

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра теоретичної психології

**ІСТОРИЧНИЙ КОНТЕКСТ ПСИХОТРАВМИ
В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «бакалавр»

Анни ЮЩАК

4 курсу, денної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Науковий керівник

кандидат психологічних наук, доцент

Оксана ХРИСТУК

Рецензент:

кандидат психологічних наук, доцент

Олександра КУЗЬО

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

« 1 » травня 2023 р., протокол № 11

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2023

АНОТАЦІЯ

Ющак Анна Іванівна. Історичний контекст психотравми в науковій літературі

Робота присвячена визначенню історичного контексту психотравми у науковій літературі, дослідженню сучасного бачення війни та її вплив на утворення ПТСР та інших посттравматичних станів та розладів у суспільства.

В роботі було проведено теоретичний аналіз поняття психологічної травми, який охоплював різні історичні періоди, різноманітні класифікації та утворення колективної травми суспільства. Крім того, розглянуто поняття психологічної травми в контексті військових дій на теренах України. З метою визначення рівня ПТСР у військовослужбовців було проведено емпіричне дослідження, яке включало опис процедури та вибірки.

Використовувалися такі методики, як опитувальник PCL-5; методика «Шкала депресії» А. Бека; оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна). Результати дослідження були проаналізовані з точки зору прояву ПТСР, ситуативної тривожності та рівня депресивності у досліджуваних, з урахуванням впливу подій.

Ключові слова: травма, ПТСР, депресія, тривожність.

ANNOTATION

Yushchak Anna Ivanivna. Historical context of psychotrauma in scientific literature

This work is dedicated to determining the historical context of psychological trauma in scientific literature, exploring the contemporary

understanding of war and its impact on the development of PTSD and other post-traumatic states and disorders in society.

The paper provides a theoretical analysis of the concept of psychological trauma, which covers different historical periods, diverse classifications, and the formation of collective trauma in society. Additionally, the concept of psychological trauma in the context of military operations on the territory of Ukraine is considered. To determine the level of PTSD in military personnel, an empirical study was conducted, which included a description of the procedure and sample.

Methods such as the PCL-5 questionnaire, Beck's Depression Scale, and assessment of situational (reactive) anxiety (Spielberger-Hanin Test) were used. The results of the study were analyzed in terms of the manifestation of PTSD, situational anxiety, and depression levels in the subjects, taking into account the influence of events.

Keywords: trauma, PTSD, depression, anxiety.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ У НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ	8
1.1. Історичне поняття психологічної травми в наукових працях вчених.....	8
1.2. Класифікація психотравми у психологічній літературі.....	16
1.3. Вивчення психологічної травми в період повномасштабного вторгнення в Україну у 2022 році.....	20
Висновки до розділу 1.....	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АСПЕКТІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	25
2.1. Методологія емпіричного дослідження.....	25
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	28
2.3. Кореляційний аналіз	39
Висновки до розділу 2	43
ВИСНОВОК	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	49
ДОДАТКИ	52

ВСТУП

Актуальність дослідження. Світ наповнений буденним життям та різними перешкодами, які трапляються у нас на шляху. Ці перешкоди або певні періоди в житті людини мають безпосередню дію та негативний вплив на психологічний, психічний та фізичний стан .

Актуальність даної теми полягає у тому, що наше життя сповнене стресовими ситуаціями, проблемами в стосунках із людьми або зі здоров'ям, воєнні дії, все це призводить до утворення психологічних травм різного характеру. Часто термін психологічна травма ми використовуємо в кризових та складних періодах суспільства. Ще в далекому минулому людям було відомо, що таке психологічна травма, але нажаль це не сприймалося всерйоз. Люди, які травмовані мають протиріччя між бажанням викинути певний спогад зі своєї пам'яті та бажанням розповісти про травму всім. Це все можна пояснити тим, що наша психіка включає низку захисних механізмів для збереження власної цілісності[14].

Протягом життя трапляються різні психотравмуючі події, до них ми можемо віднести ті, які можуть загрожувати життю людини, її гідності або честі, події всесвітнього характеру та ті, що загрожують здоров'ю та позначаються на кризових станах особистості.

Дуже багато горя зазнало українське суспільство, сотні тисяч людей населення зазнало психотравмуючих ситуацій, які призвели до утворення колективної травми. Вагомою ланкою для створення у суспільства історичної травми або особистісних психологічних травм людини є війна, яка зараз відбувається в Україні.

Кожна ситуація, що безпосередньо впливає на особистість, може стати поштовхом до внутрішніх змін або зовнішніх, дає переосмислення себе та яке місце людина займає у світі, свого минулого та теперішнього життя, яке в свою чергу супроводжує зміни поведінки, поглядів та цінностей людини.

Отже, дослідження цієї теми наразі є дуже актуальним та потребує детального розгляду. Особливу увагу слід приділити вивченню теоретично-методологічному аспекту психотравми у науковій літературі, щоб зрозуміти її практичне обґрунтування.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично визначити історичний контекст психотравми у науковій літературі, дослідити сучасне бачення війни та її вплив суспільство, на утворення ПТСР та інших посттравматичних станів та розладів .

Для досягнення мети, було визначено наступні теоретичні та емпіричні **завдання** даного дослідження:

1. Вивчити теоретичні підходи зарубіжних і вітчизняних психологів щодо розуміння психологічної травми.
2. Дослідити вплив історичних подій на формування колективної травми у суспільства.
3. Провести діагностику рівня тривожності, депресивності та ПТСР у Військовослужбовців.

Об'єкт дослідження: психічні стани особистості військовослужбовців під впливом психотравмуючих ситуацій бойових дій.

Предмет дослідження: особливості проявів психотравми особистості через призму історичних подій.

Гіпотеза: можна припустити, що факторами, що впливають на прояв ПТСР у військовослужбовців є:

1. Високий рівень ситуативної тривожності;
2. Виражені прояви симптомів депресії.

Теоретична основа: теоретично-методологічною основою дослідження виступили: Жан-Мартен Шарко, К.Юнг, Й. Броєр, З. Фрейдом, В. Г.Р.Ріверз, Да Коста, А. Кардінер, О. Феніхель, Г. Шпігелем, Дж.Шпігелем, Р. Грінкер, К. Серечайлд, Д. Расселл, Е. Берджес, Л. Голстром, Л. Вокер, П. Левін, Л. Вокер, М.Решетніков, 6 Р. Кеслера, А. Венгер, Н. Пов'якель, В. Ракофф, А.Ніл, Л. Гридковець, а також С.Рослюк, С. Галеа, О. Романчук, тощо.

Наукова(теоретична) новизна дослідження: теоретичне значення дослідження полягає в узагальненні та розширенні уявлення про поняття «психотравма».

Практичне значення дослідження: результати дослідження можуть бути використанні у роботі психолога та волонтерів у роботі з особами щодо розв'язання проблеми утворення психологічної травми.

Методологія дослідження: у ході дослідження були використані наступні методи: традиційні теоретичні методи (аналіз та узагальнення наукової літератури з теми дослідження, аналіз основних понять та термінів, синтез та порівняння теоретичних даних) та емпіричні методи (метод кількісно-якісної обробки одержаних даних; математико-статистичні методи опрацювання даних з використанням пакету програми SPSS 17.0 (кореляційний аналіз).

Структура роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ У НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Історичне поняття психологічної травми в наукових працях вчених

Психологічна травма - це поняття, яке описує вплив негативних подій або досвідів на психічне здоров'я людини. Це можуть бути події, що викликають сильний ступінь тривоги, страху, безпорадності, втрати контролю, жаху, токсичних стосунків, фізичної травми або насильства.

Поняття психологічної травми виникло у контексті воєнних конфліктів і травм, які вони завдали людям. В першу чергу, це стосується посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який спостерігається у військових та цивільних осіб, що пережили насильство, війну, терористичні акти, катастрофи, злочини тощо.

Поняття психологічної травми відіграє важливу роль у психотерапії та консультуванні, оскільки відкриває двері для розуміння того, які досвіди можуть спричинити страждання та які методи можуть допомогти людині відновити психологічну стійкість та здоров'я.

Психологічна травма - це поняття, яке виникло у результаті досліджень в галузі психології та психіатрії в середині 20 століття. У 1889 році французький невролог Поль Жанет використовував термін "травматична невроза" для опису психічної реакції на негативні події. Пізніше це поняття було розвинуто та уточнено відомими психологами, такими як Зигмунд Фрейд, Карл Юнг та Мельтон Лі[4].

У другій половині 20 століття психологічна травма стала актуальною темою для вивчення через те, що багато людей були психічно травмовані в результаті воєн, геноцидів, насильства та інших негативних подій. В 1980 році поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) було включено до діагностичної статистичної класифікації психічних розладів, що дало імпульс для подальшого дослідження цієї теми[17].

У наш час поняття психологічної травми використовується для опису різних типів травматичних досвідів, таких як насильство, злочини, насильство в родині, війна, терористичні акти, катастрофи тощо. Дослідження психологічної травми стали важливим напрямком у психотерапії та психіатрії, оскільки вони допомагають розуміти та лікувати наслідки травматичних досвідів на психічне здоров'я людини.

Зигмунд Фрейд був одним з перших, хто досліджував психологічну травму та її вплив на психіку людини. У своїх теоріях він розглядав поняття "травми" як важливий фактор у формуванні психічних розладів. Зокрема, Фрейд вважав, що досвід травми може призвести до формування неврозу. Фрейд запропонував концепцію "травматичного неврозу", який виникає в результаті впливу зовнішніх подразників на психіку людини. Він відзначив, що травматичні події можуть викликати "розлад в енергетиці" психіки та спричинити виникнення різноманітних симптомів. Фрейд також висунув гіпотезу, що людина може використовувати механізми захисту, такі як відкидання (відмова від прийняття дійсності) та репресія (приховування неприємних спогадів), щоб захистити свою психіку від травматичних подій. Зигмундом Фрейдом створено психоаналітичну теорію психотравми у якій це явище відкривалось як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що має безпосередній вплив на психіку людину та вважається підґрунтям невротичних розладів. Він вважав, що суть у роз'єднанні Его, для якого направленням стала травматична тривога, яке засноване саме на несвідомих фантазіях, а не на зовнішніх подіях. З його погляду остаточним моментом результату і наслідків вважається не сила травмуючої події, а готовність чи неготовність організму людини, яка виражається у його потенціалі. Травма, виражається нібито «збудником хвороби» та може викликати різні симптоми, такі як заїкання чи фобії і тд[1]. У своїх дослідженнях Фрейд акцентував увагу на впливі дитинства на формування психіки людини та відзначав, що травматичні досвіди в дитинстві можуть мати наслідки на психіку дорослої людини. Він підкреслював важливість раннього виявлення та лікування

психологічних травм, щоб запобігти наслідкам на майбутнє здоров'я психіки людини[21].

