

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Психологічні особливості проявів тривожних станів у осіб, що перебували в зоні бойових дій

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 214
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Рубченко Дар'я Григорівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

К.ПСИХОЛ.Н.,

(наукова ступінь, вчене звання)

Крайлюк Анна Ігорівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від « _____ » червня 2023р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЬ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ	
1.1 Концептуальні теорії та підходи до вивчення тривожності.....	10
1.2 Психологічні наслідки у осіб, які знаходились в зоні бойових дій....	18
1.3 Взаємозв'язок між травматичним стресом та тривогою.....	24
Висновки до розділу I	
РОЗДІЛ II МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЬ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ	
2.1 Організація дослідження та вибір методик.....	38
2.2 Характеристика вибірки.....	40
Висновки до розділу II	
РОЗДІЛ III ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	
3.1 Аналіз отриманих даних.....	44
3.2 Опис методів психологічної допомоги та їх ефективність.....	72
3.3 Рекомендації щодо психологічної підтримки та профілактики тривожних станів у осіб, що знаходились в зоні бойових дій.....	79
Висновки до розділу III	
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91

ВСТУП.

Актуальність дослідження. В часи, коли Україна переживає нелегкий час випробувань війною та економічною кризою в суспільстві загострилося усвідомлення важливості психічного здоров'я кожного громадянина та нації в цілому.

Попередні уявлення про безпечний світ змінилися баченням складності людського життя під дією постійного стресу. Новий досвід, необхідність швидкого реагування на зміни, вимагають від людей високого рівня адаптації до таких умов, що забезпечує його стабільне благополуччя.

Хоча конкретні конфлікти та військові дії можуть змінюватися з часом, психологічні наслідки і вплив на людей, що перебувають у таких умовах, залишаються значущими.

У зоні бойових дій люди зазнають стресу, травм та інших негативних впливів, що можуть призводити до розвитку тривоги та психічних розладів. Вони стикаються з небезпекою, втратою, переживаннями смерті та травмуванням, що може суттєво підірвати їхню психічну стійкість і добробут.

Дослідження психологічних особливостей формування тривожних проявів у осіб в зоні бойових дій має важливість з кількох причин:

Підтримка та реабілітація: Дослідження можуть допомогти розробити ефективні психологічні програми та стратегії підтримки для осіб, які переживають воєнні конфлікти. Розуміння психологічних факторів, що спричиняють тривогу, може сприяти розробці інтервенцій та терапевтичних підходів для полегшення їх стану.

Профілактика та підготовка: Дослідження можуть слугувати основою для розробки програм психологічної підготовки та психологічного тренінгу для осіб, які підлягають можливому ризику в майбутньому. Це може сприяти зниженню вразливості до тривоги та покращенню стресостійкості.

Розуміння людського стану: Дослідження психологічних особливостей формування тривожних проявів у осіб в зоні бойових дій можуть привести до глибшого розуміння того, як люди адаптуються до екстремальних умов і стресу. Це може вплинути на подальший розвиток психологічної науки та розширити нашу загальну базу знань про психологію людського стану в екстремальних ситуаціях.

Соціальна підтримка: Дослідження можуть також сприяти підвищенню усвідомлення про необхідність соціальної підтримки та створенню сприятливого середовища для осіб, які перебувають у зоні бойових дій. Це може включати розвиток програм психологічної підтримки, психологічну реабілітацію та соціальну інтеграцію для підтримки їхнього фізичного і психологічного відновлення.

Отже, з урахуванням воєнного стану в Україні потреби в підтримці та допомозі особам, які перебувають у зоні бойових дій, наша робота залишається вельми актуальною. Її дослідження можуть сприяти розумінню, підтримці та покращенню психологічного стану осіб, які досвіджують воєнні конфлікти та бойові дії.

Війна, що, по суті, є надзвичайною гуманітарною катастрофою, викликає в психічному функціонуванні різноманітні реакції. Спектр їх доволі широкий: від соціального напруження та порушень психосоціальної адаптації до розвитку клінічно окреслених форм патології. Серед усіх цих проявів домінуючою є тривога, яка виникає в переважній кількості випадків в осіб, що перебувають групі ризику.

Ситуація розгортання російської агресії на території України набула масштабів катастрофи з масивним травматичним впливом на широкі верстви населення, включаючи військових, їхні родини та цивільне населення. Стресові чинники є множинними, реакції на стресову ситуацію можуть бути різноманітними як за змістовним наповненням, так і за траєкторією розвитку.

Для емоційно вразливих людей чинником дистресу є дисфункція різноманітних комунікативних взаємин в соціумі, в родині та на роботі, що погіршують їх фізичне та психічне здоров'я. Під впливом соціального негативного стресу формуються дезадаптивні стани за типом невротизації та поведінкових порушень.

Тривожні стани проявляються напруженістю та безнадійністю в очікуванні майбутнього. Тривога є нормальною реакцією на загрозу та допомагає організму реагувати на небезпеку. Але якщо вона стає надмірною та тривалою, то може призвести до серйозних наслідків.

Роль тривожності у виникненні кола патологічних явищ як і складової клінічної картини психічних розладів традиційно підкреслюється в психологічній та медичній літературі. Проблема тривожності є найактуальнішою в сучасній психології, тому що наш час вимагає від сучасної людини витримки, розсудливості і адекватного реагування на прояви навколишнього середовища.

Тривожність, як своєрідний емоційний стан, по-різному відображається на життєдіяльності людини. Найчастіше результат цього впливу негативний. Разом з цим, він особливим чином впливає на емоційну сферу людини. Серед негативних переживань людини тривожність займає особливе місце, часто вона призводить до зниження працездатності, продуктивності діяльності, до труднощів у спілкуванні.

В Україні вперше від початку повномасштабної війни провели дослідження психологічного стану населення. 40% опитаних зазнали загрози власному життю та/або були безпосередніми свідками таких загроз у зв'язку з перебуванням у зоні бойових дій. Понад 41% громадян мають родичів або близьких, які перебували чи перебувають у зоні бойових дій, у тому числі 16% втратили когось з близьких. Лише 9% громадян заявили, що у жодний спосіб не стикалися з жодною такою подією за період повномасштабної війни. Більшість опитаних (понад 90%) мали прояви хоча

б одного з симптомів посттравматичного стресового розладу, а 57% громадян перебувають в зоні ризику посттравматичного стресового розладу.[1]

В нашій роботі розглянуто стан тривоги як нормальну емоційну реакцію на травматичний досвід, проаналізовано структуру й динаміку проявів тривоги, наведено дані щодо способів та технік опанування тривоги. Також тривога може трансформуватися в патологічний стан у структурі власне тривожних розладів або спостерігатися як симптом іншої психіатричної патології. Наведено дані щодо критеріїв патологічної тривоги, сучасні методи терапії тривожних станів.

Таким чином, наша робота присвячена дослідження психологічних особливостей формування тривожних проявів у осіб, що перебувають в зоні бойових дій. У процесі роботи проаналізовані різні фактори, які впливають на формування тривожності, індивідуальні особливості, стан здоров'я та досвід участі в бойових діях.

Дослідження феномену тривожності займає особливе місце в теоретичній та практичній психології. Стійкий інтерес до проблеми тривожності знайшов відображення в роботах відомих вітчизняних психологів (Ю.Л. Ханін, О.І. Захаров, Н.Д. Левітов, О.В. Новікова, Б.І. Кочубей) та закордонних вчених (Е.Еріксон, К. Хорні, З. Фрейд, Е.Формм, А. Адлер, К. Юнг, Дж. Тейлор, Ч.Спілберг, А. Прихожан, Г.С. Салівен, В. В. Суворов, Ж.В. Зав'ялова, Е.В. Сидоренко, В. М. Астапов, К.С. Лебединський).

Об'єкт дослідження - психологічні особливості проявів тривожних станів.

Предмет дослідження – психологічні особливості проявів тривожних станів у осіб, які перебували в зоні бойових дій.

Мета дослідження – експериментально дослідити психологічні особливості проявів тривожних станів у осіб, які знаходились в зоні бойових дій.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати суть феномену тривожності та тривожних станів; описати взаємозв'язок між стресом та тривожністю;
2. Виявити психологічні особливості проявів тривожних проявів у осіб, що перебували в зоні бойових дій;
3. Встановити взаємозв'язок між психологічними особливостями та проявами тривожних станів.
4. Розробити рекомендації щодо психологічної підтримки та профілактики тривожних станів.

Методи дослідження. Завдання дослідження зумовили вибір різних методів та методик:

- теоретичні методи: аналіз, систематизація наукового матеріалу в літературних джерелах;
- емпіричні методи: анкетування, опитування:
 1. Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації;
 2. Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг;
 3. Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.
 4. Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI-UKR.
- аналіз статистичної звітності. Статистичні методи обробки отриманих даних, здійснювались за допомогою комп'ютерної програми Jamovi.

За сформульованою метою даної роботи, нами було проведено емпіричне дослідження, в якому взяло участь 110 респондентів.

Експериментальна група склала 110 осіб, які знаходились чи на разі перебувають в зоні бойових дій. Експериментальна група склала 51 особу. Контрольну групу представили особи, що ніколи не перебували в зоні бойових дій. Контрольна група дослідження склала 59 осіб.

Теоретична значущість роботи. В нашій роботі розширено знання про психологічні особливості формування тривожних проявів. Теоретично обґрунтовано та проведено дослідження по встановленню взаємозв'язку між тривожними проявами та умовами, в яких перебувають досліджувані, проведено дослідження на виявлення ступеню розбіжностей тривожних проявів у осіб в зоні бойових дій та осіб, які знаходяться поза нею.

Практична значущість роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані при розробці методичних рекомендацій щодо психологічної допомоги особам, що пережили травматичний досвід та профілактики тривожних станів.

Результати дослідження можуть бути корисні для практичної роботи психологів, військових та медичних спеціалістів, що працюють з особами, які мають досвід бойових дій, а також для розробки програм психологічної підтримки та реабілітації.

Таким чином, дослідження психологічних особливостей проявів тривожних станів у осіб в зоні бойових дій є актуальним і має значення для поліпшення якості життя та допомоги людям, які переживають конфліктні ситуації та бойові дії. Такі дослідження можуть допомогти виявити ризикові групи осіб, які швидше схильні до розвитку тривожних проявів, а також визначити ефективні стратегії інтервенції та підтримки.

Наприклад, дослідження можуть вивчити роль соціальної підтримки в зменшенні тривоги у військовослужбовців або з'ясувати, які методи психотерапії найефективніше допомагають управляти тривогою у постраждалих осіб.

Крім того, дослідження психологічних особливостей проявів тривожних станів у осіб в зоні бойових дій можуть використовуватися для покращення підготовки та навчання військовослужбовців, зокрема, для розробки стратегій долати стресові ситуації та зниження ризику розвитку тривожних розладів.

Крім того, дана тема має важливість з гуманітарного погляду, оскільки вона спрямована на забезпечення психологічної допомоги та підтримки особам, які переживають воєнні конфлікти та бойові дії.

Також результати дослідження можуть бути корисні для розробки ефективних методів профілактики та лікування тривожних розладів у військових та осіб, які перебувають в зоні бойових дій, а також для підтримки психічного здоров'я військовослужбовців та населення України в цілому.

РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЬ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ.

В даному розділі розкриваються теоретичні аспекти розвитку досліджень феномену тривожності та тривожних станів, взаємозв'язку травматичного стресу та тривоги та психологічні наслідки у осіб, які знаходились чи на разі перебувають в зоні бойових дій.

1.1 Концептуальні теорії та підходи до вивчення тривожності

На сучасному етапі розвитку суспільства дослідження феномену тривожності особистості усвідомлюється науковцями багатьох галузей як одна з основних проблем, що виступає механізмом розладів емоційної сфери особистості. Слід зазначити, що проблема тривожності займає особливе місце в системі сучасного психологічного знання і цій проблемі присвячена велика кількість досліджень не лише у психології, а й у психіатрії, фізіології, біохімії, соціології та філософії [16]. Дослідження феномену тривожності завжди займає особливе місце і в практичній психології.

В цілому, тривожність – це стан емоційної напруги, який супроводжується почуттям страху, що виникає в результаті реакцій на різноманітні подразники, несприятливі умови або ситуації, які спричиняють загрозу.

Тривожність може бути короткочасною та має реактивний характер, коли вона виникає ситуативно як відповідь на конкретну подію, або ж тривалою і хронічною, коли її симптоми мають довготривалий характер і можуть впливати на здатність людини до виконання повсякденних справ та соціальної взаємодії.

Тривожність є нормальною реакцією на стрес та загрози, але її надмірна інтенсивність та тривалість можуть вказувати на розлади

тривожного спектра, такі як генералізований тривожний розлад, панічний розлад, специфічні фобії, соціальний тривожний розлад, агорафобію, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Тривожність - це суб'єктивний вияв стану особистості, її дезадаптації. Тривожність як переживання емоційного дискомфорту, передчуття небезпеки є показником незадоволення значимих потреб особистості. Вона актуалізується під час ситуативних переживань або проявляється гіпертрофовано як стійка індивідуальна особливість особистості постійно. Стан тривожності – це стан готовності: підвищеної уваги, сенсорного та моторного напруження, що забезпечує відповідну реакцію на страх. Тривожність, як механізм самозахисту, існує вже тисячі років як емоція, що слугує інстинкту самозбереження» [11].

Тривожність – властивість особистості, яка має когнітивний (почуття власної некомпетентності, негативна самооцінка, очікування невдачі), емоційний (емоційна збудженість, відчуття надзвичайності вимог, недостатній контроль власних реакцій), поведінковий аспекти.

Найпоширенішою у питанні тривожності є точка зору Ч.Д.Спілбергера. Американський психолог запропонував розрізняти тривогу в двох аспектах, як стан і як властивість. Автор поділив тривогу на ситуативну та особистісну. Його теорію пізніше підтримав і розширив психолог Н.Д.Левітов. Він говорив про тривогу як про рису характеру. В наш час це положення використовується в теорії, а також в експериментальній та діагностичній практиці [9].

Австрійський психоаналітик З. Фрейд висунув дві точки зору на тривожність. Перша з них полягала в тому, що тривожність виникає в результаті витіснення потягів. Згідно з іншою точкою зору, тривожність – або те, що ми називаємо невротичною тривожністю, – виникає в результаті страху перед тими потягами, виявлення або слідування яким створить

зовнішню небезпеку. Психоаналітик розглядав тривожність як відображення емоційного стану або певної сукупності реакцій особистості, що виникають у суб'єкта, який сприймає ситуацію як небезпечну [28].

Психоаналітична теорія З. Фрейда стала підґрунтям теорії періодизації Е. Еріксона. Теорія періодизації Еріксона – це одна з ключових теорій розвитку особистості. Автор запропонував теорія восьми етапів розвитку особистості, кожен з яких характеризується особливими викликами та завданнями, які потрібно вирішувати для досягнення психологічної зрілості.

Кожен етап розвитку в теорії Еріксона охоплює певний період життя та характеризується особливим конфліктом, який потрібно вирішувати. Усі етапи взаємопов'язані та послідовні, і успішне вирішення конфліктів на попередніх етапах розвитку є необхідною передумовою для ефективного розвитку наступних етапів.

Перший період життя людини, а саме період немовляти характеризується параметром соціальної взаємодії з матір'ю, позитивним результатом якого є формування довіри, а негативним – недовіри до світу. Якщо дитина не отримує достатньої турботи, догляду, то у неї формується недовіра до світу, що виявляється у боязливості, підозрливості, тривожності. Другий етап раннього дитинства характеризується досягненням почуття незалежності, власної цінності як результат прогресивного розвитку або залежності та почуття провини, що формує тривожну особистість з низькою самооцінкою. Таким чином, ми бачимо у разі позитивного результату розвитку особистості у неї формується почуття довіри до світу, самостійність, висока самооцінка, формування соціального оточення за межами сім'ї, відчуття осмисленості власного життя, а при негативному – почуття недовіри до світу, низька самооцінка, нерозуміння власної соціальної ролі, домінує почуття самотності та безнадійності та безкінечний процес самокопання.

Американська дослідниця в царині психоаналізу К. Горні розглядала тривогу як один із центральних психологічних конфліктів, який може виникати в особистості на різних етапах розвитку. Вона вважала, що тривога виникає тоді, коли особистість почуває загрозу своєї безпеки або неспроможності впоратися з викликами життя. Горні розрізняла три типи тривоги: "реальну тривогу", яка виникає від реальних загроз; "невротичну тривогу", яка виникає від ілюзорних загроз; та "нормальну тривогу", яка є нормальною реакцією на стресові ситуації. За К. Горні, тривога може мати як позитивний, так і негативний вплив на особистість. З одного боку, вона може бути стимулом для особистісного розвитку та пошуку нових способів впоратися з викликами. З іншого боку, надмірна тривога може призвести до розвитку психологічних розладів та соціальних проблем.

Представник напрямку гештальт-терапії Ф. Перлз розглядав тривогу як нормальну реакцію на життєві ситуації, які спричиняють зміну в оточуючому світі. Коли людина тривожиться вона не знаходиться ні в теперішньому, ні в майбутньому, вона переживає за те, чого не сталося і можливо не станеться. Таким чином, вона знаходиться на межі між «зараз» і «тоді». Такі роздуми лише заважають людині жити повноцінним життям не лише сьогодні, а й у майбутньому, адже тривожність лише заважає людині бути відкритим до майбутнього [21].

Згідно з теорією Ф. Перлза, тривога може виникнути, коли особистість не в змозі пристосуватися до умов, що змінюються, або коли вона намагається уникнути життєвих викликів. Перлз наголошував, що тривога може мати як позитивний, так і негативний вплив на особистість, в залежності від того, як вона розуміє і відповідає на цей емоційний стан. Одним з головних методів роботи з тривогою у гештальт-терапії є зосередження на внутрішньому досвіді та відчуттях, які супроводжують тривожну реакцію. Ф. Перлз запропонував техніку "розгорнутих вправ", яка

дозволяє особистості освідомити свої почуття та емоції, пов'язані з тривогою, і знайти способи їх вираження та впорядкування.

Отже, Ф. Перлз розглядав тривогу як природну реакцію на життєві виклики, яку можна розуміти та використовувати для особистісного розвитку та самореалізації. Він вважав, що працюючи зі своїми почуттями та емоціями, людина може знайти шлях до більш глибокого розуміння себе та своїх потреб, і, таким чином, досягти більшого щастя та задоволення в житті.

Когнітивіст Д. Келлі розвинув теорію особистісних конструктів. Згідно з його поглядами, тривога є результатом невизначеності в сприйнятті та розумінні світу. Д. Келлі вважав, що кожна людина має свої власні особистісні конструкти, які вона використовує для організації своєї реальності. Ці конструкти включають поняття, уподібнення та розрізнення, які допомагають нам зрозуміти та пристосуватися до оточуючого світу.

Тривога виникає, коли існує невизначеність в конструктах, які ми використовуємо для сприйняття світу. Наприклад, коли з'являється нова ситуація, яку ми не можемо легко включити в наші особистісні конструкти, це може призвести до тривоги. Таким чином, тривога є результатом невизначеності та неспроможності включити нову інформацію в нашу систему конструктів.

Д. Келлі також вважав, що людина може навчитися пристосовувати свої особистісні конструкти до нових ситуацій, що допоможе зменшити тривогу. Він рекомендував досліджувати свої конструкти та змінювати їх, щоб краще розуміти світ та зменшувати тривогу.

Отже, за теорією Келлі, тривога виникає з-за невизначеності в особистісних конструктах, і людина може навчитися пристосовувати свої конструкти до нових ситуацій, щоб зменшити тривогу та краще розуміти світ.

