

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Кафедра психології

На правах рукопису

ПАПІРНИЙ ОЛЕКСІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

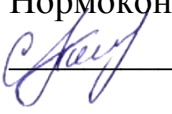
**ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ, ЯКІ
ПРОЯВЛЯЮТЬСЯ У ВИГЛЯДІ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ БОЙОВОГО
СТРЕСУ І ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
(ПТСР)**

Спеціальність: 053 «Психологія»
(код) (назва спеціальності)
Освітня програма Психологія
(назва)
Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник:
Пріснякова Л.М.,
канд..психол. наук, доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ
Протокол засідання кафедри психології
№ 7 від 26.12.2024

Завідувач кафедри психології
 Людмила ПРИСНЯКОВА

Нормоконтроль
 Наталія СЕРГІЄНКО

Дніпро, 2025

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Кафедра психології
Освітній ступінь магістр
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
психології
(назва кафедри)


(підпис)

Людмила ПРИСНЯКОВА

12.02.2024

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

ПАПІРНИЙ ОЛЕКСІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

1. Тема роботи: «Психологічні наслідки участі у бойових діях, які проявляються у вигляді психічної травми бойового стресу і посттравматичного стресового розладу (ПТСР)».
2. Науковий керівник роботи: Пріснякова Л.М., канд..психол. наук, доцент
Затверджені наказом вищого навчального закладу від « » 20__ року №
3. Строк подання роботи на кафедру: 12.02.2025р.
4. Мета кваліфікаційної роботи: виділення та аналіз особливостей прояви ПТСР в літературних джерелах та наукових дослідженнях у учасників бойових дій; дослідження гендерних та вікових відмінностей особистісних властивостей військовослужбовців; позначення ключових факторів, що впливають на успішність їх адаптації до умов мирного життя, з визначенням шляхів психологічної допомоги цим особистостям.
5. Завдання кваліфікаційної роботи
 - 1.Провести аналіз літературних джерел та наукових досліджень згідно темі науково - дослідної роботи;

2.Здійснити науково-теоретичний аналіз проблеми нервово-психічної стійкості військовослужбовців Збройних сил України;

3.Дослідити види та основні характеристики стресу, травматичного стресу та ПТСР;

4.Проаналізувати наукові підходи до дослідження стресу і ПТСР;

5.Дослідити гендерні та вікові відмінності особистісних властивостей військовослужбовців в процесі служби;

6.Здійснити відбір методик для психодіагностики, які відповідають меті та гіпотези дослідження;

7.Провести емпіричне дослідження по визначенню особливостей переживання ПТСР та отримання кількісних показників стресостійкості особистості;

8.Здійснити аналіз отриманих результатів та сформулювати висновки.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

№ з\п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1.	Вступ	Жовтень 2024р.	виконано
2.	I Розділ	Листопад 2024 р.	виконано
3.	II Розділ	Грудень 2024 р.	виконано
4.	III Розділ	Січень 2025 р	виконано
5.	Робота в цілому	Лютий 2025р.	виконано

Науковий керівник



Пріснякова Л.М.

Здобувач вищої освіти



Папірний О.В.

Дата видачі завдання 29.09.2024 р.

АНОТАЦІЯ

Зважаючи на події в сучасних умовах в нашій країні, на людину все більше впливають різного роду зовнішні чинники, що позначаються на її психологічному стані. Відбуваються глибокі зміни, які стосуються всіх сфер життя громадян та суспільства в цілому.

Військовослужбовці, що піддавалися протягом певного часу впливу психотравмуючої ситуації війни, знаходяться під впливом її наслідків і в мирний час. Відбувається нашарування на первинний стрес, вторинних стресів мирного часу.

Варто зауважити, що діяльність військовослужбовців Збройних сил безпосередньо пов'язана зі стресовими ситуаціями та ризиком для життя і здоров'я. Сучасні умови, у яких працюють військовослужбовці є екстремальними, тому що вони супроводжуються значними психо-емоційними навантаженнями, високою відповідальністю за прийняті рішення, достатньою складністю виконуваних функцій, прискореним темпом діяльності, об'єднанням різноманітних за метою дій в одній діяльності, обробкою значної за обсягом інформації, дефіцитом часу на прийняття рішення тощо .

Дослідження так званого бойового стресу (В. Р. Василевський, А. Б. Довгополук, Р. А. Растовцев, Т. Б. Дмитрієва, Е. М. Епачинцева, С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, Р. Н. Тимченко, Р. А. Фастівця, А. Н. Харитонов та ін) показали, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу за накопичених в душі, в пам'яті, багаторазово пережитих жахів війни, фізичного і психічного перенапруження, горя втрат, співпереживання з пораненими.

Таким чином, актуальність піднятої теми визначається соціальною ситуацією, що складається в суспільстві і гострою потребою ветеранів бойових дій соціального захисту, соціально-психологічної реабілітації та підтримки.

Об'єктом дослідження є травматичний бойовий стрес.

Предметом дослідження є психологічні наслідки участі у бойових діях, які проявляються у вигляді психічної травми бойового стресу і посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Мета даної роботи: є виділення та аналіз особливостей прояви ПТСР в літературних джерелах та наукових дослідженнях у учасників бойових дій; дослідження гендерних та вікових відмінностей особистісних властивостей військовослужбовців; позначення ключових факторів, що впливають на успішність їх адаптації до умов мирного життя, з визначенням шляхів психологічної допомоги цим особистостям.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні про те, що бойові дії викликають травматичний стрес, наслідком стресу виступає ПТСР.

Робоча гіпотеза прояв ПТСР залежить від індивідуально-типологічних, вікових та гендерних особливостей військовослужбовців.

Завдання дослідження:

- 1) Провести аналіз літературних джерел та наукових досліджень згідно темі науково - дослідної роботи;
- 2) Здійснити науково-теоретичний аналіз проблеми нервово-психічної стійкості військовослужбовців Збройних сил України;
- 3) Дослідити види та основні характеристики стресу, травматичного стресу та ПТСР;
- 4) Проаналізувати наукові підходи до дослідження стресу і ПТСР;
- 5) Дослідити гендерні та вікові відмінності особистісних властивостей військовослужбовців в процесі служби;
- 6) Здійснити відбір методик для психодіагностики, які відповідають меті та гіпотези дослідження;

- 7) Провести емпіричне дослідження по визначенню особливостей переживання ПТСР та отримання кількісних показників стресостійкості особистості;
- 8) Здійснити аналіз отриманих результатів та сформулювати висновки.

Методи та методики дослідження: під час виконання роботи застосовувалися як загально наукові, так і спеціальні дослідницькі методи:

Теоретичні: аналіз, осмислення й узагальнення досягнень, представлених у психологічній літературі за проблемою дослідження;

Емпіричні: спостереження, експертне оцінювання, індивідуальні бесіди, тестування, діагностика за допомогою наступних методик :

1. Методика визначення нервово-психічної стійкості та ризику дезадаптації в стресі «Прогноз».
2. Методика вимірювання рівню тривожності Тейлора в адаптації Т.А.Немчинова, доповненої опитувальником «шкала брехні» В.Г.Норакідзе.
3. Методика по короткому варіанту опитувальника «Домінуючого стану» Л.В.Кулікова.
4. Тест нервово-психічної адаптації І.Н. Гурвич.
5. Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка.
6. Методика «Рівень суб'єктивного контролю (РСК)» модифікований варіант опитувальника американського психолога Дж. Роттера.
7. Методика «Агресивна поведінка» (за Є.П. Ільїним та П.А.Ковальовим)
8. Методика діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (за В.В. Бойком).

Математико-статистичні: результати діагностики оброблялись при допомозі методів математичної статистики та коефіцієнтів кореляції Пірсона, Спірмена, Стьюдента.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше на основі емпіричних даних здійснено аналіз гендерних та вікових відмінностей у

структурі особистісних властивостей військовослужбовців, що проявляються в процесі їх військової діяльності.

Практичне значення результати дослідження можуть бути використовуватися з метою організації, покращення професійної діяльності в умовах військової служби та психологічної корекції агресивності та способів формування психічної стійкості у військовослужбовців Збройних сил України.

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і списку використаної літератури.

ANNOTATION

Considering the events in modern conditions in our country, a person is increasingly influenced by various kinds of external factors that affect his psychological state. Profound changes are taking place affecting all spheres of life of citizens and society as a whole.

Military personnel who have been exposed to the psychologically traumatic situation of war for a certain time are influenced by its consequences in peacetime. There is a layering of secondary stresses of peacetime on top of the primary stress.

It should be noted that the activities of military personnel of the Armed Forces are directly related to stressful situations and risks to life and health. The modern conditions in which military personnel work are extreme because they are accompanied by significant psycho-emotional stress, high responsibility for decisions made, sufficient complexity of the functions performed, an accelerated pace of activity, the combination of actions of various purposes in one activity, the processing of a significant amount of information, and a shortage of time to make a decision, etc.

Studies of the so-called combat stress (V. G. Vasilevsky, A. B. Dovgopolyuk, R. A. Rastovtsev, T. B. Dmitrieva, E. M. Epachintseva, S. V. Litvintsev, E. V. Snedkov, R. A.A.). N. Timchenko, R. A. Fastovets, A. N. Kharitonov, etc.) showed that combat PTSD is more diverse and often lasts longer than peacetime PTSD with the horrors of war, physical and mental stress, grief of loss, empathy with the wounded.

Thus, the relevance of the topic raised is determined by the social situation emerging in society and the urgent need of combat veterans for social protection, socio-psychological rehabilitation and support.

Study object is traumatic combat stress.

Study subject is the psychological consequences of participation in combat, which manifest themselves through the mental trauma of combat stress and post-traumatic stress disorder (PTSD).

The purpose of this work: to identify and analyze the features of the manifestation of PTSD in literary sources and scientific research among combatants; study of gender and age differences in the personal characteristics of military personnel; identification of key factors influencing the success of their adaptation to the conditions of peaceful life, with the identification of ways of psychological assistance to these individuals.

The hypothesis of the study is the assumption that combat causes traumatic stress, and PTSD is a consequence of stress.

The working hypothesis for the manifestation of PTSD depends on the individual typological, age and gender characteristics of military personnel.

Study tasks:

- 1) Conduct an analysis of literary sources and scientific research on the topic of scientific research work;
- 2) Carry out a scientific and theoretical analysis of the problem of neuropsychic resilience of military personnel of the Armed Forces of Ukraine;
- 3) Explore the types and main characteristics of stress, traumatic stress and PTSD;
- 4) Analyze scientific approaches to the study of stress and PTSD;
- 5) Explore gender and age differences in the personal characteristics of military personnel during service;
- 6) To select methods for psychodiagnostics that correspond to the goals and hypotheses of the study;
- 7) Conduct an empirical study to determine the characteristics of the experience of PTSD and obtain quantitative indicators of an individual's stress resistance;
- 8) Analyze the results obtained and formulate conclusions.

Research methods and techniques: when performing the work, both general scientific and special research methods were used:

Theoretical: analysis, comprehension and generalization of achievements presented in the psychological literature on the research problem;

Empirical: observation, expert assessment, individual conversations, testing, diagnostics using the following methods:

1. Methodology for determining neuropsychic resilience and the risk of maladaptation under stress “Forecast”.
2. Taylor’s anxiety level measurement technique adapted by T.A. Nemchinov, supplemented by the “lie scale” questionnaire by V.G. Norakidze.
3. Methodology based on a short version of the “Dominant State” questionnaire by L.V. Kulikov.
4. Test of neuropsychic adaptation I.N. Gurvich.
5. Methodology for diagnosing self-assessment of mental states G. Aizenko.
6. The “Level of Subjective Control (LSC)” technique is a modified version of the questionnaire of the American psychologist J. Rotter.
7. Methodology “Aggressive behavior” (according to E.P. Ilyin and P.A. Kovalev)
8. Methodology for diagnosing the dominant strategy of psychological defense in communication (according to V.V. Boyko).

Mathematical and statistical: diagnostic results were processed by methods of mathematical statistics and Pearson, Spearman, and Student correlation coefficients.

The scientific novelty of the study lies in the fact that for the first time, on the basis of empirical data, an analysis of gender and age differences in the structure of the personal qualities of military personnel, manifested in the process of their military activities, was carried out.

Practical significance: The results of the study can be used for the purpose of organizing, improving professional activity in military service and psychological correction of aggressiveness and methods of developing mental stability among military personnel of the Armed Forces of Ukraine.

Structure of the work: the work consists of an introduction, three chapters, a conclusion and a list of references.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	13
РОЗДІЛ І ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД В ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ.....	20
1.1 Стрес як фактор формування посттравматичного стресового розладу..	20
1.2 Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), визначення, види.....	31
1.3 Особливості формування синдрому емоційного вигорання у менеджерів середньої ланки, в тому числі менеджерів металургійного виробництва.....	41
1.4 Соціально-психологічні особливості прояву ПТСР	52
Висновок до першого розділу.....	57
РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	61
1.1 Функції та задачі військовослужбовців Збройних сил України.....	61
2.2. Особливості стресостійкості військовослужбовців.....	64
2.3 Гендерні та статеві особливості стресостійкості.....	67
Висновок до другого розділу.....	75
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	78
3.1 Методи і методики дослідження ПТСР.....	78
3.2. Учасники емпіричного дослідження	86
3.3 Результати емпіричного дослідження.....	91
Висновки до третього розділу.....	157
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	165
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	173
ДОДАТКИ.....	

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Зважаючи на події в сучасних умовах в нашій країні, на людину все більше впливають різного роду зовнішні чинники, що позначаються на її психологічному стані. Відбуваються глибокі зміни, які стосуються всіх сфер життя громадян та суспільства в цілому. Сьогодні наша держава для забезпечення територіальної цілісності України вимушена проводити бойові дії у вигляді антитерористичної операції (АТО) на Сході країни. Багато тисяч військовослужбовців після демобілізації повертається назад в громадянське суспільство, вносячи в нього при цьому всі особливості мілітаризованої свідомості і роблячи істотний вплив на подальший розвиток соціуму.

Військовослужбовці, що піддавалися протягом певного часу впливу психотравмуючої ситуації війни, знаходяться під впливом її наслідків і в мирний час. Відбувається нашарування на первинний стрес, вторинних стресів мирного часу. Будь-яка війна несе психологічні наслідки для людини, особливо для тих, хто приймав безпосередню участь у бойових діях [20, 30].

Військова діяльність є досить специфічною і вимагає від військовослужбовців виконання різного характеру завдань, які можуть негативно впливати на особистість (підвищувати рівень агресивності і зменшувати рівень нервово-психічної стійкості). Це пов'язано з рядом факторів, зокрема: страхом за своє життя під час виконання складних завдань, постійним психологічним тиском керівництва, суворим дотриманням розпорядку дня тощо. Все це може ускладнювати життєдіяльність та спричиняти появу роздратування і психічної напруги.

Варто зауважити, що діяльність військовослужбовців Збройних сил безпосередньо пов'язана зі стресовими ситуаціями та ризиком для життя і здоров'я. Сучасні умови, у яких працюють військовослужбовці є екстремальними, тому що вони супроводжуються значними психо-емоційними навантаженнями, високою відповідальністю за прийняті рішення,

достатньою складністю виконуваних функцій, прискореним темпом діяльності, об'єднанням різноманітних за метою дій в одній діяльності, обробкою значної за обсягом інформації, дефіцитом часу на прийняття рішення тощо [33].

Разом із бойовим досвідом, військовослужбовці отримують фізичні й психологічні травми, а їхня психіка зазнає значних змін. Діапазон впливу факторів війни на людину надзвичайно широкий. При цьому набагато більший масштаб мають пом'якшені і відстрочені наслідки війни, що впливають не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, а й на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій і т.д. Значна увага має приділятися психічній стійкості військових, яка є важливою у боротьбі зі стресами та сприяє збереженню фізичного і психічного здоров'я [68, 78, 93].

Вивченню стресостійкості приділяли увагу Б. Варданян, П. Зільберман, Н. Конанчук, Л. Наєнко, О. Тімченко. Вони вважали, що проблема психічної стійкості військовослужбовців до стресу є професійно значущою характеристикою, від неї залежить ефективність діяльності військовослужбовців [19, 35].

На даний час дослідженню проблеми психічної стійкості військовослужбовців присвячені роботи таких науковців та дослідників: Ю. Бабаян, О. Боярчук, О. Гусак, О. Блінов, Л. Грішман, А. Петрук, С. Романчук, В. Романчук, В. Скиданович та інші.

Велике практичне значення у службовій діяльності військових відіграє нервово-психічна стійкість, яка безпосередньо визначає стан психічного і соматичного здоров'я. Наявність помірного та високого рівня нервово-психічної стійкості дозволяє попередити розвиток особистісних розладів, створює основу внутрішньої гармонії, повноцінного психічного здоров'я, високої працездатності. За умови низького рівня нервово-психічної стійкості у військових ймовірні нервові зриви, які схильні порушувати психічну діяльність при появі сильних психічних і фізичних навантажень [13].

Рівень нервово-психічної стійкості військового особливо проявляється в екстремальних умовах службової діяльності. Якщо військовослужбовець психічно стійкий, відповідно, у зазначених ситуаціях він буде зосередженим, спокійним, швидко реагуватиме та прийматиме рішення. В тому разі, коли солдати є психічно нестійкими, в складних ситуаціях службової діяльності вони можуть втрачати стан рівноваги, можливі уповільнення розумових процесів, зниження концентрації уваги, підвищення рівня тривоги, виникнення труднощів зі швидким прийняттям правильного рішення, розгубленість, здійснення помилкових дій тощо [13, 15].

Участь у бойових діях впливає на свідомість людини, піддаючи її серйозним якісним змінам. Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на все подальше життя людини [100].

Дослідження проблем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) стає все більш актуальним не тільки в медичному, але і в соціально-психологічному аспекті. Це пов'язано, перш за все, з тенденцією до зростання частоти і вираженості наслідків сучасних катастроф, збройних конфліктів і локальних війн. Проблема врегулювання останніх, крім політичної, має й соціально-психологічну сторону – сторону участі в них громадян тих чи інших країн. Як і будь-який конфлікт або критична ситуація, збройні конфлікти не обходяться без ускладнень, які не завершуються із закінченням конфлікту або виходом з участі. Ці ускладнення досить довго супроводжують соціум та особистість вже в умовах безконфліктного мирного життя, створюючи ряд труднощів, які неможливо проігнорувати або вирішити однобічно. Найбільш яскраво подібні ускладнення можна спостерігати у людей, що безпосередньо брали участь у збройних конфліктах і стоять перед необхідністю адаптації вже тепер до мирних умов.

Це і обумовлює вивчення психологічного стану та особливостей прояву ПТСР у людей, що пройшли через збройні конфлікти з метою їх реадaptaції до умов мирного життя, збереження здоров'я і працездатності. ПТСР у

військовослужбовців виникає, як правило, після впливу травмуючих психіку умов бойової обстановки і, більше того, може виникнути раптово через довгі роки на тлі загального благополуччя [47, 59].

Дослідження так званого бойового стресу (В. Р. Василевський [20], А. Б. Довгополук [30], Р. А. Растовцев, Т. Б. Дмитрієва [29], Е. М. Епачинцева [31], С. В. Литвинцев [61], Е. В. Снедков [90], Р. Н. Тимченко, Р. А. Фастівця [92], А. Н. Харитонов [106] та ін) показали, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу за накопичених в душі, в пам'яті, багаторазово пережитих жахів війни, фізичного і психічного перенапруження, горя втрат, співпереживання з пораненими.

Згідно з офіційними даними, на даний момент в зоні АТО вже воювало десятки тисяч українців. За прогнозами психіатрів, в кращому випадку, у 20% з них в наступні роки діагностують хронічний посттравматичний стресовий розлад, якому вже дали назву «синдром АТО».

Таким чином, актуальність піднятої теми визначається соціальною ситуацією, що складається в суспільстві і гострою потребою ветеранів бойових дій соціального захисту, соціально-психологічної реабілітації та підтримки.

Об'єктом дослідження є травматичний бойовий стрес.

Предметом дослідження є психологічні наслідки участі у бойових діях, які проявляються у вигляді психічної травми бойового стресу і посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Мета даної роботи: є виділення та аналіз особливостей прояви ПТСР в літературних джерелах та наукових дослідженнях у учасників бойових дій; дослідження гендерних та вікових відмінностей особистісних властивостей військовослужбовців; позначення ключових факторів, що впливають на успішність їх адаптації до умов мирного життя, з визначенням шляхів психологічної допомоги цим особистостям.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні про те, що бойові дії викликають травматичний стрес, наслідком стресу виступає ПТСР.

Робоча гіпотеза прояв ПТСР залежить від індивідуально-типологічних, вікових та гендерних особливостей військовослужбовців.

Завдання дослідження:

- 9) Провести аналіз літературних джерел та наукових досліджень згідно темі науково - дослідної роботи;
- 10) Здійснити науково-теоретичний аналіз проблеми нервово-психічної стійкості військовослужбовців Збройних сил України;
- 11) Дослідити види та основні характеристики стресу, травматичного стресу та ПТСР;
- 12) Проаналізувати наукові підходи до дослідження стресу і ПТСР;
- 13) Дослідити гендерні та вікові відмінності особистісних властивостей військовослужбовців в процесі служби;
- 14) Здійснити відбір методик для психодіагностики, які відповідають меті та гіпотези дослідження;
- 15) Провести емпіричне дослідження по визначенню особливостей переживання ПТСР та отримання кількісних показників стресостійкості особистості;
- 16) Здійснити аналіз отриманих результатів та сформулювати висновки.

Методи та методики дослідження: під час виконання роботи застосовувалися як загально наукові, так і спеціальні дослідницькі методи:

Теоретичні: аналіз, осмислення й узагальнення досягнень, представлених у психологічній літературі за проблемою дослідження;

Емпіричні: спостереження, експертне оцінювання, індивідуальні бесіди, тестування, діагностика за допомогою наступних методик :

9. Методика визначення нервово-психічної стійкості та ризику дезадаптації в стресі «Прогноз».
10. Методика вимірювання рівню тривожності Тейлора в адаптації Т.А.Немчинова, доповненої опитувальником «шкала брехні» В.Г.Норакідзе.

- 11.Методика по короткому варіанту опитувальника «Домінуючого стану» Л.В.Кулікова.
- 12.Тест нервово-психічної адаптації І.Н. Гурвич.
- 13.Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка.
- 14.Методика «Рівень суб'єктивного контролю (РСК)» модифікований варіант опитувальника американського психолога Дж. Роттера.
- 15.Методика «Агресивна поведінка» (за Є.П. Ільїним та П.А.Ковальовим)
- 16.Методика діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (за В.В. Бойком).

Математико-статистичні: результати діагностики оброблялись при допомозі методів математичної статистики та коефіцієнтів кореляції Пірсона, Спірмена, Стюдента.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше на основі емпіричних даних здійснено аналіз гендерних та вікових відмінностей у структурі особистісних властивостей військовослужбовців, що проявляються в процесі їх військової діяльності.

Теоретико-методологічну основу дослідження складають теоретичні відомості про дослідження проблеми нервово-психічної стійкості, якій присвячено значну кількість робіт у науці і практиці – це роботи вітчизняних та зарубіжних дослідників, зокрема: Р. Бернс, М. Борневассер, Г. Сельє, Г. Лазарус, які у своїх роботах використовували термін «стресостійкість». Л. Аболін, В. Бодров, І. Малкіна-Пих, В. Мясников та інші вивчали емоційну та психічну стійкість особистості. Особливості прояву агресивної поведінки досліджували А. Анцупов, А. Гончаров, А. Іваницький, В. Марищук, Дж. Скотт, К. Хорні. На даний час дослідженню проблеми психічної стійкості військовослужбовців присвячені роботи таких науковців та дослідників: Ю. Бабаян, О. Боярчук, О. Гусак, О. Блінов, Л. Грішман, А. Петрук, С. Романчук, В. Романчук, В. Скиданович та інші.

Теоретичне значення дослідження полягає в системному розкритті концептуальних основ структурно-функціональної організації стресостійкості

особистості, розкритті змісту функціональних ролей структурних компонентів стресостійкості; у теоретико-методологічному визначенні, експериментальній констатації та порівняльному аналізу підходів до визначення змісту поняття «стресостійкість», що дало змогу з'ясувати її сутність, структуру та психологічні чинники.

Практичне значення результати дослідження можуть бути використовуватися з метою організації, покращення професійної діяльності в умовах військової служби та психологічної корекції агресивності та способів формування психічної стійкості у військовослужбовців Збройних сил України.

Полігон дослідження: в емпіричному дослідженні прийняли участь військовослужбовці м.Дніпра та Дніпропетровської обл., які приймали участь у антитерористичній операції на Сході України у кількості 120 осіб. Із них 70 осіб мають статус УБД – 18 жінок та 52 чоловіків; та 50 осіб не мають статусу УБД – 24 жінок та 26 чоловіків; ССС – солдатсько-сержанський склад, ОС – офіцерський склад.

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків і списку використаної літератури. Робота викладена на 188 сторінках, ілюстрована 51 таблицею та 31 рисунком. Список літературних джерел містить 120 наіменувань.

РОЗДІЛ І ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД В ПСИХОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

1.1 Стрес як фактор формування посттравматичного стресового розладу

Стрес присутній у житті кожної людини, так як наявність стресових імпульсів в усіх сферах людського життя та діяльності безперечна. Стрес - стан психічної напруги, що виникає в процесі діяльності в найбільш складних і важких умовах. Життя часом стає суворою і безжалісною школою для людини. Виникаючі на нашому шляху труднощі (від дрібної проблеми до трагічної ситуації) викликають у нас емоційні реакції негативного типу, що супроводжуються цілою гамою фізіологічних і психологічних зрушень.

Поняття «стрес» (англ. «distress» від лат. «stringere» - затягувати) у відомому нині значенні не використовувалося до 1920-х рр., проте тривалий час вживалося у фізиці для позначення внутрішнього розподілу сил, який впливає на матеріальне тіло та призводить до виникнення напруги. У 1920-30-хрр. біологи та психологи іноді використовували це поняття як синонім психічної напруги чи шкідливого чинника середовища, здатного викликати хворобу. У ході еволюції в організмі сформувалися механізми, які забезпечують пристосування до різних умов життя та стабілізацію активності органів та систем у певних функціональних діапазонах. Багато факторів могли би викликати зсуви у внутрішньому середовищі, але організм у нормі може протидіяти несприятливим впливам і зберігати стабільність. Така регулюєма сталість внутрішнього середовища організму була названа Уолтером Кенноном гомеостазісом (від грец. гомео - подібний, однаковий і стазіс - стан). Вона характеризує динамічну постійність у підтриманні різноманітних констант організму: температури тіла, складу крові, кров'яного тиску, обмінних процесів. Основним механізмом підтримання сталості показників діяльності різних систем організму є саморегуляція функцій. Надійність

фізіологічних функцій є якістю, яка гарантує збереження фізіологічних процесів при різних порушуючих функцію впливах [36, 41].

У 1926 р. В. Кеннон використав поняття «стрес» для позначення зовнішніх факторів, які руйнують гомеостаз, втім у науковий обіг дане поняття було введено лише у середині 1940-х рр. Базуючись на ідеях В.Кеннона і К.Бернара (автора поняття «внутрішнє середовище організму»), відомий дослідник стресу канадський вчений **Ганс Сельє**, професор і директор інституту медицини та експериментальної хірургії університету в Монреалі (Канада) у 1936 р. опублікував свою першу працю про загальний адаптаційний синдром, але тривалий час уникав вживання поняття «стрес» і лише з 1946 р. він почав систематично використовувати його для позначення загальної адаптаційної напруги. Виявилося, що синдром можна викликати введенням очищених гормонів (адреналін, інсулін), фізичними факторами (холод, жар), травмою, крововиливом, біллю або напруженою м'язовою роботою. Будь-який з цих агентів здатний викликати цілісну неспецифічну реакцію, яку Сельє назвав “загальним синдромом адаптації”, а термін “шкідливий агент” був замінений на термін “стрес”. Звичайно його визначають як “надмірне напруження”. Часто слова “страждання” (distress) і “напруження” (strain) вживаються в асоціації зі словом “стрес”. Під стражданням розуміють сильні приступи болю або горя, а також виснаження [87, 88].

Г.Сельє писав: «Стрес є неспецифічною фізіологічною відповіддю організму на будь-яку вимогу, яка пред'являється до нього». Він цілком недвозначно розглядав стрес як відповідь організму на вимоги оточуючого середовища. Сельє довів, що стрес відрізняється від інших фізичних реакцій в тому, що він є стресом незважаючи на те, що подразники, які його викликають (наприклад, новини), можуть бути як негативними, так і позитивними. Він назвав негативний стрес «дистресом», а позитивний – «еустресом». Якщо еустрес є джерелом підвищення активності, радості від напруження і успішного подолання, характеризується активізацією мислення

та пам'яті, то дистрес виникає лише при дуже частих і надмірних стресах і супроводжується відчуттям безпорадності і безнадійності.

Крім того, Г.Сельє вперше детально описав гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь (вісь НРА) – систему, за допомогою якої організм долає стрес. Нині популярними лишаються його ідеї про стан тривоги, опору та виснаження, які розглядаються як стадії розвитку стресу [87, 88, 94].

В концепції Сельє про стрес є три основних положення:

1) фізіологічна реакція на стрес не залежить від природи стресора, а також від тварини, в якій вона виникає. Синдром відповідної реакції являє собою універсальну модель захисних реакцій, направлених на захист людини (або тварини) і на збереження цілості організму. Тобто джерело стресу має значення, а неспецифічна захисна реакція, в основному, однакова для всіх тварин.

2) Сельє вважає, що ця захисна реакція при тривалій або повторній дії стресу проходить через 3 певних стадії:

Перша стадія стресу - стадія тривоги, мобілізації, *alarm*-реакції - триває від двох годин до кількох діб. Коли ми стикаємося з небезпекою, на фізіологічному рівні вмикається дуже давній пристосувальний механізм реагування, необхідний для того, щоб вижити, перемогти ворога або втекти від нього. Аби вистачило сил, організм аварійно реагує вибухом енергії. У кров викидаються відповідні гормони, м'язи рук і ніг готуються до активних дій, кількість цукру в крові підвищується, забезпечуючи м'язи енергією, загострюються зір і слух, зростає швидкість психічних процесів [87, 88].