Провідні твердження вчення травми Зигмунда Фрейда:

- психотравми виконують досить значну роль у значенні неврозів;
- переживання починає мати травматичний образ через кількісний чинник;
- найчастіше психічні травми мають свій початок, ще з самого дитинства;
- у разі конкретної психологічної конституції травма набуває такого значення, що для іншої не викликало б схожих наслідків;
- психотравмою вважається як переживання всередині тіла, так і чуттєві сприймання та враження;
- результати травми можуть мати двійний характер — позитивний та негативний: позитивні результати травми мають зв'язок із бажанням відновити переживання, які згасли у пам'яті, та зробити їх реальними, та прожити цю ситуацію повторно;
- наслідки з негативним характером травми мають зв'язок з певними реакціями захисту, які проявляються через форму уникнення та фобій;
- невроз — являється спробою зцілення у випадку травми, бажання примирити одну частину “Я”, що розчепилась під впливом травми з іншими частинами[30].

Йозеф Броєр був австрійським лікарем та філософом, який вніс значний внесок у розвиток розуміння психологічної травми та її впливу на психіку людини. Його співпраця зі Сигмундом Фрейдом сприяла розвитку психоаналітичної теорії та практики. У 1880-х роках Броєр розпочав вивчення випадків психологічної травми та розробив метод "лікування розмовою" (talking cure), який полягав у тому, щоб дати людині можливість розповісти про свої досвіди та емоції, що дозволяло їй зняти емоційний тиск та знизити рівень тривоги. Цей метод став попередником психоаналітичного підходу до лікування психічних розладів[13]. У 1895 році Броєр опублікував разом з Фрейдом працю

"Створіння неврозу методом лікування розмовою", в якій вони описали випадок жінки, яка страждала від гістерії, та успішновилікували її за допомогою методу "лікування розмовою". Броер відзначав важливість виявлення та розуміння травматичних досвідів у процесі лікування психічних розладів. Він вважав, що психологічна травма може викликати невротичні симптоми, які є проявами нерозроблених емоцій та переживань, і що дослідження травматичних досвідів може допомогти в розумінні причин цих симптомів. У своїх дослідженнях Броер акцентував увагу на значенні емоційного виснаження в процесі лікування психічних розладів.

Після цих досліджень у історії вивчення психотравми відбулась пауза, вивчення відновилося у іншому напрямку у часи Першої світової війни. Де відбулось окрім смертей ще велика втрата у вигляді людей, з виявленими психіатричними симптомами. З самого початку симптоми пов'язували із фізичними симптомами, тільки британський психіатр Чарльз Маєрс пояснив низку симптомів через призму загальних уражень через вибухи боєприпасів, та дав назву цьому нервовому розладу «контузія». Його теорія підтвердилась не повністю, через що, згодом військові психіатри визнали, що симптоми контузії виявлені і у військовослужбовців, котрі не були травмовані фізично, отже мають психологічний характер.

Карл Юнг був швейцарським психіатром та психологом, який вніс важливий внесок у розвиток розуміння психологічної травми. Юнг відмінювався від інших психоаналітиків своїм більш широким підходом до психічної патології, він вважав, що врахування духовних та релігійних аспектів життя людини дуже важливо для розуміння її проблем[3].

Одним з основних понять Юнга є архетип, який він описував як універсальні символічні образи, що знаходяться в глибинах психіки кожної людини та мають великий вплив на її життя. Юнг вважав, що психологічна

травма може статися, коли людина зіштовхується з архетипами, які не може зрозуміти чи опанувати.

У своїх дослідженнях Юнг звертав увагу на роль архетипів в проявах психологічної травми, зокрема, в посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Він відмічав, що досвід ПТСР може бути пов'язаний з незрозумілими архетипами, які з'являються у вигляді жахливих образів чи символів. Архетип - це універсальний символічний образ, який знаходиться в глибинах психіки кожної людини і відображає певні основні відчуття, ідеї або інстинкти. Це можуть бути такі образи, як материнська фігура, батько, дід, герой, душа, зла відьма, змія тощо. Архетипи не пов'язані з конкретним досвідом, але вони можуть відображати універсальні аспекти людського життя. Архетип може бути втілений у конкретній історії або релігійному міфі, але його вплив на психіку людини може проявлятися безпосередньо, навіть якщо вона не знайома з цими історіями чи міфами. Архетипи є важливими для психології, оскільки вони можуть впливати на поведінку, думки та емоції людини. Розуміння архетипів може допомогти виявити певні тенденції в поведінці людини, допомогти їй зрозуміти свої емоції та почуття і покращити її життя. Крім того, Юнг відзначав, що психологічна травма може мати корені у неусвідомлених аспектах психіки людини, які він називав тінню. Тінь - це аспекти нашої особистості, які ми намагаємось приховати від інших і навіть від себе самого. Він відзначав, що ці неусвідомлені аспекти можуть викликати психічну травму, якщо вони виходять на поверхню[16].

У праці відомого вченого О. Феніхель можна побачити опис типових симптомів психологічної травми:

1. Розлади настрою: це може включати почуття пригнічення, постійну тривогу, втрату інтересу до попередньо приємних речей.
2. Розлади сну: постраждалі можуть стикатися з проблемами засипання та пробудження.

3. Відчуття відчуження: постраждалі можуть відчувати відчуження від інших людей, відчуття втрати контролю над ситуацією та відчуття недооціненості.

4 .Розлади пам'яті та уваги: постраждалі можуть відчувати складнощі з концентрацією та згадуванням подій.

5. Гіпервігідність та постійна тривога: постраждалі можуть переживати збудження та підвищену тривогу, яка може проявлятися в посиленому реагуванні на звуки, світло та інші подразники.

6 .Саморуйнівна поведінка: постраждалі можуть прибігати до саморуйнівальної поведінки, такої як зловживання алкоголем або наркотиками, що може призвести до збільшення ризику для здоров'я та життя.

7. Ізоляція та відчуття вини: постраждалі можуть відчувати вину за те, що стали жертвою травми, та почуватися відірваними від інших людей.

Ці симптоми можуть проявлятися в різних комбінаціях та відрізнятися у кожного постраждалого, але їх можна розпізнати як типові прояви психологічної травми.

У 1947 році А. Кардінер з Гербертом Шпігелем та Джоном Шпігелем з Рой Грінкер дійшли спільного висновку, що на воєнну травму великий вплив має емоційна прив'язаність між бійцями. Прагнучи знайти рішення у лікуванні травми, вчені використовували різноманітні заходи, у тому числі і гіпноз- Абрам Кардінер та Герберт Шпігель та « наркосинтез»- Рой Грінкер разом з Джоном Шпігелем[9].

Головним центром уваги «лікування розмовою» при воєнному неврозі було відновлення психічного стану а також катарсичне повторне переживання травматичних спогадів, які супроводжувались відповідними емоціями. Певного погляду у той час на поняття «травма» не було, тому у медичних структурах використовувались різноманітні терміни, такі як: «невростенічна реакція», «амбітимоїдний невроз», «істреропатія», «екзогенна травма», «травматична неврастенія», «травматична психастенія» та інші. Варто відзначити, що у

дослідженнях Кеті Серечайлд наголосила про почуття та переживання, які проживає жінка у наслідок сексуального насилля. Через що, згодом було отримано розголос та вивчення теми насилля через призму травми. У період 1975 року було відкрито Центр з дослідження згвалтувань при Національному інституті психічного здоров'я, де проводились активні дослідження, які стали основними джерелами знань у даній темі. Діана Рассел - це відомий американський психотерапевт та дослідник, яка зробила значний внесок у розвиток теорії психотравми. Вона працювала з ветеранами війни, жертвами сексуального насильства та іншими постраждалими від травми[8]. Дослідження Діани Рассел були спрямовані на вивчення наслідків психотравматичних досвідів, таких як сексуальне насильство та насильство в сім'ї. Її дослідження привертає увагу своєю складністю та масштабним дослідженням як на 1890 рік. Було опрацьовано історії 900 жінок та описано про досвід їхньої травми, сексуального насилля, у тому числі і в дитячому віці. На основі своїх досліджень, Рассел розробила теорію про те, що психотравма може викликати дисоціацію, тобто роз'єднання між свідомим і несвідомим рівнями досвіду. Вона також показала, що психотравма може викликати глибокі зміни в мисленні, почуттях та поведінці. Рассел відзначала, що після травматичної події постраждалі можуть почувати себе беззахисними, вразливими та розчарованими. Вони можуть відчувати втому, побої та стрес, які можуть призвести до негативних наслідків для здоров'я та добробуту. Рассел також зазначала, що після травми люди можуть відчувати потребу у зв'язку з іншими людьми та підтримці. Дослідження Діани Рассел сприяли розвитку психотерапії для жертв травми та стали важливим внеском у розуміння наслідків психотравматичних досвідів. Вона допомогла поширити усвідомлення про необхідність підтримки та терапії для жертв травми.

Жінки, що пережили згвалтування, пояснювали, що найбільший страх вони мали перед смертю та каліцтвом. Медсестра психіатричного відділення Енн Берджес та соціолог Лінда Голстром помітили, що жертви скаржаться на різноманітні симптоми, а саме безсоння, лякливість, нічні жахіття та нудоту, та мають

присутні симптоми дисоціації та заціпеніння. Факти які вони отримали, свідчать про схожість виявлених симптомів із раніше досліджуваними симптомами у ветеранів бойових дій. Дослідниці дали цьому назву «синдром травми згвалтування»[12].

Психолог Ленора Вокер, яка працювала із жінками та дітьми, які страждали від сексуального насилля у сім'ї назвала це «синдром побитої жінки». Синдром побитої жінки - це психологічний стан, який може розвиватися у жінок, які були піддані насильству з боку своїх партнерів або інших близьких людей. За словами Ленор Вокер, жінки, які пережили насильство, можуть розвивати ряд поведінкових і психологічних симптомів, включаючи низьку самооцінку, страх, тривогу, депресію, почуття неповноцінності, безсилля та відчуття вини.

Синдром побитої жінки може бути викликаний не тільки фізичним насильством, а й емоційним та психологічним насильством, таким як погрози, інтимний терор, контроль над життям жінки, соціальна ізоляція тощо. Ленор Вокер, разом з іншими дослідниками, досліджувала психологічні наслідки насильства, що спричинили відчуття вини, неповноцінності та безсилля у жінок. Вона допомогла підняти свідомість про проблему насильства щодо жінок та сприяла розвитку психологічних послуг для жінок, що пережили насильство. У період 1980 року характерний синдром психологічної травми уперше став вважатися «реальним» діагнозом. Великим досягненням того ж року було включення до посібника із психічних розладів категорію, яка отримала офіційну назву «посттравматичний стресовий розлад»[22].

В особи, яка пережила сильний травмуючий стрес, присутній механізм травматичної пам'яті, який необхідний їй для виживання, що являється причиною посттравматичних стресових станів. Коли ж стресор перестає виконувати свою дію, спогади, які збереглись у довгостроковій пам'яті починають відтворюватися усе частіше чим спричиняють розвиток посттравматичного стресового розладу. Посттравматичний стресовий розлад

(ПТСР) – це інтенсивна, пролонгована реакція на сильний травматичний стресор, такий, як природні катаклізми (землетруси, повені, пожежі), лиха, викликані людьми (переслідування, терористичні акти, воєнні дії), насильство (розбійний напад, зґвалтування, тортури). Згодом було доведено, що психологічний синдром в осіб які пережили війну та насильство являється одним і тим же.