Представник гуманістичного напрямку К. Роджерс інтерпретує тривожність як емоційну реакцію на внутрішнє протиріччя між «Яреальним» і «Я-ідеальним». Таким чином, тривожність переживається людиною як відчуття напруженості та скутості, причину якої людина частіше за все усвідомити не може [4].

Згідно з поглядами К. Роджерса, тривога є результатом неврівноваженості між двома основними потребами людини - потребою у самоактуалізації та потребою в безпеці. Роджерс вважав, що кожна людина має внутрішній потенціал для самоактуалізації, або для досягнення свого повного потенціалу. Однак, щоб це сталося, людина повинна почуватися в безпеці та мати підтримку оточуючих. Якщо ці потреби не задовольняються, може виникнути тривога.

За Роджерсом, тривога може виникнути в будь-якому віці, коли людина відчувається небезпечно, або невпевненою у своїх можливостях. Це може бути пов'язано з внутрішнім конфліктом між бажанням самоактуалізації та потребою в безпеці, або з зовнішніми обставинами, такими як соціальний тиск, економічна нестабільність або загрози безпеці.

Роджерс підкреслював, що важливо, щоб людина мала можливість висловлювати свої почуття та думки, щоб зменшити тривогу та знайти спосіб вирішення своїх проблем. Він рекомендував підтримувати та допомагати людині розвиватися у напрямку самоактуалізації, щоб зменшити тривогу та допомогти їй досягти повного потенціалу.

Біхевіористи, такі як Б. Ф. Скіннер та Дж. Б. Уотсон, розглядали тривогу з точки зору вивчення поведінки. Згідно з їх поглядами, тривога є навчальною реакцією на зовнішні подразники.

Біхевіористи вважали, що тривога може бути умовною реакцією, яка виникає в результаті повторення певної ситуації, яка була пов'язана з негативними наслідками у минулому. Наприклад, якщо людина стикнулася

з небезпекою у певному місці або ситуації, то це може стати причиною тривоги у подібних ситуаціях у майбутньому.

За поглядами біхевіористів, тривога може бути усунена або зменшена шляхом навчіння. Якщо людина може навчитися поводитися в нових ситуаціях або знайти спосіб уникнути негативних наслідків, то вона може перестати відчувати тривогу.

Отже, для біхевіористів тривога є наслідком певних досвідів та може бути усунена за допомогою навчання нових поведінкових стратегій.

Згідно з поглядами прибічників теорії навчіння тривожність та страх дуже близькі явища. Вони трактуються як емоційні реакції, що виникають на основі умовного рефлексу. Таким чином, біхевіористи вважають тривожність результатом навчіння, а саме результатом вивченої реакції на небезпеку, що як наслідок розповсюджується на інші незнайомі ситуації або на інші обставини які асоціюються з подібною небезпекою [7].

Дослідники екзистенціального напрямку психотерапії, зокрема, А.І.Захаров, Б.І.Кочубей, Ю.Р.Вагін, А.М.Прихожан, В.Л.Леві, Р.Мей, В.Г.Рюмек, Ю.В.Щербатих, І.Ялом, Д.А.Леонтьев активно займалися вивченням тривоги, як чинника гальмуючого розвитку особистості. Загальним висновком психологів екзистенціалістів стало положення про екзистенційний страх, що частіше за все проявляється у емоційно-чуттєвих особистостей з високим рівнем особистісної тривожності [16].

За поглядами екзистенційних психологів, тривога є результатом нашої свідомої усвідомленості власної смертності та обмеженості. Така свідомість може викликати тривогу, оскільки ми розуміємо, що наше існування є обмеженим у часі та просторі.

Екзистенційна психологія також розглядає тривогу як можливість зростання та розвитку. Людина може використати свою тривогу як стимул для того, щоб змінити свої погляди та поведінку, інакше кажучи, щоб стати більш автентичною та узгодженою з собою.

Словник психологічних термінів А.В. Петровського і М.Г.Ярошевського визначає феномен тривожності як схильність індивіда до переживання й тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги [6].

У дослідженнях психолога Ф.Д. Березіна велика увага приділяється ролі тривожності у процесі психічної адаптації особистості. Тривожність має великий вплив на поведінку людини, таким чином під впливом тривоги змінюється характер поведінки людини. Тривога підвищує активність особистості, сприяє нервовому збудженню, на фізіологічному рівні сприяє появі напруги у тілі, таким чином спонукає людину до більш інтенсивних та цілеспрямованих зусиль на виконання діяльності і тим самим виконує адаптивну функцію. Важлива тривалість тривоги, тому що інтенсивна і тривала тривога негативно впливає та перешкоджає формуванню адаптивної поведінки і веде до порушень поведінкової інтеграції, а іноді і до клінічних психічних порушень [31].

Таким чином, на сучасному етапі розвитку психології більшість авторів вважають тривожність індивідуальною психологічною особливістю, яка складається з підвищеної схильності випробовувати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях.

Незважаючи на велику кількість досліджень вчених різних наук та напрямків в психології, феномен тривожності залишається актуальною проблемою, що потребує подальшого вивчення питання тривожності, причини її виникнення, програми корекції тривожності залишаються відкритими. Мало вивченими залишаються способи та механізми самостійного зниження та подолання тривожності, а також її роль у процесі адаптації.

1.2. Психологічні наслідки у осіб, які перебували в зоні бойових дій

Війна на території України набула масштабів надзвичайної гуманітарної катастрофи з травматичним впливом на широкі верстви населення. До груп ризику соціально-стресових впливів належать як безпосередньо військові, так і їхні родичі й широкі верстви цивільного населення.

Факторами, які значною мірою змінюють психічне функціонування людей у ситуаціях гуманітарних катастроф, є зміни або ж руйнування суспільної свідомості, відсутність можливостей подолати зовнішній стресовий стимул, зміна життєвих орієнтирів і стереотипів із формуванням макро- та мікросоціальних кризових ситуацій.

Війна викликає в психіці людини різноманітні реакції: від соціального напруження та порушень психосоціальної адаптації до розвитку клінічно окреслених форм патології. Серед усіх цих проявів домінуючою є тривога, яка виникає в переважній кількості випадків в осіб, що перебувають безпосередньо в зоні бойових дій.

Особливості тривожних проявів у таких осіб можуть бути наступними:

- гіперболізація - людина у стані тривоги може звертати занадто багато уваги на небезпеку, навіть якщо вона не є насправді настільки серйозною, щоб викликати таку реакцію;
- гіперактивність - тривога може викликати збільшену активність, рухливість і нервовість у людини, яка може проявлятися у формі рухів, що не мають ніякої мети.
- складність у концентрації - тривога може викликати постійну думку про небезпеку та важливість реагування на неї, що ускладнює здатність концентруватися на інших речах
- постійний страх - людина у стані тривоги може постійно відчувати страх, навіть якщо небезпека не є насправді настільки серйозною

- загальне почуття безпорадності - тривога може викликати почуття безпорадності та невпевненості у своїх здібностях
- гіперпильність - людина може ставитися до навколишнього середовища з підвищеною пильністю та підозрілістю.

Такі психологічні особливості можуть впливати на здатність людини виконувати свої обов'язки та сприймати дійсність.

Травматичний досвід під час воєнних дій може мати серйозні наслідки для психіки людини. Особливо вразливими до таких наслідків є люди, які пережили прямий контакт з військовими діями, були свідками насильства, втратили близьких або потерпіли тортури.

Одним з можливих наслідків є розвиток ПТСР. До первинних симптомів ПТСР відносяться:

- постійні повторні переживання травматичного досвіду;
- емоційний спад;
- підвищена збудливість;

До вторинних симптомів ПТСР, які спостерігаються протягом багатьох років після війни, відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення відчуття часу, порушення Егофункціонування.

До другого боку наслідків травматизації відносяться різноманітні розлади осіб, що перебували й зоні бойових дій. Згідно з МКХ-10 розлади адаптації (F43.2) – це стани об'єктивного дистресу й емоційного розладу, які, зазвичай, перешкоджають соціальному функціонуванню і продуктивності і виникають в період адаптації до значної зміни в житті або стресовій події. У МКХ-10 існує діагностична рубрика “Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи” (F62.0), що може розвиватися після ПТСР і є вже практично незворотним хворобливим станом. У цих випадках зміни особистості мають стабільний характер і проявляються ригідними і дезадаптивними ознаками, що призводять до стійких порушень

у міжперсональному, соціальному і професійному функціонуванні. Проявами таких порушень є недовірливе або навіть вороже ставлення до оточення, соціальна відгородженість, відчуття спустошення і безнадії, хронічне відчуття тривоги або постійної зовнішньої загрози, прояви “відлюдненості”, депресії. Такі хронічні зміни особистості досить часто проявляються асоціальною поведінкою, девіантні наслідки якої у більшості випадків мають злочинні ознаки [18].

Крім того, травматичний досвід може викликати депресію, підвищену роздратованість, сильну тривогу та інші психічні розлади. Ці наслідки можуть змінювати здатність людини до роботи та соціальної взаємодії, та погіршувати її якість життя.

Важливо пам'ятати, що наслідки травматичного досвіду можуть бути різними для різних людей. Деякі люди можуть відчувати негативні емоції протягом декількох тижнів або місяців після досвіду, тоді як інші можуть бути вразливі до наслідків протягом довшого часу.

Визначення поняття травматичного досвіду є не завжди однозначними. Переживання травматичного спектра охоплюють континуум від легкої та помірної тривожності, яка може незначно впливати на щоденне функціонування, до важких психотичних станів, які потребують тривалого лікування [4].

Тривога, яка розвивається внаслідок травматизації в умовах військового стану, є природною й закономірною реакцією. Вона допомагає вчасно реагувати на небезпеку та захистити себе і своїх близьких. Види реакції на загрозливу ситуацію, які визначаються поведінковими патернами — «втікати», «завмирати» чи «нападати», є фізіологічно зумовленими та допомагають вижити в ситуації небезпеки. Власне, реальність небезпечного чинника, його інтенсивність і тривалість дії, а також особистісні детермінанти особи, яка його переживає, може визначати також тип та пролонгованість цих реакцій. Науково доведено, що ризик виникнення

посттравматичних розладів розвиватиметься далеко не в усіх людей, що пережили психотравмуючу подію. Ризик розвитку таких станів, за різними науковими даними, не перевищуватиме 20-25% [13]. Проте ризик розвитку інших психічних порушень, а саме депресивних та тривожних розладів, залежностей, розладів адаптації, зростатиме, якщо дія небезпечних чинників триватиме довший час.

Тривога, що розвивається в умовах війни, може бути дуже сильною і відчутною для багатьох людей. Це може бути пов'язано зі страхом за власну безпеку, страхом за близьких, страхом перед насильством та іншими факторами, що відбуваються в умовах війни.

Особливості тривоги, що розвивається в умовах війни, можуть включати:

1. Постійний страх. Людина може почуватися постійно насторожі і напруженою через загрозу небезпеки, яка може застати в будь-який момент.
2. Стрес і нервовість. Людина може відчувати підвищену роздратованість та напруженість м'язів, що може призводити до проблем зі сном і концентрацією.
3. Переживання травматичних подій. Людина може бути свідком насильства та інших травматичних подій, які можуть викликати посттравматичний стресовий розлад.
4. Страх за близьких. Людина може відчувати страх за своїх близьких, які можуть бути в небезпеці.
5. Відчуття відокремленості та відчуженості. Людина може відчувати відокремленість від решти світу, що може призводити до відчуття відчуженості та незрозумілості.

Також слід виділити окремі вразливі групи населення, серед яких діти й підлітки, що стали свідками бомбардувань, загибелі рідних, зокрема батьків, а також опинилися зовсім самотні, без опіки, і у зв'язку із цим також

спостерігаються тривожні стани та розлади адаптації. Серед вразливих груп населення також люди старшого віку, які через стан соматичного здоров'я не можуть покинути території воєнних дій. Зі свідчень лікарів, які працюють у цих зонах, у людей старшого віку спостерігаються депресивні реакції на стресову ситуацію. Слід виокремити також групи волонтерів, які численні й активно працюють по всій Україні. Зараз спостерігається «синдром емоційного вигорання» серед волонтерів. Також не слід забувати за пацієнтів, які хворіють на важкі психічні захворювання багато років. Це пацієнти із шизофренією, біполярним афективним розладом тощо. На тлі стресової ситуації спостерігаються епізоди загострення та необхідність у госпіталізації. Будинки підтриманого проживання (інтернати), у яких проживають люди з важкими психічними захворюваннями, також евакуйовані в західні регіони України. Така ситуація посилює навантаження на стаціонарні установи профільного й непрофільного характеру та знову ж таки потребує від спеціалістів-медиків уважного ставлення до проблем психіки в даній категорії пацієнтів [8].

Сучасні дослідження дозволяють говорити про існування різноманітних віддалених наслідків психічних травм, які можна подати у вигляді наступних блоків:

1. Нервово-психічні захворювання, психологічні порушення та зміни (вивчаються в межах концепції посттравматичних стресових порушень).
2. Проблеми соціальної дезадаптації, реадaptaції та необхідності адаптації до нової ситуації (вивчаються в межах підходу адаптаційних можливостей організму людини).

До першого блоку наслідків травматизації, що може виникнути у учасників бойових дій, входять різноманітні нервово-психічні захворювання, психічні порушення та зміни, що вивчаються в межах концепції ПТСР.

До клінічних діагностичних критеріїв відносяться наступні: перебування людини в осередку екстремальної травматичної події, пов'язаної із загибеллю або серйозними пораненнями інших людей; травматична подія нав'язливо повторюється у образах, думках і почуттях, що викликають тяжкі емоційні переживання; спостерігається постійне уникання стимулів, пов'язаних із травмою; наявні постійні симптоми гіперактивації, що не спостерігається до травми. Перелічені симптоми спостерігаються більше шести місяців після травмування і викликають порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності людини. Поряд із ПТСР, у учасників бойових дій досить часто мають місце порушення, що відносяться до інших психічних розладів. Особливо часто спостерігається сполучення ПТСР із депресіями та різними формами хімічної залежності, можуть відзначатися поєднання ПТСР із панічними, obsесивнокомпульсивними, тривожно-фобічними розладами, суїцидальною поведінкою тощо.

Наявність ПТСР та іншої психопатології, а також труднощі соціальної адаптації, зазвичай, порушують функціонування сімей, перетворюючи їх іноді в дисфункціональні. Це, в свою чергу, може провокувати й нові проблеми у майбутньому.

Даний аналіз свідчить про те, що діяльність в небезпечних для життя умовах у значної кількості людей має психологічні наслідки. Це є результатом глибоких переживань, отриманих людиною під час військових дій.

1.3. Взаємозв'язок між травматичним стресом та тривогою

У 1972 р. Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла таке визначення: стрес – це неспецифічна реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу. Стрес – це відповідь на загрозу, реальну чи уявну.

Стрес - (анг. “напруга”, “тиск”) це поняття, яке використовується для визначення широкого кола станів і дій людини, які виникли внаслідок відповіді на різноманітні екстремальні стресори. Стресори зазвичай поділяють на фізіологічні (біль, холод, спрага, надмірні фізичні навантаження, висока або низька температура та ін.) і психологічні (фактори, які впливають своїм сигнальним значенням, такі як небезпека, загроза, інформаційне перевантаження та ін.). Залежно від виду стресору і характеру його впливу визначають різні види стресів, які в узагальненій кваліфікації є фізіологічними і психологічними. Останні, у свою чергу, поділяють на інформаційні та емоційні [24].

Першим спробував розмежувати фізіологічне й психологічне розуміння стресу Р. Лазарус. Він висунув концепцію, відповідно до якої розмежовується фізичний стрес, пов’язаний із впливом реального фізичного подразника, і психологічний (емоційний) стрес, пов’язаний з оцінкою людиною майбутньої ситуації як загрозової, важкої. Однак такий поділ теж досить умовний, оскільки у фізичному стресі завжди є елементи психологічного (емоційного), а в психологічному не може не бути фізіологічних змін.

Аналіз наукових джерел засвідчує, що дослідників все більше цікавлять особливості прояву стресових переживань на психологічному рівні: аналізуються характерні перебудови в мотиваційній структурі діяльності, роль емоційних регулювальників поведінки, стійкість різних когнітивних функцій, що забезпечують ефективність переробки інформації, індивідуальні прийоми компенсації і подолання труднощів [9].

Психологічний стрес - це стан, який виникає в результаті негативного впливу зовнішніх подій або внутрішніх факторів, і відчувається на емоційному та психологічному рівні. Особливості психологічного стресу можуть включати наступні аспекти:

Емоційні зміни: Стрес може призводити до появи різних емоцій, таких як тривога, роздратування, розчарування, злість, сум, винятковість, страх тощо. Ці емоції можуть бути інтенсивними і можуть варіюватися від особи до особи.

Когнітивні зміни: Стрес може впливати на когнітивні функції, такі як концентрація, пам'ять, прийняття рішень та здатність до логічного мислення. Під впливом стресу людина може відчувати затуманеність думок, погіршення уваги та зниження продуктивності.

Фізичні симптоми: Стрес може супроводжуватися різними фізичними симптомами, такими як головний біль, м'язова напруга, шлункові розлади, підвищений артеріальний тиск, проблеми зі сном, зниження апетиту або надмірний апетит, загальна втома тощо.

Поведінкові зміни: Стрес може впливати на поведінку людини. Наприклад, людина може стати більш подразливою, замкнутою, вибуховою або навпаки, втратити інтерес до розпочатих справ, уникати соціальних взаємодій, затримувати прийняття рішень або ризиковані дії.

Психологічний стрес - це стан, коли людина відчуває дисбаланс між вимогами оточуючого середовища і своїми внутрішніми ресурсами для їхнього впорядкування. Це можуть бути негативні події, ситуації або навіть переконання та думки, які спричиняють виникнення напруження і затруднюють адаптацію.

Психологічний стрес може бути викликаний різними факторами, такими як робочі труднощі, особисті проблеми, міжособистісні конфлікти, фінансові труднощі, невдачі, втрати або життєві зміни. Кожна людина реагує на стрес по-різному, і те, що може бути стресовим для однієї особи, може не мати такого ефекту на іншу.

Стрес може мати як позитивні, так і негативні наслідки. Короткостроковий стрес може бути корисним, активізуючи організм і мотивуючи до дії, наприклад, перед важливим виступом або екзаменом. Але

тривалий або хронічний стрес може призвести до негативних наслідків для психічного та фізичного здоров'я.

Психологічний стрес може впливати на різні аспекти життя людини, включаючи її емоційний стан, психічне здоров'я, взаємини з іншими людьми, фізичне самопочуття та роботу. Він може викликати такі симптоми, як тривога, роздратованість, втома, знижена працездатність, незадоволеність життям, проблеми зі сном, концентрацією та пам'яттю.

Однак важливо розуміти, що реакція на стрес є індивідуальною, і люди мають рірний рівень толерантності до стресу. Деякі люди можуть бути більш вразливими до стресу і швидше реагувати на нього, тоді як інші можуть мати вищий рівень стійкості і краще з ним справлятися.

Крім того, індивідуальні ресурси, такі як соціальна підтримка, навички управління стресом, позитивні життєві переконання та самооцінка, можуть впливати на те, як людина реагує на стресові ситуації.

Існують різні ступені стресу:

- 1) слабкий;
- 2) середній;
- 3) сильний.

Слабкий ступінь стресу вказує практично на його відсутність.

Психічний стан при цьому майже не змінюється, фізичних та фізіологічних змін не відзначається.

При середньому ступені картина суттєво змінюється. Відбуваються відчутні зрушення у соматичному і психічному станах, характер цих змін приємний, позитивний. Спостерігається загальна мобілізація психічної діяльності, часто не притаманна людині у звичайних обставинах: зібраність, організованість, підвищена розумова працездатність, кмітливність, впевненість у собі, блискавична реакція, стійкість до перешкод, активізація мовленнєвої активності, загальна позитивна оцінка даного стану в цілому.

