

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра теоретичної психології

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АФЕКТИВНОЇ СФЕРИ ОСІБ З ПТСР

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «бакалавр»

Романа СТРУКА

4 курсу денної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОПП «Психологія»

Науковий керівник

кандидат психологічних наук, доцент

Наталія КАРПЕНКО

Рецензент

кандидат психологічних наук

Олександра КУЗЬО

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«05» травня 2022 р., протокол № 10

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2022

АНОТАЦІЯ

СТРУК Роман Олегович. Психологічні особливості афективної сфери осіб з ПТСР

В роботі було розглянуто різні психологічні особливості людей з посттравматичним синдромом в афективній сфері, а саме афективні реакції та афективні стани, те як вони виникають та протікають у вигляді трьох фаз, доафективна фаза, фаза вибуху та постафективна фаза, було проведено емпіричне дослідження з метою вияву наявності ПТСР, або окремих його симптомів.

Ключеві слова: ПТСР, стрес, афект, афективна сфера особистості.

Рецензент: кандидат психологічних наук КУЗЬО Олександра Борисівна.

ANNOTATION

STRUK Roman Olegovich. Psychological features of the affective sphere of people with PTSD

The paper considered various psychological features of people with post-traumatic stress disorder, namely affective reactions and affective states, how they arise and occur in three phases, pre-affective phase, explosion phase and post-affective phase, an empirical study was conducted to identify the presence of PTSD, or some of its symptoms.

Key words: PTSD, stress, affect, affective sphere of personality.

Reviewer: Candidate of Psychological Sciences KUZO Oleksandra Borysivna.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. АФЕКТИВНА СФЕРА ОСОБИСТОСТІ ТА ПТСР	6
1.1. Афективна сфера особистості	6
1.2. Характеристика ПТСР та його діагностика	11
1.3. Прояв афективної сфера осіб з ПТСР	18
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИРАЖНОСТІ ПТСР В УМОВАХ ВІЙНИ	26
2.1. Характеристика вибірки, методів та методик дослідження	26
2.2. Інтерпретація результатів емпіричного дослідження	28
Висновки до розділу 2	36
ВИСНОВКИ	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	39

ВСТУП

Актуальність. На сьогоднішній день посттравматичний стресовий розлад сьогодні не є чимось таким унікальним та невідомим людству, але на жаль із ситуацією яка виникла в нашій країні, актуальність даної теми є дуже високою, враховуючи людей які постраждали в результаті бойових дій в зоні ООС, є велика кількість людей яка втікаючи від війни була під обстрілами, люди які втратили свої домівки та все на що вони працювали багато років, також жертви насильствених дій зі сторони російських окупантів, люди які бачили смерті інших людей, та люди які перебувають у вразливому становищі а саме військові, у більшості в наслідок ПТСР буде порушення афективної сфери особистості, також можливі і інші психологічні захворювання.

Об'єктом - дослідження є психологічні особливості афективної сфери осіб які мають Посттравматичний стресовий розлад.

Предметом – Афективна сфера у осіб які мають ПТСР .

Мета – на основі теоретико-емпіричного аналізу визначити рівень розвитку ПТСР та ГСР.

Для досягнення мети поставлено наступні завдання:

1. Провести теоретичний аналіз афективної сфери та особливостей ПТСР особливостей;
2. Розібрати афективну сферу людини, стани та діагностичні критерії;
3. Описати види, класифікації, критерії ПТСР, тощо;
4. Охарактеризувати психологічний прояв ПТСР;
5. Здійснити емпіричне дослідження наявності у досліджуваних симптомів ПТСР, та їх вираженості у випадку наявності.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять концептуальні положення таких вчених, як Еміль Крепелін, Д.І. Панченко, М. Дж. Горовіц, І.О. Котенев, А.Т.Бек, та інші.

Методами та методиками дослідження є: метод теоретичного аналізу літератури по актуальній темі курсової роботи; методи обробки отриманих даних та різні психодіагностичні методики (Шкала оцінки впливу травматичної події,

опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу, БОО “Адаптивність-200”, коротка щкала тривоги, депресії та ПТСР).

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні і розширень знань щодо особливостей ПТСР афективної сфери.

Практичне значення дослідження полягає у визначенні наявності симптоматики ПТСР, та рівня їхньої вираженості в умовах війни.

Надійність і вірогідність дослідження забезпечувалася відповідно методів, що відповідали сформульованій меті та завданням дослідження та кількісному і якісному аналізу отриманих результатів.

Структура роботи складається зі вступу, двох розділів, висновків, використаної літератури.

РОЗДІЛ 1. АФЕКТИВНА СФЕРА ОСОБИСТОСТІ ТА ПТСР

1.1. Афективна сфера особистості

Афективний простір людини розбирають як прояв людських потягів, почуттів та емоцій, людські прагнення, бажання зв'язані із потребою пізнання і самопізнання, людська воля яка проявляється завдяки емоціям та потягам, це все визначає дії людини, її вчинки, загалом все людське буття.

Під терміном “Афект” зазвичай розуміють сильні людські хвилювання, такі як пристрасть, сам по суті афект характеризується короткочасністю, інтенсивністю та виразністю прояву, в кримінальному праві як короткочасний емоційний стан в якому людина втрачає контроль над собою[9;10], враховуючи що найсильнішими є емоційні процеси їх виокремили в окрему сферу особистості, афективну в протиставлення їй є сфера пізнання, через те що спостереження, самоспостереження та людська логіка фіксується на слабших емоціях ніж афект, а саме проста людська радість, сум та горе, вони всі спонукають або гальмують людину в певних її дійових проявах.

По суті емоції це різноманітні реакції людини від сильних та бурхливих вибухів пристрасті до тонких коротких відтінків настрою.

Афективні стани це наслідок взаємодії багатьох факторів, основною ознакою завжди є сила подразника у випадку ПТСР це тригер, особливості психотравмуючої ситуації яка попереджувала афективні реакції.

Афективна реакція – це сильно емоційна дія внаслідок того чи іншого впливу подразника, зовнішнього або внутрішнього, за тривалістю коротко тривала та довго тривала, проявляється моторними, вегетативними та емоційними порушеннями.

Види афективних реакцій:

Депресивні або ж дистимія, при ній спостерігається в людини сильно пригнічений стан, наявність сильної втомлюваності, втрати колишніх інтересів, часткове зниження життєвої активності.

Маніакальна реакція, для людей даної які мають дану реакцію є характерним манія власної величності, сильно завищений емоційний стан, та гіперактивність.

Біполярна реакція (маніакально-депресивні), та циклотимія, загалом це захворювання з поперемінними приступами депресії і маніакальним станом, при тому що раніше циклотомія використовувалася для опису біполярки, зараз вона є окремим захворюванням симптоми якої схожі до біполярки, але на відміну від неї не такі сильні.

Більшість науковців які вивчають афективні реакції говорять що її можна зупинити лише на початковій стадії, в той час коли в неї він високий то в момент викиду всіх емоцій на зовні, впоратися людині із собою неможливо, так як людина в даний момент володіє настільки великою та колосальною силою, яка не характерна для неї в звичайні моменти життя, а саме під час спокійного емоційного стану.

Класифікація афектів:

Афект простий – даний афекти як більшість афектів, є короткочасним розладом психічної діяльності неспсихотичного рівня, що виникає раптово від людини під впливом різних зовнішніх чинників, він проявляється в сильних емоціями гніву, наявності страху, легким звуженням людської свідомості, можливим руховим збудженням і не природніми для людини діями які відповідають подразник як рефлекс.

Основними ж відмінностями які, можуть свідчати про меншу вираженість (глибину) афективного стану є:

а) збереженість здатності у людини, яка мала наявний афективний стан, вміти описати та ідентифікувати свої емоції, які в момент даного стану були пережиті на максимальній висоті афекту, а саме виявлення в себе таких емоційних станів як гнів, страх, злість, ненависть, тощо в той момент.

б) повна відсутність 3-ї фази афективного стану, а саме відсутність сильно вираженого психофізичного виснаження.