Зазвичай травму пов'язували у більшості випадків з фізичним, сексуальним, емоційним насильством та війною, однак у 1996 році П. Левін доповнив перелік подій. Він вказав, що велика кількість «звичайних» ситуацій, навіть цілком сприятливих, можуть нанести значний вплив на утворення психологічної травми. До цього переліку він додав медичні маніпуляції, дорожньо-транспортні пригоди та інші. Травмована психіка має можливість продовжувати травмувати себе через синдром нав'язливого повторення – такий висновок зробив Ленора Вокер. Він писав про те, що бувають психотравми не сумісні з життям особистості, тобто після травми людина не буде такою як була[5].

Отже, дослідження травми з початку розглядалося під іншими назвами, такими як: «істерія», «невроз матки», «жіночий невроз», «невроз», «контузія», «воєнний невроз» та інші. Історія несла за собою багато противоріч та припинень вивчення травми, проте згодом принесла свої досягнення. Поняття «травма» було визнано як хворобу та внесено до посібника із психічних розладів категорію, яка отримала офіційну назву «посттравматичний стресовий розлад».

1.2.Класифікація психотравми у психологічній літературі

У науковому середовищі є безліч різноманітних класифікацій, проте немає загальноприйнятої єдиної класифікації психологічних травм. Найперше виділяють класифікацію дитячих травм, які безпосередньо впливають на психіку та розвиток дитини.

Характеристика дитячих травм:

1. За типом травми:

- Насильство: фізичне, сексуальне, емоційне або психологічне насильство, зокрема з боку батьків, опікунів або інших дорослих;
- Небезпека: небезпечні ситуації, такі як природні катастрофи, війна, терористичні акти, аварії, пожежі тощо;
- Втрата: втрата близької людини, домашнього улюбленця, розлучення батьків, втрата дому, місця проживання, скасування важливих подій тощо;
- Хронічний стрес: надмірний тиск у сім'ї або школі, пов'язаний з поганими оцінками, булінгом, низькою самооцінкою, виснаженням або депресією.

2. За віком дитини:

- Новонароджені та немовлята: виникає в результаті відсутності догляду або поганого догляду, травми при народженні, неправильного харчування або медичної помилки;
- Діти дошкільного віку: можуть бути психологічно травмовані в результаті сімейних конфліктів, насильства або втрати близьких людей;
- Школярі: можуть стати жертвами булінгу, зазнавати психологічний тиск від однокласників або вчителів, та стикатися зі стресом від іспитів та навчальних вимог.

3 За типом симптомів:

- Поведінкові симптоми: зниження активності, сонливість, роздратування, агресивність, нездатність до концентрації[19].

Також до однієї із класифікацій відноситься:

- втрати близьких людей (фізичні — смерть, психологічні — розлучення);
- травма “розбитого серця” (зрада, нерозділене кохання);
- зґвалтування, сексуальні спокушання;
- пережиті нещасні випадки та катастрофи

Михайло Решетніков, український психолог і психотерапевт, пропонує класифікацію психотравм на основі характеру та механізму їх виникнення.

1. Органічні психотравми - виникають у результаті прямої дії на організм фізичних чинників, наприклад, через травму голови, ураження електричним струмом, наркотичне отруєння.

2. Психогенні психотравми - виникають у результаті психічного тиску на людину. Це можуть бути негативні події, такі як сімейні конфлікти, розлучення, втрата близької людини, нещасний випадок, пригода, війна тощо.

3. Міксові психотравми - поєднують ознаки обох попередніх типів.

4. Кумулятивні психотравми - виникають на основі послідовної накопичення дрібних травм, що стаються в житті людини. Це можуть бути різні ситуації, наприклад, постійний стрес на роботі, проблеми зі здоров'ям, повсякденні труднощі тощо.

5. Трансгенераційні психотравми - передаються через покоління. Наприклад, це може бути наслідком війни, голодомору, репресій, травматичних подій, які сталися з попередніми поколіннями і впливають на ставлення до життя та психіку нащадків[11].

Ці типи психотравм можуть проявлятися по-різному у кожної людини і відображатися на її психічному стані та поведінці. Важливо вчасно розпізнавати психотравми та звертатися до кваліфікованого фахівця.

Американський психіатр і психотерапевт Андре Венгер розробив модель переживання психотравми, яка складається з чотирьох етапів:

1. Шок і заперечення: на цьому етапі людина переживає почуття шоку, неповірення та заперечення того, що сталося. Вона може відчувати втому, слабкість і безпорадність, що призводить до зниження енергетичного рівня та концентрації.

2. Пошук і розпізнавання: після того, як шок пройде, людина починає активно шукати інформацію про те, що сталося. Вона може відчувати страх, тривогу, сумнів та плутанину в думках.

3. Розуміння і прийняття: на цьому етапі людина починає розуміти та приймати те, що сталося. Вона може відчувати гнів, обурення, вина, сором та інші негативні емоції. Цей етап може бути дуже важким для переживання.

4. Відновлення: на цьому етапі людина відновлює своє життя після травми. Вона може почуватися сильнішою, знаходити новий зміст у житті та розвиватися як особистість[7].

Важливо зазначити, що кожна людина переживає психотравму по-своєму, і її етапи можуть тривати різні періоди часу. Також, на кожному етапі можуть виникати різні емоції та реакції, і це залежить від типу травми, що сталася, та індивідуальних особливостей людини.

Важливий внесок у класифікацію травм зробив К. Еріксон він вважав, що розвиток особистості відбувається через проходження восьми етапів розвитку, кожен з яких має свої особливості та завдання. Два з цих етапів - індивідуальна травма та колективна травма - є особливо важливими для формування особистості та її подальшого розвитку. Індивідуальна травма - це досвід, який спричинює психологічне порушення у дитинстві та підлітковому віці, що може вплинути на подальший розвиток особистості. Це можуть бути такі події, як втрата батьків, насильство, зловживання, розлучення батьків та інші.

Колективна травма - це досвід, який виникає в результаті подій, що стосуються широкого кола людей, таких як природні катастрофи, війни, терористичні акти та інші. Це може спричинити поширене психологічне порушення серед людей та вплинути на їхній розвиток та поведінку[20].

Еріксон вважав, що такі травматичні досвіди можуть викликати певні кризи на різних етапах розвитку, що може вплинути на спосіб, яким людина

сприймає світ та взаємодіє з іншими людьми. Наприклад, індивідуальна травма в дитинстві може викликати кризу довіри на першому етапі розвитку, що може вплинути на розвиток міжособистісних відносин у подальшому житті. Тому слід зазначити, що індивідуальна та колективна травма є важливими досвідами, які можуть вплинути на розвиток особистості.

Отже, різноманітні класифікації вчених про види травм внесли вагомий вклад в історію її вивчення. Деякі класифікації мають подібності між собою, проте кожна з них вносить своє бачення проблем психологічного характеру. А. Венгер виокремив типові етапи переживання психотравми, а соціогуманістична теорія визначила основні напрями травми[6].

1.3. Вивчення психологічної травми в період повномасштабного вторгнення в Україну у 2022 році

Вивчення психологічної травми в період повномасштабного вторгнення Росії в Україну у 2022 році - це важливе завдання для психологів, які працюють з постраждалими від конфлікту. Ця подія може залишити негативні наслідки для здоров'я та благополуччя людей, які були безпосередньо або опосередковано задіяні в конфлікті. У психології травми вважається, що особистість може досвіджувати психологічний стрес, коли вона зіткнулася з подією, яка становить загрозу її життю або життю близьких, або коли вона стикається зі сильними фізичними або емоційними переживаннями, які викликані такою подією.

Події, які почали відбуватися у країні в 2014 році принесли багато травматичних наслідків для військовослужбовців та мирних жителів. Більшість бійців, які поверталися з зони бойових дій мали присутні неадекватні та нервові реакції. У незначній кількості бійців розвивається ПТСР, про те, це відбувається не у всіх.

Під час війни людина здатна проживати різні стадії:
1. Заперечення — цілком нормальна захисна реакція психіки. У цьому стані люди

- часто бувають забудькуватими, дезорієнтованими, дезорганізованими.
2. Злість, агресія — наслідок усвідомлення змін. Люди можуть відчувати несправедливість, сильну ненависть, гнів, будь-які інші руйнівні емоції.
 3. Тривога- одна з найчастіших реакцій, часто ми відчуваємо фонову тривогу, яку можемо ігнорувати. Саме вона може впливати на наші переконання без нашого відома, маючи вплив на нашу увагу, вона може формувати світогляд та систему цінностей людини.
 4. Синдром відкладеного життя- період коли людина починає економити власні ресурси, відмовляти у задоволеннях собі. Це може призвести до апатії.
 5. Синдром вижившого, сором та провина- ці всі емоції зустрічаються у людей, які покинули свої міста та вирушили на пошуки безпечного місця.
 6. Сум та печаль- можуть виникати у вигляді фізичних реакцій, наприклад тяжкість у кінцівках чи стиснення у грудях[24].

Фізичні прояви психотравми:

- Безсоння, порушення сну.
- Часті кошмари.
- Можлива підвищена сонливість.
- Прискорене серцебиття, дискомфорт в області серця.
- Болі різної інтенсивності та локалізації, не пов'язані з наявними соматичними захворюваннями.
- Хронічна втома, виснаження навіть від легких справ.
- Постійна напруга у м'язах.
- Тремор, неакуратність, порушення координації.

Для вивчення психологічної травми під час вторгнення, психологи використовують різні методики та підходи, зокрема анкетування, спостереження, інтерв'ювання та інші методи. Вони досліджують такі аспекти, як реакція на події, рівень тривоги та депресії, якість сну, рівень фізичної та

емоційної втоми, відчуття безпеки та контролю, ставлення до здоров'я та звичок і т.д[29].

Отримані результати досліджень допоможуть психологам розробити програми психологічної підтримки для людей, які досвідчують психологічну травму внаслідок вторгнення Росії в Україну. Такі програми можуть містити різноманітні підходи, такі як індивідуальні консультації, групову терапію, психологічну підтримку через телефон та інтернет.

Висновки до 1-го розділу

Вивчення поняття "травма" почалося давними-давними часами і супроводжувалося різними назвами, які згодом отримали свій власний напрямок. Одним з найпростіших та найпоширеніших визначень травми є гостре та руйнівне переживання. Протягом декількох десятиліть поняття травми вивчалось у різних аспектах та дослідженнях, що внесли значний внесок у розуміння та вирішення цієї проблеми. За допомогою досліджень та внесків вчених, суспільство отримало багато різних класифікацій травми, деякі з яких мають схожі аспекти, але кожна з них внесла своє бачення щодо проблем психологічного характеру.

Історичні події дозволили нам з'ясувати, як травма може впливати на ціле суспільство та які наслідки можна очікувати в майбутньому. К. Еріксон зосередився на дослідженні властивостей травми в контексті спільнот, що стало відправною точкою для вивчення колективної травми. Поняття історичної травми визначає сукупність емоційних та психологічних вражень, які накопичуються протягом життєвого шляху конкретної людини та її нащадків. Після деякого часу та проведення різноманітних досліджень, поняття "травма" було визнано хворобою та включено до категорії психічних розладів у посібнику, отримавши офіційну назву "посттравматичний стресовий розлад".

