

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Особливості тривожності у військовослужбовців

Виконала:

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

Танайлова Дар'я Сергіївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

К.мед.н, доц.

(наукова ступінь, вчене звання)

Прокопович Євгеній Михайлович

(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 1. Теоретико-методичні засади вивчення тривожності у військовослужбовців	8
1.1. Феномен тривожності	8
1.2. Особливості емоційної сфери військовослужбовців	26
1.3. Психологічні особливості прояву тривожності у військовослужбовців	32
Висновки до розділу 1	35
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження тривожності у військовослужбовців	36
2.1. Підходи до дослідження тривожності	36
2.2. Організація і проведення емпіричного дослідження.....	40
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних	51
Висновки до розділу 2	86
РОЗДІЛ 3. Психологічна робота зі зниження тривожності у військовослужбовців.....	88
3.1. Підходи до зниження тривожності	88
3.2. Програма зі зниження тривожності у військовослужбовців.....	93
3.3. Рекомендації щодо проведення корекційної програми, спрямованої на зниження тривожності у військовослужбовців.....	103
Висновки до розділу 3	107
ВИСНОВКИ	108
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	112

ВСТУП

Актуальність дослідження.

«Бойовий дух формується у солдатів з трьох джерел: від почуття, що вони роблять важливу справу, від усвідомлення того, що вони добре підготовлені до своєї роботи, і від відчуття того, що їх гарна робота оцінюється за заслугами» [60, с. 5].

Високий рівень суспільної тривожності завжди викликав занепокоєння психологів, але з початком повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року українці опинилися у надважких умовах. Деякі люди змушені були виїхати за кордон, деякі залишилися в Україні, інші пішли на фронт і стали на захист Батьківщини. Ця складна реальність з її потенційними наслідками вже змінює фокус роботи психологів. Найпершими з нею зіштовхнулися психологи-волонтери. У своїй роботі вони, як і інші практикуючі психологи, використовують різноманітні корекційні програми задля зниження тривожності, полегшення депресії, усунення симптомів гострого та посттравматичного стресового розладу.

Загальнотеоретичні психологічні проблеми тривожності досліджували українські вчені : Калюжна Є.М., Крайнюк В. М., Кричфалушій М., Омельченко Я.М., Радченко С., Царькова О. , Халік О., Ясточкіна І. Підходи до корекції тривожних станів: Войтенко О., Коць В.М., Петренко В., Романчук І. А також зарубіжні дослідники: Ізард К., Мей Р., Рікфорт Ч., Ріман Ф., Салліван Г., Спілбергер Ч., Тейлор Д., Фрейд З., Фромм Е., Хорні К. та інші. Підкреслювали важливий вплив тривожності на всі форми людської діяльності: Ізард К., Лазарус Р., Спілбергер Ч., Тейлор Дж., Філіпс Б. та Хорні К. та ін. Психологічні аспекти тривожності дорослих людей висвітлені у працях: Адлера А., Ізарда К., Кемпінські А. , Кордуелла М., Спілбергера Ч., Тейлора Дж., Фрейда З., Ясперса К. та інших.

Тривожність є однією з ознак ПТСР у військовослужбовців, який, як правило, має віддалені наслідки. Вчасна корекція тривожності та

впровадження корекційної програми дозволить стабілізувати психічний стан та уникнути розладів у майбутньому.

Разом з високою тривожністю загострюється і проблема посттравматичного стресового стану і, можливо, саме вона буде найбільш актуальною загрозою після закінчення війни. Зараз, коли минуло більше року від початку російського вторгнення, ми, можливо, поки що повністю не усвідомлюємо масштабу цієї загрози. Але після повернення військовослужбовців додому, коли мине деякий час, багатьом доведеться зіштовхнутися з наслідками пережитого, із власним травматичним досвідом, пройти складний період адаптації та знайти спосіб жити далі.

Міжнародні дослідження доводять, що поширеність тривожних та посттравматичних розладів як серед військових, так і серед цивільного населення в країнах, що постраждали від війни, коливається в межах 15-20%. З огляду на надзвичайно високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу внаслідок перебування в зоні бойових дій у багатьох країнах, критичний аналіз ефективності різних підходів до лікування наразі є надзвичайно актуальним [30].

Нині в Україні діє система реабілітації, спрямована на збереження психічного та фізичного здоров'я. Факти свідчать, що бойові дії призвели до появи військовослужбовців-учасників бойових дій, які почали страждати на тривожність, психічні розлади та відчувати труднощі в процесі адаптації до мирного життя. Звідси виникає необхідність пошуку ефективних методів допомоги учасникам бойових дій.

Варто зазначити, що загальний підхід до соціальної реабілітації представлений у працях Ю. Мисули, Н. Павлик, С. Харченко та інших. Особливості реабілітації військовослужбовців аналізували В. Алещенко, Кокур О., Лесков В., Лукомська С. та інші. Психологічні чинники впливу бойових дій на стан військовослужбовців проаналізовано у дослідженнях українських науковців О. Бойка, А. Бородія, В. Крайнюка, Є. Литвиновського, О. Макаревича, А. Романішина та інших.

Хоча більшість учасників бойових дій зможуть адаптуватися до життя в нових умовах, наслідки війни вплинуть на кожного. На думку експертів військово-медичної академії, повністю позбутися посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з бойовими діями, неможливо. Синдром не тільки зберігається протягом тривалого періоду часу, але й стає більш вираженим і має тенденцію з'являтися раптово на тлі загального зовнішнього благополуччя. Ситуацію для військовослужбовців може покращити лише система реабілітації. Реабілітація може мати тимчасовий, але значний ефект і суттєво покращити якість життя.

Об'єкт: феномен тривожності

Предмет: тривожність у військовослужбовців

Мета: дослідити особистісні чинники формування тривожності у військовослужбовців

Завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу з тривожності
2. Організувати та провести емпіричне дослідження з діагностики рівня тривожності військовослужбовців
3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані дані
4. Розробити програму психологічної корекції, скеровану на зниження рівня тривожності у військовослужбовців

Методи:

1. Теоретичний: аналіз наукової літератури, порівняння, синтез, узагальнення наукових даних.
2. Емпіричний - психодіагностичне дослідження за допомогою:
 - Шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна
 - Шкали оцінки впливу травматичної події

- Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)
- Скринінгового опитувальника п'яти факторів особистості BFI-10 [65].
- Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) [1].

3. Метод математико-статистичної обробки даних

4. Метод психологічної інтервенції

Статистичний аналіз здійснювався за допомогою спеціалізованого пакету для психологічних досліджень («Jamovi»), що забезпечує виконання загальноприйнятих одномірних статистик і багатомірних математично-статистичних методів.

Наукова новизна. Полягає у тому, що набуло подальшого вивчення та розвитку поняття тривожності у військовослужбовців. Досліджено та здійснено порівняльний аналіз чинників виникнення тривожності, визначено специфічні чинники виникнення тривожності, притаманні військовослужбовцям, створено програму психологічної корекції високого рівня тривожності, побудовану на основі тілесно-орієнтованої психотерапії. Було розширено, доповнено та уточнено уявлення про психологічні чинники, що викликають тривожності у військовослужбовців. Набули подальшого розвитку знання про особливості прояву тривожності у військовослужбовців.

Теоретична значимість. Полягає в узагальненні теоретичних матеріалів наукових психологічних праць, присвячених проблемі тривожності у військовослужбовців.

Практична значимість. Полягає в тому, що матеріали даного дослідження можуть бути використані у роботі психологів. Наведені матеріали можуть бути застосовані у реабілітаційній, консультативній та тренінговій діяльності. Практичне застосування методів психологічної корекції тривожності призводить до стабілізації психологічного стану військовослужбовців, а також до початку психологічного відновлення після

повернення із зони бойових дій. Застосування методів психокорекції призведе до покращення комунікації та психологічного клімату, поліпшення продуктивності інтелектуальної та творчої діяльності.

Структура роботи та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 100 найменування, 1 додаток. Основний зміст роботи викладений на 111 сторінках і містить 33 таблиці та 7 рисунків. Загальний обсяг роботи – 122 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Феномен тривожності

В сучасній психологічній літературі існують два основні терміни, які в деяких аспектах є синонімами. Цими двома найбільш часто вживаними поняттями є тривожність та тривога.

Тривожність визначається як відносно стійка риса особистості, яка практично не змінюється протягом життя (особистісна тривожність) і тривога як відносно тривалий негативний емоційний стан (ситуативна тривожність), пов'язаний зі змінами психічної діяльності. Водночас, визначення тривоги як стану є фундаментальним для розуміння тривоги як такої [83].

Визначення тривожності як стану є фундаментальним для розуміння тривожності як риси особистості. Тривожність - це схильність людини відчувати занепокоєння [69].

На думку багатьох авторів, тривалий стан тривоги може стати особистісною рисою і підпадати під категорію тривожності [48]

Таким чином, особистісна тривожність визначається як стійка властивість людини, яка окреслює її схильність:

- Сприймати досить широке коло ситуацій як загрозові;
- Реагувати на загрозові ситуації проявом тривоги.

За Ч. Д. Спілбергером, особистості з високим рівнем тривожності більшою мірою сприймають світ, як загрозовий на відміну від осіб з низьким рівнем тривожності [54].

Розвиток теорії тривоги викликав величезний інтерес у провідних зарубіжних вчених, серед яких З. Фройд, А. Адлер, Е. Фромм та К. Хорні [81].

З. Фройд стверджував, що люди мають вроджені інстинкти. На його думку, ці інстинкти є тими умовами, які визначають настрій і поведінку

людини. Імпульси вступають у конфлікт із соціальними заборонами, і в результаті це протиріччя викликає тривогу. Вчений вважав, що така ситуація триває протягом усього життя індивіда.

Види тривожності за З. Фройдом [24]:

- Моральна тривожність – пов'язана з «Над-Я»;
- Реальний страх – пов'язаний із зовнішніми загрозами. На думку вченого функцією реальної тривоги було самозбереження;
- Невротична тривожність – пов'язана з невизначеною небезпекою.

Стратегіями захисту від тривоги Фройд вважав: сублімацію, раціоналізацію, проекцію, регресію, заміщення та витіснення.

Вивчення цієї проблеми набуло нового ракурсу в працях Адлера [11].

Відповідно до його теорії, невроз - це тривога, викликана невдачею соціального досвіду або особистісними властивостями людини, яка не змогла отримати бажане.

Згідно з теорією К. Хорні [49], першопричиною тривоги є не конфлікт між біологічними та соціальними потребами, а неадекватні людські стосунки. Хорні вважала, що люди мають багато невротичних потреб і намагаються зняти тривогу через ці потреби. Вони шукають звільнення від тривоги.

Е. Фромм вважав, що тривожність пов'язана з історичним розвитком людства, тобто переходом від класового устрою до капіталізму.

Він запропонував концепцію "природних соціальних зв'язків", під якими розуміє зв'язки між людьми та світом.

Це основні вузли, які існують у примітивних суспільствах. Коли суспільство перейшло до капіталізму. Але коли суспільство перейшло до капіталізму, ці зв'язки були зруйновані і сприяли появі вільних індивідів.

Відірваний від людей і природи, індивід з часом розвиває почуття безсилля, відчуває почуття безпорадності, глибокої невпевненості, підозрілої самотності та незахищеності [53].

На думку Г. Салівана, першопричиною розвитку тривоги є взаємовідносини дитини та соціуму. Найбільш визначальним є стосунки з

батьками. Разом з тим, основним способом передачі тривоги, вчений вважав емпатію [71].

К'еркегор розглядає тривогу як своєрідний сигнал внутрішнього конфлікту, через який можна знайти вихід із труднощів. За К'еркегором, тривога виникає у людини в той момент, коли з'являються нові можливості [22].

К. Роджерс стверджував, що тривогу викликають певні ситуації на які реагує підсвідомість. Такі реакції можуть проявлятися як вегетативні реакції [11].

Згідно з концепцією стресу Г. Сельє [48], тривога виділяється як рання стадія виникнення стресу. Її функція полягає в мобілізації ресурсів організму, які сприяють активації захисної реакції, так званої реакції "бий або тікай" .

Кожна людина має оптимальний рівень тривожності. У зв'язку з цим, коли людина оцінює власний стан, ця оцінка включає в себе елемент самопомоги. Коли рівень тривоги високий, це є вираженням суб'єктивних відчуттів людини [53].

Для багатьох науковців основою для визначення поняття тривоги є концепція, розроблена в цій галузі Ч. Спілбергом, який використовував цей термін для опису неприємного емоційного стану. Він характеризується суб'єктивним відчуттям неспокою, передчуттям катастрофи та фізіологічними відчуттями - активізується вегетативна нервова система і виникає психічний і фізичний дискомфорт [16], який проявляється у прискореному серцебитті, нудоті, запамороченні, надмірному потовиділенні, підвищенні артеріального тиску тощо.

Тривога є емоційним станом, який виникає в ситуаціях невизначеності і проявляється в очікуванні небажаної події. Тривога не тільки попереджає нас про можливі небезпеки, а й спонукає вивчення та виявлення їх причин, активного дослідження ситуації. Тривога може проявлятися по-різному, частіше всього як безпорадність, невпевненість у собі, перед обличчям неминучої небезпеки і перебільшених загроз [70].

Тривога - не найприємніша емоція, але вона абсолютно необхідна, оскільки дозволяє нам передбачити небезпечні ситуації і підготуватися до них, а в деяких випадках - прийняти рішення і спланувати подальші дії. Зазвичай тривога - це тимчасове відчуття. Основна відмінність між страхом і тривогою полягає в тому, що страх – це реакція на конкретну небезпеку, тоді як тривога спрямована не на щось конкретне, а на невизначене, «безпредметне».

Коли людина сприймає певний зовнішній подразник як потенційно небезпечний або шкідливий, то це може викликати тривогу. Тривога – це чутливість до небезпеки, що виникає в потенційно загрозливих ситуаціях і виконує свою адаптивну функцію [79].

Сучасна наука розуміє тривогу не тільки в емоційному аспекті, але і як явище з когнітивними і мотиваційними компонентами, які впливають на поведінкові патерни людини [69]

Тривога - емоція, орієнтована на майбутнє, не тільки попереджає про можливі небезпеки, але й заохочує до їх дослідження. Вона не тільки застерігає від можливих небезпек, але й спонукає до їх вивчення та конкретизації. Людина активно досліджує навколишню дійсність і конкретизує цю небезпеку, щоб виявити, що саме їй загрожує. У цьому випадку переживання тривоги проявляється як поведінковий неспокій і метушливість [15].

Еволюційна здатність людини уявляти майбутнє і генерувати думки допомагає зменшити тривожність, з одного боку - думки допомагають нам уявляти, передавати досвід і створювати бачення, а з іншого боку - вони стають механізмом створення страждань для себе, що може призвести до тривожних розладів [83].

Відомо, що значна частина таких людей є тривожними.

Вони мають низький поріг збудження нервової системи і легко реагують на внутрішні та зовнішні подразники. Цей тип реактивності пов'язаний з

особистісними рисами нейротизму, що є одним з найсильніших факторів ризику виникнення тривоги [43].

У стресових ситуаціях люди з недостатньо розвиненими навичками регулювання емоцій більш схильні до тривоги та депресії. Негативний життєвий досвід у дитинстві, наприклад, жорстоке поводження або серйозна хвороба, підвищує ризик розвитку тривожності [80].

Такий досвід не змінює генетичну структуру, але назавжди змінює рівень генної активності, змушуючи мозок постійно шукати і розпізнавати загрози

Нейровізуалізаційні дослідження достовірно продемонстрували зміни в роботі мозку у людей з хронічною тривожністю, що означає порушення комунікації між ділянками мозку, які працюють разом [23].

Коли ділянка мозку, яка називається мигдалеподібним тілом, відчуває загрозу, вона посиляє сигнали до інших ділянок мозку, щоб захистити себе. Система реагування на стрес негайно активуються і готують організм до дії. Повільніше сигнали надсилаються до префронтальної кори, так званого мислячого мозку. Він оцінює загрозу і, за необхідності, вживає заходів для зменшення потенційної небезпеки [53].

Однак у високотривожних людей мигдалеподібне тіло реагує, перекриваючи здатність раціонально оцінювати негативний досвід і справлятися з ним [79].

Сучасні підходи до вивчення тривожності полягають у тому, що тривожність не слід розглядати як негативну рису особистості, а вона є ознакою того, що в структурі активності особистості є протиріччя [29].

Кожна людина має різний рівень тривожності. Так звана корисна тривожність необхідна для розвитку особистості. а набір тривожних станів виникає відповідно до досвіду та особистісних ресурсів [39].

Тривога - це дуже важлива емоція, і одна з її функцій - попереджати нас про небезпеку. Наш мозок має складну структуру та комплексну систему тривоги. Ця система дозволяє нам виявляти загрози на ранніх стадіях і

допомагає запобігти їм. Однак системи тривоги можуть давати збої і сприяти виникненню страху навіть тоді, коли реальної небезпеки немає. Як наслідок, може виникнути занепокоєння через малоймовірну небезпеку або через те, чого немає. У таких випадках тривога визначається як патологічна, тобто така, що набула ознак розладу. Тривожні розлади зараз є одними з найпоширеніших захворювань, що значно погіршують функціональність людини в різних сферах життя, а також самопочуття людини та перешкоджає повноцінній реалізації особистості [79].

Відмінності між нормальною та патологічною тривожністю полягають у наступному. Нормальна тривожна система розпізнає загрози, сприймає їх і мобілізує організм для відповідної поведінкової реакції.

Кажучи про реакцію тривоги при тривожних розладах, слід розуміти цикли, які сприяють її формуванню - так званий цикл підтримання, визначений методом КПТ [39].

Цикл тривоги часто закріплюється через неправильну когнітивну інтерпретацію людини (наприклад, неправильно інтерпретовані як небезпечні для життя напади, такі як серцевий напад або інсульт).

Тривожні розлади часто призводять до неадекватних стратегій подолання, які спочатку зменшують тривогу, але не призводять до вирішення проблеми.

В рамках підходу КПТ виявлено низку когнітивних викривлень, характерних для пацієнтів зі специфічними тривожними розладами.

Найважливішим з них є так званий стан "катастрофізації", який відображає, наприклад, схильність пацієнтів передбачати найгірші ситуації, з якими вони можуть зіткнутися [22].

Іншими словами, тривожність як один із феноменів психіки людини представляє спектр внутрішнього світу, її переживань, думок і почуттів.

Феномен тривожності трактується як емоційна підготовка індивіда до переживань і страхів, забарвлених негативом [23].

Тривогу слід розуміти як частину психічного процесу. Хоча вона є базовим станом, поширеність тривожних розладів стрімко зростає в нашому сучасному середовищі. Зрозуміло, що надмірна тривожність небезпечна для благополуччя. Вона є деструктивним фактором, який порушує гомеостаз людини і може призвести до фізичних або психічних порушень [38].

Надмірна тривожність спричиняє міжособистісні труднощі. Вона шкодить міжособистісним стосункам і самооцінці та ускладнює прийняття нових рішень. Сьогодні існують ефективні психотерапевтичні підходи для роботи з людьми, які схильні до високої тривожності або мають діагноз тривожного розладу [15].

Про тривожність як особистісну рису говорять, коли відчують сильне безпричинне занепокоєння. Тривога може бути викликана уявними катастрофічними сценаріями. Також вона може виникати незалежно від реальних стимулів [69].

Існує два основних типи тривоги: ситуативна тривога, яка є відповідною реакцією на подію, що сталася.

Люди можуть реагувати занадто спокійно в надзвичайно стресових ситуаціях, а також у ситуаціях, що викликають сильний стрес. Тоді можна говорити про спрацьовування певних механізмів психологічного захисту [22].

Вони діють для блокування таких симптомів тривоги, як напруженість і побоювання.

Особистісна тривожність розглядається як риса особистості. Вона проявляється як схильність до надмірного і постійного хвилювання [15].

У стані тривоги, окрім фізичних симптомів занепокоєння і страху, виникає також багато тривожних думок [43].

Деякі тривожні думки викликані когнітивними викривленнями. Перебільшення загроз призводить до певної поведінки (поведінки уникнення) [60].

Тривожні розлади включені до розділу F4 «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади» і охоплюють діагнози F40-F41. До них відносяться: панічний розлад, агорофобія, генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, специфічний фобії та змішані тривожно-депресивні розлади [29].

Треба відзначити, що тривожні розлади значно підвищують ризик інших психічних розладів, особливо депресії, а також хімічної залежності. Згідно з німецькими дослідженнями, 50 % пацієнтів з тривожними розладами мають проблеми, пов'язані з алкоголем, 26 % з них страждають на медикаментозну залежність. І навпаки, пацієнти, госпіталізовані з приводу хронічного алкоголізму, мають поширеність тяжких фобій приблизно 33%. Тривожні розлади разом з депресією є одними з найсерйозніших факторів, що сприяють суїциду. Тривожні розлади призводять до серйозних психосоціальних проблем [60].

Відрізняють тривогу, тривожні розлади та тривожність. Тривога є однією з базових людських емоцій і має попереджуючий характер.

Було зроблено багато спроб відрізнити тривогу від страху. Страх є предметною емоцією, тоді як тривога безпредметна. Патологічний, страх є первинною і базовою емоцією, тривога - вторинною і більш складною, що утворюється поєднанням різних емоцій [16].

Види тривоги.

Тривога визначається як стан готовності людини реагувати на нове, як на потенційну загрозу. Вона має адаптивну природу.

Існує два типи реакції на тривогу: фізіологічна та патологічна [24].

Фізіологічна ("нормальна") тривога пов'язана із загрозовими ситуаціями і достатньою мірою посилюється у відповідь на неї. Фізіологічне значення тривоги полягає в мобілізації організму для якнайшвидшої адаптації. Якщо інтенсивність тривоги є надмірною по відношенню до ситуації, що її викликала, або якщо вона не зумовлена зовнішніми чинниками її вважають патологічною.

Зазвичай патологічна тривога буває більше чотирьох тижнів. А також вона тривала, важка і виснажує, а не підвищує адаптаційні можливості організму [70].

Існують такі форми відповіді організму на тривогу - тривожні реакції низького рівня [15]:

- спроби аналізу зовнішніх подразників та оцінки їх значущості
- зміни уваги та концентрації
- зниження здатності до виконання професійних навичок
- відсутність змін у мотивації до роботи
- відсутність значних емоційних змін.

Помірно виражені тривожні реакції [22].:

- порушення пам'яті будь-якого виду
- порушення здатності виконувати завдання, що вимагають рішучості та концентрації;
- труднощі з пригадуванням інформації;
- виникнення помилок у повсякденній діяльності;
- вираження емоційного стресу;
- чутливість до шуму, світла та запахів;
- страх перед екстремальними ситуаціями та мотивація до втечі.

Існує два типи реакції на надмірну тривожності: пасивна та активна. В обох випадках людина вже не може свідомо контролювати свою поведінку, що проявляється як відчуття меншої актуальності ситуації та своїх дій [15].

Пасивний тип реакції: млявість, заціпеніння, нездатність розуміти, що говорять, нездатність справлятися з екстремальними ситуаціями, повна або часткова втрата пам'яті, втрата довільного контролю, параліч волі, ступор, апатія, уповільнення рухів, непритомність [60].

