарт.відх.
Шкала «вторгнення»		0	1,75	0,571	0,498
Шкала «уникнення»		0	2,13	0,871	0,607
Шкала «збудливість»		0	1,63	0,665	0,447

Відповідно до таблиці 3.3. можна побачити, що для 1 групи досліджуваних за мінімальними показниками – усі шкали дорівнюють 0. Тобто, серед групи є досліджувані, які не мають жодного симптому ПТСР по однією із трьох шкал. Причиною цього може бути відновлення чоловіків та жінок після вже пережитого

досвіду, швидка адаптація, відсутність схильності до фіксації, неврозів, які б сприяли «застряганню», уповільненню проживання травми або сприяли б її заглибленню та укоріненню в особистості людини.

За максимальними значеннями більшою є шкала «Уникнення» (2,13), а найменшою – шкала «Збудливість» (1,63), проміжна – «Вторгнення» (1,75). Різниця між показниками шкал доволі невелика і не перевищує 1, що опосередковано свідчить про показникову однорідність збоку відповідей респондентів.

Найбільше середнє значення має «Уникнення» (0,871), а найменше «Вторгнення» (0,571), проміжне – «Збудливість» (0,665). Хоча група є здоровою, невелика її частка зберігає слабкі симптоми уникнення (наприклад, не відвідує певну вулицю, якщо не буде значної потреби), але майже в усіх відсутні нав'язливі спогади. Причиною цього може бути природний перебіг ПТСР. Інтрузії (вторгнення) залишають людину першими при відновленні, тому що мають залежність від активації пам'яті. Стратегія уникнення – це поведінкова звичка, патерн, який залишається до останнього і може потребувати більше часу чи допомоги від спеціаліста.

Так само найбільше стандартне відхилення має «Уникнення», проте найменше – «Збудливість». Різниця за всіма критеріями усіх трьох шкал не перевищує 1. Найвища багатоваріантність уникнення свідчить про те, що певні респонденти повністю залишили його, а інші – частково зберігають. Збудження має низьке стандартне відхилення, бо воно або повністю відсутнє у респондентів, або дуже незначне – фізіологічне реагування приходить до норми доволі однорідно при умові зниження загального рівня стресу.

Загалом, усі статистичні значення (мінімум, максимум, середнє, стандартне відхилення), які отримала 1 група за трьома шкалами – дуже близькі через високу її однорідність. Із наведених даних виходить, що група складається із досліджуваних, які повністю відновилися, а залишки симптоматики – незначні, слабкі та рівною мірою розподілені.

У таблиці 3.4. представлені результати за шкалою оцінки впливу травматичної події «Impact of Event Scale, IES-R» 2 групи.

**Таблиця 3.4****Результати діагностики рівня вираженості симптомів ПТСР у 2 групи за шкалою оцінки впливу травматичної події «Impact of Event Scale, IES-R»:**

	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Стандарт.відх.
Шкала «вторгнення»		0,38	2,63	1,366	0,623
Шкала «уникнення»		0,38	2,5	1,569	0,485
Шкала «збудливість»		0,63	2,5	1,392	0,427

Відповідно до таблиці 3.4. можна побачити, що за результатами діагностики, 2 група при аналізі отримала найбільше мінімальне значення за показником збудливості (0,63), й однакові за вторгненням й уникненням (0,38). Так, певна частка групи стабільно страждає збудженням, що може проявлятися у поганій якості сну, дратівливості, надмірною пильністю.

Причиною цього може бути те, що саме даний показник є фізіологічною реакцією самостійної нервової системи, що не залежить від свідомості і навіть при лікуванні зникає в останню чергу, тому збудження і має найвищий результат, хоча і не триває постійно, адже організм не може виробляти адреналін весь час, тому вимушений адаптуватися.

Максимальні значення найбільші для вторгнення (2,63) та однакові для уникнення й збудливості (2,5). Різниця між шкалами у максимальних та мінімальних значеннях не перевищує 0,5.

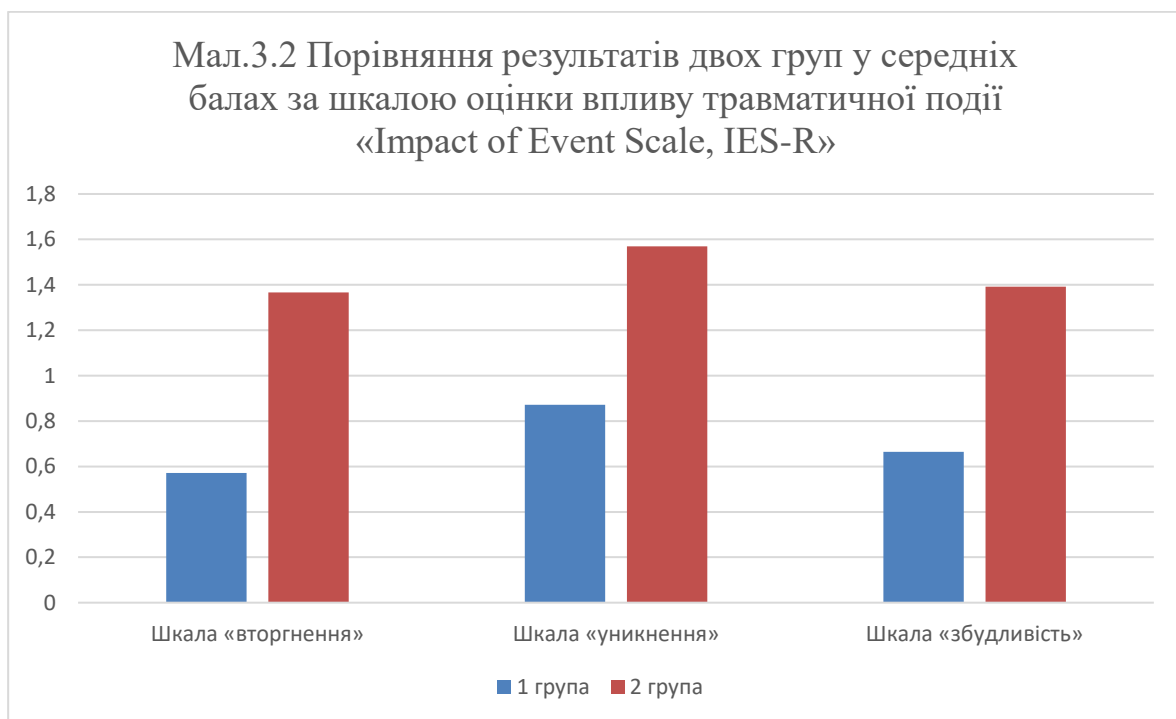
Середні бали найвищі за показником уникнення (1,569), проміжні – за збудливістю (1,392), найменші – за вторгненням (1,366). Різниця між показниками не перевищує 0,3. Уникнення могло отримати саме такий результат через те, що воно є найпростішою реакцією на травматичну подію і більш швидко зменшує рівень емоційного стресу та напруги загалом. Низькі середні показники за шкалою вторгнення можуть бути спричинені тим, що травматичний досвід досліджуваних покроково інтегрувався у свідомість, через що вони перестали на постійній основі

страждати від впливу нав'язливих спогадів, якщо вони мали місце раніше.

