



5. Osnovy reabilitatsiinoi psikhologii: podolannia naslidkiv kryzy. (2018). Navchalnyi posibnyk [Fundamentals of rehabilitation psychology: overcoming the effects of the crisis. Tutorial] / General edition N. Prorok. T. 1. Kyiv, 208. [in Ukrainian].
6. Butow Ph, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L. (2017) Randomized Trial of ConquerFear: A Novel, Theoretically Based Psychosocial Intervention for Fear of Cancer Recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, 35(36). 1–13.
7. Crist JV, Grunfeld EA. (2013) Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5). 978–986.
8. Dieng M, Butow PN, Costa DS, et al. (2016) Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 34. 4405–4414.
9. Eisenberg SA, Kurita K, Taylor-Ford M. et al. (2015) Intolerance of uncertainty, cognitive complaints, and cancer-related distress in prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 24. 228–235.
10. Fardell, J.E., Thewes, B., Turner, J. et al. (2016) Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal Cancer Survivorship*, 10. 663–673.
11. Fletcher L, Hayes S. (2005) Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 23. 315–336.
12. Humphries G, Rogers S. (2012) After and beyond: cancer recurrence fears and test of an intervention in oropharyngeal patients. *Social Science and Dentistry*, 2. 29–38.
13. Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, et al. (2014) Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal Cancer Survivorship*, 8. 485–496.
14. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. (1992) Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16. 143–163
15. Lichtenthal WG, Corner GW, Slivjak ET et al. (2017) A pilot randomized controlled trial of cognitive bias modification to reduce fear of breast cancer recurrence. *Cancer*, 123. 1424–1433
16. McGinty HL, Goldenberg JL, Jacobsen PB. (2012) Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 21. 203–210.
17. Otto AK, Szczeny EC, Soriano EC et al. (2016) Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 35. 1320–1328.
18. Park CL, Cho D, Blank TO, Wortmann JH. (2013) Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22. 1630–1638
19. Sharpe L, Curran L. (2006) Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62. 1153–1166.
20. Thewes B, Brebach R, Dzidowska M, et al. (2014) Current approaches to managing fear of cancer recurrence; a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psycho-Oncology*, 23. 390–396.
21. van der Wal M, Thewes B, Gielissen M, et al. (2017) Efficacy of a blended cognitive behaviour therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal cancer survivors: the SWORD study, a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35 (19). 2173–2185.
22. Wells A. (2005) Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 23. 337–355.

Стаття надійшла до редакції 02.03.2021.

The article was received 02 March 2021.

УДК 159.942.5:616.89

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-18>

## МОТИВАЦІЙНИЙ ПРОФІЛЬ ОСОБИСТОСТІ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ СУБ'ЕКТИВНИМ СПРИЙНЯТТЯМ ЩАСТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

**Марута Оксана Сергіївна,**

кандидат психологічних наук,

старший науковий співробітник відділу медичної психології

*Інститут неврології, психіатрії та наркології*

*Національної академії медичних наук України*

os\_maruta150@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0002-6374-6278>

**Мета.** Вивчення мотиваційної структури особистості та її зв'язку із суб'єктивним сприйняттям щастя у пацієнтів із психічними розладами для визначення механізмів їх формування.

**Методи.** Комплекс методів дослідження включав авторський варіант методики семантичного диференціалу щастя, призначений для діагностики суб'єктивного сприйняття щастя, методику мотиваційного профілю структури особистості та методи статистичної обробки отриманих даних.

**Результати.** У статті викладені результати обстеження 210 пацієнтів (70 – з органічними психічними розладами, 70 – з депресивними розладами, 70 – з невротичними розладами) та 105 здорових (осіб без психічних розладів).

Встановлено, що хворі на психічні розлади характеризуються зниженим рівнем мотивації як у прагненнях, так і в реальній реалізації. Означені тенденції у хворих на психічні розлади є спільними як у загальножиттєвих, так і в робочих ситуаціях. Серед структурних особливостей мотиваційного профілю хворих на психічні розлади визначається превалювання мотивації споживання за менш виразної мотивації розвитку.

Складники суб'єктивного сприйняття щастя прямими кореляціями були пов'язані із суспільною активністю, мотивацією розвитку, комфорту, споживання. Зворотні кореляційні зв'язки поєднували категорії суб'єктивного сприйняття щастя та спрямованість на переживання стеничного типу, спілкування, загальну та творчу активність, мотивацію розвитку.

**Висновки.** Отримані дані свідчать про те, що суб'єктивне сприйняття щастя хворих на психічні розлади зумовлене певними особливостями емоційно-мотиваційної сфери. Психотерапевтичні впливи визначених особливостей дозволяють корегувати характер суб'єктивного сприйняття щастя.

**Ключові слова:** суб'єктивне сприйняття щастя, мотиваційна спрямованість особистості, емоційний профіль особистості, психічні розлади, кореляційні зв'язки, рівень потреб, задоволеність життям.

## PERSONALITY MOTIVATIONAL PROFILE AND ITS RELATIONSHIP WITH SUBJECTIVE PERCEPTION OF HAPPINESS IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Maruta Oksana Serhiivna,

Ph.D. in Psychology,

Senior Researcher at the Department of Medical Psychology

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine*

os\_maruta150@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0002-6374-6278>

**Purpose.** Study of the motivational structure of the personality and its relationship with the subjective perception of happiness in patients with mental disorders to determine the mechanisms of their formation.

**Methods.** The complex of research methods included the author's version of the method of the semantic differential of happiness, designed to diagnose the subjective perception of happiness, the method of the motivational structure of the personality and methods of statistical processing of the obtained data.

**Results.** The article presents the results of the survey 210 patients (70 – with organic mental disorders, 70 – depressive disorders, 70 – neurotic disorders) and 105 healthy (persons without mental disorders) were examined.

It was found that patients with PD are characterized by a reduced level of motivation both in aspirations and in real implementation. These tendencies in patients with mental disorders are common in both general life and work situations. Among the structural features of the motivational profile of patients with mental disorders, the predominance of consumption motivation is determined with a less expressive development motivation.

The components of the subjective perception of happiness by direct correlations were associated with social activity, motivation for development, comfort, consumption. Inverse correlations connected the categories of subjective perception of happiness and the focus on experiences of the wall type, communication, general and creative activity, motivation for development.

**Conclusions.** The data obtained indicate that the subjective perception of happiness in patients with mental disorders is conditioned by certain features of the emotional-motivational sphere. The psychotherapeutic effects of certain features allow to correct the nature of the subjective perception of happiness.

**Key words:** subjective perception of happiness, motivational orientation of the personality, emotional profile of the personality, mental disorders, correlations, level of needs, life satisfaction.