Що стосується сильного або надмірного стресу, то тут картина зворотна. Людина у такому стані демонструє порушення та розлад основних фізичних, фізіологічних і психічних функцій, зростає кількість скарг на різного роду неприємні відчуття, дискомфорт. Погіршується свідомий контроль за виконанням діяльності, трапляються труднощі у зосередженні, запам'ятовуванні, мисленні, зростає кількість помилок, незвичних реакцій, неточності, посилюється роль автоматичних, стереотипних дій, які витісняють творчі, свідомі та довільні дії. Цей стан, безумовно, шкідливий і його треба якнайшвидше припинити [34].

Коли людина потрапляє у стресову ситуацію і намагається адаптуватися до впливу стресу, то цей процес, згідно з Г. Сельє, проходить три фази:

1. Фаза тривоги. Організм мобілізується для зустрічі із загрозою. Відбуваються біологічні реакції, які обумовлюють боротьбу або втечу. З погляду фізіології це певні зрушення: згущення крові, підвищення тиску, збільшення печінки тощо. Опір організму спочатку знижується («фаза шоку»), а потім включаються захисні механізми («фаза протишоку»).
2. Фаза опору (резистентності, стійкості, адаптації). Організм намагається опиратися загрози або справлятися з нею, якщо загроза продовжує діяти і її не можна уникнути. Фізіологічні реакції перевищують норму, і це робить тіло вразливішим для інших стресорів. Наприклад, коли ви захворіли, то гостріше реагуєте на неприємності. Врешті-решт тіло адаптується до стресу і повертається до нормального, стану. За рахунок напруги систем, що функціонують, досягається пристосування організму до нових умов.
3. Якщо дія стресу продовжується і людина неспроможна адаптуватися, це може виснажити ресурси тіла. Фаза виснаження характеризується вразливістю до втоми. Фізичні проблеми призводять до

хвороб і навіть до загибелі організму. Ті самі реакції, які дозволяють опиратися короткочасним стресорам, – підсилення енергії напруження м'язів, недопускання ознак болю, припинення травлення, підвищення тиску крові – за тривалої дії шкідливі. Виявляється неспроможність захисних механізмів і наростає порушення погодженості життєвих функцій [15].

Взаємозв'язок між стресом і тривогою також є важливим аспектом. Стрес може спричиняти або підсилювати почуття тривоги. Люди, які перебувають у стресових ситуаціях, можуть відчувати загрозу, небезпеку або некерованість, що сприяє розвитку тривожних проявів.

Зворотньо, тривога може сама по собі бути стресовою. Постійні почуття тривоги можуть спричиняти недостатню відповідь на стресори, зниження функціонування та загальну якість життя.

В цілому, стрес і тривога взаємопов'язані явища, які можуть впливати на психічне та фізичне здоров'я людини. Комплексний підхід до управління стресом та тривогою, такий як використання стратегій саморегуляції, психологічна підтримка та зміцнення особистих ресурсів, може бути корисним для збереження психічного благополуччя та покращення якості життя.

Загальний вплив стресу на тривогу може бути двостороннім. З одного боку, стрес може бути спричинником тривоги, викликаючи почуття загрози, неспокою та некерованості. Наприклад, ситуації, які вимагають великої відповідальності або змінюють звичний розпорядок життя, можуть викликати тривожність.

З іншого боку, тривога може підсилювати реакцію на стрес. Люди з високим рівнем тривожності можуть більше сприймати різні ситуації як загрозові, що призводить до збільшення рівня стресу. Такий посилений стрес може ускладнити здатність до здійснення адаптивних стратегій та ефективного розв'язання проблем.

Важливо відзначити, що стрес і тривога є індивідуальними конструктами, і реакція на них може варіювати від людини до людини. Крім того, вплив стресу на тривогу та навпаки можуть бути модеровані різними факторами, такими як соціальна підтримка, особистісні ресурси, досвід та навички управління емоціями.

Управління стресом та тривогою є важливим аспектом збереження психічного здоров'я та підтримання загального благополуччя. Існують різні стратегії і методи, такі як релаксаційні техніки, фізична активність, когнітивно-поведінкова терапія та психотерапія, які можуть бути корисними для зниження рівня стресу та тривожності. Звернення до кваліфікованого психолога або психотерапевта може допомогти розв'язати проблеми стресу та тривоги та зберегти психічне здоров'я.

Крім того, індивідуальні ресурси, такі як соціальна підтримка, навички управління стресом, позитивні життєві переконання та самооцінка, можуть впливати на те, як людина реагує на стресові ситуації.

Взаємозв'язок між стресом і тривогою також є важливим аспектом. Стрес може спричиняти або підсилювати почуття тривоги. Люди, які перебувають у стресових ситуаціях, можуть відчувати загрозу, небезпеку або некерованість, що сприяє розвитку тривожних проявів.

Зворотньо, тривога може сама по собі бути стресовою. Постійні почуття тривоги можуть спричиняти недостатню відповідь на стресори, зниження функціонування та загальну якість життя.

Залежно від різновидності стресів, психологи вивчають наслідки, які вони викликають на фізіологічному, психологічному і поведінковому рівні. За рідким виключенням, наслідки ці є негативними.

Стрес - це фізіологічна та психологічна реакція на зовнішні подразники, яка виникає в результаті переживання небезпеки або незручностей. Тривога, з іншого боку, - це емоційний стан, який викликає

почуття страху, напруження та незручності. Ці стани можуть взаємодіяти між собою, викликаючи різні фізичні та психологічні симптоми.

Стрес може викликати тривогу, коли людина відчуває загрозу або підвищений рівень напруження. Такі ситуації можуть призводити до переживання тривоги, що може проявлятися в формі підвищеної роздратованості, нервозності, погіршення настрою та інших симптомів.

З іншого боку, тривога може призводити до стресу через збільшення рівня напруження та зниження ефективності різних функцій. Також тривога може викликати фізичні симптоми, такі як підвищений пульс, пітливість, дихальні проблеми, що може сприяти виникненню стресу.

Отже, стрес і тривога можуть взаємно підсилювати один одного, і їх взаємозв'язок може стати причиною різноманітних фізичних та психологічних проблем. Для запобігання цьому, важливо знайти спосіб зниження рівня стресу та тривоги.

Крім того, важливо пам'ятати, що рівень стресу і тривоги може відрізнятися у кожної людини. Так, той самий події може викликати різний рівень стресу у різних людей залежно від їхнього сприйняття ситуації та індивідуальних рис характеру.

Також важливо враховувати, що тривога та стрес можуть бути корисними в певних ситуаціях, таких як відчуття загрози або небезпеки, коли людина повинна бути уважнішою та готовою до дії. Проте, якщо рівень тривоги та стресу стає занадто високим і не контролюється, то можуть виникати серйозні проблеми зі здоров'ям.

Отже, важливо розрізнити нормальний рівень стресу та тривоги від патологічного, який може привести до різних ризиків для здоров'я.

Крім того, тривога та стрес можуть впливати на різні аспекти нашого життя, такі як робота, взаємини з близькими людьми та загальний рівень задоволеності життям. Високий рівень тривоги та стресу може призвести до

погіршення психологічного стану, зменшення рівня самооцінки та почуття задоволеності життям.

Важливо відзначити, що тривога та стрес можуть мати фізичні прояви, такі як підвищений артеріальний тиск, швидкий пульс, головний біль, біль у животі та інші симптоми. Якщо такі симптоми виникають регулярно, то можуть з'явитися серйозні проблеми зі здоров'ям.

В контексті нашої роботи важливо розглянути поняття травматичного стресу. Питання вивчення травматичного стресу особливо актуально постає в Україні зараз, під час повномасштабного вторгнення. Події, які зараз відбуваються – це події, які здатні викликати травматичний стрес.

До травматичного стресу призводять: тортури, голод, бідність, несподівана вагітність, біль, статус біженця, важка хвороба чи інформація про невиліковну хворобу, смерть чи хвороба близьких, утрата житла й майна [17].

Дослідження в галузі травматичного стресу розвивалися незалежно від досліджень стресу, і до цього часу ці дві галузі мають мало спільного.

Стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері аналогічно з фізичними порушеннями. У цьому випадку (згідно існуючих концепцій) порушується: структура «самості», когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчання, система пам'яті, емоційні шляхи навчання [14].

Як стресори в таких випадках виступають травматичні події – екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких.

Такі події корінним чином порушують почуття безпеки, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого можуть бути різними.

Травматичний стрес може спричиняти виникнення тривоги через різні механізми. Перш за все, небезпека або травматична подія можуть порушити відчуття безпеки і стабільності, спричиняючи постійну тривогу та пильність. Людина може почуватися постійно zagrożеною, навіть у відсутності реальної небезпеки.

Крім того, травматичний стрес може викликати ПТСР, який характеризується різними симптомами, включаючи тривогу, повторні спогади про травматичну подію, сонні кошмари, гіперпильність та інші реакції. Ці симптоми можуть призводити до значного погіршення якості життя та здатності до функціонування.

З іншого боку, тривога може підсилити реакцію на травматичний стрес. Люди з високим рівнем тривожності можуть більше сприймати травматичні події як загрозові. Так, тривога може підсилювати вплив травматичного стресу, оскільки тривога впливає на сприйняття та оцінку подій і ситуацій. Люди з високим рівнем тривожності можуть бути більш схильними до перебування у стані тривоги навіть після травматичних подій, і можуть мати складніше адаптуватися до них.

Тривога може поглиблювати емоційні та фізичні реакції на стрес, роблячи їх більш інтенсивними та тривалими. Наприклад, тривога може призвести до збільшеної підвищеної пильності, недосипання, зниженої концентрації, апетиту або навпаки, до переживання стану хронічної напруги і зневаги.

Взаємодія між тривогою та травматичним стресом може мати широкий спектр наслідків для психічного та фізичного здоров'я людини. Це може включати погіршення загального благополуччя, зниження якості життя, збільшення ризику розвитку різних психічних розладів, таких як ПТСР, депресія або тривожні розлади, а також фізичні проблеми, такі як проблеми сну, зниження імунітету та інші фізіологічні реакції на тривогу та стрес.

Однак важливо підкреслити, що реакція на тривогу та травматичний стрес є індивідуальною і може варіювати від людини до людини. Кожна людина має власні ресурси, здібності і механізми для впорядкування зі стресом і тривогою.

Висновки до розділу 1

Тривожність (англ. anxiety) – індивідуальна психологічна особливість, яка проявляється в схильності людини до частих та інтенсивних переживань стану тривоги, а також в низькому порозі його виникнення. Розглядається як особистісне утворення та/або як властивість темпераменту, обумовлена слабкістю нервових процесів [4].

Тривога є до певної міри нормальною та психологічно адекватною емоцією в небезпечній ситуації. Людина при цьому відчуває внутрішній неспокій, переповнення думками про наближення чогось неприємного, поєднання із страхом, на тілесному рівні — пришвидшене дихання та серцебиття, дискомфортні відчуття в тілі [10]. Водночас тривога не є стабільним станом, а розвивається за певними закономірностями. Цей феномен логічно розглядати як послідовність когнітивних, афективних і поведінкових реакцій, що актуалізуються в результаті впливу на людину стресових чинників. При цьому стресові подразники можуть мати як зовнішній характер, так і бути зумовленими деякими внутрішніми чинниками, що інтерпретується суб'єктом як небезпечні або загрозливі. Когнітивна оцінка безпеки, таким чином, актуалізує стан тривоги або зростання рівня інтенсивності цього стану. Отже, стан тривоги можна включити в структуру загального процесу тривоги, який складається з таких компонентів, що розгортаються в певному часовому проміжку: стрес — сприйняття загрози — стан тривоги [17].

Тривожність є складним психологічним станом, який виникає внаслідок сприйняття загрози або небезпечних ситуацій. Вона може бути

викликана різними факторами, включаючи травматичний стрес, який виникає у людей, які перебувають в зоні бойових дій.

Психологічні наслідки у осіб, які перебувають в зоні бойових дій, можуть бути серйозними і включати розвиток ПТСР, тривожних розладів, депресії та інших психологічних проблем. Ці наслідки можуть суттєво погіршити якість життя та здатність до функціонування.

Травматичний стрес та тривога мають тісний взаємозв'язок. Травматичні події можуть викликати тривогу, а тривога може підсилити реакцію на стрес. Люди з високим рівнем тривожності можуть бути більш схильними до переживання тривоги внаслідок травматичного стресу.

Ефективне управління тривогою та травматичним стресом є важливим аспектом збереження психічного здоров'я у осіб, які перебувають в зоні бойових дій. Розробка і застосування психологічних підходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія, психотерапія та стрес-менеджмент, можуть бути корисними для зниження рівня тривожності і стресу.

Вивчення тривожності у осіб, які перебувають в зоні бойових дій, вимагає застосування різних концептуальних теорій та підходів. Деякі з них включають біологічні, психологічні та соціокультурні чинники, що впливають на розвиток та прояв тривожності у таких умовах.

Подальше дослідження взаємозв'язку між травматичним стресом та тривогою є важливим для розуміння механізмів виникнення та підтримки цих станів. Це може допомогти у вдосконаленні інтервенційних стратегій та психологічної підтримки для осіб, які перебувають у військових конфліктах або інших небезпечних умовах.

Розуміння взаємозв'язку між тривогою та травматичним стресом також має практичне значення в інших контекстах, де вони можуть співіснувати, наприклад, у наслідок природних катастроф, насильства або аварій. Розробка ефективних стратегій превентивного втручання та

реабілітації може допомогти у зниженні негативних наслідків для психічного благополуччя постраждалих осіб.

Враховуючи складність тривожності та травматичного стресу, необхідно використовувати інтегративний підхід при їх вивченні. Це означає поєднання різних теорій, методів та підходів з метою отримання повної картини прояву та впливу цих станів.

У людей, які перебувають в зоні бойових дій, тривожність може бути надзвичайно високою. Це пов'язано з постійним почуттям небезпеки і страху за своє життя та життя близьких. Такі люди можуть мати підвищену тривожність, депресію, ПТСР та інші психологічні проблеми.

ПТСР є однією з найбільш поширених психологічних наслідків бойових дій. Вона може спричинити психічні та фізичні симптоми, такі як паніка, тривога, зневага до інших людей, ізоляція, нездатність до спілкування, розлади сну, агресія, гіперзбудливість, різні фобії та інші проблеми.

У випадку військових дій на території незалежно від перебування особи в зоні бойових дій чи поза нею існують чинники, які впливають на розвиток патологічної тривоги. Насамперед йдеться про характеристики травматичної події: інтенсивність, експозиція, поширеність, особистісна значущість, рівень жорстокості, ймовірність загрози життю, непередбачуваність, супутні життєві проблеми. Безсумнівно, значущим є соціальне середовище — відсутність соціальної підтримки, дисфункціональна родинна взаємодія, соціальні умови загалом до виникнення травматичної події, доступність превентивних і терапевтичних програм [37].

Перебування в зоні бойових дій може мати серйозні психологічні наслідки у людей. Військові дії, насильство, втрата близької, хронічний стрес. Особливо вразливі до цього стану можуть бути військовослужбовці,

люди, які живуть в зоні конфлікту або були вимушені покинути свої домівки.

Загалом, кожна людина володіє певним адаптаційним потенціалом або психологічним ресурсом, який дозволяє долати стрес-фактори певної інтенсивності, проте, якщо сила або тривалість несприятливих зовнішніх впливів перевищує індивідуальні пристосувальні можливості, відбувається психічне травмування людини. Це може призвести до цілого спектру психологічних наслідків. Серед яких варто виділити:

Посттравматичний стресовий розлад. Це психологічний розлад, який може розвиватися у людей, які були свідками або учасниками насильства, бойових дій або інших травматичних подій. Симптоми можуть включати в себе повторювані спогади, нічні кошмари, почуття тривоги і безнадії, розлад сну та ін. До негативних факторів, що підвищують ризик розвитку ПТСР, відносять: акцентуації характеру, невротичність, схильність до наркоманії і асоціальної поведінки, обтяженість психічною патологією, психічні захворювання, що передували травмі (особливо порушення поведінки), наявність психічних захворювань у членів родини (тривожних розладів, депресії, алкоголізму тощо). Особливу роль у реакції на травмуючу подію відіграє світогляд та ціннісні орієнтації особистості. Також виявлено, що стійкі ідеологічні погляди сприяють адаптації до травми. Хоча природна реакція на стресову подію є багатодетермінованою, первинними детермінантами індивідуальних відмінностей є природа і інтенсивність зовнішньої події. Тривалість та інтенсивність впливу стресора корелюють із тяжкістю ПТСР .

Депресія та тривожні розлади. Війна може мати важкий емоційний вплив на особистість, збільшити рівень тривоги та викликати відчуття безнадії та втрати. Перебування в зоні бойових дій може спричинити депресію та тривогу, які викликаються страхом за своє життя, втратою близьких людей або руйнуванням звичного способу життя.

Стрессова реакція. Багато людей, які перебувають в зоні бойових дій, можуть відчувати фізичний та емоційний стрес, який може призвести до втоми, зниження працездатності та злому духу.

Зниження самооцінки. Довготривале відчуття незахищеності і безпомічності можуть спричинити зниження самооцінки.

Синдром вимушеного переселенця. Синдром біженця — це синдром, що не діагностується і не визнаний у світовій класифікації хвороб. Синдром біженця – це одна із можливих реакцій психіки на стрес, пов'язаний із переїздом внаслідок воєнних дій. Його розвиток залежить від стану психіки кожної окремої людини. Це сукупність симптомів, коли людина, яка залишила країну через ті чи інші обставини, відчуває постійну тривогу, перепади настрою, депресивні епізоди не може побудувати плани на майбутнє. Фактично синдром біженця та травма імміграції — дуже схоже поняття, але при цьому синдром біженця глибший, тому що найчастіше забарвлений політичними чи етнічними переслідуваннями, які посилюють психологічний стан людини.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ОСІБ, ЯКІ ЗНАХОДИЛИСЬ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ.

2.1 Організація вибору методик дослідження

Завдання нашої роботи полягає у виявленні психологічних особливостей проявів тривожних станів у осіб в зоні бойових дій, ми проаналізували основні та обрали найкращі на наш погляд методики для виявлення глибинних психологічних рис особистості, специфіки та рівня тривожності. При виборі методик ми враховували специфічне середовище, в якому знаходяться наші респонденти. Оскільки наша цільова аудиторія – це особи, що перебували в зоні бойових дій, нами були обрані лаконічні опитувальники. В цілому сумарний час проходження опитування займав близько 15 хвилин, що підвищило наші шанси на більшу кількість відповідей респондентів. Всі методики разом з авторською анкетною були оформлені в опитувальник за допомогою Google Forms.

Для дослідження було обрано чотири методики. Після завершення опитування, статистичні методи обробки отриманих даних здійснювались за допомогою комп'ютерної програми Jamovi. Зібрана нами інформація була оброблена та зведена до таблиць та графіків.

Для даного дослідження нами було обрано такі методики:

1. Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації;
2. Опитувальник Спілбергера-Ханіна;
3. Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг;
4. Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ-УКР.

Розглянемо кожну із даних методик окремо.

Для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації був використаний Чотиривимірний опитувальник симптомів (The FourDimensional Symptom Questionnaire— 4DSQ), що має чотири відповідні шкали: DIS – дистрес; DEP – депресія; ANX – тривога; SOM – соматизація. Ця методика використовується нами для диференціації синдромів, виокремлення тривоги, пов'язаної зі стресом під час воєнних дій. Методика складається із 50 пунктів, які оцінюють фізичний стан опитуваних за останні 7 днів.