Кожна історична подія сприяла інтенсивному вивченню поняття "травма", що дало змогу класифікувати їх та знайти ефективні методи для їх вирішення.

В результаті теоретико-методологічного аналізу поняття психологічної травми в науковій літературі можна зробити кілька висновків.

По-перше, психологічна травма є складним та багатогранним явищем, що має багато аспектів та залежить від індивідуальних та соціальних чинників.

По-друге, визначення психологічної травми є предметом обговорення серед вчених та може відрізнятися залежно від підходу та контексту дослідження.

По-третє, психологічна травма може мати серйозні наслідки для психічного та фізичного здоров'я людини, а також для її соціального функціонування та якості життя.

По-четверте, розуміння психологічної травми є важливим для розробки ефективних методів попередження та лікування психологічних проблем, пов'язаних з цим явищем.

Отже, для науковців і практиків в галузі психології та психіатрії, а також для всіх, хто цікавиться здоров'ям та благополуччям людей, розуміння поняття психологічної травми є важливим завданням.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АСПЕКТІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Методологія емпіричного дослідження

Для розв'язання визначених завдань нами було використано:

1) комплекс теоретичних методів (аналізу, синтезу та узагальнення) представлених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми;

2) емпіричні – психодіагностичні методики: опитувальник PCL-5; методика «Шкала депресії» А. Бека; оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна).

3) математико-статистичні методи опрацювання даних. У дослідженні брали участь військовослужбовці (40 осіб). Для проведення дослідження було розроблено основні його етапи, які допомогли у реалізації поставленої мети та завдань.

1. Підготовчий етап.

– обрано експериментальну вибірку у кількості 40 респондентів;

– проаналізовано теоретичний матеріал з досліджуваної проблеми.

2. Планування і розробка процедури дослідження.

- опитувальник PCL-5;

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Опис травматичної події – Критерій А;

Симптоми інтрузії (від 1 по 5 запитання) – Критерій В;

Симптоми уникнення (6 та 7 запитання) – Критерій С;

Негативні думки та емоцій (від 8 по 14 запитання) – Критерій D;

Симптоми надмірної реактивності (від 15 по 20 запитання) – Критерій E.

Інтерпретація балів відбувається за допомогою загального підрахунку кількості балів. Згідно чого ми можемо дізнатися рівень ПТСР у досліджуваного.

Для констатації ПТСР пацієнт повинен мати експозицію до травмуючої події, набрати 2 або більше балів хоча б по одному із запитань критеріїв В та С, а також 2 або більше балів хоча б по двом запитанням критеріїв D та E. Тривалість симптомів має складати > 1 місяця. «Загальні рейтинги» є допоміжними для визначення ступеню функціональних порушень, тяжкості розладу, змін під час лікування, рівня деперсоналізації / дереалізації та валідності результатів.

- оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна);

Тест Спілбергера-Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей 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).

Дослідження ситуативної або реактивної тривожності вивчається через суб'єктивно пережиті емоції : напругу, занепокоєння, заклопотаність та нервозність. Цей стан з'являється як емоційна реакція на стресову ситуацію та проявляється у різній інтенсивності та динамічності. Бланк складається із 20 питань, на які досліджуваний дає відповідь. Відповіді оцінюються у балах 1- немає, це не так; 2- мабуть, так; 3-вірно; 4-цілком правильно. У залежності від обраного твердження ми ставимо відповідний бал у бланку збоку запитання.

Показник ситуативної тривожності підраховується за формулою:

$$PT = (3,4, 6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =$$

Згідно цього відбувається підрахунок по усіх питаннях із методики та за

допомогою кінцевого балу відбувається визначення рівня тривожності досліджуваного.

Результати базуються у діапазоні:

- до 30 балів - низький рівень тривожності;
 - 31-45 балів - середній рівень тривожності;
 - 46 балів і більше - високий рівень тривожності.
- методика «Шкала депресії» А. Бека;

Дана методика запропонована А. Т. Беком і його колегами в 1961 році і розроблена на основі клінічних спостережень авторів, які дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш часто пред'являються пацієнтами скарг. Після співвіднесення цього списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться у відповідній літературі, був розроблений опитувальник, що включає в себе 21 категорію симптомів і скарг.

1 – сум; 2 – песимізм; 3 - відчуття невдачі; 4 – незадоволеність собою; 5 – почуття провини; 6 – відчуття покарання; 7 – самозаперечення; 8 – самозвинувачення; 9 – наявність суїцидальних думок; 10 – плаксивість; 11 – дратівливість; 12 – відчуття соціальної відчуженості; 13 – нерішучість; 14 – дисморфофобія; 15 – труднощі у роботі; 16 – проблеми зі сном; 17 – втомлюваність; 18 – втрата апетиту; 19 – зміна ваги; 20 – занепокоєння станом здоров'я; 21 – втрата сексуального потягу.

Питання стосуються поведінки, думок та почуттів досліджуваного у найближчі два тижні. Шкали дають змогу виявити рівень прояву симптоматики депресії. Кожне з тверджень оцінюється від 0 до 3 балів. Досліджуваний може набрати максимальну кількість – 63 бали. Якщо результат базується у діапазоні від 0 до 9- депресія відсутня. Легкий рівень депресивного стану базується у показниках

від 10 до 15. Виражена депресія тяжкої важкості коливається у діапазоні від 20 до 29 балів. Важка форма депресії- від 30 до 63 балів.

3. Аналіз результатів дослідження.

Отримані результати обраховувались за допомогою методів математичної статистики. На основі кількісної інформації зроблена якісна обробка результатів.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувалися:

- поглибленим теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних положень дослідження;
- сукупністю методів та методик, адекватних предмету, меті та завданням дослідження;
- репрезентативністю вибірки.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Аналіз отриманих результатів за опитувальником Спілбергера-Ханіна, показав, що у військовослужбовців, що взяли участь у дослідженні переважає середній рівень тривожності і становить 60 % вибірки. Такі люди стараються контролювати свої емоції, вміють знаходити вихід із провокуючих ситуацій, які спонукають до почуття тривоги. Але не завжди їм вдається «обійти» тривожність, іноді навпаки – впадають у депресивні стани на фоні занепокоєння чи страху та закриваються у собі.

Високий рівень переважає у 30 % опитаних. Їм властиве емоційне занепокоєння: острах, побоювання, страхи. Підвищений рівень тривожності може свідчити про його недостатню емоційну пристосованість до тих або інших соціальних ситуацій. У таких досліджуваних виявлено поганий сон, кошмарні сновидіння, відчуття провини за те, що вижили, а інші побратими загинули.

У військовослужбовців помічається наявність флешбеків – спогадів про минулий досвід, неадекватну реакцію на крики, раптові плескання, тихі кроки.

У них також погіршилася пам'ять, концентрація уваги зменшилася. Вони розчаровані подіями які відбулися і на які не змогли вплинути, щоб захистити інших. Низький рівень становить 10 % експериментальної вибірки. Такі люди чітко усвідомлюють, що важкий етап вже пройшов і немає причин для переживань та тривоги. Вони є активними представниками групи та впевнено рухаються до поставленої цілі. Чітко розуміють, що вже пройшов час тривоги та варто рухатися вперед, хоча і маленькими кроками. Але аналізуючи їх поведінку, можна стверджувати, що у них присутні приховані побоювання через які може підвищуватися рівень реактивної тривожності. Страх невідповідності очікуванням оточення, тобто орієнтація на значущість інших в оцінюванні своїх результатів, учинків, думок, тривога з приводу оцінок, які дають навколишні, очікування негативного оцінювання.

Таким чином, у військовослужбовців із низькими показниками відсутній негативний вплив стану тривожності на особистість, також відсутні надмірні хвилювання, але присутній достатньо високий рівень емоційної стабільності (див. рис. 2.1.).

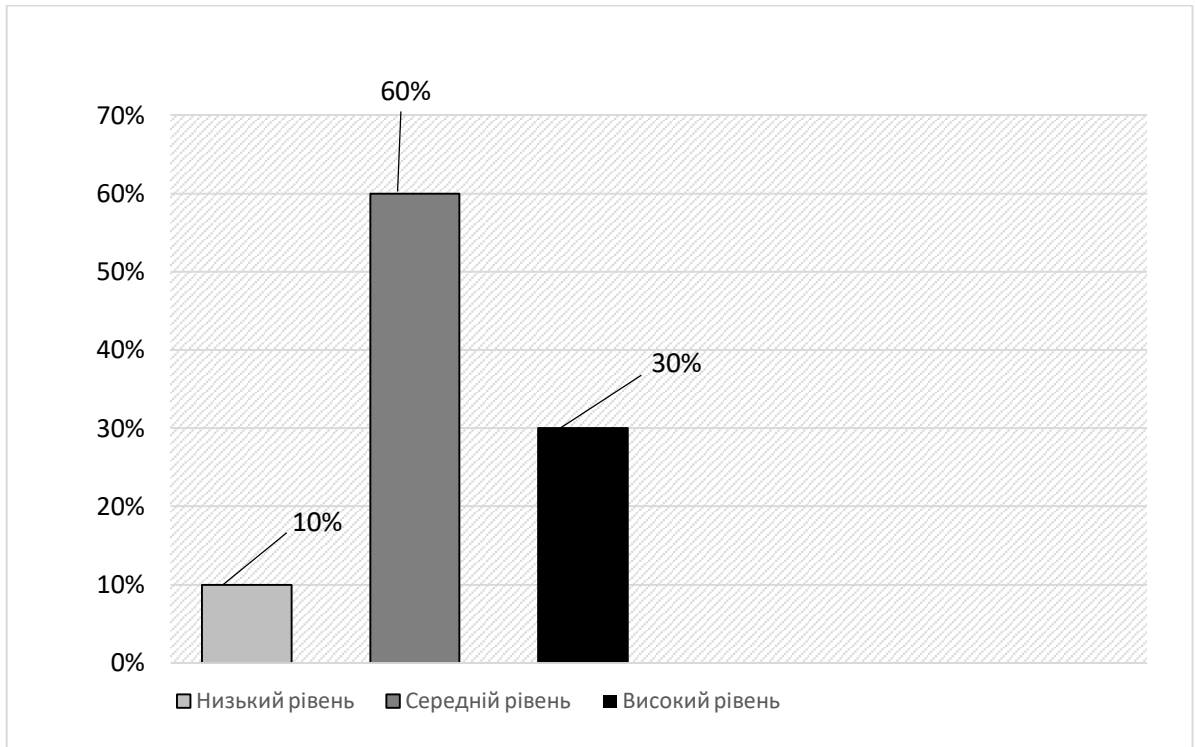


Рис. 2.1. Рівні тривожності у військовослужбовців

Також, нами було проаналізовано два види тривожності у військовослужбовців за цією методикою: особистісна та ситуативна. Аналіз отриманих результатів показав, що у військовослужбовців переважає ситуативна тривожність і становить 70 % вибірки. Вона характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію.

Особистісна тривожність переважає 30 % військовослужбовців, що характеризує тенденцію особистості сприймати певний діапазон ситуацій як загрозливих, небезпечних для самооцінки і самоповаги (див. рис. 2.2.).