Афект фізіологічний — це короткочасний за своїм часом хворобливий стан, який в свою чергу виникає раптово під впливом багатьох та різних зовнішніх факторів, проявляється недиференційованою емоцією, повністю або частковим звуженням людської свідомості. Характерними ознаками для даного афекту це не природня реакція особистості, за фазністю перебіг близький до патологічного афекту, раптові виникнення, звичні судинно-вегетативні вияви, сильне звуження людської свідомості, з розладом сприймання а саме з його цілісністю, зміни функцій комунікації, не відповідність дій згідно чиннику які їх спровокували, раптовість виходу з афекту в результаті сильного психологічного виснаження, та часткова амнезія стосовно вчинених дій, на даний момент більшість науковців говорять про те що фізіологічний афект відповідає критеріям психічного розладу і значно ближчий до патологічного афекту, ніж до нормальних емоційних реакцій.

Афект аномальний – даний стан може виникнути в особи що має наявний афективний стан, що виникає у особи з наявним непсихотичним розладом. В літературі термін аномальний афект розглядається як звуження меж визначення фізіологічного афекту, із виключенням з нього афективних реакцій, що характеризуються зміненими закономірностями розвитку та аномальними механізмами перебігу в залежності від біологічного та психологічного «ґрунту», на фоні якого виникає афективна реакція.

Афект патологічний – це за тривалістю короткочасний хворобливий стан психіки, він виникає раптово внаслідок впливу різних зовнішніх чинників і може проявлятися в глибокому затьмаренні свідомості особи, також у вигляді бурхливих рухових збудженнях і діях, що спрямовані проти причини а саме подразника він має повноцінний перебіг всіх фаз афекту (підготовчий, вибуховий та постафективну фазу афективного стану). Наявність в особистості даного патологічного афективно стану, а саме гострого психотичного розладу, який віднесено до виняткових станів, виключає спроможність у особи нормально усвідомлювати свої дії та відповідно і керувати ними.

Розрізняють три фази афекту:

Доафективна фаза або ж підготовча фаза. Для неї характерно сильне відчуття безвихідності у людини, яка в свою чергу старається зосередитися на самому джерелу своєї проблеми, наявність несподіваних емоційних всплесків, без наявності реакції, аналізу та контролю зі сторони особистості, при переосмисленні травматичної події виникає і наростає емоційне напруження, при гострій формі виникнення фази за терміном скорочується до декількох секунд, що в свою чергу призводить до швидкого прояву наступної фази патологічного ефекту, тривалість психотравмуючої події вплива на афективне напруження, на основі якого будь-яка навіть незначна подія в тому числі і стресова може призвести до гострої афективної реакції.

На другій фазі, патологічного афекту проявляється короткотривалий психотичний стан, фазу ще називають стадія вибуху, і вона є найяскравіша фаза вона проявляється у вигляді бурхливих проявів та наявною руховою активністю, емоційна сфера особи бере контроль на розумом, не контролюючи поведінку людина має прояви агресії, жорстокості, що не відповідає причині яка спровокувала дану фазу, також і ціннісно-мотивним установкам людини, це і є вибух, а саме часткова контролю над своєю волею і поведінкою в певній мірі.

Постафективна фаза. Остання фаза настання якої сигналізує про емоційне заспокоєння, коли особистість повністю духовно та фізично упостошена, в даній фазі притамано відчувати сором, сильну сонливість, наявність нерозуміння того що відбулося жаль, нерозуміння того, що сталося, також може проводитися ніяковінням з втратою свідомості, при тому якщо травмуюча ситуація вирішилася для особистості нормально можливе відчуття полегшення.

При деяких видах різних патологій можна спостерігати афективну в'язкість а саме інертність та ригідність, з наявною схильністю у поєднанні до зосередження в першу чергу на неприємних переживаннях. Афективна в'язкість з'єднується з афективною збудливістю.

Афективна збудливість – це схильність особистості до надто легкої появи буйних емоційних спалахів, неадекватних відносно їх причини, зазвичай проявляється в нападах гніву, сильної люті, та часто супроводжуються руховим

порушенням які є необдумані та інколи можуть бути небезпечними для людини. Даний вид збудливості є характерним для людей які мають неврози, психопатію або ж розлади схожі на неї, епілепсії та астенії, при психопатії так як і при епілепсії, афективна збудливість проявляється з жорстокістю, схильністю до помсти та супроводжується похмурих настроєм.

Роздратованість це одна з форм прояву афективної збудливості, виявляється в схильності до легкого виникнення надмірних негативних емоційних реакцій, які за наявною виразністю не відповідають силі подразника, роздратованість також може бути властивістю інших психологічних хворіб.[9;10]

1.2. Характеристика ПТСР та його діагностика

ПТСР - це психічний розлад, який виникає в наслідок довготривалого або короткотривалої події в наслідок якої в людини залишається психотравма, сам же ПТСР проявляється як відтермінована реакції на неї.

Розпізнавання ПТСР

Особистості з наявним ПТСР, в тому числі із комплексним ПТСР, мають цілу низку різних симптомів, які в свою чергу пов'язані з великим числом різних порушень особливе місце займають функціональні порушення:

- повторне переживання психотравми;
- уникання спогадів про травму;
- надмірне збудження (гіпернастороженість, гнів, дратівливість);
- негативні зміни настрою та мислення;
- емоційне оніміння;
- дисоціація;
- емоційна дисрегуляція;
- міжособистісні труднощі або проблеми у стосунках з людьми;
- негативне самосприйняття (відчуття пригніченості, спустошення або обезцінення самого себе).

Групи травматичних подій з підвищеним ризиком появи ПТСР:

- Насильство (катувань, зґвалтувань...);
- Учасники бойових дій;
- Жорстокість в дитинстві;
- Робоча травматизація;
- Учасники ДТП;
- Викрадення;
- Загроза смерті;
- Участь в травматичних та екстримальних подіях;
- Травма, зв'язана з проблемами здоров'я втому числі пологами (смерть новонародженого...);

Всі травматичні події зв'язані з ПТСР, можуть бути переживанням тих ситуацій або спостереження за ними, не залежно від кількості, одинокі чи багато разові події.

Групу ризику складають не тільки учасники травматичних подій, а ще і оточення яке може на себе перенести психологічні травми які отримав постраждалий.

При дослідженні ПТСР необхідно перш за все ставити людині конкретні питання для діагностики, перш за все про ситуації повторного переживання, уникання, заперечливих емоцій, проблеми з мисленням зв'язані з функціональними порушеннями, надмірне збудження, наявності дисоціацій, для кращого дослідження симптомів та розуміння досліджуваним чи є вони в нього в наявності рекомендується наводити приклади.

Чотири кластери симптомів ПТСР:

При ПТСР можна спостерігати чотири різні кластери симптомів, це уникнення, гіперзбудженість, перепроживання травматичної ситуації та проблеми з емоційною сферою і пам'яттю:

Уникнення – виникає як захисний механізм психіки, на рівні несвідомості полягає в тому що індивід старається уникати та обмежувати інформацію про наявну загрозу або ж згадки про неї, в деяких випадках ще можна спостерігати симптом витіснення для захисту психіки.

Гіперзбудженість – зазвичай проявляється ризикованій поведінці без наявної для цього причини, проблеми із сном, також може спостерігатися в людей відчуття власної непереможності.

Перепроживання – по суті флешбек при якому виникають яскраві спогади про минулий досвід, також часто можна зустріти назву репереживання, у випадку ПТСР вони вторгаються в свідомість без навмисною спроби зі сторони травмованого їх відновити в пам'яті.

Проблеми з пам'яттю і емоційною сферою особистості – даний кластер симптомів полягає в тому що є проблеми із здатністю запам'ятовувати та відтворювати інформацію, та неадекватні емоції на певні зовнішні чинники,

може спостерігатися ізольованість від людей, також відчуття втрати частинки власного життя.

Із часом кожен симптом має звичай посилюватися та заважати нормальному функціонуванню людини в соціумі, без належного лікування, якраз тоді можна діагностувати ПТСР, відкинувши ймовірність ГСР та інших стресових захворювань, ПТСР часто супроводжують травматичні спогади, флешбеки, деперсоналізація від подій які трапилися, високий рівень агресії, завищена чутливість до схожих ситуацій, психопатологічний страх переживання нових травматичних подій, бажання їх уникати, втрати важливих спогадів травматичної події, завищена пильність зазвичай спостерігається протягом перших місяців після психотравми [6;8].