З ціллю проаналізувати психологічний феномен реактивної і особистісної тривожності був використаний тест Спілбергера-Ханіна. Опитувальник складається з двох відносно відокремлених шкал. У першій досліджується ситуативна тривожність, яка дає оцінку поточного стану тривоги. Стан ситуативної тривожності з'являється під впливом стресової ситуації може відрізнитися інтенсивністю у різних часових проміжках. Друга шкала — шкала особистісної тривожності, як стійкої риси особистості. Особистісна тривожність характеризує схильність людини до тривоги, яка проявляється у сприйнятті широкого кола ситуацій як загрозливих. Всі ситуації, які вважаються людиною загрозливими викликають стресові реакції та супроводжуються тривогою.

Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які вимірюють рівень до тривожності як стану і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції.

Після завершення тестування підрахунок відповідей може показати такі результати:

- якщо сума балів менше 30, це свідчить про низький рівень тривожності;
- якщо сума балів від 31 до 45 балів, можна вважати тривожність помірною;

- якщо загальна сума балів перевищує 45, це вказує на високий рівень тривожності.

Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг ми використовували для виявлення інтенсивності емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я.

З метою виявити і виміряти глибинні психологічні риси особистості, нами було використано короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТPI-UKR. Даний опитувальник має п'ять фундаментальних вимірів: екстраверсія, дружелюбність, добросовістність, емоційна стабільність, відкритість новому досвіду. Ці виміри розуміються як універсальні, найбільш загальні характеристики, що дозволяють отримати повні психологічні характеристики особистості.

Організація дослідження за таким підходом надає можливість виявити і описати психологічні особливості респондентів, виміряти рівень їх тривожності та встановити взаємоз'язок між психологічними особливостями та тривожними проявами.

2.2. Характеристика вибірки

За сформульованою метою даної роботи, нами було проведено емпіричне дослідження, в якому взяло участь 110 респондентів. Експериментальна група складається з осіб, які знаходились чи наразі перебувають в зоні бойових дій. Експериментальна група склала 51 особу. Контрольну групу представили особи, що ніколи не перебували в зоні бойових дій. Контрольна група дослідження склала 59 осіб.

Дослідження проводилось анонімно, тобто учасники не вказували своє ім'я та прізвище. Опціонально учасники мали можливість лишити свою електронну адресу, якщо бажали отримати результати дослідження по його завершенню, проте дана інформація для дослідження не використовувалась.

Для отримання більш детальної інформації про наших респондентів та та групи в цілому учасникам експерименту було запропоновано авторську анкету. Анкета складалась з апитань, які надавали додаткову інформацію для дослідження та характеризували респондентів за наступними ознаками: вік, стать, поточне місцезнаходження.

Крім того, нам важливо було знати місце проживання та віддаленість від зони ведення бойових дій, оскільки за нашим переконанням близькість до місць військових операцій безпосереднім чином впливає на формування тривожних проявів.

Розглянемо детальніше особливості досліджуваної групи. Для початку, проаналізуємо, яким чином розподілилися всі респонденти, що приймати участь в опитуванні за статевою ознакою. Результати відобразимо на Рисунку 2.1

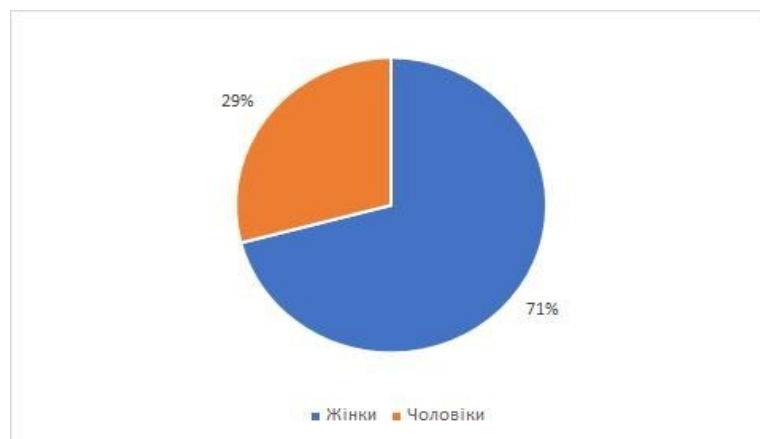


Рис. 2.1 Розподіл всіх учасників за статевою ознакою

Відповідно до Рисунку 2.1 ми можемо побачити, що в нашому дослідженні взяло участь жінок 78 (71%), чоловіків 23 (29%).

Оскільки наша основна група досліджуваних, це - особи, які перебували чи на разі знаходяться в зоні бойових дій, проаналізуємо, яким чином розподілилася експериментальна група за статевою ознакою. Результати відобразимо на Рисунку 2.2

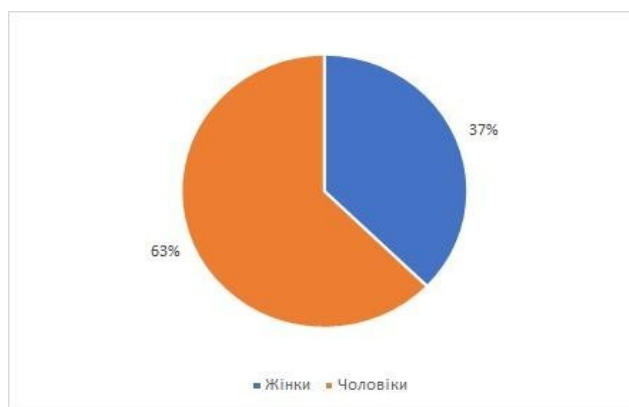


Рис. 2.2 Розподіл учасників експериментальної групи за статевою ознакою

Відповідно отриманим даним, можемо побачити, що у експериментальній групі чоловіки становлять 63%, жінки 37%.

Подивимось, яку вікову структуру має наша досліджувана група. Результати відобразимо на Рисунку 2.3.

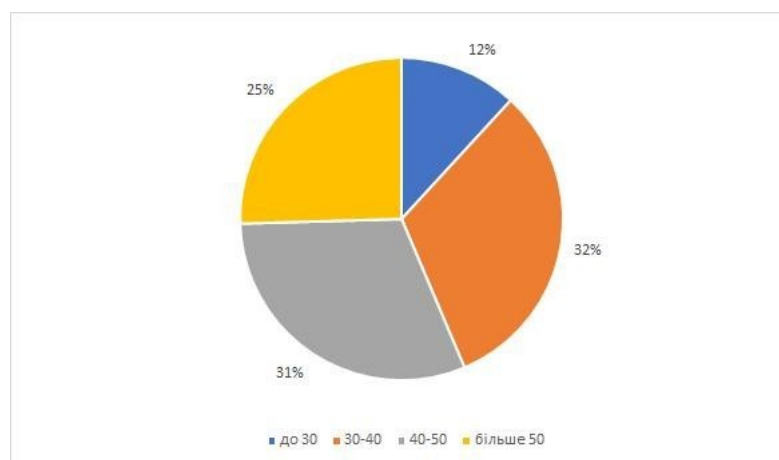


Рис. 2.3 Вікова структура учасників дослідження

Відповідно до отриманих результатів, ми можемо бачити, що в нашому дослідженні взяли участь 13 осіб віком до 30 років, 35 осіб віком від 30 до 40 років, 34 особи віком від 40-50 років і 28 осіб віком більше 50 років.

Територіальне місцезнаходження дуже важливе в контексті нашого дослідження, і ми розглядаємо цей фактор як додатковий чинник проявів тривожних станів в умовах війни в Україні. На Рисунку 2.4 представлено склад учасників за поточним місцезнаходження респондентів.

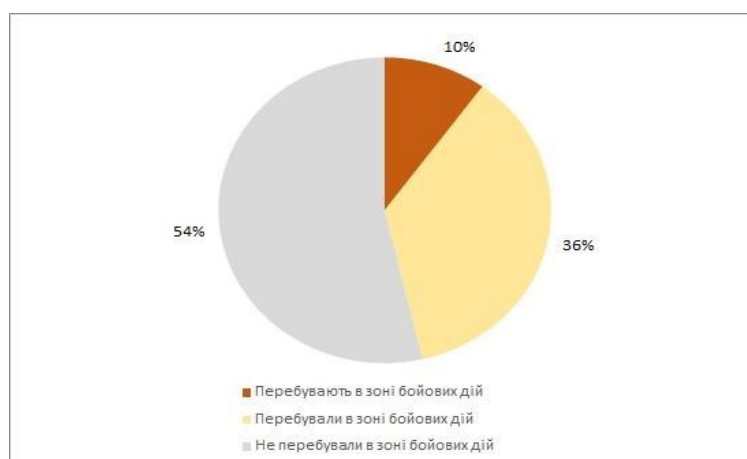


Рис. 2.4 Розподіл учасників за поточним місцезнаходженням

Відповідно до отриманих даних, ми можемо побачити, що 54% (59 осіб) не перебували в зоні бойових дій, 36% (40 осіб) знаходились в зоні бойових дій і 10% (11 осіб) знаходяться зараз в зоні бойових дій.

Висновки до розділу 2

Ми мали завдання виявити психологічні особливості тривожних станів у осіб, які перебували в зоні бойових дій. Ми проаналізували різні методики для виявлення глибинних психологічних рис особистості, специфіки та рівня тривожності. При виборі методик ми враховували особливості середовища, в якому перебувають наші респонденти. Для забезпечення більшої кількості відповідей, ми скоротили час проходження опитування до приблизно 15 хвилин. Всі методики, разом з авторською анкетною, були включені до опитувальника, створеного за допомогою Google Forms. Після закінчення опитування, отримані дані були оброблені за допомогою комп'ютерної програми Jamovi, використовуючи статистичні методи. Зібрана інформація була систематизована та представлена у вигляді таблиць та графіків.

З метою виявлення та вимірювання глибинних психологічних рис особистості, ми використали короткий п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI-UKR. Цей опитувальник має п'ять основних вимірів:

екстраверсія, дружелюбність, добросовістність, емоційна стабільність та відкритість до нового досвіду. Ці виміри є універсальними та загальними характеристиками, які допомагають отримати повну психологічну характеристику особистості.

Наш підхід до організації дослідження забезпечує можливість виявити та описати психологічні особливості респондентів, виміряти рівень їх тривожності та встановити зв'язок між цими особливостями та тривожними проявами.

Відповідно до поставленої мети нашої роботи, ми провели емпіричне дослідження з участю 110 респондентів. Експериментальна група складалась з осіб, які мали досвід перебування в зоні бойових дій, і налічувала 51 учасника. Контрольну групу представляли особи, які ніколи не перебували в зоні бойових дій, і до неї входило 59 учасників.

Для отримання більш детальної інформації про наших респондентів та групу в цілому, учасникам експерименту була запропонована авторська анкета. Анкета містила питання, що надавали додаткову інформацію для дослідження і характеризували респондентів за такими ознаками, як вік, стать та поточне місцезнаходження.

РОЗДІЛ ІІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

В даному розділі ми аналізуємо отримані дані нашого дослідження, описуємо методи психологічної допомоги особам, що пережили травматичний досвід під час воєнних дій, а також надаємо рекомендації щодо психологічної підтримки та профілактики тривожних станів.

3.1. Аналіз отриманих результатів дослідження

Для дослідження психологічних особливостей провів тривожних станів ми застосовували адаптовані методики, але всеодно зробили окрему перевірку шкал за показником Альфа Кронбаха. Проведений аналіз надійності та узгодженості методик на основі відповідей нашої вибірки відображено в Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Аналіз надійності та узгодженості шкал методик дослідження

	Короткий п'ятифакторний опитувальник TIPI-UKR	Опитувальник СпілбергераХаніна	Чотиривимірний опитувальник 4DSQ	Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг
α Кронбаха	0,534	0,958	0,926	0,926

Відповідно до Таблиці 3.1 можемо побачити не по всіх методиках показник альфа Кронбаха є для нас задовільним. Методика Короткого п'ятифакторного опитувальника TIPI-UKR має низький показник, тобто питання є не достатньо надійними та узгодженими. Проведемо додатковий аналіз цієї методики по окремим шкалам, результати аналізу відобразимо в Таблиці 3.1.2

Таблиця 3.2

**Аналіз надійності та узгодженості шкал методики п'ятифакторного
опитувальника TIPI-UKR**

Шкали	α Кронбаха
Екстраверсія	0,315
Дружелюбність	0,136
Добросовісність	0,0129
Емоційна стабільність	0,683
Відкритість новому досвіду	0,338

Аналіз надійності та узгодженості шкал методики п'ятифакторного опитувальника TIPI-UKR показав низькі показники. Можемо пояснити це тим, що психометрична оцінка TIPI має певні особливості. Якщо розробка багатопунктових шкал передбачає оптимізацію внутрішньої узгодженості, то наявність лише двох пунктів на кожен шкалу, як є у TIPI-UKR, спричинилась до дещо незвично низького рівня оцінок внутрішньої узгодженості. Зокрема, альфа Кронбаха в оригінальній версії методики були 0,68 для фактору Екстраверсії, 0,40 для Дружелюбності, 0,50 для Добросовісності, 0,73 для Емоційної стабільності та 0,45 для Відкритості новому досвіду. Тож покращення рівня надійності TIPI має базуватися на оцінках надійності, які в меншій мірі залежать від кількості тверджень в кожній шкалі, зокрема на визначенні тест-ретестової надійності [37].

Тепер можемо перейти до описового аналізу результатів дослідження. Розглянемо, які були отримані результати по психологічним особливостям в межах нашої вибірки. Відобразимо результати в Таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

**Описові показники по результатах методики Короткого
п'ятифакторного опитувальника TIPI-UKR**

	Екстраверсія	Дружелюбність	Добро- совісність	Емоційна стабільність	Відкритість в новому досвіді
N	110	110	110	110	110
Пропущено	0	0	0	0	0
Середнє значення	9.5	10.6	10.7	8.11	10.5
Медіана	10.0	11.0	11.0	8.00	11.0
Стандартне відхилення	1.90	1.63	1.91	2.48	1.98
Мінімум	5	5	4	2	4
Максимум	13	13	14	12	14

Відповідно до Таблиці 3.3 можемо підсумувати, що в опитуванні взяли участь 110 особа, по даному опитувальнику не було жодної пропущеної відповіді. Нагадаємо, що по кожній шкалі результат може варіюватися в діапазоні від 2 до 14 балів по кожній психологічній особливості. Проаналізуємо кожну шкалу окремо. Середнім значенням для шкали «Екстраверсія» є 9,5, медіана - 10, максимальне значення у вибірці 13 із 14 можливих, а мінімальне 5 із 2 можливих. Тобто можна зробити висновок, що опитані є екстравертами, відкритими, товариськими, напористими. Стандартне відхилення становить 1,90, тобто відповіді в середньому варіюються в межах цього показника від середнього значення (9,5).

Середнє значення для шкали «Дружелюбність» - 10,6, медіана - 11, максимальне значення у вибірці 13, а мінімальне 5 із 2 можливих.

Орієнтуючись на те, що при показникові 7, ми можемо говорити про такі риси, як підозрілість, недовіру та ворожість. Відповідно середнє значення по цій шкалі у нашій вибірці демонструє дуже середній рівень дружелюбності опитуваних.

Середнім значенням для шкали «Добросовісність» в нашій вибірці є 10,7, медіана – 11, максимальне значення у вибірці 14 із 14 можливих, а мінімальне 4 із 2 можливих. Орієнтуємось на те, що показник 14 говорить нам про організованість, надійність, дисциплінованість, а показник 7 можна інтерпретувати як недбалість, ненадійність та безтурботність. Таким чином, середнє значення по цій шкалі говорить нам про високий рівень добросовісності представників нашої вибірки.

Показники по шкалі «Емоційна стабільність» показують нам середнє значення 8,11, максимальне значення у вибірці 12, а мінімальне 2 із 2 можливих. Орієнтуючись на те, що показник 7, ми можемо інтерпретувати як прояв низького рівня нейротизму, пригніченості та дратівливості, середній показник нашої вибірки демонструє невисокий рівень емоційної стабільності, тобто ми не можемо говорити про врівноваженість та стійкість опитуваних.

Показники по шкалі «Відкритість новому досвіду» показують нам середнє значення 10,5, максимальне значення у вибірці 14 із 14, мінімальне 4 із 2 можливих. Аналізуючи показники, можемо сказати, що вибірка демонструє середній рівень відкритості досвіду. Якщо інтерпретувати показник 7, як обмеженість, вузькість інтересів та консервативність, то середнє значення 10,5 говорить про те, що представники нашої вибірки не відносно спонтанними, допитливими та відкритими новому досвіду.

Проаналізуємо, яким чином різняться дані показники у вибірці залежно від того, перебували чи ні наші респонденти в зоні бойових дій. Результати відобразимо в Таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

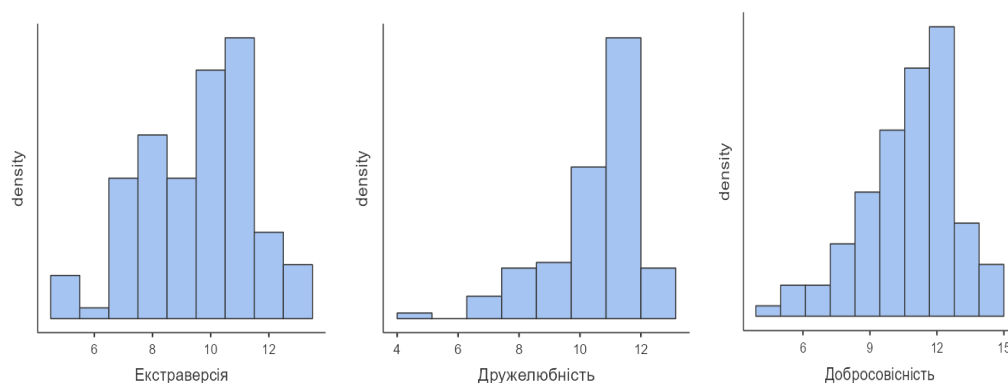
Описові показники по результатах методики «Короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ» залежно від того, чи перебували респонденти в зоні бойових дій

	Перебували	Екстраверсія	Дружелюбність	Добросовісність	Емоційна стабільність	Відкритість новому досвіду
N	Так	51	51	51	51	51
	Ні	59	59	59	59	59
Пропущено	Так	0	0	0	0	0
	Ні	0	0	0	0	0
Середнє значення	Так	9.14	11.1	11.1	8.88	10.9
	Ні	9.85	10.1	10.3	7.44	10.1
Медіана	Так	9	12	12	9	11
	Ні	10	10	11	8	11
Стандартне відхилення	Так	1.91	1.52	1.91	2.13	1.84
	Ні	1.84	1.59	1.84	2.57	2.04
Мінімум	Так	5	8	7	2	7
	Ні	5	5	4	3	4
Максимум	Так	13	13	14	12	14
	Ні	13	12	13	12	13

Відповідно до Таблиці 3.4 можемо відмітити, що середні значення і медіана по шкалі «Екстраверсія» 9,14 у групи осіб, що перебували в зоні бойових дій і 9,85 у осіб, які ніколи не перебували в зоні бойових дій. Якщо ми орієнтуємось на те, що 14 – максимальний бал по цій шкалі, то можемо зробити висновок, що представники обох груп є переважно

екставертованими особистостями. Значущої різниці при порівнянні груп немає. Іншу ситуацію можемо спостерігати про порівнянні показників обох груп по характеристикам «Дружелюбність» і «Добросовісність». У групи осіб, що перебували в зоні бойових дій показники по обом шкалам дещо вищі, але все ж таки не є статистично значущими. Важливо відмітити показники по шкалі «Емоційна стабільність». У обох групах ці показники виявились найнижчими. Якщо орієнтуватись, що середній бал 7 – це прояв емоційної нестабільності, то середнє значення 7,44 у групі осіб, що не перебували в зоні бойових дій свідчить про відсутність емоційної стабільності. У експериментальній групі цей дещо вищий і становить показник 8,88. Можемо зробити висновок, що особи, які перебували в зоні бойових дій є більш емоційно стабільними в порівнянні з тими, хто не перебував. Середні показники по шкалі «Відкритість новому досвіду» у обох групах не мають статистично значущої різниці і свідчать спонтанність, допитливість і відкритість новому досвіду всіх респондентів нашого дослідження.