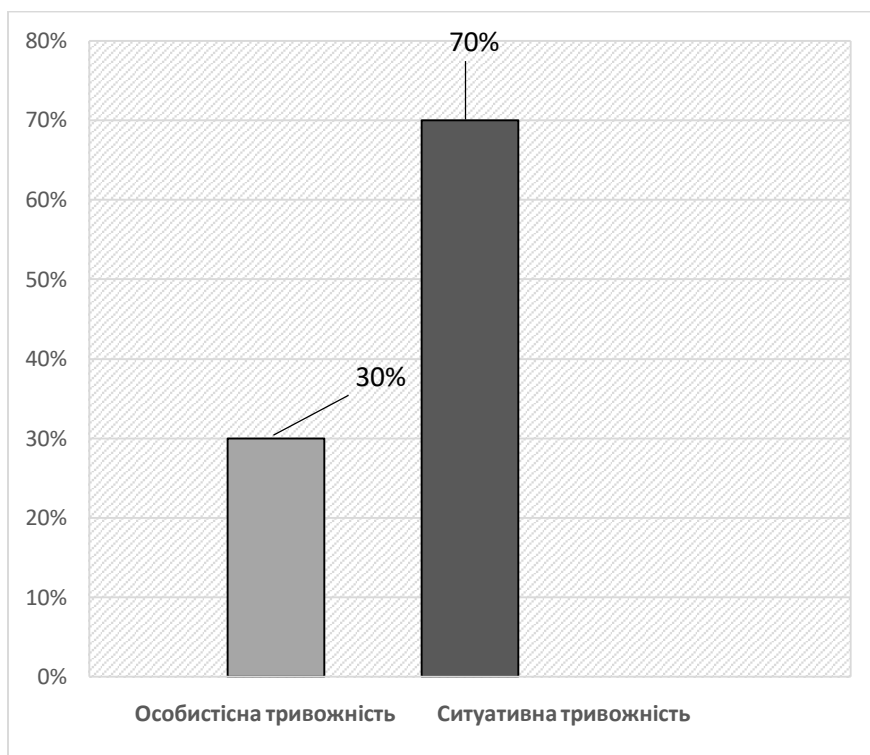


Рис. 2.2. Показники особистісної та ситуативної тривожності у військовослужбовців

Варто зауважити, що стресові ситуації призводять до підвищення тривожності у військовослужбовців: вона може проявлятися або ж відразу після події або через певний проміжок часу. Наслідками сильного стресу у військовослужбовців можуть бути: нав'язливі спогади, втрата сну і апетиту, порушення пам'яті, важкість в зосередженні, дратівливість, почуття «вкороченого майбутнього», втрата життєвих орієнтирів, кошмарні сновидіння про пережиту подію, втрата здатності відчувати сильні почуття і емоції, погіршення настрою при спогадах про подію, бажання уникнути думок і почуттів, пов'язаних з пережитою психотравмуючою ситуацією, лякливість.

Аналіз результатів дослідження за методикою «Шкала депресії» А. Бека показав, що серед опитуваних військовослужбовців переважає помірна форма депресії і становить 45 % вибірки. Таким досліджуванам притаманний високий рівень тривожності, постійне відчуття втоми та слабкості. Вони не можуть

більше перебувати на бойових завданнях, адже їх переповнює страх та відчуття спустошеності.

Легка депресія становить 20 % експериментальної вибірки. Депресія на даному етапі створює певні труднощі для нормального життя і небезпечна швидким переходом на наступну стадію. У таких досліджуваних переважають песимістичні погляди на майбутнє. Вони не вірять у покращення ситуації та вирішення проблеми, а навпаки налаштовують себе на зміни в гіршому напрямку. Для них притаманним є відчуття втоми та зниження рухової активності. Такі військовослужбовці не ставлять пріоритетів на майбутнє. Вони «занурені» у свій стан та намагаються шукати вирішення проблеми у собі.

Важка депресія переважає у 15 % опитуваних. Такий стан характеризується значним спадом настрою. Має такі симптоми: зниження здатності до концентрації уваги та неспроможність приймати своєчасне рішення, спроби відкласти прийняття рішення, постійне відчуття втоми, незвичайне збудження, рухова занепокоєність або, навпаки, рухова загальмованість, занижена самооцінка, відчуття провини, туги, відчаю. Така депресія потребує психологічної допомоги. Військовослужбовцям необхідно в обов'язковому порядку звернутися за консультацією до психотерапевта (див. рис. 2.3.).

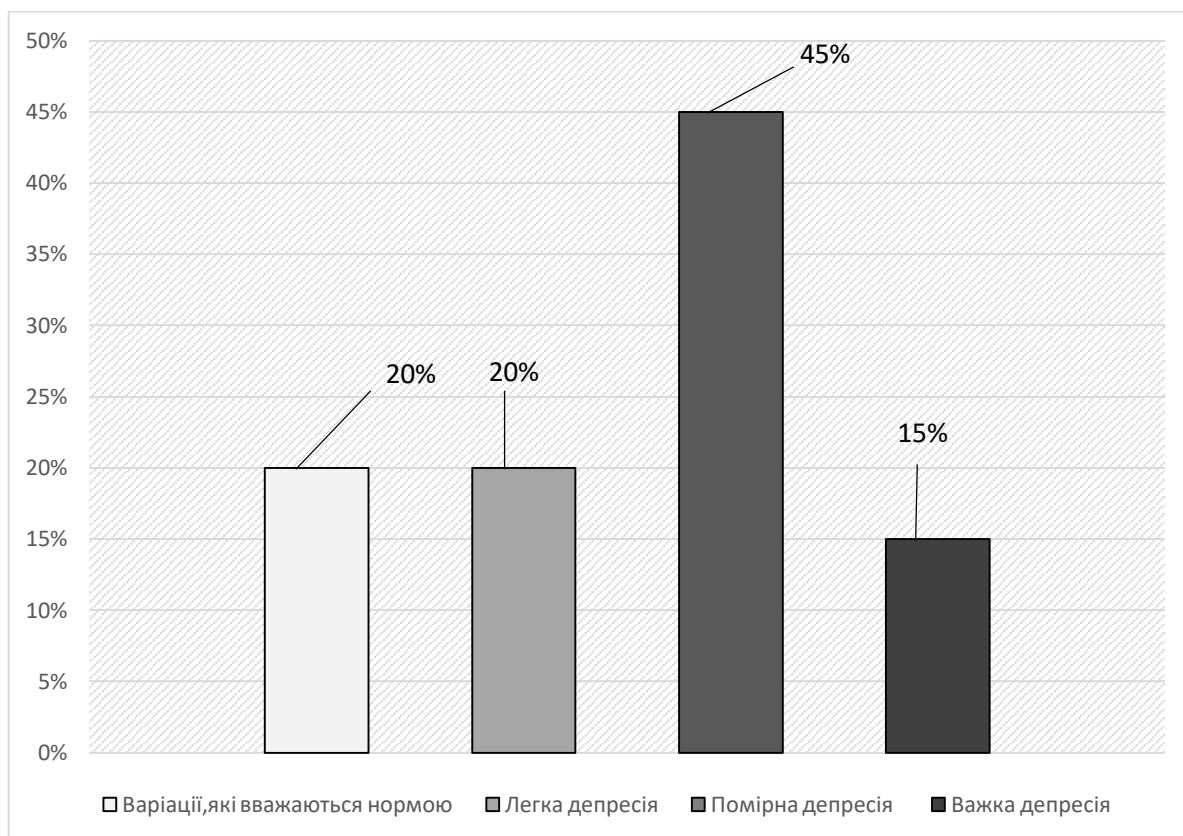


Рис. 2.3. Показники депресії у військовослужбовців

Варіації, які вважаються нормою притаманні 20 % військовослужбовцям. Такі люди змогли прийняти той факт, що вже не буде як раніше. Вони змогли проходити службу і залишитися без підвищеного рівня тривожності та з мінімальними проявами депресії. Чітко розуміють свої плани на майбутнє та вірять у перемогу. При легкій депресії, яка не минає, та при депресії середньої тяжкості застосовують психотерапію. Це може бути, наприклад, когнітивноповедінкова терапія. Для середньої та важкої депресії часто потрібне поєднання психотерапії та антидепресантів.

Аналіз результатів дослідження за опитувальником PCL-5 показав, що у військовослужбовців переважає помірний рівень вираженості ПТСР і становить 60 % опитуваних. Для них характерними є надмірна тривожність за власне життя, загальмованість та сплутаність свідомості. У 25 % досліджуваних високий рівень. Це тривожний розлад, спричинений дуже стресовими, лякаючими або неприємними подіями. Людина з виявленим ПТСР часто

переживає травматичну подію через нічні кошмари та спогади і може відчувати почуття ізоляції, дратівливості та провини. У них присутні різноманітні ознаки ПТСР: часті напади, які проявляються на тлі постійного перенапруження, нервова система виснажена, втрачається інтерес до життя, замкнутість, військові намагаються уникати оточуючих, часто з'являється незрозуміла агресія.

До симптомів ПТСР у військовослужбовців відносять такі зміни:

- постійні занурення в події минулого, що навіюють тривожні стани;
- відчуття напруги;
- апатія, небажання жити;
- ознаки виснаження центральної нервової системи;
- притуплення емоцій, звуження свідомості;
- нав'язливі спогади;
- порушення пам'яті та розлади сну;
- відсутність задоволення, радості життя, соціальна відчуженість (див.

рис. 2.4.).