Активний тип: втеча з екстремальних ситуацій, замкнутість, відсутність логіки в поведінці, зорові та слухові галюцинації, підвищена нервова активність, сугестивність, ескапізм, істеричний сміх і плач, крик при

підвищеній фізичній активності, гнів і лють, агресія, мімічні реакції. Бездумне наслідування поведінки більшості або однієї людини. Ці реакції характеризуються руховою домінантою, і, як правило, найактивніша людина визначає поведінку [22].

Люди наслідують поведінку більшості або однієї людини. Ця форма реакції є моторною та домінуючою, тому поведінка, як правило, генерується найактивнішою особою. Це пояснює, чому панічні атаки є заразними для людей, які перебувають у стані активної тривоги, наприклад, для тих, хто повернувся з поля бою [29].

Інші симптоми тривожних реакцій: лякливність, вікова регресія, незв'язне бурмотіння, інтенсивне тремтіння.

Крайні форми тривоги супроводжуються психічним або емоційним напруженням.

Психічні та поведінкові симптоми: занепокоєння через дрібниці, напруженість, скутість і нездатність розслабитися, а також втома, нетерплячість, дратівливість та нездатність сконцентруватися. Разом з цим можуть бути проблеми з пам'яттю, труднощі із засинанням, порушення сну вночі, втома, страх, часто пригнічений настрій, гіперактивність, надмірний неспокій.

У класифікаціях хвороб розроблені чіткі критерії, які вказують на наявність або відсутність тривожного розладу [29].

У 1980 році характерний синдром психологічної травми вперше був визнаний як справжній діагноз. Того ж року Американська психіатрична асоціація додала нову категорію – посттравматичний стресовий розлад - до офіційного посібника з психічних розладів. [16, с. 45].

У 1980 році, коли посттравматичний стресовий розлад вперше був включений в діагностичну номенклатуру, Американська психіатрична асоціація визначила травматичні події як "все, що виходить за межі нормального людського досвіду" [31].

Посттравматичний стресовий розлад – відповідна реакція на надмірні емоційні подразники, на фактичну стресову ситуацію, що відбулася і виходить за межі звичайного людського досвіду. Посттравматичний стресовий розлад виникає як відстрочена або затяжна реакція на кризову подію чи ситуацію загрозливого або катастрофічного характеру та може спровокувати виникнення дистресу в будь-якої людини [30, с.12]

Загальна реакція людини на небезпеку - це складна, інтегрована система реагування, що охоплює як тіло, так і розум. Загроза спочатку стимулює симпатичну нервову систему, внаслідок чого людина, якій загрожує небезпека, відчуває прилив адреналіну і стає настороженою. Загроза фокусує увагу людини на поточній ситуації. Це також може змінити сприйняття. Люди в небезпеці часто можуть ігнорувати голод, втому і біль. Ці зміни у збудженні, увазі, сприйнятті та емоційних механізмах є нормальними адаптивними реакціями. Ці зміни спонукають людей, які перебувають під загрозою, діяти енергійно, щоб боротися або тікати [28, с. 37].

Встановлено, що травматичні реакції виникають тоді, коли діяти марно. Коли ні опір, ні втеча неможливі, система самозахисту людини стає перевантаженою і дезорганізованою. Кожен елемент нормальної реакції на небезпеку втрачає свою корисність і продовжує існувати в зміненому і перебільшеному стані ще довго після того, як реальна небезпека минула. Травматичні події спричиняють глибокі та довготривалі зміни у фізіологічній стимуляції нервової системи, емоціях, когнітивних процесах та пам'яті. Більше того, травматичні події можуть роз'єднати ці зазвичай взаємопов'язані процеси. Люди, які пережили травматичний досвід, можуть відчувати сильні емоції, але не мати чітких спогадів про травматичну подію або, навпаки, пам'ятати все в деталях, але не відчувати жодних емоцій. Вони також можуть перебувати в постійному стані тривоги та дратівливості, не розуміючи, чому. Симптоми травми мають тенденцію жити власним життям, незалежно від їхньої причини.

Така фрагментація, яка виникає, коли травма порушує складні системи самозахисту, що зазвичай функціонують інтегровано, займає центральне місце в історичних спостереженнях за посттравматичним стресовим розладом [16, с. 54].

Сьогодні існує кілька теоретичних концепцій, які пояснюють походження, механізми виникнення та розвитку цього розладу [45, с. 30-31].

Згідно з біологічними теоріями, особи, у яких розвивається посттравматичний стресовий розлад, були схильні до надмірної вегетативної стресової реакції до травми. Відповідно до сучасних даних, вплив стресу призводить до підвищення рівня катехоламінів у плазмі крові за рахунок підвищення рівня норадреналіну [39], зниження рівня норадреналіну, дофаміну і серотоніну в мозку, підвищення рівня ацетилхоліну та ендогенної опіоїдної аналгезії. Зниження рівня норадреналіну і дофаміну в мозку пов'язане зі станом психічного заціпеніння. Цей стан, на думку багатьох авторів [40], лежить в основі синдрому реакції на стрес в періоди повторних травматичних переживань. Нещодавно з'явилася гіпотеза, що травматичні ситуації викликають вивільнення ендогенних опіатів і сприяють полегшенню. Відповідно до цієї гіпотези, передбачається, що спогад про травму не супроводжується повторними вивільненнями, і поява симптомів розладу є результатом ендогенного симптому опіоїдної абстиненції.[28, с. 33-34].

У психоаналізі існує поняття "травматичний невроз", який визначається як особливий невроз, зазвичай пов'язаний з переживанням загрози життю суб'єкта, де поява симптомів є результатом емоційного шоку [28, с. 34]. Психоаналіз прагне підкреслити відносний характер травми, оскільки її наслідки пов'язані з особистою історією людини. Психологічна травма активізує невирішені конфлікти дитинства, в тому числі раніше невизнані емоційні травми. Повторне переживання дитячої травми призводить до регресії, використання механізмів репресії, заперечення та ліквідації, примітивних захисних механізмів. У травматичних ситуаціях людина або

позбавлена можливості належним чином розряджати імпульси, наприклад, у моториці, або не здатна до психічної переробки уявлень [45, с. 81-82]. Таким чином, за допомогою наявних мовних репрезентацій неможливо розрядити афекти, що виникають (страх, гнів, ненависть, помста, провина). Це пов'язано з тим, що мовні репрезентації дозволяють розряджати необмежену кількість сильних емоцій, що є основою терапевтичного ефекту психоаналізу. Оскільки травма не може бути символізована, а її наслідки не можуть бути вивільнені, еґо опиняється під владою нав'язливих повторень, особливо у формі сновидінь. Еґо повторює спогади про травму, щоб полегшити тривогу, і як тільки еґо опановує цей механізм, тривога зменшується. Ця модель не повністю пояснює симптоми травматичних реакцій, таких як постійне повторення травми. Класична психоаналітична терапія не вважається достатньо ефективною для лікування цього розладу [26, с. 14].

У когнітивно-поведінковій психології травма розглядається як руйнування базових когнітивних схем і переконань. Схеми - це відносно стабільна когнітивна модель, яку люди використовують для категоризації та синтезу вхідної інформації. Схеми є когнітивними та емоційними структурами, що формуються в онтогенезі [26, с.28]. Переконання, які людина формує про себе і світ в цілому, називаються базовими. У концепції психологічної травми виділяють три основні переконання, яких дотримується більшість психічно здорових людей: про доброзичливість навколишнього світу, про справедливість навколишнього світу та про цінність і важливість власного "Я" [9, с.15].

Під впливом травматичних ситуацій люди стикаються зі страхом перед навколишнім світом і власним безсиллям. Руйнуються існуючі переконання. Американський психолог І. Ялом стверджував, що всі психологічні проблеми травматичного стресу слід розглядати в термінах смерті, свободи, ізоляції та безглуздості. У травматичних ситуаціях ці теми є предметом реальних переживань. Смерть постає перед людиною у двох аспектах. Люди стають

свідками смерті інших і стикаються з можливістю власної смерті. Руйнування базових ілюзій є болючим моментом для кожного [28, с. 35].

Головне завдання - відновити у свідомості гармонію існуючого світу, цілісність його когнітивної моделі: справедливість, цінність власної особистості, благополуччя інших, адже саме ця оцінка найбільше спотворюється у жертв травматичного стресу [26, с. 88].

Фахівці Оксфордського університету А. Ехлерс і Д. Кларк розробили інтегративну когнітивну модель посттравматичного стресового розладу [28, с. 37]. Ця модель пов'язує постійне відчуття загрози, характерне для розладу, з низкою когнітивних і поведінкових факторів:

Поведінковий підхід базується на двофакторній моделі травми. Класичне обумовлювання представлене виникненням почуття страху у жертви травматичної події у відповідь на зовнішній стимул, який певним чином нагадує травматичну ситуацію. Оперантне обумовлення на поведінковому рівні виражається в уникненні людиною всіх стимулів, які викликають страх. Іншими словами, процес психологічної травми розглядається як вироблення рефлексу з першого пред'явлення стимулу через його високу інтенсивність, що призводить до неадекватних умовних рефлексів на сильні подразники [56, с. 460].

Інформаційна модель була розроблена американським психологом М. Горовицем (1998). Інформаційна модель є спробою наукової та емпіричної інтеграції трьох моделей розладу: когнітивної, психодинамічної (психоаналітичної) та психобіологічної (психофізіологічної) [39]. Згідно з інформаційною моделлю стрес — це поєднання внутрішньої та зовнішньої інформації, яка не сумісна з когнітивною (інтелектуальною) схемою суб'єкта, не може бути узгоджена [17, с.91]. У цьому контексті виникає інформаційне перевантаження. Необроблена інформація переходить зі свідомості у несвідоме, але зберігається в активній формі. Людина намагається зберегти інформацію в несвідомому вигляді, відповідно до універсального принципу уникнення болю. Однак, відповідно до тенденції до завершення (ефект

незавершеного образу), травматична інформація з часом стає свідомою в рамках процесу інформаційної обробки [26, с.30]. Після завершення обробки інформації досвід інтегрується у структурі особистості, а травма більше “не зберігається в активному стані”. Психологічні та біологічні фактори є частиною цієї динаміки. Це реактивне явище є нормальною реакцією на шокуючу інформацію; інформаційна модель М. Горовиця не була достатньо науково-емпірично диференційованою, щоб повністю враховувати індивідуальні відмінності при травматичних розладах [16].

Згідно з психосоціальним підходом [26, с.31], модель реагування на травму є багатофакторною, а тому слід враховувати важливість кожного фактора у розвитку стресової реакції. Розробники та прихильники психосоціального підходу також підкреслюють виняткову необхідність врахування факторів навколишнього середовища [39], тобто факторів соціальної підтримки, релігійних переконань, демографічних факторів, культурних особливостей та додаткових стресорів тощо. Психосоціальна модель має недоліки когнітивної моделі: вона базується на моделі знань, а не на інформаційній моделі. Теорія визначає основні соціальні фактори, які впливають на успішну адаптацію жертв психологічної травми: відсутність фізичних наслідків травми, міцне економічне становище, збереження колишнього соціального статусу та наявність соціальної підтримки з боку суспільства і близьких груп людей. При цьому фактор соціальної підтримки є найважливішим [9, с.16].

І.О. Котеньов пропонує наступні стадії постстресового розладу, що відповідають критеріям класифікації DSM-IV Американської психіатричної асоціації: травматичний стрес - під час або відразу після критичної події - до 2 днів; гострий стресовий розлад- протягом одного місяця після критичної події - від двох днів до чотирьох тижнів; посттравматичний стресовий розлад - через місяць після критичної події - більше чотирьох тижнів; посттравматичний розлад особистості - впливає на людину до кінця її життя.

Сучасні критерії діагностики посттравматичних стресових розладів [9, с.13; 29]:

- Критерій А (відноситься до травматичної події). Людина була під впливом екстремальної травматичної події, що характеризується двома обов'язковими ознаками:

1. Травматична подія пов'язана з загибеллю або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі або поранень, при цьому людини може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою.

2. В момент перебування в травматичній ситуації людина повинна відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

- Критерій В (критерій вторгнення). Травматична подія нав'язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) з наступних способів:

1. Нав'язливі і повторюванні спогади екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають тяжкі емоційні переживання.

2. Кошмарні сновидіння про пережиту подію, що повторюються.

3. Флешбек-ефекти – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

4. Інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують про травматичну подію.

- Критерій С (критерій уникнення). Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки намбінгу– блокування емоційних реакцій — заціпеніння (що не спостерігалось до травми). Визначається по наявності трьох (або більше) ознак:

1. Зусилля по уникненню думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.

2. Зусилля по уникненню дій, місць або людей, що будять спогади про травму.

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або участь у раніш значущих видах діяльності.

5. Почуття відчуженості або віддаленості від інших людей.

6. Знижена інтенсивність вищих емоцій.

7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому.

- Критерій D (критерій гіперактивації). Постійні симптоми гіперактивації, що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявністю, як мінімум, двох з нижчеперелічених симптомів:

1. Труднощі з засипанням або поганий сон (ранні пробудження).

2. Дратівливість або спалах гніву.

3. Складнощі з зосередженням уваги.

4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного чекання загрози.

5. Гіпертрафрована реакція переляку.

- Критерій E. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що відносяться до критеріїв B, C і D спостерігаються більше одного місяця після травми.

- Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

- Критерій G. Розлад викликає суттєві обмеження постраждалого у соціальній, професійній чи іншій сферах функціонування, а також значний дистрес.

- Критерій H. Розлад не є спричинений лікарськими препаратами, зловживанням алкоголем чи наркотиками або іншою хворобою [33].

Критерій А, визначення травматичної події відноситься до числа першочергових при діагностиці ПТСР. ПТСР зазвичай виникають слідом за психотравмою після латентного періоду, що може варіювати від 4 тижнів до декількох місяців (але, за винятком особливих випадків, не більше 6 місяців). Формуванню ПТСР може передувати етап гострої стресової реакції.

Види посттравматичних стресових розладів [28, с.72] : гострий - менше 3 місяців; хронічний - більше 3 місяців; відстрочений - симптоматика проявилася через 6 місяців після травми. Таким чином, клінічна картина часто включає додаткові симптоми ПТСР [9, с.75]:

-Імпульсивність у поведінці, спалахи, дратівливість, схильність до фізичного насильства;

- Вживання алкоголю та наркотиків, особливо для зменшення напруги та "гостроти" пережитого;

- Антисоціальна або протиправна поведінка;

- Депресія, суїцидальні думки, спроби самогубства;

- Високий рівень психічної нестабільності;

- Неспецифічні фізичні скарги (наприклад, головний біль).

Люди з посттравматичним стресовим розладом часто мають фізичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового напруження, підвищеної втомлюваності, виразки шлунку, коліту, болю в серці та респіраторних симптомів [16, с.94].

1.2. Особливості емоційної сфери військовослужбовців

Різні люди по-різному реагують на одну й ту саму подію [16, с. 34].. Травматичні синдроми варіюються від людини до людини, незважаючи на багато характеристик [9, с. 57]. Наприклад, у дослідженні ветеранів війни з посттравматичним стресовим розладом переважний набір симптомів у кожної людини був пов'язаний з індивідуальною історією дитинства, емоційним конфліктом і стилем адаптації. Чоловіки, які були схильні до антисоціальної поведінки до того, як піти на війну, частіше демонстрували такі домінуючі симптоми, як дратівливість і гнів, тоді як чоловіки, які мали високі моральні очікування щодо себе і розвинене почуття співчуття, демонстрували депресивні симптоми [17, с.94].

Крім того, вплив травматичних подій певною мірою залежить від життєстійкості людини. Дослідження ветеранів Другої світової війни показали, що кожна людина має "точку зламу", але деякі люди досягають її легше, ніж інші [16, с.54].

Здається, що лише деякі виняткові люди залишаються відносно неушкодженими в екстремальних умовах. Дослідження різних груп населення дійшли схожих висновків. Стресостійкі люди товариські, уважні, мають проактивний стиль вирішення проблем і впевнені у своїй здатності контролювати власну долю [63, с.82].

Дослідження десяти ветеранів В'єтнаму, у яких не розвинувся посттравматичний стресовий розлад, незважаючи на сильний вплив бойового середовища [16, с.68], продемонструвало характерну тріаду активних, цілеспрямованих стратегій подолання труднощів, неабияку комунікабельність і внутрішній контроль. Ці виняткові чоловіки свідомо зосереджувалися на збереженні спокою і розсудливості, контакту з іншими, моральних цінностей і відчуття сенсу навіть у найхаотичніших бойових ситуаціях. Вони сприймали війну не як відчайдушну ситуацію чи можливість довести свою мужність, а як "небезпечне випробування, яке необхідно ефективно подолати, щоб вижити" [17, с. 82].

У той час як деякі люди, які мають більше ресурсів, мають високу стійкість до руйнівних психологічних наслідків травми, інші є особливо вразливими [41]. Наприклад, молоді та ненавчені солдати частіше за інших піддавалися екстремальному впливу військового середовища. Крім того, у них було мало людей, які могли б підтримати їх, коли вони повернулися додому, і тому вони рідше говорили з друзями та родичами про свій досвід в армії. Не дивно, що ці солдати мали вищий ризик розвитку розладів. Солдати, у яких перед відправкою на війну діагностували певні психічні розлади, після повернення додому частіше демонстрували цілу низку психічних проблем; у солдатів віком до 20 років частіше розвивався посттравматичний стресовий розлад, ніж у старших солдатів [16].

Стрес стає психічною травмою, коли вплив стресора призводить до порушень у психічній сфері, подібних до фізичних порушень. При цьому, згідно з різними концепціями, порушується структура самої, когнітивна модель світу, емоційна сфера, неврологічні механізми, які контролюють процес навчання, система пам'яті та емоційні шляхи навчання. Травматичні події, тобто екстремальні кризові ситуації з сильними негативними наслідками, ситуації, що загрожують життю для себе або близьких людей, виступають у ролі стресорів у таких ситуаціях. Такі події підривають почуття безпеки людини і викликають травматичний стрес. Для деяких людей той факт, що вони пережили травматичний стрес, має найбільший вплив на розвиток посттравматичного стресового розладу і призводить до виникнення посттравматичних стресових станів у майбутньому [28, с. 32].

Реакції військовослужбовців на вплив бойових стресорів залежать як від значущості цих стресорів для конкретного комбатанта, так і від особливостей його копінг-поведінки [26, с. 65]. Значимість впливу конкретних бойових стресорів на психіку військовослужбовця та ймовірність розвитку наслідків переживання бойової травми визначаються психологічними та особистісними характеристиками індивіда, рівнем психологічної та професійної бойової готовності, характером і рівнем бойової мотивації,

особливостями уявлень військовослужбовців про місце і роль війни в історії та світоглядній системі життєдіяльності [64, с.49].

Іншими словами, ефективність копінг-поведінки військовослужбовця залежить від рівня активності, спрямованої на протидію негативному впливу бойових стресорів, характеру методів, що використовуються для подолання дестабілізуючого впливу бойових стресорів на психіку, поведінку і життя в цілому, а також від того, чи є у військовослужбовця досвід копінг-поведінки в бойових ситуаціях і якщо є, то який саме [10, с.50].

Встановлено, що ситуації, в яких посилюються несприятливі бойові фактори, можуть призвести до серйозних психічних розладів, що потребують медичного лікування, а отже, у військовослужбовців зі слабкою нервовою системою можуть призвести до повної втрати боєздатності на певний період часу.

За подібних умов у солдатів із середньою нервовою системою спостерігається лише короткочасне зниження бойової активності.

Військовослужбовці з сильною нервовою системою не піддаються впливу виражених психологічних травм, викликаних складними ситуаціями. У свою чергу, ефективність самоконтролю військовослужбовця залежить від рівня активності, спрямованої на протидію негативному впливу бойового стресора, характеру способів, що використовуються для подолання дестабілізуючого впливу бойового стресора на психіку, поведінку і життєдіяльність в цілому, досвіду військовослужбовця в управлінні власною поведінкою в бойовій обстановці, а також визначеного змісту [28, с.17]. Військові психологи встановили, що на бойову активність солдата впливає кількість фізичних і психологічних втрат настільки, що М.М. Головін ввів спеціальний термін "межі моральної стійкості військ" для вираження їх здатності продовжувати бойові дії, незважаючи на втрати. На його думку, середня межа моральної витривалості підрозділу оцінюється в 25 відсотків кривавих втрат, після чого воїни втрачають здатність до опору [28, с. 99].

Здатність індивіда долати травматичні стресори бойової ситуації залежить не лише від успішної когнітивної обробки травматичного досвіду, а й від взаємодії трьох факторів: характеру травматичної події, індивідуальних особливостей військовослужбовця та особливостей ситуації, в якій ветеран повернувся з війни [45, с. 25].

Важливими факторами, які слід враховувати на етапі мобілізації для участі військовослужбовців у бойових діях, є [28, с.108]:

- Низькі показники фізичного та психологічного здоров'я;
- Низька якість життя;
- недостатнє усвідомлення участі у війні (І.І. Козловський, 2000);
- Сімейний стан (дисгармонійні сімейні стосунки);
- Вік (старше 40 років);
- Наявність акцентуованих рис характеру;
- Схильність до наркоманії та асоціальної поведінки;
- Ставлення до професії та військової служби (військова чи цивільна);
- Генетична обтяженість (психопатологія, алкоголізм, хворобливі риси особистості батьків);
- Низький рівень освіти, низький соціальний статус;
- Психіатричні проблеми;
- Близькі родичі з психічними захворюваннями;
- Хронічний стрес;
- Ступінь розвитку здатності контролювати власну поведінку;
- Ефективність психологічного захисту.

Фактори бойового часу, важливі для прогнозування розладів, включають характеристики травматичної події: ступінь загрози життю, тяжкість втрати, раптовість події, ізоляція від інших під час події, ступінь впливу навколишнього середовища, наявність захисту від можливого повторення травматичної ситуації, моральний конфлікт, пов'язаний з подією, відрив від служби військовослужбовців, відповідно до їх пасивної або активної ролі в травматичній події, чи були вони жертвами або активними учасниками,

безпосередній результат події, тривалість участі в бойових діях, інтенсивність травматичної ситуації (бойовий досвід або тяжкість поранень) [30, с. 4; 21, с. 40].

До факторів післябойового періоду, важливих для прогнозування розладів, належать зміни в системі взаємовідносин, особиста значущість воєнного досвіду та здатність до асиміляції, наявність соціальної підтримки, дані про найважчий період адаптації до мирного життя, зміна скептичного (з латентним негативом) ставлення до ЗМІ, які висвітлюють воєнні дії, зміна ставлення до друзів та загалом ставлення до некомбатантів, надання переваги проведенню дозвілля наодинці, уявлення про майбутнє життя, низька самооцінка, низька самооцінка щодо зрілості та відповідальності, ставлення до життя, проблеми зі здоров'ям; наявність серйозних переживань у несправедливих ситуаціях та нешанобливе ставлення до ветеранів, думки, сформовані під час війни та поширені в сучасному суспільстві, відхилення від принципів (прагнення до збагачення, корупція, втрата національної честі, моральна деградація тощо), відчуження від суспільства, "комбатантні акцентуації" та ін.