### Вступ

Зниження стресового навантаження на сучасну людину, зміцнення саногенних ресурсів за умов зростаючих викликів життя є найактуальнішою проблемою сучасної психології. Психічне здоров'я людини тісно пов'язане із саногенними ресурсами, позитивними став-

ленням до життя, задоволенням своїм станом, які визначають психологічний конструкт «щастя» (Левит, 2013; Хвисьок та ін., 2017; Шестопалова та ін., 2018).

### 1. Теоретичне обґрунтування проблеми

Емоційні стани, такі як щастя і ставлення до життя розглядаються як ключові детер-



мінанти соматизації, відчуття стресу і занепокоєння, пов'язаних із життєвими подіями. Результати медичних і психологічних досліджень свідчать про те, що емоційні реакції на життєві події можуть впливати на фізіологію способами, які потенційно небезпечні для здоров'я. Комплексні дослідження вказують на автономну нервову систему як основний канал передачі афектів щастя на здоров'я (Шамионов, 2014; Шестопалова та ін., 2017; Veenhoven, 2008). Оцінка взаємозв'язку між психічними розладами (далі – ПР) свідчить про зниження останнього за порушень психічного здоров'я (Joshnloo, 2015; Levit, 2014).

На основі досліджень корелятивів щастя у пацієнтів із тривогою та депресією були визначені основні чинники нещастя: уникнення позитивних емоцій внаслідок непропорційного перевищення ризиків над користю та зниження мотивації до участі у позитивно орієнтованій діяльності та визначенні позитивних цілей (Марута, 2013; Lambert D'raven et al., 2015).

Були також виявлені сталі зв'язки між порушеннями сну та рівнем щастя. З одного боку, порушення психічного здоров'я зумовлювали порушення сну, з іншого – безсоння формувалося внаслідок зниження рівня щастя у вигляді зміни сприйняття та наявності емоційного афекту (Шестопалова та ін., 2017; Knyazeva et al., 2017).

Важливими складовими частинами конструкту щастя як екзистенціальної категорії є система соціально значущих цінностей та особливостей емоційно-мотиваційної сфери індивіда, що й визначило мету нашого дослідження (Королева, 2013; Петров и др., 2015; Соловьева, 2009).

Мета дослідження – вивчення мотиваційної структури особистості та її зв'язку із суб'єктивним сприйняттям щастя у пацієнтів із ПР для визначення механізмів їх формування.

У дослідженні взяли участь 210 пацієнтів із ПР (70 – органічними ПР, 70 – депресивними розладами, 70 – із невротичними розладами) та 105 здорових осіб (без ПР).

## 2. Методологія та методи

Комплекс методів дослідження включав авторський варіант методики семантичного диференціалу щастя (СДЩ) та методику мотиваційного профілю структури особистості.

*СДЩ* призначений для діагностики рівня суб'єктивного сприйняття щастя. Методика містить 42 уніполярні шкали, які утворюють 6 факторів суб'єктивного сприйняття щастя: емоційний (ЕМ), соціальний (СЦ), матеріальний (МТ), фізичний (ФЗ), динамічний (ДН) та екзистенційний (ЕК). Для кожної шкали представлені категорії, що є смисловими компонентами поняття щастя. Означені смислові категорії випробуванням пропонується оцінити за десятибальною шкалою. Ділення шкали

оцінки фіксують різні ступені відповідності цієї категорії поняттю «щастя». Використовують два бланки, на першому виявляється потреба в кожному із компонентів, а на другому – ступінь їх наявності (представленості) у певний момент життя (потреба (СДЩп) і наявність (СДЩн)). Оцінка респондентами значення поняття за шкалами СДЩ дозволяє сформувати семантичний простір суб'єктивного сприйняття щастя та побудувати карту їхнього взаємного розташування (Марута, 2019).

*Методика діагностики мотиваційної структури особистості* дозволяє визначити провідні мотиви особистості та важливість цих мотивів для особистості в роботі й у повсякденному житті, а також те, наскільки ці мотиви вже реалізовані в житті та якою мірою можна реалізувати кожен із цих мотивів в ідеалі (Мільман, 1990).

Сумарні діагностичні оцінки належать до семи мотиваційних шкал і двох шкал емоційної поведінки – емоційних переваг (спрямованості) та фрустраційної поведінки. Додання емоційного профілю в загальний мотиваційний профіль особистості диктується у науковому плані спільністю мотивації й емоційності, а у практичному – суттєвою діагностичною інформативністю.

Мотиваційний профіль особистості згідно з цією методикою дозволяє визначити 7 провідних мотивацій: П – підтримку життєзабезпечення, К – комфорт і власну безпеку, С – соціальний статус, О – спілкування, Д – загальну активність, ДР – творчу активність та ОД – суспільну корисність.

Кожна із семи мотиваційних шкал представлена чотирма підшкалами, такими як: Ож – загальножиттєва спрямованість особистості, що стосується всієї сфери життєдіяльності; Рб – робоча спрямованість, яка належить тільки до робочої або навчальної сфери; Ід – «ідеальний» стан мотиву, рівень спонукання, прагнення; Ре – «реальний» стан мотиву, тобто наскільки випробовуваний розцінює мотив задоволенням зараз, а також скільки докладає для цього зусиль.

Емоційний профіль особистості містить 4 шкали: Ест – спрямованість на емоційні переживання стеничного типу; Еаст – спрямованість на емоційні переживання астеничного типу; Фст – стеничний тип переживання і поведінки у стані фрустрації; Фаст – астеничний тип переживання при фрустрації.

Загальна мотиваційна картина особистості відбивається в особистісно-мотиваційному профілі, що представляється в кількісному або графічному вигляді співвідношення різних мотиваційних шкал. Це співвідношення, тобто характер мотиваційного профілю особистості подібно до окремих мотиваційних характеристик піддається типологізації.

Статистична обробка даних здійснювалася з використанням програмного пакету Excel і SPSS for Windows, Standarn Version 11.5, Copyright SPSS Inc., 2002.

### 3. Результати та дискусії

Проведене дослідження дозволило отримати такі результати. Мотиваційний профіль особистості хворих на ПР у порівняльному аспекті із групою здорових відображено на рис. 1.

Відповідно до отриманих даних у хворих на ПР спостерігалася наявність односпрямованої мотивації, що виявлялася значним переважанням мотивів «підтримки життєдіяльності» ( $\Sigma\P=18,6\pm 2,34$ ). Найменш вираженим у хворих на ПР у структурі мотиваційної спрямованості визначався мотив «суспільної активності» ( $\Sigma\text{ОД}=8,89\pm 1,90$ ). Порівняння із групою здорових у хворих на ПР статистично підтверджує наявність більш низького рівня мотивів «загальної активності» ( $\Sigma\text{Д}=10,93\pm 2,17$ ,  $p \leq 0,01$ ), «творчої активності» ( $\Sigma\text{ДР}=10,33\pm 1,68$ ,  $p \leq 0,05$ ) і «суспільної активності» ( $\Sigma\text{ОД}=8,89\pm 1,90$ ,  $p \leq 0,05$ ). Загалом мотиваційний профіль хворих на ПР характеризувався регресивним характером і визначався поступовим зниженням профільної лінії від максимальних балів (за мотивами споживання) до мінімальних (за мотивами розвитку).