Психологічний стрес на цій стадії теж розгортається миттєво. Емоції змінюють одна одну: настороженість, переляк, паніка, злість, лють, рішучість, пильність. Збудження стрімко зростає. Вся увага концентрується на стресорі. Особистісний контроль і ситуації, і власного стану підвищується. Так протікає фаза шоку - фаза загального розбалансування функцій організму внаслідок фізичного ушкодження чи психічного потрясіння. В організмі з'являються зміни, які характерні для початкової дії стресового фактора, і в

цей же час рівень резистентності організму знижується. Якщо стресовий фактор достатньо сильний, то резистентність може зменшитися до нуля і тоді настає смерть;

Друга стадія – резистентності, якщо стрес не вдається подолати на першій стадії і людина досить тривалий час перебуває у стані тривоги через надто сильний стресор, настає стадія, яку називають стадією резистентності, усталеності чи спротиву. Це стан пристосування до нових емоційних і фізичних навантажень. На стадії резистентності адаптаційні ресурси вже не витрачаються так неекономно, як на попередній. Людина пристосовується до умов життя, що кардинально змінилися. Її існування підтримується більш збалансовано, оскільки формується підвищена стійкість до стресогенного впливу [87, 88].

Третя стадія - стадія виснаження (зношування). Якщо всі психофізіологічні особистісні зміни на цій стадії загального адаптаційного синдрому все ж є оборотними і припинення дії стресора повертає людину до нормального функціонування, то наступна стадія, на жаль, може стати катастрофічною. На стадії виснаження вся енергія вичерпана, психологічні захисти виявляються неефективними і в людини більше немає ніяких сил для спротиву. Тут сподіватися на власні ресурси небезпечно. Допомога має прийти ззовні або у вигляді підтримки з боку оточення чи у вигляді усунення стресора.

Стадія виснаження не є обов'язковою при розгортанні адаптаційного синдрому. Здебільшого стрес вдається подолати і розвинути власну адаптивність на попередніх стадіях. Так формується підвищена стійкість до надзвичайного стресора, який діяв тривалий час [87, 88].

3) Третє положення концепції Сельє полягає в тому, що захисна реакція, якщо вона буде сильною і довготривалою, може перейти в хворобу, тобто хворобу адаптації. Хвороба буде тою ціною, яку організм заплатив за боротьбу з факторами, які викликали стрес. Це виникне в тому випадку, якщо захисні реакції будуть продовжуватися дуже довго і вичерпаються ресурси

фізіологічних механізмів, або у випадку, якщо ця реакція виявляється надмірно сильною.

Підвищення або зниження температури оточуючого середовища, голод або спрага, крововтрата або фізичне виснаження, інфекція або травма, емоційне напруження або зневоднення - все це викликає ряд змін в організмі, які об'єднуються в поняття «стресова реакція». Організм в цих випадках немовби не цікавиться деталями, тобто тим, що представляють собою кожен із перерахованих стресорів, а реагує в цілому на пошкоджуючий фактор.

Залежно від терміну впливу на особистість стреси поділяються на три основні види: гострий (короткочасний), епізодичний гострий і хронічні стреси [87, 88].

Короткочасний (гострий) стрес характеризується швидкістю та несподіваністю виникнення. Гострий стрес - це найпоширеніший вид стресу, зумовлений надмірними вимогами до людини або очікуванням цих вимог у майбутньому. У невеликій кількості гострий стрес збуджує та навіть приносить задоволення, але коли його занадто – настає виснаження [57, 111].

Гострий стрес трапляється часто в житті людини, він керований, а його наслідки легко піддаються лікуванню.

Епізодичний гострий стрес по суті є способом життя людей, які нерозрізняють стресові події як такі, опираються змінам і не вважають, що відчують дистрес.

Хронічний (довготривалий) стрес припускає наявність постійного (чи такого, що існує тривалий час) значного фізичного й морального навантаження на людину (тривалий пошук роботи, з'ясування стосунків), у результаті якого її нервово-психологічний чи фізіологічний стан є надзвичайно напруженим [41, 57].

Найгіршим аспектом хронічного стресу є те, що люди звикають до нього, якщо гострий стрес сприймається як наявний, тому що він раптовий і містить певну новизну, то хронічний стрес ігнорується оскільки він звичний, а часто й комфортний. Наслідками хронічного стресу можуть бути суїциди,

насильство, інфаркт, інсульт чи онкологія. Хвороби важко піддаються лікуванню через фізичне та психічне виснаження людини [73, с. 16].

Існують різні наукові підходи до розуміння стресу. Відповідно до системного підходу, у наш час, стрес вивчається з позицій фізіологічного, психологічного, і поведінкового рівнів. Одна з перших таких спроб була зроблена Р. Лазарусом. Стрес фізіологічної природи представляє собою, на думку автора, безпосередню реакцію організму, що супроводжується вираженими фізіологічними зрушеннями на вплив різних зовнішніх і внутрішніх стимулів фізико-хімічної природи. При цьому величина фізіологічного стресу залежить від інтенсивності впливу агента. Відмінні особливості психологічного стресу полягають у тому, що він викликається психічними стимулами, які оцінюються як загрозливі. Саме Р.Лазарус, розвиваючи вчення про стрес (1956, 1970), висунув концепцію, згідно з якою розмежовується фізіологічний стрес і психічний (емоційний) стрес [57].

Для фізіологічного стресу характерне опосередкування стресорів гомеостатичними фізіологічними механізмами. Він викликається такими стрес-чинниками, як біль, холод, спека, голод, спрага, фізичні перевантаження тощо.

Психологічний стрес опосередковується психологічними процесами оцінки передбачуваної загрози стресового стимулу і пошуком адекватної відповіді на цей стимул. Його викликають: обман, образа, погроза, небезпека, інформаційне перевантаження тощо. Психологічний стрес зазвичай поділяють на емоційні та інформаційні стреси [16, 18].

Емоційний стрес має місце в ситуаціях, які загрожують безпеці людини (злочин, аварія, війна, важка хвороба), соціальному статусу, економічному благополуччю (втрата роботи), міжособистісним відносинам (сімейні проблеми) тощо. При цьому різні його форми – імпульсивна, гальмова, генералізована – призводять до змін у перебігу психічних процесів, емоційних порушень, трансформації мотиваційної структури діяльності, порушень рухової та мовної поведінки [41].

Інформаційний стрес виникає під час інформаційних перевантажень, коли людина, яка має велику відповідальність за наслідки своїх дій, не встигає приймати правильні рішення. Часто інформаційні стреси виникають в роботі диспетчерів, операторів технічних систем управління [35].

Можна стверджувати також про міжособистісний і внутрішньоособистісний стреси. Перший є результатом непорозумінь з оточенням, складних стосунків з коханою людиною, особистої конфліктності, позиції жертви чи агресора у партнерських взаєминах. До другого може призводити нерозділене кохання, тривала самотність, давня мрія про сім'ю і дітей, нереалізована потреба у професійній самореалізації, надія досягти душевного спокою, миру із собою, яка не справджується.

Деякі автори вирізняють стрес груповий і індивідуальний. Груповий стрес одночасно переживає певна кількість людей у відповідь на загальну для всіх дію шкідливого чинника, наприклад, під час війни, голоду, терористичного акту, урагану, повені, посухи. Дія групового стресу може посилюватися через емоційне зараження, коли руйнівні переживання тих, хто постраждав більше, стають спільними для багатьох. Індивідуальний стрес переживає кожна людина окремо у відповідь на певний подразник, який інші можуть зовсім не сприймати [65, 66].

При впливі негативних подразників в людини формується оцінка ситуації як загрозової. Ступінь загрози в кожної людини своя, але в будь-якому випадку це викликає негативні емоції. Усвідомлення загрози і наявність негативних емоцій “штовхають” людину на подолання шкідливих впливів: вона прагне боротися з фактором, що заважає знищити його. На це особистість спрямовує усі свої сили. Якщо ситуація не дозволяє, а сили для боротьби закінчуються, можливий невроз і ряд незворотних порушень в організмі людини. Оскільки в тих самих ситуаціях одні люди бачать загрозу різного ступеня, а інші в цих же умовах не бачать її зовсім, то і стрес, і його ступінь у кожного свої.

Виникнення загрози викликає у відповідь захисну діяльність. В особистості активізуються захисні механізми, минулий досвід, здібності. Залежно від відношення людини до загрозового фактора, від його оцінки формується мотивація на подолання труднощів. Загроза є вирішальним чинником у виникненні стресу. Людина може відчувати небезпеку своєму здоров'ю, життю, матеріальному благополуччю, соціальному стані, самолюбству, своїм близьким і т.д.

Крім того, ще виділяють такі види стресів, як: професійний, фінансовий, екологічний, технологічний, больовий, бойовий стрес, травматичний і посттравматичний та ін. [52, с.10].

Стрес має фізіологічні, психологічні, особистісні і медичні ознаки. Крім того, будь-який стрес обов'язково включає емоційну напругу [111].

Поняття “стрес” пов'язане із поняттями “афект” та “тривожність”. Часто стрес є причиною виникнення афекту людини, в свою чергу – тривожність впливає на виникнення стресів, а також може бути їх наслідком.

Афект (лат. affectus – настрій, хвилювання, пристрасть) – сильне і короткочасне нервово збудження, емоційний стан, що супроводжується різко вираженими руховими проявами, змінами у діяльності внутрішніх органів, втратою вольового контролю за власними діями і бурхливим вираженням емоцій [38]. С.Рубінштейн зазначав, що у стані афекту людина “втрачає голову”, а тому при афективній дії може бути порушений свідомий контроль у виборі дії. Причинами виникнення афектів можуть бути не лише фактори, пов'язані із біологічними потребами та інстинктами людини, а й порушення соціальних взаємин (завдана кривда, нанесена образа, проявлена несправедливість). Іноді афект виникає при повторенні ситуацій, які викликають у людини негативний стан. Для стану афекту характерне звуження поля свідомості людини, за якого увага повністю зосереджується тільки на обставинах, які викликали афект. При сильному афекті порушення свідомості може призвести до часткової чи навіть повної амнезії, коли людина не може згадати окремі епізоди події, що відбулася, і власні дії [86].

Афект знижує можливості довільної регуляції поведінки, тому рекомендації для його подолання спрямовуються на запобігання афекту шляхом уникання ситуацій, які його провокують, відвертання уваги людини від них, переключення її уваги і свідомості на інші обставини і дії, що мають відволікаючий характер. Афекти виникають раптово, швидко і, досягнувши своєї вищої напруги, настільки ж швидко зникають, поступившись місцем реакції.

Одним із основних чинників виникнення стресових ситуацій є тривожність людини. Тривожність - індивідуально-психологічна особливість, яка виявляється в схильності людини до переживання стану тривоги при очікуванні несприятливого розвитку подій [2].

Тривога - це стан неспокою, що виникає у людини в ситуації, яка представляє для нього певну психічну або психологічну загрозу. Це стан ще часто називають тривожністю.

За загально прийнятим визначенням тривожність визначають як відчуття неконкретної, невизначеної загрози, що супроводжується очікуванням неблагополучних змін [52, 99].

Термін «тривожність» нерідко використовують і для позначення ширшого спектру переживань, що виникають незалежно від конкретної ситуації. Багатогранність і семантична невизначеність понять тривоги і тривожності в психологічних дослідженнях є наслідком використання їх в різних значеннях.

Тривожність - переживання емоційного неблагополуччя, пов'язане з передчуттям небезпеки або невдачі. Будь-яка нестабільність, порушення звичного ходу подій може привести до розвитку тривожності [2, 99].

На відміну від страху, який породжується конкретними причинами і пов'язаний головним чином із загрозою самого існування людини як живої істоти, тривожність зазвичай має невизначений характер і виникає при загрозі (нерідко - уявній) людині як особі. У той же час вважають, що тривожність,

тривога передують страху, який виникає, коли небезпека вже усвідомлена і конкретизована.

У психології розрізняють тривожність як емоційний стан (ситуативна тривожність) і як стійку межу (особистісна тривожність).

Ситуативна тривожність визначається Ч. Спілбергером як «емоційна реакція» яка характеризується похмурими передчуттями, суб'єктивними відчуттями напруженості, нервозності, неспокою і супроводжується активізацією вегетативної нервової системи [95].

Аналогічно Ю. Л. Ханін розуміє тривогу як емоційний стан або реакцію, для якої характерні наступні ознаки:

- різна інтенсивність (величина ситуативної тривожності може коливатися залежно від безлічі чинників);
- мінливість в часі (емоційний дискомфорт пов'язаний з конкретною ситуацією);
- наявність неприємних переживань напруженості, заклопотаності, неспокою, побоювання;
- виражена активація вегетативної нервової системи [105].

Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відображає схильність суб'єкта до тривоги і припускає наявність у нього тенденції сприймати достатньо широкий спектр ситуацій як загрозливих, відповідаючи на кожную з них певною реакцією. Як схильність, особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною, як небезпечні самооцінці, самоповазі.

Величина особистісної тривожності дозволяє прогнозувати вірогідність виникнення станів тривоги в майбутньому. Високо тривожні суб'єкти сприйматимуть ситуації з наявністю стресорів як загрозливіші і випробовуватимуть більш виражений рівень ситуативної тривожності.

Стресостійкість – це загальна якість особистості, яка характеризується здатністю протистояти стресовим факторам за період часу, який необхідний для організації нових умов, в яких даний стресор не буде загрозливим [48 -

50]. Стресостійкість забезпечує високу ефективність діяльності і зберігає здоров'я людини. В ситуаціях можливого виникнення стресу повинні бути визначені додаткові шляхи виходу із стресових ситуацій. Стресостійкість буде забезпечувати високу ефективність діяльності й сприятиме збереженню здоров'я людини, якщо вона буде креативно мислити у вирішенні своїх проблем.

Багато дослідників вивчали поняття стресостійкості людини, зокрема такі як Б.Вардanian, Б.Зильберман, В.Мерлін і ін. Вони виділяли наступні властивості стійкості до стресів: зв'язок стійкості зі зміною, адаптаційно-діяльнісним механізмом, регуляцією, захистом та ін. [19, 35].

Б.Ананьєв у своїй психологічній концепції про єдність і взаємозв'язок властивостей людини як особистості й суб'єкта діяльності зазначає, що тип адаптації залежить від рівня сформованості діяльності. Людина може стати суб'єктом діяльності в тому випадку, якщо діяльність носить цілісний характер [6, 7].

Подолання стресу включає психологічні (сюди входять когнітивна, емоційна і поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми. Якщо спроби впоратися з ситуацією виявляються неефективними, стрес триває і може призвести до появи патологічних реакцій. За деяких обставин замість мобілізації організму на подолання труднощів, стрес може стати причиною серйозних розладів [80].

Отже, виникнення і переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних чинників, від особливостей самої людини, від її ресурсів: оцінки нею ситуації, зіставлення своїх сил і особливостей з тим, що вимагається, та ін. Будь-яка несподіванка, що порушує звичний перебіг життя, може стати причиною стресу або стресором, за термінологією Г. Сельє. При цьому не мають значення зміст самої ситуації та ступінь її об'єктивної загрози. Важливим є саме суб'єктивне ставлення до неї. Тому певна ситуація одними може сприйматися як стресова, а у інших вона не викличе жодного резонансу. Тому увага акцентується на особливості

стресу, на психологічних особливостях людини, які мають значення для подолання стресу.

1.2 Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), визначення, види

В основі етіології посттравматичного стресового розладу (ПТСР), на думку більшості дослідників цього питання, лежить психічна травма, подія, здатна викликати психічний стрес. У всіх випадках подія, яка стала причиною психічної травми - екстраординарна для особистості і супроводжується страхом, жахом, відчуттям безпорадності [62, 101].

Психічна травма - наслідок травматичного стресового впливу; передбачає крайній (екстремальний) ступінь стресогенності фактора, який руйнує систему індивідуальних особистісних захистів, що, призводить до глибинних порушень (від психологічних до біологічних) цілісної системи функціонування практично будь-якої людини [4, 46, 84].

На початку 80-х рр. виник самостійний дослідницький напрямок, який займається екстремальними перевантаженнями, їх подоланням і наслідками, в результаті чого склалися такі поняття, як «травматичні перевантаження», «травматичний стресс» або, просто, «психологічна травма». Але поняття травми, незважаючи на його часте вживання, визначається в основному в загальних словах: подія високої інтенсивності при одночасній відсутності можливості адекватного совладання і перевищенні пристосувального потенціалу індивіда, наслідком чого можуть бути порушення адаптації та розлади, пов'язані зі стрессом [51, 77].

Травматичний стрес - це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на складні, травмуючі обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду [81].

Стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері, яке відбувається за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, згідно з існуючими концепціями, порушується структура «самості», когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що управляють процесами навчіння, система пам'яті, емоційні шляхи навчіння. У ролі стресора в таких випадках виступають травматичні події - екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких [70].

Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому посттравматичного стресового розладу.

Вченими виділені наступні чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес:

- 1) подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося, і через що у неї погіршився психологічний стан;
- 2) цей стан обумовлений зовнішніми причинами;
- 3) пережите руйнує звичний спосіб життя;
- 4) подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити або незробити.

Відстрочені реакції на сильну стресову ситуацію - комплекси змін в емоційній та психічній сфері, зміни в поведінці, що виникають після отримання психічної травми.

Відстрочені реакції – реакції, що відбуваються не в момент сильного стресу, а після нього (пограбування, зґвалтування, повернення із зони бойових дій тощо), але психологічно для людини це ще незакінчено. Ці реакції виникають на тлі загального благополуччя через тривалий час після події.

Будь-яка відстрочена реакція на травму - нормальна. В одному випадку, людина поступово проживає ситуацію самостійно; в іншому самостійно вона

цього зробити не може. У будь-якому з цих випадків страждань і сильних душевних переживань не уникнути [107].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена або тривала відповідь на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яке може викликати глибокий стрес майже у кожної людини [21, 77].

Посттравматичний стресовий розлад (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром, «комбатський синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» тощо) - психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравматичних подій, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи сексуальне насильство, фактична смерть, або загроза смерті [71, 101].

Посттравматичний стресовий розлад – це довготермінова реакція на стрес перебування у зоні військових дій. ПТСР, за визначенням, може мати місце тільки у випадку, коли після травматичної події сплило чотири тижні [78].

Стресовий розлад діагностується 1) серед військовослужбовців після перебування у зоні військових дій, 2) серед цивільного населення, постраждалого від військових дій або катастроф, 3) у дітей, жінок та чоловіків у цивільному житті мирного часу [84, с.30].

У наш час ряд зарубіжних авторів пропонує доповнити діагностику постратравматичних порушень ще однією категорією – посттравматичними особистісними розладами (або РТПД – post traumatic personality disorder), оскільки присутність хронічних симптомів ПТСР часто проявляється впродовж всього подальшого життя людини, що пережила масовану психотравму. Безумовно, що така травма здатна залишити відбиток в душі людини і привести до патологічної трансформації всієї її особистості. Схематично взаємозв'язок різних за часом виникнення, тривалості та глибини стадій формування постстресових порушень представлено на наступній схемі:



Рисунок 1.1 Час виникнення, тривалості та глибини стадій формування постстресових розладів.

До недавнього часу діагноз ПТСР як самостійна нозологічна форма в групі тривожних розладів існував лише в США. Саме у 1960–1970 роках утворився такий термін, як «посттравматичний стресовий розлад», який пізніше, у 1980 був включений у DSM III до групи тривожних розладів [32], і лише у 1995 році ПТСР і його діагностичні критерії ввели в десяту редакцію Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10 (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) - документ, що використовується як головна статистична та класифікаційна основа в системі охорони здоров'я в європейських країнах, включаючи Україну [71].

Вивчення та аналіз доступних теоретичних джерел унеможливорює встановлення єдиного визначення поняття посттравматичного стресового розладу ні в зарубіжній, ні у вітчизняній психології та психіатрії. Зокрема, Оксфордський тлумачний словник вказує, що це «розлад, який виникає внаслідок психологічного стресу чи травматичної події» [74]. Д. Палмер та Л. Палмер вказують, що ПТСР – це саме психоемоційний стан, обумовлений перенесеним важким стресом, при якому індивід відчув або виявився свідком

психотравмуючих подій [75]. Концептуально новий підхід до цього поняття у В. Жмурова. Він вважає, що посттравматичний стресовий розлад - це симптомокомплекс наслідків перебування в обстановці війни у її безпосередніх учасників, яке слід застосовувати лише для цієї категорії [32].

Це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиначної або повторюваної психотравмуючої події (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, роль жертви, знущань, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину), а також як «відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу), що має суб'єктивний характер загрози або катастрофи, які викликають загальний дистрес, майже у кожної людини.

Визначення ПТСР за МКХ-10 є найбільш точним та вказує конкретні випадки, що зазвичай стають його причинами.

За МКХ-10, ПТСР належить до розділу «F40-F48 Тривожно-фобічні розлади» [71]:

(F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації

(F43.0) Гострі стресові реакції

(F43.1) Посттравматичний стресовий розлад

(F43.2) Порушення адаптації

Дослідники психічних хвороб стресу і Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ - 10) згадують великий ряд умов виникнення ПТСР і його симптомів: людина пережила подію, що загрожує життю; реакція у вигляді страху, жаху, безпорадності; нав'язливі спогади про подію; сні про пережиту подію; дії або відчуття, що відтворюють пережите; психологічне напруження при нагадуванні про травмуючих подій; уникнення розмов, пов'язаних з травмою; уникнення місць і людей, пов'язаних з травмою; запам'ятання аспектів травми; зниження інтересу до значимої діяльності; почуття відчуження від оточуючих; нездатність відчувати любов; нездатність орієнтуватися на перспективу; труднощі при засипанні; дратівливість або вибухи гніву; труднощі концентрації уваги; свехнастороженність; посилена

реакція на переляк; стійке психічне напруження. Наявність у людини одночасно шести або більше з цих симптомів дозволяють діагностувати розгорнутий синдром ПТСР. Якщо виявлено п'ять чи менше симптомів, то це свідчить про компоненти ПТСР як наслідки психологічного травмування [53, 71].

Для посттравматичного стресового розладу характерно постійне почуття тривоги, часті нав'язливі спогади про пережиті події, нездатність до підтримки адекватних контактів з близькими. Такі хворі воліють спілкуватися з колишніми комбатантами [20, 54].

Порушення адаптації - стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що створює труднощі для суспільної діяльності і повсякденної активності, що виникає у період адаптації до значної зміни в житті або стресової події. Стресова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда або широку систему соціальної підтримки і цінностей чи представляти широкий діапазон змін та криз у житті. Індивідуальна схильність або вразливість грають важливу роль у ризику виникнення і формах прояву розладів пристосувальних реакцій, проте недопускається можливість виникнення таких розладів без травмуючого фактору [62, 107].

Зазначимо, що ПТСР і розлад адаптації є одними з найбільш широковикористовуваних діагнозів в системі надання допомоги при психічних розладах у всьому світі. Однак підходи до діагностики цих станів протягом тривалого часу залишаються предметом серйозних суперечок через відсутність адресності багатьох клінічних проявів, труднощів з розмежуванням хворобливих станів з нормальними реакціями на стресові події, наявністю значних культуральних особливостей у реагуванні на стрес та ін.

Інтенсивність психотравмуючої ситуації є першочерговим фактором ризику виникнення ПТСР. В якості інших факторів ризику можна назвати: низький рівень освіти, невисоке соціальне становище, хронічний стрес, що

передують травматичної події психіатричні проблеми, наявність близьких родичів, що страждають психіатричними розладами тощо [58].

До інших важливих факторів ризику виникнення ПТСР слід віднести такі особистісні особливості людини, як акцентуація характеру, соціопатичний розлад, низький рівень інтелектуального розвитку, а так само наявність алкогольної або наркотичної залежності [77].

Відповідно до особливостей прояву і перебігу розрізняють види ПТСР:

- **Гострий ПТСР** – такий, що розвивається в терміни до трьох місяців (його не слід змішувати з гострим стресовим розладом, який розвивається протягом одного місяця після критичного інциденту);

- **Хронічний** – такий, що має тривалість більше трьох місяців;

- **Відстрочений** – коли розлад виник через шість і більше місяців після психологічної травми і викликаного нею давно закінчившогося гострого стресу;

- **Без яскравих проявів**, але з деформацією характеру, самопочуття і поведінки людини, які змінюють його життя: його схильності, пристрасті і, відповідно, ставлення до нього оточуючих людей, коли зміна особистості позначається на всьому способі його існування [85].

Волошин В.М. вказує на те, що «феномен ПТСР характеризується стійкими тривожно-депресивними, тривожно-фобічними, obsесивно-компульсивними порушеннями з формуванням в процесі хвороби проблемної поведінки. Особливістю ПТСР, що виділяє його серед психогенно обумовлених порушень, є наявність стійких багаторічних переживань психотравмуючої ситуації. Основою симптоматиці ПТСР завжди супроводжує депресія, яка домінує на початкових етапах захворювання і є складовою частиною синдрому в процесі хронізації хвороби, роблячи істотний вплив на її картину і перебіг [21, 83].

Однією зі складностей при проведенні диференційної діагностики постраждалого є можливість спостереження поряд із клінічною картиною

ПТРС, симптомів, спровокованих порушеннями, що належать до інших психічних захворювань — неврозів чи депресії.

Одним із синдромів, що становлять основу посттравматичного стресового розладу, є депресія.

Про депресію можна говорити, коли протягом тривалого часу (не менше кількох тижнів) спостерігається стійке зниження настрою, людина перестає відчувати задоволення від того, що раніше приносило їй радість, підвищується стомлюваність. Також спостерігається не менше двох з нижче перерахованих симптомів:

- зниження здатності до зосередження, виникнення проблем з концентрацією уваги;
- зниження самооцінки, невпевненість у собі;
- ідеї провини та приниження;
- похмурість і песимістичне бачення майбутнього;
- ідеї та дії, спрямовані на самоушкодження або самогубство;
- порушення сну;
- порушення апетиту;
- зниження сексуального потягу.

Депресія часто супроводжується втратою інтересів, плаксивістю, почуттям безнадії. Багато людей залишаються в такому стані настільки довго, що звикають до нього, входячи в стан хронічної депресії. Серйозна депресія може привести до спроб самогубства.

До саморуйнівної поведінки, поряд з суїцидальною, відносять зловживання алкоголем, наркотиками, сильнодіючими медикаментозними засобами, а також паління, навмисне робоче перевантаження, завзяте небажання лікуватися, небезпечну їзду на автотранспортних засобах (особливо керування автомобілем і мотоциклом у нетверезому стані), захоплення екстремальними видами спорту [36].

ПТСР виявляється у разі присутності у людини таких ознак:

1) якщо турбують, лякають спогади про ситуацію нападу, катастрофи. Спогади виникають раптово і супроводжуються заціпенінням, пітливістю, сильним серцебиттям;

2) якщо людина уникає всього того, що так чи інакше може нагадати ситуацію травми (певної вулиці, під'їзду, машин певної марки, телевізійних передач), тому не може впоратися з важкими відчуттями;

3) якщо людина пробуджується кілька разів за ніч від того, що йому сняться кошмари, пов'язані з пережитою екстремальною ситуацією. Існує таке поняття, як тригер. Тригером є подія, що викликає у хворого ПТСР напад. Найчастіше тригер є частиною травмуючого досвіду - плач дитини, шум машини, знаходження на висоті, зображення, текст, телепередача та ін. Хворі ПТСР зазвичай всіма силами уникають зустрічей з тригерами, прагнучи уникнути нового нападу.

Вивчено різні типи ПТСР (за МКХ - 10) [71]:

- 1) **тривожний тип** - відрізняється частим виникненням невмотивованої тривоги, не тільки усвідомлюваною, але й відчутною тілесно; через це виникають часті зміни настрою, порушений сон: кошмари, безсоння; такі люди прагнуть до спілкування і це полегшує їх хворобливо-тривожний стан;
- 2) **астенічний тип** - характеризується млявістю, слабкістю, апатичністю, нав'язливою байдужістю до свого життя і проблем оточуючих людей; власна неспроможність мучить, і це ще більше пригнічує; сон порушений інакше, ніж при тривожному типі посттравматичного стресового розладу: надовго виникає болісна дрімота, іноді весь день важко піднятися з ліжка; хворі цього типу згодні лікуватися, відгукуються на допомогу друзів і близьких;
- 3) **дисфоричний тип** - пацієнтам властива постійна дратівливість, агресивне невдоволення і похмурий настрій; вони уразливі, бувають активно мстиві, забіякуваті, потім можуть шкодувати про свою нестриманість або, навпаки, відчувати недовге задоволення; за

допомогою не звертаються, уникають її; їх починають лікувати після того як стає ясно, що протестна агресивність таких людей неадекватна реальності;

- 4) **Соматоформний тип** - виникають масивні хворобливі відчуття всередині тіла: в області серця, в шлунково-кишковому тракті, в голові; ці хворобливі симптоми з'являються як правило через 6 місяців після психотравмуючої події, тобто це відставлений варіант посттравматичного стресового розладу; іпохондрична фіксація на цих симптомах і тривожне очікування їх посилення змушує хворих звертатися до лікарів, якщо у них не сформовані комплекси невіри в медицину і своєї приреченості.

Отже, аналіз психологічної літератури вказує на те, що при розвитку ПТСР головну роль відіграють ті стресові події, які є найбільш значущими для людини і носять екстремальний характер, тобто виходять за межі звичайних людських переживань і викликають відчуття безпорадності та страху за своє життя. На появу симптоматики посттравматичного стресу можуть вплинути і уповільнені, розтягнуті в часі події, що не мають зовнішнього яскравого вираження. Варто також зазначити, що симптоми ПТСР на певний період часу можуть повністю зникати, але під впливом найменшого стресора, знову з'являтися. Це є особливістю ПТСР, а саме його хвилеподібним характером протікання.

Таким чином, говорячи про посттравматичний стресовий розлад, мається на увазі, що людина пережила одне чи кілька травмуючих подій, які глибоко торкнули її психіку. Ці події так суттєво відрізняються від усього попереднього досвіду що чинили такі сильні страждання, що людина відповідає на них бурхливої негативною реакцією. Нормальна психіка в такій ситуації природно прагне пом'якшити дискомфорт: людина, що пережила подібну реакцію, докорінно змінює своє ставлення до навколишнього світу, щоб жити стало хоч трохи легше.