Класифікація ПТСР:

Гострий – Проявляється в перші пару днів після травми, виразно лише протягом 2-3 місяців від моменту травми, .

Хронічний – Притаманно наростання патологій з часом, спостерігається виснаження нервової системи, сильна зміна характеру травмованої людини.

Деформаційний – Можна виявити лише з довгостроковим перебігом хронічного розладу психіки, можна спостерігати прогрес розвитку хвороби, а саме формування фобій, поява неврозів, постійна тривожність.

Відстрочений – Відслідковується через 3-6 місяців після травми, з урахуванням що має бути зовнішнє підкріплення щоб запустити прогрес розвитку ПТСР.

Також існує класифікація за трьома стадіями, а саме гостра, хронічна та відстрочена.

Гостра – спостерігається в момент екстримальної ситуації, і залишається до моменту завершення, супроводжується надмірною тривожністю за власне життя також і життя інших якщо вони при ній присутні, відповідно за близьких тривожність більша ніж за сторонню людину, може бути загальмованість психологічних процесів та сплутаність свідомості.

Хронічна – даний стан спостерігається після відсторонення від тригера, якщо травмований відчуває себе не спокійно, можливе помутніння розуму, тобто людина не розуміє що з нею відбувається, також супроводжується змінами в мовних та рухових функціях.

Відстрочена – в окремих випадках коли попередні стадії ПТСР не спростерігаються, може проявитися його відстрочена форма, через пару місяців після травми, до того моменту травмований може нормально себе почувати [8].

Для діагностики ПТСР зазвичай використовують критерії по DSM-IV:

Критерій А:

Людина яка пережила травматичну подію, причому щодо цієї події обов'язково повинні виконуватися обидва наведених нижче пункти:

1. Людина була учасником, свідком, або ще якимось чином виявилася причетною до події (подій), які включають смерть або загрозу смерті, або загрозу серйозних ушкоджень і / або загрозу фізичної цілісності інших людей (або своєї власної);
2. В травматичній ситуації людина перенесла інтенсивний страх, безпорадність чи жах.

Критерій В:

Травматична подія постійно переживається одним (або більше) з наступних способів, причому для постановки діагнозу ПТСР досить наявності одного з цих симптомів:

1. Мимовільні нав'язливі спогади;
2. Постійно повторювані кошмари і сни про подію, при пробудженні викликають інтенсивні негативні переживання;
3. Ознаки дісоціативних станів, які проявляються в тому, що після травми людина періодично здійснює такі дії або відчуває такі відчуття, так якби травматична подія відбувалася знову. До них відносяться:

- відчуття «оживання» минулого у вигляді ілюзій і галюцинацій;
- «флешбек-ефекти»;

4. Драматичні нав'язливі спогади та інтенсивні важкі переживання, які були спровоковані будь-якою ситуацією, що нагадує про травматичні події або що символізує їх (річниці, фільми, пісні, розмови і т.п.);

5. Мимовільне підвищення психофізіологічної реактивності в ситуаціях, які символізують різні аспекти травматичної події або пов'язані з ним асоціативно (схожа місцевість, звуки, запахи, тип особи людини і т.п.).

Критерій С:

Чи не спостерігалось до травми постійне прагнення до уникнення і уникнення будь-яких чинників, пов'язаних з травмою (для постановки діагнозу ПТСР потрібна наявність щонайменше трьох з цих симптомів):

1. Наявність зусиль по уникненню будь-яких думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою;

2. Наявність зусиль по уникненню дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму;

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травматичної ситуації;

4. Знижений інтерес до життя, втрата інтересу до значимих до травми занять;

5. Почуття відстороненості або віддаленості від інших людей;

6. Знижена вираженість позитивного афекту («numbing» - блокада позитивних емоційних реакцій, емоційне заціпеніння, «бездушність», наприклад, нездатність відчувати емоційно насичене почуття любові, що виявляється по відношенню до найближчих людей);

7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей, довгого життя, очікування швидкої смерті, кінця світу, глобальної катастрофи).

Критерій D:

Постійні симптоми підвищеної психофізіологічної збудливості, що не спостерігалися до травми (для постановки діагнозу ПТСР потрібна наявність щонайменше двох симптомів);

1. Проблеми із засипанням або поганим сном (ранні пробудження, пізні засинання);

2. Завищена та насилу контрольована дратівливість або ж вибухи гніву;

3. Наявні проблеми із концентрацією уваги;

4. Гіперпильність або завищений рівень настороженості до оточення;

5. Гіпертрофована, перебільшена реакція переляку на раптові подразники.

Критерій E:

Тривалість протікання розлади (одночасне прояв необхідного за критеріями B, C і D кількості симптомів) - більш ніж 1 місяць.

Критерій F:

Розлад викликає клінічно значимий важкий емоційний стан або виражені порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності[5].

Психологічний прояв ПТСР за МКБ-10:

1) Флешбеки які пов'язані з травмуючою подією:

- Нав'язливі, та постійно повторювані, зухвалі неприємні емоційні переживання, спогади про пережите;

- Нічні жахіття які постійно повторюються, також вони мають бути пов'язані з психотравмою;

- Постійні спалахи сильний негативних емоційних станів, які можуть бути спровоковані любою подією, яка має асоціацію із подією коли сталась травма.

2) Закореніле прагнення особистості по можливості повністю відсторонитися від усього, що хоча б частково може нагадати про травму:

- Бажання відсторонитися від будь-яких думок або ж ситуацій, що пробуджують спогади про психотравму;

- Нездатність повністю та достовірно відтворити в своїй пам'яті всі основні моменти ситуації зв'язані із травмою.

- Замітна для оточення втрата колишніх інтересів і захоплень, без появи нових;

- почуття відчуженості, відстороненості від навколишніх з формуванням своєрідного відходу від навколишнього реального світу;

- помітне зменшення позитивних емоцій та переживань;

- побоювання майбутнього;

3) Прояви підвищеної збудливості, яка була відсутня до травми:

- проблеми з засипанням або сном;

- висока дратівливість або сплахи гніву;

- проблеми із концентрацією уваги;

- гіпертрофована пильність та швидкі реакції на непередбачувані подразники;

- сомато-вегетативні порушення в ситуаціях, що нагадують психотравму.

Гострий стресовий розлад може розвиватися протягом 4 тижнів після психотравми із тривалістю, мінімум 2 дні, а максимум – 4 тижні.

Якщо симптоми проявляються значно довше, то діагнозом буде ПТСР. Якщо симптоматика з'являється протягом 6 місяців від моменту травми, то дана реакція може вважатися гострою, пізніше 6 місяців то відстроченою.

Критерії ПТСР: реакції мають мати продовжність по найменшій мірі протягом 1 місяця, гострий до 3 місяців та хронічний більше 3 місяців.

Крім первинних ПТСР має і вторинні симптоми, до них належать:

- Депресивні та тривожні стани;
- імпульсивність;
- Залежності а саме алкоголізм та наркоманія;
- порушення відчуття часу;
- тощо.

1.3. Прояв афективної сфери осіб з ПТСР

Попередньо розглянувши афективну сферу та характеристику ПТСР, розпочнемо з того як саме проявляється ПТСР в даній особистісній сфері людини, згідно різних афективних станів.

Афект посттравматичного стресового синдрому проявляється перш за все в афективних реакціях.

Афективна реакція в осіб з ПТСР це сильна та яскраво бурхлива емоційна дія проявляється у відповідь на тригер що його запускає, для неї є характерним над швидка зміна настрою, поява різних реакцій, це може бути гнів або ж не стримана радість, сильний напад страху, без явної для того причини, дані реакції дуже сильно впливають на особистість людини та її життєдіяльність, вони роблять свої зміни в психіці і можуть після себе залишати різні довготривалі афективні сліди, які як правило можуть накопичуватися до певного моменту.