Мотиваційний профіль особистості здорових осіб відрізнявся наявністю підйомів у профільній лінії за шкалами «підтримки життєзабезпечення» ( $\Sigma\P=16,37\pm 2,16$ ) і «загальної активності» ( $\Sigma\text{Д}=15,81\pm 1,72$ ), тобто наявністю різноспрямованості особистості з одночасною представленістю і мотивації споживання, і мотивації розвитку.

Аналіз інтегральних показників за спрямованими мотивів показав, що у хворих на ПР показники шкал за мотивацією споживання, як реальної, так і ідеальної, були вищими, ніж у здорових, тоді як за мотивами розвитку – навпаки, визначалися їхні нижчі значення, рівень мотивації розвитку у хворих на ПР виявився достовірно нижчим ( $30,15\pm 3,47$ ) порівняно зі здоровими ( $42,37\pm 3,36$ ), при  $p \leq 0,01$  (рис. 2). Тобто хворі на ПР відрізнялися значно меншою виразністю мотивації розвитку за більш виразних показників мотивації споживання.

Відповідно до результатів додаткових шкал методики, що визначають рівень загальножиттєвої та робочої мотивації у їх реальному та ідеальному варіантах, у всіх обстежених, як здорових, так і хворих на ПР, загальножиттєва мотивація визначалася вищою за рівнем, ніж робоча (див. рис. 3), однак у хворих на ПР рівні як робочої, так і

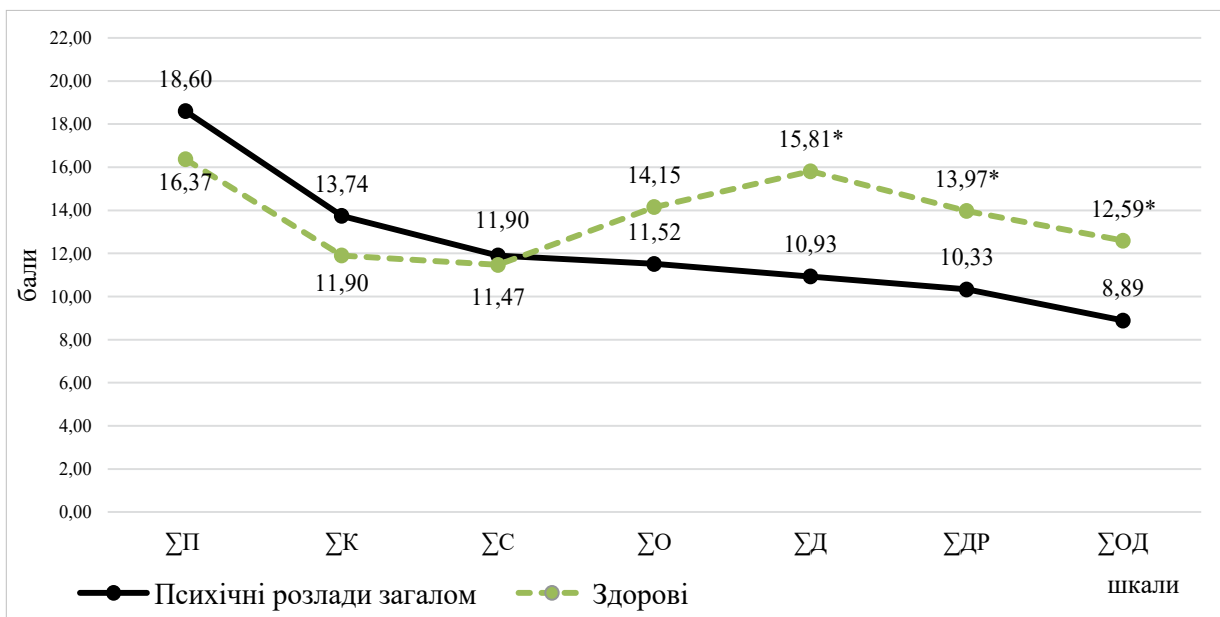


Рис. 1. Мотиваційний профіль особистості хворих на ПР і здорових осіб (за методикою мотиваційної структури особистості В. Мільмана)

Умовні позначення:

- Π – підтримка життєзабезпечення
- К – комфорт
- С – соціальний статус
- О – спілкування

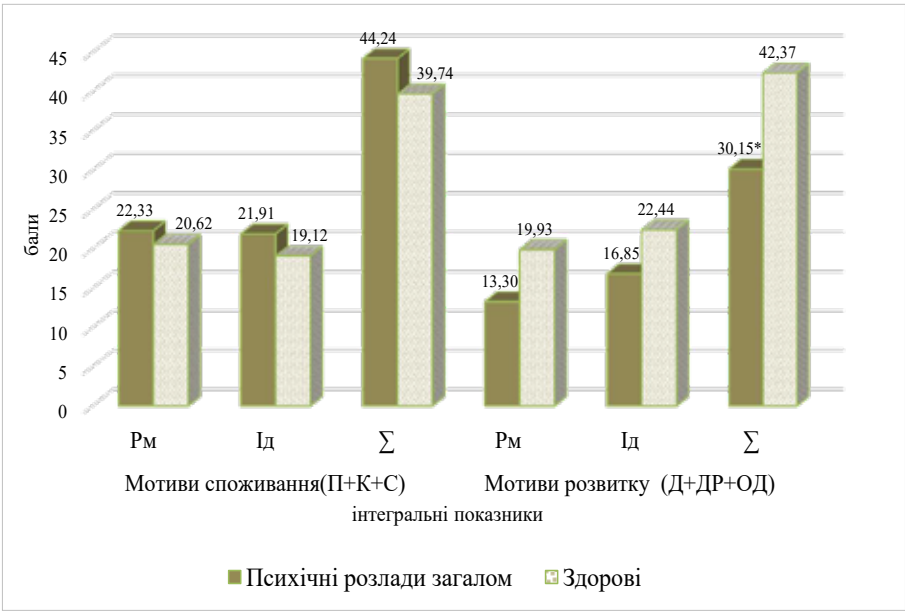
Д – Загальна активність

ДР – Творча активність

ОД – Суспільна активність

\* – відмінності із групою здорових на рівні  $p \leq 0,05$

\*\*Абревіатури збережені згідно з варіантом автора



**Рис. 2. Мотиваційна спрямованість особистості хворих на ПР і здорових осіб (за методикою мотиваційної структури особистості В. Мільмана)**