Стандартне відхилення найбільше за шкалою вторгнення (0,623), середнє – за уникненням (0,485) та найменше за збудливістю (0,427). Розбіжності незначні й не більші за 0,3. Найвища варіативність за шкалою вторгнення може свідчити про те, що деяким респондентам властиві інтенсивні або часті повернення думками до травматичної ситуації. Це може бути спричинено різним типом травматичного досвіду, наявністю тригерів або індивідуальними особливостями пам'яті та емоційної обробки інформації.

1 група за показниками мінімуму має виключно нульові значення, коли 2 група – 0,38-0,63. Показники максимуму також більші у групи із яскравими симптомами ПТСР, але різниця між двома вибірками за кожною шкалою не перевищує 1, що свідчить про наявні відмінності, але незначні. Середні значення є меншими у 1 групи не більш ніж на 1 бал, у цих досліджуваних найбільш вираженою є шкала уникнення, як і в другій групі, що свідчить про певну «привабливість» даної стратегії серед загальної вибірки.

Для наочності відмінності відображені на малюнку 3.2.



Малюнок 3.2 Порівняння середніх значень двох груп за шкалою оцінки впливу травматичної події «Impact of Event Scale, IES-R».

У таблиці 3.5. представлені результати за опитувальником «Досвід близьких стосунків», групи 1.

**Таблиця 3.5**

**Результати діагностики якості емоційної взаємодії у близьких стосунках у 1 групи за опитувальником «Досвід близьких стосунків»:**

	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Стандарт.відх.
Шкала тривожності		0	9	2,428	2,53
Шкала уникнення близькості		0	11	3,214	2,469

Відповідно до таблиці 3.5. можна побачити, що у першій групі, шкала тривожності та уникнення близькості має однаковий мінімум, який дорівнює 0. Це може свідчити про те, що в групі є індивіди із дуже низькими показниками за даними шкалами, вони, припустимо, можуть мати безпечний стиль прихильності, де немає місця тривоги та дистанціюванню.

Максимальні значення за показником уникнення близькості є вищими на 2 бали, ніж за тривожністю. Обидва показники свідчать про те, що у групі наявні індивіди, яким властива або тривога, або уникнення близькості у високій мірі, причому за першою шкалою – поріг більшого рівня, а за другою – майже максимальне значення.

Середнє значення також більші за шкалою уникнення близькості, але різниця не перевищує 1. Загалом, значення дуже низькі, приблизно 2,5 при можливих 12, що свідчить про те, що хоча вибірка і має поодинокі показники, які наближені до максимуму за методикою – все ж таки, більшість має низькі значення. Це у свою чергу свідчить про відсутність вираженості тривоги та уникнення серед групи, якій не характерні симптоми ПТСР. Слід також зазначити, що уникнення близькості, хоч і має переважно низькі значення, але все ж таки домінує серед групи, якій не властиві яскраві симптоми ПТСР.

Стандартне відхилення має більше значення за тривожністю, але розбіжності

також не значні, адже не досягають навіть 1. І це може вказувати на її більшу варіабельність, у групі можуть знаходитися як спокійні індивіди, так і тривожні. За уникненням досліджувані більш однорідні.

У таблиці 3.6. представлені результати за опитувальником «Досвід близьких стосунків», групи 2.

**Таблиця 3.6**

**Результати діагностики якості емоційної взаємодії у близьких стосунках у 2 групи за опитувальником «Досвід близьких стосунків»:**

	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Стандарт.відх.
Шкала тривожності		0	9	4,827	2,891
Шкала уникнення близькості		0	12	5,31	3,434

Відповідно до таблиці 3.6. можна побачити, що у другої групи за шкалами тривожності та уникнення близькості спостерігаються однакові мінімальні показники, що дорівнюють 0. Це може свідчити про те, що не дивлячись на виражені симптоми ПТСР, у даній вибірці наявні досліджувані із своєрідним безпечним стилем прихильності, які не відчують тривогу або бажання уникнути близькості.

Максимальні значення є вищими за шкалою уникнення, різниця складає 3 бали. Це може свідчити про те, що у вибірці є особистості із екстремальним значенням емоційного дистанціювання, що може бути проявом захисного механізму після травматичної події.

Середнє значення є меншим за шкалою тривожності, але різниця не перевищує 1. Проте, це дає змогу стверджувати, що групі, яка має виражену ПТСР симптоматику, менш характерна тривожність.

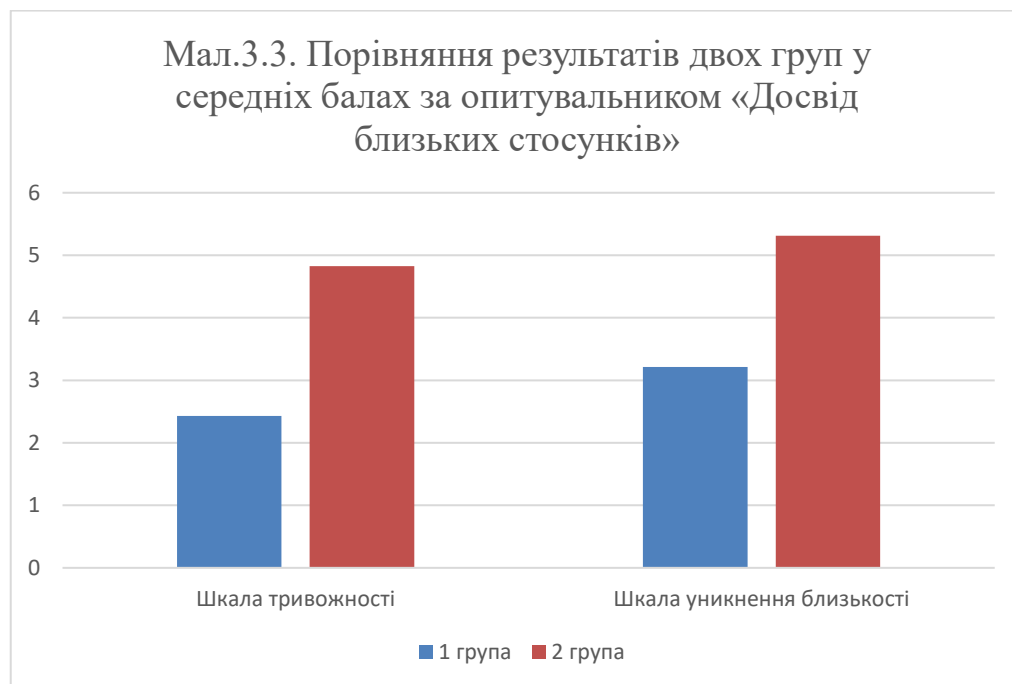
Стандартне відхилення є більшим за показниками уникнення близькості, різниця у даному випадку також не перевищує 1. Про те, це може свідчити про те, що тривога є більш однорідною за показниками досліджуваних, а уникнення – коливатися від людини до людини, деякі учасники матимуть низький рівень прояву,

інші – високий.