Для даної реакції є характерним звуження свідомості, внаслідок чого може спостерігатися ступор і людина здійснює необдумані вчинки, що мають емоційне забарвлення, не завжди людина може навчитися ними керувати.

Ознаки афективного стану в осіб з ПТСР умовно розділять на дві групи це відчуття і поведінка:

- Відчуття – може виражатися в короткій амнезії, втраті самоконтролю і деперсоналізації.
- Поведінка - до неї відносять зміни в міміці та поведінці, зовнішньому вигляді, мовленні та руховій активності.

Щодо особливостей проявів емоційно-афективних реакції в осіб з ПТСР є розподіл на:

- Патологічний афект він супроводжується болючим для травмованого нервово-психологічним перевантаженням, наслідком є повне затьмарення свідомості та заблокування людської волі.
- Фізіологічний афект можна характеризувати як наявністю сильного душевного хвилювання, яке в свою чергу проявляється у тимчасовій дезорганізації свідомості у травмованого.

- Аномальний афект, займає свою проміжну позицію, тут є вплив додаткових факторів, таких як сила тригера, наявний стан тверезості тощо.[19]

Прояв видів афективних реакцій у травмованих:

- Депресивний, в травмованих може простежуватися пригнічення, зниження активності, часті головні болі.
- Маніакальні для цієї групи характерно почуття незахищеності, та прагнення до захисту та бути завжди на поготові щоб не повторити ранній досвід який призвів до травматизації.
- Біполярні, характерним є прояв двох попередніх реакції з певною часовою зміною.

Прояв фаз афекту в осіб з ПТСР:

- Доафективна фаза, травмованна особистість фокусується на джерелі своєї проблеми, супроводжуючі емоційні сплески, можуть проявлятися без видимої причини, також травмований не може їх контролювати.
- Стадія вибуху, виражається бурхливими проявами і руховою активністю, найчастіше у вигляді агресії, може супроводжуватися флешбеками з минулого, основною характеристикою є амнезія скоєного в даному стані.
- Постафективна фаза, відбувається тільки після повного емоційно заспокоєння травмованого, в даному стані особистість себе відчуває повністю порожньою, часто можливе заціпеніння та втрата свідомості, при зникненні подразника який нагадує про травму можливе почуття полегшення.[20]

Афективні травмованні особистості

Для крайньої межі і без того збудженого емоційного стану особистості досить найменшого тригера для виникнення афекту, в даному стані люди не можуть себе повністю контролювати і видавати звіт своїм вчинкам, людей схильних до даного виду поведінки, називають афективними.

Прояву стану сприяють:

- Нагадування про травму.
- Несприйняття соціумом.
- Наявність внутрішнього конфлікту.

- Схильність до афективних форм взаємин і вирішення конфліктних ситуацій.

Психологічна характеристика

Афективна поведінка може демонструватися за допомогою нападів гніву та люті, зазвичай це формується з причин того що людина не знає інших способів як захиститися, також дані люди дуже добре сприймають емоційний стан інших людей особливо їх страх, їм не подобаються сильні звуки якщо вони були під час травматизації, мають високий рівень недовіри до оточуючих себе людей, можливі інтенсивні психологічні страждання, порушення сну, внаслідок чого легка приторможеність[17;18].

Порушення поведінки у травмованих

У людей внаслідок ПТСР можуть виникати проблеми з адаптацією до навколишнього соціуму, у вигляді неприйняття та можливої агресії по відношенню до оточення за певних несприятливих умов, наявність неврозів та інших психологічних розладів психіки, через занадто сильну емоційну напругу травмований часто не здатний приймати адекватно любі рішення не залежно від виду, присутні гострі афективні реакції.[16]

Гострі афективні реакції у травмованих є короткими за часом, зазвичай від пари хвилин до двох днів, даний емоційний розлад, виникає тільки у складній ситуації та проявляється у вигляді:

- Порушення поведінки;
- Схильності до суїциду;
- Втечі або агресії, без явної для цього причини.

Діагностичні критерії прояву афективної сфери за видами реакцій в осіб з ПТСР:

Простий афект. Основні діагностичні критерії:

1. Відповідність загальним діагностичним критеріям афективних станів.
2. Наявність ознак афективного звуження свідомості.
3. Наявність часткової амнезії.

4. Фазний перебіг (редукований), обов'язкова наявність 1-ї та 2-ї стадій — підготовчої та афективного вибуху. Можлива присутність окремих елементів стадії виснаження.

5. Здатність до самоопису (ідентифікації) емоційних проявів (страх, гнів тощо), що мали місце у стадії афективного вибуху.

6. Наявність мовного контакту, який відображає конфліктну ситуацію.
Додаткові діагностичні критерії:

1. Відповідність характеру домінуючої емоції подразника, через який виник афект.

2. Можливість зміни знаряддя нанесення ушкоджень.

3. Узгодженість ступеня емоційних проявів із об'єктивною значущістю подразника.

4. На постафективній стадії — збереження вегетативних проявів.

5. Можлива відсутність провини та каяття.

6. Здатність до модифікування поведінки відповідно обставинам.

Аномальний афект. Основні діагностичні критерії:

1. Відповідність загальним діагностичним критеріям афективних станів.

2. Наявність ознак афективного звуження свідомості.

3. Наявність часткової амнезії.

4. Фазний перебіг (редукований), обов'язкова наявність 1-ї та 2-ї стадій — підготовчої та афективного вибуху (тип «плато»). Можлива присутність окремих елементів стадії виснаження.

5. Здатність до самоопису (ідентифікації) емоційних проявів (страх, гнів тощо), що мали місце у стадії афективного вибуху.

6. Наявність психопатологічного «ґрунту».

7. Наявність мовного контакту, який відображає конфліктну ситуацію.

Додаткові діагностичні критерії:

1. Відповідність характеру домінуючої емоції подразника, через який виник афект.

2. Узгодженість ступеня емоційних проявів із об'єктивною значущістю подразника.

3. Змістовна єдність емоційних переживань на різних стадіях.

4. Здатність до модифікування поведінки відповідно обставинам.

5. Можлива відсутність провини та каяття.

Фізіологічний афект. Основні діагностичні критерії:

1. Відповідність загальним діагностичним критеріям афективних станів.

2. Наявність проявів афективного звуження свідомості з фрагментарністю сприйняття оточуючого.

3. Прояви дереалізації та (або) деперсоналізації.

4. Неповнота, вибірковість спогадів щодо обставин скоєного, пригадування лише окремих, найбільш значимих елементів конфлікту.

5. Чіткий фазний перебіг з обов'язковою наявністю усіх трьох стадій: підготовчої, афективного вибуху та виснаження (піковий тип).

6. Об'єктивна раптовість, суб'єктивна мимовільність афективного вибуху.

7. У стадії виснаження — надзвичайна втома, прострація, спустошеність.

8. Неможливість чіткого самоопису (ідентифікації) емоційних проявів, що мали місце у стадії афективного вибуху.

Додаткові діагностичні критерії:

1. Відсутність відчуття провини та каяття.

2. Обмеження, фрагментарність мовної продукції, яка втрачає зв'язок з афектогенною ситуацією.

3. Перевищення ступеня емоційних проявів порівняно з об'єктивною значущістю подразника.

Патологічний афект. Основні діагностичні критерії:

1. Відповідність загальним діагностичним критеріям афективних станів.

2. Потьмарення свідомості (синдром сутінкового потьмарення свідомості), повне дезорієнтування, спотворене сприйняття оточуючого.

3. Різке, надзвичайне психомоторне збудження із автоматизованими, стереотипними діями.

4. Повна відсутність спогадів щодо скоєного.

5. Уривчасті галюцинаторні та маячні розлади.

6. Чіткий фазний перебіг з обов'язковою наявністю усіх трьох стадій (підготовчої, афективного вибуху та виснаження).

7. Раптовість афективного вибуху.

8. У стадії виснаження — глибокий сон із наступною розгубленістю.

Додаткові діагностичні критерії:

1. Відсутність реагування на зміни обставин і оточення.

2. Відсутність відчуття провини або каяття.