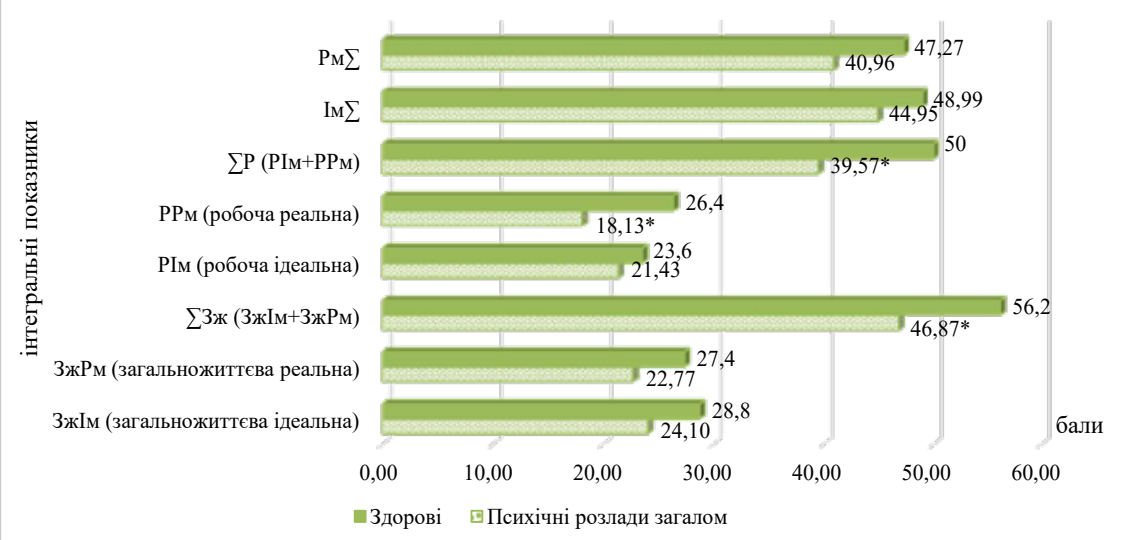
Умовні позначення:

- П – підтримка життязабезпечення
- К – комфорт
- С – соціальний статус
- О – спілкування
- Д – Загальна активність

- ДР – Творча активність
- ОД – Суспільна активність
- Рм – реальна мотивація
- Ім – ідеальна мотивація

\* – відмінності із групою здорових на рівні  $p \leq 0,01$

\*\*Абревіатури збережені згідно з варіантом автора



**Рис. 3. Аналіз додаткових показників мотиваційного профілю особистості хворих на ПР і здорових осіб (за методикою мотиваційної структури особистості В. Мільмана)**

Умовні позначення:

- Рм – реальна мотивація
- Im – ідеальна мотивація
- Р – робоча мотивація
- Зж – загальножиттєва мотивація

\* – відмінності із групою здорових на рівні  $p \leq 0,01$

\*\*Абревіатури збережені згідно з варіантом автора



загальножиттєвої мотивації виявлялися достовірно нижчими ( $39,57 \pm 2,87$  і  $46,87 \pm 3,23$ ), ніж у здорових ( $50,00 \pm 3,15$  і  $56,2 \pm 3,56$ ), при  $p \leq 0,05$ , тобто хворі на ПР були менш мотивованими як у загальному житті, так і в робочій ситуації. Аналогічна тенденція була отримана і за рівнем загальних показників реальної та ідеальної мотивації (прагнення, реалізованість мотивів у хворих на ПР також були нижчими, ніж у здорових, але без статистично підтверженої різниці).

Статистична ж відмінність хворих на ПР полягала у значно нижчому рівні їхньої робочої реальної мотивації ( $18,13 \pm 1,46$ ), ніж у здорових ( $26,4 \pm 1,92$ ), при  $p \leq 0,05$ , що визначає низький рівень їхньої реальної робочої мотивації. Загалом за всіма додатковими шкалами, які відображають рівень мотивації, показники у хворих на ПР визначались нижчими, ніж у здорових. Означене свідчить про наявність мотиваційного зниження, що характеризує хворих на ПР.

Загалом отримані дані щодо аналізу мотиваційного профілю особистості свідчать про те, що хворі на ПР характеризуються зниженим рівнем мотивації як у прагненнях, так і в реальній реалізації. Означені тенденції у хворих на ПР є спільними як у загальножиттєвих, так і в робочих ситуаціях. Серед структурних особливостей мотиваційного профілю хворих на ПР визначається превалювання мотивації споживання за менш виразної мотивації розвитку.

Аналіз емоційних уподобань особистості хворих на ПР і здорових осіб графічно представлено на рис. 4.

Емоційний профіль хворих на ПР характеризувався високою амплітудою у виразності показників астеничного та стеничного реагування зі значним домінуванням астеничних реакцій як в емоційних уподобаннях, так і у фрустраційній поведінці. Астеничні реакції за обома шкалами у хворих на ПР були достовірно вищими (Еаст =  $8,31 \pm 1,82$  і Фаст =  $7,45 \pm 1,57$ ), ніж у групі здорових (Еаст =  $6,42 \pm 1,63$  і Фаст =  $5,42 \pm 1,79$ ), при  $p \leq 0,01$ , тоді як стеничні реакції – достовірно нижчими (Ест =  $5,65 \pm 1,67$  і Фст =  $4,83 \pm 1,49$ ) порівняно зі здоровими (Ест =  $7,25 \pm 1,81$  і Фст =  $6,58 \pm 1,66$ ), при  $p \leq 0,05$ . Тобто, хворі на ПР воліли до емоційних переживань гедоністичного та пасивного типу, прагнули до комфорту та характеризувалися низькою здатністю контролювати себе та керувати собою в стресових ситуаціях. У контрольній же групі навпаки, стеничні реакції превалювали над астеничними, при цьому сам емоційний профіль не мав значної амплітуди (різниці) в показниках, тобто виключності в емоційних реакціях здорових осіб не визначалось. При превалюванні стеничних реакцій за обома шкалами, мали місто також і астеничні реакції. Визначене свідчить про схильність осіб із групи здорових до активних, дієвих емоційних переживань і можливість керувати своїми реакціями у фруструючих ситуаціях при можливості також в деяких випадках відреагувати астенично.