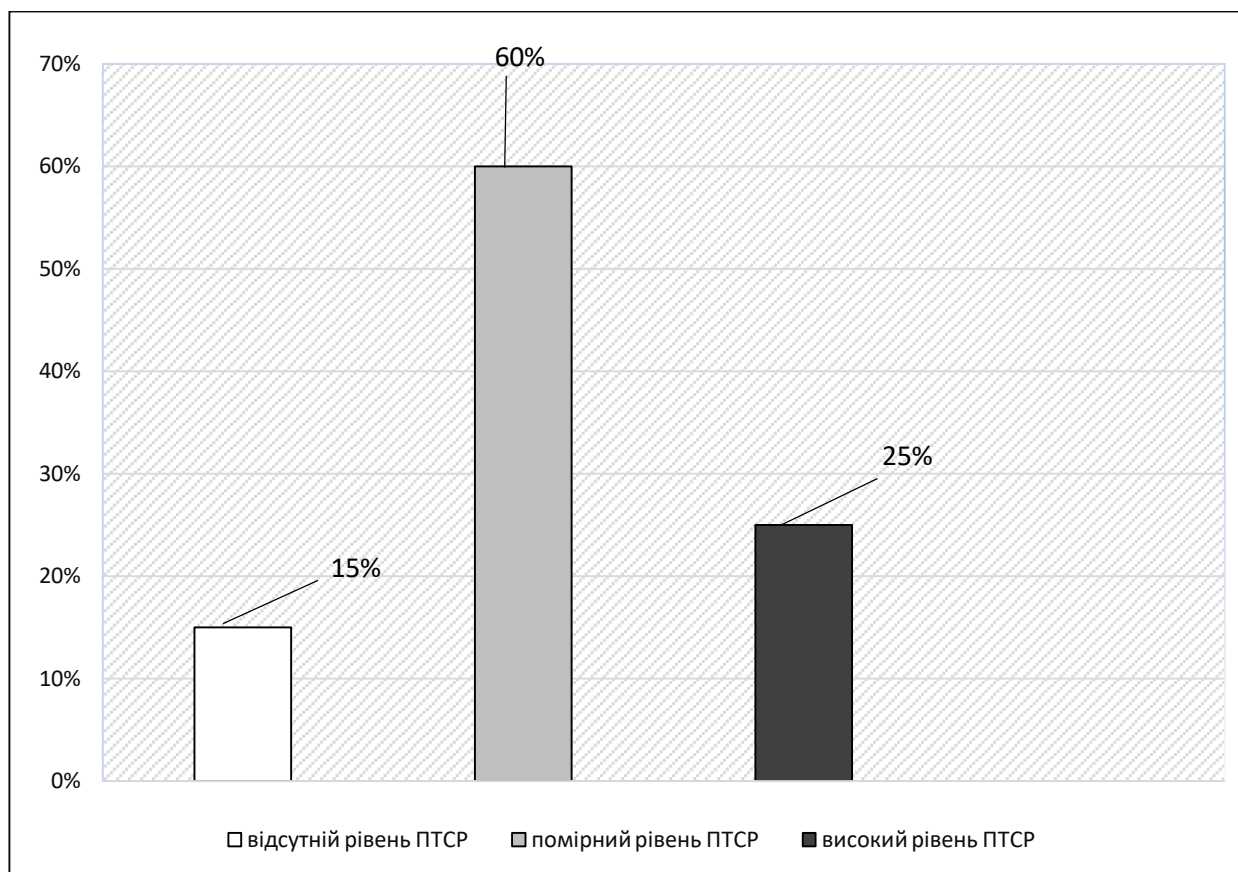


Рис. 2.4. Показники вираженості ПТСР у військовослужбовців

Відсутній ПТСР лише у 15 % військовослужбовців, що взяли участь у дослідженні. Самопочуття досліджуваних в нормі, зберігається здатність до професійної діяльності та можливість спілкування з іншими людьми. Варто зауважити, що наше дослідження було спрямоване на діагностику тривожності, депресії та ПТСР серед військовослужбовців. Саме тому, за отриманими результатами було підібрано комплекс вправ для зниження рівня тривожності та депресивних проявів.

Вправа «Я в майбутньому» (до 15 хв.)

Мета: постановка цілей у тривожних ситуаціях, та можливість активізації власних думок.

Хід вправи: психолог пропонує учасникам закрити очі, подумати і уявити себе, наприклад, через 10 років, 15. Звернути увагу на зовнішність

(одяг, зачіску), вид заняття, місце проживання. Потім по черзі кожний учасник описує свій образ в майбутньому (інший варіант – намалювати себе).

Запитання для обговорення:

1. Які почуття у вас виникали, якщо уявляли себе?
2. Які почуття виникали, коли розповідали?
3. Чи полюбили ви себе?

Запам'ятайте свій образ в майбутньому, часто його собі нагадуйте і прагніть, щоб ви стали ним через певний проміжок часу.

Релаксаційна вправа «Подорож» (до 10 хв.)

Мета: емоційний відпочинок, усвідомлення своїх проблем і їх подолання, отримання позитивних емоцій.

Хід вправи: учасникам пропонується зайняти зручне положення, заплющити очі, розслабитися.

Ведучий під спокійний музичний супровід говорить: «Уявіть, що ви входите у весняний яблуневий сад, повільно йдете алеєю, вдихаючи з насолодою аромат ніжних блідо-рожевих квітів. Вузькою стежкою ви підходите до хвіртки, відчиняєте її і потрапляєте на чудову зелену галявину. М'яка трава похитується, приємно дзижчать комахи, вітерець легко дмухає вам у обличчя, ваше волосся розлітається... перед вами з'являється озеро... вода прозора та срібляста. Ви повільно йдете берегом уздовж грайливого струмочка, підходите до водоспаду. Ви входите в нього, і сяючі струмені очищують вас, наповнюючи силою й енергією. За водоспадом грот. Тихий, затишний, у ньому ви залишаєтесь один на один із собою (пауза). А тепер настав час повертатися. Подумки пройдіть увесь свій шлях у зворотному напрямку, вийдіть із яблуневого саду та тільки тоді розплющіть очі».

Вправа «Повітряна кулька» (до 5 хв.)

Мета: зняття напруги.

Хід вправи: Уявіть собі, що у ваших грудях знаходиться повітряна кулька. Вдихніть через ніс і повністю заповніть легені повітрям. Видихніть його ротом і відчуйте, як воно виходить з легень. Повторюйте, не поспішаючи. Дихайте та уявляйте, як кулька наповнюється повітрям і стає все більшою та більшою. Повільно видихніть ротом, ніби повітря тихенько виходить з кульки. Зробіть паузу і порахуйте до десяти. Знову вдихніть і наповніть легені повітрям. Затримайте його, порахуйте до 3-х, уявляйте при цьому, що кожна легеня – це надута кулька. Видихніть. Відчуйте, як тепле повітря проходить через легені, горло, рот. Повторіть 3 рази, вдихаючи та видихаючи повітря. Зупиніться та відчуйте, що ви сповнені енергії, а все напруження зникло. Після вправи відбувається обговорення заняття.

Вправа «Рахунок» (до 15 хв.)

Мета: зняття психоемоційної напруги.

Хід вправи: цю вправу можна робити в будь-якому місці. Потрібно сісти зручніше, скласти руки на колінах, поставити ноги на землю й знайти очима предмет, на якому можна зосередити свою увагу. Почніть рахувати від 10 до 1, на кожному рахунку роблячи вдих і повільний видих (Видих має бути помітно довше вдиху.) Заплющіть очі. Знову порахуйте від 10 до 1, затримуючи подих на кожному рахунку. Повільно видихайте, уявляючи, як з кожним видихом зменшується й нарешті зникає напруження. Не розплющуючи очі, рахуйте від 10 до 1. Цього разу уявіть, що видихуване вами повітря пофарбоване в теплі пастельні тони. З кожним видихом кольоровий туман стає густішим, перетворюється на хмари. Пливить ласкавими хмарами доти, поки очі не розплющуються самі. Щоб знайти потрібний ритм рахунку, дихайте повільно й спокійно, відгороджуючись від усіляких хвилювань за допомогою уяви. Цей

метод дуже добре послаблює стрес. Через тиждень почніть рахувати від 20 до 1, ще через тиждень – від 30, і так до 50.

Вправа «Енергія життя»

Час виконання: до 10 хв.

Мета: зняття втоми, емоційної напруги та досягнення рівноваги, впевненості.

Хід вправи: психолог пропонує таку техніку: «Сядьте вільно та заплющіть очі. Зробіть три глибоких вдихи й видихи... Уявіть себе деревом, яке вам подобається. Детально програйте в свідомості образ цього дерева: уявіть його міцний і гнучкий стовбур; гілки, які розхитує вітер; листя, звернене назустріч сонячним променям і дощу; циркуляцію поживних соків по стовбуру; коріння, яке міцно вросло в землю. Важливо відчутти поживні соки, які коріння втягує із землі. Земля – це символ життя, коріння – символ стабільності, зв'язок людини з реальністю. Відчуйте, як, вдихаючи повітря, ви витягуєте ці соки із землі, як вони наповнюють ваше тіло енергією життя. Відчувши приємну циркуляцію поживних соків, відкрийте очі».

Вправа «Перетворення в силу» (до 10 хв.)

Мета: усвідомлення власного «Я», зняття втоми й напруги, підтримка позитивного емоційного фону.

Хід вправи: учасникам пропонується виконати такі дії:

- 1) прямо станьте;
- 2) відмовтесь від зажимів та негативу;
- 3) піднімайте обидві руки до грудей;
- 4) міцно стисніть руки в кулаки;
- 5) з усією силою «викидайте» кулаки наверх. Вигукуйте в самий момент викиду, що ви - сила, що ви найкраща, справедлива, чесна, життєрадісна, наполеглива людина. Повторюйте вправу декілька разів.

2.3. Кореляційний аналіз

За результатами, отриманими в процесі дослідження, можна провести кореляційний аналіз.

Кореляційний аналіз проводився для трьох методів :

- анкета ПКЛ-5;
- анкета депресії за А. Беком;
- метод «Оцінка ситуативної (реактивного) тривожності (тест Спілбергера-Ханіна)».

Для того, щоб проаналізувати зв'язки між отриманими результатами емпіричного дослідження використовуємо кореляцію Пірсона. Показники отримані за допомогою стандартизованих методик та сконструйованих нами шкал та рівнів, підраховувалися згідно ключів, вводилися в електронну таблицю. На основі методу статистичної обробки даних були створені етапи кореляційного дослідження. Вони передбачали створення пар методик для детального аналізу та встановлення ступеню кореляційного зв'язку.

1. Статистичний аналіз за результатами діагностики по опитувальнику PCL-5 та методиці «Шкала депресії» А. Бека. Результати діагностичного зрізу представлені у *таблиця 1*.

Результати представлені у таблиці показують наявний позитивний кореляційний зв'язок між:

- 1) варіаціями, які вважаються нормою та відсутнім ПТСР на рівні значущості 0, 56**;
- 2) легкою депресією та помірним рівнем ПТСР на рівні значущості 0, 63**;

3) помірною депресією та помірним рівнем ПТСР на рівні значущості

0,76**;

4) важкою депресією та високим рівнем ПТСР на рівні значущості 0,71**

Перший кореляційний зв'язок між помірною депресією і помірним рівнем ПТСР є значущим і має міцний позитивний зв'язок ($r = 1,33$; $p = 0,01$)

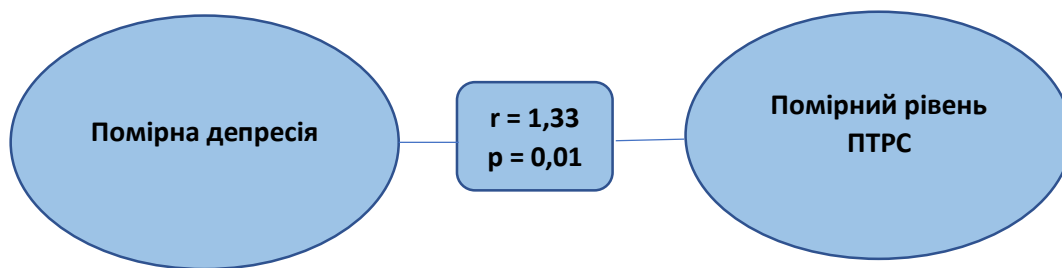


Рис. 2.5 Кореляційна плеяда

2. Статистичний аналіз за результатами діагностики по опитувальнику PCL-5 та методиці оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна). Результати діагностичного зрізу представлені у *таблиці 2*. Результати представлені у таблиці показують наявний позитивний кореляційний зв'язок між:

1) низьким рівнем тривожності та відсутнім ПТСР на рівні значущості 0,61**;

2) середнім рівнем тривожності та помірним рівнем ПТСР на рівні значущості 0,53**;

3) високий рівень тривожності та високий рівень ПТСР на рівні значущості 0,71**.