Варто зазначити, що комбатантні акцентуації характеризуються низкою індивідуально-психологічних рис, які є адаптивними в бойових умовах. До таких рис належать схильність до миттєвої реакції, високе почуття настороженості, пильності та справедливості, схильність до спілкування з ветеранами війни, феномен соціальної безстрашності та перегляд життєвих цінностей і цілей [17, с.95].

Причинами вторинної травми є негативні реакції оточуючих, поведінка та ставлення медичного персоналу, надмірна опіка жертви з боку родичів, захист від зовнішнього світу, потреба суспільства у ветеранах війни, несхвалення війни та тих, хто брав у ній участь, взаємне нерозуміння між тими, хто пережив війну, і тими, хто її не пережив, а також комплекс провини, який формує суспільство.

Оскільки резистентність до лікування розладів визначається також особливостями соціальної ситуації, що впливають на процес відновлення, зустрічі з цими вторинними стресами часто призводять до погіршення стану ветерана. [26, с. 32].

Водночас аналіз результатів різних епідеміологічних досліджень показав, що наявність посттравматичного стресового розладу пов'язана з певними психічними розладами, які виникли в результаті травми або були присутні від самого початку. До таких розладів належать тривога, депресія, суїцидальні думки та спроби, наркотична, алкогольна залежність та токсикоманія, психосоматичні розлади та серцеві порушення. Дані досліджень показують, що більшість пацієнтів, які страждають на посттравматичний розлад, мають одне з цих супутніх захворювань, а в більшості випадків в анамнезі є два або більше супутніх захворювань. У низці національних і міжнародних робіт визначено наявність або відсутність необхідних знань, навичок і вмінь для подолання наслідків травми, а також ставлення до власного здоров'я як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників [34].

Водночас, саме параметри самооцінки найбільше впливають на вираженість посттравматичного стресу в середньому через 5,5 років, найважливішим з яких є параметр "активність" [9, с.93]. Висока активність, комунікабельність і позитивна самооцінка визначають меншу вираженість посттравматичного стресу через кілька років. З часом самооцінка, як один з її структурних компонентів, виходить на перший план як фактор, що сприяє зниженню посттравматичного стресу. Позитивне опрацювання та осмислення травматичного досвіду, пошук нових життєвих цілей, позитивне самоствалення та спонтанна активність особистості, які виконують регуляторну функцію в процесі адаптації, формують основу для успішного подолання наслідків психологічної травми [28, с. 111].

1.3. Психологічні особливості прояву тривожності у військовослужбовців

Перебування на війні пов'язане з комплексним впливом багатьох факторів [16, с.58]:

- сприйняття явної загрози життю (так званий біологічний страх смерті, поранення, болю та інвалідності)
- особливих стресів, що виникають у тих, хто безпосередньо бере участь у бойових діях. А також психологічне та емоційне напруження, пов'язане з необхідністю вмирати в присутності бойових товаришів і вбивати ворога;
- вплив факторів, характерних для бойової обстановки (дефіцит часу, прискорений темп дій, несподіванка, невизначеність, новизна);
- труднощі та позбавлення (часто відсутність достатнього сну, води та поживних речовин);
- незвичний для учасників бойових дій клімат і місцевість (гіпоксія, спека, підвищена сонячна радіація) [9, с.62].

Військовослужбовці, які беруть участь у виконанні бойових завдань, стикаються з ситуаціями, що характеризуються трансцендентним впливом на психіку різноманітних стресорів, що часто призводить до травматичного стресу, психологічні наслідки крайніх проявів якого виражаються у вигляді посттравматичного стресового розладу [28, с. 32].

Окрім клінічних симптомів, у багатьох пацієнтів стереотипно повторюються теми пережитих подій: Вираженість і значущість основних симптомів розладів і супутньої емоційної патології дозволяють виділити кілька клінічних варіантів посттравматичного стресового розладу: тривожний, астенічний, дисфоричний і соматоформний [26, с. 57].

Тривожний тип характеризується високим рівнем невмотивованої тривоги, часто на тлі зниженого настрою, з нав'язливими переживаннями та образами, що відображають події травматичної ситуації. Таким хворим властивий внутрішній дискомфорт, напруженість і дратівливість. Присутні порушення сну, які характеризуються переважанням тривожних думок про

здоров'я, страхом кошмарів (сцени війни, насильства, смерті близьких, нерідко розправи над самим хворим) і труднощами засинання. Хворі свідомо відтягують момент засинання [64, с. 30].

Астенічний тип часто характеризується відчуттям слабкості та млявості. Настрій пригнічений і пов'язаний з відчуттям апатії до подій, які раніше цікавили їх у житті. Поведінка таких пацієнтів характеризується пасивністю, відчуттям виснаження і страхом перед виконанням завдань, які раніше не викликали серйозного занепокоєння; кілька разів протягом тижня епізоди психологічної травми переживаються як нав'язливі. Однак, на відміну від тривожної форми, ці спогади позбавлені яскравості та емоційного забарвлення. Розлади сну характеризуються відсутністю відпочинку після сну. Унікаюча поведінка не є типовою, хворі рідко приховують свої переживання і, як правило, самі звертаються за допомогою [26, с. 58].

Дисфоричний варіант [17, с.88] характеризується постійним внутрішнім розчаруванням і роздратуванням на тлі пригніченого настрою. Пацієнти говорять про високий рівень агресії та фрустрації, бажання переносити злість на інших. Переважають образи агресивного покарання і протистояння із застосуванням фізичної сили, що викликає почуття страху і мінімізує контакти з іншими. Ці пацієнти не можуть контролювати свої інтенсивні емоційні реакції на висловлювання і часто потім шкодують про них. Ці пацієнти рідко повідомляють про свій стан і звертаються до психіатра через поведінкові розлади, помічені родичами або колегами.

Соматоформна форма розладу характеризується широким соматоформним розладом з переважною локалізацією неприємних відчуттів у серці (54%), шлунково-кишковому тракті (36%) та голові (20%), що поєднуються з психовегетативними пароксизмами. Типові симптоми з'являються через півроку після травми, тому ці випадки описуються як відстрочена форма розладу. Типові для панічної атаки поведінка уникнення, емоційне оніміння та симптоми флешбеку зустрічаються дуже рідко і не мають дуже виражених емоційних особливостей. Депресивні відчуття

представлені недиференційованою гіпотимією з виразними тривожно-фобічними включеннями [64, с. 31].

Виникнення різних клінічних варіацій і типів розладу базується на складній структурі факторів (характеристики травматичної події, демографічні, клінічні, соціальні та індивідуально-психологічні фактори, а також характеристики здоров'я). Фактори, що складають цю структуру, характеризуються складними взаємодіями та взаємовпливами [30].

Висновки до першого розділу

Психологічні наслідки участі в конфліктах призводять до погіршення відчуття справедливості в мирний час, підвищеної тривожності, періодичних "вибухових" реакцій у відповідь на будь-який подразник, депресії, погіршення соціальної взаємодії у ветеранів, сімейних конфліктів і проблем з працевлаштуванням. Такі люди втрачають інтерес до соціального життя та стають менш активними у вирішенні важливих проблем. За даними провідних вітчизняних та міжнародних військових психіатрів, які вивчали частоту та характер санітарних втрат у збройних конфліктах та локальних війнах, втрати психіатричного профілю останнім часом суттєво змінилися в бік збільшення кількості межових розладів. Однак віддалені та відстрочені наслідки війни є більш серйозними і впливають не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, але й на стабільність їхньої психологічної рівноваги, світогляд та ціннісні орієнтації. Спектр явищ, що призводить до тривожних та травматичних стресових розладів, дуже широкий і включає в себе безліч ситуацій, в яких їхньому життю або життю їхніх близьких загрожує небезпека, їхньому фізичному здоров'ю та образу «Я». Розлади, що розвиваються після психологічної травми, впливають на всі рівні функціонування людини (фізіологічний, особистісний, міжособистісної та соціальної взаємодії) і викликають незворотні особистісні зміни не тільки у людини, яка пережила стрес, але й в її родині. Тривожний та посттравматичний стресовий розлад може сприяти формуванню певних сімейних стосунків і життєвих сценаріїв, які, в свою чергу, можуть вплинути на все подальше життя людини. Психічна травма, психологічний шок та його наслідки впливають на життєвий настрій людей, які пережили військові конфлікти.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Підходи до дослідження тривожності

На сьогоднішній день розроблено низку діагностичних методів для виявлення тривожності та оцінки посттравматичного стресового розладу. Для оцінки тривожності використовують методики [1, с. 97]:

- Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Ч.Д.Спілбергера - Ю.Л.Ханіна;
- Методика оцінки особистісної тривожності за шкалою Дж.Тейлор;
- Методика соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда;
- Шкала тривоги Бека;
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS);
- Коротка шкала тривоги, депресії і ПТСР (Б. Харт).

Крім цього, для вивчення посттравматичного стресового розладу додатково застосовуються методики [17, с.105], розроблені в інтересах діагностики окремих психічних феноменів, що становлять загальну картину синдрому: методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової), тест психіатричної оцінки Ендікотта і Шпіцера, опитувальник Гілера, шкала SSS, опитувальник Вільсона і Крауса, опитувальник депресивності Бека, опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (шкала Дерогатіса), методика структурованого опитування учасників психотравмуючих подій (С. В. Долгополова), опитувальник життєвих подій (Н. Г. Хохлової).

Деякі з цих методик мають наступний зміст, а саме:

1. Шкала проявів тривожності Тейлор. Це особистісний опитувальник, призначений для вимірювання тривожності як риси особистості,

опублікований Дж. Тейлор у 1953 році. Методика була створена на основі тверджень опитувальника ММРІ. Шкала складається з 50 тверджень, на які досліджуваний відповідає "так" або "ні". За тестом Дж. Тейлора рівень тривожності можна виміряти за схильністю до соціальної фобії, агресії, підозрілості, а також стійкість до стресу та можливих реакцій у різних життєвих ситуаціях. Методика базується на результатах дослідження за участю людей, які страждають від хронічної тривоги і схильні до панічних атак. Проходження тесту займає 15-30 хвилин. Існує два адаптованих варіанти методики: варіант Т.Немчинова (50 пунктів) та В.Норакідзе (60 пунктів - додаються 10 пунктів "шкали брехні") [50].

2. Методика соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації, запропонована К. Роджерсом і Р. Даймондом, являє собою опитувальник, що містить 101 твердження, на які досліджуваним пропонується оцінити себе за 7-бальною шкалою за ступенем відповідності між твердженнями, представленими в опитувальнику, і власним сприйняттям [7].

Методика дозволяє оцінити такі інтегральні показники, як адаптація, самоприйняття, прийняття інших, емоційний комфорт, інтернальність і прагнення до контролю, а також позитивний і негативний полюси цих інтегральних показників. Інтегральний показник адаптації відображає співвідношення адаптивних і дезадаптивних тенденцій функціонування людини в суспільстві [50]. Індекс адаптивності має позитивну полярність і є базовим показником адаптації, що відображає постійне і приємне ставлення людини до зовнішнього світу. Адаптовані люди критично ставляться до соціальних норм і правил. Вони цінують власну індивідуальність та індивідуальність інших, прагнуть до особистісного розвитку і не припиняють його. Вони знають свої сильні сторони та шляхи досягнення поставлених цілей. Вони успішні та активні. Це оптимістично налаштовані люди. Показник дезадаптованості є негативним полюсом інтегрального показника

адаптованості і відображає дисгармонію у сфері соціальних відносин. Дезадаптовані люди песимістичні, апатичні, пасивні і часто не здатні долати труднощі. Вони також можуть бути постійно незадоволені собою та іншими. Дезадаптовані люди також характеризуються іншими тривожними і депресивними рисами [7].

3. Госпітальна шкала тривоги і депресії була розроблена А.С.Зігмундом і Р.П.Снайтом у 1983 році для скринінгу тривоги та депресії у стаціонарних пацієнтів. При розробці автори виключили наступні симптоми тривоги та депресії, які можуть бути інтерпретовані як ознаки соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головний біль та ін.) Пункти субшкали депресії базуються на скаргах і відібрані з симптомів, які зустрічаються найчастіше [1, с. 194]

4. Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події. ШОВТП широко застосовується в дослідженнях посттравматичних стресових станів і спрямована на вимірювання трьох основних сфер реагування на травматичний стрес: феномена нав'язливих переживань психотравмуючої ситуації (вторгнення), феномена уникнення будь-яких нагадувань про травму і феномена фізіологічної збудливості, який не спостерігався до психотравмуючої події [23; 24].

5. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичної реакції. Міссісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (1987, 1988). На сьогодні вона є одним із широко використовуваних інструментів для оцінки вираженості ознак ПТСР. Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за 5-бальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів проводиться шляхом підсумовування балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду.

Вміщені в опитувальнику пункти входять в 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення

симптомів вторгнення, 11 – уникнення і 8 питань стосуються критерію фізіологічної збудливості. П'ять питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальних тенденцій [1].

Методики, спрямовані на вивчення психопатологічних характеристик:

1. Шкала опитувальника вираженості психопатологічних симптомів SCI складається з 90 пунктів. Її мета - оцінити характер психопатологічних симптомів у пацієнтів з психічними розладами та здорових осіб. Оригінальна версія шкали була запропонована Л. Дерогатісом зі співавторами в 1973 році на основі клінічної практики та психометричного аналізу, переглянута та валідизована в 1976 році [1; 24].

2. Опитувальник депресії Бека [1] призначений для оцінки наявності депресивних симптомів та вимірювання поточного рівня депресії у людини. Метод продемонстрував свою діагностичну цінність при роботі з людьми, які брали участь у бойових діях і пережили травматичний стрес. Опитувальник був розроблений на основі клінічних спостережень та описів симптомів, які зазвичай зустрічаються у пацієнтів з депресивними психічними розладами, на відміну від пацієнтів без депресії. Опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких представляє окремий психопатологічний симптом.

2.2. Організація і проведення емпіричного дослідження

З метою здійснення дослідження, спрямованого на визначення наявності посттравматичного стресового розладу та рівня розвитку компонентів ПТСР, ми обрали наступні методики:

1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна
2. Шкала оцінки впливу травматичної події
3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).
4. Опитувальник п'яти факторів особистості BFI-10
5. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС)).

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна [1] спрямована на вимірювання тривожності як властивості особистості і є особливо важливою, оскільки ця властивість багато в чому зумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності є природною та необхідною характеристикою активної та продуктивної особистості. Кожна людина має оптимальний або бажаний для неї рівень тривожності, тобто корисну тривожність. Оцінка свого стану в цьому відношенні є важливим компонентом самоконтролю та самовиховання.

Особистісна тривожність розуміється як стійка особистісна риса, що відображає схильність до тривоги, тобто людина сприймає досить широке коло ситуацій як загрозові і схильна реагувати на кожну ситуацію певним чином. Як схильність, особистісна тривожність активується при сприйнятті певних стимулів, які людина вважає небезпечними для своєї самооцінки та самоповаги.

Ситуативна чи реактивна тривожність як стан характеризується напругою, занепокоєнням, стурбованістю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Ситуативна або реактивна тривожність - це стан, що характеризується нервозністю, занепокоєнням, тривогою та напругою. Вона виникає як емоційна реакція на стресові ситуації і може змінюватися за інтенсивністю та вираженістю з часом.

Люди з високим рівнем тривожності схильні сприймати загрози своїй самооцінці та життю в різних ситуаціях і реагувати на них вираженим станом тривоги. Якщо рівень особистісної тривожності суб'єкта за психологічним тестом високий, це свідчить про те, що суб'єкт, швидше за все, буде відчувати тривогу в різних ситуаціях.

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги у людини в ситуаціях оцінки її компетентності. В цьому разі слід знизити суб'єктивну значимість ситуації та завдань та перенести акцент на осмислення діяльності та формування почуття впевненість у успіху. Низька тривожність, навпаки, вимагає підвищення почуття відповідальності та уваги до мотивів діяльності.

Опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). Що розуміє Спілбергер під обома мірами тривожності видно з наступної цитати: «Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи».

Досліджувані отримують наступну інструкцію: «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закресліть цифру у відповідній графі

справа залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних і неправильних відповідей немає».

При аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній із субшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної). При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності: до 30 балів – низька; 31-44 бали – помірна; 45 і більше – висока.

Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події [24, с.125]. ШОВТП широко застосовується в дослідженнях посттравматичних стресових станів і спрямована на вимірювання трьох основних сфер реагування на травматичний стрес: феномена нав'язливих переживань психотравмуючої ситуації (вторгнення), феномена уникнення будь-яких нагадувань про травму і феномена фізіологічної збудливості, який не спостерігався до психотравмуючої події.

Перший варіант ШОВТП був опублікований Горовіцем зі співавторами в 1979 р. Першою ланкою вимірювань ШОВТП були реакції, які входять у дві найбільш широко визнані категорії переживань, що виникають у відповідь на травматичні події – вторгнення і уникнення. Ця шкала отримала широке застосування, і численні дослідження продемонстрували її перевагу. Були зроблені переконливі висновки про придатність методики для виявлення реакцій на травматичні життєві події, часткового прогнозування того, хто буде переживатиме дистрес через певний проміжок часу, а також для визначення динаміки реакцій на травматичні події після певного часу. Пізніше оригінальна шкала була переглянута Д. Вейсом у 1995р. з метою її доповнення – додавання субшкали, що вимірює симптоми гіперзбудження, які входять до діагностичних критеріїв DSM-IV і є складовою частиною психологічної реакції на травматичну подію.

ШОВТП вимірює ступінь присутності симптомів протягом останніх 7 днів. Кожне з 22 тверджень оцінюється за 4-бальною шкалою. Відповіді ранжуються за ступенем від «ніколи» до «часто». Можна говорити про високий ступінь прояву симптомів при сумарному балі рівному 30-35.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу [1, с.140] - клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році тедля діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Була створена на основі ММРІ. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР:

- 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”,
- 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”,
- 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”.

П’ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов’язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Оцінка за кожним пунктом від одного до п’яти балів. Пункти 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 оцінюються у зворотному порядку. Склавши всі бали, ми отримаємо суму, за якою з достовірністю до 90% можна розділити військовослужбовців, що мають і не мають ПТСР. ПТСР діагностується, якщо сума балів 112 і більше. Якщо результат знаходиться в інтервалі від 86 до 112 балів, це означає, що є характерні для ПТСР розлади, але їх недостатньо, щоб з впевненістю говорити про посттравматичний стресовий розлад. Значення менше 86 балів говорить про добру адаптованість.

За даними В.Ю. Шаніна:

- добре адаптовані – 76 ± 18 ;
- психічні розлади – 86 ± 26 ;
- ПТСР – 130 ± 18 .

Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними Н.В. Тарабріної:

Співробітники МВС $64,65 \pm 16,13$

Військовослужбовці $73,76 \pm 19,64$

Ветерани Афганістану, "норма" $70,18 \pm 11,76$

Ветерани Афганістану, ПТСР $92,00 \pm 15,55$

Внаслідок не найвищої специфічності, міссісипська шкала не рекомендована для первинного скринінгового виявлення контингенту, що страждає на ПТСР. Її призначення – підтвердження діагнозу ПТСР у тих, у кого його можна очікувати, та оцінка ступеня тяжкості розладу. Тому методика використовується в діяльності психологів спецслужб, силових відомств, у роботі з особами, що піддаються екстремальним психологічним навантаженням.

Опитувальник п'яти факторів особистості BFI-10 базується на класичному опитувальнику Г. Айзенка та Р. Кеттелла і призначений для діагностики п'яти особистісних факторів. Кожен фактор являє собою біполярну шкалу, в якій дана особистість може бути описана як точка або співвідношення двох протилежних якостей.

Модель "Велика п'ятірка" дозволяє діагностувати наступні особистісні фактори:

1. «Е»: екстраверсія - проявляється зосередженістю на зовнішньому або внутрішньому світі. Екстраверти товариські, активні, імпульсивні, шукають нові та потужні зовнішні стимули, прагнуть бути лідерами, фізично та вербально активні. Інтроверти схильні до протилежного: вони тримають соціальну дистанцію, уникають суспільства, надають перевагу думкам, а не діям, уникають сильних стимулів і необхідності приймати швидкі рішення. Кожна людина має більшою чи меншою мірою як екстравертовані, так і інтровертовані характеристики (це стосується й інших факторів). Тому вираженість фактора - це не його абсолютна величина, а відносне домінування одного полюса над іншим.
2. «А»: схильність до згоди. «доброзичливість» - це показник орієнтованості на громаду на протигагу егоцентризму. Люди з високим рівнем згоди толерантні, терпимі до інтересів і потреб інших, цінують групову єдність,

мир і злагодю між людьми, готові бачити добре в інших і цінують успіх групи більше, ніж індивідуальний успіх. Протилежні їм особи менш толерантні до інших, думають насамперед про себе і ставлять власні інтереси вище за інтереси групи.

3. «С»: свідомість - це фактор, який відноситься до ступеня свідомого контролю суб'єкта над своєю поведінкою або діяльністю. Один полюс представлений такими якостями, як високий самоконтроль, наполегливість, організованість, дисциплінованість, відповідальність, старанність, точність і орієнтація на завдання. Інший полюс представлений "нестабільними" людьми, які легко відволікаються, неорганізовані, спонтанні, менш зосереджені на своїх цілях і погано контролюють свої імпульси.

4. «Н»: нейротизм - схильність людини до стресу та фрустрації.

Невротичні люди характеризуються схильністю до негативних емоцій. Вони дуже тривожні, дратівливі і примхливі, схильні бачити все в "чорному світлі" і менш задоволені життям, ніж інші. З іншого боку, "реактивно-врівноважені" люди мають більш раціональне і спокійне ставлення до життя. Їх іноді умовно називають "товстошкірими". Щоб вивести їх з рівноваги і спокою, потрібен набагато сильніший стимул, ніж для "невротиків".

5. «О»: відкритість до досвіду - проявляється як толерантність і розуміння всіх видів нового досвіду. Відкриті люди мають широкі інтереси, добре розвинену уяву, гнучкий розум, оригінальність, естетичну чутливість і цікавляться новими і незвичайними речами. На іншому кінці спектру знаходяться ті, хто закритий для нового досвіду. Вони характеризуються обмеженими інтересами. Тому їх можна до певної міри назвати "посередніми", для них характерний конформізм і низький рівень оригінальності та неординарності.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової (ШЗНС)).

Тест адаптовано у відділенні наркології НДІ ім. Бехтерева - Т. І. Балашової. Заснований на опитувальнику Зунга. Шкала Зунга (Цунга) для самооцінки депресії була опублікована в 1965 р. у Великій Британії і надалі отримала міжнародне визнання. Вона розроблена на основі діагностичних критеріїв депресії та результатів опитування пацієнтів із цим розладом. Оцінка тяжкості депресії за нею проводиться з урахуванням самооцінки пацієнта. Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики.

За допомогою "Шкали Зунга" випробуваний або лікар можуть зробити самостійне обстеження або скринінг депресії. Тест «Шкала Зунга» має високу чутливість і специфічність і дозволяє уникнути додаткових економічних та тимчасових витрат, пов'язаних з медичним обстеженням етичних проблем.