Перша та друга група мають однакові мінімальні значення за показниками обох шкал, що дорівнюють 0. Шкала тривожності при аналізі на максимальні значення в обох групах отримала 9 балів, що свідчить про наявність у поодиноких досліджуваних без ПТСР симптомів та з їхніми вираженими проявами – значного рівня тривоги, але не серед усієї вибірки. Середні значення продемонстрували, що 1 група має нижчі показники за обома шкалами, ніж 2 група, проте різниця не перевищує 2.

Для обох вибірок також є спільною домінантність шкали уникнення близькості. Кожна з груп радше уникає близькості з певних причин, ніж тривожитиметься. Стандартне відхилення за всіма показниками є меншим у групі із відсутністю яскравих симптомів ПТСР, що свідчить про її більшу однорідність, хоча різниця не перевищує 1.

Для наочності відмінності відображені на малюнку 3.3.



Малюнок 3.3 Порівняння середніх значень двох груп за опитувальником «Досвід близьких стосунків».

У таблиці 3.7. представлені результати за опитувальником «Емоційна взаємодія подружжя» (ЕВП), 1 групи.

Таблиця 3.7

**Результати діагностики якості емоційної взаємодії у близьких стосунках у 1 групи за опитувальником «Емоційна взаємодія подружжя» (ЕВП):**

	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Стандарт. відх.
Здатність сприймати стан партнера		18	30	24,464	3,132
Розуміння причин виникнення стану		12	26	20,892	3,095
Здатність до співпереживання		15	25	19,857	2,662
Виникнення почуттів у взаємодії з партнером		22	30	26,5	2,38
Безумовне прийняття		17	29	23,75	2,976
Ставлення до себе як до шлюбного партнера		17	28	24,321	3,079
Емоційний фон взаємодії		16	29	23,714	3,557
Намагання до узгодження дій		17	24	20,428	1,874
Надання емоційної підтримки		14	29	24,678	3,443
Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним		10	25	18,714	3,557
Вміння впливати на стан партнера		17	29	23,357	2,87

Відповідно до таблиці 3.7. можна побачити, що перша група має найбільший мінімальний показник за шкалою «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», проміжні значення, що коливаються від 18 до 14, вибірка має за «Здатністю сприймати стан партнера», «Здатністю до співпереживання», «Безумовним прийняттям», «Ставленням до себе як до шлюбного партнера», «Емоційним фоном взаємодії», «Намаганням до узгодження дій» та «Вмінням впливати на стан партнера». Найнижчі значення мінімуму були отримані за шкалою «Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним» та «Розуміння причин виникнення стану».

Максимальні значення доволі однорідні за більшістю шкал, найбільше значення було отримано за «Здатністю сприймати стан партнера», «Виникненням почуттів у взаємодії з партнером», найменше – за «Намаганням до узгодження дій»,

«Орієнтацією на стан партнера при взаємодії з ним», всі інші мають проміжні значення. Загалом показники коливаються від 24 до 30 балів.

Середні значення найбільші були отримані за шкалами «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», «Надання емоційної підтримки», найменші – «Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним», «Здатність до співпереживання», інші мають середні значення. Загалом показники коливаються у межах від 18 до 27.

Стандартне відхилення має найбільші значення за шкалами «Емоційний фон взаємодії», «Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним», «Надання емоційної підтримки», «Здатність сприймати стан партнера», «Розуміння причин виникнення стану» та «Ставлення до себе як до шлюбного партнера», а найменші – «Намагання до узгодження дій». Отримані дані можуть свідчити про те, що велика кількість шкал із високими серед вибірки показниками стандартного відхилення мають неоднорідність в отриманих значеннях.

У таблиці 3.8. представлені результати за опитувальником «Емоційна взаємодія подружжя» (ЕВП), 2 групи.

**Таблиця 3.8**

**Результати діагностики якості емоційної взаємодії у близьких стосунках у 2 групи за опитувальником «Емоційна взаємодія подружжя» (ЕВП):**

	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Стандарт. відх.
Здатність сприймати стан партнера		17	30	23,034	3,52
Розуміння причин виникнення стану		15	26	20,551	3,224
Здатність до співпереживання		14	26	19,103	2,857
Виникнення почуттів у взаємодії з партнером		10	30	23,482	4,556
Безумовне прийняття		12	30	21,655	4,661
Ставлення до себе як до шлюбного партнера		14	30	21,965	4,135
Емоційний фон взаємодії		13	28	21,275	3,908
Намагання до узгодження дій		17	25	19,931	2,186
Надання емоційної		13	30	22	3,635

підтримки					
Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним		14	25	18,379	2,92
Вміння впливати на стан партнера		16	30	22,379	3,922

Відповідно до таблиці 3.8. можна побачити, що наявні найбільші показники мінімуму за шкалами - «Здатність сприймати стан партнера» та «Намагання до узгодження дій», найменші - «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», «Безумовне прийняття», усі інші мають проміжне значення, яке коливається від 13 до 16.

Найбільші показники максимуму спостерігаються за шкалами «Вміння впливати на стан партнера», «Надання емоційної підтримки», «Ставлення до себе як до шлюбного партнера», «Безумовне прийняття», «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», «Здатність сприймати стан партнера», а найменші – «Намагання до узгодження дій», «Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним», усі інші мають проміжні результати, які коливаються від 26 до 29.

Середнє значення є найбільшим за шкалами: «Здатність сприймати стан партнера», «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», що свідчить про домінування даних властивостей серед групи. Найменші значення – «Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним», «Намагання до узгодження дій» та «Здатність до співпереживання», усі інші мають проміжні значення.