1.3 Підходи до дослідження ПТСР в історичному ракурсі

Проблеми медико-психологічних і соціальних наслідків впливу екстремальних факторів на особистість вивчаються вже протягом двох тисячоліть. Поняття бойової психічної травми має тривалу історію. Дослідники вказують на згадки Геродотом психосоматичних розладів в учасників Марафонської битви (битва 12 вересня 490 до н. е. під час греко-перських воєн). Зокрема відоме ім'я воїна Епіцеліуса, який повністю втратив зір, без будь-яких зовнішніх пошкоджень. Психологічні зміни і психопатологічні розлади у учасників бойових дій, зокрема ремінісценції, як основний елемент травматичного неврозу військових, описував Лукрецій у I ст. до н. е. Поема Гомера «Іліада» стала одним із перших класичних творів, в якому описана як загальна травматологія, так і реакція воїнів на психотравмуючі події, зокрема у пісні XXIV Ахілл згадує свого загиблого друга, ці спогади часто повторюються, призводять до неспокою та безсоння [36].

Першими описали психологічні проблеми, які виникли у солдат після повернення додому, американські лікарі часів Громадянської війни в Америці (1861 – 1865 рр.), зокрема у 1871 р. Я. М. да Коста описуючи психосоматичні порушення у солдатів, наголошував, що у клінічній картині спостерігається домінування кардіологічних симптомів, що дозволило автору назвати цей стан «солдатське серце» (Da Costa's syndrome), із - за наявності вегетативних симптомів з боку серця. Нині - за МКХ-10 - F45.3 соматоформна вегетативна дисфункція, більш відома як вегето-судинна (нейроциркуляторна) дистонія чи психовегетативний синдром [36].

Окрім цього, основним діагнозом для військових на той час була «ностальгія», а для її лікування створювалися центри для надання психотерапевтичної допомоги, один із перших - створений у 1863 р. військовий психіатричний госпіталь.

Систематичний опис психічних розладів, викликаних тяжкою психічною травмою, було зроблено в 1867 р. англійським хірургом Д.Є. Еріксоном в роботі «Залізнична травма та інші травми нервової системи», де він описав ряд симптомів психічного розладу, які спостерігав у осіб, які постраждали в результаті залізничної катастрофи. Протягом багатьох тижнів після події ці хворі відчували постійне відчуття «душевного дискомфорту», страждали розладом сну з важкими сновидіннями, пов'язаними з нещасним випадком. Об'єктивно у них відзначалися порушення пам'яті і ослаблення концентрації уваги. Перераховані розлади Еріксон намагався пояснити результатом «молекулярного ураження спинного мозку». Однак такий висновок не знайшов надалі підтримки у вчених і практиків [63].

У 1889 р німецький невролог Н.Опенгейм, ввів термін «травматичний невроз» для діагностики психічних розладів у учасників бойових дій, причини яких він вбачав в органічних порушеннях головного мозку, викликаних як фізичними, так і психологічними факторами.

Завдяки роботам З.Фрейда в 20-30-і роки в Європі відбулося психоаналітичне усвідомлення травматичних неврозів. З.Фрейд писав: «Жахлива війна, яка щойно закінчилася, викликала велику кількість «травматичних неврозів» і, принаймні, поклала край спокусі відносити ці випадки до органічного пошкодження нервової системи, викликаному механічною силою». Фрейд вважав, що основна причина захворювання - несподіванка і страх [102-104].

Відстрочені психічні явища у ветеранів першої світової війни З.Фрейд назвав «військовим неврозом», який не слід ототожнювати із «неврозом травматичним», отриманим під впливом фізичної травми. Військовий невроз за З.Фрейдом є Его-конфліктом, конфліктом між мирним та войовничим Его солдата, що виявляється у ситуаціях повоєнного існування, коли набуте агресивне Его намагається витіснити мирне Его і скеровує поведінку військового у руйнівне русло [102-104].

Засновник психологічної антропології, неофрейдист А.Кардінер розглядав відстрочені психічні явища з точки зору концепції адаптації, а психологічні проблеми ветеранів першої світової війни як зумовлені зменшенням внутрішніх ресурсів організму і ослабленням сили Его, за таких умов зовнішній світ починає сприйматися ними як ворожий.

У 1920-х рр. Е.Хемінгуей ввів у світову літературу поняття «втрачене покоління», - тобто покоління учасників Першої світової війни, які несли в своєму життєвому досвіді тяжкий вантаж фронтових переживань. Письменники «втраченого покоління» (Дж.Пассос, Е.Каммінгс, В.Фолкнер, Р.Олдингтон, Е.М.Ремарк) часто поєднували у своїх творах військову фактуру з післявоєнним досвідом - своїм і, відповідно, своїх героїв. Так війна ставала емблемою часу, всієї цивілізації, символом дійсності в цілому, а єдиною опорою для колишніх військових на тлі втрати колишніх цінностей та авторитетів залишалося фронтова спільнота.

Дослідники Х.-Г.Хофер і В.Еккерт великі масштаби психотравматизації солдатів під час Першої світової війни пов'язують насамперед зі зміненням способом ведення війни, яку також називали «війною в траншеях», тобто військові часто не бачили людей, які їх атакують, оскільки ті знаходилися за кілька кілометрів, втім військові постійно перебували під обстрілами та часто не мали можливості втекти із траншеї [36]. Під час першої світової війни синдром був названий «шрапнельним шоком», «бойовою втомою» і було висловлено припущення про те, що він спостерігається в результаті травми, наносимою вибухами снарядів.

Починаючи з 40-х років, центр вивчення даної проблеми перемістився в США. Так, Є.Ліндеман запропонував для визначення розладів, викликаних тяжкою психічною травмою, використовувати поняття «патологічне горе». Даний синдром, на думку автора, може розвиватися безпосередньо після нещастя або через деякий час, може бути перебільшено виражений або, навпаки, мало помітний. Ліндеман дав першу класифікацію розладів, спостережуваних у постраждалих від нещасного випадку. Сюди увійшли

соматичні розлади, почуття туги, роздратування, втрата стереотипів поведінки, гнів, аутодеструктивну поведінку, зміна відносин з родичами або друзями. Надалі, дослідження таких вчених як Р.С.Леопольд, Н.Діллоон, В.Г.Нидерланд, Р.І.Ліфтон виявили наступні психологічні розлади: нав'язливі і пригнічуючі спогади, напади тривоги, які були визначені як «синдром виживших» [36].

Потім посттравматичний стрес був відзначений в нацистських концентраційних таборах і у тих, хто пережив атомне бомбардування Японії Сполученими Штатами. У 1941 р. люди, що залишилися в живих після пожежі в переповненому нічному клубі «Кокосова Алея» в Бостоні, виявляли підвищену нервозність, стомлюваність і нічні кошмари. У всіх цих ситуаціях поява патологічних симптомів корреліло з тяжкістю стресу - найбільш важкі стреси (наприклад, в концентраційному таборі) викликали появу синдрому більш ніж у 75% жертв. Кардінер, в 1941 році провів одне з перших систематизованих досліджень явища, яке він назвав «хронічний військовий невроз». Він вперше дав комплексний опис симптоматики: 1) збудливість і дратівливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах, з травмуючої події; 4) відхід від реальності; 5) схильність до некерованих агресивних реакцій [37].

Е. Крепелін використовував термін «невроз пожежі» для того, щоб позначити окремих клінічний стан, що включає численні нервові і фізичні феномени, що виникають як результат різних, емоційних потрясінь або раптового переляку, які переростають у тривожність. Він же вперше звернув увагу на те, що в його психопатологічної картині істотну роль відіграють істеричне реагування та рентні установки хворих. Вчений вважав обов'язковим, при реабілітації - обмеження пенсій та допомог і якнайшвидше повернення до звичної роботи.

Масовий депресивний або агресивний стан у ветеранів було відмічено в Америці після війни у В'єтнамі і синдром став називатися «в'єтнамським». У 25% що воювали у В'єтнамі солдатів розвинулися несприятливі зміни

особистості під впливом психічної травми. Близько 100 000 в'єтнамських ветеранів вчинили самогубство (на початок 90-х років). Близько 40000 ведуть замкнутий спосіб життя і майже не спілкуються із зовнішнім світом [119].

Відзначений також високий рівень актів насильства, неблагополуччя в сім'ї і соціальних контактів. Потім виявилось, що ті ж симптоми зустрічаються у людей, що ніколи не служили в армії і не мають ніякого відношення до військових дій, у тих, хто пережив важкі потрясіння, які або буквально загрожували життю або їм так здавалося (катастрофи, теракти, насильство, аварія, землетрус, пожежі, смерть близьких, трагедія, що сталася на їх очах).

Під час Першої світової війни 106000 американських військових зверталися за медичною допомогою з причини психічних розладів, з них 69000 були визнані повністю недієздатними та були демобілізовані, 36600 госпіталізованих на строк від кількох тижнів до 5-6 місяців. Під час Другої світової війни понад 1393000 американських солдат на певний час втрачали боєздатність через психічні розлади, а лише в наземних силах сухопутних військ 504000 осіб зазнали сильної психотравматизації (що складає приблизно 50 піхотних дивізій). За час війни у В'єтнамі за психологічною та психіатричною допомогою зверталися 35200 осіб, а війна у Перській затоці призвела до того, що хворих на психічні розлади було понад п'ятсот [119].

Представники когнітивних теорій (E.B. Foa, A.Ehlers, D.M. Clark, D.F.Tolin, S.M.Orsillo) наголошують на визначальній ролі когнітивних факторів у розвитку перебігу симптомів ПТСР [114]. При цьому основними вважаються характеристики когнітивного стилю та зміна переконань індивіда під впливом травматичної події, зокрема змінюється ставлення до себе та світу, визначається власна роль у виникненні травми (M.Startup, L.Makgekgenene, R.Webster, 2007) [118]. Згідно із когнітивною моделлю A.Ehlers, D.M. Clark, інформація про травму представлена в структурах пам'яті фрагментарно, без включеності у чіткий просторово-часовий контекст [114]. Це призводить до того, що, з одного боку, довільні спогади про травму,

як правило, ускладнені, а з іншого – травматичні образи активуються мимоволі у відповідь на зовнішні сигнали. Виникнення образів із асоціативної пам'яті відбувається в обхід свідомості – людина переживає відтворення травматичної інформації, не усвідомлюючи зв'язку зі стимулом, що запустили спогади.

На думку А. Бандури, самоефективність грає ключову роль у стресових реакціях та особливості захисту від потенційно небезпечних ситуацій.

Представники соціально-когнітивної теорії наголошують, що люди, переконані у неконтрольованості потенційних загроз, вважають оточуюче середовище вкрай небезпечним, живуть у стані постійного страху і турбуються про події, які мало ймовірно можуть статися з ними (С.С. Benight, А. Bandura, 2004) [112].

Спираюсь на положення моделі схильності до стресу, згідно з якою патологічна поведінка є наслідком поєднання генетичної схильності і впливу середовищного стресу, когнітивні психологи виділяють три види predisposицій (схильностей) до виникнення стресових розладів: когнітивні, конституційні та змішані.

Роль самоефективності у виникненні ПТСР підтверджено й численними дослідженнями ізраїльських військових психологів (Z.Solomon, R.Benbenishty, М.Мikulincer, 1991). Чим нижчий рівень самоефективності солдат, тим більше вони страждають від інтрузій і тим складнішою є їх повоєнна адаптація [117].

Втім, слід зазначити, що прогностичні фактори виживання змінюються із плином часом: спочатку важкість емоційного безсилля у травматичній ситуації визначається рівнем самоефективності особистості у бойових ситуаціях, а згодом - коли травматична ситуація сприймається менш болісно - людина повертається до своїх довоєнних копінг-стратегій. Найбільш впливають на самоефективність солдата різного виду поранення - якщо після отриманої травми і наданої на місці допомоги солдат повертався на фронт - він мав значно вищий рівень самоефективності і менше ризиків виникнення ПТСР, ніж той, хто на тривалий час лишався у госпіталі. Вчені наголошують

на недостатній увазі до проблем самоефективності, психологічної стійкості до сильних стресових військових ситуацій, значно більше уваги приділено визначенню факторів ризику ніж умовам успіху на війні (P.A.Saigh, M.Mroueh, B.J. Zimmerman, J.A. Fairbank, 1995) [116].

Дослідник психологічного стресу вперше М. Горовіц розробив спеціальну шкалу для вивчення особливостей реагування на психотравмуючу подію (Impact of Event Scale) [113]. Послідовники М. Горовіца визначили, що подолання індивідом психотравмуючого впливу стрес-факторів бойової обстановки залежить не лише від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії таких факторів як: характер психотравмуючих подій, індивідуальні характеристики ветерана та особливості умов, у які він потрапляє після повернення додому.

Таким чином, до кінця 70-х років був накопичений значний матеріал, який показував, що у потерпілих, незважаючи на різний характер подій, що викликали психічну травму, спостерігається цілий ряд загальних і повторюваних симптомів психічних розладів. Так як жодної з нозологічних форм в цілому ці розлади не відповідали, М. Горовіц запропонував виділити їх в якості самостійного синдрому під назвою «посттравматичний стресовий розлад». З 1980 р. посттравматичний стресовий розлад включено до Американської психіатричної асоціацією в діагностичну номенклатуру. Сучасне уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) склалося остаточно до 1980-х років, однак інформація про вплив травматичних переживань фіксувалася протягом століть [113].

У вітчизняній психології проблеми посттравматичних стресових станів досліджувались але не афішувались. Тільки в останні десятиліття з'явилися поодинокі, вкрай розрізнені, і суперечливі дослідження, присвячені різним аспектам даної проблеми (А.Б. Ісаєв, І.О. Котенев, Н.М. Филлипов, 1989; А.І. Воробйов, 1991; В. П. Вахов, Г.Б. Колманн, М.М. Кабанов, Л.С. Сverdlov, 1992; Р.Ю. Ільюченко, 1993; Т.Д. Дмитрієва, Б.С. Положій, 1994; Ц.П. Короленка, Н.В. Дмитрієва, 1999, 2000) [29, 56, 76].

М.Ш. Магомед-Емінов виділив кілька основних моделей, що пояснюють походження посттравматичного порушення. Ми вважаємо, що в основі кожної з них лежить певна психологічна концепція, яка внесла свій внесок у формування загальних уявлень про природу постстресових станів. В якості основи для систематизації провідних груп психологічних концепцій використаний етіологічний принцип, тобто ступінь значущості психологічних, когнітивних, емотивних, поведінкових або соціальних механізмів у процесі формування та розвитку постстресових станів в тій чи іншій теорії або моделі.

Перша модель класифікації М.Ш. Магомед-Емінова отримала назву реактивної. Головним її елементом є лінійна залежність між силою стресора і інтенсивністю виниклого порушення. В якості теоретичного обґрунтування цієї моделі можна використовувати бихевиоральну концепцію, в рамках якої і діє більшість західних фахівців [63, 64].

Прикладом такого підходу є теорія Б. Колодзин. Автор розглядає симптоми ПТСР як «бойові рефлекси», які допомагали людині виживати в умовах екстремальної ситуації, але в мирному житті стали істотно заважати процесу реадaptaції. Відповідно до цієї теорії, ступінь і сила досліджуваного порушення інтерпретується за допомогою поведінкової моделі типу «стимул-реакція» [55].

До реактивної теорії також можна віднести теорію нейропсихологічного або біологічного напрямку.

Е.О.Александров, що працює в рамках цих концепцій, так чи інакше, пов'язує патогенез ПТСР з фізіологічними процесами, насамперед на нейронному рівні. Одна з ключових функцій в процесі формування відповідної реакції організму на психотравмуючий вплив належить лімбічній системі. Ця структура головного мозку з'єднує підкіркові системи із зоною кори головного мозку і безпосередньо пов'язана з дією емоційних механізмів. Свідоме розуміння і оцінка подій є функцією кори головного мозку, зокрема - асоціативних областей зорових і слухових ділянок. У момент стресового

впливу відбувається активізація підкіркових утворень мозку, а активність кори різко знижується. У результаті подія, що відбулася запам'ятовується в лімбічній системі, не досягнувши асоціативних ділянок кори. Внаслідок цього не відбувається природної інтеграції травми з думками, відчуттями і здібностями більш високих рівнів. Більше того, тривалий час трагічні спогади викликають сильні емоційні та фізичні реакції через вироблення деякої кількості нейропептидів, які активізують гіпоталамус і знову запускають адреналінову систему стресреакції [3].

До біологічних моделей можна віднести двухфакторну теорію, викладену в роботі Н.В.Тарабриної, яка, до недавнього часу, виступала основною концепцією, що пояснює механізми формування і розвитку ПТСР [97, 98].

Основою першої частини складової даної теорії є класичний принцип умовно-рефлекторної обумовленості ПТСР. В даному випадку, основна роль у формуванні синдрому відводиться власне травмуючій події, яка виступає як інтенсивний стимул, що викликає у людини, безумовно-рефлекторну, стресову реакцію.

Відповідно до цієї теорії, інша подія або обставина, яке саме по собі є нейтральним, але якимось чином, пов'язаним з травмованими стимулом-подією, може послужити умовно-рефлекторним подразником. Воно як би «пробуджує» первинну травму і викликає відповідні реакції з умовно-рефлекторним типом [97, 98].

Друга частина теорії двохчинника ПТСР включає в себе концепцію поведінкової, оперантної обумовленості розвитку синдрому: якщо вплив подій, що мають явну або асоціативну схожість з початковим травматичним епізодом, веде до розвитку емоційного дистресу, то особистість постійно буде прагнути до уникнення цього впливу.

У сучасних психологічних дослідженнях двухфакторна теорія розвитку ПТСР піддається критиці, оскільки з її допомогою важко пояснити природу ряду властивих тільки ПТСР феноменів, зокрема, постійне повернення

людини до переживань, спричинених екстремальною ситуацією. Найчастіше виявляється неможливим встановити, які саме умовні стимули провокують появу симптомів, настільки слабким буває їх видимий зв'язок з подією, що послужило причиною травми.

Крім того, істотним недоліком цієї концепції, на думку ряду вітчизняних авторів, є її описовий характер, в процесі якого предметом вивчення стають тільки зовнішні реакції людини на вплив надзвичайних подій, а не внутрішні структури, механізми і процеси, що беруть участь в зміні [34].

Інше пояснення механізмів розвитку ПТСР - пропонує теорія формування патологічних емоційних асоціативних мереж Р.К. Питмана. Цей підхід спирається на існування в пам'яті людини специфічних інформаційних структур, які представлені трьома основними складовими: інформацією про зовнішні події та умови їх появи, інформацією про реакції людини на ці події, включаючи мовні компоненти, рухові акти, вісцеральні і соматичні реакції [96].

Третьою складовою теорії є інформація про смисловий оцінці стимулу і актів реагування. За певних умов ця асоціативна мережа починає працювати як єдине ціле, продукуючи емоційний ефект. В основі посттравматичного синдрому лежить процес формування патологічних асоціативних структур. За допомогою цієї теорії був описаний механізм розвитку «флешбек» - ефекту, проте такі симптоми ПТСР, як нав'язливі спогади і нічні кошмари не можуть бути повністю пояснені за допомогою цієї концепції [96, 98].

Тому було висловлено припущення, що патологічні емоційні мережі повинні мати властивість мимовільної активації, механізм якої слід шукати в нейрональних структурах мозку і біохімічних процесах, що протікають на цьому рівні. Сучасні дослідники звертають увагу на значимість цієї теорії, що отримала найбільше визнання фахівців, так як, з одного боку, вона дає можливість здійснювати більш диференційований підхід до процесу

формування ПТСР, а з іншого, - ґрунтується на цілісній картині взаємодії емоційної, поведінкової і смислової структур особистості.

У мультифакторній концепції А. Меркера виділяється три групи факторів, які, на його думку, призводять до виникнення ПТСР:

- чинники, пов'язані з травматичною подією: тяжкість травми, її неконтрольованість, несподіванка;
- захисні фактори: здатність до осмислення того, що сталося, наявність соціальної підтримки, механізмів совладання; так показано, що ті, хто має можливість говорити про травму, відрізняються кращим самопочуттям і взагалі рідше звертаються до фахівців;
- фактори ризику: вік до моменту травматизації, негативний минулий досвід, психічні розлади в анамнезі, низький інтелект і соціально-економічний статус [96].

Згідно мультифакторній концепції, психотерапія працює, насамперед, над підкріпленням захисних факторів, оскільки вона веде до переосмислення подій, що відбулися і посиленню впоратися механізмів

Але, незважаючи на велику кількість наявних теорій, в сучасній психологічній науці не існує єдиної концепції, що пояснює механізми виникнення і розвитку посттравматичних стресових розладів, дозволяє проводити ефективну психопрофілактику, диференційовану діагностику цього порушення, і надавати психологічну допомогу.

Однією з основних причин виникнення посттравматичних розладів є суттєвий дисонанс між системою моральних цінностей, сформованих у учасників бойових дій безпосередньо під час участі у них, і цінностями, культивованими сьогодні в нашому суспільстві, зокрема надмірна роль фінансового благополуччя і пов'язаних із ним життєвих привілеїв. За таких умов з точки зору демобілізованих, проблемним є саме суспільство, яке слід змінювати і надавати пріоритетів іншим моральним орієнтирам. Ця, актуальна нині для України проблема не є новою, зокрема її відчувало американське

суспільство ще за війни у В'єтнамі, й сьогодні Ізраїль перебуває у пошуку шляхів її вирішення відповідно для власних реалій.

Проблема впливу бойових дій на психіку військових є предметом багатьох досліджень, як у психології, так і в медицині, зокрема вагомий внесок у дану галузь зроблений зарубіжними дослідниками історії медицини (О. Paul, М. Fossey, S. Freeth, Н. Hughes) [37], які першими звернули увагу на наявність симптомів психотравматизації у учасників різних воєн.

1.4 Соціально-психологічні особливості прояву ПТСР

Участь у бойових діях безумовно впливає на свідомість людини, що наражає її до якісних змін. Перебування в екстремальних умовах характеризується впливом на психіку людини стрес-факторів підвищеної інтенсивності [110]. Тривалість їх впливу, а також психотравмуючий характер можуть сприяти виникненню змін у психічній діяльності, знижуючи ефективність життєдіяльності вже в мирних умовах.

При цьому розширюється і коло жертв, в котре попадають не тільки самі учасники подій, але і їх родичі. Згідно дослідженням військових медиків та психологів, особливості життя за бойових умов призводять до того, що соціальний стан індивіда після звільнення у запас характеризується так званою кризою ідентичності, тобто втратою цілостності та віри у своє соціальне призначення. Це виявляється в порушеннях здібності учасників бойових дій оптимально проявляти себе у складних соціальних взаємодіях, в котрих і формується самореалізація людської особистості [89, 91, 109].

Соціально-психологічна адаптація ветеранів воєн, які перенесли психотравмуючий вплив факторів бойової обстановки, є надзвичайно актуальною проблемою. Пов'язані зі стресом під час військових дій психічні розлади є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до мирного життя. Після повернення до мирної обстановки на вже наявний пов'язаний з війною посттравматичний стресовий розлад нашаровуються нові

розлади, обумовлені стресами, пов'язаними з соціальною дезадаптацією ветеранів. Ветерани війни, як правило, стикаються з нерозумінням, засудженням, складнощами в спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами економічними, освіти, створення або збереження сім'ї та ін. [72].

Наслідки військових дій для особистості військовослужбовця могли б бути значно слабкіше, якби не складалася негативна громадська думка щодо колишніх учасників боїв. Громадська думка формується в тісній залежності від масштабів військового конфлікту. Аналіз психологічних аспектів першої та другої світових воєн показує, що «з початком військових подій подібного роду докорінно змінюються змістовні та динамічні характеристики суспільства у всіх воюючих державах. У надрах соціального організму відбуваються потужні «тектонічні» зрушення: змінюється зміст і режим діяльності більшості інститутів держави». По суті, починається відлік нового соціального часу. Кальмансон А.А., соціолог, учасник Великої Вітчизняної війни, пише: «Істотні зміни зазнали соціальна структура, система статусів і ролей, тип мотивації і соціальний контроль. Змінився процес соціалізації, суть якого в тому, що індивід, в яку б страту він ні входив, вписується вже не в норми, права та обов'язки мирного часу, а в систему норм і прав воюючого народу». З цієї точки зору, перемога і поразка у війні стосується як армії, так і народу [39, 40].

Антитерористична операція на Сході нашої країни, в якій беруть участь наші військовослужбовці, відрізняється тим, що не відбувається перебудови економічної і соціальної сфер життя суспільства і держави. Громадяни діляться на учасників збройного конфлікту і на неучасників. Неучасників, що становлять більшість мирного населення, формують громадську думку з приводу збройного конфлікту, загалом, і дій армії, зокрема. Як правило, «по сприйняттю локального військового конфлікту, за ціннісними орієнтаціями щодо його, та пов'язаних з ним соціальним очікуванням у суспільстві та армії можуть спостерігатися істотні відмінності». Для кожного учасника бойових

дій це може мати прямі соціальні наслідки. Дуже яскраво вони проявилися, наприклад, в житті ветеранів війни США у В'єтнамі. «Поки молоді американські хлопці гинули в джунглях, щиро вірячи в те, що захищають національні інтереси, в їх рідній державі ширилась антивоєнна кампанія. У ході цієї кампанії вони ставали в очах своїх співвітчизників вбивцями, злочинцями, бездумними істотами, сліпо виконуючими злу волю Пентагону». У схожій ситуації опинилися радянські воїни, які повернулися з Афганістану [47].

Таким чином, самі характеристики локального військового конфлікту і звичайна на нього суспільна реакція, в майбутньому забезпечують посилення ПТСР у військовослужбовців і, як наслідок, дезадаптації в мирних умовах. Дезадаптації, викликані ПТСР, проявляються в поведінці, діяльності, спілкуванні військовослужбовця. Крім того, що військовослужбовець сам страждає від проявів цього розладу, зазнають труднощів і негативні переживання і близькі йому люди, друзі, і трудовий колектив [8, 119].

Дуже важливим показником дезадаптацій при ПТСР є порушення соціального статусу. Лазебная Е.О. і Зеленова М.Е. виявили значущі відмінності між групами адаптованих і дезадаптованих ветеранів за показником «наявності роботи». Соціальна дезадаптація проявляється в тому, що ветерану важко знайти роботу і на ній затриматися. Для них характерна низька стабільність професійного життя. Вони частіше міняють місце роботи, частіше є нізкооплачувальними і низькокваліфікованими працівниками, рідше роблять гарну кар'єру [34, 58].

Зниження рівня соціальної адаптованості - найбільш очевидне для оточуючих внаслідок психічної травми. Серед ветеранів локальних війн і збройних конфліктів значимо частіше зустрічаються такі форми дезадаптивної поведінки як алкоголізм, наркоманія, схильність до вчинення актів насильства. Також значимо частіше відбувається аутоагресивна поведінка у вигляді самоушкоджень і суїцидальних спроб.

Показники ПТСР в чому збігаються з характеристиками суїцидальних особистостей:

- Депресивний настрій, часто з втратою апетиту, життєвої активності, проблеми зі сном;
- Може бути присутнім сильна залежність від наркотиків або алкоголю;
- Почуття ізоляції або знехтування;
- Відчуття безнадійності або безпорадності. У такий момент загроза суїциду може бути першим сильним почуттям;
- Нездатність спілкуватися з іншими людьми через почуття безвиході і думок про самогубство;
- Вони вважають, що краще не стане ніколи;
- Вони володіють «тунельним баченням», тобто нездатністю побачити те позитивне, що могло б бути прийнятно для них;
- Вони бачать тільки один вихід з ситуації, що склалася;

При яскравому прояві ПТСР форми і частота дезадаптивної поведінки в групах ветеранів порівнянні з самими неблагополучними соціальними групами [6]. Лазебная Е.О. і Зеленова М.Є. наводять дані по різних групах населення, ясно вказують на те, що в більшості випадків розвитку асоціальної поведінки в будь-якій формі передувало ПТСР і девіантна поведінка є, по суті, яскравою формою поведінки дезадаптивного [58, 98].

Значимо більш високим у ветеранів локальних війн зі зниженими показниками соціальної адаптації, є рівень конфліктності і агресивності у взаєминах. Підвищення рівня конфліктності поведінки психологічна наука пояснює, в першу чергу, суб'єктивними причинами. Зовнішній конфлікт з оточенням є проекцією конфлікту внутрішнього, а той, у свою чергу, викликаний високим ступенем фрустрації, що виникає «при обмеженнях суспільства щодо потреб індивіда».

Внутрішня детермінанта грає особливо важливу роль у внутрішньоособистісних конфліктах, оскільки вони, проектуючи міжособистісними і міжгруповими конфліктами, самі виробляють їх.

Загострення конфліктності пов'язано з зміненими цінностей особистості, загостренням певних рис характеру, посиленням акцентуації і спробами зберегти нормальну самооцінку. Крім того, соціальні навички, частина з яких була втрачена у військових умовах, вимагає відновлення і розвитку. Почасти конфліктність посилюється через те, що подальша поведінка в мирних умовах ветеран завжди вибудовує з урахуванням можливої небезпеки для життя і здоров'я, завжди залишаючись «насторожу».

У багатьох людей, що брали участь в збройних військових конфліктах, особистість набуває агресивного або деструктивного забарвлення. Підвищення агресивності може бути пояснене з точки зору як фрустраційної теорії агресії, так і з точки зору теорії соціального навчання. Агресія виступає як реакція на фрустрацію (і будь-яка фрустрація неминуче викликає агресію).

Соціальне навчання передбачає, що у людини закріплюються ті форми поведінки, які отримують позитивне підкріплення. В умовах бойових дій агресія, спрямована на противника отримує позитивне підкріплення. Ситуативний розвиток агресивних дій стає залежним від особистісних структур. В умовах світу суспільство не сприймає і засуджує застосування агресії, чим створюється вимога соціального перенавчання.

Відчуженість від реальності і патологічні зміни в характері призводять до того, що особи з посттравматичним синдромом нерідко втрачають соціальні зв'язки (не спілкуються з родичами, друзями, колегами) і занурюються в самотність [9, 107].