3. Повна відсутність мовної продукції, або окремі звуки, вигуки, які можуть відображати хворобливий розлад свідомості.[10;15]

Висновки до розділу 1

Здійснивши аналіз літературних джерел та публікацій на сайтах, виявилось що тематика ПТСР на даний момент є однією з пріоритетних, в тому числі і в Україні, в зв'язку з останніми подіями, так як отримати посттравматичний стресовий розлад можна не тільки будучи безпосереднім учасником, так і просто спостерігаючи за подією яка викликає сильний стрес в людини, зазвичай до даних подій відносять насильницьку смерть, війну, катування, тощо.

Щоб відділити людей які мають ПТСР та тих в кого гострий стрес який зазвичай проявляється в перші дні після травматизації до 4 тижнів, ПТСР є більш відтермінованим за часом, також для його діагностики найкраще підходять критерії по DSM-IV, потрібно як мінімум наявність двох протягом довготривалого часу, однією з особливостей ПТСР як і в принципі багатьох психологічних хворіб є совматризація, а саме найближче оточення травматизованого може прийняти на себе ті чи інші прояви травми.

Для хворих на ПТСР є нормою неадекватно реагувати на подразник або ж тригер який нагадує про травму, шляхом втечі або ж сильного нападу неконтрольованої агресії, наявність суїцидальних схильностей, проявляються як думки про суїцид, або ж у вигляді не виправданого ризику для свого життя, при тому що зазвичай це не є повністю свідомо, і в результаті можуть постраждати навколишнє оточення, також для травматизованих є характерним наявність проблеми із сном у вигляді недосипання через численні нічні жахіття, можливі і інші психологічні захворювання, самим найгіршим на мою думку є наявність флешбекі які повертають людину в подію яка її травмувала, так як людина не може зазвичай відрізнити флешбек від реальності, це ще може певною мірою поновити травму, або ж розвинути в людини різні психологічні захворювання, які можуть супроводжуватися довготривалими галюцинаціями та дезорієнтацією відносно реального світу, відповідно крім поставленого діагнозу ПТСР, людині також можуть поставити і параноїдальну шизофренію, внаслідок чого ще більш суттєво погіршується взаємодія травмованого із навколишнім світом, та найближчими людьми, що в свою чергу зменшує шанси на стабілізацію стану та

можливістю вилікуватися, на щастя крім людей допомогти можуть спеціально навчені собаки, даний вид лікування називається анімалотерапія або ж лікування з допомогою тварин, для осіб з ПТСР даний вид буде дуже корисним в зв'язку з тим що даний вид терапії допомагає покращити соціальні, емоційні і найважливіше когнітивні функції пацієнта, не так давно була передача де був волонтер який рятував котів, він сказав що “Не залежно який би чоловік не був брутальний, до свого kota від буде ставитися з великою ніжністю - не дослівно”, думаю це притаманно більшості людей, але найголовніше це що тварина допомагає розслабитися і відповідно відмежуватися від травми, та не почувати себе неначе вона знову може повторитися.

Крім вище сказаного важливу роль в прояві ПТСР відіграє афективна сфера особистості, рівень її розвитку, здатність до саморегуляції, при узагальненні всіх чинників можна їх звести в афективний простір та афективні стани, останні в свою чергу виявляються як наслідок взаємодії багатьох різносторонніх факторів, в центрі яких завжди має бути подразник, в ПТСР таким подразником може бути тригер який передую афективній на нього реакції, зазвичай в ролі тригера може виступати будь-що що може нагадувати травмованому про травму.

При виникненні афекту наявність людини в стані алкогольного сп'яніння, може призвести до патологічного афекту, при якому відбувається затьмарення свідомості, поява збудження що проявляється в рухах та діях, спрямованих на причину виникнення при тому що після може спостерігатися амнезія, так званий стан афекту в якому людина втрачає можливість адекватно мислити та усвідомлювати всі свої дії і керувати ними.

Для даного афекту є характерним як було вище зазначено амнезія стосовно скоєного, також в певній мірі потьмарення свідомості, спотворення сприйняття навколишнього оточення з галюцинаціями, наявністю чіткого фазного перебігу від підготовчої фази до раптового афективного вибуху та повного, виснаження аж до глибокого сну.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИРАЖНОСТІ ПТСР В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Характеристика вибірки, методів та методик дослідження

У проведенні емпіричного дослідження взяло участь 40 осіб з ТрО, військовослужбовці також і цивільні які є військовозобов'язаними, вік досліджуваних від 18 до 35 років.

Для проведення дослідження було використано наступні психодіагностичні методики:

- Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР;
- Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу;
- БОО “Адаптивність-200”
- Шкала оцінки впливу травматичної ситуації;

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми, дана шкала є швидкою в опрацюванні із людьми, що дає можливість працювати з великими групами.

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу, в даній методиці результати варто вважати “позитивним”, якщо респондент відповів “так” на будь-які три або більше запропоновані варіанти питань, в ній наявність трьох позитивних відповідей не обов'язково має на увазі що у досліджуваного є ПТСР, але вказує на те що йому притаманні певні ознаки або ж проблеми які зв'язані із травмою, відповідно потрібна більш глибока психодіагностика респондента.

Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) “Адаптивність-200”

Опитувальник призначений для вивчення деяких соціально-психологічних і психологічних характеристик особистості, що відображають інтегральні особливості її психічного і соціального розвитку, має в собі такі шкали як:

- Шкала достовірності;
- Поведінкова регуляція;

- Комунікативний потенціал;
- Морально-етична нормативність;
- Військово-професійна спрямованість;
- Схильність до девіантних форм поведінки;
- Суїцидальний ризик;

Шкала достовірності її роль полягає в оцінці відвертості наданих відповідей на запитання БОО “Адаптивність200” та відповідає за їх надійність.

Шкала поведінкової регуляції в основі має завдання вивчити рівень нервово-психічної стійкості опитуваних та їх толерантності до несприятливих дій в професійної діяльності.

Шкала комунікативного потенціалу її функція це вивчення наявних комунікативних можливостей опитуваних і їхнього навичок побудови міжособистісних відносин в колективі.

Шкала моральної нормативності допомагає вивчити здатність опитуваних дотримувати моральні норми поведінки також і вміння до субординації, а саме вміння підкорятися корпоративним та груповим вимогам.

Шкала військово-професійної спрямованості головним завданням має вивчення рівня професійної мотивації опитуваних і їхньої спрямованості до продовження професійної діяльності у військовій або цивільній сфері.

Шкала схильності до девіантних форм поведінки спрямована на швидке виявлення ознак аддиктивної та делінквентної поведінки в опитуваних.

Шкала суїцидального ризику спрямована для швидкого виявлення особистостей із схильністю до суїциду або суїцидальних дій.

Також він складається із тверджень що в свою чергу дозволяє вивчати самопочуття, характер, поведінку, рівень стосунків в сім’ї та наявні інтереси.

Шкала оцінки впливу травматичної ситуації дозволяє оцінити наявний вплив на особистість по критеріям:

- Вторгнення;
- Уникнення;
- Фізіологічне збудження.

2.2. Інтерпретація результатів емпіричного дослідження

В ході проведеного скринінгу (див.Табл.1.1) шляхом швидкого опитування з використанням було виявлено що у 80% нема ніяких ознак, в 12.5% відповіді можуть свідчити про можливу наявність підпорогових ознак ПТСР, 5% потребують більше детального дослідження, та 2.5% з великою долею ймовірності мають наявний посттравматичний стресовий розлад.

Таблиця 1.1

Результати опитувальника скринінгу ПТСР

Позитивні відповіді	
до 2	80%
2	12.5%
4	5%
6	2.5%

Також для швидкого опитування була використана коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (див.Табл.1.2), із загальної кількості людей лише в 7.5% є наявні порушення, та 92.5% не мають ніяких порушень.

Таблиця 1.2

Шкала тривоги, депресії та ПТСР

Нема порушень	Є порушення
92.5%	7.5%

Взявши за основу результати двох методик можна припустити що лише одна людина з сорока має посттравматичний стресовий розлад.