Найбільше стандартне відхилення спостерігається за шкалами «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», «Безумовне прийняття», «Ставлення до себе як до шлюбного партнера» - що свідчить про наявність неоднорідності показників у результатах досліджуваних. Найменші значення – «Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним», «Намагання до узгодження дій» та «Здатність до співпереживання».

Порівнюючи отримані результати обох груп за даними шкалами можна зазначити, що у 1 групи домінують шкали «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», «Надання емоційної підтримки» та «Здатність сприймати стан партнера». Іншими словами, учасникам 1 групи властиво демонструвати емоційну

відкритість, здатність до емпатії та позитивне емоційне залучення у спілкування з партнером. У 2 групи можна побачити домінантність шкал: «Здатність сприймати стан партнера», «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером» - і нижчі показники за «Орієнтацією на стан партнера при взаємодії з ним», «Намагання до узгодження дій» та «Здатністю до співпереживання». Отриманий результат демонструє суперечливий характер групи саме в емоційній взаємодії. Люди із симптомами ПТСР зберігають здібності до емоційного реагування та відмічання емоційного стану партнера, про вони мають труднощі з інтегруванням даних емоцій у взаємодію.

Для наочності відмінності відображені на малюнку 3.4.



Малюнок 3.4 Порівняння середніх значень двох груп за опитувальником «Емоційна взаємодія подружжя» (ЕВП).

Наступним етапом, стала реалізація порівняльного аналізу та визначення значущих відмінностей в якості емоційної взаємодії у близьких стосунках між 1 групою (невиражені симптоми ПТСР) та 2 групою (виражені симптоми ПТСР) за допомогою U-критерію Манна –Уїтні.

**Таблиця 3.9**

**Відмінності у показниках якості емоційної взаємодії у близьких стосунках між групами досліджуваних із різною вираженістю симптомів ПТСР:**

«Досвід близьких стосунків»					
				Середні ранги	
				1 група	2 група
1.	Шкала тривожності	600	Не значимі	2,428	4,827
2.	Шкала уникнення близькості	559	Не значимі	3,214	5,31

Критичне значення U для 28 та 29 респондентів	
При $p \leq 0,05$	При $p \leq 0,01$
U= 302	U= 259

Відповідно до таблиці 3.9. можна побачити, що статистично значущих відмінностей між групою із невираженими та яскравими симптомами ПТСР за показником якості емоційної взаємодії у близьких відносинах за однією з методик – не виявлено. Між обома вибірками відсутня різниця за шкалою «Тривожність» та «Уникнення близькості».

Подібні отримані результати можуть бути спричинені декількома факторами. Першим з них може бути спільність емоційної основи для першої та другої групи. Загалом, тривожність та уникнення близькості є не лише наслідками травматичного минулого, а й можуть виступати як постійні особистісні особливості особистості. Тому, навіть якщо людина здорова, то вона може демонструвати помірну тривожність, бо наприклад, вона була у її матері. Така ж сама справа й з уникненням близькості, що може бути частиною звичної поведінкової моделі. Ще однією причиною може бути те, що в обох групах рівень тривожності може бути однаково підвищеним саме через її хронічну фоновість. Наступним фактором, який зумовив відсутність статистично значущих відмінностей, попри відмінності за описовою статистикою, може виступати механізм компенсації. Так, у групі із яскраво вираженими симптомами ПТСР, можуть бути наявні захисні стратегії як наприклад, уникнення конфліктів, що зменшує зовнішні прояви тривожності. А у групі з невираженими симптомами можуть, навпроти, зберігатися помітні залишкові реакції

тривоги, що і зумовлюватиме вирівнювання показників.

*Таблиця 3.10*

**Відмінності у показниках якості емоційної взаємодії у близьких стосунках між групами досліджуваних із різною вираженістю симптомів ПТСР:**

«Емоційна взаємодія подружжя» (ЕВП)					
				Середні ранги	
				1 група	2 група
1.	Здатність сприймати стан партнера	304	Не значимі	24,464	23,034
2.	Розуміння причин виникнення стану	363	Не значимі	20,892	20,551
3.	Здатність до співпереживання	350	Не значимі	19,857	19,103
4.	Виникнення почуттів у взаємодії з партнером	240	Значимі при $p \leq 0,01$	26,5	23,482
5.	Безумовне прийняття	279	Значимі при $p \leq 0,05$	23,75	21,655
6.	Ставлення до себе як до шлюбного партнера	269	Значимі при $p \leq 0,05$	24,321	21,965
7.	Емоційний фон взаємодії	256	Значимі при $p \leq 0,01$	23,714	21,275
8.	Намагання до узгодження дій	340	Не значимі	20,428	19,931
9.	Надання емоційної підтримки	216	Значимі при $p \leq 0,01$	24,678	22
10.	Орієнтація на стан партнера при взаємодії з ним	369	Не значимі	18,714	18,379
11.	Вміння впливати на стан партнера	348	Не значимі	23,357	22,379

Критичне значення U для 28 та 29 респондентів	
При $p \leq 0,05$	При $p \leq 0,01$
U= 302	U= 259

Відповідно до таблиці 3.10. можна побачити, що при аналізі двох груп було виявлено статистично значущі відмінності між якістю емоційної взаємодії у близьких стосунках за останньою з методик. Групи мають відмінності за показниками: «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», «Безумовне прийняття», «Ставлення до себе як до шлюбного партнера», «Емоційний фон взаємодії», «Надання емоційної підтримки». Дані позиції є більш високими у групи, яка не має виражених симптомів ПТСР. Із наведеного можна зробити припущення, що у межах досліджуваної вибірки було встановлено, що ПТСР безпосередньо впливає на здатність до відкритості, емпатії, чуттєвого відгуку й підтримки в міжособистісних відносинах. Досліджувані яким не характерні яскраві симптоми ПТСР можуть, допустимо, демонструвати значно збалансованішу емоційну включеність, довіру, можливість приймати та підтримувати партнера, що свідчить про єдність їхньої емоційної площини та сталість механізмів власної регуляції. На противагу цьому, група, якій властиві виражені симптоми ПТСР відмічається зниження показників емоційного фону, порушується спроможність демонструвати теплоту, підтримку та позитивне ставлення як до себе, так і до іншої людини. Усе це є проявом емоційного окам'яніння та відчуження, що характерно для посттравматичних реакцій.

Слід зазначити, що відповідно до аналізу за критерієм Манна – Уїтні не було виявлено відмінностей між групами за показниками тривожності та уникнення близькості. Наведене свідчить про те, що перша та друга групи можуть мати подібний рівень емоційної напруженості й потягу до тримання дистанції у взаємовідносинах, але саме ефективність та якість емоційної взаємодії буде істотно відрізняти осіб з різним ступенем вираженості ПТСР. Тому можна підсумувати, що травматичний досвід у минулому не обов'язково збільшуватиме тривожність чи потребу у дистанції, але значним чином впливатиме на емоційну глибину та автентичність міжособистісної взаємодії.