В структурі емоційного профілю хворих на ПР, як вже зазначалось, превалювали астеничні емоційні реакції як в емоційних

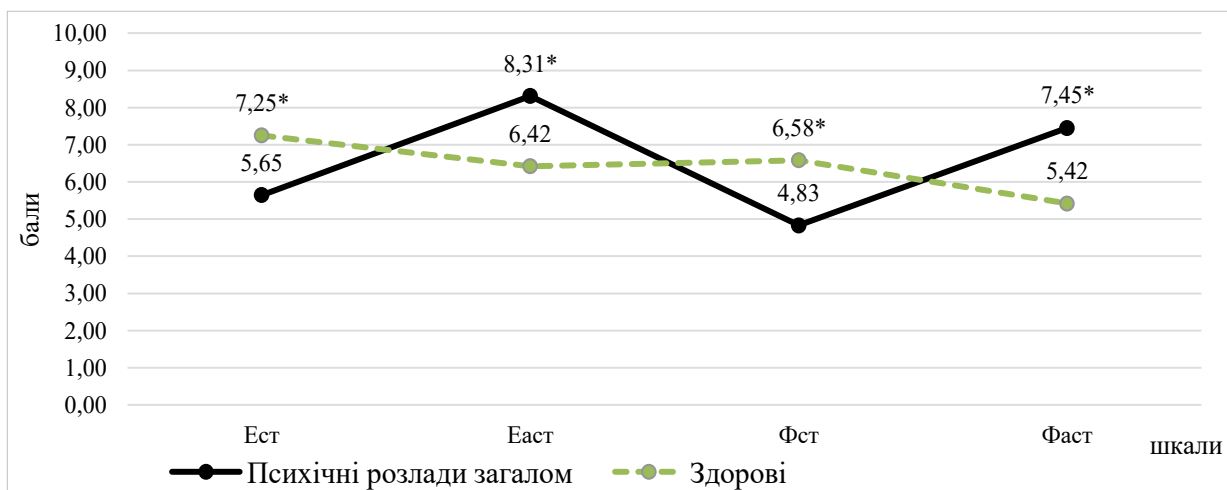


Рис. 4. Емоційний профіль особистості хворих на ПР і здорових осіб (за методикою мотиваційної структури особистості В. Мільмана)

Умовні позначення:

Ест – спрямованість на емоційні переживання стеничного типу

Еаст – спрямованість на емоційні переживання астеничного типу

Фст – стеничний тип переживання фрустрації

Фаст – астеничний тип переживання фрустрації

\* – відмінності із групою здорових на рівні  $p \leq 0,05$



уподобаннях, так і у фрустраційній поведінці (рис. 5). При цьому, хворі на невротичні розлади характеризувались найвищим рівнем астенічних реакцій за обома шкалами (Еаст=8,75±1,37; Фаст=7,8±1,42), при  $p \leq 0,05$ , порівняно зі здоровими. Також порівняно зі здоровими, хворі цієї групи виявляли статистично нижчі показники за шкалою стенічних емоційних уподобань (Ест=5,64±1,51), при  $p \leq 0,05$ .

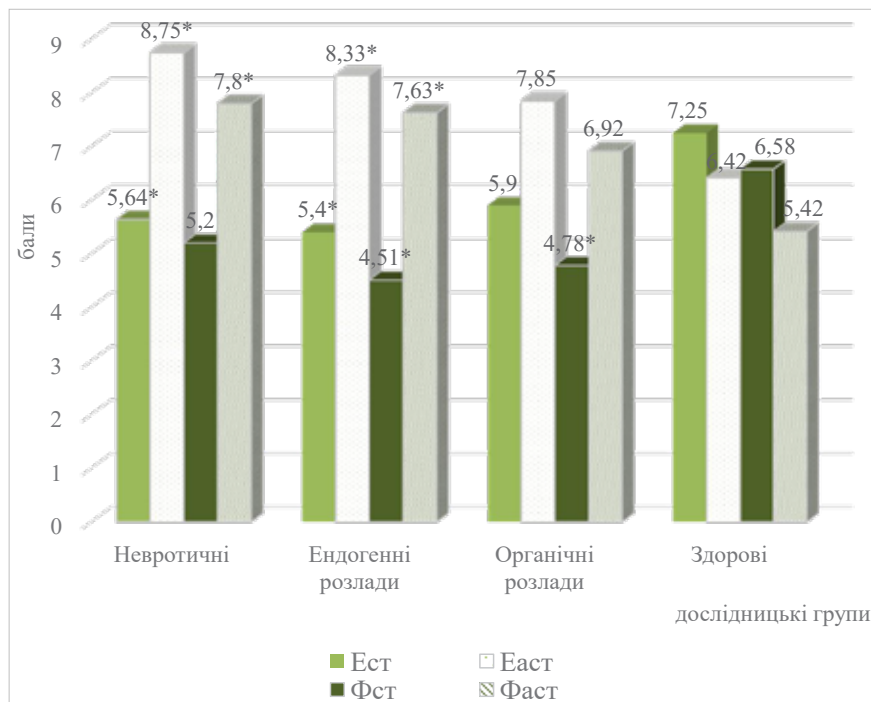
Хворі на депресивні розлади характеризувались найнижчими показниками за стенічними реакціями, як в емоційних уподобаннях (Ест=5,4±1,46), так і в реакціях на фрустрацію (Фст=4,51±1,39), що за своїм рівнем виявлялись значно нижчими, ніж у групі здорових, при  $p \leq 0,05$ . Також, порівняно зі здоровими, у хворих цієї групи було зафіксовано значно вищий рівень астенічного реагування на фрустрацію (Фаст=7,63±1,40), при  $p \leq 0,05$ .

У хворих на органічні розлади при збереженні загальної тенденції: превалювання астенічного реагування над стенічним, статистично достовірна різниця за означеними показниками була виявлена лише за рівнем виразності стенічного емоційного реагування на фрустрацію (Фст=4,78±1,37), значно нижчим, ніж у здорових, при  $p \leq 0,05$ .

Таким чином, хворі на ПР характеризувалися астенічним профілем емоційного реагування: прагнули комфорту та спокою (особливо хворі на невротичні розлади), мали низьку здатність контролювати себе в ситуаціях фрустрації (особливо за невротичних та органічних розладів), були пасивні у відрегуванні на фруструючі обставини (особливо за депресивних розладів).

Аналіз рівня та структурного змісту суб'єктивного сприйняття щастя здійснювався за результатами методики СДЩ, завдяки якій були оцінені два профілі суб'єктивного сприйняття щастя: потреби в кожному із компонентів і ступеня їх наявності у певний момент життя.