Зобразимо розподіл відповідей щодо кожної шкали методики на Рисунок 3.1



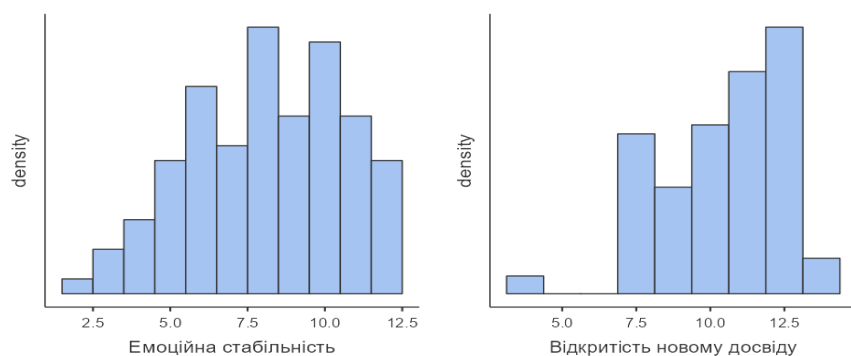


Рис. 3.1 Розподіл учасників дослідження за методикою Короткого п'ятифакторного опитувальника TIPI-UKR

Тепер проаналізуємо, які результати було отримано за методикою «Чотиривимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації». Результати відобразимо в Таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Описові показники по результатах методики «Чотиривимірний опитувальник 4DSQ»

	Соматизація	Дистрес	Тривога	Депресія
N	89	98	98	100
Пропущено	21	12	12	10
Середнє значення	9.49	13.5	5.52	2.08
Медіана	9	13	4	1
Стандартне відхилення	6.37	7.43	4.99	2.77
Мінімум	0	2	0	0
Максимум	32	32	24	12

Оскільки ми вважаємо, що перебування в зоні бойових дій – це додатковий чинник стресу та формування тривожних проявів, в нашому дослідженні фокус спрямований саме на територіальне місцезнаходження респондентів. Проаналізуємо, яким чином різняться дані показники у вибірці залежно від поточного місцезнаходження людей. Відобразимо результати в Таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

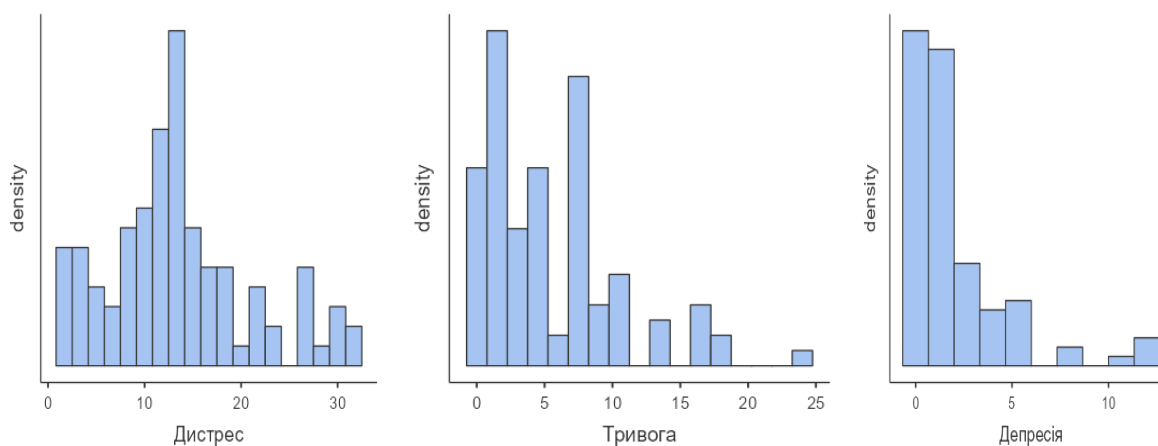
Описові показники по результатах методики «Чотиривимірний опитувальник 4DSQ» залежно від того, чи перебували респонденти в зоні бойових дій

	Перебували	Соматизація	Дистрес	Тривога	Депресія
N	ні	42	46	48	48
	так	47	52	50	52
Пропущено	ні	9	5	3	3
	так	12	7	9	7
Середнє значення	ні	9.43	12.9	5.35	1.81
	так	9.55	13.9	5.68	2.33
Медіана	ні	9.5	13	4.5	1
	так	9	12	4	1
Стандартне відхилення	ні	5.9	7.00	4.35	2.28
	так	6.81	7.84	5.57	3.15
Мінімум	ні	0	2	0	0
	так	0	2	0	0
Максимум	ні	28	32	18	12
	так	32	32	24	12

При максимальному значенні 32 по шкалі дистресу, маємо середнє значення в 12,9 балів у групі осіб, що не перебували в зоні бойових дій і дещо вищий бал 13.9 в експериментальній групі. Відповідно цьому показникові можемо зробити висновок, що особи, що пережили травматичний досвід перебувають у більш вираженому стані хронічного стресу. По шкалі тривожності максимальне значення становить 24, маємо показник середнього значення 5,68 у експериментальній групі і дещо нижчий 5,35 у осіб, що не були в зоні бойових дій. Різниця показників по цій шкалі у обох групах не є істотною. Можемо зробити висновок, що опитувані обох груп демонструють низький рівень загальної тривоги. По шкалі депресії маємо схожу ситуацію, максимальний показник становить 12, мінімальний 0 - маємо 1,81 середнього значення у контрольній групі і 2,33 у експериментальній групі. Такі значення свідчать про низький ступінь прояву депресії у обох групах.

Відповідно до показників, можемо бачити, що середні значення по шкалам стресу, тривоги та депресії дещо вищі у осіб, що перебували в зоні бойових порівняно з групою людей, які ніколи не були в зоні бойових дій.

Розглянемо, як розподілилися відповіді вибірки по кожній окремій шкалі у даній методиці. Результати відобразимо на Рисунку 3.2.



**Рис. 3.2 Розподіл учасників дослідження за методикою
«Чотиривимірний опитувальник 4DSQ»**

Тепер проаналізуємо, які результати було отримано за методикою «Реактивна та особистісна тривожність Спілбергера-Ханіна». Результати відобразимо в Таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

**Описові показники по результатах методики «Реактивної та
особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна»**

	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
N	102	102
Пропущено	9	9
Середнє значення	47.4	49.4
Медіана	47.0	50.0
Стандартне відхилення	3.04	2.93
Мінімум	42	42
Максимум	57	60

Відповідно до Таблиці 3.1.7 можемо підсумувати, що в опитуванні по цій методиці взяли участь 102 із 111 осіб. Нагадаємо, що по кожній шкалі результат може варіюватися в діапазоні від 20 до 80 балів. Проаналізуємо кожну шкалу окремо. Середнім значенням для шкали «Реактивна тривожність» є 47.4, медіана - 47, максимальне значення у вибірці 57, а мінімальне 42. Нагадаємо інтерпретацію підсумованих балів. Якщо бали не перевищують 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і

більше – дуже висока тривожність [34]. Тобто можемо зробити висновок, що в середньому опитувані мають дуже високий рівень реактивної тривожності. Стандартне відхилення становить 3,04 тобто відповіді в середньому варіюються в межах цього показника від середнього значення (47,4).

Ще вищим є середнє значення по шкалі «Особистісна тривожність» - 49,4. Цей показник також говорить нам про дуже високий рівень особистісної тривожності у нашій вибірці. Стандартне відхилення по цій шкалі становить 2,93 тобто відповіді в середньому варіюються в межах цього показника від середнього значення (49,4). Тобто, навіть враховуючи стандартне відхилення, ми можемо говорити про дуже високу тривожність у осіб, що пройшли опитування. Варто нагадати, що дуже висока тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Проаналізуємо, яким чином різняться дані показники у вибірці залежно від місцезнаходження респондентів. Результати відобразимо в Таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

**Описові показники по результатах методики
«Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-
Ханіна» залежно від того, чи перебували респонденти в зоні бойових
дій**

	Перебували	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
N	ні	55	54
	так	47	48

Пропущено	ні	4	5
	так	4	3
Середнє значення	ні	46.8	48.9
	так	48	50
Медіана	ні	46	49
	так	47	50.5
Стандартне відхилення	ні	2.96	3.02
	так	3.04	2.75
Мінімум	ні	42	42
	так	43	45
Максимум	ні	57	60
	так	54	56

Відповідно до Таблиці 3.8 можемо відмітити, що показники реактивної тривожності становлять 46,8 у осіб, що не перебували в зоні бойових і 48,0 у осіб, що знаходились на території проведення воєнних дій. Особистісна тривожність має такі показники: 50 - у осіб, що перебували і 48,9 у осіб, що не перебували в зоні бойових дій. Тобто можемо зробити висновок, що особи, які перебували в зоні бойових мають дещо вищу особистісну і реактивну тривожність. Але показники не є надто відмінними і статистично значущими. Нагадаємо, якщо сума балів 46 і більше - ми можемо говорити про дуже високий рівень тривожності. Цікаво відмітити, що максимальні індивідуальні показники в групі осіб, що не перебували в зоні бойових дій значно вищі - 57 балів для реактивної і 60 балів для особистісної тривожності.

Зобразимо розподіл відповідей щодо кожної шкали методики на Рисунок 3.3.

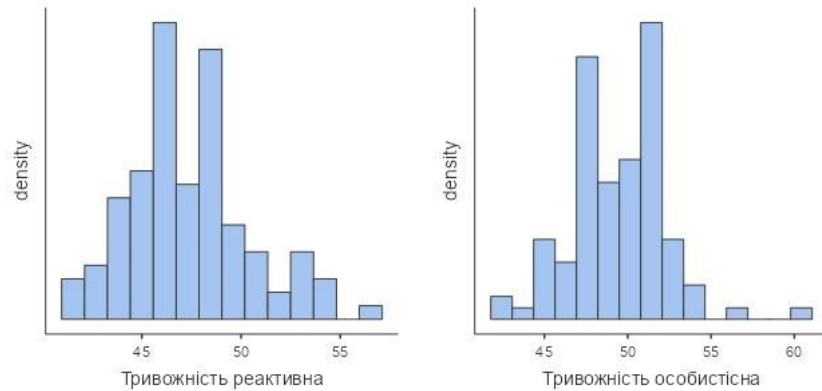


Рис. 3.3 Розподіл учасників дослідження за методикою «Реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна»

Розпочнемо статистичний аналіз з визначення t-критерію Стьюдента для двох незалежних груп. У нашому випадку це будуть: група людей, які перебували чи перебувають зараз у зоні бойових дій та група людей, які ніколи не перебували в зоні бойових дій. Враховуючи описовий аналіз, висунемо спочатку нульову та альтернативну гіпотези для обраних незалежних груп в контексті особистісних рис за методикою «Короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ». Спираючись на описовий аналіз, сформулюємо нульову гіпотезу по шкалам «Дружелюбність», «Добросовісність» та «Емоційна стабільність» таким чином: особи, що перебували в зоні бойових дій і ті, що ніколи не перебували є однаково дружелюбними та добросовісними та емоційно стабільними. Відповідно, альтернативна гіпотеза: люди, що перебували в зоні бойових дій є більш дружелюбними та добросовісними та емоційно стабільними в порівнянні з групою людей, які ніколи не були в зоні бойових дій.

Для коректної перевірки даних гіпотез варто також провести аналіз припущень: щодо рівності дисперсій по всім шкалам обох груп в популяції та щодо нормальності розподілу. Відобразимо результати в Таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Перевірка припущень щодо рівності дисперсій та нормальності розподілу для показників особистісних рис

	р для гіпотези рівності дисперсій	р для гіпотези нормальності розподілу
Дружелюбність	0.601	< .001
Добросовісність	0.382	< .001
Емоційна стабільність	0.039	0.030

Згідно з результатами перевірки припущень відображеними в Таблиці 3.1.9, можемо побачити, що припущення щодо рівності дисперсій обох груп в популяції підтверджується для шкали «Дружелюбність» та «Добросовісність», але порушується припущення щодо нормальності розподілу даних показників. Для шкали «Емоційна стабільність» обидва припущення підтверджуються. Отже, в контексті перевірки гіпотез для двох незалежних груп по цим шкалам будемо використовувати t-критерій Стьюдента.

Відобразимо результати перевірки гіпотез для двох незалежних груп у Таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Перевірка гіпотез для двох незалежних груп: людей, що перебували та ніколи не перебували в зоні бойових дій щодо особистісних рис

		Статистика	df	p
1. Дружелюбність	t-критерій Стьюдента	3.53	108	< .001
2. Добросовісність	t-критерій Стьюдента	2.42	108	0.009

		Статистика	df	p
3. Емоційна стабільність	t-критерій Стьюдента	3.17	108	< .001

Згідно з результатами відображеними в Таблиці 3.10 бачимо, що нульову гіпотезу можемо відкинути для всіх факторів (доволі високі значення t- критерію, p менше 0,05) і попередньо стверджувати, що прояв даних факторів є вищим в популяції людей, які перебували в зоні бойових дій.

Для більш ґрунтовного аналізу побудуємо довірчі інтервали для обох груп по всім факторам. Результати відобразимо на Рисунку 3.4.

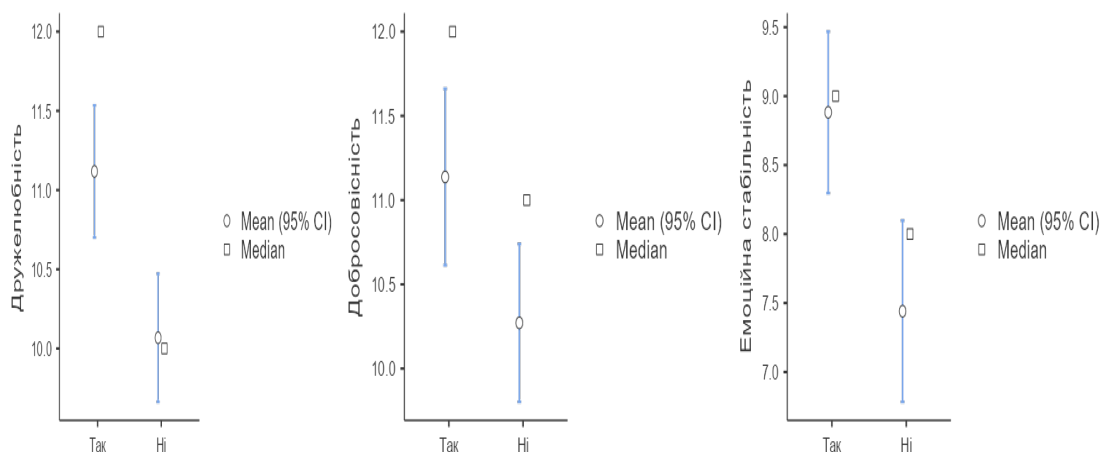


Рис. 3.4. Довірчі інтервали особистісних в людей, що перебували і ніколи не перебували в зоні бойових дій

Відповідно до Рисунку 3.4 можемо зробити висновок, що стандартна похибка середнього є досить високою по всім факторам. Розкид потенційного середнього значення в популяції також доволі великий для обох груп. Розкид має частковий перетин лише по фактору «Добросовісність» у випадку, якщо середнє значення для людей, що перебували в зоні бойових дій буде в популяції буде нижчим, ніж у вибірці, а для тих, хто не перебував в зоні бойових дій, навпаки- вищим. Тому все ж варто перевірити нульову та альтернативну гіпотези на більшій вибірці, щоб прийти до однозначних висновків.

Висунемо тепер нульову та альтернативну гіпотезу для обраних незалежних груп в контексті проявів тривожних станів по шкалам методики «Чотиривимірний опитувальник 4DSQ». Наша нульова гіпотеза полягає в тому, що тривожність, дистрес та депресія однаково проявлені у обох групах, альтернативна гіпотеза – що люди, які перебували в зоні бойових дій мають нижчий рівень тривоги, у них менш виражений стан дистресу та проявів депресії в порівнянні з групою людей, які ніколи не знаходились в зоні бойових дій.

Для коректної перевірки даних гіпотез варто також провести аналіз припущень: щодо рівності дисперсій по шкалам тривоги, дистресу та депресії обох груп в популяції та щодо нормальності розподілу.

Відобразимо результати в Таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Перевірка припущень щодо рівності дисперсій та нормальності розподілу для показників тривожних проявів

	р для гіпотези рівності дисперсій	р для гіпотези нормальності розподілу
Дистрес	0.212	0.001
Тривога	0.193	< .001
Депресія	0.039	< .001

Згідно з результатами перевірки припущень, відображеними в Таблиці 3.11 можемо побачити, що припущення рівності дисперсій обох груп в популяції по всім шкалам підтверджується, припущення щодо нормальності розподілу порушується по всім шкалам. Отже, в контексті перевірки гіпотез для двох незалежних груп по показникам дистресу, тривоги та депресії будемо використовувати t-критерій Стьюдента.

Відобразимо результати перевірки у Таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Перевірка гіпотез для двох незалежних груп: людей, що перебували та ніколи не перебували в зоні бойових дій щодо проявів тривожних станів

		Статистика	df	р
Дистрес	t-критерій Стьюдента	-0.668	96.0	0.253
Тривога	t-критерій Стьюдента	-0.322	96.0	0.374
Депресія	t-критерій Стьюдента	-0.929	98.0	0.178

Згідно з Таблицею 3.12 можемо побачити, що значення t-критерію Стьюдента для шкали дистресу становить -0,668, для шкали тривоги -0,322, для шкали депресії – 0,929. Знову ж таки, ми не можемо стверджувати, що

люди, які перебували в зоні бойових дій мають вищі показники по всім шкалам в популяції. Враховуючи отримані показники p , для дистресу 0,253, для тривоги 0,274, для депресії 0,178 ми не можемо відкинути нульову гіпотезу і прийняти альтернативну.

Для якіснішого аналізу в подальшому варто було б перевірити дані гіпотези з більшою вибіркою, щоб зрозуміти, чи такі показники пов'язані з невеликим розміром вибірки, чи з тим, що інтенсивність тривожних проявів не залежить від того поточного місцезнаходження.

Для більш ґрунтовного аналізу побудуємо довірчі інтервали для обох груп. Проаналізуємо кожен шкалу окремо. Результати відобразимо на Рисунок 3.5.