Наостанок, відбувся кореляційний аналіз Спірмена задля визначення відсутності або наявності взаємозв'язку між симптомами ПТСР та якістю емоційної взаємодії у близьких відносинах.

**Таблиця 3.11**

**Результати кореляційного аналізу Спірмена за опитувальником симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)):**

	«PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)»									
	Вираженість усіх симптомів		Кластер В		Кластер С		Кластер D		Кластер Е	
«Impact of Event Scale, IES-R»	Коефіцієнт	p	Коефіцієнт	p	Коефіцієнт	p	Коефіцієнт	p	Коефіцієнт	p
Вторгнення	0,669**	<0,001	0,564**	<0,001	0,521* *	<0,001	0,693* *	<0,001	0,524* *	<0,001
Уникнення	0,513**	<0,001	0,421**	0,001	0,623* *	<0,001	0,591* *	<0,001	0,353* *	0,007
Збудливість	0,669**	<0,001	0,578**	<0,001	0,503* *	<0,001	0,682* *	<0,001	0,605* *	<0,001
«Досвід близьких стосунків»										
Тривожність	0,459**	<0,001	0,39**	0,003	0,294* *	0,026	0,47**	<0,001	0,469* *	<0,001
Уникнення близькості	0,4**	0,002	0,314* *	0,017	0,434* *	<0,001	0,352* *	0,007	0,31* *	0,019
«Емоційна взаємодія подружжя»										
Виникн.поч. у взаємод. з партн.	-0,457**	<0,001	-0,333* *	0,011	-0,37**	0,005	-0,413* *	0,001	-0,414* *	0,001
Безумовне прийняття	-0,439**	<0,001	-0,332* *	0,012	-0,298* *	0,024	-0,484* *	<0,001	-0,268* *	0,044
Ставлення до себе як до шлюбн. партн.	-0,314* *	0,018			-0,407* *	0,002	-0,321* *	0,015		

Емоційний фон взаємодії	-0,318*	0,016			-0,299*	0,024	-0,324*	0,014		
Надання ем. підтримки	-0,463**	<0,001	-0,34**	0,01	-0,364*	0,005	-0,435*	<0,001	-0,43**	<0,001
Вмін. вплив. на стан партн.					-0,327*	0,013				

\* значуща кореляція на рівні  $p \leq 0,05$

\*\* висока значуща кореляція на рівні  $p \leq 0,01$

Відповідно до таблиці 3.11 можна побачити, що обидві методики, діагностика яких пов'язана із ступенем вираженості ПТСР та його особливостей, мають виражену позитивну кореляцію між всіма шкалами одне одного. Так, зі збільшенням вираженості загальних симптомів – збільшуватиметься вторгнення, уникнення та збудливість. Так само і з кластерами В, Е, С, D – якщо їхні показники будуть високими, то значення збудливості, вторгнення та уникнення також будуть більшими. І навпаки, зі зменшенням результатів однієї методики, зменшуватимуться й показники іншої. Це може свідчити про наявність конвергентної валідності, що лише підтверджує правильність діагностики ПТСР за допомогою даних опитувальників, адже вони надійно визначають ступінь прояву ПТСР.

Було визначено виключно позитивний взаємозв'язок тривожності та уникнення близькості у стосунках із загальною яскравістю всіх симптомів ПТСР, і з кластерами В, Е, С, D. Так, із підвищенням рівня тривоги або уникнення близькості – буде збільшуватися вираженість кожного кластеру та симптомів загалом, і навпаки. Такий отриманий результат може бути спричинений тим, що після травматичної події людина сприймає світ як небезпечний, він викликає у неї гіпертривожність і потребу контролю у стосунках. У той же час, індивід намагається уникати емоційної близькості, щоб не пережити біль ще один раз – це прояв захисної реакції, який також підтримує внутрішню напругу та відчуження.

Було виявлено виключно негативні кореляційні зв'язки за шкалами «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», «Безумовного прийняття», «Надання емоційної підтримки» та загальною вираженістю симптомів ПТСР із усіма

кластерами. Тобто, спостерігається негативний зв'язок між якістю емоційної комунікації. Із збільшенням показників ПТСР – зменшуватиметься рівень виникнення почуттів у взаємодії з партнером, безумовне прийняття та надання емоційної підтримки. Результат може бути зумовлений тим, що люди з ПТСР доволі часто переживають емоційне скам'яніння, відчуження, важкості у вираженні емоцій та співпереживанні. Це є наслідком постійної психологічної напруги та захисного відсторонення. Травма може активувати механізми власного захисту від повторного травмування, тому індивід починає несвідомо уникати глибокої емоційної взаємодії.

Виявлено негативні взаємозв'язки шкал «Ставлення до себе як до шлюбного партнера», «Емоційний фон взаємодії» та вираженістю усіх симптомів із кластерами С та D. Тобто, зі збільшенням вказаних характеристик ПТСР – зменшуватиметься якість взаємовідносин за наведеними шкалами. Даний результат може пояснюватися уникнення, емоційне притуплення, висока збудливість, дратівливість та напруга, які передбачають кластери С та D – безпосередньо чинять вплив на самосприйняття та емоційний клімат між партнерами. Особи із ПТСР втрачають відчуття власної значущості як партнера, схильні до самозвинувачень або дистанціювання, що погіршує позитивне ставлення до себе у ролі чоловіка або дружини. Крім того, емоційна напруга, яка з'являється як наслідок вказаного – зумовлює нестабільність емоційного фону як особистості так і його відносин загалом. Це робить стосунки більш проблемними та конфліктними, у майбутньому може призвести до розлучення. Окрім цього, люди з ПТСР більшою мірою концентруються не на тому, що їх оточує, а на травмі, які з ними сталася.

Вміння впливати на стан партнера має негативний зв'язок із кластером С, зі збільшенням другого показника, буде зменшуватися перший. Результат можна пояснити тим, що сутністю кластеру С є уникнення, емоційне відсторонення та проблеми у встановленні тісних контактів. При даних симптомах особистість позбавлена здатності тонко та точно відчувати емоційний стан іншого та, відповідно, адекватно на нього чинити вплив.