Соціальна самотність посилюється характерною для багатьох стресових і депресивних станів ангедонії - людина втрачає здатність отримувати задоволення від улюбленої раніше діяльності. Так що пацієнти з ПТСР нерідко повністю замикаються у власному світі, втративши інтерес не тільки до роботи, але і до хобі. Специфічною особливістю порушення соціальної адаптації при ПТСР є відсутність стратегічної складової - вони не планують своє життя на скільки-небудь значимий період, оскільки фактично живуть

минулим, а не майбутнім. Для них характерна підвищена схильність до самогубства. Нерідко такі особи роблять акт суїциду під впливом психотропних речовин (алкоголь, наркотики) або під час нападу напливу ілюзій і галюцинацій, однак значно частіше добровільний відхід з життя буває спланованим і усвідомленим дією людини, який втратив сенс свого існування. Саме порушенням соціальної адаптації психологи пояснюють той факт, що хворі з посттравматичним синдромом вкрай рідко звертаються за медичною допомогою і вважають за краще рятуватися від нападів нав'язливих спогадів і нічних кошмарів за допомогою психотропних речовин або вдаються до нерідко безграмотного самолікування (снодійні, транквілізатори, антидепресанти) [9, 25].

Висновки до першого розділу

Підводячи підсумки до першого розділу ми визначились, що початок створенню біологічної концепції стресу поклав Г. Сельє в 1936 р. У рамках цієї теорії механізм виникнення стресу пояснюється в такий спосіб: усі біологічні організми мають життєво важливий вроджений механізм підтримки внутрішньої рівноваги і балансу. Сильні зовнішні подразники можуть порушити рівновагу. Організм реагує на це пристосувально - захисною реакцією. За допомогою порушення організм намагається пристосуватися до подразника. Це неспецифічне для організму порушення і є станом стресу. Однак можливості організму не безмежні і при сильному стресовому впливі людина швидко виснажується, що може привести до захворювання та інколи до смерті людини [94].

Відповідно до класичного опису, запропонованому Гансом Сельє, стрес є самостійним фізіологічним, психічним і соціальним явищем, що представляє собою по суті одне з емоційних станів. Цей стан

характеризується підвищеною фізіологічної та психічної активності. При сприятливих умовах цей стан може трансформуватися в оптимальний стан, а при несприятливих умовах - у стан нервово - емоційної напруженості, для якого характерне зниження працездатності та ефективності функціонування систем та органів, виснаження енергетичних ресурсів.

Залежно від виду стресора і характеру його впливу, виділяють різні види стресу, у найбільш загальній класифікації – стрес фізіологічний і стрес психологічний, а також хронічний, гострий, інформаційний та емоційний.

Психологічний стрес може виявлятися у формі змін поведінкових, інтелектуальних, емоційний і фізіологічних реакцій людини, між якими існують тісні об'єктивні взаємозв'язки. Сучасний технологічний процес, соціальні, політичні, екологічні умови життя людини часто призводять до виникнення синдрому розумово - емоційного напруження.

Стрес – це стан напруженості – сукупність захисних фізіологічних реакцій, що настають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів) [94]. Тому незалежно від того, чим людина зайнята або що з нею відбувається, завжди є потреба в енергії для підтримки життя, пристосування до постійних нестабільних зовнішніх впливів. Навіть у стані повного розслаблення людина переживає деякий стрес, який пов'язаний із приємними та неприємними переживаннями.

Стрес – досить розповсюджене явище в наш час і має як шкідливий вплив на стан здоров'я людини (дистрес), так і позитивний, мобілізуючий вплив (еустрес) [87].

Ми визначились з тим, що стрес має фізіологічні, психологічні, особистісні і медичні ознаки. Крім того, будь - який стрес обов'язково включає емоційну напругу.

Необхідно розрізняти, що є стрес "нормальний", що не порушує адаптацію людини, і травматичний. Травматичним стрес стає, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері.

Травматичний стрес - це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на складні, травмуючі обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду.

Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це неспокійна відстрочена реакція на травматичний стрес, здатний викликати психічні порушення практично у будь-якої людини. Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу "Я".

З вищесказаного випливає, що під травмованою особистістю розуміють таку особистість, яка не просто сформувалася під впливом травматичного стресу, колись пережитого, а стала вважати позитивними патологічні зміни, що відбулися з нею, знаходити певні психологічні вигоди в цьому, іноді навіть пишатися цим.

Інтенсивність психотравмуючої ситуації є першочерговим фактором ризику виникнення ПТСР. В якості інших факторів ризику можна назвати: низький рівень освіти, невисоке соціальне становище, хронічний стрес, що передують травматичної події психіатричні проблеми, наявність близьких родичів, що страждають психіатричними розладами тощо.

До інших важливих факторів ризику виникнення ПТСР слід віднести такі особистісні особливості людини, як акцентуація характеру, соціопатичний розлад, низький рівень інтелектуального розвитку, а так само наявність алкогольної або наркотичної залежності.

Таким чином, говорячи про посттравматичний стресовий розлад, мається на увазі, що людина пережила одне чи кілька травмуючих подій, які глибоко торкнулися її психіки. Ці події так суттєво відрізняються від усього

попереднього досвіду що чинили такі сильні страждання, що людина відповідає на них бурхливої негативною реакцією. Нормальна психіка в такій ситуації природно прагне пом'якшити дискомфорт: людина, що пережила подібну реакцію, докорінно змінює своє ставлення до навколишнього світу, щоб жити стало хоч трохи легше.

РОЗДІЛ II ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1 Функції та задачі військовослужбовців Збройних сил України

Професійна діяльність, в якому б напрямку вона не здійснювалася, пред'являє до людини певні вимоги і накладає своєрідний відбиток, як на саму особу, так і на спосіб життя. Для визначення особистісних якостей, що обумовлюють ефективність професійної діяльності військовослужбовця необхідно піддати психологічному аналізу саму цю діяльність, проаналізувати її структуру, як в цілому, так і окремих її компонентів, виявити її специфічні характеристики. З'ясування закономірностей професійної діяльності дозволяє не тільки вивчити її, але і розробити систему організаційних заходів, спрямованих на її вдосконалення.

Збройні сили - військове формування, на яке відповідно до Конституції України покладаються завдання з оборони України, захист її суверенітету, територіальної цілісності та недоторканності. Структурно поділене на 3 види та 2 окремі роди військ/сил. Збройні сили України забезпечують стримування збройної агресії проти України та відсіч їй, охорону повітряного простору держави та підводного простору у межах територіального моря України а також беруть участь у заходах, спрямованих на боротьбу з тероризмом [33].

Українська армія комплектується за рахунок призову на строкову та договірну службу чоловіків від 18 років. Граничний вік перебування на військовій службі осіб рядового, сержантського та старшинського складу — 45 років.

Військова служба у Збройних Силах - це дуже важливий вид діяльності, покликаний гарантувати національну безпеку України. За своєю суттю вона є діяльністю військовослужбовців з певними обмеженнями:

відсутність звичних умов життя, наявність певного дискомфорту, особлива регламентованість поведінки, звуження кола людей, з якими спілкується військовослужбовець тощо [33, 120].

Військова діяльність є складовою військової служби. За своїм змістом військова діяльність поділяється на два види: навчально-бойову та бойову. Бойова діяльність проходить в умовах військової сутички, бою, її кінцевою метою є перемога над ворогом. Навчально-бойова діяльність готує військовослужбовців до можливих бойових дій і відбувається безпосередньо у військових частинах, навчальних військових підрозділах Збройних Сил України. Діяльність воїнів проходить в різних умовах: просторових (у полі, за пультом управління бойової машини чи установки, в бліндажі), часових (удень, уночі, в будь-який час), географічних (у горах, в морі, на півдні, на півночі), кліматичних та ін. [120].

Військова діяльність є більш напруженою, екстремальною порівняно з іншими видами діяльності. Їй притаманні несподіваність, раптовість, незвичність, здатність руйнувати сформовані до призову стереотипи поведінки, спричиняти негативні психічні стани (тривожність, страх, афект, стрес, депресія). Військова діяльність є колективною діяльністю людей, яким держава довірила найновішу зброю і техніку для забезпечення миру та спокою.

Військовий колектив - це соціальна група, головною метою діяльності якої є військовий захист, оборона держави. Специфічні особливості військового колективу полягають у тому, що:

по-перше, його діяльність має високу суспільну значущість, яка забезпечує успішне функціонування інших колективів (трудових, навчальних, сімейних) і суспільства в цілому;

по-друге, ця діяльність детально регламентована і вимагає від воїнів чіткості, точності, узгодженості під час виконання наказів, розпоряджень;

по-третє, стосунки між військовослужбовцями діляться на чітко обумовлені - службові, або офіційні (регламентуються статутами Збройних Сил України), та неслужбові, або неофіційні, емоційні (виникають між військовослужбовцями самі по собі, на основі симпатій, спільних інтересів, нахилів, а не з волі командирів або начальників) [120].

Військовослужбовці - громадяни України, які проходять дійсну військову службу в складі Збройних сил України відповідно до Закону України «Про військовий обов'язок і військову службу».

До військовослужбовців відносять осіб офіцерського складу, прапорщиків, мічманів, військовослужбовців строкової служби і військової служби за контрактом Збройних сил України, Державної прикордонної служби України, Служби безпеки України, військ Цивільної оборони, а також інших військових формувань, створених відповідно до законів України, військовослужбовців - жінок, слухачів та курсантів військово-навчальних закладів. Усі військовослужбовці мають відповідні військові звання, користуються всіма соціально-економічними, політичними та особистими правами і свободами, виконують обов'язки громадян України, передбачені Конституцією України. Військовослужбовці перебувають на державному утриманні (грошовому, продовольчому та речовому забезпеченні) [33, 120].

Військові звання - це ранги різних ступенів, що присвоюються військовослужбовцям відповідно до їхньої посади, кваліфікації, фахової підготовки та терміну служби у військових формуваннях. Військове звання визначає положення, а відповідно права й обов'язки одних військовослужбовців по відношенню до інших військовослужбовців. Старший за військовим званням має право командних функцій над іншими військовими особами в точно визначеному обсязі.

У сучасних Збройних силах України кожному військовослужбовцю та військовозобов'язаному присвоюється військове звання відповідно до груп:

рядовий склад, сержантський і старшинський склади, молодший, старший та вищий офіцерський склади [33, 120].

В нашому емпіричному дослідженні прийняли участь 120 осіб - військовослужбовців Збройних сил України, які були задіяні у проведенні антитерористичної операції на території Донецької та Луганської областей України у складі: ССС – солдатсько-сержанський склад, ОС – офіцерський склад.

2.2 Особливості стресостійкості військовослужбовців

Проблема стресостійкості традиційно викликає неабиякий інтерес вчених і практиків, пов'язує між собою багато фундаментальних і прикладних досліджень. У загальнопсихологічному плані проблема стресостійкості представлена у рамках теорій особистості (G.Allport, H.Eysench, R.Cattell, C.Rogers та ін.), теорії мотивації досягнення (D.McClelland та ін.), теорії гомеостазу (W.B.Cannon) і стресу (H.Selye), теорії адаптаційно-трофічного значення симпатичної нервової системи (Л.А.Орбелі), теорії темпераменту і властивостей нервової системи (І. П. Павлов, В. Д. Небиліцин та ін.), теорії надійності діяльності (Б.Ф.Ломов та ін.), теорії інтегральної індивідуальності (В.С.Мерліна), концепції професійної самосвідомості (Л.М.Митіна). Зазначена різноманітність теорій, які пояснюють феноменологію та семантику стресостійкості особистості, спричинила значну розбіжність поглядів науковців щодо розуміння цього поняття. Як зазначає В. О. Бодров, наразі бракує ясності та чіткості в розумінні сутності стресостійкості, ролі психіки в її забезпеченні, особливостей вияву в різних умовах, і більшість авторів як синонім вживають термін «емоційна стійкість», механізми та сутність якого вивчено краще. Але, як і у понятті «стресостійкість», у визначенні емоційної стійкості також існує неоднозначність формулювань [1, 17, 18].

Проведений аналіз розуміння представниками сучасної психологічної науки поняття «стресостійкість» дозволяє виділити такі його основні тлумачення: емоційна стійкість (В.Л.Марищук, О.О.Чернікова); якість, риса, властивість, що впливає на характер діяльності (Є.О.Мілерян, В.М.Писаренко, К.К.Платонов, О.О.Сиротін та ін.); інтегральна, комплексна характеристика, що включає різні психологічні, фізіологічні і поведінкові компоненти (Б. Х. Варданян, В. С. Суботін, Л. М. Аболін, В. М. Корольчук); здатність керувати своїми емоціями, зберігати високу працездатність, здійснювати складну або небезпечну діяльність без напруженості, незважаючи на емоціогенні впливи (К. К. Платонов, В. Л. Маріщук).

Узагальнено можна стверджувати, що сутність поняття «стресостійкість» базується на двох положеннях: 1) це здатність підтримувати оптимальну працездатність і ефективність діяльності в напружених ситуаціях; 2) це здатність особистості зберігати оптимальний психічний стан під час впливу негативних чинників. Виходячи з цього, під стресостійкістю розумітимемо окремий випадок психічної стійкості, що виявляється в наслідок дії стрес-факторів, і її специфічність буде визначатися конкретним видом діяльності. Сальваторе Мадді, розглядаючи стресостійкість як здатність до адаптації і вміння керувати власними ресурсами для збереження ефективності діяльності, застосовував термін «життєстійкість» [115]. Життєстійкість є ключовою особистісною змінною, яка опосередковує вплив стресогенних факторів на соматичне і душевне здоров'я, а також на успішність діяльності. С. Мадді підкреслює, що для збереження здоров'я і оптимального рівня працездатності й активності особистості у стресогенних умовах важливою є наявність трьох порівняно автономних компонентів «життєстійкості»: залученості, контролю і прийняття ризику [115]. Виразність цих компонентів і життєстійкість у цілому перешкоджає виникненню внутрішньої напруги у стресових ситуаціях за рахунок стійкої здатності справлятися зі стресами і сприймати їх як менш значущі. Для реалізації

практично спрямованих досліджень особливостей стресостійкості фахівців ризиконебезпечних професій досить важливим є визначення її дієвості. Дієвість системи стресостійкості полягає у тому наскільки вона здатна забезпечити збереження адаптивності поведінки та відчуття внутрішнього благополуччя особистості у звичайних та екстремальних умовах. До такого висновку приходять більшість дослідників, які фокусують увагу на результаті реалізації стресостійкості.

Так, О. Б. Рогозян, розглядаючи продуктивність стилів стресостійкості, указує, що її індикатором є рівень нервово-психічної напруженості [82]. У соціально-психологічному дослідженні із формування стресостійкості Лі Канг Хі визначає стресостійкість як психофізіологічний стан людини, який забезпечує оптимальну адаптацію до екстремальних умов, дозволяє вирішувати покладені на неї службові і побутові завдання, знаходячись у стані психофізичної рівноваги [60].

За даними наукових досліджень, наслідки психотравмуючих подій проявляються змінами в поведінковій, емоційній і пізнавальній сферах особистості. Психотравмуючі ситуації можуть призвести до дезадаптивної поведінки, психосоматичних та нервово-психічних розладів (Ю.А. Александровський, Г.С. Нікіфоров, В.М. Маріщук, Н.В. Тарабріна, Н.Е. Бачериков, Н.П. Воронцов, П.Т. Петрик, В.О. Моляко, О.М. Морозов, Л.А. Крижанівська, В.В. Клименко) [4, 97].

Низький рівень стресостійкості, нездатність людини протидіяти стресам призводить до негативних наслідків у психічній, соціальній, професійній і поведінковій сферах: різноманітних проявів посттравматичних стресових розладів, суїцидів (А.Г. Маклаков, В.О. Моляко, В.І. Берзін, В.О. Бодров, М.В. Савчин, О.Є. Самойлов, Н.В. Тарабріна, С.І. Яковенко).

Висока стресостійкість забезпечує успішність виконання професійних обов'язків в екстремальних умовах, збереження працездатності і здоров'я особистості після впливу екстремальних факторів зовнішнього середовища.

2.3 Гендерні та статеві особливості стресостійкості

Проблеми гендерних відмінностей особистісних властивостей пов'язані з тим, що внаслідок постійних динамічних змін у світі, виникає все більше запитань щодо впливу певних гендерних стереотипів на професійну діяльність особистості. Аналіз типових гендерних властивостей людей, показав що, чоловіки орієнтуються, переважно, на виконання професійних та соціальних ролей, тобто на предметно-інструментальну діяльність, а жінки – на сімейні, побутові ролі, зокрема на емоційно-регулюючу діяльність.

Загальновідомо, що особистість формується під впливом психологічних та соціальних чинників. Вона наділена індивідуальним поєднанням психологічних рис і особливостей, які утворюють її індивідуальність та визначають відмінність від інших людей. Військова служба значною мірою впливає на формування особистості, що проявляється в сумлінному і старанному виконанні роботи, що доручають, у навчанні, чергуванні, вирішуванні складних стратегічних завдань. Тому розвиток особистості чоловіка і жінки в силу приналежних їм властивостей під впливом людей, клімату у військовому колективі, зброї і бойової техніки відбувається по-різному. Військовослужбовець спілкується з іншими військовослужбовцями, обмінюється з ними знаннями, думками, досвідом, узгоджує свої дії, співпрацює з колективом. Подібна робота інтелектуального напрямку позитивно впливає на розвиток пізнавальних процесів, збагачує емоційну сферу, особливо соціальну, морально-політичні відчуття, зміцнює волю. Збільшення у збройних силах держав чисельності жінок сприяло активізації наукових досліджень з проблем військовослужбовців-жінок.

Особливо активно військовий аспект жіночої соціальної проблематики вивчався в другій половині минулого століття американськими і західноєвропейськими дослідниками. Саме в цей період з'являються спеціальні роботи щодо ролі жінок в армії. Найбільш відомими і авторитетними фахівцями в даній сфері вважаються М.Бінкін, Є.Джексон, С.Єнлоу, Д.Мітчел, Д.Паркер, М.Растад, М.Яновіц.

У зв'язку з трансформацією кадрового складу Збройних Сил України, що призвело до появи військовослужбовців-жінок, чисельність яких постійно зростає, вирішення проблем особового складу без гендерного аспекту відтепер стає неможливим. Гендерні відмінності, гендерна приналежність є важливим аспектом особистості військовослужбовця. Відповідні дослідження допоможуть зрозуміти у який спосіб гендерні відмінності обумовлюють життєвий вибір, стиль поведінки, та, зрештою, і саму роль, відведену суспільством чоловікам та жінкам даної професії.

Гендерні дослідження широко проводяться в усьому світі, такими вченими як Ф.Л. Джеймс [28], К. Хорні [108], Т.С. Баранова [10], Ю.Є. Альошина [5]. Проблема гендерних досліджень розкрита в наукових працях соціальних психологів, таких як Ш. Берн [14], Д. Майєрс [69], І.С.Кон, І.С. Клецина [43], Т.В. Бендас [11], О.А. Вороніна [22], які бачать переоцінку «гендерних» цінностей у сучасному соціальному суспільстві. Т.В. Бендас [11,с.137] при вивченні гендерних відмінностей, розглядає такі питання, як природа відмінностей, їх оцінка та динаміка, вплив цих гендерних відмінностей на індивідуальний життєвий шлях чоловіків і жінок, можливості їх самореалізації. При розгляді гендерних характеристик вивчається ідентичність чоловіків і жінок і її складові : уявлення, стереотипи, установки, пов'язані з статевою диференціацією.

На думку О.А. Вороніної [23,с.101], Д. Майєрса [69,с.259] фундаментальною підставою гендерної теорії є уявлення про те, що майже всі традиційно вважають «природними» відмінності між статями, які мають під собою не біологічні, а соціальні підстави. У традиційній культурі уявлення

про «маскулінність» і «фемінінність» різко диференційовані і сконструйовані за принципом бінарної опозиції. Маскулінність і фемінінність не тільки диференційовані, але й вибудовані ієрархічно за домінуючої ролі маскулінності.

Термін «гендер» з'явився порівняно недавно, в 1975 році, це було викликано чітким розмежуванням конституціональних і соціокультурних аспектів у розрізненні чоловічого і жіночого, пов'язуючи їх з поняттями статі і гендеру. На думку В.А. Геодакян термін «стать» описує біологічні відмінності між людьми, що визначаються генетичними особливостями будови клітин, анатомо-фізіологічними характеристиками і дітородними функціями [27]. Термін «гендер» — соціальна стать, стать як продукт культури, соціально-біологічна характеристика, яка вказує на соціальний статус і соціально-психологічні характеристики особистості, які пов'язані зі статтю і сексуальністю, але виникають у взаємодії з іншими людьми [11, 12, 14].

Дослідження показали, що як у чоловіків, так і у жінок вираженість клінічних проявів і психологічних порушень зростають у міру наростання ступеня тяжкості розладу. Виявлено відмінності проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) різного ступеня тяжкості у чоловіків і жінок. Показано, що у чоловіків більша, в порівнянні з жінками, стійкість до ризику розвитку розладу у віддаленому періоді у відповідь на вплив стресорів, але при розвитку розладу чоловіки мають тенденцію до більш важких його проявів. У жінок у віддаленому періоді після важкої психічної травми ризик розвитку ПТСР вище, але менш виражена інтенсивність клінічних і психологічних проявів розладу.

Епідеміологічні дослідження показали, що ПТСР є широко поширеним розладом серед населення. Наводяться дані, що ПТСР страждають 5% чоловіків і 10% жінок в популяції, а серед суб'єктів, які перенесли психічну травму: 8% чоловіків і 20% жінок [26].

За даними деяких авторів, ризик розвитку ПТСР у жінок вище, ніж у чоловіків. У той же час, виявлено, що хоча б одну травматичну подію у своєму житті переживають 51% жінок і 61% чоловіків, а у багатьох з них (від 25 до 50%) виявляються дві і більше психічних травм. Вважають, що перебування в місцевості впливу важких стресорів (землетрусу, військові дії, цунамі і ін.) підвищує ризик розвитку ПТСР як у чоловіків, так і у жінок [26].

Роботи, що описують відмінності розвитку ПТСР у чоловіків і жінок, частіше стосуються етіологічного фактора: типів стресорів, тривалості і сили їх впливу. Вважають, що у чоловіків частіше розвивається ПТСР у відповідь на бойову травму, що загрожують життю нещасні випадки, бійки, фізичне насильство, загрозу життю, пов'язану із застосуванням зброї, пожежа, інші природні катаклізми, погане поводження в дитинстві [36]. У жінок частіше описують розвиток розладу в результаті сексуального насильства або домагань, фізичного насильства.

У меншій мірі, особливо в роботах вітчизняних дослідників, представлені відмінності у чоловіків і жінок клінічних проявів ПТСР. Вважають, що у жінок частіше виявляються депресія, дратівливість і вживання психоактивних речовин. Виявлено особливості проявів агресивності і ворожості при ПТСР у чоловіків і жінок. Автори пояснюють цей феномен гендерними відмінностями формування життєвих установок, патологічних форм захисту, що забезпечують функціонування в соціумі, відповідне статевої поведінки [26].

В даний час продовжуються дослідження клініки ПТСР в цілому. Так, були виділені і описані ступеня тяжкості ПТСР: легка, середня і важка стадії розвитку: початкових клінічних проявів, невротична і психотизма [37]. В той же час не досліджувалися особливості клініки ПТСР різного ступеня тяжкості і стадій розвитку у чоловіків і жінок.

В силу своєї емоційності і більш «тонкої» душевної організації жінки більше за чоловіків схильні до виникнення посттравматичного розладу - комплексу симптомів, що виникають після перебування в екстремальній

психотравмуючої ситуації. Але відмінності між жінками і чоловіками не обмежуються частотою розвитку ПТСР. Прояви хвороби у представників сильної і слабкої статі також різняться [84]

Для жінок, як і для чоловіків, характерні ремінісценції (епізоди повторного переживання психотравмуючої ситуації в формі нав'язливих спогадів), порушення сну, відчуження від оточуючих, звуження кола інтересів і т.д. Але якщо чоловіки частіше реагують на постійний стрес, проявляючи агресію, то у жінок, в основному, спостерігається підвищена тривожність і лякливість.

Якщо чоловік починає «воювати» з миром, який здається йому ворожим, то жінка «ховається» від цього світу. Вона розриває соціальні зв'язки, намагається рідше з'являтися на людях, уникає відносин з протилежною статтю. Навіть якщо у неї є відносини з чоловіком, вони часто носять «несерйозний», поверхневий характер, оскільки потерпіла просто не в силах довіритися іншій людині настільки, щоб дозволити собі бути розслабленою, природною і незахищеною. Разом з тим, у жінок, як і у чоловіків, можливі сплески раптової агресії.

Змінюється не тільки характер жінки, але і її ставлення до свого тіла. Вона може перестати стежити за собою або, навпаки, почати зухвало фарбуватися і використовувати кричущий стиль в одязі. І те й інше - результат відрази до себе справжньою і, одночасно, спроба захиститися від світу, сховавшись за занадто непоказним або надмірно яскравим чином. Страждаючі ПТСР жінки, як і чоловіки, більш схильні до виникнення всіляких залежностей (наркотики, алкоголь). Разом з тим, у них частіше, ніж у представників сильної статі, розвиваються різні харчові порушення. При цьому переважає зниження апетиту і відмова від їжі з подальшим формуванням стійкого астеничного синдрому.

Безпорадність, спогади про пережите приниження, почуття провини, очікування нерозуміння або навіть осуду з боку оточуючих - все це формує

підвищений рівень тривоги і страху. А прогресуюча ізоляція від світу ще більше ускладнює повернення до нормального життя.

Соціальні стереотипи і норми виховання «дозволяють» жінці бути емоційною, однак практично не визнають за нею права на агресію. І жінка мимоволі сліди звичного шаблону, висловлюючи всю гаму своїх почуттів в спрощених, але сильних реакціях страху, який лише іноді змінюється короточасними нападами агресивної поведінки [45].

Є цілий ряд даних про психофізіологічні відмінності чоловіків і жінок. Серед психофізіологічних характеристик особливу роль грають властивості нервової системи. В останній час з'являється все більше інформації, яка свідчить про те, що емоційні стани, а саме їх переживання, проявляються не однаково у представників різних статей, у чоловіків та жінок. Дійсно, в багатьох дослідженнях виявлена чітка різниця в емоційній сфері представників чоловічої та жіночої статі.

Гендерні особливості прояву стресу вивчали дуже багато вчених та дослідників, як вітчизняних так і зарубіжних: Д. А. Жуков, М. С. Пономарьова, В. П. Плотников, О. І. Захаров, П. О. Ковальов, Л. В. Куликов, Б. Г. Ананьєв, Н. Айзенберг, К. Изард, С. Арчер, Е. Маккобі, К. Джеклін, Є. Варбан, К. Хорні та багато інших. [6, 38, 79]

Та і досі питання про особливості поведінки чоловіків і жінок у різних стресових ситуаціях не є остаточно вирішеним, і відомості щодо ефективності реагування чоловіків і жінок у таких ситуаціях неоднозначні. В багатьох дослідженнях виявлена чітка різниця в емоційній сфері представників чоловічої та жіночої статі. К. Хорні [108] пише, що згідно з розподілом соціальних ролей сформувався деякий погляд на жінок як на інфантильних істот, які живуть емоціями. Л. В. Куликов відмічає, що у жінок емоційна сфера більше диференційована, ніж у чоловіків [79].

Вважається, що, долаючи стрес, чоловіки і жінки використовують різні копінг-стратегії: жінки більше фокусуються на емоційних і міжособистісних аспектах ситуації, а чоловіки - на концепціях вирішення проблем. При цьому

жінки використовують більш широкий діапазон стратегій, частіше вдаються до соціальної та емоційної підтримки, ніж чоловіки.

Відмінності в переживанні стресу між чоловіками і жінками, безумовно, існують. Насамперед зауважимо, що жіночий організм більш життестійкий від початку. І тому певні види фізіологічного стресу на кшталт голодування, нестачі кисню, хронічного недосипання жінки долають легше. Імунна система, що протидіє захворюванням, у жінок розвинена краще. Та й кращий рівень здоров'я у всіх вікових групах допомагає жінці виявляти більшу стресостійкість.

Велике значення має і ставлення жінок до стресових ситуацій. Вони сприймають здоров'я як власний капітал, що допомагає їм розв'язати безліч складних проблем, вистояти і досягти успіху. Доведено, що цінність здоров'я жінки ставлять на перше місце серед інших цінностей, тоді як чоловіки - лише на четверте. Жінки більше прислуховуються до себе, частіше звертаються до лікарів і психологів з профілактичною метою, стають учасницями спеціальних тренінгів, що пропагують здоровий спосіб життя. А хороше здоров'я, безумовно, сприяє кращій адаптації до життєвих несподіванок [26].

У складних ситуаціях чоловіки схильні приймати більш ризиковані рішення, що зумовлено їхньою більшою агресивністю, незалежністю, прагненням самостверджуватися. Водночас жінки більше переживають з приводу стосунків з коханою людиною, конфліктів з дітьми, родичами, змін у власній зовнішності. У них фіксується набагато більша тривалість реагування на стресову ситуацію, ніж у чоловіків. Жінки зазвичай обирають емоційні форми реагування на стрес, тоді як чоловіки швидше беруть себе в руки і реагують інструментально, починають діяти.

Існують суто чоловічі й суто жіночі стресори. Так, чоловіки набагато гірше переживають соціальну ізоляцію і хронічні захворювання.

Доведено, що жінки й фемінінні чоловіки зазвичай схильні вирішувати проблеми емоційно, переживаючи і говорячи про свої переживання, а

чоловіки та маскулінні жінки - інструментально, щось реально змінюючи в зовнішніх обставинах [42].

Невміння приймати свої емоції, давати їм виявлятися чоловіки й маскулінні жінки трактують як раціональність, стриманість, стійкість характеру. Насправді ними керують соціальні стереотипи, згідно з якими сильна людина все може витримати і нікому не показати своїх страждань. Крім того, більшість чоловіків виявляють недовіру до себе, страх поринути в емоційну стихію, дозволити собі слабкість, пожалітися, можливо, навіть звернутися за співчуттям. Працюючи з ними, слід враховувати ступінь жіночності, фемінінності жінок і маскулінності чоловіків, поступово пропонуючи жінкам більш інструментальні стратегії, а чоловікам - емоційні, що передбачають відкритий прояв емоцій.

Загалом же, коли йдеться про стрес і гендер, не завжди ясно, чи то статеві характеристики людини більше визначають її реакцію на стресор, чи соціальне научіння, гендерні стереотипи мають вирішальний вплив.