Інтерпретація результатів багаторівневого особистісного опитувальника “Адаптивність-200”

В ходу аналізу відповідей було виявлено що надійність отриманих даних у 52.5% є високою, в 42.5% вона є достатньою (див.Рис.1.1), також їм притаманна соціальна бажаність, а саме схильність виставляти себе з найкращої сторони, або

ж просто відповідали для того щоб відповідати соціальним нормам, лише 5% є не достовірними, в даному випадку досліджувані максимально хотіли відповідати певним соціальним нормам, відповідно ймовірність похибки в результатах складає 5%.

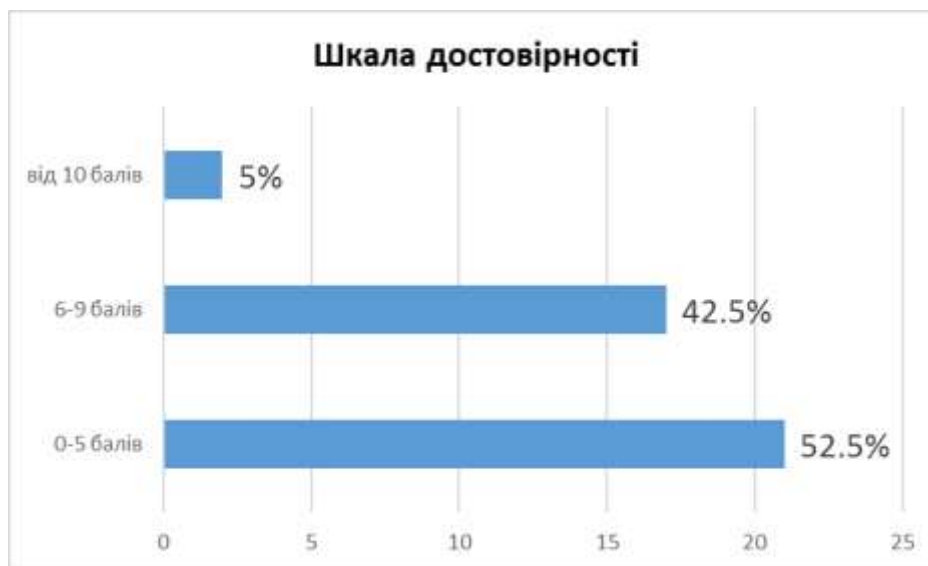


Рис.1.1 Шкала достовірності

Також було визначено рівні стресостійкості (див.Табл 1.3) перший високий рівень адаптації до стресу мають 10% досліджуваних, другий рівень 22.5%, третій 45%, та недостатній рівень адаптації до стресу мають 17.5% серед опитуваних.

Таблиця 1.3

Показники стійкості до стресу

Рівень бойової стресостійкості			
4	3	2	1
17.5%	45%	22.5%	10%

За основними шкалами (див.Рис.1.2) в поведінкові регуляції (ПР) максимальний рівень має лише 15% серед опитуваних, в шкалі комунікативного потенціалу (КП) максимальний рівень має 7.5% та в шкалі морально-етичної нормативності (МН) серед опитуваних лише 10%, при тому найнижчі рівні по шкалам МН, КП та ПР не має ніхто.

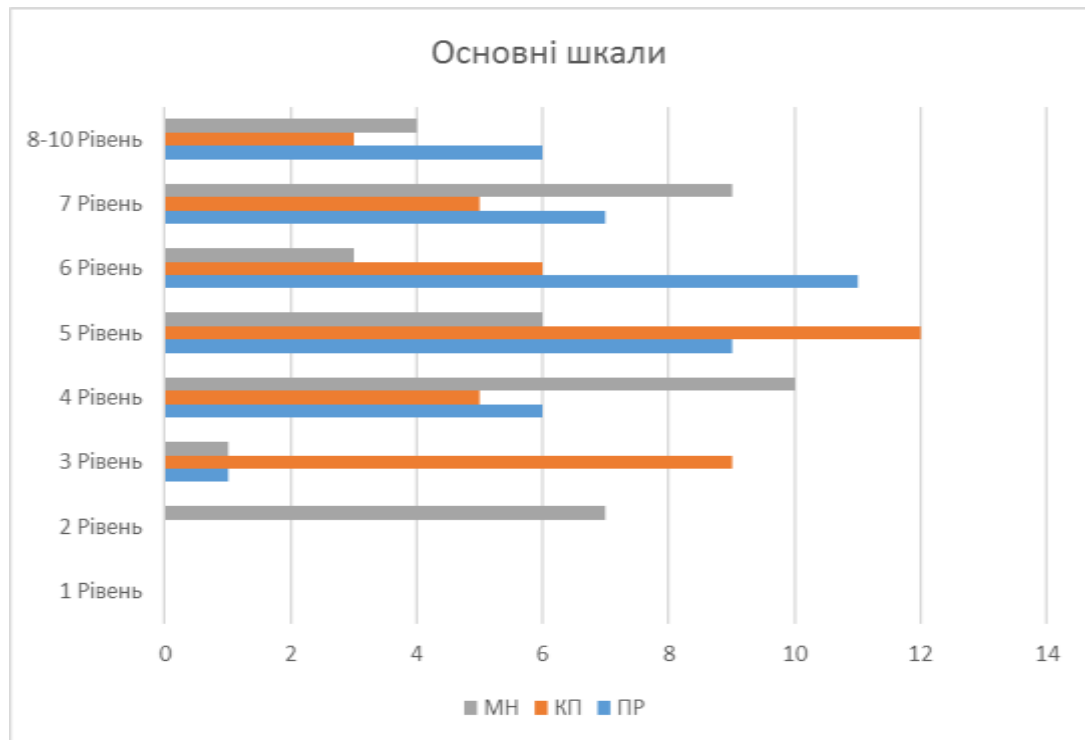


Рис.1.2 Основні шкали

Самий високий рівень поведінкової регуляції, характеризується сильною нервово-психічною стійкістю, їм притаманний завищений рівень працездатності, особливо в умовах сильно вираженого стресу, характерна висока толерантність до різних несприятливих психічних і фізичних навантажень.

Достатньо високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції має лише 17.5% серед опитуваних, для них характерно наявністю високого рівня працездатності в тяжких умовах діяльності, також в них толерантність до навантажень на вищому рівні, мають високу стійкість до дії різних стрес-чинників.

Достатній рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції має 27.5% від загального числа опитуваних.

Стійкий рівень працездатності у звичних умовах життєдіяльності є притаманним лише для 22.5%, тобто при тривалій дії явних психічних навантажень в них можливе тимчасове погіршення якості діяльності, незалежно від умов.

Дещо понижений рівень є лише в 15%, це рівень є нестабільним у плані працездатності, найбільш проявляється в ускладнених умовах діяльності,

адаптація до нових і незвичайних умов життєдіяльності є ускладненою і може супроводжуватися тимчасовим погіршенням функціонального стану організму.

Окремі ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції мають 2.5% серед опитуваних, в них наявна недостатня толерантність до психічних і фізичних навантажень, погана адаптація до нових умов життєдіяльності, вона ускладнена і може супроводжуватися тривалим погіршенням функціонального стану організму і професійної працездатності, при високих психічних навантаженнях можливий зрив, який погано вплине на діяльність.

Ніхто з опитуваних немає виражених ознак нервово-психічної нестійкості або порушення поведінкової регуляції, ознак психічних розладів, низької толерантності до навантажень, тривалого і сильно вираженого погіршення функціонального стану організму, низького рівня працездатності.

Високий рівень комунікативних здібностей можна характеризувати як наявністю швидкої адаптації в новому колективі так і здатністю з легкістю встановлювати любі контакти з оточуючими, у міжособистісному спілкуванні люди неконфліктні, вони адекватно роблять оцінку своєї ролі та вміють будувати міжперсональні стосунки.

Достатньо високий рівень мають лише 12.5% від загальної кількості опитуваних, вони достатньо швидко можуть адаптуватися у новому колективі, не мають проблем із встановленням контактів, вміють адекватно реагувати на критику в свою сторону.

Достатній рівень мають лише 15%, за характеристиками не відрізняються від достатньо високого рівня.