Таблиця 3.12

**Результати кореляційного аналізу Спірмена за опитувальником  
симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)):**

	«Impact of Event Scale, IES-R»					
	Шкала «вторгнення»		Шкала «уникнення»		Шкала «збудливість»	
Опитувальник «Досвід близьких стосунків»	Коефіцієнт	<i>p</i>	Коефіцієнт	<i>p</i>	Коефіцієнт	<i>p</i>
Тривожність	0,473**	<0,001	0,352**	0,007	0,415**	0,001
Уникнення близькості	0,306*	0,021	0,382**	0,003	0,353**	0,007
Опитувальник «Емоційна взаємодія подружжя»						
Здатність сприймати стан партнера			<b>-0,351**</b>	<b>0,007</b>	<b>-0,351**</b>	<b>0,007</b>
Здатність до співпережив.	-0,261*	0,05				
Виникнення почуттів у взаємод. з партнером	-0,391**	0,003	-0,318*	0,016	-0,512**	<0,001
Безумовне прийняття	-0,327*	0,013	-0,323*	0,014	-0,396**	0,002
Ставлення до себе як до шлюбн. партнера	-0,412**	0,001	-0,459**	<0,001	-0,381**	0,003
Емоційний фон взаємодії	-0,379**	0,004	-0,289*	0,029	-0,373**	0,004
Надання ем. підтримки	-0,419**	0,001	-0,383**	0,003	-0,518**	<0,001

\* значуща кореляція на рівні  $p \leq 0,05$

\*\* висока значуща кореляція на рівні  $p \leq 0,01$

Відповідно до таблиці 3.12. можна побачити, що наявні виключно позитивні взаємозв'язки між відстороненням, уникненням, збудливістю та шкалами тривоги й уникнення близькості. Зі збільшенням одних показників, будуть підвищуватися інші. Отримані дані можна пояснити тим, що відсторонення, уникнення та збудливість є проявами цілісної захисної системи, яка активувалася через травму. Вона в один і той самий час генерує тривогу у стосунках та перекриває емоційну близькість.

Наявні виключно негативні кореляції за шкалами «Виникнення почуттів у взаємодії з партнером», «Безумовне прийняття», «Ставлення до себе як до шлюбного

партнера», «Емоційний фон взаємодії», «Надання емоційної підтримки» та з вторгненням, уникненням, збудливістю – свідчать про те, що зі збільшенням показників ПТСР – буде зменшуватися якість емоційної взаємодії між партнерами.

Були також знайдені негативні зв'язки здатності до співпереживань та шкалою вторгнення. Пояснити це можна тим, що повернення до травматичних подій спричинює підняття рівня психологічної, а часто й фізичної напруги, що виснажує тіло й душу. Окрім цього, людина починає самозаглиблюватися, у неї погіршується здатність до концентрації на емоційних станах інших та загалом, вона зайнята власною кривдою, їй не до оточуючих. Усе це у свою чергу призводить до зниження здатності до співпереживання.

Негативна кореляція за шкалою здатності сприймати стан партнера та уникненням з вторгненням свідчить про те, що з підняттям показників останніх шкал, знижуватиметься емоційна шкала. Причина може бути подібною до вищезазначених положень. Людина виснажується від ПТСР концентрується на ньому, на своєму стані та емоціях, вона дуже збуджена й не може це зупинити, навіть при високому намаганні уникати усього, що нагадує подію, яке також буде забирати сили та призводити до нестабільного стану.

### Висновки до 3 розділу

1. Результати, отримані за допомогою описових статистик, надали можливість зробити висновок, що ступінь прояву симптомів ПТСР зв'язаний з емоційним станом й особливостями взаємодії досліджуваних з іншими людьми. Особи першої групи без виражених симптомів ПТСР продемонстрували емоційну стабільність, адаптованість та відсутність або завершення подолання травматичного досвіду. Їм характерні низькі показники за всіма кластерами ПТСР, а також гармонійність у площині прив'язаності, відкритості до емоційних відносин та здатність до довіри у близьких відносинах. На противагу цьому, учасники групи з вираженими симптомами ПТСР характеризуються високими середніми значеннями за всіма кластерами ПТСР, що демонструє їхнє емоційне напруження, тривожність, нав'язливі думки і труднощі у регуляції афекту у певній мірі.

2. Наявність симптомів ПТСР істотно впливає на якість емоційної взаємодії у близьких відносинах, однак не завжди проявляється у суттєво більшому ступені тривожності чи уникненні близькості. Отримані значення за критерієм Манна – Уїтні демонструють відсутність статистично значущих відмінностей між двома групами за більшістю показників особливостей якості міжособистісної взаємодії. Це може бути зумовлено певною сталістю особистісних особливостей, однорідністю емоційного фону, механізмами компенсації або нестачею у кількості досліджуваних. При цьому, за показниками, які відображають емоційний бік близької взаємодії з іншими як наприклад: «Виникнення почуттів у взаємодії із партнером», «Безумовне прийняття», «Ставлення до себе як до партнера», «Емоційний фон взаємодії», «Надання емоційної підтримки» - були знайдені статистично значущі відмінності. Значно збільшені результати спостерігалися в осіб без вираженої ПТСР симптоматики, що демонструє нам негативний вплив травматичної ситуації на емоційну глибину, автентичність, здатність до емпатійної взаємодії.

3. За допомогою кореляційного аналізу було визначено наявність конвергентної валідності між двома психодіагностичними інструментами, що вимірювали симптоми ПТСР серед досліджуваних. Було підтверджено гіпотезу про наявність взаємозв'язку між симптомами ПТСР та якістю емоційної взаємодії у стосунках. Виявлено статистично значущі позитивні взаємозв'язки між кластерами ПТСР, уникненням, вторгненням, збудливістю та наступними характеристиками емоційної взаємодії: тривожність та уникнення близькості. Це свідчить про те, що зі зростанням вираженості симптомів ПТСР люди демонструють вищі рівні тривоги та схильності уникати емоційної близькості у стосунках. Водночас встановлено негативні кореляції між усіма шкалами ПТСР (загальною вираженістю, кластерами, вторгненням, уникненням, збудженням) та такими аспектами емоційної взаємодії, як виникнення почуттів у взаємодії з партнером, безумовне сприйняття та здатність надавати емоційну підтримку. Погіршення цих емоційних навичок і процесів спостерігалось зі зростанням симптомів ПТСР. Також виявлено негативний зв'язок між показниками вторгнення, уникнення та збудження й такими емоційними характеристиками, як «Ставлення до себе як до шлюбного партнера» та «Емоційний

фон взаємодії». За цими ж емоційними показниками знайдено негативний взаємозв'язок із загальною вираженістю симптомів ПТСР та кластерами С і D. Окремо кластер С виявився негативно пов'язаним із умінням впливати на емоційний стан партнера.