У тестуванні враховується 20 факторів, що визначають чотири рівні депресії. У тесті присутні десять позитивно сформульованих та десять негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (з урахуванням цих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Результати поділяються на чотири діапазони: нормальний стан, легка депресія, помірна депресія, тяжка депресія.

Теоретичний аналіз науково-методичної літератури щодо вивчення тривожності та посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, дає змогу розглядати дане явище, як особливу систему компонентів, що є запорукою професійної діяльності військовослужбовця.

Були виокремлені компоненти прояву тривожності та посттравматичного стресового розладу, які ми будемо досліджувати:

1. Особистісна тривожність - стійка індивідуальна характеристика, що відбиває схильність суб'єкта до тривоги, тобто сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливі і реагувати на кожную з них певним чином. Як

сприятливий фактор, особистісна тривожність активується при сприйнятті певних стимулів, які можуть бути небезпечними для самооцінки або самоповаги.

2. Ситуативна або реактивна тривожність характеризується відчуттями, які суб'єктивно сприймаються як нервозність, занепокоєння, заклопотаність або напруженість. Симптоми виникають як емоційна реакція на стресові ситуації і можуть змінюватися за інтенсивністю та вираженістю з часом. Люди з високим рівнем тривожності, як правило, реагують у дуже вираженому стані занепокоєння, відчуваючи загрозу своїй самооцінці та життю в різних ситуаціях. Якщо психологічні тести виявляють високий рівень особистісної тривожності, це свідчить про те, що людина може відчувати тривогу в різних ситуаціях, особливо тих, що пов'язані з оцінкою її здібностей і репутації.

3. Вторгнення - травматична подія нав'язливо повторюються в переживаннях одним (або більше) з наступних способів: 1) нав'язливі і повторюванні спогади екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають тяжкі емоційні переживання. 2) кошмарні сновидіння про пережиту подію, що повторюються. 3) флешбек-ефекти – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми. 4) інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх. 5) фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують про травматичну подію.

4. Уникнення - постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки блокування емоційних реакцій, —заціпеніння (не спостерігалось до травми). Визначається по наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак: 1) зусилля по уникненню думок, почуттів або

розмов, пов'язаних із травмою. 2) зусилля по уникненню дій, місць або людей, що будять спогади про травму. 3) нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія). 4) помітно знижений інтерес або участь у раніш значущих видах діяльності. 5) почуття відчуженості або віддаленості від інших людей. 6) знижена інтенсивність вищих емоцій (нездатність, наприклад, до почуття любові тощо). 7) почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань із приводу кар'єри, одруження, дітей або власного довгого життя).

5. Гіперзбудження - постійні симптоми гіперактивації, що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявністю, як мінімум, двох з нижчеперелічених симптомів: 1) труднощі з засипанням або поганий сон (ранні пробудження). 2) дратівливість або спалах гніву. 3) складнощі з зосередженням уваги. 4) підвищений рівень настороженості, стан постійного чекання загрози. 5) гіпертрафована реакція переляку.

6. Фактори – екстраверсія, схильність до згоди, свідомість, нейротизм та відкритість досвіду – п'ять факторів, які вимірює опитувальник BFI-10.

7. Рівень депресії – симптоми, що відображають почуття душевної спустошеності, розлад настрою, загальні соматичні та специфічні соматичні симптоми, симптоми психомоторних порушень, суїцидальні думки та дратівливість/нерішучість.

Взаємодія даних компонентів у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій визначає наявність або відсутність тривожного розладу та посттравматичного стресового розладу. Виходячи з рівня розподілу даних компонентів можна говорити про інтенсивність окреслених феноменів.

З метою вивчення особистісної та ситуаційної тривожності у складі посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців було проведено емпіричне дослідження на базі 129 батальйону бойової однієї з частин. Пункт постійної дислокації знаходиться в м. Києві. У дослідженні

було задіяно 83 військовослужбовця, 72 з яких перебували у зоні бойових дій. Анкетні дані учасників дослідження наведені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Анамнестична анкета учасників дослідження

Стать	Чоловіки – 82, жінки -1
Вік	22-30 років – 6 військовослужбовця, 31-40 років – 36 військовослужбовців, 41-50 років – 36 військовослужбовців, 51-60 років – 5 військовослужбовців.
Освіта	Середня – 13 осіб, Неповна вища – 13 особи, Вища – 57 осіб.
Сімейний стан	В шлюбі – 67 особи, Не в шлюбі – 16 осіб.
Діти	Є – 68 осіб, Немає – 15 осіб.
Перебування у зоні бойових дій	Так – 72 особи, Ні – 11 осіб.
Строк перебування у зоні бойових дій	0-1 місяць – 26 особи, 1-6 місяців – 46 осіб, Не перебував – 11 осіб.
Час після повернення	Менше ніж 3 місяця – 18 осіб, Від 3-х до 6-ти місяців – 49 осіб, Більше за 6 місяців – 3 особи, Перебуваю зараз – 2 особи, Не перебував – 11 осіб.

Емпіричне дослідження було проведено у 2 етапи. На першому етапі ми провели методики визначених вище досліджень.

На другому етапі ми обробляли та інтерпретували отримані результати.

Отож, на першому етапі, досліджуваним було надіслано посилання на гугл диск з п'ятьма методиками, з метою отримання відповідей на подані твердження. Алгоритм виконання методики знаходився у надісланому файлі.

Після того, як були отримані відповіді, ми провели інтерпретацію результатів, і на основі цих результатів провели кореляційний та регресійний аналіз.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних

А) Застосування шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна здійснювалося з метою діагностики проявів ситуативної та особистісної тривожності. Ми отримали наступні результати: за шкалою ситуативної тривожності у 15 % респондентів (12 осіб) низький рівень. Для 35% (29 осіб) опитаних характерним є помірний рівень ситуативної тривоги. У 50% (42 осіб) рівень ситуативної тривоги високий.

За рівнем особистісної тривожності військовослужбовці розподілились наступним чином: лише у 6% (5 осіб) рівень особистісної тривожності є низьким, у 44% (36 осіб) серед всіх опитаних характерним є помірний рівень особистісної тривожності. Для 50% (42 осіб) притаманний високий рівень особистісної тривожності. Показники представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Рівні прояву ситуативної та особистісної тривожності у військовослужбовців за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Рівень прояву	Кількість у %	
	Шкала ситуативної тривожності	Шкала особистісної тривожності
Низький	15%	6%
Середній	35%	44%
Високий	50%	50%

Розподіл рівнів прояву ситуативної та особистісної тривожності у військовослужбовців за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна наведені на рисунку 2.1.



Рис. 2.1. Розподіл рівнів прояву ситуаційної та особистісної тривожності у військовослужбовців за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Отже, отримані результати за методикою дають змогу зробити висновок про те, що половина військовослужбовців, які брали участь в обстеженні, мають високий рівень ситуаційної тривожності, близько 35% мають середній рівень особистісної тривожності (з тенденцією до високого). Це проявляється у тому, що вони мають постійне відчуття небезпеки та страху. Виникають проблеми з концентрацією уваги, респонденти відмічають свій неспокій та нетерплячість, дратівливість тощо. У поведінці це проявляється через те, що особи з високим рівнем тривожності виявилися неспроможними розслабитися, проявляють надмірну сторожкість та не довіряють людям.

Коефіцієнт Альфа Кронбаха шкали ситуаційної тривожності дорівнює 0,961, особистісної тривожності 0,914, що відповідає рівню - дуже добре. Отже, всі питання шкали мають внутрішню узгодженість. Шкали є надійними. Коефіцієнти Альфа Кронбаха ситуаційної та особистісної тривожності наведені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Коефіцієнти Альфа Кронбаха ситуаційної та особистісної тривожності у військовослужбовців за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Ситуаційна тривожність	Особистісна тривожність
0,96	0,91

Середній показник ситуаційної тривожності у вибірці знаходиться на рівні 46 балів зі стандартним відхиленням 14,3 балів.

Визначивши показники особистісної тривожності по вибірці, ми отримали наступні дані: середнє 46,9 балів зі стандартним відхиленням 12,4. Результати розрахунків наведені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати розрахунків ситуаційної та особистісної тривожності у військовослужбовців за шкалою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Показники	Ситуаційна тривожність	Особистісна тривожність
Кількість військовослужбовців	83	83
Середнє арифметичне	46	46,9
Медіана	44	45
Стандартне відхилення	14,3	12,4
Мін. кількість балів	25	21
Макс. кількість балів	77	77

За обома шкалами розподіл багатомодальний та асиметричний. Представлені у графічному вигляді на рисунку 2.2.

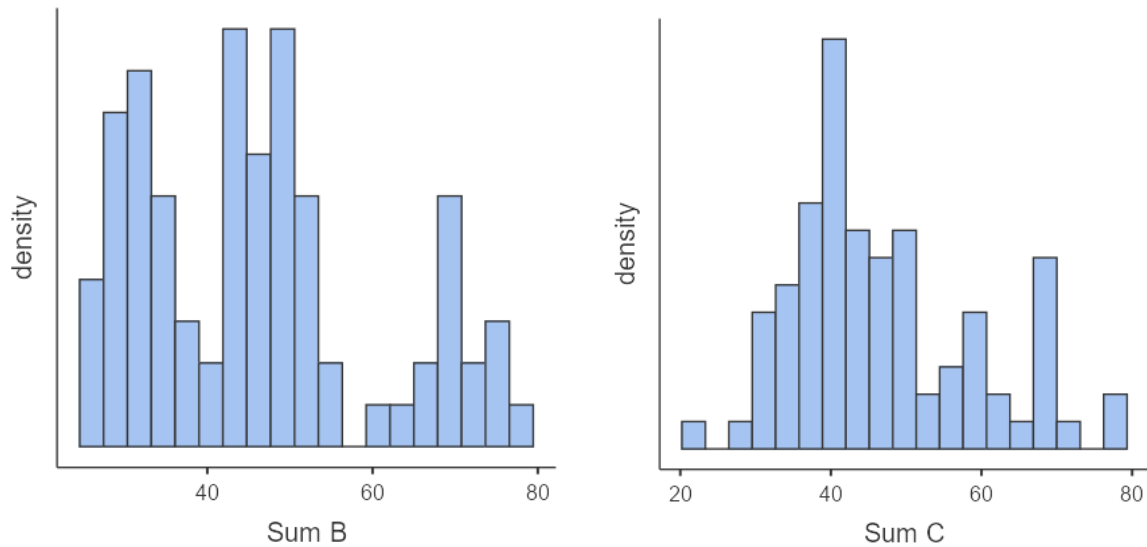


Рис. 2.2. Графіки розподілів ситуаційної та особистісної тривожності у військовослужбовців

Більшість респондентів знаходяться на рівні 43-48 балів за шкалою ситуаційної тривожності. Друга вершина на рівні 25 балів, третя біля 70 балів. Тож, можемо зробити висновок, що розподіл багатомодальний та асиметричний.

За шкалою особистісної тривожності основна маса людей отримала 45-46 балів. Друга вершина є значно меншою, на рівні 70 балів. Розподіл схожий на нормальний (гаусівський).

Визначивши середнє арифметичне особистісної тривожності у вибірці, ми можемо зробити висновок, що отримані дані свідчить про середній, що наближається до високого рівень особистісної тривожності. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність людини сприймати широке коло ситуацій, як загрозливі, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Високий, однак помірний показник може бути пов'язаний з певними психологічними особливостями професії військовослужбовця.

Щодо рівня реактивної тривожності, то показник на рівні 46 свідчить про високий і також помірний рівень тривожності. Треба підкреслити, що при визначенні середнього суттєво вплинули на кінцеве число кілька високих

показників. Реактивна тривожність характеризується напругою, неспокоєм, нервовістю. Дуже висока реактивна тривожність здатна негативно впливати на результати роботи та суттєво знижує ефективність виконання різних видів діяльності.

Визначивши Z бали для шкали ситуаційної тривожності, ми отримали наступні результати: розподіл багатомодальний від -1 до +2.

Z бали для шкали особистісної тривожності: розподіл нормальний від -2 до +2.

Визначемо t-критерій Стьюдента ситуаційної тривожності і отримуємо наступні результати, представлені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Результати розрахунків Т-критерію Стьюдента
ситуаційної тривожності

Student`s t = 0,0077	p = 0,503
----------------------	-----------

Таким чином, можемо констатувати, що є ймовірність отримати такі або ще більші дані, коли є вірною нульова гіпотеза. Тож, ситуаційна тривожність у військовослужбовців значна, наближається до високого рівня.

Тепер визначимо t-критерій Стьюдента особистісної тривожності:

Таблиця 2.6.

Результати розрахунків Т-критерію Стьюдента
особистісної тривожності

Student`s t = 0,649	p = 0,259
---------------------	-----------

Відповідно, не можемо відкинути нульову гіпотезу і залишаємо її. Особистісна тривожність у пополяції значна, наближається до високого рівня.

Перевіримо гіпотези за допомогою t-критерію Стьюдента двох незалежних сукупностей.

Гіпотеза: військовослужбовці, які перебували у зоні бойових дій мають вищий рівень ситуаційної та особистісної тривожності від тих військовослужбовців, які не перебували в зоні бойових дій.

Поділимо військовослужбовців на дві групи: перша група – військовослужбовці, що знаходились у зоні бойових дій, друга група – ті, що не перебували у зоні бойових дій. Нульова гіпотеза – середнє значення за шкалою ситуаційної та особистісної тривожності у цих двох групах військовослужбовців однакові. Альтернативна гіпотеза – середнє значення у першій групі за обома шкалами більше, ніж у другій групі. Отримуємо наступні результати, наведені у таблиці 2.7.:

Таблиця 2.7.

Порівняння за шкалами ситуаційної та особистісної тривожності двох груп
військовослужбовців

Показники	Ситуаційна тривожність		Особистісна тривожність	
	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2
Кількість	72	11	72	11
Середнє значення	47	39,3	49,0	39,9
Медіана	45,5	32	43,0	36,5
Стандартне відхилення	14,2	13,7	13,5	12,0
Стандартна похибка середнього	1,67	4,13	2,38	4,23

Отже, ми отримали наступні результати: за шкалою ситуаційної тривожності t-критерій Стьюдента дорівнює 1,70, $p = 0,057$. Тож, не можна відкинути нульову гіпотезу і прийняти альтернативну, тому що є ймовірність отримати однакові середні значення за шкалою ситуаційної тривожності в

обох групах. Можемо зробити висновок, що ситуаційна тривожність в обох групах є середньою (з тенденцією до високої) – як у військовослужбовців, що знаходилися у зоні бойових дій, так і у другій групі. Ті ж самі висновки можна зробити, якщо перевірити гіпотезу за t-критерієм Уелча (1,74, $p = 0,053$) та U-критерієм Манна-Уїтні (248, $p = 0,023$).

Довірчий інтервал у 2-й групі військовослужбовців значно більше, що пов'язано з порівняно незначною кількістю респондентів, які не перебували у зоні бойових дій. Довірчі інтервали груп перетинаються, тобто середні можуть співпадати.

За шкалою особистісної тривожності результати наступні: при перевірці гіпотези t-критерієм Ст'юдента дорівнює 2,65, $p = 0,005$. Також не можемо відкинути нульову гіпотезу – є ймовірності отримати однакові середні значення за шкалою особистісної тривожності в обох групах. Особистісна тривожність є середньою (з тенденцією до високої) в обох групах, при чому середнє значення у групі 1 є вищим, ніж у групі 2. За t-критерієм Уелча (2,58, $p = 0,011$) та U-критерієм Манна-Уїтні (191, $p = 0,003$), що підтверджує вже зроблені висновки.

Довірчі інтервали особистісної тривожності також перетинаються, що свідчить про те, що середні значення в обох групах можуть співпадати.

Узагальнюючи сказане можемо зауважити, що тривожність в обох групах є середньою з тенденцією до високої, довірчий інтервал другої групи заходить на довірчий інтервал першої, що свідчить про те, що рівні тривожності у вибірці можуть бути однаковими. Великий довірчий інтервал другої групи пов'язаний з тим, що кількість опитаних військовослужбовців у вибірці, які не були у зоні бойових дій складає всього 11 осіб. Для отримання більш точних даних треба було б збільшити вибірку військовослужбовців, що не перебували у зоні бойових дій.

Б) Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події (ШОВТП).

Застосування шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події здійснювалося з метою вимірювання трьох основних критеріїв реагування військовослужбовців на травматичний стрес: вторгнення, уникнення та збудливість.

Результати рівня тяжкості впливу травматичної події наведені у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

Результати рівня тяжкості впливу травматичної події на військовослужбовців

Рівень впливу травматичної події	Вторгнення	Уникнення	Збудливість
Дуже низький	19%	22%	38,5%
Низький	28%	31%	18%
Середній	35%	34%	30%
Підвищений	14,5%	13%	8,5%
Високий	3,5%	-	5%

За результатами даної методики ми отримали наступні результати: по шкалі вторгнення - у 19% (16 осіб) усіх респондентів дуже низький рівень, 28% (23 особи) мають низький рівень за даною шкалою, у 35% (29 осіб) середній рівень впливу травмуючої події, ще у 14,5% (12 осіб) - підвищений. Найвищий рівень за шкалою вторгнення мають 3,5% (3 особи) серед всіх опитаних.

Тож можемо зробити висновок, що за шкалою вторгнення майже половина військовослужбовців мають низькі та дуже низькі показники, 35% опитаних повідомляють про середній вплив травматичної події, 14,5% мають підвищений показник і лише 3,5% високий, що проявляється у вторгненні нав'язливих спогадів екстремальних подій, образів, страхітливих сновидінь, думок і почуттів, які викликають важкі емоційні переживання та повторюються, а також можливі переживання так званих флешбеків

(миттєвих відновленнях травматичної події, відчуттях, що подія переживається заново, у поєднанні зі страхом, панікою та агресією).

За шкалою уникнення респонденти розподілились наступним чином: дуже низький рівень у 22% опитаних (18 осіб), у 31% (26 осіб) - низький, 34% (28 осіб) мають середній рівень уникнення та 13% (11 осіб) повідомляють про підвищений рівень за даною шкалою. Високого рівня уникнення не досяг жоден з респондентів.

Згідно з результатами дослідження можемо зробити висновок, що половина респондентів отримали низькі показники за даною шкалою, 34% - середні, лише 13% отримали підвищений бал і жодний з опитаних не повідомив про високий вплив травматичної події за цією шкалою. Тож можемо відзначити, що 13% опитаних, які отримали підвищені бали, можуть у деякій мірі уникати думок, почуттів і розмов пов'язаних з травмою. Також можлива нездатність згадувати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія), можуть мати знижений інтерес до раніше значимих видів діяльності, відчуження від інших людей, зниження інтенсивності вищих емоцій, мати почуття відсутності перспективи.

За шкалою збудливості ми отримали такі результати: 38,5% (32 особи) повідомили про дуже низький рівень за цим показником, 18% (15 осіб) мають низький рівень, у 30% (25 осіб) середній рівень за цією шкалою, ще 8,5% (7 осіб) мають підвищений рівень та 5% (4 особи) досягли високого рівня за шкалою збудливості. Можемо констатувати, що більша частина військовослужбовців мають низький та дуже низький показник. 30% - середній, ще 8,5% - підвищений і 5% - високий. У респондентів з підвищеним та високим рівнем збудливості можуть спостерігатися порушення сну, дратівливість та спалахи гніву, а також труднощі з зосередженням уваги, постійне очікування загрози та гіпертрофована реакція переляку. Результати методики «Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події» наведені на рисунку 2.2.

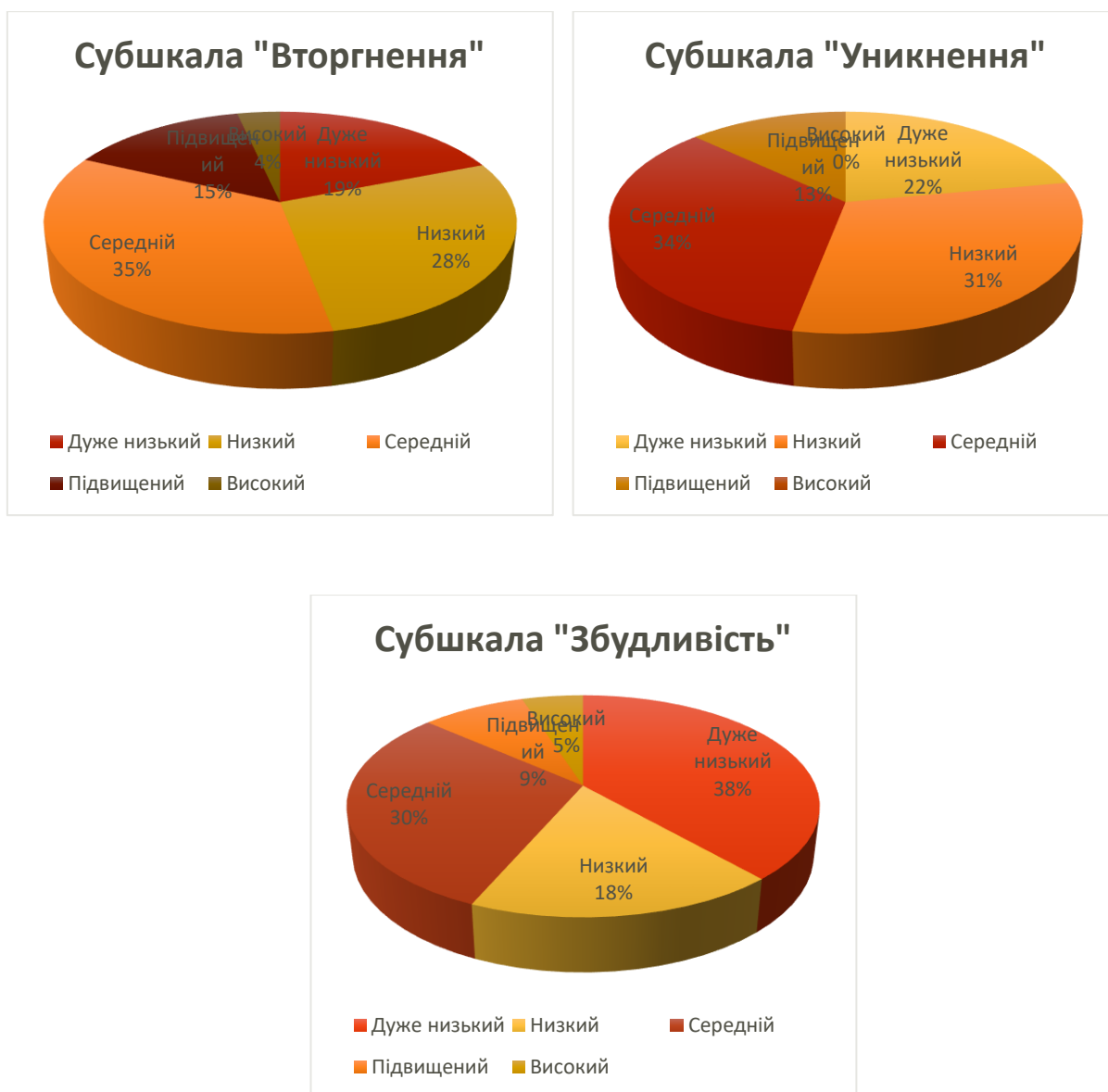


Рис. 2.2. Результати рівня тяжкості впливу травматичної події за субшкалами: вторгнення, уникнення, збудливість

Як ми бачимо, близько 10-ї частини опитаних військовослужбовців вказують на вплив травматичної події. На більшу частину з опитаних травма зараз не здійснює значний вплив.