Відповідно до результатів за цією методикою встановлено, що респонденти всіх дослідницьких груп виявляли значно вищі показники рівня потреб щодо різних компонентів щастя порівняно із рівнем їх наявності в реальному житті. У хворих на ПР рівень реалізації компонентів щастя виявлявся нижчим, ніж у здорових. Особливо низьким і достовірно нижчим, ніж у здорових, рівень представленості та реалізованості компонентів щастя в реальному житті був



**Рис. 5. Особливості емоційного профілю особистості хворих із ПР різної етіології та здорових осіб (за методикою мотиваційної структури особистості В. Мільмана)**

Умовні позначення:

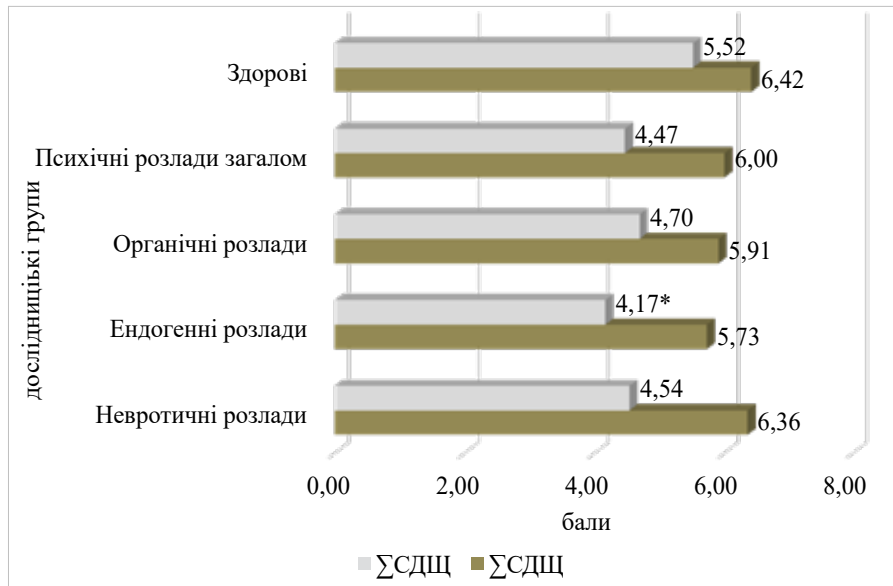
*Ест* – спрямованість на емоційні переживання стенічного типу

*Еаст* – спрямованість на емоційні переживання стенічного типу

*Фст* – стенічний тип переживання фрустрації

*Фаст* – астенічний тип переживання фрустрації

\* – відмінності із групою здорових на рівні  $p \leq 0,05$



**Рис. 6. Рівень потреб і реалізованості компонентів щастя у хворих на ПР різного генезу та здорових осіб**

Умовні позначення:

ΣСДЩп – рівень потреби в компонентах щастя

ΣСДЩн – рівень наявності/реалізованості в реальному житті компонентів щастя

\* – відмінності із групою здорових на рівні  $p \leq 0,05$

у хворих на депресивні розлади ( $4,17 \pm 0,67$ ), при  $p \leq 0,05$ .

Різниця між рівнем потреб у компонентах щастя (СДЩп) та рівнем їх наявності (СДЩн) відображає ступінь задоволеності життям ( $\Delta$ СДЩ). Чим меншою є отримана різниця, тим більша задоволеність і вищий рівень щастя і, навпаки, при підвищенні показників  $\Delta$ СДЩ визначається зниження рівня задоволеності та більш низький рівень суб'єктивного сприйняття щастя. Тобто відповідно до цієї методики показник  $\Delta$ СДЩ має інверсний

характер відносно рівня щастя: чим меншим виявляється  $\Delta$ СДЩ, тим вищим є рівень щастя. Отримані за цим показником дані графічно представлено на рис. 6.

Вивчення кореляційних взаємозв'язків суб'єктивного сприйняття щастя та показників мотиваційної структури особистості свідчить про таке.

Загальний рівень щастя найбільшою мірою був пов'язаний із суспільною активністю (0,54), мотивацією розвитку (0,59) і спрямованістю на емоційні переживання стеничного типу (-0,40) (див. табл. 1).

Таблиця 1

**Кореляція мотиваційно-емоційних характеристик із показниками суб'єктивного рівня щастя у хворих на ПР**

Шкали		Суб'єктивний рівень щастя						
		$\Delta$ СДЩ рівнем щастя	$\Delta$ ЕМ емоційний	$\Delta$ СЦ соціальний	$\Delta$ МТ матеріальний	$\Delta$ ФЗ фізичний	$\Delta$ ДН динамічний	$\Delta$ ЕК екзистенційний
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Мотиваційна структура особистості (Мільман)	П – підтримка життєзабезпечення	-0,11	0,13	0,13	0,38	-0,09	-0,18	-0,15
	К – комфорт	-0,10	0,45	-0,21	0,20	0,19	0,25	0,13
	С – соціальний статус	-0,02	0,11	0,01	-0,11	0,13	0,16	0,10
	О – спілкування	0,03	-0,09	-0,44	-0,05	1,00	-0,20	-0,14
	Д – загальна активність	0,20	0,19	-0,21	-0,12	-0,64	0,24	0,21
	ДР – творча активність	0,18	0,17	0,09	-0,13	0,18	-0,05	-0,53
	ОД – суспільна активність	-0,54	0,18	-0,24	-0,02	-0,26	-0,06	-0,06





Закінчення таблиці 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Мотиваційна структура особистості (Мільман)	Мотивація споживання	-0,06	-0,04	0,28	0,41	0,09	-0,06	-0,15
	Мотивація розвитку	-0,59	-0,01	0,09	0,13	-0,08	-0,37	-0,49
	Рм – реальна мотивація	-0,10	0,03	0,14	0,20	-0,21	0,16	-0,22
	Ім – ідеальна мотивація	0,60	-0,15	0,16	-0,15	-0,10	-0,16	-0,24
	Р – робоча мотивація	0,04	-0,20	-0,09	0,06	-0,22	-0,27	0,02
	Зж – загальножиттєва мотивація	0,13	0,03	-0,01	-0,01	0,09	0,03	0,46
	Загальний рівень мотивації	0,24	-0,10	-0,06	0,20	0,05	-0,18	0,29
	Ест – спрямованість на емоційне переживання стеничного типу	-0,40	0,26	0,20	0,12	-0,35	-0,26	-0,02
	Еаст – спрямованість на емоційне переживання астенічного типу	-0,10	0,16	-0,18	0,07	-0,12	0,17	0,23
	Фст – стеничний тип переживання фрустрації	0,11	0,06	-0,22	-0,05	-0,05	0,01	-0,07
	Фаст – астенічний тип переживання фрустрації	0,26	0,23	-0,17	0,08	0,37	0,21	-0,07

*Примітки:*  
 Значення подано у форматі «r – коефіцієнт кореляції»  
 Рівень достовірності взаємозв'язків  $p < 0,05$  виділено заливкою сірого кольору  
 Показники кореляції мають зворотні значення, тобто трактуються зі зворотним знаком

Емоційний компонент суб'єктивного рівня щастя корелював із комфортом (0,45), а соціальний – зі спілкуванням (-0,44).