30% опитуваних мають середній рівень своїх комунікативних здібностей, вони без особливих ускладнень з легкістю можуть адаптуватися до нового колективу, при міжособистісній взаємодії мають схильність іноді неправильно будувати стратегію своєї поведінки, до критичних зауважень в свою сторону ставляться нормально, не конфліктними.

Задовільний рівень комунікативних здібностей має лише 12.5% від загальної кількості, їм притаманні проблеми з адаптацією, наявна неадекватна самооцінка, на критику може адекватно реагувати, але не завжди, здатний на корекцію власної поведінки.

22.5% мають понижений рівень, для них характерно наявність окремих ознак акцентуації характеру, незначні ускладнення при адаптації в новому колективі, міжперсональні стосунки зазвичай повністю будуються неправильно, проблеми із сприйняттям критики та не розвинута здатність до самокорекції своєї поведінки.

Не було виявлено в ході проведення дослідження осіб з низьким та вкрай низьким рівнем здібностей до комунікації, а саме з ознаками акцентуації характеру, розтягнутою адаптацією, проблемами із міжособовою взаємодією та наявністю неадекватної самооцінки, фіксації на образах зазвичай травми, як наслідок взаємодії із навколишнім світом, не розвинута здатність до самовиховання, відповідно і високий рівень конфліктності, схильність до ірраціональних вчинків.

Досліджувані які мають дуже високий рівень соціалізації, є суворо орієнтованими на загальноприйняті і соціально схвалювані норми поведінки в соціумі, намагаються максимально дотримуватися вимоги які йдуть від колективу, мають сильно виражені альтруїстські якості, через що можуть і страждати, ставлячи чужі інтереси вище за свої, переважно інтереси групи людей..

Серед досліджуваних є 10% з високим рівнем, вони в свою чергу суворо орієнтовані на загальноприйняті та соціально ухвалені норми поведінки, намагаються дотримуватися задані вимоги, також мають схильність групові інтереси ставити вище інших.

Достатньо високий рівень мають 22.5% від загального числа опитуваних, соціалізації, не відрізняються від осіб з високим рівнем.

Достатній рівень лише 7.5% соціалізації. У цілому орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У цілому

дотримується корпоративних вимог. В повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами.

Задовільно достатній рівень мають 15%, не відрізняється від достатнього рівня.

Задовільний рівень є в 25% опитуваних, згідно характеристики вони не завжди орієнтовані на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норми поведінки, а особистісні інтереси переважають над груповим.

Недостатній рівень соціалізації мають 2.5%, вони не прагнуть дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки і соціально ухвалених вимог.

Низький рівень соціалізації складається з 17.5% серед опитуваних, вони відмовляються від прийнятих норм поведінки, переважно діють згідно плану, переважно власного, не звертаючи увагу на думки інших, в житті є егоцентричними, можуть з легкістю порушувати та обходити існуючі правила та заборони.

Вкрай низький рівень схожий на низький рівень, серед опитуваних його ніхто не має.

Інтерпретація за додатковими шкалами:

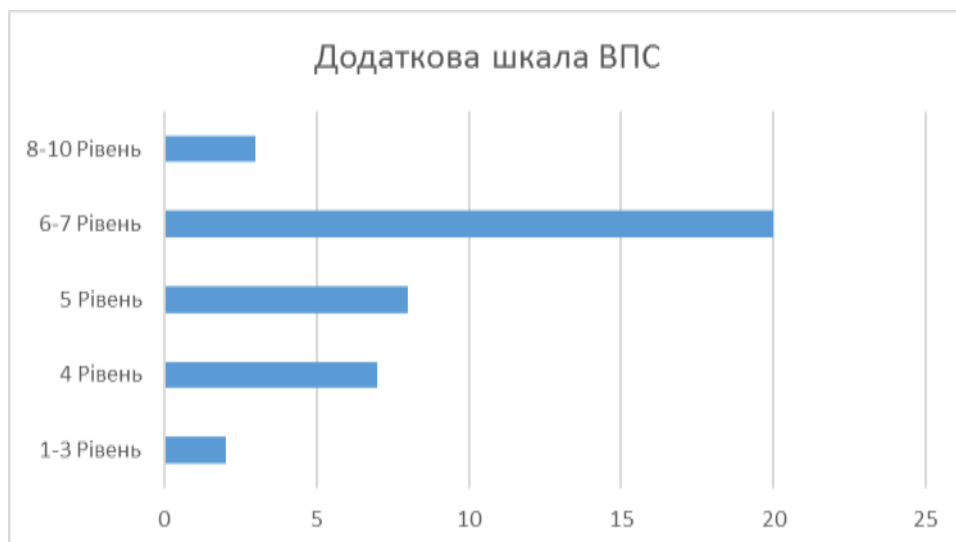


Рисунок.1. 3 Додаткова шкала ВПС

Шкала військово-професійної спрямованості (див.Рис.1.3), високий рівень військово-професійної спрямованості має 7.5% серед опитуваних, є явно

виражене бажання продовжити свою професійну діяльність, у тому числі і в особливих умовах які можуть призвести до появи ПТСР.

Достатній рівень мають найбільше число серед досліджуваних, а саме 50%, із стійкою орієнтацією на продовження професійної діяльності, в любых умовах.

В цілому достатній рівень лише 20%, не відрізняється від достатнього.

Недостатній рівень 17.5% не повною мірою задоволені своєю військовою професійною діяльністю або своїм службовим призначенням, їхня орієнтація на продовження професійної діяльності в силових структурах сумнівна.

Низький рівень, тільки 5%, є не задоволеними своєю військовою професійною діяльністю та своїм службовим призначенням.

Згідно шкали схильності до девіантних форм поведінки та суїцидального ризику (див.Рис.1.4), найбільше в девіантні формі 92.5% має 6-10 рівень, тобто повна відсутність в досліджуваних ознак аддиктивної та делінквентної форми поведінки, повна відсутність ознак агресії до оточуючих, орієнтація особистості спрямована на дотримання соціальних норм поведінки в соціумі, та раціональне ставлення до оточуючих.

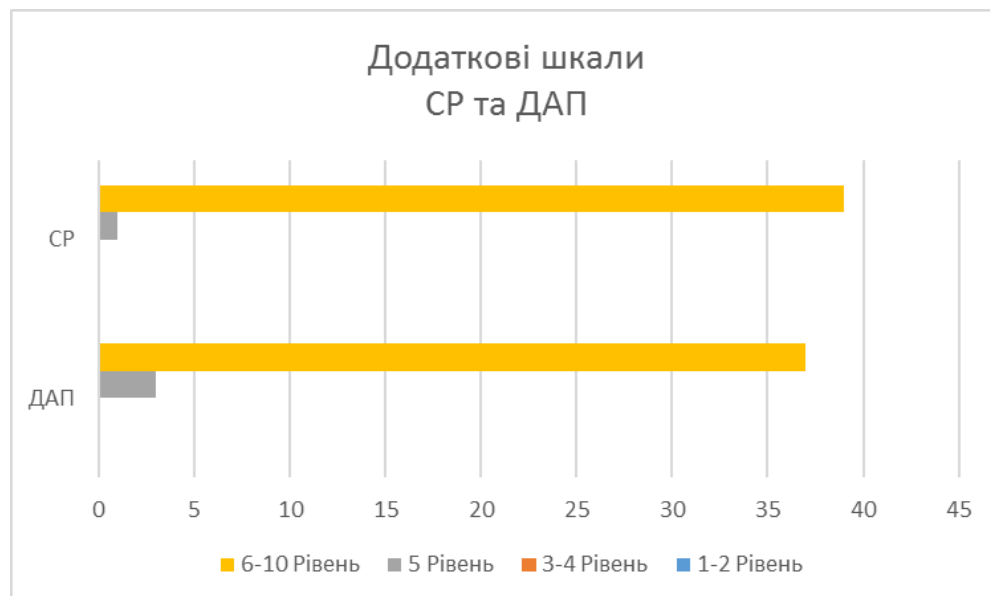


Рис.1.4 Додаткові шкали

П'ятий рівень схильності до девіантних форм поведінки складає всього 7.5%, в них є визначення певні ознаки девіантної поведінки, наявність

агресивних дій до оточення, та схильність до порушення соціальних норм поведінки.