Розподіл результатів методики за шкалами наведені на рисунку 2.3.

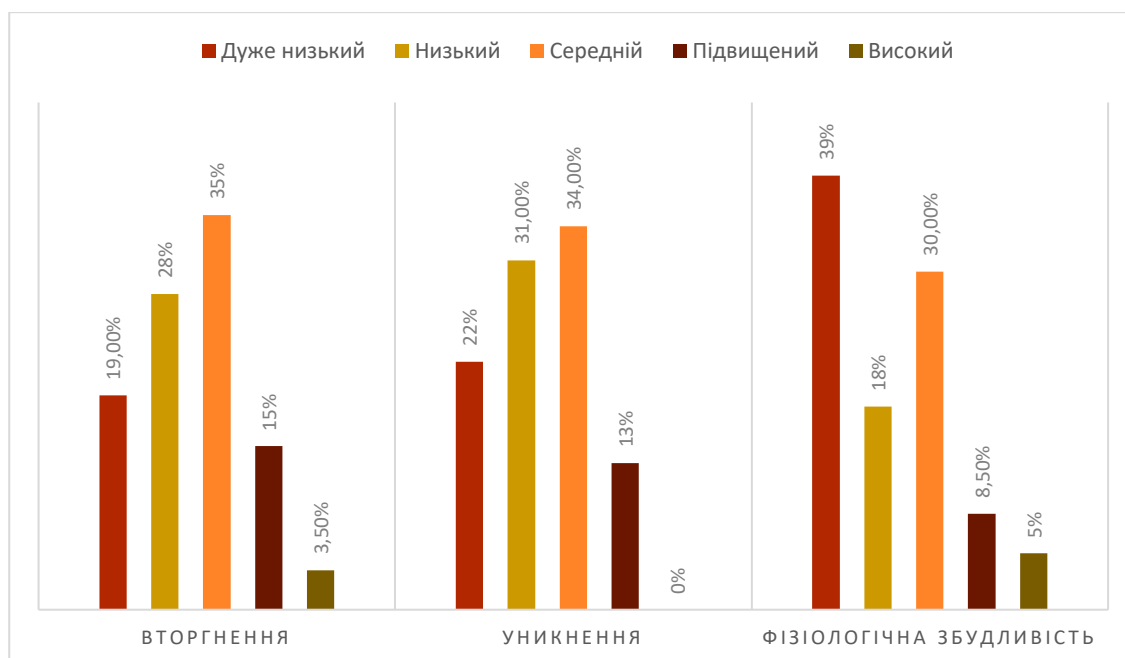


Рис. 2.3. Розподіл результатів за «Шкалою тяжкості впливу травматичної події» по шкалам: вторгнення, уникнення, збудливість

Коефіцієнт Альфа Кронбаха за шкалою вторгнення має 0,906, що свідчить про надійність та узгодженість відповідей опитаних.

За шкалою уникнення коефіцієнт Альфа Кронбаха 0,859 – надійна та узгоджена шкала.

Шкала збудливості має коефіцієнт Альфа Кронбаха 0,898. Шкала надійна та узгоджена.

Коефіцієнт Альфа Кронбаха за цими шкалами наведені у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

Коефіцієнт Альфа Кронбаха за субшкалами: вторгнення, уникнення та збудливість

Коефіцієнт Альфа Кронбаха	
Субшкала вторгнення	0,906
Субшкала уникнення	0,859
Субшкала збудливості	0,898

У таблиці 2.10. наведені результати розрахунків за шкалою оцінки тяжкості впливу травматичної події.

Таблиця 2.10.

Результати розрахунків за шкалою оцінки тяжкості травматичної події

Показники	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Загальний бал
Кількість військовослужбовців	83	83	83	83
Середнє значення	17	18,1	15,2	50,3
Медіана	16	18	15	48
Стандартне відхилення	5,21	5,06	5,32	14,6
Мін. кількість балів	8	8	7	24
Макс. кількість балів	28	28	28	83

За шкалою вторгнення середнє значення знаходиться на рівні 17,0 балів.

Розподіл нормальний.

За шкалою уникнення середнє значення – 18,1. Розподіл нормальний.

За шкалю збудливості середнє на рівні – 15,2. Розподіл нормальний.

Визначивши Z бали ми впевнились – розподіл нормальний від – 2 до +2.

Порівняємо значення типового представника по вибірці з нормативними значеннями показників середнього серед військовослужбовців (дані наведені Тарабріною Н.В., 2001р.). Дані для порівняння наведені у таблиці 2.11.

Таблиця 2.11.

Порівняння середніх значень за «Шкалою тяжкості впливу травматичної події»

Субшкали	Отримані показники	Нормативні значення
Вторгнення	17,0 ± 5,21	8,89 +8,03
Уникнення	18,1 ± 5,06	9,48 ±7,77
Збудливість	15,2 ± 5,32	6,40 ±6,40
Загальний бал	50,3 ± 14,6	24,78 ±20,38

Перевіримо отримані дані за допомогою t-критерію Стюдента та отримаємо наступні показники, наведені у таблиці 2.12.:

Таблиця 2.12.

T-критерій Стюдента за «Шкалою тяжкості впливу травматичної події» по шкалам: вторгнення, уникнення, збудливість

Шкали	t-критерій Стюдента	p – ймовірність
Вторгнення	0,0422	0,483
Уникнення	-0,0282	0,511
Збудливість	-0,0743	0,530
Загальний бал	0,0218	0,509

Визначивши t-критерій Стюдента за всіма шкалами, можемо констатувати, що відкинути нульову гіпотезу не можна. За всіма критеріями у військовослужбовців є ймовірність отримати такі або ще більші показники.

Порівняємо отримані дані з нормативними значеннями для всіх шкал. За результатами перевірки гіпотези: нульова гіпотеза полягає у тому, що шкалою вторгнення середнє у популяції дорівнює показнику 8,89, альтернативна – більше ніж 8,89, ми отримали наступні дані: t-критерій Стюдента дорівнює 4,33, при цьому $p < 0,001$, що свідчить про те, що ймовірність отримати таке або більше значення t-критерію Стюдента, коли є вірною нульова гіпотеза, менше ніж 0,001 – майже неймовірно. Тобто в популяції, з якої ми взяли вибірку середнє значення більше ніж 8,89. У порівняння з нормативним значенням показник за шкалою вторгнення є значно вищим.

Результати перевірки за шкалою уникнення: нульова гіпотеза – середнє в популяції дорівнює 9,48, альтернативна – більше ніж 9,48. Показник t-критерія Стюдента дорівнює 3,92, при цьому $p < 0,001$. Тобто, ймовірність отримати таке або більше значення t-критерію Стюдента, коли є вірною нульова гіпотеза, також менше ніж 0,001 – неймовірно. Тобто в популяції, з

якої ми взяли вибірку середнє значення більше ніж 9,48. Середній показник у вибірці є вищим.

Перевірка за шкалою збудливості: нульова гіпотеза – середнє в популяції дорівнює 6,40, альтернативна – більше ніж 6,40. Показник t-критерія Стьюдента дорівнює 3,24, при цьому $p = 0,001$. Тобто, є ймовірність отримати таке або більше значення t-критерію Стьюдента, коли є вірною нульова гіпотеза.

Результати перевірки за загальним балом: нульова гіпотеза - середнє в популяції дорівнює 24,78, альтернативна – більше ніж 24,78. Показник t-критерія Стьюдента дорівнює 4,11, при цьому $p < 0,001$. Тобто, ймовірність отримати таке або більше значення t-критерію Стьюдента, коли є вірною нульова гіпотеза, також менше ніж 0,001 – неймовірно. Тобто в популяції, з якої ми взяли вибірку середнє значення більше ніж 24,78. Середній показник у вибірці є вищим і дорівнює 40,7. Результати перевірки гіпотез наведені у таблиці 2.13.

Таблиця 2.13.

Результати перевірки гіпотез за шкалою оцінки тяжкості травматичної події

Шкали	t-критерій Стьюдента	p – ймовірність
Вторгнення	4,33	<0, 001
Уникнення	3,92	<0, 001
Збудливість	3, 24	= 0, 001
Загальний бал	4,11	<0, 001

Поділимо військовослужбовців на дві групи і отримаємо наступні результати, наведені у таблиці 2.14.:

Таблиця 2.14.

Результати перевірки гіпотез за допомогою t-критерію Стьюдента, Уелча та Манна-Уїтні

Шкали	t-критерій Стьюдента	p – ймовірність	t-критерій Уелча	p – ймовірність	U- критерій Манна- Уїтні	p – ймовірність
Вторгнення	2,94	<0, 001	2,45	<0, 001	143	<0, 001
Уникнення	3,40	<0, 001	3,32	<0, 001	167	= 0, 001
Збудливість	2,91	= 0, 001	3,26	<0, 001	158	<0, 001
Загальний бал	3,30	<0, 001	3,15	<0, 001	142	<0, 001

Після перевірки статистичних гіпотез про рівність середніх в обох групах, можемо констатувати, що за критерієм вторгнення, уникнення і збудливістю маємо відкинути нульову гіпотезу і прийняти альтернативну. За всіма шкалами група військовослужбовців, що перебувала у зоні бойових дій (група 1) має вищі бали. Середні показники у цих двох групах військовослужбовців не можуть бути рівними.

Отримані дані свідчать, що типовий представник групи 1 має середнє значення за шкалою вторгнення 17,7, 1 з середнім відхиленням 4,79, а типовий представник групи 2 – 12,9 з середнім відхиленням 3,02. За критерієм уникнення перша група військовослужбовців має також $18,8 \pm 4,74$, друга група $13,50 \pm 4,12$. За критерієм збудливості: перша група – $15,8 \pm 5,18$, друга група - $11 \pm 3,12$. У підсумку загальний бал за всіма шкалами: у групі 1 дорівнює $52,2 \pm 13,7$, у групі 2 цей показник є значно меншим – $37,5 \pm 12,0$.

Таким чином, проаналізувавши отримані результати, ми можемо констатувати, що в популяції, з якої ми взяли вибірку середні значення за шкалами загалом є вищими за нормативні (нормативні значення наведені Тарабріною Н.В., 2001р.).

В) Відповідно до отриманих результатів діагностики наявності посттравматичного стресового розладу за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)». Було з'ясовано, що 49,5% (41 особа) досліджуваних добре адаптовані до отримання травми. Респонденти із схильністю до ПТСР складають 32,5 % (27 осіб) від усіх опитуваних. 18% (15 осіб) від усіх досліджуваних складають військовослужбовці із наявним ПТСР. Кількісні показники представлені в таблиці 2.15.

Табл. 2.15.

Рівень посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

Рівень прояву	Кількість у %	Кількість осіб
Адаптовані до травми	49,5%	41
Схильні до травми	32,5%	27
Наявність ПТСР	18%	15

За результатами проведеної методики на визначення наявності ПТСР, ми з'ясували, що у половини респондентів відсутній посттравматичний стресовий розлад, це свідчить про адаптованість та стійкість респондентів до травмуючих подій. Більш ніж у четвертої частини досліджуваних виявлені схильності до травматизації, що свідчить про необхідність зменшити вплив травматичних подій на особистість. У 18% респондентів наявний посттравматичний стресовий розлад, що означає наявність у осіб панічних атак, замкнутість, підозрілість, тривожність, роздратованість, відчуженість, тощо. Результати методики представлені на рисунку 2.4.



Рис. 2.4. Рівень посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

Коефіцієнт Альфа Кронбаха за тестом дорівнює 0,955. Тест надійний та узгоджений.

Розподіл багатомодальний, асиметричний.

Визначивши Z бали для цієї шкали – розподіл асиметричний від -1,5 до +2.

Порівняємо отримані дані за тестом з даними Н.В. Тарабріної.

Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними Н.В. Тарабріної становлять – для військовослужбовців $73,76 \pm 19,64$.

Результати розрахунків представлені у таблиці 2.16.

Таблиця 2.16.

Результати розрахунків за «Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

Показники	
Кількість військовослужбовців	83
Середнє значення	88,7
Медіана	85,0
Стандартне відхилення	25,2
Мін. кількість балів	49,0
Макс. кількість балів	157

Середнє значення за цією шкалою знаходиться на рівні 88,7 балів, що відповідає середньому рівню адаптованості військовослужбовців з деяким підвищенням в бік ПТСР.

Перевіримо отримані дані за допомогою t-критерію Стьюдента і отримаємо наступні дані, представлені у таблиці 2.17.:

Таблиця 2.17.

T-критерій Стьюдента за «Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

Student`s t = 0,009	p = 0,993
---------------------	-----------

Таким чином, ми не можемо відкинути нульову гіпотезу. У військовослужбовців рівень прояву ПТСР середній, що наближається до високого – зі схильністю до психічних розладів.

Тепер порівняємо типового представника двох вибірок. Перевірка гіпотез: нульова гіпотеза – у військовослужбовців середнє значення за військовим варіантом Міссісіпської шкали становить 73,76 балів. Альтернативна – цей бал є вищим. Отримуємо такі дані: показник t-критерія

Стюдента дорівнює 4,02, при цьому $p < 0,001$. Тобто, ймовірність отримати таке або більше значення t-критерію Стюдента, коли є вірною нульова гіпотеза, менше ніж 0,001 – неймовірно. Тобто в популяції, з якої ми взяли вибірку середнє значення більше ніж 73,76. Середній показник у вибірці є вищим.

Розділимо військовослужбовців на дві групи і порівняємо представників групи 1 (військовослужбовці, що знаходилися у зоні бойових дій) з представниками групи 2 (що не були у зоні бойових дій). Отримуємо наступні результати: t-критерій Стюдента дорівнює 2,67, $p < 0,001$. Відкидаємо нульову гіпотезу – дуже незначна ймовірність отримати такі або більші дані, то ж типові представники не можуть мати однакові значення. Подібні результати отримуємо і за t-критерієм Уелча (3,89, $p = < 0,001$) та U-критерієм Манна-Уїтні (187, $p = 0,001$).

Г) П'ятифакторна модель передбачає, що особистість людини містить у собі п'ять загальних і відносно незалежних рис, які в опитувальнику BFI-10 згруповано у 5 шкал:

- 1) екстраверсія – субзапитання 1R та 6;
- 2) схильність до згоди, доброзичливість – субзапитання 2 та 7 R;
- 3) свідомість усвідомленість – субзапитання 3 R та 8;
- 4) нейротизм – субзапитання 4 R та 9;
- 5) відкритість досвіду – субзапитання 5 та 10.

R – це реверсивне оцінювання в балах. Оцінювання відбувається за кожною шкалою окремо за допомогою побудови особистісного профілю, вираженість особистісних факторів за кожною шкалою варіюється від 2 до 10 балів. У таблиці 2.18. представлені описові характеристики п'яти шкал:

Таблиця 2.18

Результати розрахунків за скринінговим опитувальником п'яти факторів особистості BFI-10

Показники по шкалам	Екстраверсія	Схильність до згоди	Свідомість	Нейротизм	Відкритість досвіду
Кількість військовослужбовців в	77	77	77	77	77
Середнє значення	7,38	6,0	6,74	5,03	6,32
Медіана	8	6	7	5	6
Стандартне відхилення	1,80	1,54	1,26	1,91	1,77
Мін. кількість балів	4	3	2	2	2
Макс. кількість балів	10	9	10	10	10

<i>Показники загальні</i>	
Кількість військовослужбовців	77
Середнє значення	31,5
Медіана	31
Стандартне відхилення	2,92
Мін. кількість балів	24
Макс. кількість балів	38

Розподіл за всіма шкалами гаусівський.

Визначивши Z бали для шкал, ми підтвердили нормальний розподіл від -2,5 до +2,5. Для розуміння узгодженості та надійності питань за шкалами, визначимо коефіцієнт Альфа Кронбаха. Представлені розрахунки наведені у таблиці 2.19.

Таблиця 2.19.

Коефіцієнти Альфа Кронбаха за скринінговим опитувальником п'яти факторів особистості BFI-10

Екстраверсія	Схильність до згоди	Усвідомленість	Нейротизм	Відкритість досвіду
0,626	0,425	- 0,280	0,622	0,682

Згідно з отриманими результатами питання всіх 5-ти шкал не досягають узгодженості. Вони не працюють на визначену мету. Тож тест може давати доволі сумнівні результати.

Визначимо t-критерій Стьюдента для однієї сукупності. Отримаємо наступні результати, представлені у таблиці 2.20.:

Таблиця 2.20.

T-критерій Стьюдента для однієї сукупності за скринінговим опитувальником п'яти факторів особистості BFI-10

	t-критерій Стьюдента	p - ймовірність
Екстраверсія	-0,0165	0,507
Схильність до згоди	0,0174	0,500
Усвідомленість	0,0181	0,499
Нейротизм	-0,0185	0,507
Відкритість досвіду	0,0232	0,491

Очевидно, що відкинути нульові гіпотези ми не можемо. Тож є ймовірність отримати такі дані в популяції.

При перевірці гіпотез для двох незалежних сукупностей, ми отримали наступні результати: за всіма шкалами довірчі інтервали перетинаються, ймовірність $p > 0,01$, що свідчить про можливість підтвердження нульової гіпотези – середні значення в обох групах можуть бути рівними.

Д) Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової). Тест розроблено на основі діагностичних

критеріїв депресії та результатів опитування пацієнтів з цим станом. Тяжкість депресії оцінюється за самооцінкою пацієнта. Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресії або близького до неї стану, для скринінгової діагностики в популяційних дослідженнях і для попередньої діагностики перед початком лікування.

Шкала може бути використана досліджуваними та лікарями для самодіагностики та скринінгу депресії; вона має високу чутливість та специфічність.

У тестуванні враховується 20 факторів, що визначають чотири рівні депресії. У тесті присутні десять позитивно сформульованих та десять негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (з урахуванням цих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Результати поділяються на чотири діапазони: нормальний стан, легка депресія, помірна депресія, тяжка депресія.

Альфа Кронбаха шкали рівня депресивного стану дорівнює 0,951. Це означає, що шкала є надійною та узгодженою. Всі питання працюють на одну мету. Результати розрахунків представлені у таблиці 2.21.:

Таблиця 2.21

Результати розрахунків рівня депресивного стану у
військовослужбовців за методикою диференціальної діагностики
депресивних станів В. Зунга

<i>Рівень депресії</i>	<i>Кількість респондентів</i>	
Стан без депресії	46	60%
Стан легкої депресії	15	19,5%
Субдепресивний стан	4	5%
Істинно депресивний стан	12	15,5%

За результатами діагностики рівня депресивних станів військовослужбовців за методикою диференціальної діагностики

депресивних станів В. Зунга. істинна депресія виявлена у 15,5% досліджуваних, субдепресивний стан у 5% військовослужбовців, тобто наявна замаскована депресія. Легка депресія невротичного генезису у 19,5% досліджуваних і стан без депресії виявлено у 60% респондентів.

Таким чином, за результатами дослідження ми виявили, що 12 осіб мають істинно депресивний стан. Ознаки субдепресивного стану мають 4 респонденти, стан легкої депресії - 15 осіб.

Субдепресія характеризується пригніченим настроєм та відсутністю задоволення від улюблених занять. Однак, ці симптоми зазвичай не призводять до важкої депресії. Субдепресію та легку депресію зазвичай називають малим депресивним розладом. Депресивні почуття виражаються у вигляді сповільненого мислення, рухових труднощів, песимістичного мислення та соматоформних розладів. Можуть виникати фізична втома, біль, порушення сну. А також – низька самооцінка і підвищені негативні емоції – смуток, почуття провини.

Результати розрахунків представлені на рис. 2.5.



Рис. 2.5. Рівні депресивного стану військовослужбовців за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В.

Зунга

Розподіл багатомодальний та асиметричний. Визначивши Z бали за даною шкалою ми отримали багатомодальний розподіл від 1,5 до 2,5.

Результати розрахунків представлені у таблиці 2.22.

Таблиця 2.22.

Результати розрахунків за «Методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга»

Показники	
Кількість військовослужбовців	77
Середнє значення	50,1
Медіана	47,5
Стандартне відхилення	16,0
Мін. кількість балів	26,3
Макс. кількість балів	93,8

Отримане середнє значення за шкалою вище за наведену норму, яке складає $40,25 \pm 5,99$ бала.

Перевіримо отримані дані за допомогою t-критерію Стюдента і отримаємо наступні результати:

Таблиця 2.23.

T-критерій Стюдента для однієї сукупності за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга

Student`s t = 0,0192	p = 0,508
----------------------	-----------

За результатами перевірки цієї шкали ми залишаємо нульову гіпотезу, тому що є ймовірність отримати такі дані в популяції.

T- критерій для двох незалежних сукупностей. При перевірці гіпотези про рівність середніх значень у двох групах військовослужбовців, ми отримали наступні дані, які представлені у таблиці 2.24:

Таблиця 2.24.

Т-критерій Стьюдента, Уелча та U-критерій Манна-Уїтні для двох незалежних сукупностей за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга

Показники		р - ймовірність
t-критерій Стьюдента	1,81	0,037
t-критерій Уелча	2,07	0,031
U-критерій Манна-Уїтні	189	0,032

Згідно з отриманими даними можемо зробити висновок, що нульову гіпотезу про рівність середніх значень за шкалою зниженого настрою у двох групах військовослужбовців відкидати не можна. Довірчі інтервали перетинаються.

З метою якісної інтерпретації отриманих даних ми зробили статистичну обробку отриманих результатів – між особистісною та ситуаційною тривожністю та наявними рівнями розвитку посттравматичного стресового розладу, шкалою зниженого настрою та особистісних якостей військовослужбовців за допомогою застосування коефіцієнта кореляції Пірсона. В процесі проведення кореляційного аналізу даних, було виявлено зв'язки між наступними показниками, представленими у таблиці 2.25.:

Таблиця 2.25.

Кореляції ситуаційної тривожності з іншими шкалами

Шкали	r - коефіцієнт кореляції Пірсона (кореляція з ситуаційною тривожністю)	р - ймовірність
Особистісна	0,846	< .001
Вторгнення	0,582	< .001
Уникнення	0,653	< .001

Збудливість	0,711	< .001
Вплив травматичної події (за трьома шкалами)	0,691	< .001
Міссісіпська шкала ПТСР	0,728	< .001
Екстраверсія	-0,612	1,00
Доброзичливість	-0,387	1, 00
Свідомість	-0,197	0,957
Нейротизм	0,631	< .001
Відкритість досвіду	-0,252	0,986
Шкала зниженого настрою	0,808	< .001

Разом з тим ми провели дослідження кореляції особистісної тривожності з іншими шкалами. Результати розрахунків представлені у таблиці 2.26.

Таблиця 2.26.