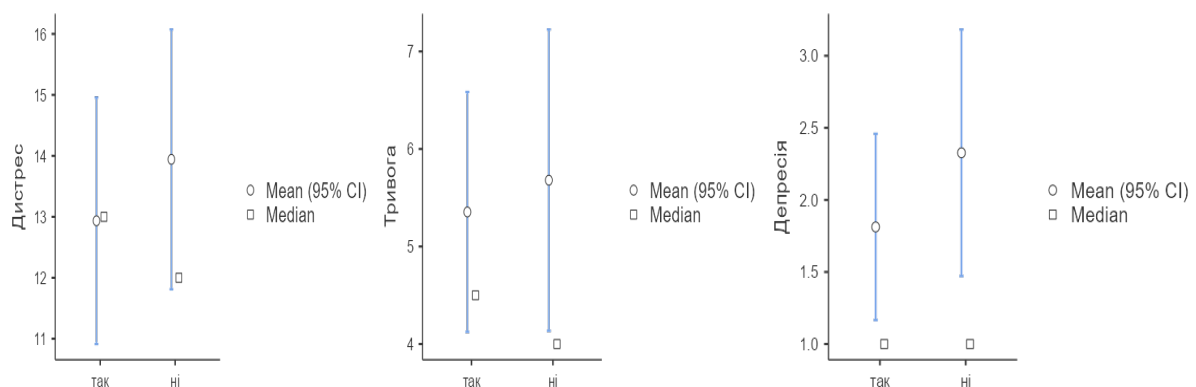


Рис. 3.5 Довірчі інтервали провів тривожних станів в людей, що перебували і ніколи не перебували в зоні бойових дій

Відповідно до Рисунок 3.5 можемо побачити, що стандартна похибка середнього є доволі низькою по всім шкалам. Можемо відмітити, що розкид потенційного середнього значення показника дистресу в популяції є суттєвим. Розкид показника дистресу має частковий перетин у випадку, якщо середнє значення для людей, які знаходились в зоні бойових дій буде вищим. Тому все ж варто перевірити нульову та альтернативну гіпотези на більшій вибірці, щоб прийти до однозначних висновків. Також можемо

побачити, що найбільш виражена стандартна похибка середнього у показниках по шкалі депресії.

Висунемо тепер нульову та альтернативну гіпотези для обраних незалежних груп в контексті реактивної та особистісної тривожності. Враховуючи описовий аналіз, наша нульова гіпотеза полягає в тому, що особистісна та реактивна тривожність проявлені однаково в обох групах, а альтернативна гіпотеза – що інтенсивність проявлення особистісної та реактивної тривожності вища у осіб, що перебували в зоні бойових дій.

Для коректної перевірки даних гіпотез варто також провести аналіз припущень щодо рівності дисперсій реактивної та особистісної тривожності обох груп в популяції та щодо нормальності розподілу.

Відобразимо результати в Таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Перевірка припущень щодо рівності дисперсій та нормальності розподілу для показників реактивної та особистісної тривожності

	р для гіпотези рівності дисперсій	р для гіпотези нормальності розподілу
Тривожність реактивна	0.615	< .001
Тривожність особистісна	0.738	0.011

Згідно з результатами перевірки припущень можемо побачити, що припущення щодо рівності дисперсій обох груп в популяції не порушується для жодного з факторів. Але перевірка припущення щодо нормальності розподілу порушується, як для особистісної так і для реактивної тривожності ($p \leq 0.05$). Відповідно для обох факторів будемо використовувати t-критерій Стьюдента.

Відобразимо результати перевірки гіпотез для двох незалежних груп, осіб, що перебували і не перебували в зоні бойових дій у Таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

Перевірка гіпотез для двох незалежних груп: осіб, що перебували і не перебували в зоні бойових дій

		Статистика	df	p
Тривожність реактивна	t-критерій Стьюдента	1.99	100	0.025
Тривожність особиста	t-критерій Стьюдента	1.83	100	0.035

Згідно з результатами, відображеними в Таблиці 3.14 бачимо, що нульову гіпотезу можемо відкинути для обох факторів ($p \leq 0.05$) і попередньо стверджувати, що прояв даних факторів є вищим у популяції в людей, які перебували в зоні бойових дій.

Для більш ґрунтовного аналізу побудуємо довірчі інтервали для обох груп по факторам реактивної і особистісної тривожності. Результати відобразимо на Рисунку 3.6.

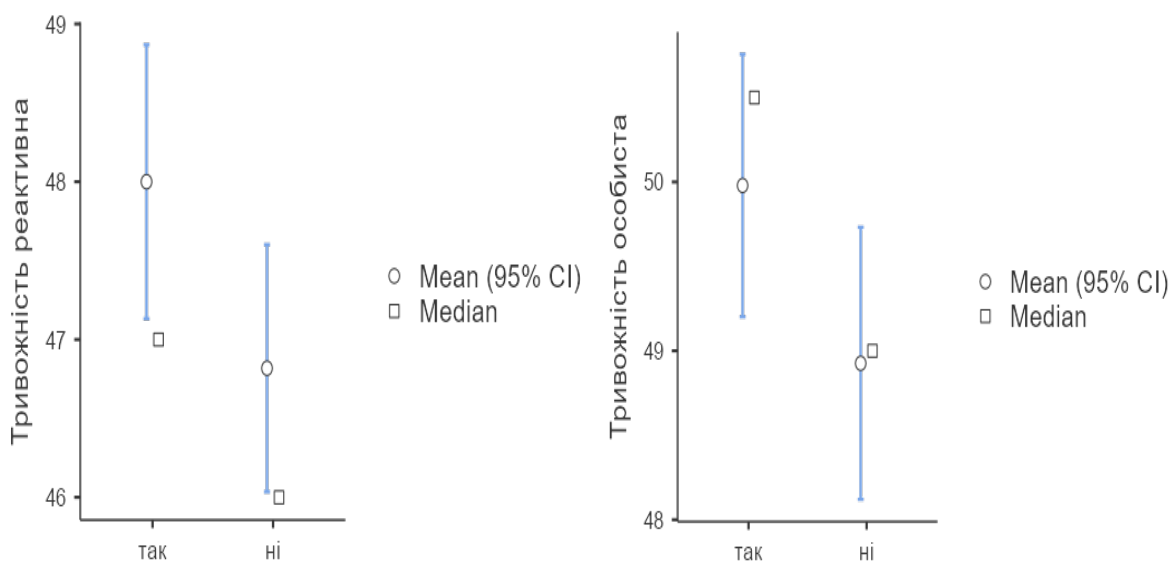


Рис. 3.6 Довірчі інтервали реактивної і особистісної тривожності в людей, які перебували і не перебували в зоні бойових дій

Відповідно до Рисунку 3.6 можем зробити висновок, що стандартна похибка середнього є досить високою у обох факторів. Розкид потенційного середнього значення в популяції є доволі великим у обох груп. Розкид має частковий перетин у випадку, якщо середні значення особистісної та реактивної тривожності у людей, що перебували в зоні бойових дій будуть нижчими, а у тих, хто не перебував будуть вищими.

Для дослідження взаємозв'язку між психологічними особливостями і тривожними станами зробимо кореляційний аналіз. Результати кореляційного аналізу між окремими факторами особистісних рис та тривожними станами відобразимо в Таблиці 3.15.

Таблиця 3.15

Кореляційний аналіз взаємозв'язку психологічних особливостей і тривожних станів

	Дистрес		Тривога		Депресія	
	Кореляція Пірсона r	p	Кореляція Пірсона r	p	Кореляція Пірсона r	p
Екстраверсія	0.091	0.375	0.042	0.681	0.096	0.341
Дружелюбність	-0.035	0.729	0.034	0.741	-0.086	0.397
Добросовісність	-0.102	0.319	-0.094	0.359	-0.019	0.850
Емоційна стабільність	-0.269	0.007	-0.321	0.001	-0.331	< .001
Відкритість новому досвіду	0.028	0.785	-0.003	0.980	-0.021	0.838

Відповідно до Таблиці 3.15 розглянемо, яким чином психологічні особливості корелюють з тривожними станами. Отже, ми можемо побачити, що психологічні особливості «Екстраверсія», «Дружелюбність», «Відкритість новому досвіду» практично не корелюють з проявами фактору «Дистрес». Фактор «Добросовісність» корелює слабо, а ось фактор «Емоційна стабільність» корелює в середній мірі. Психологічні особливості «Добросовісність» та «Емоційна стабільність» мають від'ємний коефіцієнт Пірсона по відношенню до фактору «Дистрес», що свідчить про те, що люди з більш вираженими цими психологічними особливостями схильні до меншого прояву дистресу. При цьому, показник r є доволі високим для всіх факторів, окрім «Емоційної стабільності», що свідчить про те, що ми не можемо стверджувати про наявність кореляційного зв'язку в популяції, окрім фактору «Емоційна стабільність».

Далі розглянемо, як корелює фактор «Тривога» з психологічними рисами. Можемо побачити, що цей фактор має середній ступінь кореляції з «Емоційною стабільністю», показник r ($p \leq 0.05$) по цій психологічній особливості також говорить нам про те, що ми можемо стверджувати про наявність певного кореляційного зв'язку в популяції по цьому фактору. Від'ємний показник коефіцієнта Пірсона свідчить про те, що люди з більш вираженою емоційною стабільністю мають менший прояв тривоги.

Далі розглянемо, як взаємопов'язані психологічні особливості з фактором «Депресія». Бачимо, що знову ж таки всі психологічні риси практично не корелюють з цим фактором, окрім «Емоційної стабільності». Оскільки коефіцієнт Пірсона є від'ємним, то це свідчить про те, що люди з більш вираженою емоційною стабільністю менш схильні до депресії. Також показник r ($p \leq 0.05$) по цій психологічній особливості говорить нам про те, що ми можемо стверджувати про наявність певного кореляційного зв'язку в популяції по цьому фактору.

Для глибокого аналізу побудуємо діаграми розсіювання для кореляції психологічної риси «Емоційна стабільність» та тривожних станів «Дистрес», «Тривога» і «Депресія». Результати відобразимо на Рисунку 3.7.

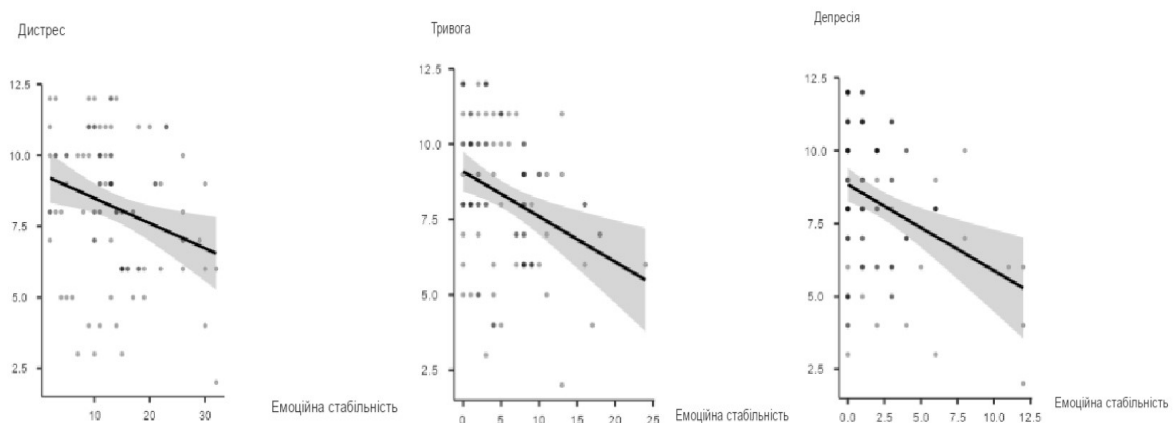


Рис. 3.7 Діаграми розсіювання для кореляцій фактору «Емоційна стабільність» та факторів «Дистрес», «Тривога» і «Депресія»

Відповідно до Рисунку 3.7 ми можемо відмітити, що існує певний взаємозв'язок по всім факторам, але розкид результатів є неструктурованим та інтервал потенційної кореляції в популяції є доволі великим і не виключає, що взаємозв'язок може бути сильнішим, чи слабшим.

Також, можемо бачити, що кореляційні хмари розбиті на підгрупи. Це означає, що в нашому опитуванні взяли участь певні категорії людей, які краще досліджувати окремо.

Кореляції по всіх факторах є лінійними, а коефіцієнт Пірсона від'ємний, тобто можемо сказати, що чим нижче емоційна стабільність, тим більше проявлений дистрес. Також показник p ($p \leq 0.05$) говорить нам про те, що ми можемо перенести цю кореляцію на популяцію в цілому. Фактор «Емоційна стабільність» і фактор «Тривога» також мають кореляцію, але оскільки коефіцієнт Пірсона є від'ємним, то це свідчить про те, що люди з більш вираженою емоційною стабільністю менш схильні до тривоги та депресії.

Далі зробимо кореляційний аналіз для дослідження взаємозв'язку між окремими психологічними рисами і особистісною та реактивною тривожністю. Результати відобразимо в Таблиці 3.16.

Таблиця 3.16

Кореляційний аналіз взаємозв'язку психологічних особливостей реактивної та особистісної тривожності

	Тривожність реактивна		Тривожність особистісна	
	Кореляція Пірсона r	p	Кореляція Пірсона r	p
Екстраверсія	0.169	0.090	-0.335	< .001
Дружелюбність	-0.019	0.852	-0.047	0.640
Добросовісність	-0.189	0.057	0.162	0.104
Емоційна стабільність	0.008	0.936	0.276	0.005
Відкритість новому досвіду	0.120	0.230	-0.038	0.703

Відповідно до Таблиці 3.16 розглянемо, яким чином психологічні особливості корелюють з реактивною і особистісною тривожністю. Спочатку розглянемо фактор «Реактивна тривожність». Можемо побачити, що фактори «Дружелюбність» та «Емоційна стабільність» не корелюють з реактивною тривожністю. Фактор «Екстраверсія» та «Відкритість новому досвіду» слабо корелюють і говорять нам про те, що чим більш виражені ці психологічні особливості, тим більш проявлений фактор «Реактивна тривожність». Показник p є високим для факторів «Дружелюбність»,

«Емоційна стабільність», «Відкритість новому досвіду», це означає, що ми не можемо стверджувати про наявність кореляційного зв'язку по цим факторам в популяції. Показник r ($p \leq 0.05$) по факторам «Екстраверсія» і «Добросовісність» свідчить про те, що дана кореляція може прослідковуватись і в популяції.

Далі розглянемо, як фактори психологічних особливостей взаємопов'язані з особистісною тривожністю. Відповідно до Таблиці 3.16 прослідковуємо середню кореляцію факторів «Екстраверсія» та «Емоційна стабільність» та низьку кореляцію фактора «Добросовісність» та особистісної тривожності. Ці фактори також мають відповідний показник r ($p \leq 0.05$), що свідчить про те, що даний взаємозв'язок може прослідковуватись в популяції в цілому. Фактор «Екстраверсія» має від'ємний коефіцієнт Пірсона, що означає, що люди з більшим проявом екстраверсії мають менший прояв особистісної тривожності. Також можемо бачити, що показник «Добросовісність» прямо корелює з особистісною тривожністю, тобто чим більше виражена ця психологічна особливість у людини, тим вищий прояв особистісної тривожності вона буде мати.

Для глибинного аналізу побудуємо діаграми розсіювання для фактору «Тривожність реактивна» і психологічних рис «Екстраверсія» та «Відкритість новому досвіду». Результати відобразимо на Рисунку 3.8.

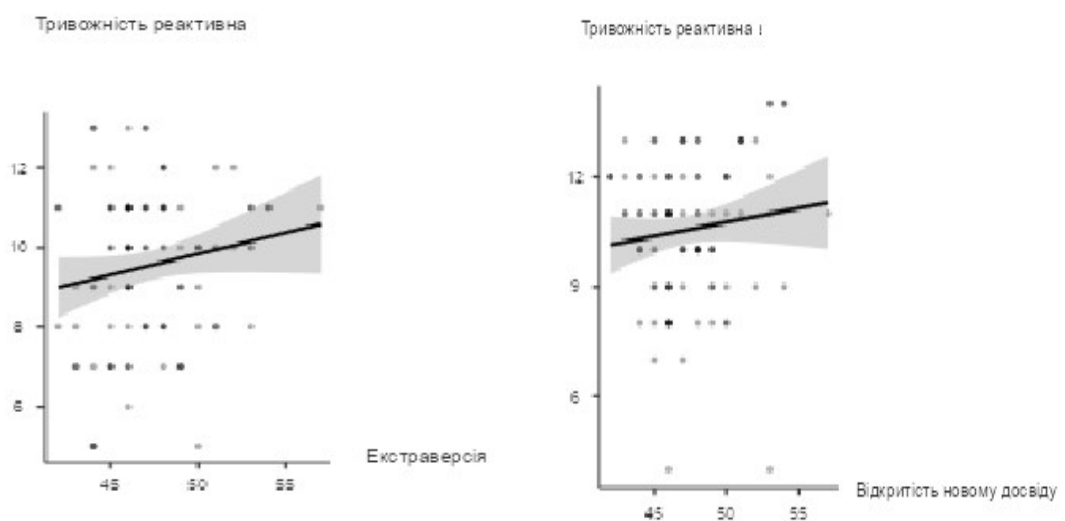


Рис. 3.8 Діаграми розсіювання для кореляцій фактору «Реактивна тривожність» і факторів «Екстраверсія» та «Відкритість новому досвіду»

Можемо відмітити, що існує лінійний взаємозв'язок між реактивною тривожністю та екстраверсією. За результатами показників можемо сказати, що чим більш екстравертивними є люди, тим вище у них реактивна тривожність. Однак, повертаючись до кореляційного аналізу і показника r , ми не можемо стверджувати, що ця кореляція буде прослідковуватись в популяції в цілому. Схожу кореляцію маємо між реактивною тривожністю і фактором «Відкритість новому досвіду». Тобто можемо сказати, що люди з більшим проявом реактивної тривожності менш відкриті новому досвіду. Але враховуючи високий показник ми не можемо перенести цю кореляцію на популяцію і цілому. Також але розкид результатів є неструктурованим та інтервал потенційної кореляції в популяції є доволі великим і не виключає, що взаємозв'язок може бути сильнішим, чи слабшим.

Далі побудуємо діаграми розсіювання для фактору «Тривожність особиста» та факторів «Екстраверсія» та «Емоційна стабільність». Результати зобразимо на Рисунку 3.9.

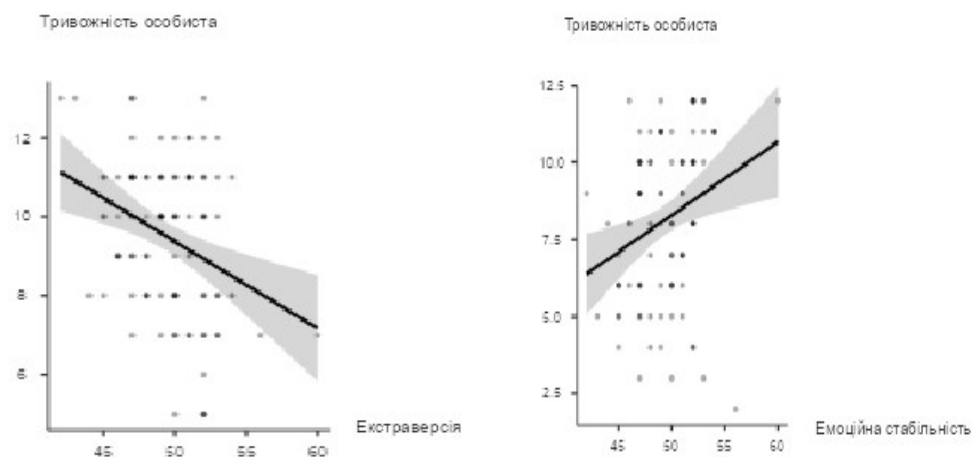


Рис. 3.1.9 Діаграми розсіювання для кореляцій фактору «Особистісна тривожність» і факторів «Екстраверсія» та «Емоційна стабільність»

Згідно з результатами діаграми розсіювання ми бачимо, що особистісна тривожність лінійно корелює з фактором «Екстраверсії». Враховуючи від’ємний коефіцієнт Пірсона, можемо сказати, що люди з більшим проявом екстраверсії мають менший прояв особистісної тривожності. Іншу кореляцію спостерігаємо між факторами «Емоційна стабільність» і «Особистісна тривожність». Відповідно діаграмі розсіювання бачимо, що більш емоційно стабільні люди мають вищий рівень особистісної тривожності.