Отже, зі зростанням симптомів ПТСР погіршуються ключові аспекти емоційної взаємодії у близьких стосунках, що проявляється в більшій тривожності, уникненні близькості та зниженні емоційної підтримки, прийняття та позитивного емоційного фону.

## ВИСНОВКИ

1. У межах теоретичного аналізу було визначено, що посттравматичний стресовий розлад у психології розглядається як складний емоційно-поведінковий розлад, який з'являється через переживання травматичних подій і суттєво впливає на когнітивно – афективну сферу особистості, особливо на процеси сприйняття, емоційної регуляції та взаємодію з іншими. Для ПТСР характерні емоційна напруга, підвищена реактивність, тривожність, труднощі у регуляції афекту та схильність до уникнення ситуацій, що нагадують про травму. Подібні симптоми можуть визначати у подальшому рівень дестабілізації у контактах з іншими людьми, емоційну вразливість й довіру до партнера.

Емоційна близькість – це інтегративна властивість міжособистісних взаємин, яка включає відкритість, довіру, емпатію, здатність до прийняття почуттів іншого та готовність до взаємної підтримки. Вона є підґрунтям для психологічного благополуччя особистості та зумовлює якість взаємодії у подружніх та партнерських відносинах.

2. Особи, у яких було виявлено ознаки ПТСР, демонстрували характерні для цього стану прояви: підвищену емоційну напруженість, емоційну збудливість, нав'язливі думки, труднощі з контролем афекту та уникнення ситуацій, пов'язаних із травматичними переживаннями. Наявність таких симптомів свідчить про триваючий вплив травматичного досвіду на емоційно-поведінкову сферу та знижений рівень психологічної адаптації.

Натомість учасники, у яких симптоми ПТСР не виявлено або вони були мінімальними, не демонстрували зазначених проявів. Це вказує на їхню відносно стабільну емоційну регуляцію, адаптивність, здатність ефективно долати наслідки стресових ситуацій та відсутність значущого впливу травматичного досвіду на їхнє поточне функціонування.

3. Виявлено, що респонденти без виражених симптомів ПТСР характеризуються нижчим рівнем тривожності та уникнення близькості. Це свідчить про переваження безпечного стилю прихильності. Для цієї групи властиві

емоційна стабільність, відкритість до близькості, здатність підтримувати збалансовані подружні взаємини. У них переважає конструктивна емоційна взаємодія, здатність до співпереживання, розуміння станів партнера та прагнення до узгодження дій, що демонструє високий рівень емоційної компетентності у стосунках. Натомість, у людей із вираженою симптоматикою ПТСР спостерігається підвищений рівень тривожності та схильність до уникнення емоційної близькості. Їхні стосунки часто супроводжуються часто супроводжуються емоційною напругою та мають дисгармонійне емоційне спрямування. Частина респондентів продемонструвала певний рівень емоційної відстороненості, складнощі у прийнятті партнера та низький рівень емпатії. Були відмічені коливання у проявах емоційної підтримки, що демонструє варіативність та нестабільність реакції на поведінку партнера.

4. Було встановлено, що у респондентів із симптомами ПТСР якість емоційної взаємодії у подружніх стосунках є нижчою, що підтверджує висунуту гіпотезу. Для цієї групи характерні труднощі у розумінні та інтерпретації емоційних станів партнера, знижена відкритість до емоційного обміну, а також більш виражена тенденція до уникнення емоційної близькості.

Натомість респонденти без симптомів ПТСР демонструють більш емоційно зрілу взаємодію, гнучкість у комунікації та стабільність подружніх стосунків. Їм притаманна здатність підтримувати рівновагу між особистими потребами та потребами партнера, що сприяє конструктивній динаміці у взаєминах.

5. Отримані результати підтвердили наявність статистично значущих кореляцій між рівнем вираженості симптомів ПТСР та показниками емоційної взаємодії у близьких стосунках. Підвищення симптомів ПТСР (вторгнення, стійкого уникнення, негативних змін у пізнанні та настрої, підвищеної збудливості) пов'язане зі зростанням тривожності у взаємодії та тенденцією до уникнення емоційної близькості. Виявлено зниження рівня емоційної підтримки, прийняття партнера та позитивного емоційного фону взаємодії. Крім того, встановлено, що виражені симптоми ПТСР асоціюються зі зниженням здатності надавати чи приймати підтримку, а також із негативними переживаннями щодо власної ролі у

стосунках. Отримані результати мають важливе практичне значення: робота з подружніми парами, у яких один із партнерів має ознаки ПТСР, потребує врахування особливостей їхньої взаємодії – рівня емоційної близькості, тривожності та схильності до уникнення. Відновлення емоційного зв'язку, розвиток навичок комунікації та підтримка у подоланні уникнення можуть бути ключовими компонентами психотерапевтичних і психосоціальних програм.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрусів, Л. (2024). Вивчення емоційної палітри стосунків у різних психологічних теоріях: Історико-філософський аналіз. Of the Lviv University, 8.
2. Андрушко, Я. (2022). Історія уявлень про посттравматичний стресовий синдром. У Матеріали міжнародного круглого столу «Мультидисциплінарні підходи до аналізу суспільно-політичних проблем в умовах російсько-української гібридної війни (с. 5–6).
3. Анпілова, Д. В. (2011). Особливості діагностики психологічної близькості: проблеми і перспективи. Наукові студії із соціальної та політичної психології, (27), 139–148.
4. Астремська, І. В., & Грубань, А. В. (2024). Emotional closeness as a psychological phenomenon. In The 12th International Scientific and Practical Conference “Innovative Development of Science, Technology and Education” (pp. 195). Perfect Publishing.
5. Волков, К. (2023). Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. Психологічні перспективи, (41).
6. Герасименко, Л. О., Скрипніков, А. М., & Ісаков, Р. І. (2023). Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: Навчальний посібник. Київ: ВСВ «Медицина».
7. Грандт, В. В. (2024). Психологія травмуючих ситуацій: Навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Психологія» освітньо-професійної програми «Психологія». Запоріжжя: Запорізький національний університет.
8. Єщенко, Г. Р. (2018). Дослідження емоційної близькості у подружній діаді. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки, (1), 47–51.
9. Кашпур, Ю., Цьомик, Х. (2021). Психологічна сутність феномена емоційно - значущі взаємини. Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова. Серія