Кореляції особистісної тривожності з іншими шкалами

Шкали	r - коефіцієнт кореляції Пірсона (кореляція з особистісною тривожністю)	p - ймовірність
Ситуаційна	0,846	< .001
Вторгнення	0,639	< .001
Уникнення	0,724	< .001
Збудливість	0,809	< .001
Вплив травматичної події (за трьома шкалами)	0,772	< .001
Міссісіпська шкала ПТСР	0,800	< .001
Екстраверсія	-0,644	1,00
Доброзичливість	-0,350	0,999
Свідомість	-0, 204	0,962
Нейротизм	0,672	< .001
Відкритість досвіду	-0,340	0,999
Шкала зниженого настрою	0,815	< .001

Відповідно до отриманих результатів, можемо простежити сильний зв'язок особистісної та ситуаційної тривожності з критеріями посттравматичного стресового розладу – вторгненням, уникненням та збудливістю.

За результатами, отриманими по Міссісіпській шкалі для оцінки посттравматичних реакцій було також виявлено сильний зв'язок з обома видами тривожності у військовослужбовців.

При обробці даних за шкалами BFI-10 лише нейротизм показав статистично значущий зв'язок. Інші – екстраверсія, доброзичливість, свідомість та відкритість досвіду показали обернений, але статистично не значущий взаємозв'язок з ситуативною та особистісною тривожністю.

Також виявився високий рівень кореляції між шкалою зниженого настрою та ситуативною, особистісною тривожністю у військовослужбовців зі статистично значущим взаємозв'язком між ними.

Тобто військовослужбовці, які мають високий рівень ситуаційної та особистісної тривожності будуть мати вищі бали за шкалами вторгнення, уникнення та збудливості. А також мати наявну схильність до посттравматичного стресового розладу.

За цієї умови за шкалою нейротизму та шкалою зниженого настрою їх показники теж будуть вищими.

І навпаки, військовослужбовці з низьким рівнем ситуаційної та особистісної тривожності та низькими показниками за критеріями вторгнення, уникнення та збудливості мають адаптованість до травмуючи подій, що можуть викликати посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців. Такі респонденти будуть мати нижчі бали за шкалою нейротизму та шкалою зниженого настрою.

За результатами проведеної нами діагностики, було з'ясовано, що серед усіх респондентів – 50%, що складають 42 особи, потребують корекційної допомоги стосовно зниження ситуаційної та особистісної тривожності.

Визначимо з характеристик ті впливи, які здійснюють треті змінні і отримаємо наступні результати, представлені у таблиці 2.27:

Таблиця 2.27.

Результати кореляція особистісної тривожності з іншими шкалами при впливі третіх змінних

Шкали	Коефіцієнт кореляції Пірсона (кореляція з особистісною тривожністю)	р - ймовірність	Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (кореляція з особистісною тривожністю)	р - ймовірність
Ситуаційна	0,794	< .001	0,733	< .001
Вторгнення	0,518	< .001	0,381	< .001
Уникнення	0,619	< .001	0,513	< .001
Збудливість	0,705	< .001	0,540	< .001
Вплив травматичної події (за трьома шкалами)	0,664	< .001	0,518	< .001
Міссісіпська шкала ПТСР	0,694	< .001	0,596	< .001
Екстраверсія	-0,533	< .001	-0,487	
Доброзичливість	-0,260	0,029	-0,201	0,092
Свідомість	-0,196	0,103	-0,208	0,082
Нейротизм	0,571	< .001	0,513	< .001
Відкритість досвіду	-0,254	0,032	0,238	0,045
Шкала зниженого настрою	0,744	< .001	0,628	< .001

Показники кореляції ситуаційної тривожності і визначених шкал мають схожі результати.

Отже, згідно з отриманими нами даними на зв'язок особистісної та ситуаційної тривожності з іншими шкалами здійснюють вплив:

- Перебування у зоні бойових дій
- Вік
- Наявність дітей.

Ці показники збільшують кореляцію особистісної та ситуаційної тривожності з іншими шкалами.

Таким чином, на кореляцію майже не впливає:

- Сімейний стан
- Освіта.

Для вивчення впливу змінних на ситуаційну та особистісну тривожність проведемо регресійний аналіз і побудуємо моделі. Результати розрахунків зв'язку особистісної тривожності з предикторами представлені у таблиці 2.28.:

Таблиця 2.28

Результати регресійного аналізу з залежною змінною – особистісною тривожністю та іншими незалежними змінними

Предиктор	Регресійний коефіцієнт	Похибка	Ймовірність
Коефіцієнт	20,127	5,824	<.001
Ситуаційна тривожність	0,658	0,065	<.001
Вік	-2,961	1,186	0,015
Сімейний стан	-3,579	1,873	0,060
Наявність дітей	0,393	2,260	0,863
Освіта	0,407	1,016	0,690
Перебування у зоні бойових дій	- 2,633	4,408	0,552

Згідно з отриманими даними статистично значущими предикторами виявилася лише ситуаційна тривожність. Всі інші – вік, сімейний стан, наявність дітей, освіта та перебування у зоні бойових дій – не є статистично значущими.

$R^2=0,679$, це свідчить про те, що залежна змінна особистісна тривожність визначається наведеними незалежними змінними у військовослужбовців майже на 68%.

Побудуємо модель особистісної тривожності з іншими змінними. Отримуємо наступні результати, представлені у таблиці 2.29.

Таблиця 2.29.

Результати регресійного аналізу з залежною змінною – особистісною тривожністю та іншими незалежними змінними - вторгненням, уникненням, збудливістю, ПТСР, рівнем депресії

Предиктор	Регресійний коефіцієнт	Похибка	Ймовірність
Коефіцієнт	10,282	2,805	<.001
Ситуаційна тривожність	0,437	0,079	<.001
Вторгнення	-0,364	0,258	0,164
Уникнення	0,267	0,271	0,327
Збудливість	0,619	0,352	0,083
ПТСР	0,048	0,075	0,522
Рівень депресії	0,084	0,112	0,458

$R^2=0,767$, це свідчить про те, що залежна змінна особистісна тривожність визначається наведеними незалежними змінними у військовослужбовців майже на 77%.

Таким чином залишається простір для впливу інших факторів на особистісну тривожність, які також можуть бути проявами емоційного дистресу. Результати регресійного аналізу свідчать про те, що ситуаційна тривожність частково визначає особистісну, водночас, лише вона є

незалежним значущим предиктором. Можливо, це пов'язано із тим, що ситуаційна тривожність має подібні до особистісної тривожності прояви.

Побудуємо регресійну модель ситуаційної тривожності. Результати представлені у таблиці 2.30.

Таблиця 2.30

Результати регресійного аналізу з залежною змінною – ситуаційною тривожністю та іншими незалежними змінними

Предиктор	Регресійний коефіцієнт	Похибка	Ймовірність
Коефіцієнт	16,192	7,243	<.001
Ситуаційна тривожність	0,884	0,087	<.001
Вік	-0,011	1,432	0,994
Сімейний стан	-4,272	2,170	0,053
Наявність дітей	4,979	2,557	0,055
Освіта	-1,626	1,164	0,167
Перебування у зоні бойових дій	-3,122	5,112	0,543

Множинний коефіцієнт кореляції $R = 0,754$ та коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,672$. Тож маємо сильну модель.

Побудуємо модель ситуаційної тривожності з іншими змінними. Отримуємо наступні результати, представлені у таблиці 2.31.

Таблиця 2.31.

Результати регресійного аналізу з залежною змінною – ситуаційною тривожністю та іншими незалежними змінними - вторгненням, уникненням, збудливістю, ПТСР, рівнем депресії

Предиктор	Регресійний коефіцієнт	Похибка	Ймовірність
Коефіцієнт	12,537	2,187	<.001
Особистісна тривожність	1,387	0,125	<.001
Вторгнення	0,345	0,325	0,293
Уникнення	0,372	0,339	0,276
Збудливість	-0,582	0,445	0,195
ПТСР	0,087	0,094	0,353
Рівень депресії	0,419	0,132	0,002

За допомогою регресійного аналізу визначимо регресійні коефіцієнти для інших шкал:

- Особистісна тривожність та вторгнення – статистично значущими факторами є вік і перебування у зоні бойових дій. Інші: сімейний стан, наявність дітей, освіта не мають статистично значущого впливу. Створена модель є сильною: $R = 0,731$, $R^2 = 0,535$.
- Особистісна тривожність та уникнення: факторами, які мають вплив є вік і перебування у зоні бойових дій. Сімейний стан, наявність дітей, освіта не мають статистично значущого впливу. Створена модель також є сильною: $R = 0,784$, $R^2 = 0,614$.
- Особистісна тривожність та збудливість: фактори, які мають вплив – це вік та перебування у зоні бойових дій. Модель є сильною: $R = 0,824$, $R^2 = 0,684$.
- Особистісна тривожність та шкала оцінки травматичної події (загальний бал): статистично значущий вплив мають вік та перебування у зоні бойових дій. $R = 0,804$, $R^2 = 0,646$.
- Особистісна тривожність та Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій. Мають вплив вік та перебування у зоні бойових дій. $R = 0,819$, $R^2 = 0,671$.
- Особистісна тривожність та шкали BFI-10: було визначено, що статистично значущий вплив має рівень нейротизму та екстраверсії.

Шкали доброзичливості, свідомості та відкритості досвіду не здійснюють значного впливу. $R = 0,740$, $R^2 = 0,548$.

- Особистісна тривожність та шкала зниженого настрою: тут навіть вік не здійснює статистично значущого впливу. Інші показники теж мають високу ймовірність. $R = 0,833$, $R^2 = 0,695$.

Створені моделі є аналогічними для ситуаційної тривожності по всіх означених шкалах і не мають істотних відмінностей від моделей особистісної тривожності.

На рисунку 2.6. графічно представлені отримані показники.

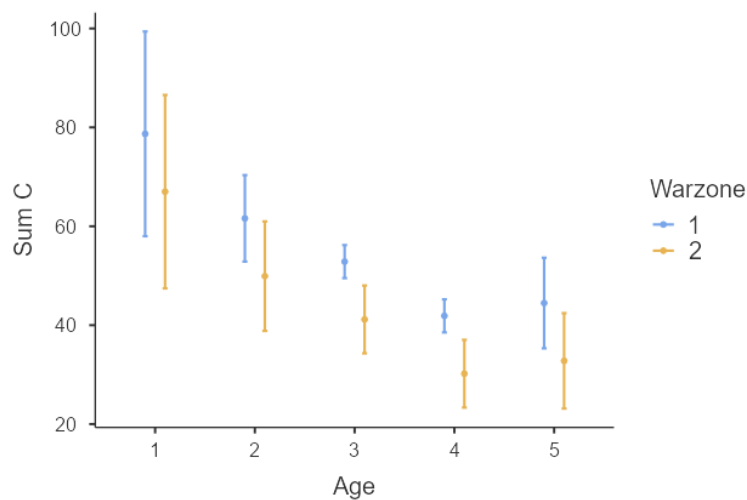


Рис.2.6. Графік впливів віку та перебування у зоні бойових дій на особистісну тривожність.

Ситуаційна тривожність має майже аналогічне графічне представлення.

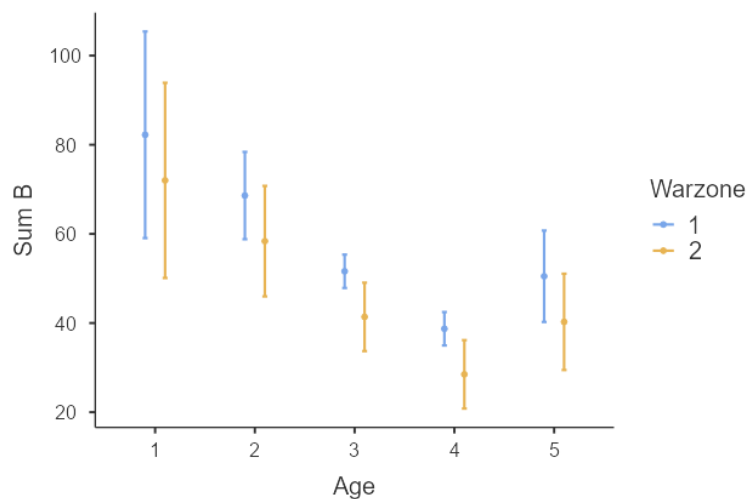


Рис.2.7. Графік впливів віку та перебування у зоні бойових дій на ситуаційну тривожність.

У таблиці 2.32. представлені розрахунки для регресійної моделі особистісної тривожності.

Таблиця 2.32.

Регресійна модель особистісної тривожності

Предиктор	Регресійний коефіцієнт	Похибка	Ймовірність
Коефіцієнт	78,7	10,39	<.001
Перебування у зоні бойових дій	11,7	3,41	<.001
Вік:			
22-30 років	- 25,8	10,40	0,015
31-40 років	- 36,8	10,41	<.001
41-50 років	- 34,2	10,95	<.001

Ситуаційна тривожність відрізняється, але загалом тенденції особистісної зберігаються. Результати представлені у таблиці 2.33.

Таблиця 2.33.

Регресійна модель ситуаційної тривожності

Предиктор	Регресійний коефіцієнт	Похибка	Ймовірність
Коефіцієнт	82,2	11,64	<.001
Перебування у зоні бойових дій	10,2	3,81	<.001
Вік:			
22-30 років	- 30,6	11,65	0,010
31-40 років	- 43,5	11,67	<.001
41-50 років	- 31,7	12,26	<.001

Таким чином, побудувавши модель лінійної регресії, що визначає впливи віку та перебування у зоні бойових дій на особистісну та ситуативну тривожність, можна зробити висновок, що особистісна та ситуаційна тривожність буде вищою у тих, хто перебував у зоні бойових дій у всіх вікових групах. Перебування у зоні бойових дій підвищує обидва види тривожності більш ніж на 10 балів.

Найнижчі показники тривожності будуть у груп військовослужбовців, які належать до груп 31-40 років та 41-50 років. І навпаки – найбільші показники тривожності у наймолодших військовослужбовців. Але у віковій групі від 51 року тривожність починає підвищуватися знову. Ті ж самі висновки стосовно віку можна зробити і для тих військовослужбовців, які у зоні бойових дій не перебували. Модель є сильною: $R = 0,638$, $R^2 = 0,407$.

Побудувавши регресійну модель особистісної тривожності з предикторами – нейротизму та перебування у зоні бойових дій, ми отримали наступні результати: нейротизм додає до особистісної або ситуаційної тривожності майже 4 бали. Модель є сильною: $R = 0,696$, $R^2 = 0,484$.

З розглянутого можна зробити висновок, що як на особистісну, так і на ситуаційну тривожність впливає вік, перебування у зоні бойових дій та базовий нейротизм. Одночасно з тим можна відкинути інші фактори, такі як сімейний стан, освіта та наявність дітей.

Висновок до другого розділу

Організація та проведення емпіричного дослідження обумовлюють висновки другого розділу.

Типовими особливостями емоційної сфери військовослужбовців є середній та високий рівень ситуаційної та особистісної тривожності, наявність деяких компонентів, які є критеріями ПТСР – вторгнення, уникнення та збудливість. В подальшому житті та професійній діяльності можна говорити про високу ймовірність погіршення самопочуття, зв'язків з сім'єю, близькими та колегами, неможливість продовжувати професійну діяльність. В окремих випадках відсутність допомоги може спричинити виникнення загрози безпеці та життю окремих особистостей.

В результаті виокремлених компонентів нами було визначено напрямки дослідження та здійснено добір методичного інструментарію. З метою виявлення ситуаційної та особистісної тривожності, компонентів посттравматичного розладу та депресії були застосовані такі методики:

- шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна для діагностики рівня тривожності;
- шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події для діагностики компонентів ПТСР: вторгнення, уникнення та збудливість;
- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), з метою діагностики наявності посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців;
- Опитувальник п'яти факторів особистості BFI-10, з метою діагностики п'яти факторів особистості – екстраверсії, схильності до згоди, свідомості, нейротизму та відкритості досвіду;
- Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) - шкала зниженого настрою – субдепресії.

За результатами проведеного емпіричного дослідження, ми можемо зауважити, що у значної частини респондентів середній та високий рівень ситуаційної та особистісної тривожності, низький або середній показники за критеріями вторгнення, уникнення та збудливості, у переважної більшості відсутній посттравматичний стресовий розлад, а також більша частина військовослужбовців не мають симптомів депресії.

Відсутність посттравматичного розладу у військовослужбовців буде при: низьких балах за критеріями вторгнення, уникнення та збудливості, низькому та середньому рівні тривожності. Відповідно до цього, нами було констатовано, що у більшості респондентів низька або середня схильність до посттравматичного стресового розладу.

При первинній діагностиці у половини досліджуваних було виявлено: високі рівні ситуаційної та особистісної тривожності. Високі та підвищені бали за критеріями вторгнення, уникнення та збудливості отримали 10-15 % респондентів. Водночас у результаті проведеної нами діагностики, було виявлено, що 18 % респондентів, що становить 15 військовослужбовців, які потребують корекційної допомоги щодо посттравматичного стресового розладу і у 15% було виявлено істинно-депресивний стан.

У випадках наявності високого рівня тривожності та наявності посттравматичного стресового розладу необхідно розробити та впровадити програму психологічної корекції для зниження рівня тривожності та ПТСР.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА ЗІ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Підходи до зниження тривожності.

У поведінкові реакції людини в стресових ситуаціях включають фізіологічні, психологічні, особистісні та медичні симптоми [39].

Фізіологічні симптоми: прискорене дихання, прискорений пульс, почервоніння або блідість шкіри, підвищення рівня адреналіну в крові, пітливість.

Психологічні симптоми: зміни в динаміці психічного функціонування, особливо уповільнення розумової діяльності, відволікання уваги, погіршення функції пам'яті, зниження сенсорної чутливості, порушення суджень.

Особистісні симптоми: повне пригнічення волі, зниження самоконтролю, пасивність і стереотипність поведінки, нездатність приймати творчі рішення, підвищена сугестивність, страх і невмотивоване занепокоєння.

Медичні симптоми: підвищена нервова збудливість, істеричні реакції, непритомність, афект, головний біль, безсоння. Коли люди стикаються зі стресовими ситуаціями (або сприймають їх як стресові), вони відчувають раптове зростання емоційного напруження. Вони бояться, що не зможуть впоратися з цими ситуаціями і що ці ситуації можуть завдати їм шкоди.

У результаті в людини з'являється стан тривоги.

Ще один важливий спосіб зменшити психічне напруження - стимулювати почуття гумору [29]. Сміх призводить до зниження тривожності, розслаблення м'язів і нормалізації серцевого ритму. Тяжкість стресу залежить від ставлення людини до стресора, його суб'єктивної значущості та суб'єктивної ймовірності. А також тяжкість стресу, особливо його шкідливих симптомів, варіюється від людини до людини: симптоми значною мірою залежать від сприйняття людиною відповідальності за себе,

за інших і за все, що відбувається в екстремальних ситуаціях. Л.О. Китаєв-Смик описав ставлення до себе в стані стресу наступним чином: перший тип - ставлення до себе як до "жертви екстремальних обставин", що посилює дистрес. Другий тип - поєднання ставлення до себе як до "жертви" і ставлення до себе як до довіреної "цінності". Третій тип поєднує в собі перші два типи ставлення до себе відповідно до сприйняття стресу в собі та інших, що зазнали екстремальних впливів. Це ставлення до себе як до особистості [8].

Вибір стратегій і методів психологічної корекції багато в чому залежить від теоретичного підходу, в рамках якого проводиться робота з клієнтом. Зокрема, діяльнісний підхід дозволяє здійснювати корекцію через спеціальне навчання, яке дає змогу вийти на новий рівень контролю та управління внутрішньою та зовнішньою діяльністю. Цей підхід зазвичай передбачає оволодіння зовнішніми діями з подальшою інтерналізацією, тобто перенесенням контролю над діями у внутрішній план. Метою корекції в ситуаціях підвищеної тривожності є не тільки навчання новим поведінковим стратегіям і уявленням, а й інтеграція їх у звичну діяльність клієнта [49].

Психоаналітичний підхід до психологічної корекції охоплює різні напрямки психоаналізу, зберігаючи при цьому загальну тенденцію до виявлення і подолання несвідомих причин проблеми і навчання адаптивним моделям поведінки, які створюють можливості для особистісного розвитку. Методи роботи визначаються відповідно до конкретних напрямків психоаналізу. Наприклад, у класичному психоаналізі Зигмунда Фрейда основним методом є катарсичний метод, який передбачає вирішення проблеми високої тривожності шляхом вивільнення та відреагування раніше неусвідомлених думок і почуттів. Представники юнгіанської школи роблять акцент на роботі з уявою, тоді як представники неопсихоаналізу використовують метод аналізу життєвого шляху і бачать причину тривожності у відносинах з найближчим оточенням [54].

Представники біхевіористського підходу інтерпретують порушення в розвитку людини як результат усталених патернів дезадаптивної поведінки. Тому корекційна робота зосереджується на розвитку найкращих поведінкових навичок у клієнта. Корекційні методи в цій галузі можна розділити на три основні групи: 1) методи контробумовлення, 2) оперантні методи і 3) методи соцібіхевіоризму. Методи контробумовлення передбачають розрив зв'язку між умовним стимулом і небажаною реакцією або заміну цієї реакції на іншу. Застосовуються техніки, які поєднують приємні для клієнта ефекти і неприємні для нього ситуації або навпаки. Інший варіант контролю - парадоксальне поєднання приємної або неприємної для клієнта ситуації з ситуацією, а не з конкретним ефектом.

Класичним методом контролю тривоги є систематична десенсибілізація - метод поступового зниження чутливості до об'єктів, подій та осіб, що викликають тривогу, і, відповідно, послідовного зниження рівня тривоги по відношенню до цих об'єктів. [49].

Процедура складається з таких етапів: 1) введення клієнта в стан релаксації; 2) поступове формування образів об'єктів і ситуацій, що провокують тривогу; 3) зниження поточного рівня тривоги через розслаблення. Клієнт послідовно створює образи загрозованих ситуацій, від найпростіших до найсильніших, що провокують тривогу. Таким чином, одночасно пред'являються два стимули, один з яких викликає тривогу, а інший - нейтральний, і їх поєднання викликає стан контролю, в якому нейтральний стимул зупиняє попередній рефлекс, тобто тривожну реакцію. Методи оперантного обумовлення ґрунтуються на системі винагород, які отримує клієнт за поведінку, яку терапевт вважає прийнятною, що підвищує ймовірність того, що бажана поведінка буде встановлена. У цій групі методів також використовуються техніки, які формують бажану поведінку на основі самоконтролю і самостійного визначення винагороди: клієнт самостійно контролює якість виконання завдання і визначає винагороду за його успішне виконання.

Соціально-біхевіористські методи ґрунтуються на припущенні, що люди навчаються, спостерігаючи за поведінкою інших. Тому корекція ґрунтується на демонстрації клієнту найбільш прийнятної моделі поведінки. Зауважимо, що методи цієї групи були розкритиковані як менш ефективні, ніж методи інших груп. Отже, метою корекції поведінки є "допомогти людям реагувати на життєві ситуації так, як вони вважають за потрібне, тобто підвищити потенціал людини в поведінці, мисленні та емоціях і зменшити небажані моделі реагування". [49].