Далі для встановлення взаємозв’язку між реактивною і особистісною тривожністю та тривожними станами зробимо кореляційний аналіз. Результати відобразимо в Таблиці 3.17.

Таблиця 3.17

Кореляційний аналіз взаємозв’язку реактивної та особистісної тривожності та тривожних станів

	Дистрес		Тривога		Депресія	
	Кореляція Пірсона r	p	Кореляція Пірсона r	p	Кореляція Пірсона r	p
Тривожність реактивна	0.095	0.365	0.104	0.322	-0.007	0.944
Тривожність особистісна	-0.176	0.088	-0.247	0.017	-0.047	0.649

Відповідно до Таблиці 3.17 розглянемо, яким чином реактивна та особистісна тривога корелюють з тривожними станами. Спочатку розглянемо фактор «Реактивна тривожність». Можемо побачити, що фактори «Дистрес» та «Депресія» не корелюють з реактивною тривожністю.

Фактор «Тривога» корелює слабо. Також високий показник p говорить про те, що даний взаємозв'язок може не прослідковуватись в популяції.

Далі розглянемо фактор «Тривожність особистісна» та його взаємозв'язок з факторами «Дистрес» і «Тривога». Можемо відмітити, що існує середня лінійна кореляція між особистісною тривогою і факторами «Дистрес» та «Тривога». Орієнтуючись на від'ємний коефіцієнт Пірсона, можемо сказати, що чим більш проявлена тривожність особистісна, тим менший прояв дистресу та тривоги. Показник p ($p \leq 0.05$) по обом факторам свідчить про те, що даний взаємозв'язок може прослідковуватись в популяції в цілому.

Для глибинного аналізу побудуємо діаграми розсіювання для фактору «Тривожність особистісна» і факторів «Дистрес» та «Тривога». Результати відобразимо на Рисунку 3.10.

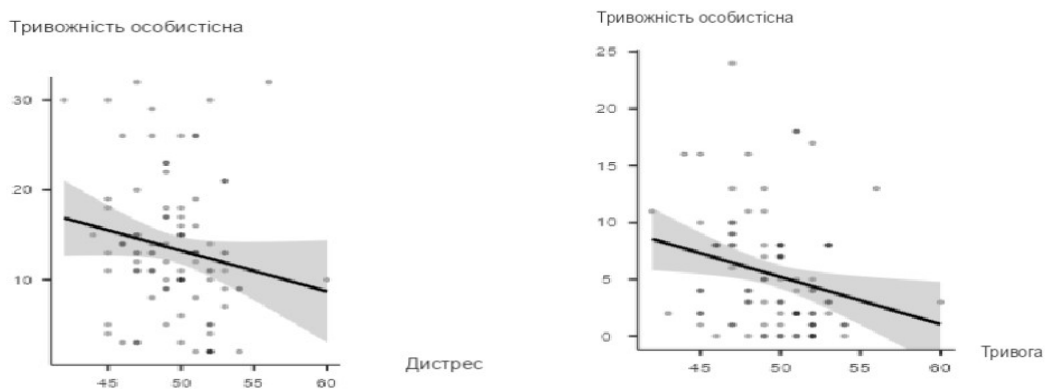


Рис. 3.10 Діаграми розсіювання для кореляцій фактору «Особистісна тривожність» і факторів «Дистрес» та «Тривога»

Відповідно до Рисунку 3.10 ми можемо відмітити, що існує певний взаємозв'язок по обом факторам, але розкид результатів є неструктурованим та інтервал потенційної кореляції в популяції є доволі великим і не виключає, що взаємозв'язок може бути сильнішим, чи слабшим.

Також, можемо бачити, що кореляційні хмари розбиті на підгрупи. Це означає, що в нашому опитування взяли участь певні категорії людей, які краще досліджувати окремо.

Кореляції по всіх факторах є лінійними, а коефіцієнт Пірсона від'ємний, тобто можемо сказати, що чим нижча особистісна тривога у людей, тим більше проявлений дистрес та загальна тривога. Також показник p ($p \leq 0.05$) говорить нам про те, що ми можемо перенести ці кореляції на популяцію в цілому.

3.2. Опис методів психологічної допомоги та їх ефективність

Досвід війни, масові порушення прав людини й вимушене або ж примусове переміщення осіб можуть мати глибокий вплив на те, як люди, які вижили, бачать світ. Цей вплив виходить далеко за межі конструкта стресу та тривожних проявів. Терапевтичні програми повинні включати комплекс когнітивних, поведінкових, міжособистісних і соціальних втручань, а в разі потреби залучати психофармакотерапевтичний метод [40]. Вибір інтервенції насамперед залежить від часу, що минув від моменту травматичної події. У перші дні фахівці радять надавати першу психологічну допомогу, метою якої є забезпечити невідкладні базові й конкретні потреби людини, налагодити контакт із рідними та слухати. Надалі, згідно з даними сучасних досліджень, можуть застосовуватися методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ та її різновид — травмофокусована КПТ), EMDR-терапія (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing) — десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання травми) рухом очей [30]. Беручи до уваги широкий спектр розладів, пов'язаних із психотравмою, можливість коморбідних розладів і високоїмовірні соціальні проблеми, напрацювання алгоритму терапії передбачає індивідуальний підхід із можливим залученням членів родини та соціальними інтервенціями. У довгостроковій перспективі можливе

застосування інших методів психотерапії: раціональна психотерапія, гештальт-терапія, психоосвітня робота з пацієнтом та його сім'єю, сімейна терапія, автотренінг, методи особистісного зростання, тренінг соціальних і комунікаційних навичок, терапія зайнятістю [42].

При травмуванні людей під час короткочасного перебування в осередку екстремальної ситуації найкраще підійдуть стратегія, принципи й методи екстреної психологічної допомоги, короткострокової психотерапії та психопрофілактики. Метою даних методів психологічної допомоги є запобігання виникненню та розвитку віддалених негативних наслідків психотравмування та надання підтримки, перш за все, з метою підвищення опірності та здатності людини протистояти екстремальному впливу [35].

Психологічна допомога особам, які пережили травматичний досвід, включає в себе широкий спектр методів і підходів, спрямованих на відновлення психологічного благополуччя та підтримку в посттравматичному відновленні. Основні методи психологічної допомоги таким особам включають:

Первинна оцінка та підтримка. Психолог проводить співбесіду з постраждалою особою, щоб оцінити її потреби та визначити основні проблеми. Важливим аспектом цього етапу є підтримка та створення безпечного середовища, в якому постраждала особа може відкрито висловлювати свої почуття та поділитися пережитим досвідом.

Посттравматична допомога. Цей підхід включає в себе ряд методів, таких як психологічна дезактивація, експозиційна терапія та інші техніки для зниження симптомів посттравматичного стресового розладу.

Психологічна дезактивація є концептом, який використовується в рамках психологічної терапії, особливо в когнітивно-поведінковій терапії (КПТ). Вона описує процес зниження впливу негативних емоцій та думок на поведінку пацієнта. У психологічній дезактивації передбачається, що певні мисленнєві процеси і уявлення про світ можуть підтримувати

негативні емоції та некорисні поведінкові звички. Наприклад, негативні думки про себе можуть викликати почуття безнадійності, підтримувати депресію або знижувати мотивацію. Психологічна дезактивація спрямована на зниження впливу цих негативних мисленнєвих шаблонів та покращення функціонування пацієнта. Під час психологічної дезактивації людина навчається розпізнавати свої негативні думки та переконання, а потім використовувати стратегії для зменшення їх впливу на емоції та поведінку.

Ці стратегії можуть включати:

- дистанціювання від думок: людина навчається розглядати свої думки як лише думки, а не об'єктивну реальність. Це допомагає зменшити ідентифікацію з негативними думками і зменшити їх вплив.
- експериментування з думками: людина запитує себе, які аргументи підтверджують або спростовують її негативні думки. Це допомагає змінити переконання і побачити, що негативні прогнози не завжди відповідають дійсності.
- переформулювання думок: людина навчається замінювати негативні думки більш об'єктивними, реалістичними твердженнями. Наприклад, замість думки "Я ніколи не зможу це зробити", він може сформулювати "Це може бути складно, але я можу спробувати і знайти шлях до успіху".
- використання метафор: застосовуються метафори для відсторонення від негативних думок. Наприклад, людина може уявити свої думки як течію на річці, що проходять повз нього, замість того, щоб їх ідентифікувати із самим собою.
- релаксаційні вправи: використання технік релаксації, такі як глибоке дихання, медитація або прогресивна м'язова релаксація, для зниження фізіологічної активації, пов'язаної зі станом тривоги.

Ці стратегії психологічної дезактивації допомагають змінити своє ставлення до негативних думок, відчутти більший контроль над своїми емоціями і поведінкою та знизити рівень стресу і тривоги.

Експозиційна терапія (або експозиційно-реактивна терапія) є одним з методів психологічної терапії, який використовується для лікування різних психічних розладів, зокрема фобій, посттравматичного стресового розладу і депресії. Цей метод ґрунтується на принципі експозиції, тобто поступового та контрольованого викладання людиною тієї ситуації чи події, які викликають тривогу чи страх. Головною метою експозиційної терапії є допомога людині змінити її реакцію на страшні або тривожні подразники, навчитися керувати тривогою та поступово зменшити панічний страх або уникання. Експозиційна терапія базується на принципі звичайної засвоєної інгібіції, за яким люди навчаються уникати та усувати негативні стимули, які викликають страх. Процес експозиції допомагає пацієнтам навчитися переборювати свої страхи і тривожні реакції, змінюючи спосіб сприйняття та реагування на стимули. Цей метод може використовуватися у різних форматах, таких як систематична десенситизація (поступове викладання страшних ситуацій у контрольованому середовищі) або експозиція в уяві (викликання страшних образів у фантазії пацієнта).

Терапевт працює з людиною, надаючи підтримку і допомогу в розвитку стратегій заспокоєння та релаксації, які допомагають зменшити тривогу під час експозиції. Пацієнти можуть вчитися глибокому диханню, прогресивній м'язовій релаксації або іншим технікам для зниження фізіологічних проявів тривоги.

Ефективність експозиційної терапії залежить від поступовості і систематичності. Починаючи з менш інтенсивних ситуацій або об'єктів, людина поступово розширює свій комфортний діапазон і звикає до раніше страшних або тривожних ситуацій.

Експозиційна терапія є одним із найефективніших методів лікування фобій, посттравматичного стресового розладу та інших тривожних розладів. Вона допомагає пацієнтам зменшити страх і тривогу, змінити негативні переконання та поведінкові звички, що пов'язані зі страхом.

Продовжуючи тему методів психологічної допомоги важливо сказати про групову психотерапію, сімейну терапію, психоосвіту на навички самодопомоги.

Групова психотерапія може бути корисною для осіб, які перебували в зоні бойових дій, оскільки вона надає можливість спілкуватися з іншими людьми, які пройшли подібний досвід. Групова динаміка може сприяти взаємопідтримці, відчуттю приналежності та розумінню, а також може надати простір для спільного обговорення та обробки емоційних та психологічних травм.

Сімейна терапія. У разі, коли постраждала особа має родину, сімейна терапія може бути ефективним методом психологічної допомоги. Вона спрямована на підтримку сімейних зв'язків, вироблення здорових комунікаційних стратегій та спільне розуміння впливу бойових дій на всю сім'ю.

Психоосвіта та навички самодопомоги. Психолог може проводити тренінги та роз'яснювальні сесії, спрямовані на надання постраждалим особам інформації про симптоми посттравматичного стресового розладу, стратегії самодопомоги, засоби зняття стресу та підтримку загального благополуччя.

Фармакотерапія. У деяких випадках може бути рекомендована фармакотерапія для зменшення симптомів тривожності, депресії або інших психічних розладів. Призначення лікарських засобів здійснює психіатр або лікар загальної практики на підставі оцінки психічного стану та індивідуальних потреб пацієнта.

Важливо враховувати, що методи психологічної допомоги можуть варіюватися залежно від потреб і стану кожної конкретної особи. Психолог повинен враховувати індивідуальні особливості, культурні контексти та релігійні переконання постраждалої особи. Комбінація різних методів та підходів може бути ефективною для досягнення психологічного відновлення.

Важливим елементом в психологічній допомозі є також створення безпечного та емпатичного простору, де постраждала особа може відчути підтримку та нерозуміння з боку фахівця. Важливо встановлювати довіру і створювати сприятливу атмосферу для співпраці.

Психологічна допомога особам, які перебували в зоні бойових дій, може бути тривалим процесом, який вимагає терпіння, розуміння та індивідуального підходу. Поступове відновлення психологічного благополуччя може зайняти час, і важливо надати постраждалій особі необхідну підтримку протягом усього процесу.

Окрім професійної психологічної допомоги, також важливо підтримка з боку родини, друзів та спільноти, а також доступ до соціальних та медичних служб, які можуть надати додаткову допомогу та ресурси для відновлення.

Загалом, психологічна допомога особам, які перебували в зоні бойових дій, має на меті покращення їхнього психологічного стану, зменшення посттравматичних симптомів та сприяння процесу зцілення.

Це комплексний підхід, який враховує індивідуальні потреби та включати підтримку в процесі повернення до нормального життя та соціальної адаптації. Це може включати навчання навичкам соціальної взаємодії, працевлаштування або підтримку у відновленні зв'язків з близькими людьми. Важливим аспектом психологічної допомоги є постійна підтримка та моніторинг після закінчення основного періоду

лікування. Постраждали особи можуть потребувати додаткової допомоги у подоланні викликів та стресів, що виникають з часом.

Вивчення процесу розвитку психічної травми внаслідок тривалого перебування в умовах екстремальної ситуації (бойових дій) змушує нас говорити, як мінімум, про три періоди:

1. Початковий період або період потрапляння в тривалу психотравмуючу ситуацію. Це період так званих первинних реакцій, який відповідає періоду переживання короткострокової травмуючої події. Власне цей період первинних реакцій і є переживанням короткострокової, поки що, травми. Відповідно, ми можемо виділити все ті ж стадії в процесі переживання цього періоду травми, що і при короткочасному перебуванні людини в умовах екстремальної ситуації.
2. Період перебування у тривалій психотравмуючій ситуації або період адаптації. Характерні для цієї стадії прояви значною мірою визначаються тим, до яких саме умов адаптується людина. На думку більшості дослідників, характерними реакціями тут є апатія та агресія. Крім того, не можна забувати, що в цей час відбувається адаптація до екстремальних стрес-факторів бойової обстановки, які викликають підвищену напругу всіх функцій організму людини. Отже, надто тривале перебування в екстремальних умовах практично завжди призводить до виснаження всіх ресурсів людини.
3. Період повернення. Саме повернення до “нормальних” умов для особи, яка адаптувалася до “ненормальних”, є стресовим, а в деяких випадках – і травматичним. На відміну від інших стресових ситуацій спочатку той стрес, що переживають учасники бойових дій при поверненні до звичайного життя, може не усвідомлюватися, маскуватись почуттям радості, ейфорією, які

потім змінюються астеною, пригніченістю, а також почуттям розчарування, роздратування та гніву [18].

У разі дії на людину значного травмуючого чинника необхідним є застосування превентивних методів щодо розвитку патологічних станів у коротко- та довгостроковий період. Із цією метою добре зарекомендували себе техніки самопомоги, які повинен опанувати кожен. Серед загальних рекомендацій слід відмітити: встановлення й дотримання режиму дня, підтримка розумової та фізичної активності, практика вдячності, помічати й обмежувати тригери тривоги, спиратися на достовірні джерела новин [34].

3.3. Рекомендації щодо психологічної підтримки та профілактики тривожних станів у осіб, що перебували в зоні бойових дій

У більшості випадків психіка будь-якої людини прагне до самовідновлення після травмування, проте далеко не завжди людина може віднайти відповідні ресурси (психічні, матеріальні, зовнішні, внутрішні), самостійно розробити ефективну стратегію та набути відповідних практичних навичок у подоланні наслідків травматизації. Особливо дане ствердження стосується надсильних потрясінь (так звані “Т”- травми), пов’язаних із загибеллю людей, втратою накопичених за життя матеріальних цінностей, втратою звичного місця проживання тощо [31]. У таких випадках необхідна спеціально розроблена, законодавчо обґрунтована й організована на усіх рівнях система психологічної допомоги та реабілітації.

Особливо важливо надавати психологічну підтримку постраждалим та вживати профілактичні заходи для забезпечення добробуту та здоров'я населення. Ось декілька рекомендацій:

Інформування та освіта: Важливим складником терапевтичної програми є психоосвіта, що спрямована на формування адекватної системи уявлень про наслідки бойового стресу й особливості адаптаційних реакцій

під час зміни життєвого стереотипу; розуміння основних наслідків і психопатологічних реакцій, що їх спричинила психічна травма; навчання методам оволодіння наслідками бойової психічної травми, базовим технікам самодопомоги під час інтрузивних спогадів, тривожних пароксизмів, навичкам саморегуляції та самоуправління своїм станом [18].

Забезпечення належної інформації про воєнну ситуацію, ризики та заходи безпеки допоможе знизити невизначеність і тривожність. Важливо надавати доступ до достовірної інформації та пояснювати складні аспекти конфлікту.

Соціальна підтримка: Важливо зберігати зв'язки з родиною, друзями та спільнотою. Соціальна підтримка може допомогти зняти тривогу і стрес, створюючи відчуття підтримки, безпеки і належності.

Самодопомога: Навчання основам безпеки і самодопомоги може зменшити почуття безпомічності та тривоги. Розповідайте про прості заходи, такі як укриття під час обстрілу, розпізнавання небезпек, використання сигналізації та евакуаційних шляхів.

Регулювання емоцій: Навчання технік релаксації, дихання та медитації може допомогти знизити рівень тривоги. Використання позитивних стратегій, таких як фізична активність, мистецтво, музика або писання, також може бути корисним.

Доступ до психологічної допомоги: Забезпечення доступу до професійної психологічної допомоги є надзвичайно важливим під час воєнних дій. Медичні та психологічні служби повинні бути доступні та надавати підтримку тим, хто цього потребує. Індивідуальна терапія, групові сесії, консультування та психологічні інтервенції можуть допомогти людям зняти стрес, вирішити емоційні та психологічні проблеми, а також зміцнити їх резилієнтність.

Реабілітація та відновлення: Після воєнних дій важливо надавати підтримку в процесі реабілітації та відновлення. Це може включати фізичну реабілітацію, психотерапію, програми підтримки та навчання нових навичок, щоб повернутися до нормального життя.

Посттравматичне навчання: Організація тренінгів та програм посттравматичного навчання може допомогти людям відновитися після травматичних подій. Це включає в себе навчання стратегій копінгу, розуміння реакцій на стрес та навички врегулювання емоцій.

Соціальна реінтеграція: Підтримка соціальної реінтеграції та включення військових ветеранів та постраждалих осіб у суспільство є важливим кроком у процесі відновлення. Програми зайнятості, освіти, розвитку навичок та підтримки сприяють успішній адаптації після воєнного конфлікту.

Ці рекомендації щодо психологічної підтримки та профілактики тривожних проявів можуть допомогти забезпечити добробут та ментальне здоров'я під час воєнних дій. Важливо пам'ятати, що кожна ситуація є унікальною, тому індивідуальний підхід та співпраця з професіоналами в цій галузі є надзвичайно важливими.

Крім цього, важливо також враховувати післявоєнні особливості та виклики, з якими стикаються люди після війни. Це можуть бути втрата близьких людей, переселення, зміна соціального середовища та багато інших факторів, які можуть впливати на психологічний стан.

Тому, для забезпечення ефективної психологічної підтримки та профілактики тривожних проявів під час воєнних дій, важливо:

- розвивати систему психологічної підтримки. Створити та підтримувати мережу психологічної підтримки, яка включає професіоналів, громадські організації та добровольців. Це може включати групові сесії підтримки, групи самопомоги та доступ до консультування.