Матеріальний компонент сприйняття щастя був пов'язаний із мотивацією споживання (0,41), фізичний – із загальною активністю (-0,64), а екзистенційний – із творчою активністю (-0,53) та мотивацією розвитку (-0,49). Важливо підкреслити, що складові частини суб'єктивного сприйняття щастя прямими кореляціями були пов'язані із суспільною активністю, мотивацією розвитку, комфорту, споживання. Зворотні кореляційні зв'язки поєднували категорії суб'єктивного сприйняття щастя та спрямованість на переживання стеничного типу, спілкування, загальну та творчу активність, мотивацію розвитку.

#### Висновки

Отримані дані свідчать про те, що хворі на ПР характеризуються зниженим рівнем мотивації як у прагненнях, так і в реальній реалізації. Означені тенденції у хворих на ПР є спільними як у загальножиттєвих, так і в робочих ситуаціях. Серед структурних особливостей мотиваційного профілю хворих на ПР визначається превалювання мотивації споживання за менш виразної мотивації розвитку.

Встановлено, що респонденти всіх дослідницьких груп виявляли значно вищі показники рівня потреб щодо різних компонентів щастя порівняно із рівнем їх наявності в реальному житті. У хворих на ПР рівень реалізації компонентів щастя виявлявся нижчим, ніж у здорових. Особливо низьким і достовірно нижчим, ніж у здорових, рівень представленості та реалізованості компонентів щастя в реальному житті був у хворих на депресивні розлади.

Складники суб'єктивного сприйняття щастя прямими кореляціями були пов'язані із суспільною активністю, мотивацією розвитку, комфорту, споживання. Зворотні кореляційні зв'язки поєднували категорії суб'єктивного сприйняття щастя та спрямованість на переживання стеничного типу, спілкування, загальну та творчу активність, мотивацію розвитку.

Отримані дані свідчать про те, що суб'єктивне сприйняття щастя хворих на ПР зумовлено певними особливостями емоційно-мотиваційної сфери. Психотерапевтичні впливи визначених особливостей дозволяють корегувати характер суб'єктивного сприйняття щастя.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Королева М.Н. Счастье как социокультурный феномен (социологический анализ) : дис. ... канд. соц. наук : 22.00.06. Москва, 2013. 164 с.
2. Левит Л.З. Личностно-ориентированная концепция счастья: интегративные возможности. *Социальный психолог.* 2015. № 1 (29). С. 30–42.
3. Марута Н.А., Федченко В.Ю. Клинико-психопатологические и патопсихологические прогностические факторы течения рекуррентный депрессивных расстройств. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* 2019. Т. 10. № 1. С. 120–135.
4. Марута О.С. Семантический дифференциал счастья (клинико-психологические аспекты). *Медицина психология.* 2019. Т. 14. № 2. С. 27–31.

5. Мильман В.Э. Метод изучения мотивационной сферы личности / *Практикум по психодиагностике*. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. Москва, 1990. С. 23–43.
6. Петров В.Г., Злыгостева К.В. Счастье и психологическое благополучие в структуре ресурсной модели психологического здоровья. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2015. № 4 (104). С. 79–83.
7. Соловьева С.Л. Психологическая концепция счастья и оптимизм. *Вестник Санкт-петербургского университета. Серия 12*. 2009. Вып. 1. Ч. I. С. 67–74.
8. Хвисьок О.М., Маркова М.В., Марков А.Р. та ін. Клінічна специфіка й особливості психопатогенезу дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах соціального стресу і концентральної війни. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 1. С. 29–36.
9. Шамяионов Р.М., Бескова Т.В. Методика диагностики субъективного благополучия личности. *Психологические исследования*. 2018. Т. 11. № 60. С. 8. <http://psystudy.ru> (дата звернення: 20.02.2021).
10. Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А., Бородавко О.О. Индивидуально-психологические особенности комбатантов из разными формами постстрессовых психических расстройств. *Медицина психология*. 2018. Т. 13. № 2. С. 3–6.
11. Шестопалова Л.Ф., Марута О.С. Особенности функционирования базисных убеждений у больных на невротичные расстройства, что пережили тяжкий стресс у повсякденному житті. *Теория і практика сучасної психології*. 2017. Вип. 2. С. 43–47.
12. Joshanloo M. Revisiting the empirical distinction between hedonic and eudaimonic aspects of well-being using exploratory structural equation modelling. *Journal of Happiness Studies*. 2016. Vol. 17 (5). P. 2023–2036.
13. Knyazeva T.N., Semenova L.E., Chevachina A.V., Batyuta M.B., Sidorina E.V. Psychological well-being of russian women and men coming from the orthodox environment. *Modern Journal of Language Teaching Methods*. 2017. March. Vol. 7. Issue 3. P. 411–418.
14. Lambert, L., Lomas, T., van de Weijer, M. P. et al. Towards a greater global understanding of wellbeing: A proposal for a more inclusive measure. *International Journal of Wellbeing*. 2020. Vol. 10 (2). P. 1–18.
15. Levit L.Z. Person-Oriented Conception of Happiness as the Ultimate Psychological Theory: Ten Main Reasons. *Psychology and Behavioral Sciences*. 2017. Vol. 6. № 5. P. 118–121.
16. Veenhoven R. Co-development of Happiness Research: Addition to “Fifty Years After the Social Indicator Movement”. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*. Springer. 2018. Vol. 135 (3). P. 1001–1007.