У рамках когнітивного підходу корекційна робота проводиться з точки зору організації когнітивних структур. Порушення як в когнітивній, так і в емоційній сферах інтерпретуються як результат засвоєння неконструктивних суджень, які не відповідають реальній картині світу і ускладнюють процес адаптації до нових ситуацій. Тому робота з подолання надмірної тривожності базуватиметься на схемі виявлення стандартних мисленневих структур, що використовуються в ситуаціях, які індивід вважає загрозливими для себе, їх детального опису та оцінки, а також вироблення конструктивних способів подолання тривожності на основі отриманої раніше інформації. На відміну від поведінкових інтервенцій, корекційні втручання спрямовані не на зміну поведінкових патернів, а на формування когнітивних схем, адекватних ситуації [39].

Екзистенційно-гуманістичний підхід розглядає особистісні розлади як наслідок недостатнього усвідомлення власної природи та уникнення ситуацій вибору. Тому основні зусилля психологічної корекції спрямовані на розвиток самосвідомості та зміну ставлення до світу і самого себе. У цьому підході, на відміну від інших, зниження тривожності не розглядається як кінцева мета корекційної роботи. Оскільки тривога визначається як один із проявів існування, психологи зосереджуються на методах, які клієнти використовують для подолання тривоги, і на функціях, які виконує тривога (як фактор особистісного розвитку або як обмеження існування). Вивчення,

дослідження і прийняття тривоги є важливим компонентом корекційної роботи в екзистенційно-гуманістичному підході [54].

3.2. Програма зі зниження тривожності у військовослужбовців

Психокорекція - це форма діяльності, спрямована на виправлення певних особливостей психічного розвитку, зниження тривожності та навчання людей саморегуляції свого стану. Систематичний вплив на особистість дозволяє реалізувати завдання, які ставить перед собою психокорекція. Психокорекція може здійснюватися за одне тренінгове заняття або впродовж кількох сесій [14].

Психологічна корекція вкрай важлива для людей з високим рівнем тривожності, щоб краще усвідомити свій стан, зрівноважити його і скорегувати свою поведінку в ситуаціях, які її провокують.

Враховуючи результати експерименту, була розроблена корекційна програма для зниження рівня тривожності у військовослужбовців з використанням тілесно-орієнтованого підходу.

Тематичний план програми складається з 8 занять, кожне заняття складається з 5 блоків: перший блок – 5 хвилин, другий блок – 15 хвилин, третій блок – 20 хвилин, четвертий блок – 20 хвилин, останній, п'ятий блок – 30 хвилин.

Перше заняття:

1. Вступне слово тренера. Ознайомлення учасників групи з правилами, із планом тренінгу та планом роботи першого дня.

2. Блок вправ для розвитку тілесної усвідомленості.

Масаж «Розтирання тіла». Ведучий просить учасників легко розтерти себе з голови до п'ят. Під час цього самомасажу учасник поглиблює усвідомлення свого тіла, фокусуючи увагу на кожній частині тіла, яка в даний момент є об'єктом розтирання.

Наступна вправа «Усвідомлене дихання». Ця вправа повторюється протягом усіх занять. Ведучий вмикає медитативну музику і просить учасників сісти із заплющеними очима, доки музика не закінчиться.

Учасники сидять у зручній позі і лише спостерігають за своїм диханням, слухаючи музику. Ведучий пояснює важливість усвідомленого дихання і сканування кожної зони тіла своєю включеною увагою.

3. Блок вправ на опрацювання м'язового панцирю та м'язову релаксацію. Вправи на заземлення, підтримку, розслаблення і самоспостереження. Учасникам пропонується знайти місце (кут), де їм затишно і де вони почувають себе захищеними. Відчуті свої ноги на підлозі. Надалі подумати про те, що відчуває їхнє тіло, нормалізувати дихання та спостерігати за м'язами. Потім можна починати називати ті частини тіла, де м'язи розслабляються. Покласти руку на серце, усвідомити себе живим, послухати стукіт свого серця.

Наступна вправа "Солдат". Учасників просять уявити себе напруженим солдатом. При цьому вони повинні тримати спину прямо, потягнутися якомога далі і переконатися, що всі м'язи напружені до межі. У такій позі учасники повинні простояти декілька хвилин. За командою ведучого всі м'язи розслабляються і учасники перетворюються з солдата на ляльку-мотанку. Потрібно повторити так кілька разів.

4. Серія дихальних вправ для відновлення життєвих сил. Ознайомлення учасників з вправами на діафрагмальне дихання. Дихальні вправи на розслаблення. Цей блок повторюється на кожному занятті.

5. Блок зворотного зв'язку. Рефлексія. На цьому етапі учасники дають зворотний зв'язок про стан, в якому вони перебували на початку заняття, а також про те, в якому стані вони знаходяться після виконання вправ. Ця частина заняття також передбачає оцінку тривожності учасника за 10-бальною шкалою, де 1 - відсутність тривожності, а 10 - максимальна тривожність.

Вправа "Що я беру з собою". У цій вправі кожен учасник вчиться аналізувати, що позитивного він може винести з сесії, і вербалізує це в групі.

Ця вправа фокусується на потенціалі для саморозвитку і допомагає розвивати уважність і позитивне мислення.

Запитання та відповіді. Це час, коли учасники можуть ставити запитання про процеси, стани та усвідомлення. Ведучий дає відповіді на запитання учасників.

Друге заняття:

1. Ознайомлення учасників з планом роботи.
2. Вправи на підвищення усвідомленості тіла.

Масаж навколо очей. Легкий постукуючий масаж обличчя, особливо області чола, скронь, очей та під очима.

Вправа "Усвідомлене дихання".

Серія вправ на опрацювання м'язового парцирю та розслаблення м'язів. Вправа "Гімнастика для очей" опрацьовує м'язового панцирю навколо очей. Захисний панцир навколо очей з'являється тоді, коли лоб не рухається. Це проявляється у виразі обличчя.

Учасники сідають або лягають у зручну позу і виконують такі дії: роблять кілька глибоких вдихів через ніс і видихають через напіввідкритий рот. На цьому етапі відбувається розслаблення.

Далі можна попросити учасників зосередити увагу на своїх очах. Коли ми думаємо про важливі речі або виконуємо повсякденні завдання, важливо повернути усвідомленість тілу. Потім учасників просять вибрати будь-яке місце перед собою і і сфокусувати на ньому свій погляд. Просять уявити щось жахливе або страшне, і розплющити очі якомога ширше. Учасники роблять це кілька разів. Далі знову повертаються, зосередивши погляд на точці, кілька глибоких вдихів і видихів, і потрібно розслабити все тіло.

Далі зробити кругові рухи очима, дивлячись на точку (20 в одну сторону і 20 в іншу). (20 разів в один бік і 20 разів в інший). Зупинитися і швидко

кліпати очима протягом однієї хвилини. Закрити очі, прикрити очі долонею і почекайте кілька хвилин.

Затриматися так на три хвилини і почати рухати очима вліво, вправо, вгору і вниз (повторити 20 разів). Потім моргати одну хвилину, потерти долоні одна об одну і прикрити очі ще на три хвилини. Через деякий час відновити гімнастику для очей, рухаючи очима по діагоналі 20 разів і 20 рухів вісімкаю. Знову моргати протягом однієї хвилини, потерти долоні одна об одну і заплющити очі на три хвилини і весь час глибоко дихати.

Вправа "Солдат".

4. Серія дихальних вправ. Ознайомлення учасників з різними дихальними вправами відповідно до їх призначення. Виконання трьох різних дихальних вправ на розслаблення.

Квадратне дихання для стабілізації ситуації. вдихнути - 4 секунди, затримати дихання - 4 секунди, видих – 4 секунди, затримка дихання - 4 секунди.

Дихальні вправи для швидкої мобілізації: 1-2 секунди дуже сильного і швидкого видиху; все інше залишається 4 секунди.

Дихання для розслаблення: Видих на 8 секунд, скрізь сплющені губи. Все інше -по 4 секунди.

5. Блок зворотного зв'язку. Рефлексія. Вправа "Що я беру з собою". Запитання та відповіді.

Третє заняття:

1. Ознайомлення учасників з планом роботи.

2. Блок вправ на розвиток тілесної усвідомленості. Масаж ротової зони. Вправа «Усвідомлене дихання».

3. Блок вправ на пропрацювання м'язового панцирю та м'язову релаксацію. Вправа «Кривляння» для опрацювання м'язового панцирю в ротовій зоні.

«Кривляння» - це вправа, яка опрацьовує м'язовий панцир у ротовій зоні. Захисний панцир цієї зони включає щелепні, шийні та потиличні м'язи. Він утримує емоційні прояви, такі як плач, крик, гнів, смоктання та інші. Імітація плачу або ворухіння губами може допомогти їх розслабити. Подивіться на себе в дзеркало, чітко уявіть, що ви хочете плакати, і почніть плакати. Імітуйте справжній плач, кривляючись або кривлячи губи якомога голосніше, Також зробіть вигляд, що ви жуєте і блюєте. Таким чином ви зможете випустити свої накопичені емоції, Розслабте напружену щелепу і м'язи нижньої частини обличчя.

Вправа «Солдат».

4. Блок дихальних вправ.

5. Блок зворотнього зв'язку. Рефлексія. Вправа «Що я беру з собою». Запитання та відповіді.

Четверте заняття:

1. Ознайомлення учасників з планом роботи

2. Блок вправ на підвищення усвідомленості тіла. Масаж шиї та язика.

Вправа "Усвідомлене дихання". Вправа "Солдат".

3. Комплекс вправ на опрацювання м'язового панцирю та розслаблення м'язів.

Вправа "Робота з подушками" для опрацювання м'язового каркасу шиї.

Захисний панцир м'язів шиї та язика часто утримується, коли ми гніваємося, кричимо або плачемо. Відкрити цей панцир можна такими способами – вправами на крик або блювотними рухами. Вони допомагають розслабити глибокі м'язи шиї, які неможливо масажувати руками. У цих вправах учасників просять подумати і уявити ситуацію, яка викликає у них почуття гніву, Вони беруть подушку і відтворюють цю ситуацію,

проливаючи сльози і кричачи. Подушка - це ніби об'єкт (людина, ситуація або обставини), який викликав подібні почуття в минулому.

Для того, щоб повністю вивільнити ці почуття з тіла, необхідно уявити ці почуття - блювоту або крик (метою є напруження і розслаблення м'язів).

Удар по подушці може вивільнити злість і агресію.

5. Блок дихальних вправ. Квадратне дихання для стабілізації ситуації.

Дихальні вправи для швидкої мобілізації. Дихання для розслаблення.

Ознайомлення учасників з технікою черевного дихання. Дихальні вправи на черевне дихання. Сядячи в позі, максимально наближеній до пози лотоса, вдихнути і злегка випнути живіт, ніби надуваючи повітряну кульку, а на видиху втягнути живіт назад. Зосередитися на стисканні живота під час видиху і зробити живіт більш нерухомим під час вдиху і надування.

5. Блок зворотного зв'язку. Рефлексія. Вправа "Що я беру з собою".

Запитання та відповіді.

П'яте заняття:

1. Ознайомлення учасників з планом роботи.

2. Серія вправ на поглиблення усвідомлення тіла. Масаж грудної клітки (великі грудні м'язи, м'язи плечей, лопатки, грудна клітка, верхні кінцівки).

Вправа "Усвідомлене дихання".

3. Комплекс вправ для опрацювання м'язового каркасу та розслаблення м'язів. Бій з подушкою - це вправа, яка опрацьовує м'язовий каркас грудної клітки, тобто. грудну клітку, плечі, лопатки, надпліччя і руки. Вся ця зона гальмує тугу, сміх і пристрасть, тому рекомендується розслабити її наступним чином: учасники беруть подушку, щоб розслабити м'язи плечового поясу, лопаток і рук. Їх просять маніпулювати подушкою, уявляючи різні ситуації. Вони б'ють подушку, душать її від пристрасті або

стискають її руками. Треба уявити ситуації з життя, коли злилися, плакали, істерично сміялися або відчувають пристрасть.

4. Дихальний блок. Дихання животом. Квадратне дихання для стабілізації ситуації. Дихання для швидкої мобілізації. Дихання на розслаблення.

5. Блок зворотного зв'язку. Рефлексія. Вправа "Що я беру з собою". Питання та відповіді.

Шосте заняття:

1. Знайомство учасників з планом роботи.

2. Блок вправ на усвідомлення тіла. Масаж "Розтирання тіла". Вправа "Усвідомлене дихання".

3. Серія вправ на опрацювання м'язового панцирю та розслаблення м'язів.

Вправа "Прогинання хребта" для опрацювання м'язового панцирю діафрагми. Крім діафрагми, цей сегмент включає сонячне сплетіння, різні внутрішні органи і м'язи нижніх хребців. А також - м'язи внутрішніх органів і нижніх хребців.

Після того, як панцирі попередніх чотирьох зон були пропрацьовані, варто попрацювати над цією областю. Ця зона в основному приховує "гнів", тобто дуже сильну злість. Розчинення відбувається за допомогою роботи над диханням, особливо діафрагмальним диханням та імітацією блювотних рухів.

Для цього учасників просять лягти на рівну підлогу і звернути увагу на досить велику відстань між підлогою і хребтом. Зазвичай між підлогою і хребтом є значна відстань. При цьому хребет вигнутий вперед, що ускладнює видих і відпрацювання емоцій.

Після такої діагностики учасників просять сісти в позу, схожу на позу лотоса, покласти руки на коліна і на вдиху вигнути грудну клітку вперед,

На видиху стиснути грудну клітку і округлити спину. Робіть ці рухи протягом декількох хвилин, стільки разів, скільки учасник відчуває себе комфортно.

Кожен учасник перебуває в зручному положенні протягом кількох хвилин. Потім виконують кругові рухи, чергуючи випинання та западіння грудної клітки, вдихаючи випинанням і видихаючи западінням. Виконати кілька разів у зворотному напрямку.

4. Дихальний блок. Діафрагмальне дихання.

5. Блок зворотного зв'язку. Рефлексія. Вправа "Що я беру з собою".

Питання та відповіді.

Сьоме заняття:

1. Ознайомлення учасників з робочим планом.

2. Серія вправ на підвищення усвідомленості тіла. Масаж живота та попереку. Вправа "Усвідомлене дихання".

Класичний ручний масаж живота і попереку з використанням звичайних оздоровчих прийомів можна виконати, розтираючи ці ділянки кулачками.

3. Серія вправ на зміцнення м'язового панцирю та розслаблення м'язів. Вправи на прес для зміцнення м'язових оболонок в області живота та попереку.

Ця вправа опрацьовує м'язи живота, нижньої частини спини і попереку, де локалізовані страх нападу, злість та ворожість. Запропонуємо лягти на килимок і підняти прямі ноги вгору (кут 90°). Руки повинні бути вздовж тіла. Вдихнути і опустити пряму ногу на підлогу, видихнути. На видиху повернутися в положення, з якого підняли ногу вгору. Повторити так кілька хвилин.

Від витягнутої на 90 градусів ноги вгору перейти до наступного руху.

Нахилитися вперед за ногою і на видиху витягнути пальці ніг. Також, лежачи на спині, підняти пряму ногу над головою і допомогти тілу руками.

Повторити це протягом декількох хвилин. В кінці вправи лягти в позу дитини.

4. Дихальний блок. Дихання животом (занурення і втягування).

5. Блок зворотного зв'язку. Рефлексія. Вправа "Що я беру з собою".

Запитання та відповіді.

Восьме заняття:

1. Ознайомлення учасників з планом роботи.

2. Серія вправ на розвиток усвідомленості тіла. Масаж стоп.

Сядьте зручніше, щоб ноги були в межах досяжності, дотягніться до стоп. Зігніть коліно і покладіть його на коліно іншої ноги. Погладьте поверхню стопи. Починайте розминати кожен палець, фалангу і подушечку.

Переходьте від одного пальця до іншого. Помасажуйте ділянки стопи під пальцями ніг, бокові частини, п'яти, всю стопу. Під час масажу регулюйте силу і глибину так, щоб було приємно і комфортно. Постукайте по всій стопі. Інтенсивність поплескувань можна регулювати за бажанням. Змініть положення стопи і помасажуйте іншу стопу таким же чином.

Вправа "Усвідомлене дихання".

3. Серія вправ на опрацювання м'язового панцирю та розслаблення м'язів. Вправи на опрацювання м'язів тазу, м'язового каркасу стегна.

Вправи, які опрацьовують м'язовий каркас тазу і м'язи стегна, колін, стоп і пальців ніг. Тренують крижі, сідниці та глибокі м'язи тазового дна, що відповідають за пригнічення сексуального збудження та сексуальне задоволення.

Основна вправа. Учасників просять лягти на рівну підлогу вони напружують сідничні м'язи, лягають і починають постукувати по підлозі сідницями та ногами. Наступний крок - це сісти прямо, витягнути ноги прямо перед собою і почати рухатися вперед стегнами та сідницями.

Пройти таким чином один метр вперед і один метр назад. Повторювати цю вправу кілька хвилин.

Комплекс базових вправ для стоп і гомілок, що опрацьовують колінні суглоби і пальці ніг. Ознайомлення з додатковими методами тренування крижових, сідничних м'язів та нижніх кінцівок.

4. Дихальний блок. Дихання животом. Квадратне дихання для стабілізації ситуації. Дихання для швидкої мобілізації. Дихання на розслаблення.

5. Блок зворотного зв'язку. Рефлексія. Вправа "Що я беру з собою". Запитання та відповіді.

3.3. Рекомендації щодо проведення корекційної програми, спрямованої на зниження тривожності у військовослужбовців

Метою корекційної програми було вироблення конструктивних моделей поведінки в стресових ситуаціях, підвищення емоційної компетентності та навчання навичкам саморегуляції за допомогою тілесно-орієнтованої терапії.

Завданнями програми були: корекція тривожності, пізнання власних почуттів та емоцій, відновлення ресурсів, набуття емоційно-позитивного досвіду в управлінні тривогою, навчання новим способам поведінки у високотривожних ситуаціях та заохочення творчого самовираження.

У програмі психокорекції використовувалися різні тілесно-орієнтовані методи лікування: когнітивно-аналітичні методи, дихальні техніки, техніки м'язової релаксації, масажні техніки.

Програма передбачала завдання, які допоможуть відчувати своє тіло, усвідомити рівень напруги та гармонізувати його психофізичні функції.

Для наведених вправ важливо вибрати такий час, коли ніхто не заважає. У приміщенні для проведення вправ повинно бути спокійно, тепло і комфортно. Одяг повинен бути зручним, не стягувати і не здавлювати. Рекомендується розстебнути ремінь і розв'язати краватку. Заняття триває приблизно півтори години. У ті дні, коли ввечері немає занять, рекомендується виконувати дихальні вправи, техніки роботи з різними зонами тіла і короткий самомасаж.

Самодопомога при тривозі. Коли людина відчуває страх, вона боїться чогось конкретного (наприклад, отримати травму, поранення, втратити товариша в бою тощо), а коли вона відчуває тривогу, вона не знає, що саме є причиною її почуттів. Тому стан тривоги є більш важким, ніж стан страху.

По-перше, треба перетворити тривогу на страх. Зрозуміти, що саме турбує. Це вже може зменшити напругу і зробити переживання менш болючим.

По-друге, найбільочіше переживання тривоги - це нездатність розслабитися. М'язи напружуються, а в голові прокручуються одні й ті ж думки, тому активний рух і фізичні вправи можуть допомогти зменшити напругу.

По-третє, складні розумові маневри також можуть допомогти зменшити тривожність. Наприклад, подумки послідовно віднімати 6 або 7 від 100, перемножувати двозначні числа або рахувати дні, до яких належить другий понеділок попереднього місяця. Можна також читати чи писати вірші або використовувати дитячі віршики.

Вправа "Поза кучера" [28] - заспокоює розум, ефективно знімає напругу в тілі та душі і є дуже важливим для профілактики перевтоми, пов'язаної зі стресом, неврологічних та психосоматичних розладів. При регулярному виконанні цієї вправи покращення відбувається набагато швидше, ніж під час сну або простого відпочинку.

Допомога при тривозі. 1. Важливо постаратися розговорити людину і зрозуміти, що саме її турбує. В цьому випадку, можливо, людина усвідомить джерело тривоги і зможе заспокоїтися. 2. Часто людина тривожиться, коли у неї не вистачає інформації про події, що відбуваються. В цьому випадку можна спробувати скласти план, коли, де і яку інформацію можна отримати. 3. Спробувати зайняти людину розумовою діяльністю: рахувати, писати та ін. Якщо вона буде зосереджена на цьому, то тривога відступить. 4. Фізична праця теж може бути дієвим способом заспокоїтися. Якщо є можливість, порекомендувати зробити зарядку або пробіжку [14].

Техніки подолання стресу включають глибоке дихання, м'язову релаксацію та когнітивні вправи. Глибоке дихання є найпростішим у вивченні та практиці, тоді як інші техніки вимагають подальшого навчання та більше часу для практики.

Дихальні техніки - черевне дихання. Дихайте повільно і глибоко, використовуючи м'язи живота (не грудні) для "вдиху і видиху". Вдихніть, затримайтеся на 2-3 секунди і повільно видихніть через рот (близько 5

секунд) Навіть один глибокий вдих допоможе стабілізувати нерви і зосередити увагу. П'ять вдихів, зроблених таким чином, відразу ж очистять голову, а якщо робити це постійно, то полегшать засинання. Черевне або діафрагмальне дихання (переміщення повітря через живіт замість грудей) особливо ефективно для контролю напруги [14].

Дихальні медитації. Сконцентруйтеся на диханні, особливо на кожному видиху. З кожним видихом повторюйте одне і те ж слово або коротку фразу (наприклад, "один" або "розслабся") і пасивно дозвольте всім іншим думкам зникнути з вашої свідомості [67].

Вправи на розслаблення м'язів. Вправи на розслаблення трохи складніші. Як правило, вони передбачають зосередження уваги на різних групах м'язів, розтягування та розслаблення кінцівок і розслаблення всього тіла. Простий варіант, який можна використовувати під час роботи, - напружити всі м'язи одночасно, затримати на 15 секунд або більше, потім повільно розслабитися і відпустити цю напругу, відчуваючи тепло і важкість, які приходять від відпочинку і зняття напруги. Варіант глибокого розслаблення м'язів: починаючи з ніг і поступово просуваючись вгору (або навпаки, з голови до ніг), кожному частину тіла (кожну групу м'язів) по черзі напружують, а потім розслаблюють, помічаючи тепло в кожному м'язі після розслаблення.

Розтяжка. Розтягніть м'язи та суглоби, щоб "позбутися" напруги.

Когнітивні вправи - передбачають створення позитивних уявних образів, які спрямовують увагу та зменшують вплив стресових факторів навколишнього середовища. Військовослужбовцям рекомендується практикувати техніки управління стресом і обговорювати їх застосування в бойових та інших стресових ситуаціях [30].

Позитивне самонавіювання та саморегуляція. Говоріть собі: "Заспокойся, заспокойся", "Не поспішай", "Я спокійний", "Я можу це зробити", "Давай, зроби це!". Підбадьорюйте себе короткими фразами. Уявіть, що ви розслабляєтеся. Уявіть себе в спокійному стані. Виберіть свою

власну розслаблюючу ситуацію і відчуйте її всіма органами чуття: кольорами, формами, текстурами, звуками, запахами, температурою і дотиком.

Заземлення. Техніки заземлення можуть швидко змістити фокус думок, які стали розсіяними або затуманеними надмірним стресом, страхом або гнівом. У поєднанні з глибоким диханням вони можуть відновити відносний спокій і більш сфокусоване мислення.