У жінок і чоловіків існують відмінності як причин стресів, так і їх проявів. У жінок причини стресів - це необхідність вирішувати одночасно біологічні й соціальні функції, втрата привабливості з віком тощо. У чоловіків - це невизнання їх соціальних та особистих достоїнств, а також зниження фізичних сил і сексуальних можливостей [44].

У чоловіків проявляється стрес переважно через порушення роботи серцево-судинної системи (перевантаження серцевого м'яза, перепади тиску крові, а тому зміна перенесення кисню до тканин, розвиток атеросклерозу, через що виникає інфаркт або інсульт), через алкоголізм і паління (форма втечі від негативних емоцій), появу виразкової хвороби, імпотенцію.

Жінки є більш чутливими та емоційними, у них виразніше гальмується парасимпатичний відділ вегетативної нервової системи, тому частіше порушується робота системи травлення, схильність до страху та депресії, з'являються дисфункції репродуктивної сфери.

Різними є і психологічні прояви стресу у чоловіків і жінок. Так, чоловіки більш схильні до нападу та оборони, здатність приймати рішення у них майже не порушується. А жінки стають менш уважними, схильними до депресії, їм складно прийняти певне рішення.

Висновки до другого розділу

Отже, ми можемо зробити висновки, що військова діяльність є більш напруженою, екстремальною порівняно з іншими видами діяльності. Їй притаманні несподіваність, раптовість, незвичність, здатність руйнувати сформовані до призову стереотипи поведінки, спричиняти негативні психічні стани (тривожність, страх, афект, стрес, депресія). Військова діяльність, в якому б напрямку вона не здійснювалася, пред'являє до людини певні вимоги і накладає своєрідний відбиток, як на саму особу, так і на спосіб життя.

За даними наукових досліджень, наслідки психотравмуючих подій проявляються змінами в поведінковій, емоційній і пізнавальній сферах особистості. Психотравмуючі ситуації можуть призвести до дезадаптивної поведінки, психосоматичних та нервово-психічних розладів (Ю.А. Александровський, Г.С. Нікіфоров, В.М. Маріщук, Н.В. Тарабріна, Н.Е. Бачериков, Н.П. Воронцов, П.Т. Петрик, В.О. Моляко, О.М. Морозов, Л.А. Крижанівська, В.В. Клименко).

Визначили, що стресостійкість – це загальна якість особистості, яка характеризується здатністю протистояти стресовим факторам за період часу, який необхідний для організації нових умов, в яких даний стресор не буде загрозливим [48,49]. Стресостійкість забезпечує високу ефективність діяльності і зберігає здоров'я людини. В ситуаціях можливого виникнення стресу повинні бути визначені додаткові шляхи виходу із стресових ситуацій. Стресостійкість буде забезпечувати високу ефективність діяльності й

сприятиме збереженню здоров'я людини, якщо вона буде креативно мислити у вирішенні своїх проблем.

Дослідження показали, що як у чоловіків, так і у жінок вираженість клінічних проявів і психологічних порушень зростають у міру наростання ступеня тяжкості розладу. Виявлено відмінності проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) різного ступеня тяжкості у чоловіків і жінок. Показано, що у чоловіків більша, в порівнянні з жінками, стійкість до ризику розвитку розладу у віддаленому періоді у відповідь на вплив стресорів, але при розвитку розладу чоловіки мають тенденцію до більш важких його проявів. У жінок у віддаленому періоді після важкої психічної травми ризик розвитку ПТСР вище, але менш виражена інтенсивність клінічних і психологічних проявів розладу.

Термін «гендер» - соціальна стать, стать як продукт культури, соціально-біологічна характеристика, яка вказує на соціальний статус і соціально-психологічні характеристики особистості, які пов'язані зі статтю і сексуальністю, але виникають у взаємодії з іншими людьми.

Загалом же, коли йдеться про стрес і гендер, не завжди ясно, чи то статеві характеристики людини більше визначають її реакцію на стресор, чи соціальне навічання, гендерні стереотипи мають вирішальний вплив.

Роботи, що описують відмінності розвитку ПТСР у чоловіків і жінок, частіше стосуються етіологічного фактора: типів стресорів, тривалості і сили їх впливу. Вважають, що у чоловіків частіше розвивається ПТСР у відповідь на бойову травму, що загрожують життю нещасні випадки, бійки, фізичне насильство, загрозу життю, пов'язану із застосуванням зброї, пожежа, інші природні катаклізми, погане поведіння в дитинстві [36]. У жінок частіше описують розвиток розладу в результаті сексуального насильства або домагань, фізичного насильства. При розгляді гендерних характеристик вивчається ідентичність чоловіків і жінок і її складові: уявлення, стереотипи, установки, пов'язані з статевою диференціацією .

Гендерні дослідження широко проводяться в усьому світі, такими вченими як Ф.Л. Джеймс, К. Хорні, Т.С. Баранова, Ю.Є. Альошина. Проблематика гендерних досліджень розкрита в наукових працях соціальних психологів, таких як Ш. Берн, Д. Майєрс, І.С.Кон, І.С. Клецина, Т.В. Бендас, О.А. Вороніна, які бачать переоцінку «гендерних» цінностей у сучасному соціальному суспільстві. Т.В. Бендас при вивченні гендерних відмінностей, розглядає такі питання, як природа відмінностей, їх оцінка та динаміка, вплив цих гендерних відмінностей на індивідуальний життєвий шлях чоловіків і жінок, можливості їх самореалізації.

Таким чином, питання про особливості поведінки чоловіків і жінок у різних стресових ситуаціях не є остаточно вирішеним, і відомості щодо ефективності реагування чоловіків і жінок у таких ситуаціях неоднозначні. В багатьох дослідженнях виявлена чітка різниця в емоційній сфері представників чоловічої та жіночої статі.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

3.1 Методи і методики дослідження ПТСР

Згідно зі сформованою гіпотезою та з визначеною метою та завданнями дослідження нами проведено емпіричне дослідження, яке дозволяє отримати кількісні і якісні показники. Для проведення дослідження була побудована емпірична модель, яка дозволяє зв'язати особистісні якості учасників дослідження та зовнішні, тобто умови соціуму, ступінь напруги в соціумі. Особистісні якості залежать від вікових особливостей та стресостійкості військовослужбовців, між рівнем тривожності та готовністю до дій у стресових ситуаціях.

Нами проведено емпіричне дослідження на виявлення проявів ПТСР у учасників бойових дій; позначенні ключові фактори, що впливають на успішність їх адаптації до умов мирного життя, з визначенням шляхів психологічної допомоги цим особистостям.

З метою з'ясування особливостей впливу ПТСР та поведінкові прояви військовослужбовців нами обрані наступні методи та методики дослідження:

1. Методика визначення нервово-психічної стійкості та ризику дезадаптації в стресі «Прогноз».
2. Методика вимірювання рівню тривожності Тейлора в адаптації Т.А.Немчинова, доповненої опитувальником «шкала брехні» В.Г.Норакідзе.
3. Методика по короткому варіанту опитувальника «Домінуючого стану» Л.В.Кулікова.
4. Тест нервово-психічної адаптації І.Н. Гурвич.
5. Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

6. Методика «Рівень суб'єктивного контролю (РСК)» модифікований варіант опитувальника американського психолога Дж. Роттера.
7. Методика «Агресивна поведінка» (за Є.П. Ільїним та П.А.Ковальовим)
8. Методика діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (за В.В. Бойком).

Коротка характеристика методик:

1. Методика визначення нервово-психічної стійкості та ризик дезадаптації в стресі «Прогноз» (Додаток Б)

Нервово-психічна стійкість є показником психічного і фізичного здоров'я індивіда, показує ризик дезадаптації особистості в умовах стресу.

Методика розроблена в Санкт-Петербурзькій воєнно-медичній академії, призначена для визначення НПС, ризику дезадаптації при стресі. Вона інформативна у підборі осіб для роботи у складних екстремальних ситуаціях. Кількість питань-тверджень – 84.

2. Методика вимірювання рівню тривожності Тейлора в адаптації Т.А.Немчинова, доповненої опитувальником «шкала брехні» В.Г.Норакідзе (Додаток В)

Призначена для вимірювання проявів тривожності. Опублікована Дж. Тейлор в 1953 р. Шкала складається з 50 тверджень, на які обстежуваний повинен відповісти «так» або «ні». Твердження відбиралися з набору тверджень Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (ММРІ). Вибір пунктів для тесту здійснювався на основі аналізу їх здатності розрізняти осіб з «хронічними реакціями тривоги». Тестування триває 15-30 хв. Для зручності використання кожне твердження пропонується випробуваному на окремій картці.

Більш відомі варіанти методики в адаптації Т. А. Немчинова і В. Г. Норакідзе, який в 1975 р доповнив опитувальник шкалою брехні, що

дозволяє судити про демонстративності, нещирості у відповідях. Обидва варіанти опитувальника використовуються при індивідуальному і груповому обстеженні, здатні вирішувати як теоретичні, так і практичні завдання і можуть бути включені в батарею інших тестів.

3. Методика по опитувальнику «Домінуючого стану» Л.В.Кулікова (Додаток Д)

Призначення – визначення характеристик настроїв і деяких характеристик особистісного рівня психічних станів за допомогою суб'єктивних оцінок досліджуваного. Основним призначенням методики є діагностика відносно стійких (домінуючих) станів.

Основні шкали:

Шкала Ак: активне-пасивне ставлення до життєвих ситуацій. Для діагностики станів і настроїв важливо враховувати силу віри в досягненні своїх цілей, виявляти активну чи пасивну позицію стосовно життєвих ситуацій. Цей параметр особливо важливий при діагностиці стресових ситуацій.

Шкала То: тонус високий чи низький. В ситуації гострого стресу людина частіше відчуває підйом сил, але часто спостерігається і протилежна картина – відчуття слабкості. В діагностиці стресових станів енергетичні характеристики дають цінні дані для глибини стресу.

Шкала Сп: спокій-тривога. Діагностика генералізованої тривоги важлива, оскільки саме тривога підсилює звучання емоціогенних подразників різної сили, підвищуючи інтенсивність негативних емоцій, поглиблюючи їх негативний вплив на свідомість, поведінку і діяльність.

Шкала Ст: стійкість – нестійкість емоційного тону.

Шкала За: задоволеність – незадоволеність життям загалом (її ходом, процесом самореалізації). Труднощі в процесі самореалізації призводять до переживання об'ємного емоційного дискомфорту. Дана характеристика має особливу діагностичну значимість в індивідуальній консультативній і

психокорекційній роботі. Переживання повноти життя – одна із основних опор психологічної стійкості особистості. Відчуття спустошення є фактором ризику виникнення невротичних і депресивних розладів, алкогольної залежності. Повна самореалізація людини – не тільки розвиток її потенційних можливостей як сильної і цілісної людської сутності, вільного від негативних переживань.

Шкала По: позитивний – негативний образ самого себе. Ця шкала додаткова, дозволяє визначити критичність самооцінки, адекватність самооцінки. Критичність самооцінювання тісно зв'язана з прийняттям особистістю себе. Чим більш позитивний образ самого себе, тим менше людина бачить в собі недоліків. Прийняття себе впливає на настрій – чим повніше прийняття себе і чим більше в емоційному ставленні до себе позитивних почуттів, тим вищий настрій.

Кількість питань-тверджень – 42.

4. Тест нервово-психічної адаптації І.Н. Гурвич (Додаток Е)

Цей тест розроблений у відділенні психопрофілактики і поза лікарняної психіатрії психоневрологічного науково-дослідного інституту ім. В.М.Бехтерева. Це психіатричний тест, що на операційному рівні виражається у виявленні рівня нервово-психічної адаптації шляхом встановлення наявності і виразності в індивіда деяких психіатричних симптомів.

Тест може бути застосований:

- в якості самостійної клініко-психологічної методики;
- в складі методичного оснащення програм, спрямованих на вивчення чинників нервово-психічного здоров'я популяцій;
- коли тестові оцінки являють собою результуючу змінну, що відображає вплив чинників, досліджуваних в епідеміологічному аспекті;

- в складі двокрокових скринінгових процедур - для першого кроку скринінг, в цьому випадку тест дозволяє розшарувати популяцію за рівнем нервово психічного здоров'я

Тест складається з 26 суджень, що практично досить для гомогенного тесту. Судження відібрані за результатами оцінки надійності та валідності первинної форми тесту і розміщені у випадковому порядку. Кожне з них має 4-бальну шкалу з нульовим діленням (тобто припускає можливість відсутності симптому), що відноситься до так званих шкал послідовних інтервалів. Отримання підсумкових оцінок здійснюється шляхом підрахування. Шкали побудовані за типом шкали Ликерта; вони ідентифікують симптом з скороминущої реакцією, актуальною реакцією, станом або розвитком.

5. Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г.Айзенком) (Додаток Ж)

Даний тест спрямований на вивчення психологічного стану особистості через діагностику таких психічних станів як тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність. Якщо цей стан дуже підходить Вам, то за відповідь поставте 2 бали: якщо підходить, але не дуже, то 1 бал; якщо зовсім не підходить - то 0 балів.

6. Методика «Рівень суб'єктивного контролю (РСК)» модифікований варіант опитувальника американського психолога Дж. Роттера (Додаток К)

РСК виявляє *екстернальний* або *інтернальний* тип поведінки. У першому випадку людина вважає, що події, які з нею відбуваються, — результат дії зовнішніх сил — випадку, інших людей тощо. У другому випадку людина інтерпретує значущі події як результат своєї діяльності.

Локус контролю, характерний для індивіда, універсальний щодо будь-яких подій та ситуацій, з якими йому доведеться постати. Той самий тип

контролю характеризує поведінку цієї особистості і при невдачах, і при досягненнях, причому це стосується різних галузей соціального життя.

Конформна та поступлива поведінка більш властива людям із *екстернальним* локусом. *Інтерналі*, на відміну від екстерналів, менш схильні підпорядковуватись тиску інших, чинять спротив, коли відчують, що ними маніпулюють, реагують сильніше ніж екстернали на втрату особистої свободи.

Люди з інтернальними локусами контролю краще працюють наодинці, ніж під наглядом або при відеозаписі. Для екстерналів характерне прагнення до постійного спілкування.

Екстернальність корелює з тривожністю та депресією.

Інтерналі надають перевагу недирективним методам психокорекції, екстернали суб'єктивно більш орієнтовані на зовнішній контроль.

Опитувальник РСК складається з 44 пунктів. Він містить пункти, які вимірюють екстернальність-інтернальність у міжособистісних та сімейних стосунках, а також пункти, які вимірюють РСК щодо хвороб і здоров'я.

Для збільшення спектра можливих застосувань опитувальник сконструйований у двох варіантах, які відрізняються форматом відповідей досліджуваних.

Варіант А використовують для дослідження. Він потребує відповіді за 6-ти бальною шкалою (−3, −2, −1, +1, +2, +3), в якій відповідь «+3» означає «повністю згоден», «−3» — «зовсім не згоден» із цим пунктом.

Варіант Б призначений для психодіагностики. Він потребує відповіді за бінарною шкалою «згоден-не згоден».

Таким чином методи та методики дозволили нам побудувати емпіричну модель дослідження.

7. Методика «Агресивна поведінка» (за Є.П. Ільїним та П.А.Ковальовим) (Додаток Л)

Шкали: схильність до вербальної агресії: прямої і непрямой, схильність до фізичної агресії: прямої і непрямой, рівень нестриманості

Призначення тесту: Методика призначена для виявлення схильності респондента до певного типу агресивної поведінки.

Інструкція. Перед вами ряд тверджень. Визначте, наскільки ви згодні з кожним з них. Якщо ви згодні з твердженням, виберіть відповідь: «Так», якщо не згодні - «Ні».

8. Методика діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (за В.В. Бойком) (Додаток М)

Ця методика дозволяє визначити домінуючу стратегію психологічного захисту в спілкуванні (миролюбну, уникнення чи агресію). Відповідаючи на запитання, виберіть відповідь, яка найбільше Вам підходить.

Для визначення притаманної Вам стратегії психологічного захисту в спілкуванні з партнерами треба полічити суму відповідей кожного типу; «а» — *миролюбство*, «б» — *уникнення*, «в» — *агресія*. Чим більше представлено відповідей того чи іншого типу, тим чіткіше виражена відповідна стратегія; якщо їх кількість приблизно однакова, то в контакт з партнерами Ви активно вживаєте різні захисти своєї суб'єктивної реальності.

Миролюбство — психологічна стратегія захисту суб'єктивної реальності особистості, в якій провідну роль відіграють інтелект і характер.

Уникнення — психологічна стратегія захисту суб'єктивної реальності, що базується на економії інтелектуальних або емоційних ресурсів.

Агресія — стратегія психологічного захисту суб'єктивної реальності особистості, яка діє на основі інстинкту.

Результати діагностики оброблялись при допомозі методів математичної статистики та коефіцієнтів кореляції по слідуєчому алгоритму:

Зробимо розрахунок середнього різниць між відповідними значеннями змінної X і змінної Y за формулою:

$$\bar{d} = \frac{\Sigma(x_i - y_i)}{n} = \frac{-2,3}{35} = -0,07 \quad \bar{d} = \frac{\Sigma(x_i - y_i)}{n} = \frac{-2,3}{35} = -0,07$$

Потім застосуємо формулу:

$$S_d = \sqrt{\frac{\Sigma d_i^2 - \frac{(\Sigma d_i)^2}{n}}{n \cdot (n - 1)}} = \sqrt{\frac{35,79 - \frac{(-2,3)^2}{35}}{35 \cdot 34}} = 0,173$$

$$S_d = \sqrt{\frac{\Sigma d_i^2 - \frac{(\Sigma d_i)^2}{n}}{n \cdot (n - 1)}} = \sqrt{\frac{35,79 - \frac{(-2,3)^2}{35}}{35 \cdot 34}} = 0,173$$

Тоді значення, таке:

Число ступенів свободи k $k = 35 + 35 - 2 = 68$. За даними таблиці значень критерію Стюдента (t-критерію) знайдемо:

Таблиця 3.1

Критичні значення показників

$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
1.99	2.65

Як показано в таблиці, за відсутності тенденції до вибору вербальної агресії незалежно від ситуаційної детермінанти високі відсотки припадають на прийняття функцій власної агресії як засобу виразу гніву, зняття стресу, тобто розрядки емоційного напруження (відповідно 92,6 відсотків у жінок та 63,8 відсотків у чоловіків) та способу захисту (відповідно 74,1 відсотків у жінок та 46,8 відсотків у чоловіків).

Жінкам більш притаманне, порівняно з чоловіками, прийняття функцій власної агресії як розрядки емоційного напруження (критерій Хі-квадрат Пірсона = 12,62, $P < 0,001$), способу захисту (критерій Хі-квадрат Пірсона = 7,88, $P < 0,006$).

3.2 Учасники емпіричного дослідження

В емпіричному дослідженні прийняли участь військовослужбовці, які були задіяні у проведенні антитерористичної операції на території Донецької та Луганської областей України. Всього добровільно було обстежено 120 осіб у віці від 26 до 52 років, з них 78 чоловіків, жінок - 42. Із них 70 осіб мають статус УБД– 18 жінок та 52 чоловіків; та 50 осіб не мають статусу УБД– 24 жінки та 26 чоловіків. Нами були проаналізовані значення не тільки по віку, але й по гендеру (статті) та статусу: ССС – солдатсько - сержанський склад, ОС – офіцерський склад.

Таблиця 3.2.1. Статева характеристика учасників дослідження

Стать	УБД	Не має УБД
Жінки	18	24
Чоловіки	52	26
Всього	70	50

Дані таблиці ми представили в графічному вигляді:

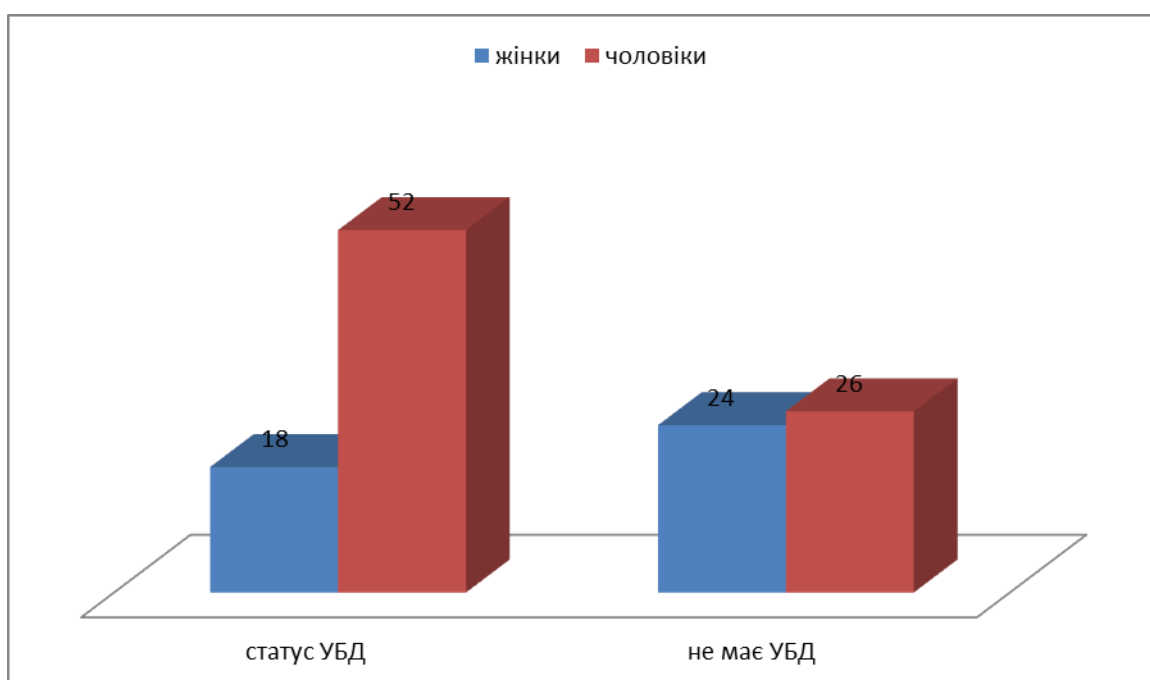


Рисунок 3.2.1. Статеві характеристики учасників дослідження.

В дослідженні приймали участь військовослужбовці різних вікових категорій: віком до 30 років включно, та понад 30 років.

Таблиця 3.2.2. Вікові характеристики учасників дослідження

Вік	УБД	Не має УБД
До 30 років включно	12	22
Понад 30 років	58	28
Всього	70	50

Дані таблиці ми представили в графічному вигляді:

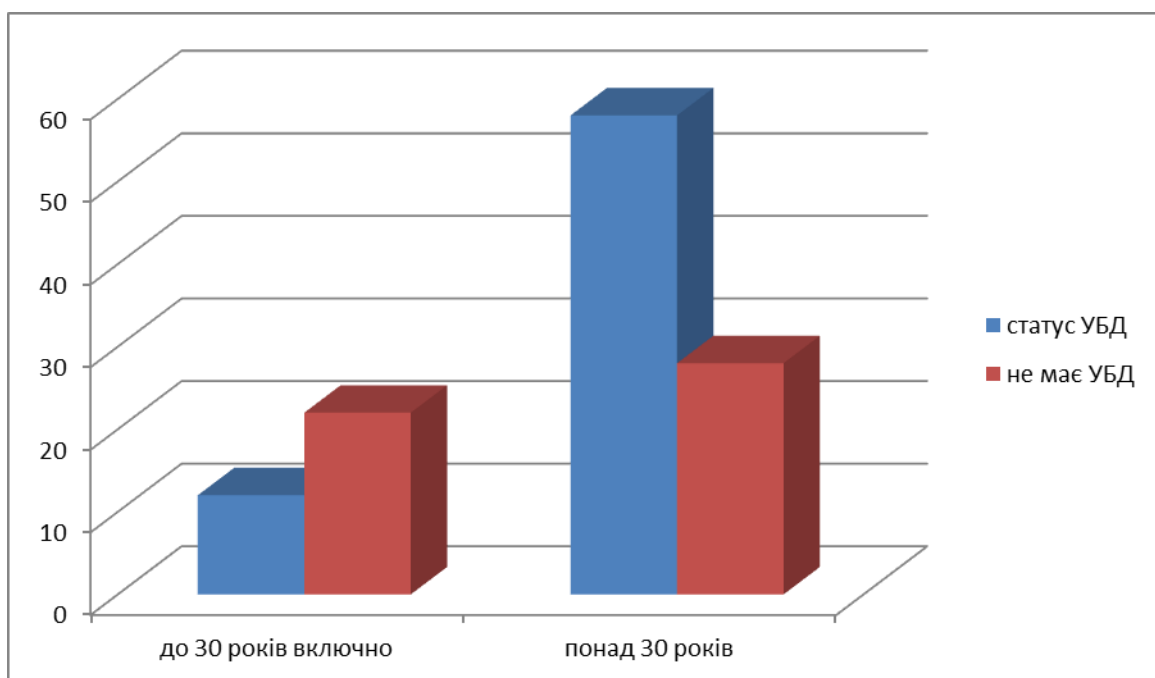


Рисунок 3.2.2 Вікові характеристики учасників дослідження.

Також провели дослідження в залежності від статі та віку.

Таблиця 3.2.3. Вікові та статеві особливості учасників дослідження

		УБД	Не має УБД
До 30 років включно	жінки	4	4
	чоловіки	8	8
Понад 30 років	Жінки	14	20
	чоловіки	44	8
Всього		70	50

Дані таблиці ми представили в графічному вигляді:

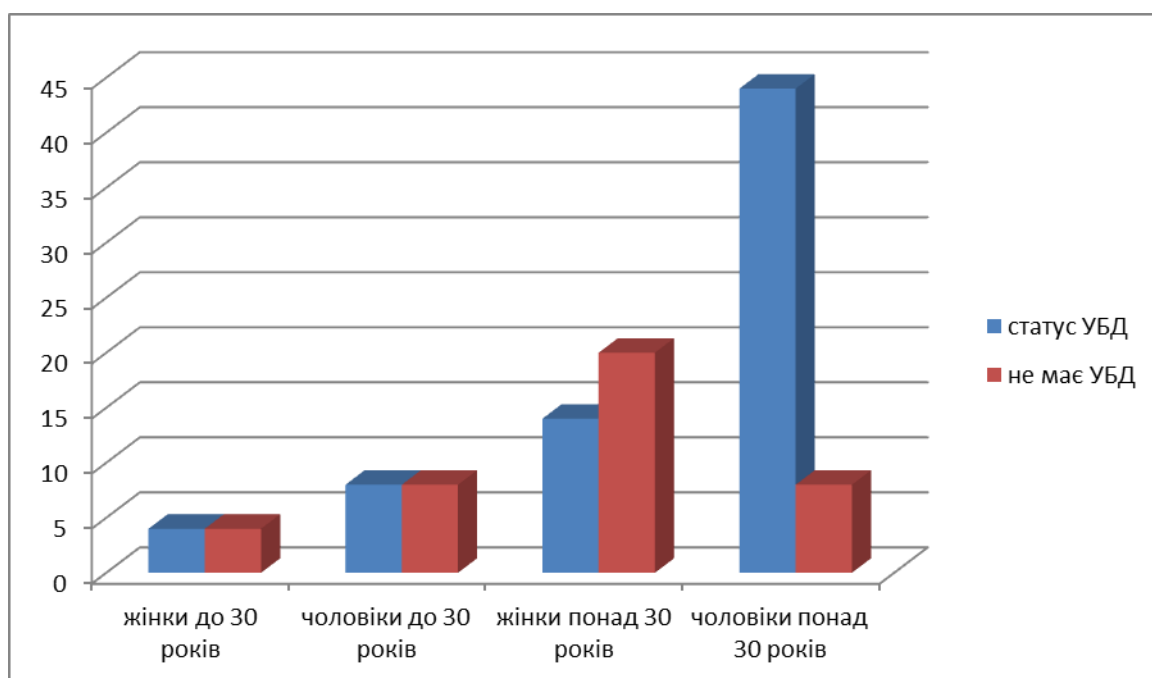


Рисунок 3.2.3 Вікові та статеві особливості учасників дослідження

Нами були проаналізовані значення не тільки по віку, по гендеру (статті) та й по статусу: ССС – солдатсько - сержанський склад, ОС – офіцерський склад.

Таблиця 3.2.4. Статусні особливості учасників дослідження

Статус	УБД	Не має УБД
--------	-----	------------

ССС - солдатсько-сержанський склад	42	34
ОС - офіцерський склад	28	16
	70	50

Дані таблиці ми представили в графічному вигляді:

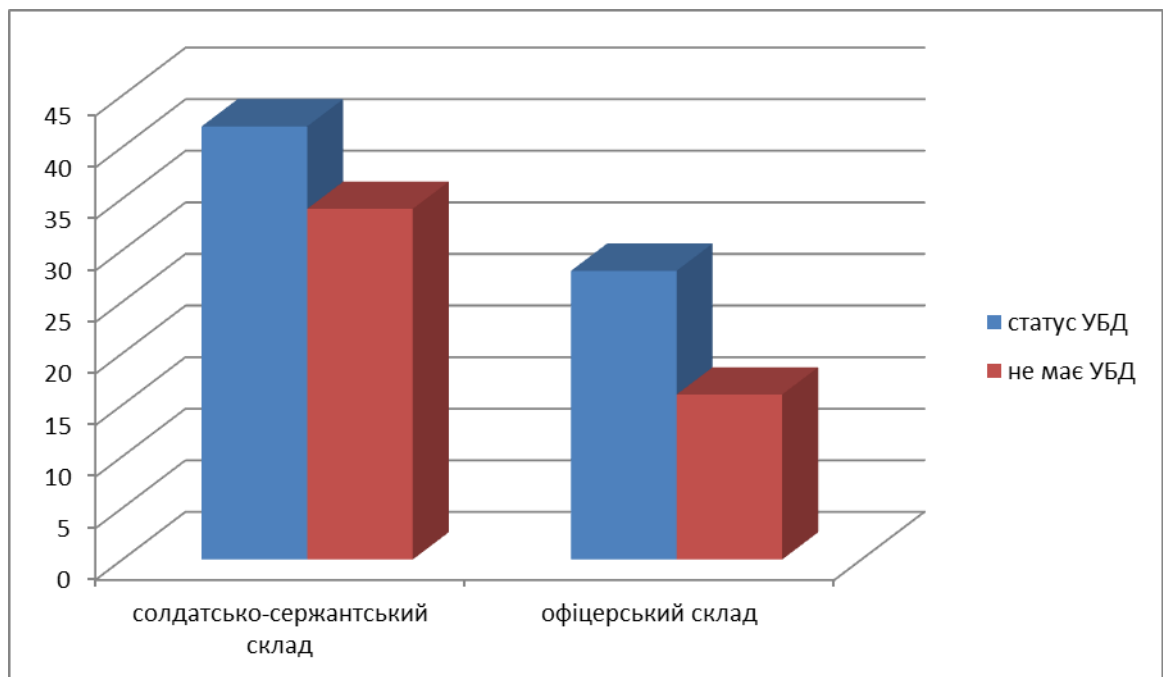


Рисунок 3.2.4 Статусні особливості учасників дослідження.