#### REFERENCES:

1. Koroleva, M.N. (2013) Schast'ye kak sotsiokul'turnyy fenomen (sotsiologicheskyy analiz) [Happiness as a socio-cultural phenomenon (sociological analysis). Candidate's thesis. Moskva [in Russian].
2. Levit, L.Z. (2015) Lichnostno-orientirovannaya kontseptsiya schast'ya: novaya sistemnaya paradigma [Personality-Centered Concept of Happiness: Integrative Possibilities]. *Sotsial'nyy psikholog – Social psychologist*, 1 (29), 30–42 [in Russian].
3. Maruta, N.A., Fedchenko V.Yu. (2019) Kliniko-psikhopatologicheskkiye i patopsikhologicheskkiye prognosticheskkiye faktory techeniya rekurrentnykh depressivnykh rasstroystv [Clinical-psychopathological and pathopsychological prognostic factors in the course of recurrent depressive disorders]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya – Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, 10 (1), 120–135. [in Ukrainian].
4. Maruta, O.S. (2019) Semanticheskyy differentsial schast'ya (kliniko-psikhologicheskkiye aspekty) [Semantic differential of happiness (clinical and psychological aspects)]. *Medichna psikhologiya – Medical psychology*, 14 (2), 27–31 [in Ukrainian].
5. Milman, V.E. (1990) The method of studying the motivational sphere of personality [The method of studying the motivational sphere of personality / Workshop on psychodiagnostics]. *Workshop on psychodiagnostics. Written diagnostics of motivation and self-regulation*. Moskva [in Russian].
6. Petrov V.G., Zlygosteva K.V. (2015) Schast'ye i psikhologicheskoye blagopoluchiye v strukture resursnoy modeli psikhologicheskogo zdorov'ya [Happiness and psychological well-being in the structure of the resource model of psychological health]. *Byulleten' VSNTS SO RAMN – Bulletin of VSNC SB RAMS*, 4 (104), 79–83 [in Russian].
7. Solov'yeva S.L. (2009) Psikhologicheskaya kontseptsiya schast'ya i optimizm [Psychological concept of happiness and optimism]. *Vestnik Sankt-peterburgskogo universiteta – Bulletin of St. Petersburg University*. Ser. 12 (1), 67–74 [in Russian].
8. Khvysiuk, O.M., Markova, M.V., Markov, A.R. ta in. (2017) Klinichna spetsyfyka y osoblyvosti psikhopatogenezu dezadaptivnykh staniv u tsyvilnoho naselennia v umovakh sotsialnoho stresu i konstsiientalnoi viiny [Clinical specifics and features of psychopathogenesis of maladaptive states in the civilian population in conditions of social stress and constant war]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Newsletter of Psychoneurology*, 25 (1), 29–36 [in Ukrainian].
9. Shamionov, R.M., Beskova, T.V. (2018) Metodika diagnostiki sub'yektivnogo blagopoluchiya lichnosti. Psikhologicheskkiye issledovaniya [A technique for diagnosing the subjective well-being of an individual]. *Psikhologicheskkiye issledovaniya – Psychological research* [in Russian].
10. Shestopalova, L.F., Kozhevnikova, V.A., Borodavko, O.O. (2018) Indyvidualno-psikhologicheskyye osoblyvosti kombatantiv iz rizznymi formamy poststresovykh psykhiichnykh rozladiv [Individual-psychological features of combatants with various forms of post-stress mental disorders]. *Medychna psikhologhiia – Medical psychology*, 13 (2), 3–6 [in Ukrainian].
11. Shestopalova, L.F., Maruta, O.S. (2017) Osoblyvosti funktsionuvannia bazysnykh perekonan u khvorykh na nevrotichni rozlady, shcho perezhly tyazhkyi stres u povsiakdennomu zhytti [Features of the functioning of basic beliefs



in patients with neurotic disorders who have experienced severe stress in everyday life]. *Teoriia i praktyka suchasnoi psykholohii – Theory and practice of modern psychology*, 2, 43–47 [in Ukrainian].

12. Joshanloo, M. (2016) Revisiting the empirical distinction between hedonic and eudaimonic aspects of well-being using exploratory structural equation modeling. *Journal of Happiness Studies*, 17 (5), 2023–2036.

13. Knyazeva, T.N., Semenova L.E., Chevachina, A.V., Batyuta, M.B., Sidorina, E.V. (2017). Psychological well-being of russian women and men coming from the orthodox environment. *Modern Journal of Language Teaching Methods*. March, 7 (3), 411–418.

14. Lambert, L., Lomas, T., van de Weijer, M. P. et al. (2020) Towards a greater global understanding of wellbeing: A proposal for a more inclusive measure. *International Journal of Wellbeing*, 10 (2), 1–18.

15. Levit, L.Z. (2017) Person-Oriented Conception of Happiness as the Ultimate Psychological Theory: Ten Main Reasons. *Psychology and Behavioral Sciences*, 6 (5), 118–121.

16. Veenhoven, R. (2018) Co-development of Happiness Research: Addition to “Fifty Years After the Social Indicator Movement” Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement, *Springer*, 135 (3), 1001–1007.

Стаття надійшла до редакції 04.03.2021.

The article was received 04 March 2021.

УДК 159.9:355.29

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-19>

## АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОВЕДЕННЯ ЗАВЕРШАЛЬНОГО ЕТАПУ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ КОМБАТАНТІВ ТА ЇХНІХ СІМЕЙ

**Попелюшко Роман Павлович,**

кандидат психологічних наук, доцент,  
доцент кафедри практичної психології

*Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова*

[roman-xnu@ukr.net](mailto:roman-xnu@ukr.net)

<https://orcid.org/0000-0002-1227-1292>

**Метою** статті є аналіз діагностичних показників психологічної травматизації комбатантів, учасників бойових дій, на завершальному етапі програми психологічного супроводу комбатантів та їхніх сімей.

**Методи.** За допомогою клініко-психологічних методик та шкал було досліджено особливості та рівні ПТСР, тривожності, стресу, депресії та інтенсивності бойового досвіду у комбатантів (методика «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій», шкала самооцінки наявності ПТСР, шкала «PSM-25», тест «Аналіз стилю життя», методика «Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілберґера – Ю.Л. Ханіна», шкала тривоги Бека, опитувальник депресивності А.Т. Бека, шкала депресивності Цунґа, шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду). Ураховуючи мету, завдання та етапи програми психологічного супроводу, її реалізація здійснювалася впродовж 2018–2019 рр. на базі військової частини, рекреаційної установи, соціальних та волонтерських центрів, закладів освіти тощо. Програма психологічного супроводу містила індивідуальне та групове консультування, тренінгові заняття, дискусії, міні-лекції, роботу із сім'ями тощо.

**Результати.** Розроблено й апробовано програму психологічного супроводу комбатантів та їхніх сімей, яка ґрунтувалася на генетико-психолого-аксіологічному підході. Здійснено аналіз результатів проведення третього «завершального» етапу програми психологічного супроводу комбатантів. В емпіричному дослідженні визначено особливості віддалених наслідків стресогенних впливів у комбатантів контрольної та експериментальної груп. Констатовано, що під час проведення третього етапу програми відбулися істотні зміни в показниках експериментальної групи (близько 30%) і не спостерігалися істотні зміни в діагностичних показниках контрольної групи. Перспектива продовження дослідження вбачається у продовженні впровадження програми психологічного супроводу, яка сприятиме подальшій психологічній реабілітації комбатантів із віддаленими наслідками стресогенних впливів та їхніх сімей.

**Висновки.** Проведено дослідницьку роботу щодо вивчення особливостей реабілітації комбатантів із віддаленими наслідками стресогенних впливів. Розроблено та апробовано програму психологічного супроводу комбатантів та їхніх сімей на засадах генетико-психолого-аксіологічного підходу.

**Ключові слова:** учасник бойових дій, психологічна травма, психологічна реабілітація, ПТСР.