Вищеописані техніки слід практикувати часто, поки вони не стануть автоматичними [14].

Висновок до третього розділу

Психологічна корекція спрямована на корекцію особливостей психічного розвитку, зниження тривожності та навчання саморегуляції своїх станів. Завдання, які ставить перед собою психологічна корекція, реалізуються шляхом систематичного впливу на особистість. Психологічна корекція може здійснюватися за допомогою одного тренінгового заняття або певної кількості занять.

Психокорекція тривожності має вагоме значення, тому що вона спрямована на те, щоб зробити людей з високим рівнем тривожності більш свідомими та обізнаними, врівноважити їх стан та скоригувати поведінку в ситуаціях, які викликають тривогу.

За результати емпіричного дослідження, нами було розроблено корекційну програму для зниження тривожності у військовослужбовців з використанням методів тілесно-орієнтованої терапії. Це програма, яка складається з 8 занять тривалістю півтори години. Кожне заняття складається з 5 блоків, які включають дихальні вправи, техніки релаксації, масажні техніки та техніки йоги.

Головною метою корекційної програми було набуття навичок саморегуляції та вироблення форм конструктивної поведінки в ситуаціях підвищеної небезпеки за допомогою тілесно-орієнтованої терапії. Завданнями корекційної програми були: корекція тривожності, пізнання власних почуттів, накопичення позитивного досвіду для подолання тривожності, вивчення нових способів поведінки у стресовому стані, стимулювання творчого самовираження.

Також було надано організаційні рекомендації щодо проведення корекційної програми: принцип добровільності у формуванні груп, зручний одяг, виконання однієї будь-якої техніки у дні, коли немає занять та інші.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі представлено теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження проблеми тривожності, що включає опис передумов її виникнення та психологічних особливостей прояву у військовослужбовців, а також виявлення кореляційних зв'язків між ситуативною та особистісною тривожністю, діагностичними критеріями - вторгнення, уникнення та збудливість, рівнем посттравматичного стресового розладу, п'ятьма факторами особистості – такими як екстраверсія, схильність до згоди, свідомість, нейротизм та відкритість досвіду та ступенем вираженості зниженого настрою. Разом з тим побудовано лінійну регресійну модель ситуаційної та особистісної тривожності та визначено впливи, які здійснюють проаналізовані фактори.

1. Теоретичний аналіз існуючої літератури з даної тематики показує, що проблема тривожності є однією з найпоширеніших у сучасному світі. З'ясовано, що тривожність – це складний комплексний емоційний стан, що містить у собі почуття страху, гніву, провини та інтересу. Разом з тим виділяють два типи тривожності – ситуатійну (тривожність як стан) та особистісну (тривожність як властивість). Аналіз показав, що не існує єдиної думки щодо визначення поняття «тривожність». Одночасно з цим, більшість авторів розглядають тривожність індивідуально-психологічну особливість, яка проявляється в схильності людини до переживання стану тривоги при очікуванні несприятливого розвитку подій.

Були проаналізовані чинники, які можуть викликати тривожність: постійний страх перед невідомим, внутрішні конфлікти, нездатність впоратися з внутрішніми переживаннями та тривалий вплив стресових ситуацій.

Узагальнено особливості емоційної сфери військовослужбовців та фактори, що сприяють виникненню та розвитку тривожних розладів. На початкових етапах адаптації до мирного життя ситуативні чинники виявилися важливішими за суб'єктивні та особистісні.

Проаналізовано можливі прояви тривожності на фізіологічному та психологічному рівнях.

2. Концептуальною основою емпіричного дослідження тривожності було положення про те, що тривожність значною мірою впливає на емоційний стан військовослужбовців, особливо після повернення із зони бойових дій. Це може бути пов'язано з наявним посттравматичним розладом та численними його симптоми, які зазвичай поділяються на три основні категорії: «збудливість», «вторгнення», та «уникнення», а також з рівнем депресивних проявів у військових. Особистісна та ситуаційна тривожність були виділені як компоненти, які впливають на формування та перебіг посттравматичного стресового розладу, проведені дослідження з метою виявлення кореляції між ними.

У емпіричному дослідженні було задіяно 83 військовослужбовців, переважна більшість з яких деякий час знаходилися у зоні бойових дій. Дослідження було проведено у 2 етапи. На першому етапі використовувались такі методики:

- шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна;
- шкала оцінки впливу травматичної події;
- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант);
- Опитувальник п'яти факторів особистості VFI-10
- Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС)).

На другому етапі ми обробляли отримані відповіді та проводили інтерпретацію результатів.

3. Дослідження тривожності у військовослужбовців дозволило констатувати той факт, що більшість військовослужбовців отримали середні та високі показники за шкалою ситуаційної та особистісної тривожності,

мають адаптивність до травмуючої події, тобто вони не схильні до розвитку посттравматичного стресового розладу та мають середні показники за означеними нами критеріями – вторгненням, уникненням та збудливістю. Одночасно з цим у порівнянні з нормативними показниками результати є досить високими.

За шкалою диференціальної діагностики депресивних станів більшість військовослужбовців на момент дослідження не мали депресивних проявів, при цьому загальний рівень настрою дещо нижче наведеної норми.

В процесі проведення кореляційного аналізу даних, було виявлено високий рівень кореляції між ситуаційною, особистісною тривожністю, посттравматичним стресовим розладом, головними критеріями ПТСР - вторгненням, уникненням, збудливістю та рівнем прояву депресії.

В той же час, нами було з'ясовано, що у 18% військовослужбовців (15 осіб) наявний посттравматичний стресовий розлад та високі показники за критеріями вторгнення, уникнення та збудливості. За рівнями ситуаційної та особистісної тривожності вони також отримали високі результати. Слід підкреслити, що тривожний синдром у хворих з посттравматичним стресовим розладом носить недиференційований, поліморфний характер з найбільш вираженими компонентами фобічного, астеничного характеру, загального емоційного дискомфорту, тривожної оцінки майбутніх перспектив. В цілому можемо констатувати, що у хворих з посттравматичним стресовим розладом у більшості випадків переважають інтрапсихічні компоненти тривожного синдрому.

Підсумовуючи, ми можемо зазначити, що у частини військовослужбовців присутні виявлена наявність високого рівня ситуаційної та особистісної тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу, що в результаті негативно відобразиться на самопочутті таких респондентів та на виконанні ними бойових завдань.

4. Наступним етапом стала розробка психокорекційної програми для зниження середнього та високого рівня тривожності військовослужбовців

методами тілесно-орієнтованої терапії. Метою корекційної програми було набуття навичок саморегуляції та вироблення форм конструктивної поведінки в ситуаціях підвищеної небезпеки за допомогою тілесно-орієнтованої терапії. Завданнями корекційної програми були: корекція тривожності, пізнання власних почуттів, накопичення позитивного досвіду для подолання тривожності, вивчення нових способів поведінки у стресовому стані, стимулювання творчого самовираження.

Психокорекційна програма представляє собою 8 занять тривалістю по 1,5 години. У психокорекційній програмі використовувались: дихальні вправи, техніки м'язової релаксації, масажні та театральні техніки.

Запропоновані вправи дозволяють учасникам краще відчувати своє тіло, усвідомити ступінь його напруженості, скутості та гармонізувати його психофізичні функції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. –234с.
2. Адаменко М. І. Основи наукових досліджень. Харків.: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2014. 188 с.
3. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі, 2020. [Електронний ресурс] / Алещенко В. - Режим доступу: <http://psyj.udpu.edu.ua/article/view/195935>
4. Андросюк В. Г. Психологія екстремальної поведінки : навч.-метод. комплекс/Київ, 2015. 54 с.
5. Артемчук Г. І., Курило В. М., Кочерган М. П. Методика організації науково-дослідної роботи: навч. посіб. для студ. та викл. ВНЗ. Київ. держ. лінгв. ун-т. Київ: Форум. 2000. 270 с.
6. Беліченко Л. Тривожність у військовослужбовців перед їхнім висуванням до зони бойових дій: психологічний аспект [Електронний ресурс] / Беліченко Л. - Режим доступу: <https://pt.khmnu.edu.ua/index.php/pt/article/download/64/55>
7. Беспалова Н. В. Особливості соціально-психологічної адаптації випускників програм міжкультурного обміну [Електронний ресурс] / Беспалова Н.В. - Режим доступу: <https://pedpsy.duan.edu.ua/images/PDF/2011/2/11.pdf>
8. Білова М. Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості. Південноукраїнський державний педагогічний університет ім. К. Д. Ушинського. Одеса, 2007. 143 с
9. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія / О. А. Блінов. – К. : Талком, 2016. – 246 с.
10. Блохіна І. О Психологічні причини виникнення тривожності у студентів [Електронний ресурс] / Блохіна І. О - Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/42696/1/58-.pdf>

11. Боштан В. Диференціація соціальної тривожності та окреслення її основних маркерів [Електронний ресурс] / Боштан В. - Режим доступу: <http://mdu.edu.ua/wp-content/uploads/psihol-visnik-17-2017-7.pdf>
12. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словник–довідник з психодіагностики. 2006, 528 с.
13. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Навч. посіб. К.: Знання, 1998. 289 с.
14. Войтенко О. Корекція тривожності дорослої особистості засобами тілесно орієнтованої психотерапії, 2018 [Електронний ресурс] / Войтенко О. - Режим доступу: <https://humanitarium.com.ua/index.php/hum/article/download/317/290>
15. Галієва О.М. Теоретичний аналіз поняття «Тривожність», 2018 [Електронний ресурс] / Галієва О.М. - Режим доступу: http://tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/6_2018/22.pdf
16. Герман Д. Травма та лікування. Наслідки насильства – від аб'юзу до політичного терору. Ексмо, 2021. – 550 с.
17. Гільман А., Кулеша Н. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії, <https://ehs.eeipsy.org/index.php/ehs/article/download/247/240>
18. Грінченко А. Тривожність як чинник виникнення неврозу страху [Електронний ресурс] / Грінченко А. - Режим доступу: http://www.apfn-journal.in.ua/archive/4_2013/30.pdf
19. Діденко Г. О. Етапи дослідження травматичних подій в психологічній науці [Електронний ресурс] / Діденко Г. О. - Режим доступу: <http://dspace.ksu.ks.ua/bitstream/handle/123456789/3356>
20. Дуб В. Реабілітаційна психологія : методичні матеріали до семінарських занять [для студентів ВНЗ] / Віра Дуб. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2017. – 92 с.

21. Євдокимова Н.О. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик / Н.О.Євдокимова, В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 229 с.
22. Зарицька В.В. Теорія і практика сучасної психології. Збірник наукових праць, 2019. [Електронний ресурс] / Блохіна І. О - Режим доступу: http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/6_2019/part_1/6-1_2019.pdf
23. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
24. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. Соціально-гуманітарні аспекти розвитку сучасного суспільства : матеріали Всеукраїнської наукової конференції викладачів, аспірантів, співробітників та студентів, 2015. . [Електронний ресурс] / Іванова Т. - Режим доступу: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/6_2020/13.pdf
25. Калюжна Є.М. Тривожність та її значення у виникненні інфантильного неврозу / Є. М. Калюжна, А. М. Вовна // Проблеми сучасної психології. - 2013. - № 1. - С. 29-33. [Електронний ресурс] / Калюжна Є.М. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2013_1_7
26. Католик Г. В. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям, та постраждалим. Львів : Червона калина, 2003. 124 с.
27. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук –Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. – 178 с.
28. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
29. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

30. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
31. Колесніченко О.С. Прогнозування психологічної готовності до ризику фахівців екстремальних видів діяльності / О. С. Колесніченко та ін. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького. Педагогічні та психологічні науки. Хмельницький: НАДПСУ, 2016. № 2 (4). С. 115–138.
32. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ, 2017. 185 с.
33. Корольчук М.С., Крайнюк В.М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Ніка-Центр, 2009. 580 с.
34. Корольчук І.О. – Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні, 2016р [Електронний ресурс] / Корольчук І.О. - Режим доступу: http://www.investplan.com.ua/pdf/17_2016/19.pdf
35. Корольчук М. С., Корольчук В. М., Кулаженко А. І. та ін. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів : монографія ; за ред. М.С. Корольчука. К. : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2014. 276 с.
36. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. К 75 Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана.– Луцьк: РВВ —Вежа|| Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011.– 430 с.
37. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І - Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана.– Луцьк: РВВ —Вежа|| Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011.– 430 с.
38. Коць Є.М. Психологічна природа осіб з соціальною тривожністю, 2017 [Електронний ресурс] / Петренко В.Є. - Режим доступу: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/506493.pdf>
39. Романчук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності, 2012

[Електронний ресурс] / Романчук І.О. - Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/4%2839%29/article-646/kognitivno-povedinkova-terapiya-trivozhnih-rozladiv-model-rozuminnya-terapiyi-ta-empirichni-dokazi-efektivnosti#gsc.tab=0>

40. Кравченко К. О. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців учасників антитерористичної операції : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09. Х. : НУЦЗУ, 2017. 249 с.

41. Лемак М.В., Петрище В.Ю. Психологу для роботи: діагностичні методики. - Вид. 2-ге, виправл. - Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. -616 с

42. Лукомська С.О. Вираженість симптомів ПТСР в учасників АТО різного віку / С.О. Лукомська // POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: Adults, Children and Families in a War Situation: International Scientific and Practical Edition. - Vol. II. – Warsawa - Kyiv.: PAN - Gnosis, 2017/2018. – С. 132-143

43. Малхазов О.Р. Чинники нейротизму і тривожності особистості в соціально-психологічному супроводі розвитку емоційної стійкості [Електронний ресурс] / Малхазов О.Р. - Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/720072/1/Malkhazov.pdf>

44. Мирончак К.В. Психологічний вплив страху смерті на особистість. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. No2 (2). 2012.

45. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Казакова С.Є. та ін. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. Харків: ХМАПО, 2013. 224 с.

46. Мотрук Т.О. Особливості консультування клієнта, що знаходиться у постстресовому стані [Електронний ресурс] / Мотрук Т.О. - Режим доступу: <https://repository.sspu.edu.ua/bitstream/123456789/3030/1>

47. Мульована Л. І. Методи психологічної допомоги учасникам АТО. Молодий вчений. 2014. № 10 (13). С. 114 – 116.

48. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник / Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с.
49. Наугольник Л.Б. Тривожність у міжособистісних відносинах працівників міліції [Електронний ресурс] / Наугольник Л.Б. - Режим доступу: https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/10/Nvldu_2012_21__37.pdf
50. Нестеренко В.О. Проблема співвідношення захисних механізмів особистості та тривожності. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: педагогічні та психологічні науки. 2009. № 51. С. 159-159.
51. Омельченко Я. М., Кісарчук З. Г. Психологічна допомога дітям з тривожними станами. Київ: Шк.. світ, 2011.
52. Панок В. Основи практичної психології: Підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. Київ: Вид-во Либідь, 2006. 536 с.
53. Петренко А. Позбавляємося від тілесних блоків і затискачів: 7 вправ Райха. / [Електронний ресурс] Андрій Петренко. Авторська стаття. Режим доступу: <https://uagolos.com/pozbavliajemosia-vid-tilesnih-bloktiv-i-zatiskachiv-7-vprav-raiha/>
54. Петренко В. Є., Психологічні підходи до корекції тривожності особистості [Електронний ресурс] / Петренко В.Є. - Режим доступу: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/6909/Petrenko.pdf;jsessionid=377B82A545F8A4D3B8CF2DAFA4B31D89?sequence=1>
55. Приходько І.І. Динаміка психічних станів військовослужбовців сил охорони правопорядку при виконанні службово-бойових завдань під час масових заворушень: монографія / І. І. Приходько та ін.; за заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків: НА НГУ, 2016. 130 с.
56. Приходько І.І., Колесніченко О.С., Тімченко О.В. Психологія екстремальної діяльності: навчальний посібник. НА НГУ. Харків: 2016, 571с.
57. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології. Київ: Вид-во Кондор, 2005. 276 с

58. Пророк Н., Ольга Запорожець, Джошуа Креймеєр та інш. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.
59. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів VI Всеукраїнської науково-практичної конференції. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. [Електронний ресурс] - Режим доступу: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/5051/1/28_10_2022.pdf
60. Романенко О.В., Лукашенко М.Ю. Особливості поведінки в конфліктних ситуаціях осіб з різним рівнем тривожності [Електронний ресурс] / Романенко О.В. - Режим доступу: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/506493.pdf>
61. Романишин А.М. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах / А.М. Романишин, О.В. Бойко. – Львів, 2014. – 121 с
62. Екстремальна психологія: підручник / О.П. Євсюков, А.С. Куфлієвський, Д.В. Лебедев та ін. [За заг. ред. проф. О.В. Тімченка]. - К.: Август Трейд, 2007. - 502 с.
63. Романишин А.М., Бойко О.В. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах. Львів: АСВ імені П. Сагайдачного, 2014. 121с.
64. Романовська Д.Д., Ілащук О.В. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.
65. Сердюк О.О., Базима Б.О. Адаптація скринінгового опитувальника п'яти факторів особистості BFI-10 та перевірка його діагностичних властивостей на прикладі осіб, які вживають наркотики, 2021. [Електронний ресурс] / Сердюк О.О. - Режим доступу: https://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/11346/Adaptatsiia%20skryninhovoho_Serdiuk_Bazyma_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

66. Сірко Р. І. Методологічні підходи до психокорекції особистості під час професійної діяльності в екстремальних умовах. – Вісник Національного університету оборони України. – 2016. – Вип. 3 (46). – с. 96.
67. Скар О. Тілесні практики емоційної саморегуляції як інструмент психологічної самопомоги при стресі. / Скар Оксана. Простір арт-терапії. 2020. № 1 (27). [Електронний ресурс] / Скар О. - Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/cgi/users/home?screen=EPrint::View&eprintid=724070#t>
68. Столяренко О. Б. Психологія особистості. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 280 с.
69. Стрілецька І. І. Особистісна тривожність як складний полідетермінований психічний процес / І. І. Стрілецька // Інсайт: [зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених / ред. кол. І.В. Шапошникова, О. Є. Блинова та ін.]. – Херсон : ПП Вишемирський В.С., 2016. – Вип. 13.
70. Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект) / І. І. Стрілецька // Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Серія Психологічні науки. – Вип. 1 (46). – К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2015.
71. Стрілецька А.І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект) [Електронний ресурс] / Стрілецька А.І. - Режим доступу: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/13247/Strilets%60ka.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
72. Тімченко О. Екстремальна психологія: Підручник. Харків: НУЦЗУ, 2007. 502 с.
73. Туриніна О. Л. Психологія травмуючи ситуацій: навчальний посібник. Київ: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. 160с.
74. Числіцька О.В. Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій (Антитерористичної операції). Питання психології. Київ: Вісник Національного університету оборони України. №2. 2015.

75. Шевченко О.Т. Психологія кризових станів: Навч. посібник. К.: Здоров'я, 2005. 120 с.
76. Тимофієва М. П., Діжона О. В. Психологія здоров'я: навчальний посібник. Чернівці : Вид-во Книги-XXI, 2009. 296 с.
77. Тімченко О. В. Кризова психологія: навчальний посібник / [за заг. ред. проф. О. В. Тімченка]. Харків: НУЦЗУ, 2010. 401 с.
78. Халік О. О. Тривожність на початкових етапах професійного становлення особистості / О. О. Халік // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. КПНУ ім. Івана Огієнка, Ін-т психології Г. С. Костюка АПН України. – 2014. – Вип. 23. – С. 663-676.
79. Царькова О. В. Теоретичні аспекти прояву психологічного феномену тривожності / О. В. Царькова, С. В. Радченко // Актуальні проблеми психології. — 2015. — Т. 7, вип. 38. — С. 479–491
80. Цумарева Н.В. Тривожність як показник емоційного неблагополуччя та індикатор емоційної депривації в дітей молодшого шкільного віку, 2020 [Електронний ресурс] / Цумарева Н.В. - Режим доступу: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2020/43.pdf
81. Шутяк І.А. Психологічно допомога при посттравматичному стресовому розладі [Електронний ресурс] /Шутяк І.А. - Режим доступу: <https://proconference.org/index.php/usc/article/download/usc16-01-004/863>
82. Яковенко С. І., Яковенко Т. М. Психічна стійкість військовослужбовців до впливу екстремальних чинників. Київ: КВГІ, 2008. 265 с.
83. Ясточкіна І. Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема [Електронний ресурс] / Ясточкіна І. - Режим доступу: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/6_2020/26.pdf
84. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. D. Forbes, M. Creamer, J.I. Bisson, J.A. Cohen, B.E. Crow, E.B. Foa, M.J. Friedman, T.M. Keane, H.S. Kudler, R.J. Ursano. Journal of Traumatic Stress. 2010. V. 23. P. 537-552.

85. Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Melbourne, Australia: National Health and Medical Research Council, 2007.
86. Bringing the war back home: mental health disorders among 103,788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities. K.H. Seal, D. Bertenthal, C.R. Miner, S. Sen, C. Marmar. *Arch Intern Med.* 2007. V. 167 (5). P. 476-82.
87. Compensation and treatment: Disability benefits and outcomes of US veterans receiving residential PTSD treatment. B.E. Belsher, Q.Q. Tiet, D.W. Garvert, C.S. Rosen. *Journal of Traumatic Stress.* 2012. V. 25 (5). P. 494-502.
88. Dekel R. Secondary Traumatization among Wives of War Veterans with PTSD / R.Dekel, Z.Solomon. – In *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management*. Edited by Figley CR, Nash WP. New York: Routledge, 2006. – P.137–157.
89. Derogatis L.R. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report / L.R. Derogatis, R.S.Lipman, L. Covi // *Psychopharmacol Bull.* – 1973. – Vol. 9. – P.13–28.
90. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
34. Genetics of anxiety and trauma-related disorders. S.D. Norrholm, K.J. Ressler. *Neuroscience.* 2009. V. 164 (1). P. 272-287.
91. Keane T. M. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity / T. M.Keane, J. M.Caddell, K. L.Taylor // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1988. – Vol. 56. – P. 85–90.
92. Management of post-traumatic stress VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. Washington: VA Office of Quality and Performance.2003.

93. Phenomenology of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder Friedman MJ. In: eds. Oxford handbook of anxiety and related disorders. New York : Oxford University Press. 2009.
94. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson. Archives of General Psychiatry. 1995.
95. Post-traumatic stress disorder National Institute for Health and Clinical Excellence. London: Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society. 2005.
96. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder American Psychiatric Association. Arlington: American Psychiatric Association, 2004.
97. Prewar factors in combat related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. D.W. King, L.A. King, D.W. Foy, D.M. Gudanowski. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996. V. 64 (3). P. 520-531.
98. PTSD History and Overview Friedman MJ. US Department of Veterans Affairs, 2016. Publisher Full Text.
99. Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual / R.P.Snaith, A.S.Zigmond. – Windsor, England, Nfer-Nelson, 1994. – 300 p.
100. Spitzer R.L. Saving PTSD from itself in DSM-V. / R.L. Spitzer, M.B. First, J.C. Wakefield // Journal of Anxiety Disorders. – 2007. – N. 21. – P. 233– 241.