12. Психологічні науки, 67–78.
10. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., Лазос, Г. П., та ін. (2020). Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу. Київ: Видавничий Дім «Слово».
11. Коломієць, Т. В., Івіна, М. Ю. (2024). Конфлікти в сім'ях військовослужбовців: Теоретичні засади дослідження та практичні підходи до вирішення. Вісник НТУУ "КПІ". Політологія. Соціологія. Право, 4(64), 6–14.
12. Копієвська, О. Р. (2023). Травма & істерія в європейській культурі *fin de siècle* (частина 1). Вісник Національної академії керівних кадрів культури і мистецтв: Науковий журнал, (3), 3–9.
13. Крижановська, З., Бабак, К. (2022). Роль типу прив'язання в сприйманні романтичних взаємин чоловіків та жінок. Психологічні перспективи, (39), 230–240.
14. Магдич, О. (2021). Сучасні підходи до розгляду феномена емоційної близькості у психологічних студіях. Формування особистості сучасного фахівця як суб'єкта самотворення в умовах освітнього простору, 137.
15. Магдич, О. І. (2022). Феномен емоційна близькість як предмет психологічного дослідження (Doctoral dissertation, КЗВО "ВАБО").
16. Матвієнко, А., Мельник, О. (2024). Проблемність формування міжособистісних стосунків у сім'ях учасників бойових дій. *Universum*, (4), 177–185.
17. Михальський, А. В., Царьов, Ю. О. (2011). Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. Проблеми сучасної психології.
18. Моргунов, О. А., Федоренко, О. І., Мілорадова, Н. Е., Харченко, С. В., Доценко, В. В., Макарова, О. П., Червоний, П. Д. (2022). Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: Навчально-практичний посібник.
19. Мосол, Н. О. (2023). Психологія любові: теоретичні та прикладні аспекти дослідження. У *Psychological patterns of social processes and personality development in modern society* (с. 107–118). Baltija Publishing.
20. Осика, О. В. (2014). Трансактний аналіз Е. Берна у психокорекційній роботі зі

- студентами. Збірник наукових праць КНПУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології, (24), 564–574. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2014-24.%25p>
21. Семків, І. І., Вонс, О. М. С. (2020). Психологічні особливості романтичних стосунків осіб із різним типом прив'язності в юнацькому та зрілому віці. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки», (3), 46–56.
22. Ткаченко, Н. В., & Алещенко, О. В. (2023). Основні симптоми посттравматичного стресового розладу. *Journal of Psychology Research*, 29(12), 63–70.
23. Христук, О. Л. (2017). Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми: від історії до сучасності. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна, (2), 183–191.
24. Цьомик, Х. Б. (2021). Теоретичний аналіз проблеми емоційної значущості у психологічній науці. *Вчені записки*, 22021102.
25. Brewin, C., Ehlers, A. (2023). *Posttraumatic stress disorder*. Oxford University Press.
26. Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3), 259–269.
27. Campbell, S. B., Renshaw, K. D. (2018). Posttraumatic stress disorder and relationship functioning: A comprehensive review and organizational framework. *Clinical Psychology Review*, 65, 152–162.
28. Egerton, G. A., Radomski, S. A., Read, J. P. (2019). Personality-based posttraumatic stress disorder subtypes in young adults. *Traumatology*, 25(4), 235–244.
29. Estlein, R., Lavee, Y. (2021). Effect of daily stress on desire for physical proximity and emotional closeness. *Journal of Family Issues*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0192513X2110075>
30. Flores Jr, L. E., Berenbaum, H. (2014). Desired emotional closeness moderates the prospective relations between levels of perceived emotional closeness and psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(8), 673–700.

31. Fredman, S. J., Fischer, M. S., Baucom, D. H., Le, Y., Taverna, E. C., Chow, S.-M., Ram, N., Marshall, A. D. (2023). PTSD symptom cluster severity predicts momentary emotion dynamics during couple conversations. *Behavior Therapy*, 54(2), 330–345.
32. Jorgensen-Wells, M. A., James, S. L., Holmes, E. K. (2021). Attachment development in adolescent romantic relationships: A conceptual model. *Journal of Family Theory & Review*, 13(1), 128–142.
33. Lambert, J. E., Engh, R., Hasbun, A., Holzer, J. (2012). Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 26(5), 729–737.
34. Levi-Belz, Y., Zerach, G., Solomon, Z. (2014). Posttraumatic stress disorder symptoms and distress: The mediating role of interpersonal sensitivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(11), 958–974.
35. Lissek, S. (2015). Learning models of PTSD: Theoretical accounts and psychobiological evidence. *Behavior Research and Therapy*, 138, 103803.
36. Lytle, K. (2014). PTSD symptomology and relationship dysfunction: Is emotional reactivity the culprit? University of Colorado.
37. Pei, J., Jurgens, D. (2020). Quantifying intimacy in language. *Proceedings of the Conference on Empirical Methods in Natural Language Processing*. Association for Computational Linguistics. 5307-5326.
38. Strachan, L. P., Paulik, G., McEvoy, P. M. (2022). A narrative review of psychological theories of post-traumatic stress disorder, voice hearing, and other psychotic symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(6), 1791–1811.
39. Whisman, M. A. (2014). Trauma and couple functioning. *Current Opinion in Psychology*, 1, 61–64.
40. Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15057.
41. Zoromba, M. A. (2024). Advancing trauma studies: A narrative literature review embracing a holistic perspective and critiquing traditional models. *Journal of*

Trauma Studies, 12(2), 155–173.

## АНОТАЦІЯ

Зв'язок симптомів ПТСР з якістю емоційної взаємодії у близьких стосунках.  
Славина Катерина. - Кваліфікаційна робота.

У кваліфікаційній роботі досліджено взаємозв'язок симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з якістю емоційної взаємодії у близьких стосунках. На основі результатів емпіричного дослідження, проведеного із застосуванням кореляційного аналізу Спірмена та критерію Манна-Уїтні, встановлено, що всі основні симптоми ПТСР – вторгнення, уникнення, підвищене збудження, а також негативні зміни у пізнанні та настрої – мають статистично значущий негативний зв'язок з якістю емоційної взаємодії партнерів у близьких стосунках.

Ключові слова: якість емоційної взаємодії, симптоми ПТСР, близькі відносини, дорослий вік, ПТСР.

## ABSTRACT

The relationship between PTSD symptoms and the quality of emotional interaction in close relationships. Slavina Kateryna. - Qualification work.

In this qualification thesis, the relationship between post – traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and the quality of emotional interaction in close relationships was examined. Based on the results of an empirical study conducted using Spearman`s correlation analysis and the Mann-Whitney U test, it was found that all key PTSD symptoms – intrusion, avoidance, hyperarousal, as well as negative alterations in cognition and mood – show a statistically significant negative association with the quality of emotional interaction between partners in close relationships.

Keywords: quality of emotional interaction, PTSD symptoms, close relationships, adulthood, PTSD.