Таким чином, кількість учасників емпіричного дослідження допомагають нам вивити певні тенденції у вияві схильності до тривожності, а тенденції можливо виявити у тому разі, якщо ми використовуємо середні значення по вказаним групам. Для подальшого аналізу результатів емпіричного дослідження всі учасники були об'єднані в 2 групи: I група – військові, що мають статус УБД, II група – військові не мають УБД.

3.3 Результати емпіричного дослідження

Для підтвердження або спростування гіпотези було проведено емпіричне дослідження, яке передбачало виявлення кількісних показників прояву тривожності особистості в різних вікових групах.

Дані емпіричного дослідження передбачали використання в діагностуванні вісьмох методик, котрі ми проаналізуємо послідовно.

3.3.1 Результати проведення методики визначення нервово-психічної стійкості та ризику дезадаптації у стресі «Прогноз»

Нервово-психічна стійкість є показником психічного і фізичного здоров'я індивіда, показує ризик дезадаптації особистості в умовах стресу. Методика призначена для визначення НПС, ризику дезадаптації при стресі.

Дана методика дає можливість отримати середні значення нервово-психічної стійкості. Значення яких наведені у таблиці.

Таблиця 3.3 Результати у вигляді середніх значень І-ої групи—військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату НПС
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	3	ІІІ група
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	4	ІІІ група
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	4	ІІІ група
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30	4	ІІІ група

	років		
--	-------	--	--

Всі військовослужбовці даної групи відносяться до до 3-тої групи НПС та мають задовільну нервово - психічну стійкість з відносно сприятливим прогнозом.

Таблиця 3.4 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату НПС
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	7	II група
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	6	II група
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	6	II група
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	7	II група

Всі військовослужбовці даної групи відносяться до до 2- ої групи НПУ та мають добру нервово - психічну стійкість зі сприятливим прогнозом.

Результати проведення дослідження на виявлення нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації військовослужбовців в стресових ситуаціях наведені на рисунку 3.3

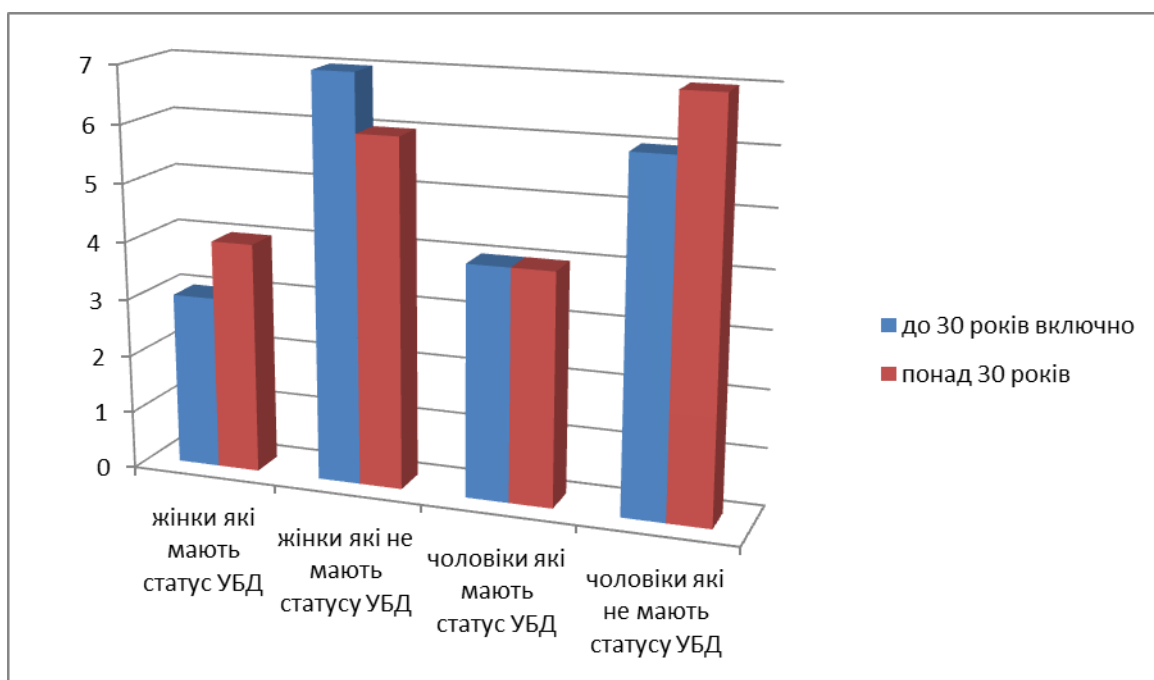


Рисунок 3.3 Результати проведення дослідження на виявлення нервово-психічної стійкості (НПС).

З даних емпіричного дослідження випливає закономірність впливу на рівень нервово-психічної стійкості прийняття участі військовослужбовцями у бойових діях.

Ми виявили, що у військовослужбовців, які мають статус УБД рівень нервово - психічної стійкості на щабель нижчий від військовослужбовців, які не приймали участі у бойових діях. Також можна визначити незначний вплив, як гендерного так і вікового складу учасників на стан нервово-психічної стійкості військовослужбовців.

3.3.2. Результати проведення методики вимірювання рівню тривожності Тейлора в адаптації Т.А. Немчинова, доповненої опитувальником «шкала брехні» В.Г. Норакидзе.

Проведемо розрахунки по даній методиці та знайдемо середні значення, схильності до тривожності, опираючись на особливості осіб які ввійшли в сформовані групи.

Таблиця 3.5 Результати у вигляді середніх значень проведення методики вимірювання рівню тривожності.

Найменування	Результати по шкалі рівня тривоги		Результати рівня тривоги по шкалі брехні	
	є статус УБД	не має статусу УБД	є статус УБД	не має статусу УБД
військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	19	13	19	17
військовослужбовці жінки віком понад 30 років	15	15	18	18
військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	18	12	16	13
військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	15	7	17	12

Результати проведення дослідження на виявлення рівня тривоги та рівня тривоги по шкалі брехні наведені на рисунку 3.5 та 3.5.1

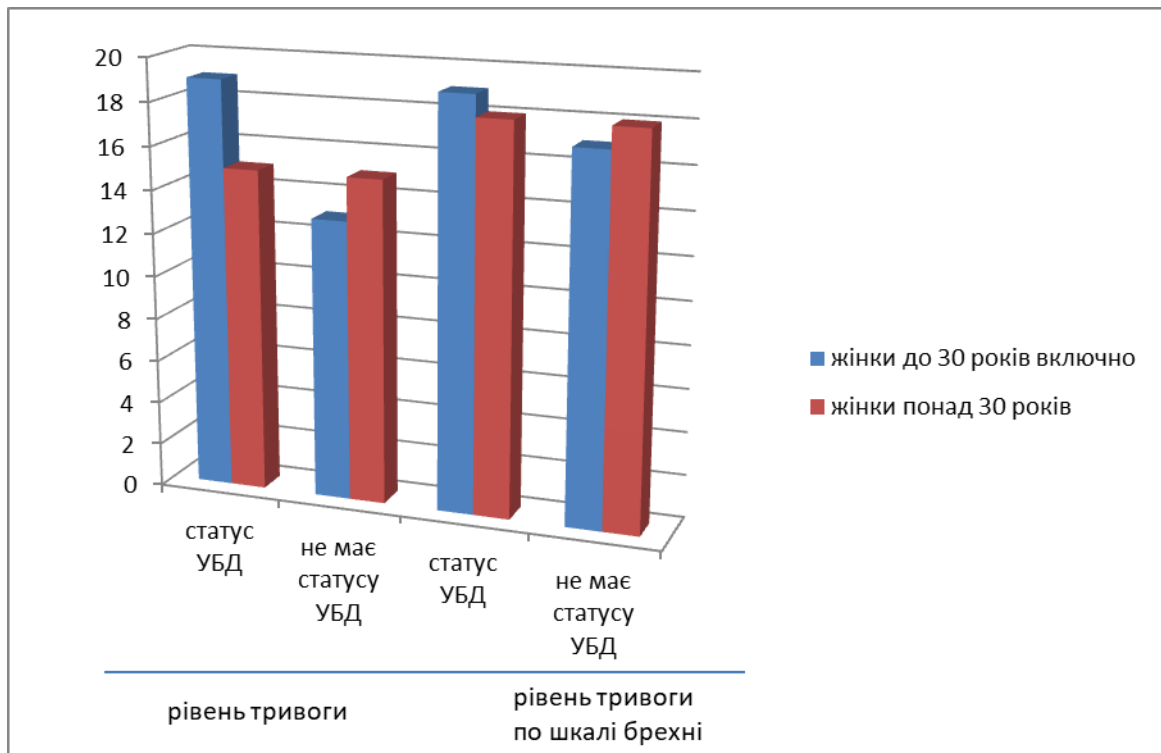


Рисунок 3.5 Порівняльний аналіз рівня тривоги та рівня тривоги по шкалі брехні жінок I та II групи.

За результатами даного дослідження видно, що:

- рівень тривоги жінок I групи віком до 30 років включно – середній (з тенденцією до високого) рівня.
- рівень тривоги жінок II групи віком до 30 років включно – середній (з тенденцією до низького), а по шкалі брехні – середній (з тенденцією до високого) рівня.
- рівень тривоги жінок I та II групи віком понад 30 років – середній (з тенденцією до низького), а по шкалі брехні – середній (з тенденцією до високого) рівня.

Загальний рівень тривоги – середній.

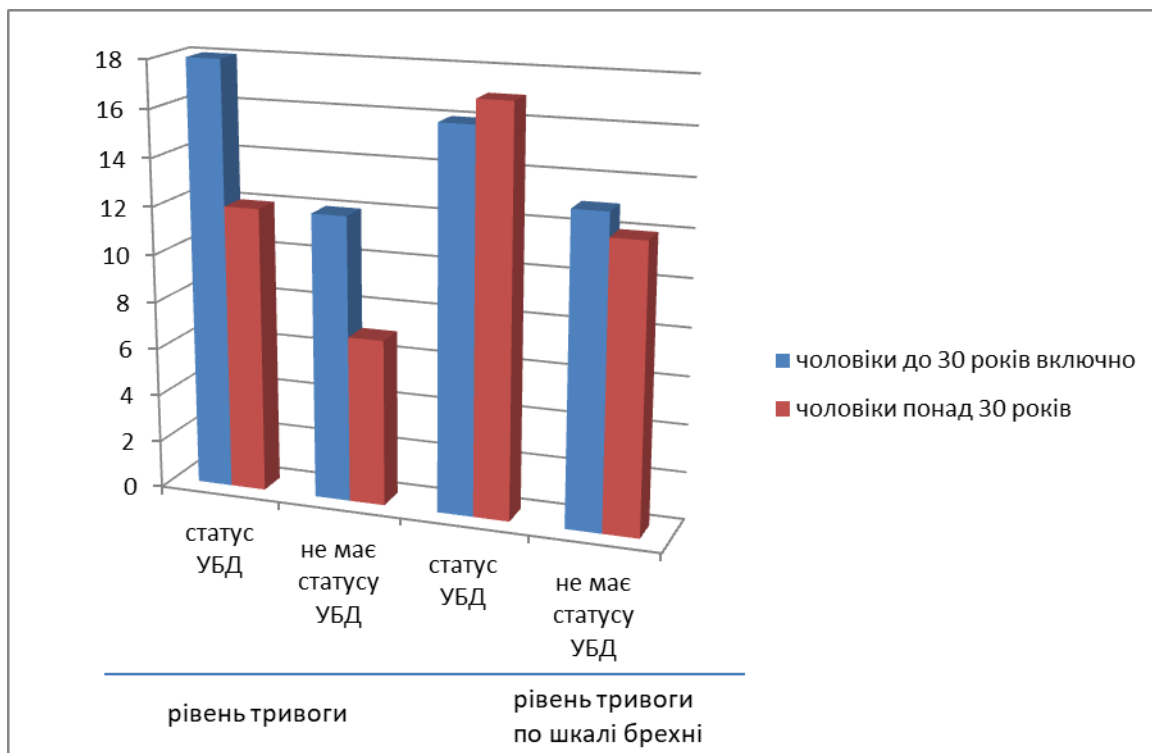


Рисунок 3.5.1 Порівняльний аналіз рівня тривоги та рівня тривоги по шкалі брехні у чоловіків I та II групи.

За результатами даного дослідження видно, що:

- рівень тривоги чоловіків I групи– середній (з тенденцією до високого) рівня.
- рівень тривоги чоловіків II групи– середній (з тенденцією до низького).

Загальний рівень тривоги – середній.

Таким чином, ми виявили, що згідно даних проведеного дослідження рівень тривожності військовослужбовців, які мають статус УБД середній з тенденцією до високого, що підтверджує висунуту нами гіпотезу щодо впливу участі у бойових діях на психічні стани людини.

3.3.3. Результати проведення методики по короткому варіанту опитувальника «Домінуючого стану» Л.В. Кулікова

Методика використовується для визначення характеристик настроїв і деяких характеристик особистісного рівня психічних станів за допомогою суб'єктивних оцінок досліджуваного. Основним призначенням методики є діагностика відносно стійких (домінуючих) станів.

Основні шкали домінуючих станів:

Шкала «Ак»: «активне - пасивне ставлення до життєвої ситуації».

Дана шкала дозволяє скласти уявлення про характеристику стану, в більшості випадків сильніше залежить від відповідної властивості особистості - активності, ніж від інших факторів. Слід врахувати, що активність лише щодо стійкості, оскільки схильність до активного або пасивного відношенню, реагування залежить від безлічі поточних обставин соціального середовища, а також подій, що передують життєвого періоду особистості. Для діагностики станів і настроїв особливо важливо враховувати рівень віри в досягнення своїх цілей, виявляти активну або пасивну позицію по відношенню до ситуації життєвої ситуації. Даний параметр стану особливо важливий при діагностиці стресових станів.

Шкала «То»: «тонус: високий - низький».

У ситуації гострого стресу людина найчастіше відчуває відчуття підйому сил, але часто спостерігається і протилежна картина - відчуття слабкості. Схожа картина може спостерігатися і в затяжному стресі. Вольові характеристики для будь-якого психічного стану є найважливішим виміром. Особливо необхідні вони для прогнозу розвитку стану індивіда. У діагностиці стресових станів вони дають цінні дані про глибину стресу.

Шкала «Сп»: «спокій - тривога».

У психічному стані переживання тривоги має визначальне значення для ряду інших явищ. Саме тривога підсилює звучання емоціогенних подразників

різної сили, в тому числі і незначних, збільшуючи інтенсивність негативних емоцій, посилюючи їх негативний вплив на свідомість, поведінку і діяльність. Шкала призначена для вимірювання рівня генералізованої тривоги. В літературі вона позначається також термінами «вільно плаваюча», «невмотивована» і ін. Серед видів тривоги для цього виду в найбільшою мірою характерні тривалі, довго не затухаючі емоційні переживання.

Шкала «Ус»: «стійкість - нестійкість емоційного тону».

Емоційний тон, протікання емоційних процесів. Емоційна стійкість, в стані емоційного збудження психічної саморегуляції, поведінки і діяльності.

Шкала «Уд»: «задоволеність - незадоволеність життям в цілому (її ходом, процесом самореалізації)».

Труднощі в процесі самореалізації призводять до переживань об'ємного емоційного дискомфорту. Дана характеристика має особливу діагностичну значимість в індивідуальній консультативній та психокорекційної роботи. Переживання повноти життя - одна з основних опор психологічної стійкості особистості. Відчуття спустошеності є фактором ризику виникнення невротичних і депресивних розладів, алкогольної залежності. Судження, що увійшли в дану шкалу, відносяться до внутрішніх аспектів переживань, до почуття задоволеності своїм життям. Оскільки критерії успішності самореалізації суб'єктивні, то і для діагноста найбільш важлива суб'єктивна оцінка успішності самореалізації. Повна самореалізація людини - не тільки розвиток будь-яких спеціальних здібностей, але також розвиток його потенційних можливостей як сильної і цілісної людської істоти, вільної від калічащих її внутрішніх примусів.

Контрольна шкала. Шкала «ПО»: «позитивний - негативний образ самого себе».

Ця шкала допоміжна, вона дозволяє визначити критичність само оцінювання (низьку або високу), адекватність само оцінювання.

У шкалі 6 пунктів. Критичність само оцінювання тісно пов'язана з прийняттям особистістю себе. Чим більше позитивний образ самого себе, тим

менше людина бачить в собі недоліків. Прийняття себе робить істотний вплив на настрій - чим повніше прийняття себе і чим більше в емоційному відношенні до себе позитивних почуттів, тим вище настрій. Показники за шкалою «За» мають значиму позитивну кореляцію з показниками за основними шкалами. Позитивне прийняття себе покращує психічний стан, і навпаки - більш сприятливий стан налаштовує на те, щоб бачити свої недоліки незначними, дозволяє оцінювати свою поведінку як більш близьке до нормативного.

Таблиця 3.6 Результати у вигляді середніх значень I-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

Найменування	Кількість балів по «ДС»					
	АК	ТО	СП	УС	УД	ПО
військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	50	55	62	51	53	50
військовослужбовці жінки віком понад 30 років	48	50	57	53	54	55
військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	48	49	55	48	53	48
військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	44	48	52	50	54	51

Таблиця 3.7 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

Найменування	Кількість балів по «ДС»					
	АК	ТО	СП	УС	УД	ПО
військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	47	52	55	58	58	56
військовослужбовці жінки віком понад 30 років	51	53	55	53	61	53
військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	52	52	60	58	60	50
військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	54	56	58	59	58	53

Результати на прояв домінуючого стану I групи жінок наведено на рисунку 3.6

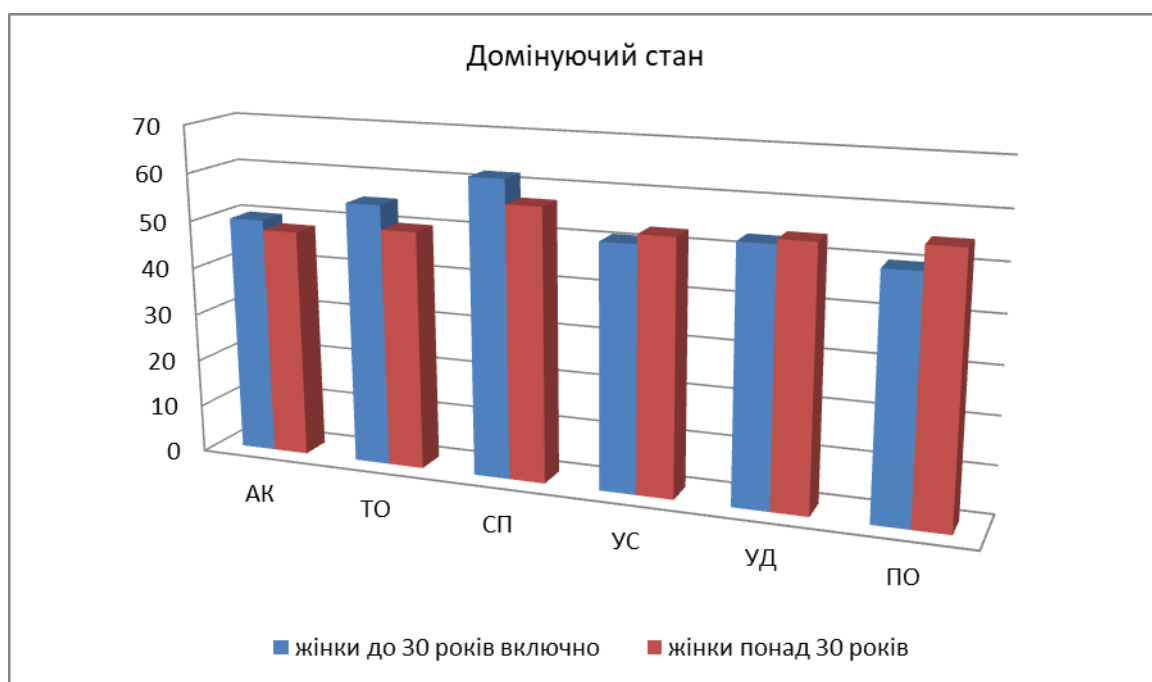


Рисунок 3.6 Результати на прояв домінуючого стану I групи жінок віком до 30 років включно та жінки понад 30 років.

З даних дослідження випливає, що домінуючим станом для жінок I групи не залежно від вікових особливостей, являється шкала «СП», що відповідає великій впевненості у своїх силах та можливостях, чим у більшості людей.

Результати на прояв домінуючого стану II групи жінок наведено на рисунку 3.6.1

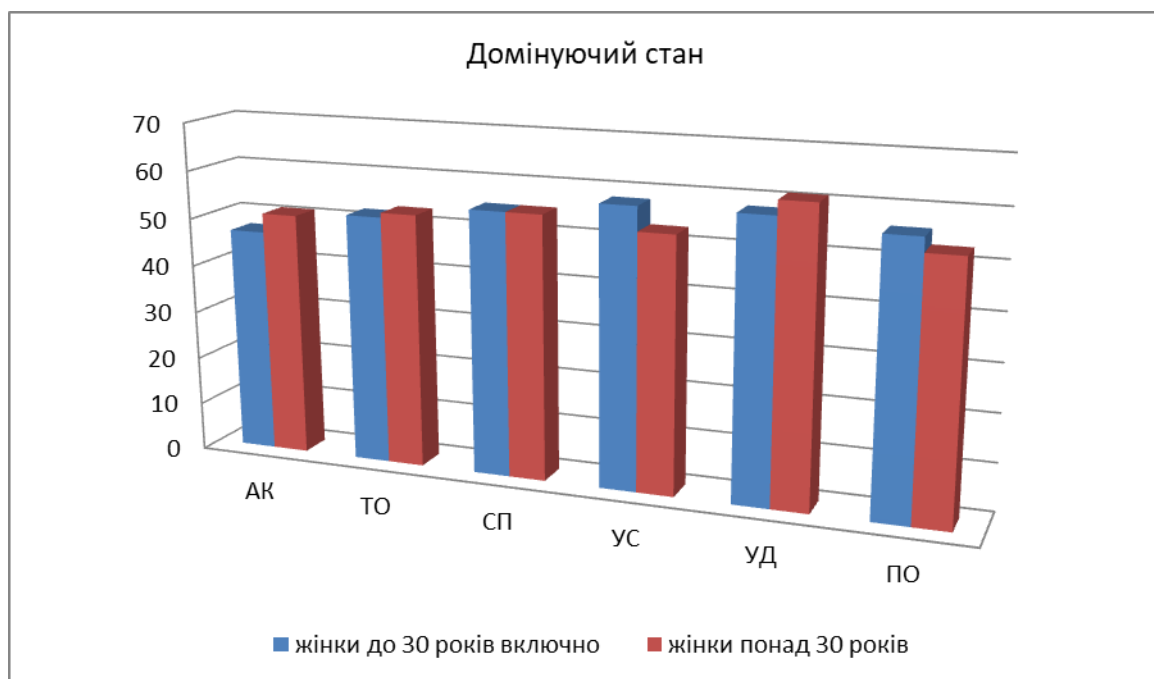


Рисунок 3.6.1 Результати на прояв домінуючого стану II групи жінок віком до 30 років включно та жінки понад 30 років.

З даних дослідження випливає, що домінуючим станом для жінок II групи віком понад 30 років являється шкала «УД», що відповідає задоволеністю життям у цілому, його протіканням, процесом самореалізації. Відчувається здібність брати на себе відповідальність та можливість робити вибір, в якому чути голос власного «Я». Суб'єкт відчуває готовність на подолання труднощів у реалізації своїх здібностей (якщо активізовані вищі потреби). Достатньо висока оцінка особистої успішності.

Також виявили, що домінуючим станом для жінок II групи віком до 30 років включно являється шкала «УС» та «УД», що відповідає рівному

позитивному емоційному тону, спокійному протіканню емоційних процесів. Високій емоційній стійкості, у стані емоційного збудження зберігається адекватність та ефективність психічної саморегуляції, поведінки та діяльності. У цілому задоволеність життям, його протіканням, процесом самореалізації. Ці люди здібні брати на себе відповідальність та можливість робити вибір, в якому чути голос власного «Я». Суб'єкт відчуває готовність на подолання труднощів у реалізації своїх здібностей (якщо активізовані вищі потреби). Достатньо висока оцінка особистої успішності.

Результати на прояв домінуючих станів І групи чоловіків наведено на рисунку 3.7

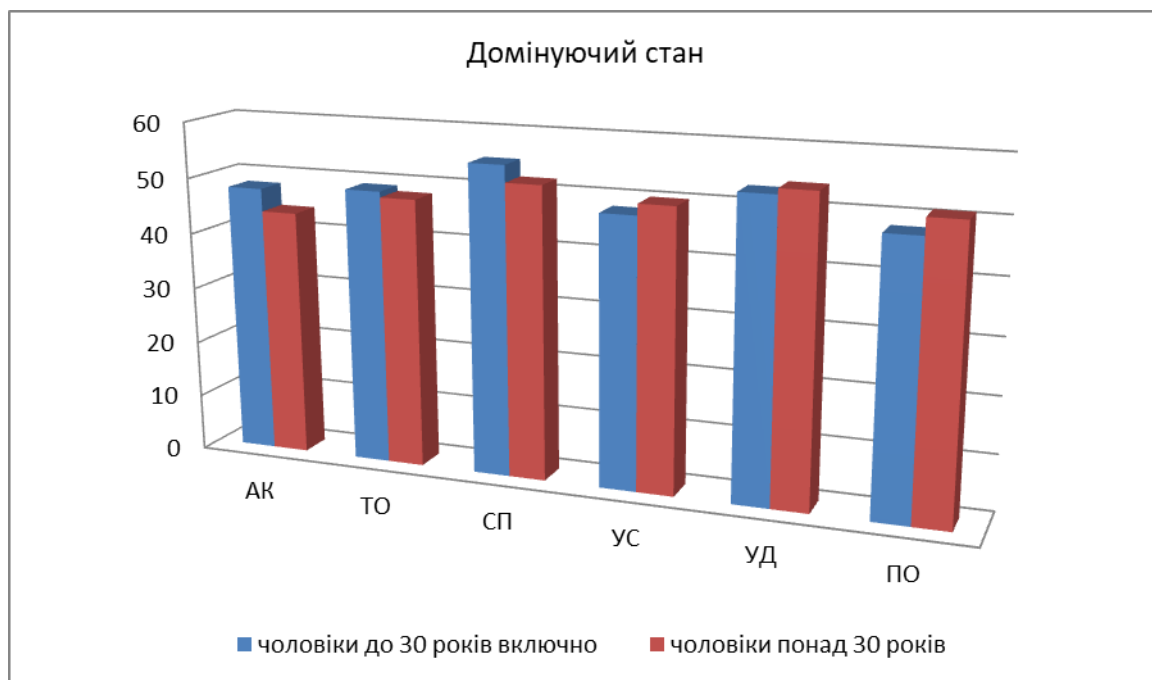


Рисунок 3.7 Результати на прояв домінуючих станів І групи чоловіків віком до 30 років включно та чоловіки понад 30 років.

З даних емпіричного дослідження випливає, що домінуючим станом для чоловіків І групи віком до 30 років включно, являється шкала «СП», що відповідає великій впевненості у своїх силах та можливостях, чим у більшості людей. А домінуючим станом для чоловіків І групи віком понад 30 років, являється шкала «СП» та «УД», що відповідає великій впевненості у своїх

силах та можливостях, чим у більшості людей, задоволеністю життям у цілому, його протіканням, процесом самореалізації. Відчувають здібність брати на себе відповідальність та можливість робити вибір, в якому чути голос власного «Я». Суб'єкт відчуває готовність на подолання труднощів у реалізації своїх здібностей (якщо активізовані вищі потреби). Достатньо висока оцінка особистої успішності.

Результати прояву домінуючих станів II групи чоловіків наведено на рисунку 3.7.1

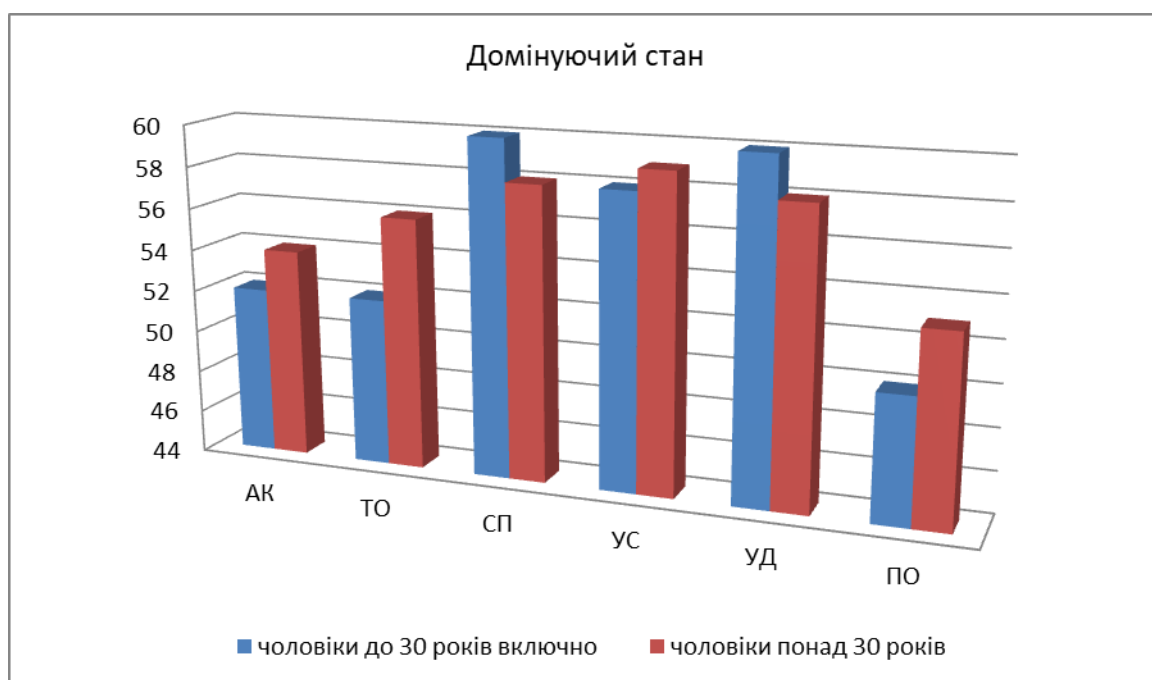


Рисунок 3.7.1 Результати прояву домінуючих станів II групи чоловіків віком до 30 років включно та чоловіки понад 30 років.