Найбільша кореляція спостерігається між високим рівнем тривожності та високим рівнем ПТСР ($r = 0,79$; $p = 0,01$), що свідчить про те, що люди з більш вираженою тривогою мають тенденцію до більш вираженого ПТСР.

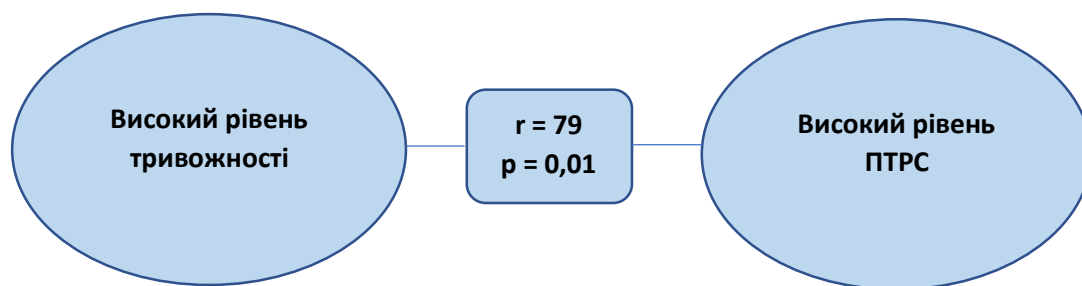


Рис. 2.6 Кореляційна плеяда

3. Статистичний аналіз за результатами діагностики по методиці оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна) та методиці «Шкала депресії» А. Бека. Результати діагностичного зрізу представлені у таблиці 3.

Результати представлені у таблиці показують наявний позитивний кореляційний зв'язок між:

- 1) варіаціями, які вважаються нормою та низьким рівнем тривожності на рівні значущості 0, 61**;
- 2) легкою депресією та низьким рівнем тривожності на рівні значущості 0, 74**;
- 3) помірною депресією та середнім рівнем тривожності на рівні значущості 0, 52**;
- 4) важкою депресією та високим рівнем тривожності на рівні значущості 0, 64**;
- 5) помірною депресією та високим рівнем тривожності на рівні значущості 0, 55**.

Третій кореляційний зв'язок показує, що легка депресія має високу позитивну кореляцію з тривожністю на всіх рівнях (0,74** на низькому, 0,13* на середньому та 0,31* на високому рівні) $r=0,44$ $p=0.01$. Це означає, що люди з легкою депресією мають більшу схильність до тривожності на всіх рівнях.

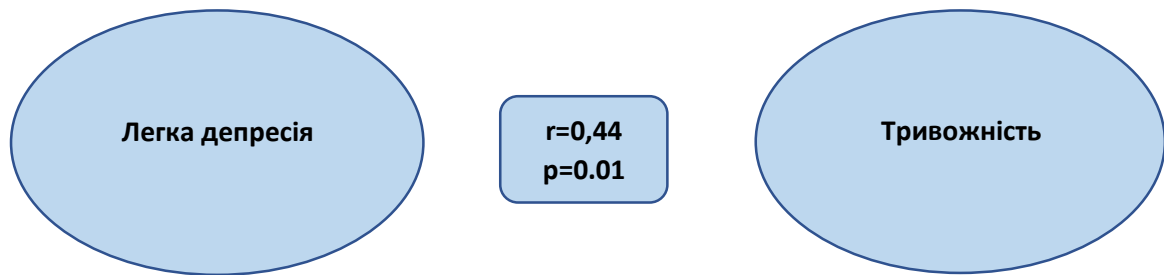


Рис. 2.7 Кореляційна плеяда

У роботі було проведено дослідження з метою встановлення факторів, що впливають на прояв посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців. Результати дослідження підтвердили гіпотези, що висунуто. Високий рівень ситуативної тривожності виявився значущим фактором, що сприяє прояву ПТСР у військових. Згідно з отриманими даними, близько 70% військовослужбовців мали високий рівень ситуативної тривожності. Це може бути пов'язано зі стресовими ситуаціями, з якими вони зіштовхуються в зоні конфлікту або під час виконання своїх обов'язків. Високий рівень ситуативної тривожності виявився значущим фактором, що сприяє прояву ПТСР у військових. Згідно з отриманими даними, близько 70% військовослужбовців мали високий рівень ситуативної тривожності. Це може бути пов'язано зі стресовими ситуаціями, з якими вони зіштовхуються в зоні конфлікту або під час виконання своїх обов'язків.

Отже, результати підтвердили, що високий рівень ситуативної тривожності та виражені прояви симптомів депресії є факторами, що впливають на прояв ПТСР у військовослужбовців. Дані результати можуть бути корисними для подальшого розвитку стратегій профілактики, виявлення та лікування ПТСР у військових.

Висновок до другого розділу

Результати проведеного емпіричного дослідження дають підстави для формулювання наступних висновків:

1. Нами було застосовано такі психодіагностичні методики: опитувальник PCL-5; методика «Шкала депресії» А. Бека; оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна).
2. Аналіз отриманих результатів показав, що у військовослужбовців, які взяли участь у дослідженні переважає середній рівень тривожності і становить 60 % вибірки, високий рівень переважає у 30 % опитаних, низький рівень становить 10 % експериментальної вибірки. Такий високий середній рівень тривожності у військових може бути пов'язаний з різними факторами, такими як страх за власну безпеку, розлука з родиною, відчуття ізольованості та відповідальності за життя інших людей.

Також у військовослужбовців переважає ситуативна тривожність і становить 70 % вибірки. Щодо особистісної тривожності, то вона притаманна 30 % військовослужбовцям. Ситуативна тривожність у військових може бути пов'язана зі стресовими ситуаціями, які вони зустрічають у зоні конфлікту. Це можуть бути напади ворога, підриви на мінах, вибухи та інші загрозливі ситуації, що призводять до збільшення рівня тривожності. Особистісна тривожність, з іншого боку, може бути пов'язана з певними рисами характеру, такими як схильність до переживання, підвищена чутливість, невпевненість у собі та інші.

Аналіз результатів дослідження за методикою «Шкала депресії» А. Бека показав, що серед опитуваних військовослужбовців переважає помірна форма депресії і становить 45 % вибірки, легка депресія становить 20 % експериментальної вибірки, важка депресія переважає у 15 % опитуваних.

За опитувальником PCL-5 у військовослужбовців переважає помірний рівень вираженості ПТСР і становить 60 % опитуваних, у 25 % досліджуваних

високий рівень, відсутній ПТСР лише у 15 % військовослужбовців, що взяли участь у дослідженні. Найбільш поширеними симптомами ПТСР у військовослужбовців були: переживання травматичних подій знову та знову (у 60% випадків), постійні кошмари (у 50% випадків) та надмірне подразнення (у 40% випадків). Дослідження ПТСР в військовослужбовців є важливим питанням, оскільки ці люди можуть бути підвищеного ризику розвитку цього стану через екстремальні ситуації, які вони зазнають під час служби. За результатами дослідження, переважна більшість військовослужбовців має хоча б помірний рівень вираженості ПТСР. Це свідчить про те, що знайти ефективний спосіб попередження та лікування ПТСР у цій групі людей є важливим завданням. Крім того, симптоми ПТСР, які були найбільш поширеними серед досліджуваних військовослужбовців, можуть бути використані для раннього виявлення цього стану та розробки ефективних методів лікування.

ВИСНОВКИ

Багато людей в житті мали досвід подій, які можуть стати причиною травматичного досвіду та сприяти розвитку психологічної травми. У минулому люди не мали поняття про травму та пояснювали симптоми, які свідчили про її наявність, іншими причинами. Вивчення поняття травми розглядалось через призму істерії, екзогенної травми, військового неврозу, синдрому побитої жінки та багатьох інших понять. Зигмунд Фрейд зробив значний внесок у розвиток теорії травми та визначив основні положення цього наукового напрямку.

О. Феніхель виділив головні симптоми психологічної травми, такі як відтворення травматичної ситуації через думки, фантазії, циклічні неконтрольовані напади емоцій та інші типові ознаки. Спочатку вчені розрізняли травми, які були отримані внаслідок насильства та війни, не можуть стояти поруч і бути прирівняні одна до одної, але пізніше було доведено, що психологічний синдром у осіб, які пережили ці події, є тим же. Спочатку перелік ситуацій, які вважалися травмуючими для людей, був досить обмеженим і містив лише ті, що пов'язані з насильством та війною. Згодом цей перелік був розширений і включав безліч "звичайних" ситуацій, з якими люди стикаються у своєму житті щоденно.

Наукова література містить багато класифікацій психотравм, таких як характеристика травм дитинства, травми залежно від найбільш травмуючого фактора, етапи переживання травми та інші.

К. Еріксон надав розуміння як індивідуальній, так і колективній травмі на понятійному рівні. Термін "колективна травма" з'явився ще під час Голокосту і був подальше досліджено багатьма вченими. Можна стверджувати, що травма стосується усіх громадян та субгруп, під її дією межа між добром і злом, порядком і хаосом розмивається, що може призвести до руйнування сенсів і ідентичності.

Кожна історична подія несе вплив на суспільство та утворення у людей травм різного характеру. У період 2014-2022 року українське суспільство зазнало багато подій, які вплинули на виникнення психотравми, а саме війна. Вагомий внесок на появу затяжної тривоги, депресії, ПТСР та інших хворіб супроводжують проблеми втратою роботи та труднощами, через фінансові проблеми, з втратою житла, смертю близьких людей.

Ці проблеми неодмінно призводять до підвищення рівня тривожності, депресивності та ймовірного утворення посттравматичного стресового розладу. Для виявлення цього було проведено імперичне дослідження, яке складалося із трьох методик та досліджувало прояви ситуативної тривожності, депресивності та ПТСР у військовослужбовців.

У результаті обробки та інтерпретації даних отриманих за допомогою дослідження рівня депресивності опитуваних, було виявлено, що симптоми важкої депресії присутні у 15% досліджуваних, легка депресія становить 20 % та помірна форма депресії становить 45 % . Звертаючи увагу на результати дослідження, можна зробити висновок, що проблема депресії є значущою для розгляду в контексті здоров'я психіки. Також важливо враховувати, що більшість досліджуваних (80%) мають показники наявності депресивних симптомів, що може свідчити про потребу в підтримці та допомозі з боку професійних психологів або терапевтів. Крім того, результати дослідження можуть бути корисними для розробки програм психологічної допомоги та профілактики депресії в цільових групах.

Рівень ситуативної тривожності у досліджуваних дуже високий, так було виявлено у 70% опитаних та 30% відчули помірну тривожність. Це може мати великий вплив на якість життя та робочу ефективність досліджуваних, оскільки ситуативна тривожність може призводити до зниження рівня концентрації, емоційної нестабільності та загального дискомфорту. З урахуванням високого рівня тривожності в цільовій групі, можна рекомендувати проведення

психологічної підтримки та тренувань зі зниження рівня тривожності, що може покращити загальний стан досліджуваних та їхню робочу ефективність.