При інтерпретація значень шкали СР в 97.5% не було виявлено ніяких ознак схильностей до суїцидального ризику, та в 2.5% були наявні окрему ознаки схильності, що в свою чергу може свідчити про певну проблематику при взаємодії із соціумом.

Інтерпретація шкали оцінки впливу травматичної події

За Шкалою оцінки впливу травматичної події високі рівні «вторгнення», «уникнення» та «фізіологічного збудження» зафіксовано у 24-32 % досліджуваних (див.Табл1.4).

Таблиця 1.4

Діагностичні результати за Шкалою оцінки впливу травматичної події.

Показник	Рівень	Бали	Кількість
Вторгнення	Низький	0-4	0%
	Середній	5-8	100%
	Підвищений	9-12	0%
	Високий	13 і більше	0%

Уникнення	Низький	0-4	87.5%
	Середній	5-8	12.5%
	Підвищений	9-12	0
	Високий	13 і більше	0
Фізіологічне збудження	Низький	0-4	7.5%
	Середній	5-8	92.5%
	Підвищений	9-12	0
	Високий	13 і більше	0

За шкалою вторгнення 100% мають середній рівень

За шкалою уникнення 87.5% низький та 12.5% середній

За шкалою фізіологічне збудження низький 7.5% та середній 92.5%

Висновки до розділу 2

В ході проведених досліджень було виявлено що згідно опитувальника скринінгу ПТСР та шкали тривоги, депресії та ПТСР, ймовірно від 2.5% до 7.5% з великою долею ймовірності можуть мати ПТСР, або ж наявну симптоматику яка є подібна на посттравматичний стресовий розлад, звісно можна припустити що одна людина все таки має наявний розлад, але враховуючи також результати опитувальник “Адаптивність-200”, а саме шкали достовірності то можлива ймовірність похибки в результатах складає 5%, при тому що 42.5% притаманно було наявність соціальної бажаності, а саме при можливості виставляти себе виключно з хорошої сторони, показники стресостійкості допомогли виявити в якої кількості людей є недостатній рівень для адаптації до стресу, а саме 17.5% мають ймовірність при травматизації, не тільки отримати гострий стресовий розлад, але і розвинути його до рівня ПТСР, для вивчення можливої поведінкової регуляції, комунікативного потенціалу та морально-етичної нормативності, бо при ПТСР вони зазвичай є на доволі низькому рівні, було виявлено що ні один із зазначених критеріїв не був виявлений на низькому рівні, відповідно досліджуванні в своїй більшості можуть з легкістю спілкуватися із іншими людьми та приймати певні соціальні норми від оточення, при тому максимально наскільки можливо контролювати свою поведінку.

Було аналізовано і шкалу військово-професійної спрямованості, так як дана професійна спеціалізація є в категорії ризику розвитку ПТСР, серед них було виявлено що 5% є незадоволенні на даний момент своєю службою, але тут нажаль на даний результат можуть впливати різні зовнішні фактори, яких нема змоги детальніше дослідити.

Головним при ПТСР є наявність при появі тригера девіантна поведінка також в повсякденному житті схильність до суїцидального ризику, в результаті було виявлено майже повну відсутність аддиктивної та делінквентної форми поведінки в досліджуваних, лише в 7.5% вона є присутня, також в 2.5% була схильність до суїциду, враховуючи результати двох перших методик, можна

зробити припущення що наявність ПТСР є мінімум в однієї людини із всіх досліджуваних.

Діагностичні критерії за оцінкою впливу травматичної події, по показникам вторгнення, уникнення та фізіологічне збудження, не перевищує середній рівень у всіх досліджуваних.

ВИСНОВКИ

Беззаперечно проблематика ПТСР зараз в даний момент є важливою як ніколи через легкість отримати психологічну травматизацію в зв'язку із ситуацією в країні, найбільше під групу ризику потрапляють військові, медики, рятувальники та просто жителі, за останні роки можна спостерігати що посттравматичний розлад в певній мірі змінився, тепер не обов'язково бути безпосередньо учасником травматичних подій, або мати гостру форму реакції на стрес, він може виникнути і як наслідок багатьох незначимих психічних травм, при тому слід розрізняти ПТСР в учасників бойових дій та інших людей, так як в першому варіанті він є більш таким вираженим, в них сильніше проявляється депресія, вони більш схильні до суїциду, можливі панічні атаки, агресивність та антисоціальна поведінка, поява різних фобій, в тому числі і соціофобія.

Вміння успішно діагностувати та полегшити обіг симптомів, дасть змогу людині легше пережити все що з нею трапилося, насамперед потрібно не лікувати вже наявні симптоми, а старатися спрямувати сили на профілактику, збільшення стресостійкості, по суті це є головним в афективній сфері, зробити так щоб вона була готова до різного роду психологічних травм.

В ході всіх проведених досліджень які були спрямовані на виявлення особистостей з ПТСР, та рівня розвитку симптомів які є зв'язані із афективною сферою особистості, для характеристики особливостей його прояву, в різних соціальних сферах життя, можна припустити що на посттравматичний стресовий розлад страждає лише одна людина.

Перспективи подальшого дослідження полягають в пошуку та розробці нових практичних методик для діагностики та надання першої психологічної допомоги.

Також більш в детальному вивчені ознак афективного стану, які розділяються на дві групи, це відчуття та поведінка людини з посттравматичним синдромом в афективному стані, як вони себе проявляють в короткій та довготривалій пам'яті, у зовнішньому вигляді та руховій активності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Афективна сфера особистості URL: https://pidru4niki.com/1513061637248/psihologiya/afektivna_sfera_osobistosti
2. Блінов О.А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР) / О.А. Блінов // Психологічний часопис: збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка. – № 1 (11). – Вип. 11. – Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. С. 26-37.
3. 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. 234 с.
4. Афективна сфера особистості URL: <https://studfile.net/preview/5548773/page:3/>
5. Критерії ПТСР по DSM-IV URL: https://studbooks.net/1683109/psihologiya/kriterii_ptsr
6. Посттравматичний стресовий розлад URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B9_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%BB%D0%B0%D0%B4
7. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
8. Діагноз ПТСР URL: <https://medikom.ua/diagnoz-ptsr/>
9. Афективна сфера особистості URL: <https://studfile.net/preview/1862461/>
10. Афект URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82_\(%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%82_(%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F))
11. Критерії діагностики афективних станів особистості URL: <http://ap.uu.edu.ua/article/92>
12. Методичні засади експертної діагностики короточасних афективних станів у кримінальному процесі URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper363.htm>

- 13.МКБ-10 URL:<http://www.law.vsu.ru/structure/criminalistics/books/mkb10.pdf>
- 14.Афективна реакція:визначення, симптоми, причини URL:
<https://irin.in.com/suspilstvo/afektivna-reaktsiya-viznachennya-simptomi-prichini.html#vydy-afektyvnykh-reaktsii>
- 15.Чабан О.С. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. 2010. №2 (21). С. 5–8.
- 16.Котенев И. О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел: метод.пособие для практических психологов. М.: МЦ при ГУК МВД России, 1996. 40 с.
- 17.Шевчук О.П. Особистісні предиктори трансформації травматичної пам'яті у посттравматичний стресовий розлад // О.П. Шевчук //Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, II(12), Issue. 2014. No 25. С. 83-93.
- 18.Стаднік І.В. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) учасниками зони антитерористичної операції (АТО) [Електронний ресурс] / І.В. Стаднік, М.І. Мушкевич // Психологія: реальність і перспективи. 2015. Вип. 4. С. 244-248.
- 19.Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, які перебувають на реабілітації в санаторно-курортних умовах [Електронний ресурс] / Б.В. Михайлов, О. І. Сердюк, О.О. Галаченко [та ін.] // Укр. вісн. психоневрол. 2016. Т. 24, вип. 2. С. 69-73.
- 20.Коваль І.А. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці [Електронний ресурс] / І.А. Коваль // Пробл. сучас.психол. 2015. Вип. 27. С. 210-219.