З даних емпіричного дослідження визначили, що домінуючим станом для чоловіків II групи віком до 30 років включно, являється шкала «СП» та «УД», що відповідає великій впевненості у своїх силах та можливостях, чим у більшості людей. У цілому задоволеністю життям, його протіканням, процесом самореалізації. Ці люди відчувають здібність брати на себе відповідальність та можливість робити вибір, в якому чути голос власного «Я». Суб'єкт відчуває готовність на подолання труднощів у реалізації своїх здібностей (якщо активізовані вищі потреби). Достатньо висока оцінка

особистої успішності. А домінуючим станом для чоловіків II групи віком понад 30 років, являється шкала «УС», що відповідає рівному позитивному емоційному тону, спокійному протіканню емоційних процесів. Високій емоційній стійкості, у стані емоційного збудження зберігається адекватність та ефективність психічної саморегуляції, поведінки та діяльності.

Таблиця 3.8 Домінуючі стани I та II групи військовослужбовців.

підгрупа \ група	I група (є статус УБД)	II група (не має статусу УБД)
	Домінуючий стан	
військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	СП	УД
військовослужбовці жінки віком понад 30 років	СП	УС, УД
військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	СП	СП, УД
військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	СП, УД	УС

Результати проведення дослідження на виявлення домінуючих станів військовослужбовців наведені на рисунку 3.8

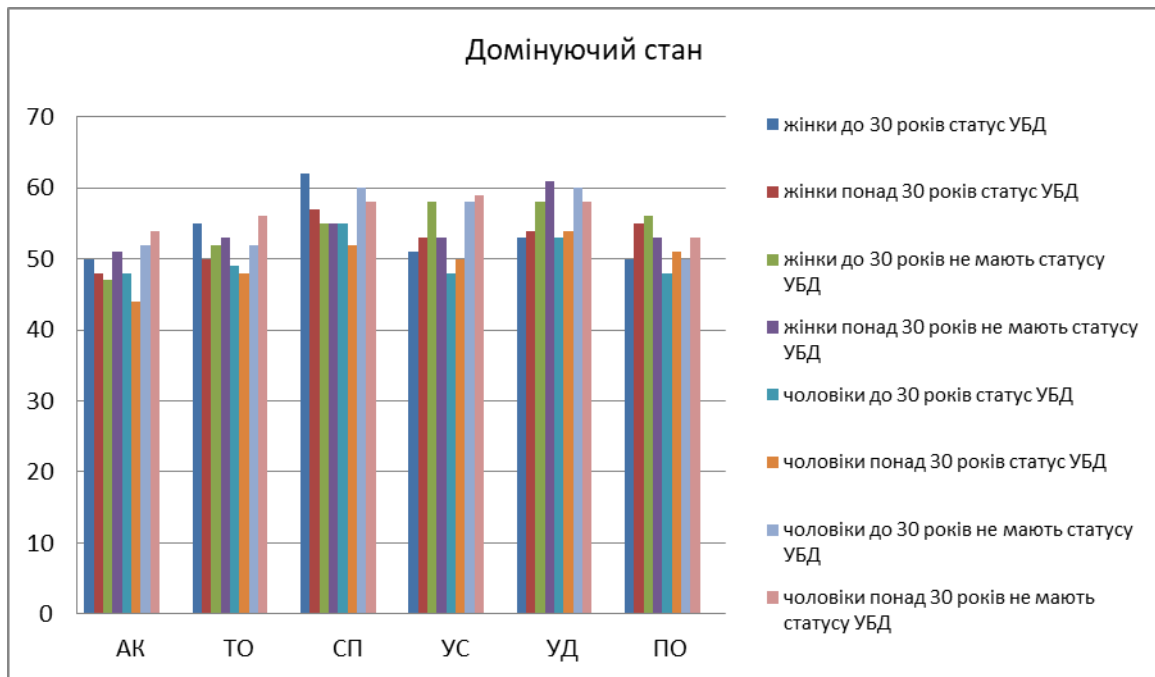


Рисунок 3.8 Зведені дані по домінуючим станам військовослужбовців.

З результатів дослідження, які відображені на рисунку 3.8 видно, що всі психічні стани військовослужбовців мають прояв не нижчі від середнього рівня.

3.3.4. Результати проведення тесту нервово-психічної адаптації Н.І.

Гурвич

Дана методика використовується для виявлення рівня нервово-психічної адаптації шляхом встановлення наявності і виразності в індивіда деяких психіатричних симптомів.

Таблиця 3.9 Результати у вигляді середніх значень I-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	28	дана група відноситься до III групи рівня нервово-психічної адаптації – це практично здорові люди з несприятливими прогностичними ознаками (перед патологією)
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	25	дана група відноситься до III групи рівня нервово-психічної адаптації – це практично здорові люди з несприятливими прогностичними ознаками (перед патологією)
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	41	дана група відноситься до IV групи рівня нервово-психічної адаптації – це люди з проявою вираженої патології
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	21	дана група відноситься до III групи рівня нервово-психічної адаптації – це практично здорові люди з несприятливими прогностичними

		ознаками (перед патологією)
--	--	-----------------------------

Таким чином, виявлено, що рівень НПА у жінок даної групи з віком незначно збільшується, а у чоловіків – значно зменшується. Військовослужбовці даної групи відносяться до III-ої (предпатологія) та IV-ої (проява вираженої патології) групи НПА.

Таблиця 3.10 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	15	дана група відноситься до II групи рівня нервово-психічної адаптації – це практично здорові люди з сприятливими прогностичними ознаками
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	24	дана група відноситься до II групи рівня нервово-психічної адаптації – це практично здорові люди з сприятливими прогностичними ознаками
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	11	дана група відноситься до II групи рівня нервово-психічної адаптації – це практично здорові люди з сприятливими прогностичними ознаками
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30	10	дана група відноситься до I групи рівня нервово-психічної адаптації – це здорові люди

	років		
--	-------	--	--

Таким чином, виявлено, що рівень НПА у жінок даної групи з віком незначно збільшується, а у чоловіків – незначно зменшується. Всі військовослужбовці даної групи відносяться до І-ої (здорові люди) та ІІ-ої (практично здорові люди з сприятливими прогностичними ознаками) групи НПА.

Порівняння рівня нервово-психічної адаптації військовослужбовців наведено на рисунку 3.9

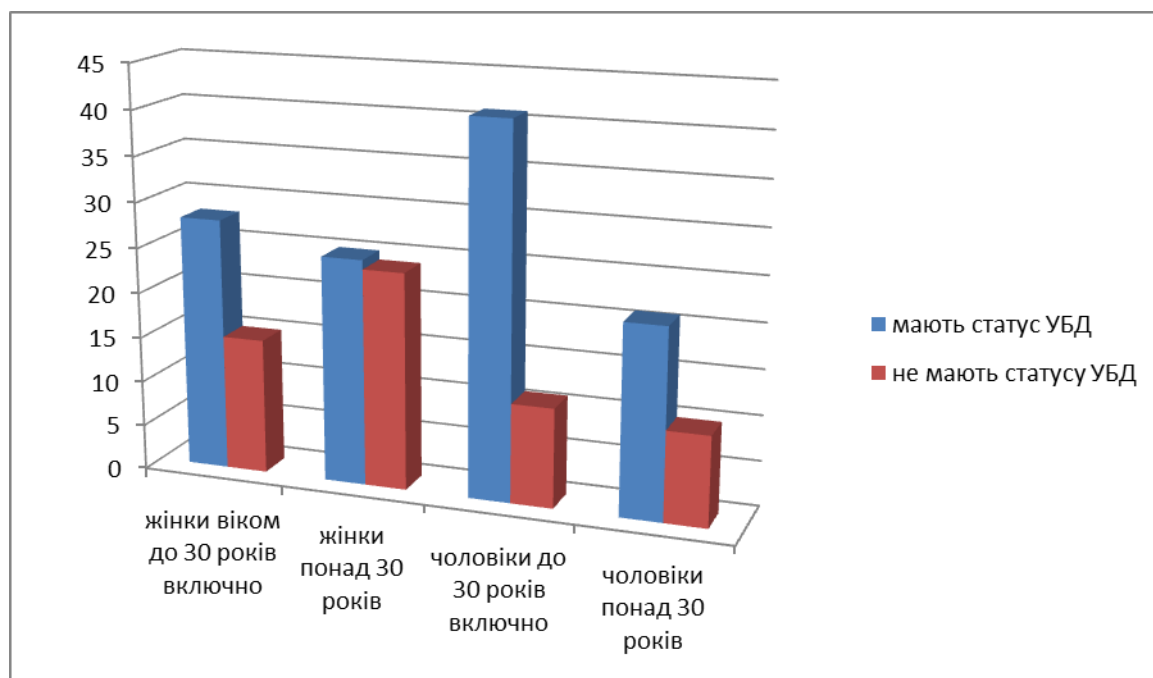


Рисунок 3.9 Порівняння рівня нервово-психічної адаптації військовослужбовців

Рівень нервово-психічної адаптації військовослужбовців І-ої групи значно більший від рівня – ІІ-ої групи.

Висновок: Таким чином, з вище наведених результатів проходження тесту нервово-психічної адаптації Н.І. Гурвич ми виявили залежності рівня нервово-психічної адаптації від гендерних, вікових особливостей людини та від прийняття даними військовослужбовцями участі у бойових діях.

3.3.5. Результати проведення методики діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка

Даний тест спрямований на вивчення психологічного стану особистості через діагностику таких психічних станів як тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність.

Проведемо розрахунки по даній методиці та знайдемо середні значення, таких психічних станів як тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність.

Рівень тривожності по методиці Г. Айзенка.

Особистісна тривожність - схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги.

Таблиця 3.11 Результати у вигляді середніх значень І-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	8	Тривожність середня допустимого рівня
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	9	Тривожність середня допустимого рівня
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	11	Тривожність середня допустимого рівня
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	8	Тривожність середня допустимого рівня

Таким чином, виявлено, що рівень тривожності у жінок даної групи з віком незначно збільшується, а у чоловіків – зменшується.

Таблиця 3.12 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	9	Тривожність середня допустимого рівня
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	6	Тривожність відсутня
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	5	Тривожність відсутня
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	7	Тривожність відсутня

Таким чином, виявлено, що рівень тривожності у жінок даної групи з віком зменшується, а у чоловіків – незначно збільшується.

Результати рівня тривожності військовослужбовців чоловіків наведено на рисунку 3.11

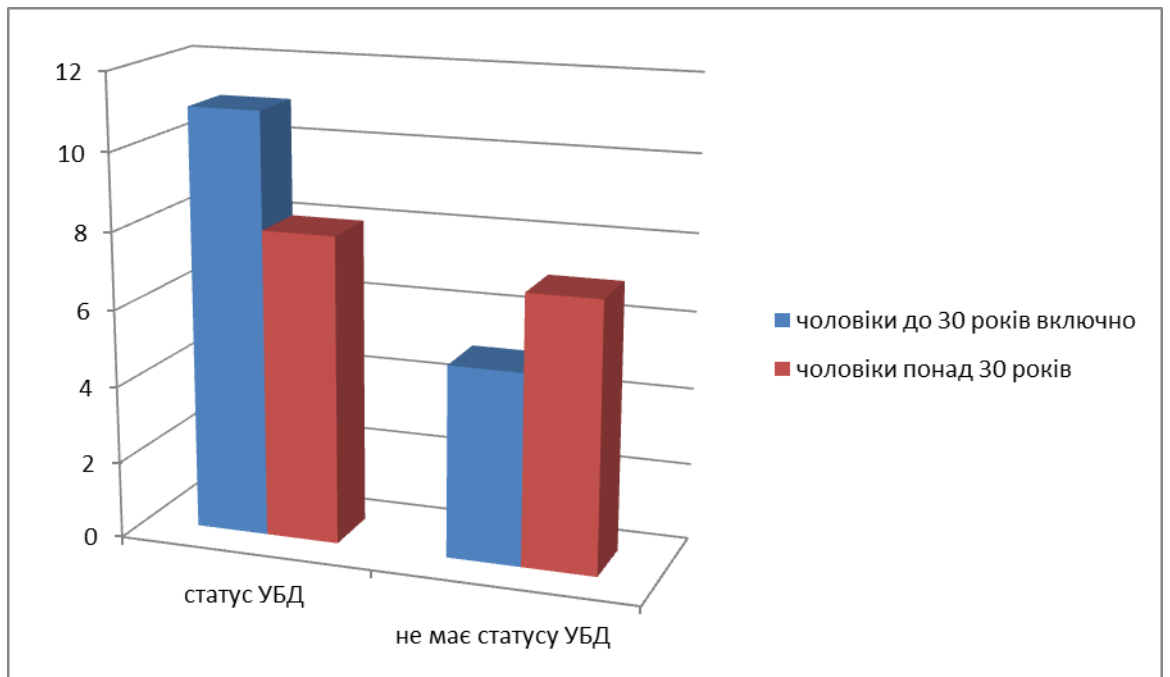


Рисунок 3.11 Результати рівня тривожності військовослужбовців чоловіків.

Стан тривожності чоловіків-військовослужбовців, які не мають статусу УБД на низькому рівні – тривожність практично відсутня.

Стан тривожності чоловіків-військовослужбовців, які мають статус УБД середня – тривожність допустимого рівня.

З даних результатів емпіричного дослідження видно, що рівень тривожності у чоловіків даної категорії залежить більшою мірою від участі у бойових діях.

Результати рівня тривожності військовослужбовців жінок наведено на рисунку 3.12

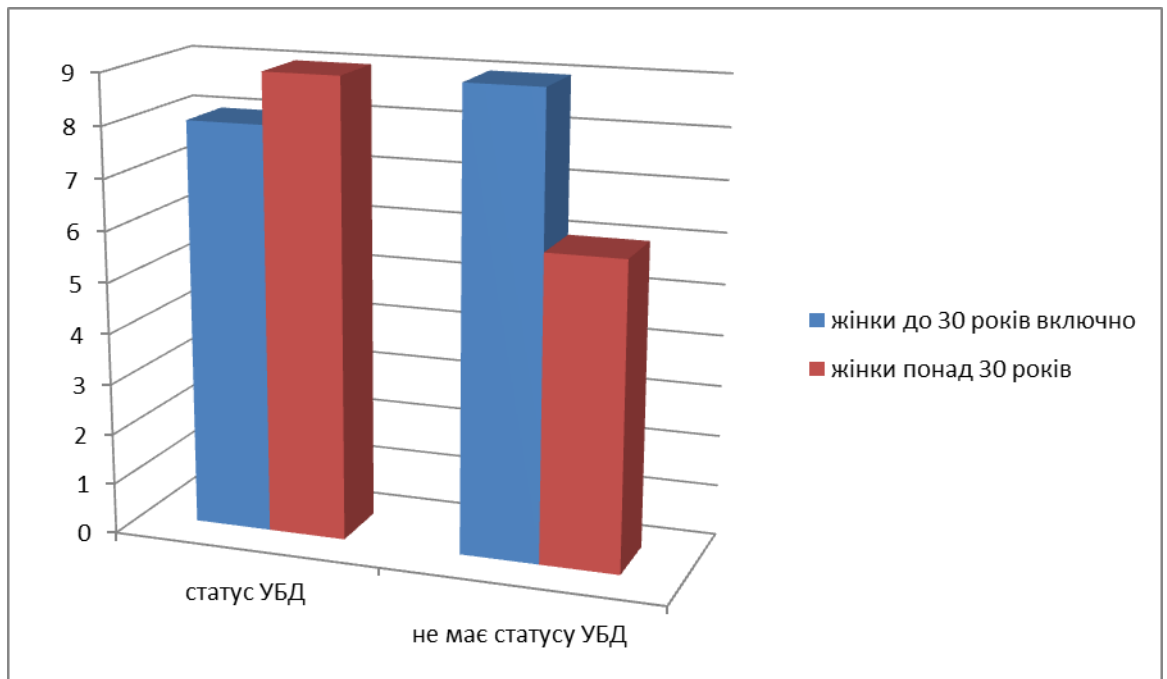


Рисунок 3.12 Результати рівня тривожності військовослужбовців жінок.

Стан тривожності жінок-військовослужбовців, які не мають статусу УБД до 30 років включно середня – тривожність допустимого рівня.

Стан тривожності жінок-військовослужбовців, які не мають статусу УБД віком понад 30 років на низькому рівні – тривожність практично відсутня.

Стан тривожності жінок-військовослужбовців, які мають статус УБД середня – тривожність допустимого рівня.

З даних результатів емпіричного дослідження видно, що рівень тривожності у жінок даної категорії залежить, як від участі у бойових діях так і від вікових особливостей.

Висновок: При порівнянні тривожності чоловіків та жінок, можна побачити, що стан тривожності не залежить від гендерних особливостей, більшою мірою на неї впливає участь у бойових діях та вікові особливості людини.

Рівень фрустрації по методиці Г. Айзенка.

Фрустрація - психічний стан, що виникає внаслідок реальної чи уявної перешкоди, що перешкоджає досягненню мети.

Таблиця 3.13 Результати у вигляді середніх значень I-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	9	Середній рівень, фрустрація має місце
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	10	Середній рівень, фрустрація має місце
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	7	Фрустрація відсутня, мають високу самооцінку, стійкі до невдач не бояться труднощів
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	7	Фрустрація відсутня, мають високу самооцінку, стійкі до невдач не бояться труднощів

Таким чином, виявлено, що рівень фрустрації у жінок даної групи середній з віком незначно збільшується, а у чоловіків практично не має фрустрації з віком рівень не змінюється.

Таблиця 3.14 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
---------	--------------	---------------------	--

1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	6	Фрустрація відсутня, мають високу самооцінку, стійкі до невдач не бояться труднощів
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	7	Фрустрація відсутня, мають високу самооцінку, стійкі до невдач не бояться труднощів
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	5	Фрустрація відсутня, мають високу самооцінку, стійкі до невдач не бояться труднощів
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	6	Фрустрація відсутня, мають високу самооцінку, стійкі до невдач не бояться труднощів

Таким чином, виявлено, що рівень фрустрації у жінок та чоловіків даної групи на низькому рівні з віком незначно збільшується

Результати рівня фрустрації військовослужбовців чоловіків наведено на рисунку 3.13

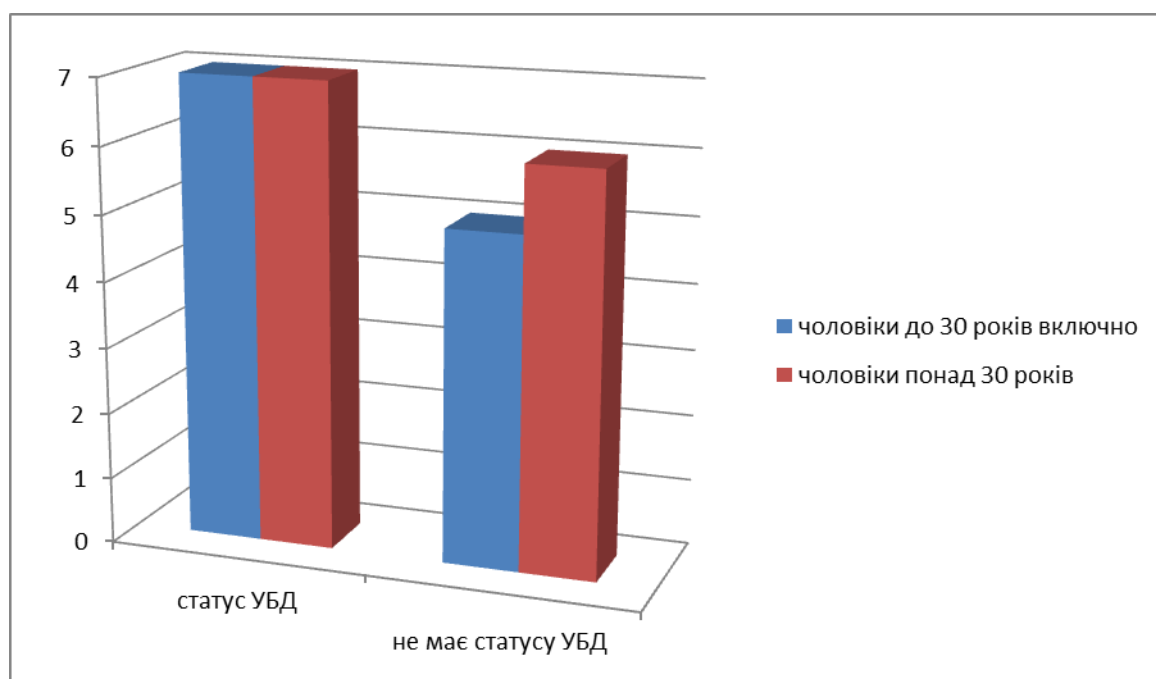


Рисунок 3.13 Результати рівня фрустрації військовослужбовців чоловіків.

Фрустрація чоловіків-військовослужбовців I та II групи, не залежно від віку на низькому рівні, вони мають високу самооцінку, стійкі до невдач та труднощів.

З даних результатів емпіричного дослідження видно, що рівень фрустрації у чоловіків не залежить від участі у бойових діях та від вікового складу.

Результати рівня фрустрації військовослужбовців жінок наведено на рисунку 3.14

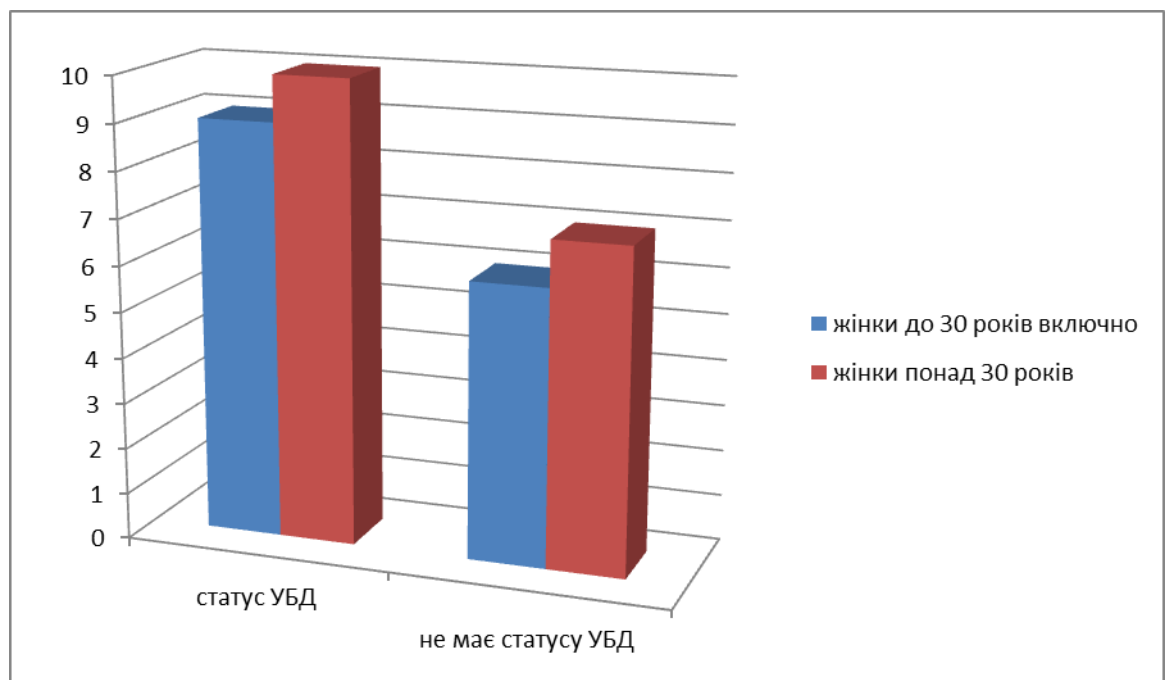


Рисунок 3.14 Результати рівня фрустрації військовослужбовців жінок.

Стан фрустрації жінок-військовослужбовців, які не мають статусу УБД не залежно від віку на низькому рівні, вони мають високу самооцінку, стійкі до невдач та труднощів.

Стан тривожності жінок-військовослужбовців, які мають статус УБД не залежно від віку на середньому рівні – фрустрація має місце.

З даних результатів емпіричного дослідження видно, що рівень фрустрації у жінок даної категорії невеликою мірою залежить від участі у бойових діях.

Висновок: При порівнянні фрустрації чоловіків та жінок, можна побачити, що стан фрустрації у військовослужбовців практично не залежить від вікових особливостей людини, у малій мірі проглядається залежність від гендерних особливостей та від прийняття участі у бойових діях

Рівень агресивності по методиці Г. Айзенка

Агресія – підвищена психологічна активність, прагнення до лідерства шляхом застосування сили по відношенню до інших людей.

Таблиця 3.15 Результати у вигляді середніх значень I-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	9	Середній рівень агресивності
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	9	Середній рівень агресивності
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	10	Середній рівень агресивності
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	9	Середній рівень агресивності

Таким чином, виявлено, що рівень агресивності у жінок даної групи з віком залишається без змін на середньому рівні, а у чоловіків – середній, незначно зменшується.

Таблиця 3.16 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
---------	--------------	---------------------	--

1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	10	Середній рівень агресивності
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	9	Середній рівень агресивності
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	6	Агресивність відсутня. Спокійні та витримані.
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	8	Середній рівень агресивності

Таким чином, виявлено, що рівень агресивності у жінок даної групи середній з віком незначно зменшується, а у чоловіків – збільшується з низького на середній.

Результати рівня агресивності військовослужбовців чоловіків наведено на рисунку 3.15

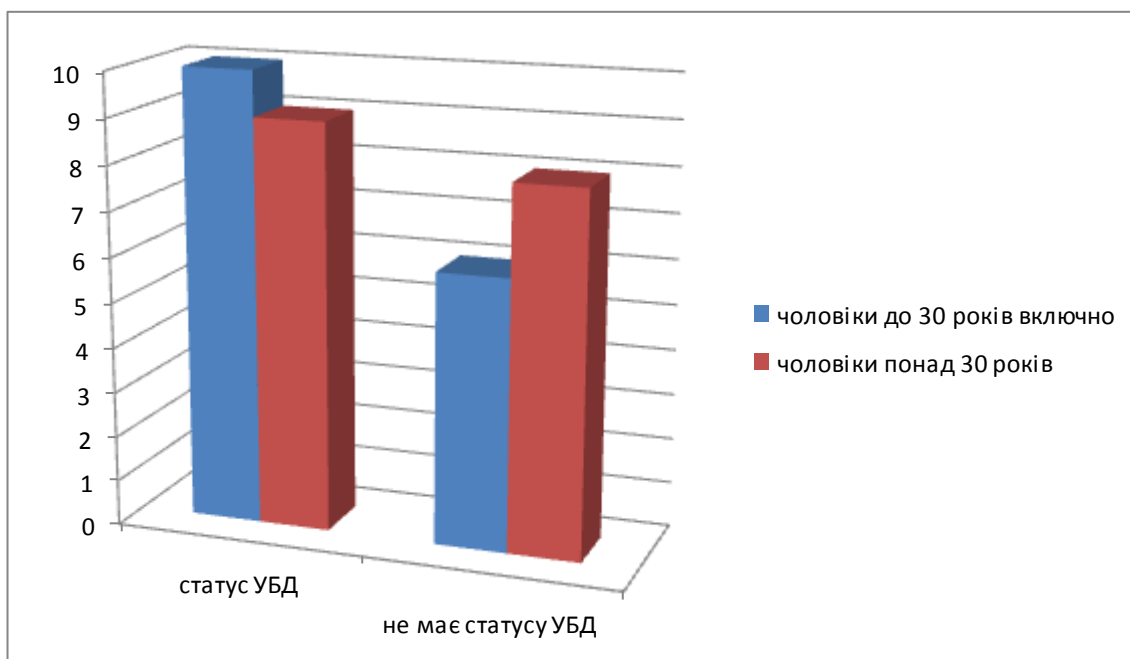


Рисунок 3.15 Результати рівня агресивності військовослужбовців чоловіків.

Агресивність чоловіків-військовослужбовців I та II групи, не залежно від віку на середньому рівні, але у I групи чоловіків віком до 30 років включно незначно вищий чим у II групи.

З даних результатів емпіричного дослідження видно, що рівень агресивності у чоловіків незначно залежить від вікового складу, але не значною мірою на нього впливає участь у бойових діях.