Згідно результатів присутній постратравматичний стресовий розлад було виявлено 25% респондентів. У них присутні різноманітні ознаки ПТСР: часті напади, які проявляються на тлі постійного перенапруження, нервова система виснажена, втрачається інтерес до життя, замкнутість, військові намагаються уникати оточуючих, часто з'являється незрозуміла агресія. Для людей, які страждають від ПТСР, важливо отримати належну психологічну підтримку та терапію для поліпшення якості життя та попередження можливих наслідків. Військові, які мають ознаки ПТСР, можуть бути особливо вразливими через свій досвід на полі бою, тому важливо забезпечувати їм належну підтримку та терапевтичні послуги. Крім того, важливо звернути увагу на профілактику ПТСР та розвиток стресостійкості у військових, щоб зменшити ризик розвитку цього стану в майбутньому.

В процесі дослідження було здійснено кореляційний аналіз. Виявлено прямі позитивні кореляційні зв'язки між досліджуваними явищами.

У дипломній роботі було проведено дослідження з метою встановлення факторів, які впливають на прояв посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців. Результати дослідження підтвердили обидві гіпотези:

1. Високий рівень ситуативної тривожності: Дослідження показало, що військовослужбовці з вищим рівнем ситуативної тривожності мають більш високу ймовірність розвитку ПТСР. Це означає, що особи, які мають тенденцію до підвищеної тривожності та стресу в ситуаціях бойових дій, більш схильні до розвитку ПТСР після військових дій.

Виражені прояви симптомів депресії: Дослідження показало, що військовослужбовці з вираженими проявами симптомів депресії мають більш високу ймовірність розвитку ПТСР. Це свідчить про те, що наявність симптомів

депресії перед військовими подіями може збільшити ризик розвитку ПТСР після них.

Отже, результати дослідження підтвердили гіпотези про вплив високого рівня ситуативної тривожності та виражених проявів симптомів депресії на прояв ПТСР у військовослужбовців. Ці фактори можуть бути важливими для визначення ризику та розвитку ефективних стратегій попередження та лікування ПТСР у цій групі осіб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Байєр О. Життєві кризи особистості: навч. посібник О. О. Байєр. Д.: Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. 244 с
2. Бойко В. М. Психологія та соціальна робота: навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2017.
3. Бойко В. М. Психологія та соціальна робота: навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2017.
4. Крикун Ю. В. Психологія особистості: навчальний посібник. К.: Академвидав, 2019.
5. Крикун Ю. В. Психологія особистості: навчальний посібник. К.: Академвидав, 2019.
6. Католик Г., Корнієнко І. Техногенні катастрофи: психологічна допомога та постраждалим. Львів: Червона Калина, 2003. 124 с
7. Краси́ло Л. Соціально-гуманістичний аналіз психологічної травми, Л. І. Краси́ло, Культурно-історична психологія, 2009. 83с.
8. Лисенко Ю. О. Соціальна психологія: навчальний посібник. К.: Кондор, 2017.
9. Мельник І. В. Емоційна інтелектуальність: теорія та практика: навчальний посібник. К.: МАУП, 2018
10. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. К.: ДП "Вид. дім "Персонал", 2017. 160 с.
11. Психологічна травма та шлях до видужання. Джудит Герман, Переклад: Оксана Наконечна, Оксана Лизак, Олександр Шлапак. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015.- 416 с.
12. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. Н.Є. Гоцуляк ,Збірник наукових праць національної академії державної прикордонної служби України (серія: педагогічні та психологічні науки). № 1(74), 2015р. 378-390 с.
13. Психологія особистості: словник-довідник, за ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. К.: Рута, 2001, 320 с.

14. Соловйов О. Постковідний синдром: мультидисциплінарний підхід до ведення хворих. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 5 (498), 2021
15. Станчишин В. Стіни в моїй голові. Жити з тривожністю і депресією. К.: Віхола, 2021. 208с.
16. Українська психологічна термінологія: словник-довідник. За ред. М.-Л. А. Чепи. К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010, 302 с.
17. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог в концтаборі. Вид-во «КСД». 2016, 160с.
18. Харченко О. І. Сучасна психологія: навчальний посібник. К.: Академвидав, 2018.
19. Ярмак Т. І. Психологія соціальної роботи: навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018.
20. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2019). *Hilgard's introduction to psychology* (16th ed.). Cengage Learning.
21. Aaron Beck, (2000) "Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions".
22. Beck, A. T. (2005). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press.
23. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2009). *Cognitive therapy of depression*.
24. Meek A. *Trauma and Media. Theories, Histories and Images*. London: Routledge, 2009. 232 p
25. Myers, D. G., & Dewall, C. N. (2017). *Psychology in everyday life* (4th ed.). Worth Publishers.
26. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) [Електронний ресурс] F.W. Weathers, D.D. Blake, P.P. Schnurr, D.G. Kaloupek, B.P. Marx, T.M. Keane : National Center for PTSD, 2013.
27. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Електронний ресурс] F.W.

Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane, P.A. Palmieri, P.P. Schnurr : National Center for PTSD, 2013.

- Медична енциклопедія MedlinePlus - <https://medlineplus.gov/spanish/>
- Національний інститут неврологічних захворювань та інсульту
<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Dry-Mouth-Information-Page>
- Психологія травмуючих ситуацій
https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/psiholog_travm.pdf
- Стаття "Присохотравма: причини, симптоми та лікування"
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/172683>

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 1

Коефіцієнт кореляції ПТСР та показників депресії у військовослужбовців

Показники депресії	Показники вираженості ПТСР		
	Відсутній ПТСР	Помірний рівень ПТСР	Високий рівень ПТСР
Варіації, які вважаються нормою	0, 56**	- 0, 76**	- 0, 19*
Легка депресія	0, 34	0, 63**	0, 01
Помірна депресія	- 0, 12*	0, 76**	0, 35
Важка депресія	- 0, 65**	0, 12	0, 71**

Додаток Б

Таблиця 2

Коефіцієнт кореляції ПТСР та показників тривожності у
військовослужбовців

Рівні тривожності	Показники вираженості ПТСР		
	Відсутній ПТСР	Помірний рівень ПТСР	Високий рівень ПТСР
Низький рівень	0, 61**	- 0, 16*	- 0, 34*
Середній рівень	0, 27	0, 53**	0, 23
Високий рівень	0, 32*	0, 16*	0, 71**

Додаток В

Таблиця 3

Коефіцієнт кореляції показників депресії та тривожності у військовослужбовців

Показники депресії	Рівні тривожності		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Варіації, які вважаються нормою	0, 61**	- 0, 16*	- 0, 41*
Легка депресія	0, 74**	0, 13*	0, 31*
Помірна депресія	0, 21*	0, 52**	0, 55**
Важка депресія	- 0, 59**	0, 35	0, 64**

Додаток Г

ШКАЛА PCL-5 (ПЕРЕЛІК СИМПТОМІВ ПТСР)

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім Ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене	0	1	2	3	4

	дихання, потіння)?					
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що	0	1	2	3	4

	сталосся після нього?					
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4

16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Додаток Д

ОПИТУВАЛЬНИК СПЛБЕРГЕРА-ХАНІНА (СХ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з приведених запитань і закресліть ту цифру справа, в залежності від того як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над запитанням довго не задумуйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає

Твердження	Ні, не зовсім так (1)	Мабуть так (2)	Вірно (3)	Цілком вірно (4)
1. Я спокійний.				
2. Мені нічого не загрожує.				
3. Я напружений.				
4. Я відчуваю співчуття.				
5. Я відчуваю себе вільно.				
6. Я прикро вражений.				
7. Мене хвилюють можливі негаразди.				
8. Я відчуваю себе відпочившим				
9. Я насторожений.				

<p>10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.</p> <p>11. Я впевнений у собі.</p>				
<p>12. Я нервую.</p>				
<p>13. Я не знаходжу собі місця.</p>				
<p>14. Я напружений (накручений в собі).</p>				
<p>15. Я не відчуваю напруги і скованості.</p>				
<p>16. Я задоволений.</p>				
<p>17. Я заклопотаний.</p>				
<p>18. Я занадто збуджений і мені ніяково.</p>				

19. Мені радісно				
20. Мені приємно				

Додаток Е

ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ БЕКА

Інструкція. Цей опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень. Будь ласка, уважно прочитайте всі варіанти відповідей до кожного пункту і виберіть один з них, який найкраще описує Ваше самопочуття протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день. Переконайтеся, що Ви не пропустили жодного пункту.

Опитувальник

1. Мені не сумно

Значну частину часу мені сумно

Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим

Я відчуваю нестерпний сум та тугу

2. Я не вважаю, що заслуговую покарання

Я допускаю, що заслуговую покарання

Я вважаю, що маю бути покараний

Я відчуваю, що доля карає мене

3. Я спокійно думаю про майбутнє

Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше

Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися

Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити

4. Я не відчуваю себе невдахою

В минулому я мав би менше зазнавати невдач

Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.

Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті)

5. Я в основному задоволений тим, ким я є.

Я втратив впевненість у собі

Я розчарований в собі

Я не люблю себе

6. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей
Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей
Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило
Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило

7. Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай
Я більш критичний до себе, ніж зазвичай
Я критикую себе за всі свої помилки
Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається

8. Я не відчуваю відчуття провини
Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною
Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини
Мене мучить постійне відчуття провини

9. У мене не виникає думок про самогубство
У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього
Я хочу вмерти і планую самогубство
Якщо б була нагода, я б зробив самогубство

10. Я не більш неспокійний або збуджений, ніж зазвичай
Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай
Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти спокійно
Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити

11. Я не плачу більш часто, ніж звичайно
Я плачу частіше, ніж звичайно
Я плачу кожен день по кожному незначному приводу
Я хочу плакати, але не можу

12. Я не втратив цікавості до інших людей і занять
Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше.
Я значною мірою втратив цікавість до інших людей і занять
Мене важко чимось зацікавити

13. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно

Я дратуюся легше, ніж звичайно

Я дратуюся значно легше, ніж звичайно

Я постійно відчуваю роздратування

14. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення

Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень

Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення

Я не в стані приймати жодних рішень

15. Мій апетит не змінився

Мій апетит дещо знижений у порівнянні зі звичайним

Мій апетит дещо підвищений в порівнянні зі звичайним

Мій апетит значно знижений в порівнянні з минулим

Мій апетит значно підвищений в порівнянні з минулим

У мене зовсім нема апетиту

Я постійно хочу їсти

16. Я не відчуваю себе нікчемним

Я не відчуваю себе таким же цінним і корисним, як завжди

Я відчуваю себе менш цінним, ніж інші

Я відчуваю себе повністю нікчемним

17. Я так само добре можу зосередитися, як завжди

Я не можу так само добре зосередитися, як завжди

Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь

Я не можу зосередитися ні на чому

18. Я так само енергійний, як зазвичай

У мене менше енергії, ніж зазвичай

У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що потрібно

У мене немає сил ні на що

19. Я втомлююся не більш, ніж зазвичай

Я втомлююся значно легше, ніж раніше

Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справа

Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справа

20.Я сплю так само, як завжди

Я сплю дещо більше, ніж зазвичай

Я сплю дещо менше, ніж зазвичай

Я сплю значно більше, ніж зазвичай

Я сплю значно менше, ніж зазвичай

Я сплю більшу частину дня

Я пробуджуюся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути

21.Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився

Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно

Мій інтерес до статевого життя значно зменшився

Я повністю втратив інтерес до статевого життя