- проводити психологічні навчання та тренінги. Організувати тренінги для медичних працівників, соціальних працівників та інших фахівців, які можуть надавати підтримку та розуміння психологічних потреб населення. Це може включати навички психологічної підтримки, виявлення та реагування на тривогу та стресові ситуації.
- забезпечувати доступ до психотерапії та лікарської допомоги. Розробити доступну систему психотерапевтичної допомоги та лікарської підтримки для тих, хто потребує професійної допомоги. Це може включати консультування психолога чи психіатра, проведення індивідуальних терапевтичних сесій та надання необхідної медикації при необхідності.
- розробляти програми психосоціальної підтримки. Створення програм психосоціальної підтримки, які орієнтовані на підтримку та відновлення після воєнних дій. Це може включати реабілітаційні програми, навчання нових навичок, підтримку у відновленні соціального життя та забезпечення можливостей зайнятості.
- популяризувати самодопомогу та стратегії копінгу. Проводити інформаційні кампанії та навчальні заходи, спрямовані на популяризацію стратегій самодопомоги та копінгу. Люди повинні знати про різні методи релаксації, вправи дихання, позитивне мислення та інші способи зняття тривоги та стресу.
- підтримувати соціальну інтеграцію: Створювати умови для соціальної інтеграції та реінтеграції воєнних ветеранів та постраждалих осіб у суспільство. Це може включати підтримку при отриманні роботи, доступ до освіти, психосоціальну підтримку у відновленні соціальних зв'язків.
- сприяти пам'яті та вшануванню. Організувати заходи, спрямовані на вшанування пам'яті та визнання внеску ветеранів та постраждалих осіб. Це можуть бути пам'ятні заходи, виставки, розповіді про історії

та досвід людей, які пережили війну. Вшанування та визнання можуть мати позитивний вплив на психологічний стан та самооцінку постраждалих осіб.

- забезпечити доступ до інформації та ресурсів. Забезпечити доступ до інформації про психологічну підтримку та ресурси, які доступні для постраждалих осіб. Це може включати інформаційні веб-сайти, гарячі лінії, довідкові центри та інші джерела, де люди можуть знайти необхідну допомогу та підтримку.
- залучати громадськість та громадські організації. Сприяти співпраці з громадськістю та громадськими організаціями, що працюють у сфері психологічної підтримки. Вони можуть забезпечити додаткові ресурси, допомогти в організації заходів та програм, а також залучити волонтерів, які надаватимуть підтримку та допомогу постраждалим особам.

Ці рекомендації можуть допомогти створити ефективну систему психологічної підтримки та профілактики тривожних проявів під час воєнних дій. Проте, важливо зазначити, що це лише загальні напрямки, а конкретні заходи та програми повинні бути адаптовані до конкретних потреб та контексту воєнного конфлікту.

Для успішної реалізації цих рекомендацій важлива активна співпраця між державними органами, медичними та психологічними службами, громадськими організаціями та іншими зацікавленими сторонами. Важливо забезпечити розуміння, підтримку та фінансування для впровадження цих програм та послуг.

Мета психологічної допомоги і реабілітації полягає у відновленні порушених психічних функцій (відображення впливів навколишнього світу, усвідомлення людиною свого місця в навколишньому світі, регуляція поведінки та діяльності), психічних утворень (певних навичок та умінь) та

деструктивних особистісних змін внаслідок отримання учасниками бойових дій психічних травм [27].

Надання психологічної підтримки та профілактики тривожних проявів під час воєнних дій є тривалим процесом, який потребує постійного моніторингу, оновлення та адаптації до змінних потреб населення. Ключовим є надання безперервної та доступної підтримки для тих, хто потребує допомоги, і забезпечення їхнього психологічного благополуччя та стійкості під час цієї важкої періоду.

Висновки до розділу III

Згідно з результатами нашого дослідження було виявлено, що особи, які перебували в зоні бойових дій є більш емоційно-стабільними в порівнянні з тими, хто ніколи не знаходився на території проведення воєнних дій. Також прояви тривоги, дистресу та депресії більш інтенсивні у тих, хто не перебував в осередку розгортання воєнних дій.

Аналізуючи рівні реактивної та особистісної тривожності було виявлено особи, які перебували в зоні бойових мають вищу особистісну і реактивну тривожність. Проте, всі люди, що пройшли опитування мають дуже високий рівень тривожності. Варто нагадати, що дуже висока тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами, тривожними станами та психосоматичними захворюваннями.

В процесі нашого дослідження було встановлено, що люди з більш вираженою такою психологічною особливістю як емоційна стабільність схильні до меншого прояву дистресу, депресії та загальної тривоги. Також було встановлено, що більш екстравертовані та відкриті новому досвіду люди, тим більше в них проявлена реактивна тривожність і менше проявлена особистісна. Неочікуваним результатом дослідження стало відкриття взаємозв'язку між емоційною стабільністю і особистісною

тривожністю. Було виявлено, що чим нижча особистісна тривога у людей, тим більше у них проявлений дистрес та загальна тривога.

Цікавим став результат дослідження такої психологічної особливості як добросовісність, було встановлено, що чим більше виражена ця психологічна особливість у людини, тим вищий прояв особистісної тривожності вона буде мати.

Розуміння взаємозв'язку між тривогою та травматичним стресом може бути використано для розробки імплементації ефективних інтервенцій. Індивідуальна та групова психотерапія, підтримуючі програми, реабілітаційні стратегії та соціальна підтримка можуть бути корисними для зменшення тривоги та полегшення впливу травматичного стресу.

Забезпечення належної психологічної підтримки та доступу до професійної допомоги є важливими чинниками для осіб, які переживають тривогу та травматичний стрес внаслідок зони бойових дій. Постійний моніторинг психічного стану, психоосвіта та психологічні інтервенції можуть сприяти полегшенню та адаптації до важких умов.

Необхідно враховувати індивідуальні особливості, контекст та культурні фактори при дослідженні та розробці стратегій психологічної підтримки. Культурні чинники можуть впливати на сприйняття тривоги та стресу, а також на вибір ефективних психологічних інтервенцій.

У рамках дослідження було розглянуто різні методи психологічної допомоги для осіб, які перебувають в зоні бойових дій. Результати показали, що ефективність цих методів може значно сприяти покращенню психологічного благополуччя та зниженню тривожних проявів у постраждалих осіб.

Експозиційна терапія є одним з ключових методів, який дозволяє особам поступово зіткнутися зі своїми страхами та тривожними ситуаціями. Цей процес сприяє зниженню реакції тривоги та покращенню адаптації до стресових ситуацій. Експозиційна терапія може бути ефективною формою

психологічної допомоги для осіб, які мають посттравматичний стресовий розлад та інші тривожні розлади.

Психологічна дезактивація є ще одним важливим методом, спрямованим на зменшення впливу тривожних думок та емоцій на психічний стан особи. Цей підхід дозволяє розрізняти думки від реальності та вчить особу ефективно керувати своїми тривожними реакціями. Психологічна дезактивація може бути особливо корисною для осіб, які мають постійну тривожність та негативні мислення.

Рекомендації щодо психологічної підтримки та профілактики тривожних проявів у осіб в зоні бойових дій включають розвиток системи психологічної підтримки, проведення психологічних навчань та тренінгів, забезпечення доступу до психологічних послуг та психотерапевтичних сесій, створення програм психосоціальної підтримки, популяризацію самопомоги та стратегій копіngu, підтримку соціальної інтеграції та безпеку, забезпечення доступу до інформації та ресурсів, а також залучення громадськості та громадських організацій до підтримки постраждалих осіб.

Ці рекомендації ґрунтуються на вивченні наукових досліджень та практичного досвіду і показуються ефективними для забезпечення психологічної підтримки та профілактики тривожних проявів у осіб, що перебувають в зоні бойових дій. Застосування цих рекомендацій може допомогти зменшити негативні наслідки воєнного конфлікту на психологічне благополуччя постраждалих осіб та сприяти їхньому відновленню та реінтеграції в суспільство.

Важливо зазначити, що кожна ситуація воєнного конфлікту є унікальною, і підходи до психологічної підтримки повинні бути адаптовані до конкретних умов та потреб постраждалих осіб. Додаткове дослідження та розвиток нових методів психологічної допомоги є важливим напрямком для подальшого покращення ефективності психологічної підтримки в умовах воєнного конфлікту.

Одним з ключових висновків є те, що психологічна підтримка та профілактика тривожних проявів у осіб в зоні бойових дій є критично важливими для забезпечення психологічного благополуччя та стійкості. Різноманітні методи психологічної допомоги, такі як експозиційна терапія та психологічна дезактивація, демонструють свою ефективність у зниженні тривоги, подоланні посттравматичного стресу та поліпшенні адаптації до стресових ситуацій.

Проте, необхідно пам'ятати, що ефективність методів психологічної допомоги може варіюватися в залежності від індивідуальних потреб та контексту воєнного конфлікту. Тому важливо постійно оцінювати та адаптувати методи та програми відповідно до конкретних потреб та реалій.

Також важливо розглядати питання психологічної підтримки не лише на індивідуальному рівні, але й на рівні сімей та спільнот. Розвиток психосоціальних програм, спрямованих на підтримку сімей та важко постраждалих груп, може допомогти відновленню психологічного благополуччя на більш широкому рівні.

Крім того, подальше дослідження в цій області, спрямоване на розуміння причин тривоги та впровадження нових методів психологічної підтримки, є необхідним для постійного вдосконалення практики та поліпшення результатів психологічної допомоги в умовах воєнного конфлікту. Нові дослідження можуть сприяти розширенню нашого розуміння тривоги та посттравматичного стресу, а також розробці інноваційних підходів до їх лікування. Додаткове дослідження та розвиток нових методів та підходів є необхідними для постійного вдосконалення психологічної підтримки.

ВИСНОВКИ

В процесі проведеного дослідження нами було проведено теоретичний аналіз літературних джерел щодо феномену тривожності та тривожних станів і було виявлено, що на сучасному етапі розвитку психології більшість авторів вважають тривожність індивідуальною психологічною особливістю, яка складається з підвищеної схильності випробовувати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях.

Незважаючи на велику кількість досліджень вчених різних наук та напрямків в психології, феномен тривожності залишається актуальною проблемою, що потребує подальшого вивчення питання тривожності, причини її виникнення, програми корекції тривожності залишаються відкритими. Мало вивченими залишаються способи та механізми самостійного зниження та подолання тривожності, а також її роль у процесі адаптації.

Також в процесі дослідження нами було проведено теоретичний аналіз феномену стресу та його взаємозв'язку з тривогою і було виявлено, що стрес може спричиняти або підсилювати почуття тривоги. Люди, які перебувають у стресових ситуаціях, можуть відчувати загрозу, небезпеку або некерованість, що сприяє розвитку тривожних проявів.

Зворотньо, тривога може сама по собі бути стресовою. Постійне відчуття тривоги може спричиняти недостатню відповідь на стресори, зниження функціонування та загальну якість життя.

В цілому, стрес і тривога взаємопов'язані явища, які можуть впливати на психічне та фізичне здоров'я людини. Комплексний підхід до управління стресом та тривогою, такий як використання стратегій саморегуляції, психологічна підтримка та зміцнення особистих ресурсів, може бути корисним для збереження психічного благополуччя та покращення якості життя.

Завдяки проведеному дослідженню були виявлені та охарактеризовані психологічні особливості проявів тривожних станів у осіб, що перебували в зоні бойових дій. В ході емпіричного дослідження був встановлений взаємозв'язок між психологічними особливостями та проявами тривожних станів. Зупинимось на результатах дослідження детальніше.

Згідно з нашим дослідженням було виявлено, що особи, які перебували в зоні бойових дій є більш емоційно-стабільними в порівнянні з тими, хто не перебував. Також прояви тривоги, дистресу та депресії більш інтенсивні у тих, хто не перебував в осередку розгортання воєнних дій.

Аналізуючи рівні реактивної та особистісної тривожності було виявлено особи, які перебували в зоні бойових мають вищу особистісну і реактивну тривожність. Проте, всі люди, що пройшли опитування мають дуже високий рівень тривожності. Варто нагадати, що дуже висока тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами, тривожними станами та психосоматичними захворюваннями.

В процесі нашого дослідження було встановлено, що люди з більш вираженою такою психологічною особливістю як емоційна стабільність схильні до меншого прояву дистресу, депресії та загальної тривоги. Також було встановлено, що більш екстравертовані та відкриті новому досвіду люди, тим більше в них проявлена реактивна тривожність і менше проявлена особистісна. Неочікуваним результатом дослідження стало відкриття взаємозв'язку між емоційною стабільністю і особистісною тривожністю. Було виявлено, що чим нижча особистісна тривога у людей, тим більше у них проявлений дистрес та загальна тривога.

Цікавим став результат дослідження такої психологічної особливості як добросовісність, було встановлено, що чим більше виражена ця психологічна особливість у людини, тим вищий прояв особистісної тривожності вона буде мати.

У рамках дослідження було розглянуто різні методи психологічної допомоги для осіб, які перебувають в зоні бойових дій. Результати показали, що ефективність цих методів може значно сприяти покращенню психологічного благополуччя та зниженню тривожних проявів у постраждалих осіб.

Рекомендації щодо психологічної підтримки та профілактики тривожних проявів у осіб в зоні бойових дій включають розвиток системи психологічної підтримки, проведення психологічних навчань та тренінгів, забезпечення доступу до психологічних послуг та психотерапевтичних сесій, створення програм психосоціальної підтримки, популяризацію самопомоги та стратегій копіngu, підтримку соціальної інтеграції та безпеку, забезпечення доступу до інформації та ресурсів, а також залучення громадськості та громадських організацій до підтримки постраждалих осіб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А. Психологічна реабілітація військовослужбовців. Київ : МОУ 2005. с.74.
2. Адлер А. Зрозуміти природу людини / Пер.Є.А.Ципіна., 1997, 256 с.
3. Анастасі А., Урбіна С. Психологічне тестування. 2001
4. Ананьєв Б.Г. Людина як предмет пізнання. 2001, 288 с.
5. Аймедов К. В. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу / К. В. Аймедов, Ю. О. Асєєва, О. А. Толмачов // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, No 2. С. 128—129. URI: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43.
6. Березін Ф.Б. Психічна та психофізіологічна адаптація людини. 1988, 270 с.
7. Бороздіна Л.В. Теоретико-експериментальне дослідження СО. //Автореферат дисертація на здобуття степені доктора психологічних наук, 1999.
8. Бурлачук Л.Ф. Психодіагностика особистості. Київ: Здоров'я, 1989.
9. Брієр Д, Скот К. Основи травмафокусованої терапії. Львів: Свічадо, 2015:448.
10. Волошин, ПВ. Соціальний стрес та його медико-психологічні наслідки / ПВ Волошин, НО Марута. — С. 5-22. В моногр.: Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) / ПВ Волошин [та ін.]; за ред. ПВ Волошина, НО Марути. Харків: Строков Д.В., 2016:335.
11. Галієва, ОМ. Диференціація понять «тривога» та «тривожність». Психологія та соціальна робота. 2019;24, 1(49):32-48.
12. Іванова, Т. Тривога як психологічний феномен. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2020;6:72-78.
13. Ізард К.Е. Психологія емоцій. Пер. з англ., 2000, 464 с.

14. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ, 2017. 184 с.
15. Лазос Г. П. Особливості емоційних станів волонтерів — психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими / Г. П. Лазос // Особливості стосунків «психотерапевт — клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Слово, 2017. С. 154—176. URI: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>.
16. Левітов Н.Д. Про психічні стани людини. 1964, 344 с. Маркова М. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія. 2015. № 1 (37). С. 8—13.
17. Марута НО. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / НО Марута. Здоров'я України. 2012;3(22):6-8.
18. Марута, НО, Панько, ТВ, Каленська, ГЮ, Федченко, ВЮ, & Денисенко, ММ. Патопсихологічні особливості тривоги у структурі невротичних розладів. Медична психологія. 2015;10(3):43-47. 2009.
19. Олефір ВО. Взаємозв'язок життєстійкості, копінг-стратегій та психологічного благополуччя. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2011. С168-172.
20. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / Амер.-укр. мед. фундація ; пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017, Т. 1. 579 с.
21. Підкоритов, ВС. Особливості клініки, формування та комплексного лікування віддалених проявів посттравматичного стресового розладу / ВС Підкоритов, ЛФ Шестопалова, ЮС Бучок. — С. 209-229. В моногр.: Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика,

- профілактика) / ПВ Волошин [та ін.]; за ред. ПВ Волошина, НО Марути. Харків: Строков Д.В., 2016:335.
22. Пішель В. Я. Посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації в учасників АТО: клініко-соціальна характеристика та практика психофармакотерапії / В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (1). С. 69—73.
23. Плевачук ОЮ. Допомога у сфері психічного здоров'я для населення у період гуманітарної надзвичайної ситуації / ОЮ Плевачук, ОБ Сувало, ЛВ Рахман // Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції «Філософсько-психологічні аспекти духовності сталого розвитку людства». Львів, 2022:170-172.
24. Прихожан А.М. Вивчення особистісної тривожності в контексті теорії Л.І.Божович // Формування особистості в онтогенезі. 1991, 89-98 с.
25. Прихожан А.М. Причини, профілактика і подолання тривожності. // Психологічна наука та профілактика. 1998, №2, с.11-17.
26. Психологічний словник / Під ред..В.П.Зінченко, Б.Г.Мещерякова. 2006, 479 с.
27. Психосоматичні маски тривоги. Режим доступу: <https://mozok.ua/anxietydisorder/article/3185-psihosomatichn-maski-trivogi>
28. Ранк О. Родовий травматизм. // Тривога і тривожність. 2001, 30 с.
29. Райгородський Д.Я. Практична психодіагностика. Методика і тести. Навчальний посібник. 2008, 672 с.
30. Романчук, ОІ. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/page/psihotravma>
31. Рубінштейн С.Л. Основи загальної психології. 2006, 713 с.

32. Стасюк В. В. Психологія локальних війн та збройних конфліктів : підручник для слухачів та студентів вищих навчальних закладів. Київ : НУОУ ім. І. Черняхівського, 2016. 412 с
33. Опитувальник реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна. Режим доступу: <http://studentam.net.ua/content/view/10952/86/>
34. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу; пер. Олена Замойська, Київ, 2020 с.368.
35. Хорні К. Невротична особистість нашого часу. Самоаналіз.2004, 607 с. 37. Хьелл Л., Зіглер Д. Теорії особистості. 2007, 607 с.
36. Чеснокова І.І. Проблема самосвідомості в психології.1977, 143 с.
37. Юр'єва Л. М. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту / Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов // Медичні перспективи. 2019. Т. 24, № 4. С. 112—120. URL: <http://www.medpers.dsma.dp.ua/>.
38. Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості TIPI-UKR. URL: <https://www.academia.edu/40799571/>
39. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.
40. Kim, HS, & Kim, EJ. Effects of relaxation therapy on anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Archives of psychiatric nursing. 2018;32(2):278-284.
- Kuznetsova, Irina, Mikheieva, Oksana, Catling, Jon, Round, John, & Babenko, Svitlana. The Mental Health of IDPs and the general population in Ukraine. Zenodo. 2019. Режим доступу: <https://doi.org/10.5281/zenodo.2585564>
42. Roberts, B, Makhshvili, N, & Javakhishvili, J. Hidden burdens of conflict: Issues of mental health and access to services among internally displaced persons in Ukraine. 2017.

43. Whalley, M, & Kaur, H. Living with worry and anxiety amidst global uncertainty. Psychology Tools Limited. 2020. Режим доступа: <https://www.psychologytools.com>