Результати рівня агресивності військовослужбовців жінок наведено на рисунку 3.16

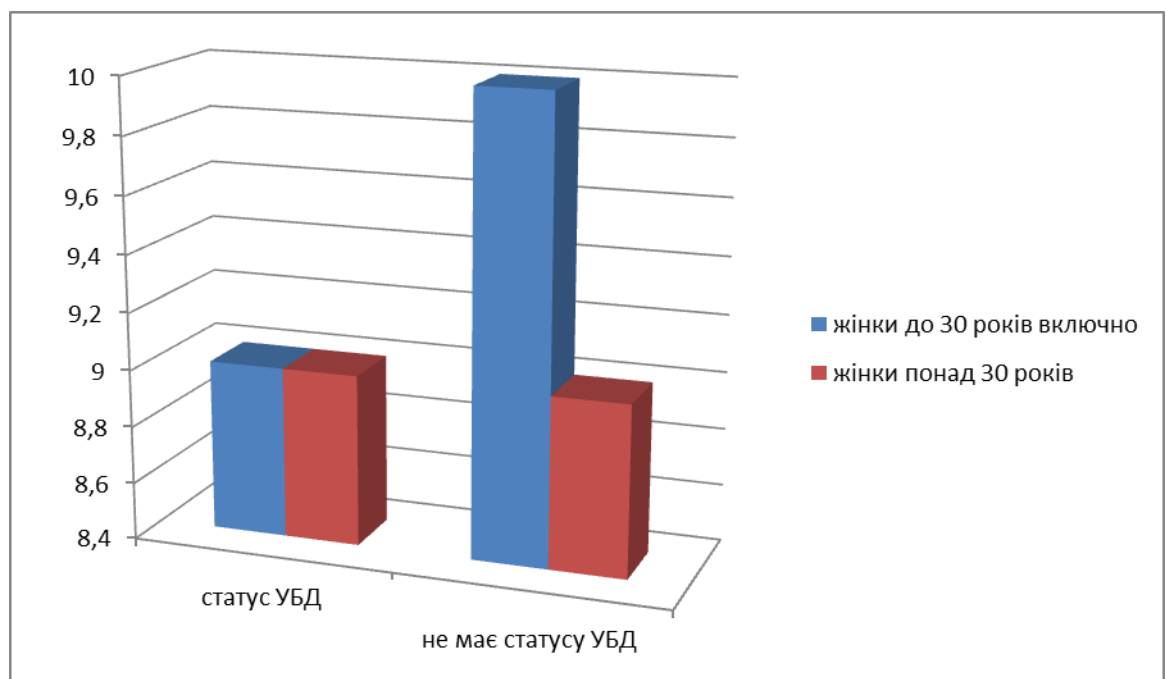


Рисунок 3.16 Результати рівня агресивності військовослужбовців жінок.

Стан агресивності жінок-військовослужбовців II групи віком до 30 років включно трохи вищий ніж у жінок віком понад 30 років, вони більш не спокійні та не врівноважені.

Стан агресивності жінок-військовослужбовців I групи та II групи віком понад 30 років на середньому рівні.

З даних результатів емпіричного дослідження видно, що рівень агресивності у жінок даної категорії залежить, як від участі у бойових діях так і від вікових особливостей.

Висновок: При порівнянні агресивності чоловіків та жінок, можна стверджувати, що стан агресивності не залежить від гендерних особливостей даної категорії військовослужбовців, на неї впливає участь у бойових діях та вікові особливості людини.

Рівень ригідності по методиці Г. Айзенка

Ригідність – утрудненість у зміні наміченої суб'єктом діяльності в умовах, об'єктивно вимагають її перебудови.

Таблиця 3.17 Результати у вигляді середніх значень І-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	8	Середній рівень ригідності
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	11	Середній рівень ригідності
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	9	Середній рівень ригідності
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	8	Середній рівень ригідності

Таким чином, виявлено, що рівень ригідності I групи середній, у жінок даної групи з віком – збільшується, а у чоловіків – незначно зменшується.

Таблиця 3.18 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	9	Середній рівень ригідності
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	10	Середній рівень ригідності
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	8	Середній рівень ригідності
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	8	Середній рівень ригідності

Таким чином, виявлено, що рівень ригідності II групи середній, у жінок даної групи з віком – не значно збільшується, а у чоловіків – не змінюється.

Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи на рівень ригідності наведені на рисунку 3.17

Рівень ригідності військовослужбовців чоловіків наведено на рисунку 3.17

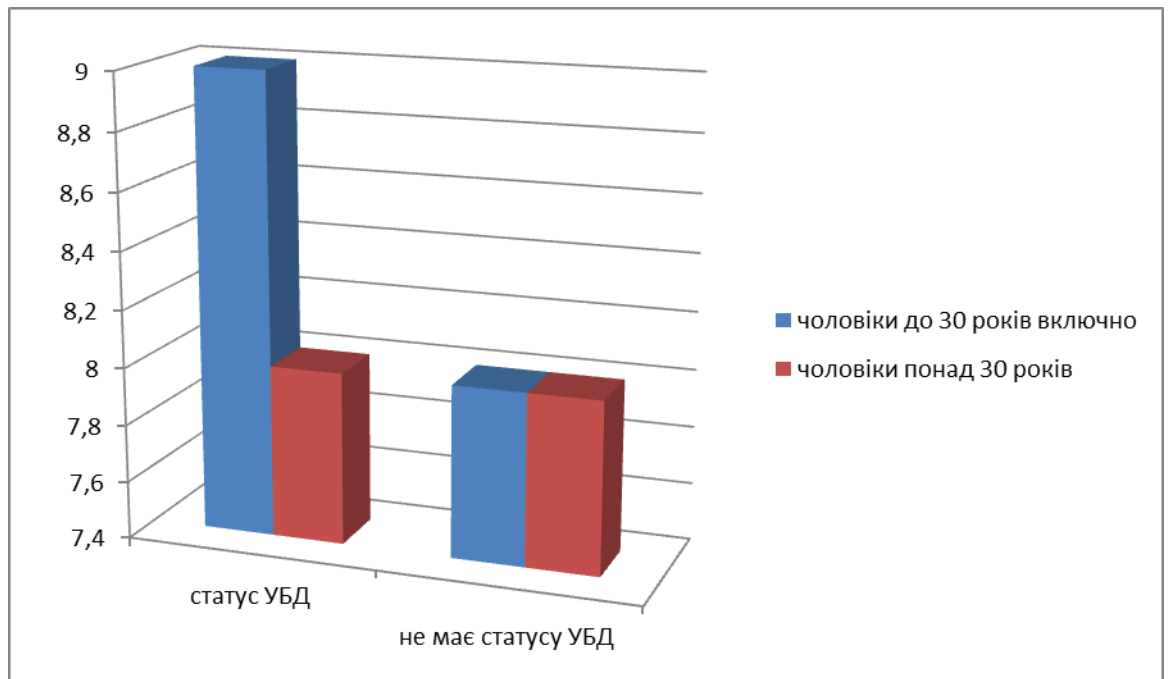


Рисунок 3.17 Результати рівня ригідності військовослужбовців чоловіків.

Ригідність чоловіків-військовослужбовців I та II групи, не залежить від віку, у всіх на середньому рівні.

З даних результатів емпіричного дослідження видно, що рівень ригідності у чоловіків не залежить від участі у бойових діях та від вікового складу.

Результати рівня ригідності військовослужбовців жінок наведено на рисунку 3.18

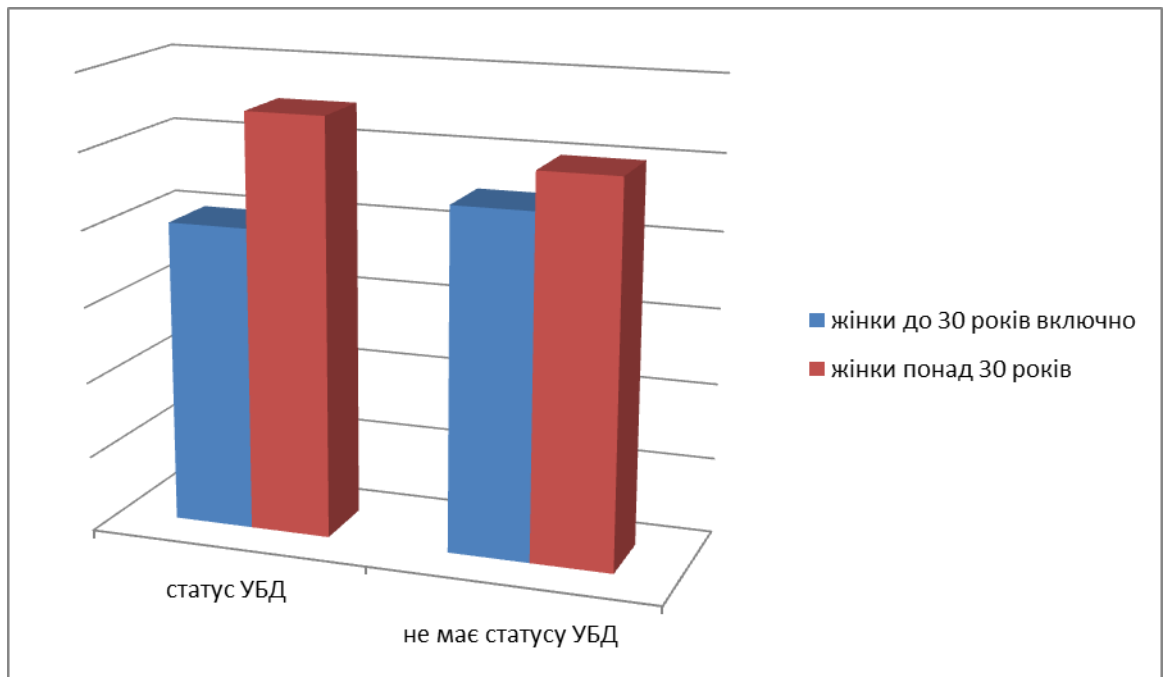


Рисунок 3.18 Результати рівня ригідності військовослужбовців жінок.

Стан ригідності жінок-військовослужбовців I та II групи, не залежить від віку та знаходиться на середньому рівні.

Висновок: При порівнянні ригідності чоловіків та жінок: можна побачити, що стан ригідності в незначній мірі залежить від участі у бойових діях.

Загальний висновок: по даним проведення методики самооцінки психічних станів, виявлено вплив:

- на рівень тривожності – вікового складу та участі у бойових діях;
- на рівень фрустрації – гендерний склад та участь у бойових діях;
- на рівень агресивності – віковий склад та участь у бойових діях;
- на рівень ригідності – участь у бойових діях.

Таким чином з результатів даного дослідження можна ствержувати, що найбільший вплив на психічні стани військовослужбовців має прийняття ними участі у бойових діях.

3.3.6. Результати проведення методики «Рівень суб'єктивного контролю (РСК)» модифікований варіант опитувальника американського психолога Дж. Роттера

Люди розрізняються по тому, як вони пояснюють причини значимих для себе подій і де локалізують контроль над ними. Можливі два полярні типи такої локалізації: екстернальний (зовнішній локус) і інтернальний (внутрішній локус). Перший тип проявляється, коли людина вважає, що те, що відбувається з ним не залежить від нього, а є результатом дії зовнішніх причин (наприклад, випадковості або втручання інших людей). У другому випадку людина інтерпретує значущі події як результат своїх власних зусиль. Розглядаючи два полярних типу локалізації, слід пам'ятати, що для кожної людини характерний свій рівень суб'єктивного контролю над значущими ситуаціями. Локус ж контролю конкретної особи більш-менш універсальний стосовно різним типам подій, з якими їй доводиться стикатися, як у разі успіхів, так і в разі невдач.

Шкала загальної інтернальності (Із).

Високий показник по цій шкалі відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій в їх житті було результатом їх власних дій, що вони можуть ними керувати і, отже, беруть на себе відповідальність за своє життя в цілому. Низький показник за шкалою Із відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі люди не бачать зв'язку між своїми діями і значущими подіями, які вони розглядають як результат випадку або дії інших людей.

Таблиця 3.19 Результати у вигляді середніх значень I-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	33	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	28	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	22	Середній рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	25	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Із) у жінок даної групи високий з віком незначно зменшується, а у чоловіків – збільшується з середнього на високий.

Таблиця 3.20 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	27	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	26	Високий рівень

3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	29	Високий рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	31	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Із) II-ої групи високий, у жінок з віком незначно зменшується, а у чоловіків – збільшується.

Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі загальної інтернальності (Із) наведені на рисунку 3.19

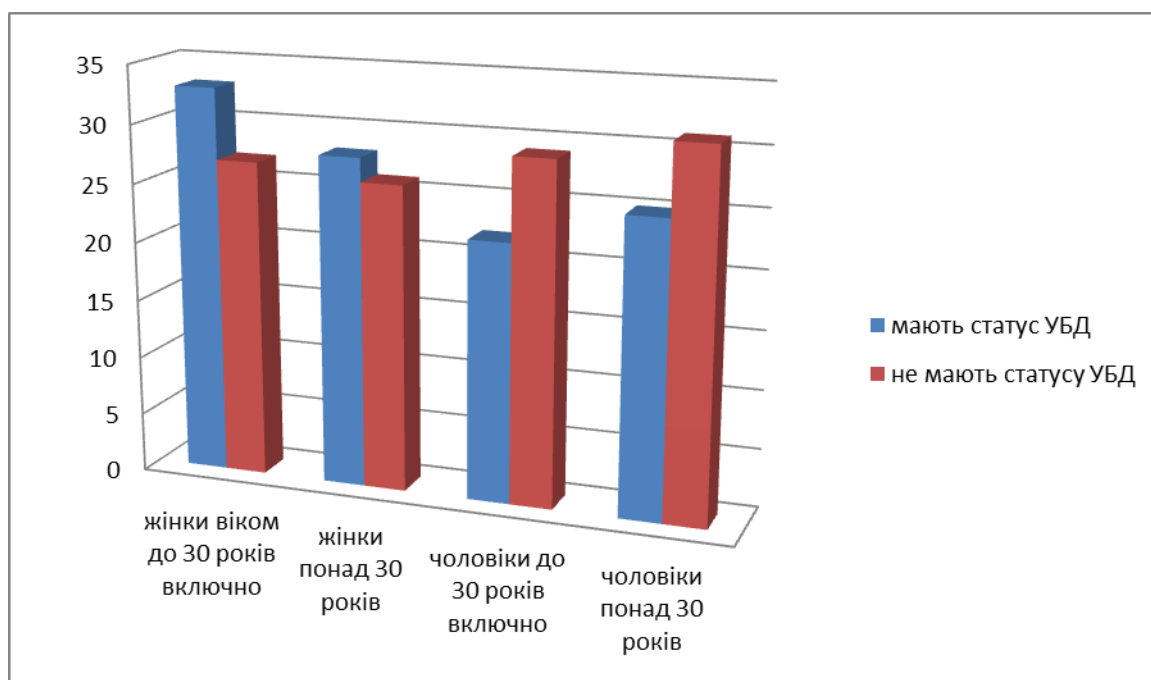


Рисунок 3.19 Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі загальної інтернальності (Із).

За отриманими результатами по даній шкалі, всі військовослужбовці (окрім чоловіків віком до 30 років, які мають статус УБД), мають високий рівень суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій в їх житті було результатом їх

власних дій, вони можуть ними керувати і, отже, беруть на себе відповідальність за своє життя в цілому. Чоловіки віком до 30 років, які мають статус УБД мають середній рівень суб'єктивного контролю.

Шкала інтернальності в області досягнень (Ід).

Високий показник по цій шкалі відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями. Такі люди вважають, що всього найкращого в своєму житті вони домоглися самі і що вони здатні з успіхом йти до наміченої мети в майбутньому. Низький показник за шкалою Ід свідчить про те, що людина пов'язує свої успіхи, досягнення і радості із зовнішніми обставинами - везінням, щасливою долею або допомогою інших людей.

Таблиця 3.21 Результати у вигляді середніх значень І-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	9	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	8	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	7	Високий рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	8	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Ід) І-ої групи високий у жінок з віком незначно зменшується, а у чоловіків – незначно збільшується.

Таблиця 3.22 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	9	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	8	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	9	Високий рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	9	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Ід) II-ої групи високий, у жінок з віком незначно зменшується, а у чоловіків – не змінюється.

Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі інтернальності в області досягнень (Ід) наведені на рисунку 3.20

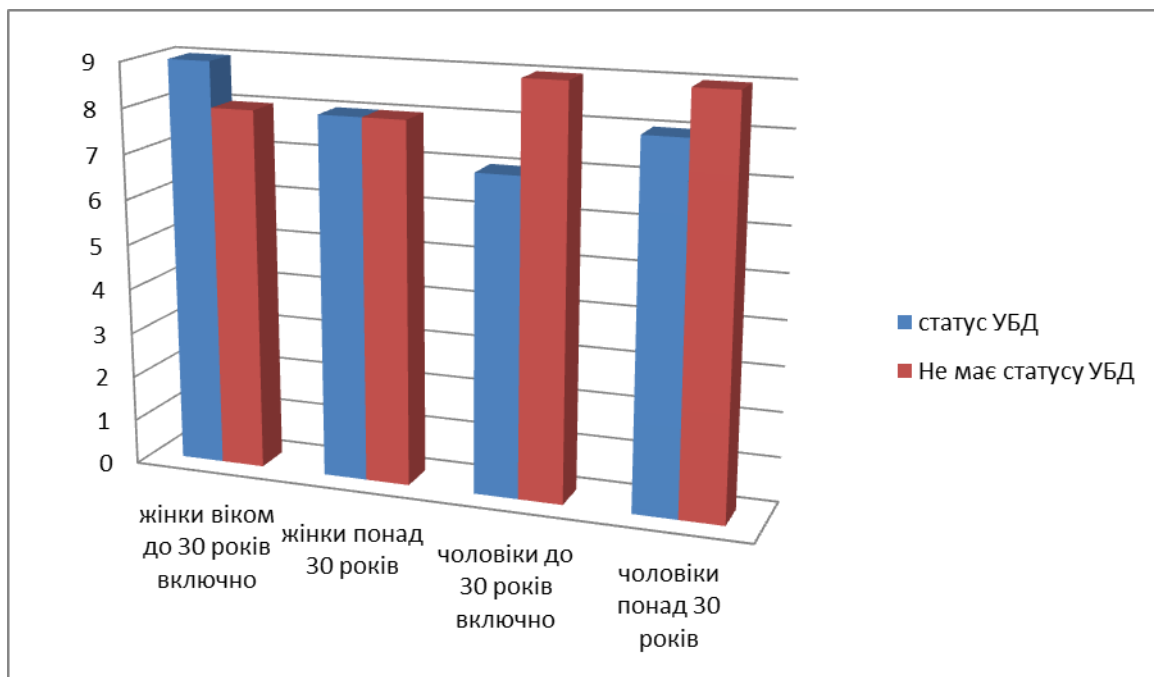


Рисунок 3.20 Показники результатів дослідження військовослужбовців І та ІІ групи по шкалі інтернальності в області досягнень (Ід).

За отриманими результатами по даній шкалі, видно що всі військовослужбовці мають високий показник, що відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями. Такі люди вважають, що всього найкращого в своєму житті вони домоглися самі і що вони здатні з успіхом йти до наміченої цілі у майбутньому.

Шкала інтернальності в області невдач (Ін).

Високий показник по цій шкалі говорить про розвинене почуття суб'єктивного контролю по відношенню до негативних подій і ситуацій, що проявляється в схильності звинувачувати самого себе у різноманітних неприємностях і невдачах. Низький показник свідчить про те, що людина схильна приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати їх результатами невдачі.

Таблиця 3.23 Результати у вигляді середніх значень I-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	10	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	7	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	6	Середній рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	6	Середній рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Ін) у жінок даної групи високий з віком зменшується, а у чоловіків – середній, не змінюється.

Таблиця 3.24 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	8	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	6	Середній рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	7	Високий рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	9	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Ін), у жінок даної групи з віком зменшується з високого рівня до середнього, а у чоловіків – збільшується.

Показники результатів дослідження військовослужбовців І та ІІ групи по шкалі інтернальності в області невдач (Ін) наведені на рисунку 3.21

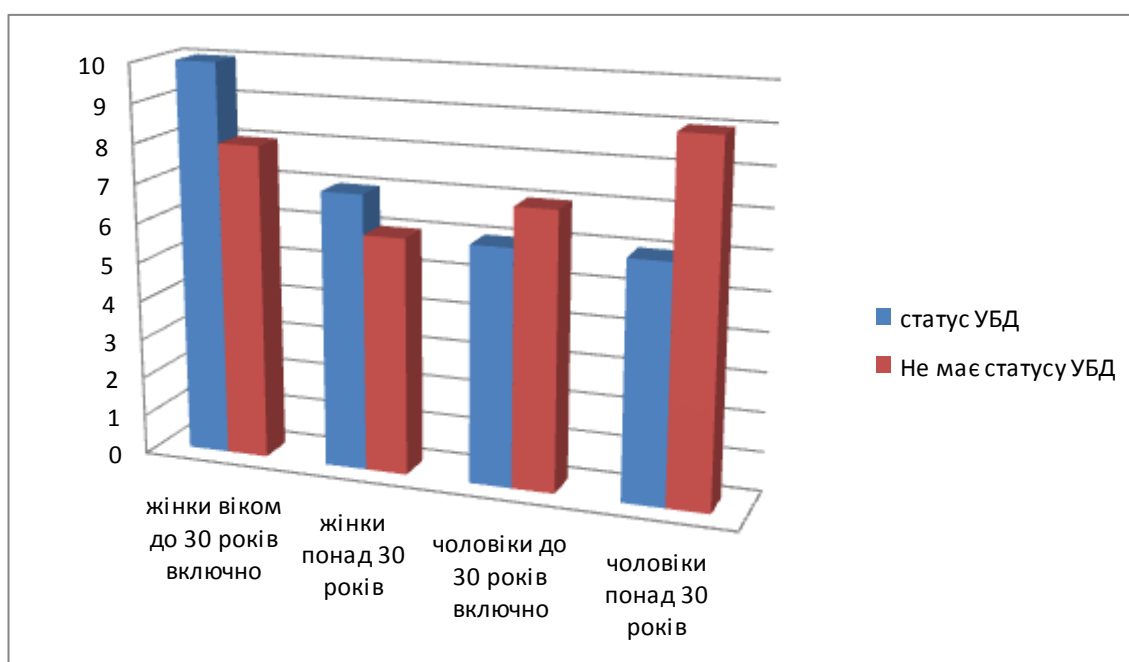


Рисунок 3.21 Показники результатів дослідження військовослужбовців І та ІІ групи по шкалі інтернальності в області невдач (Ін).

За результатами опитування по даній шкалі можна сказати, що у військовослужбовців-чоловіків І групи та жінок ІІ групи, віком понад 30 років, рівень інтернальності в області невдач низький, що свідчить про те, що дані люди схильні приписувати відповідальність за негативні події іншим людям або вважати їх результатами невдачі.

У військовослужбовців-жінок І групи, військовослужбовців-чоловіків та жінок віком до 30 років ІІ групи мають високий показник по цій шкалі, що вказує на розвинене почуття суб'єктивного контролю по відношенню до

негативних подій і ситуацій, що проявляється в схильності звинувачувати самого себе у різноманітних неприємностях і невдачах.

Шкала інтернальності в сімейних відносинах (Іс).

Високий показник Іс означає, що людина вважає себе відповідальним за події, що відбуваються в його сімейному житті. Низький Іс вказує на те, що суб'єкт вважає своїх партнерів причиною значущих ситуацій, що виникають в його родині.

Таблиця 3.25 Результати у вигляді середніх значень І-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	8	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	6	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	5	Середній рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	6	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Іс) у жінок даної групи високий з віком зменшується, а у чоловіків – збільшується від середнього до високого.

Таблиця 3.26 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	8	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	6	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	7	Високий рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	7	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Ic), у жінок даної групи з віком не значно зменшується, а у чоловіків – не змінюється.

Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі інтернальності у сімейних відносинах (Ic) наведені на рисунку 3.22

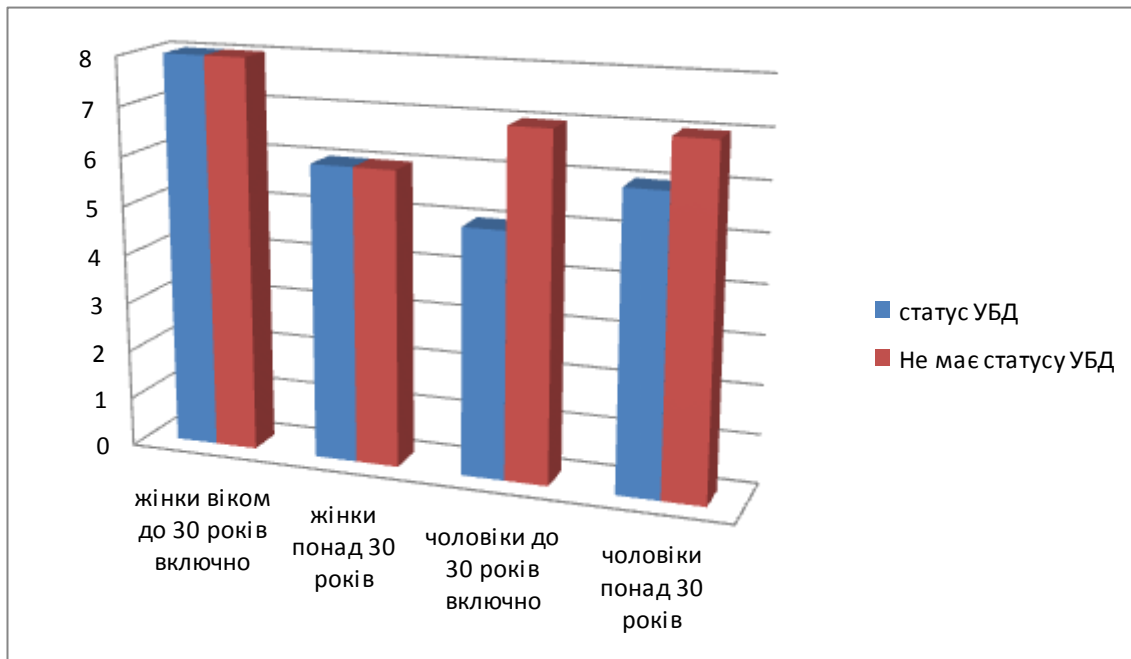


Рисунок 3.22 Показники результатів дослідження військовослужбовців І та ІІ групи по шкалі інтернальності у сімейних відносинах (Ic).

За отриманими результатами, видно що всі військовослужбовці І та ІІ групи мають достатньо високий показник по даній шкалі, який означає, що людина вважає себе відповідальним за події, що відбуваються в його сімейному житті.

Шкала інтернальності в області виробничих відносин (Iv).

Високий Ів свідчить про те, що людина вважає себе, свої дії важливим фактором організації власної виробничої діяльності, зокрема, в своєму просуванні по службі. Низький Ів вказує на схильність надавати більш важливе значення зовнішнім обставинам - керівництву, колегам по роботі, везінню - невдачі.

Таблиця 3.27 Результати у вигляді середніх значень І-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	7	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	5	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	4	Середній рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	5	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Ів) у жінок даної групи високий з віком зменшується, а у чоловіків – збільшується від середнього до високого.

Таблиця 3.28 Результати у вигляді середніх значень ІІ-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	5	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	5	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	6	Високий рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	5	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Ів), у жінок даної групи з віком не змінюється, а у чоловіків – не значно зменшується.

Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі інтернальності в області виробничих відносин (Ів) наведені у на рисунку 3.23

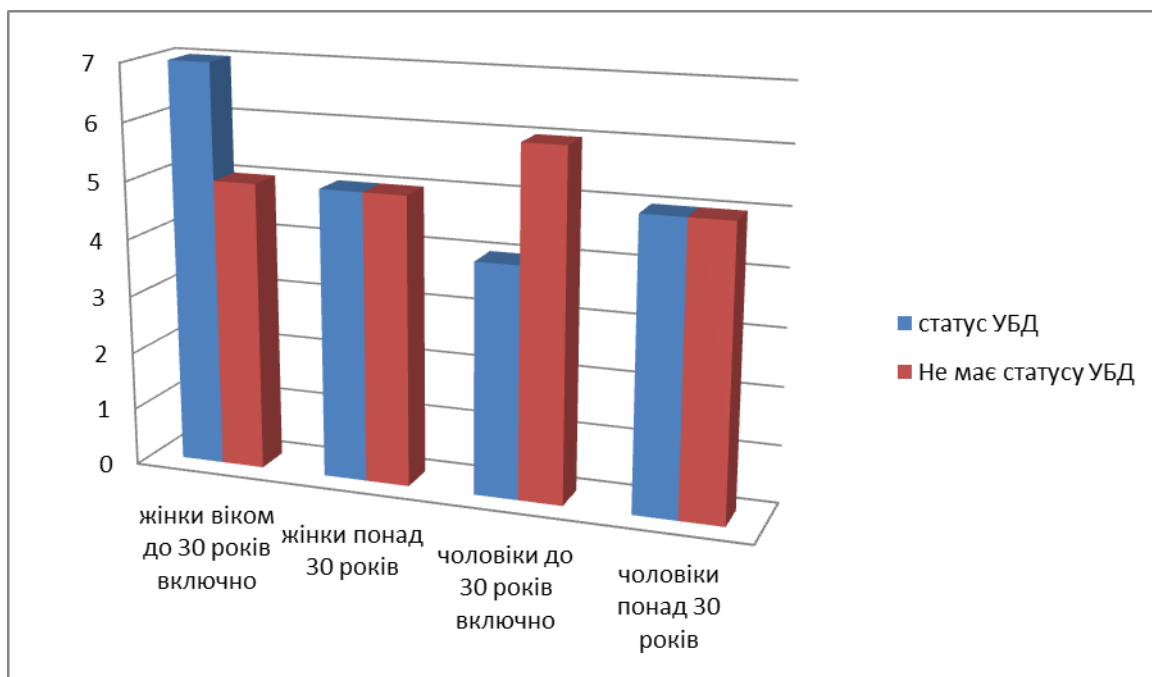


Рисунок 3.23 Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі інтернальності в області виробничих відносин (Ів).

Військовослужбовці-чоловіки I групи віком до 30 років включно мають середній рівень інтернальності в області виробничих відносин. Всі військовослужбовці II групи, військовослужбовці-жінки та чоловіки віком понад 30 років I групи мають високий рівень інтернальності в області виробничих відносин який свідчить про те, що людина вважає себе, свої дії важливим фактором організації власної виробничої діяльності, зокрема, в своєму просуванні по службі.

Шкала інтернальності в області міжособистісних відносин (Їм).

Високий показник по Їм свідчить про те, що людина відчуває себе здатним викликати повагу і симпатію інших людей. Низький Їм вказує на те,

що суб'єкт не схильний брати на себе відповідальність за свої відносини з оточуючими.

Таблиця 3.29 Результати у вигляді середніх значень I-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	2	Середній рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	3	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	2	Середній рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	2	Середній рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Їм) у жінок даної групи з віком збільшується з середнього на високий, а у чоловіків – середній, не змінюється.

Таблиця 3.30 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	4	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки	2	Середній рівень

	віком понад 30 років		
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	3	Високий рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	4	Високий рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Їм), у жінок даної групи з віком зменшується з високого рівня до середнього, а у чоловіків – високий, не значно збільшується.

Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі інтернальності в області міжособистих відносин (Їм) наведені на рисунку 3.24

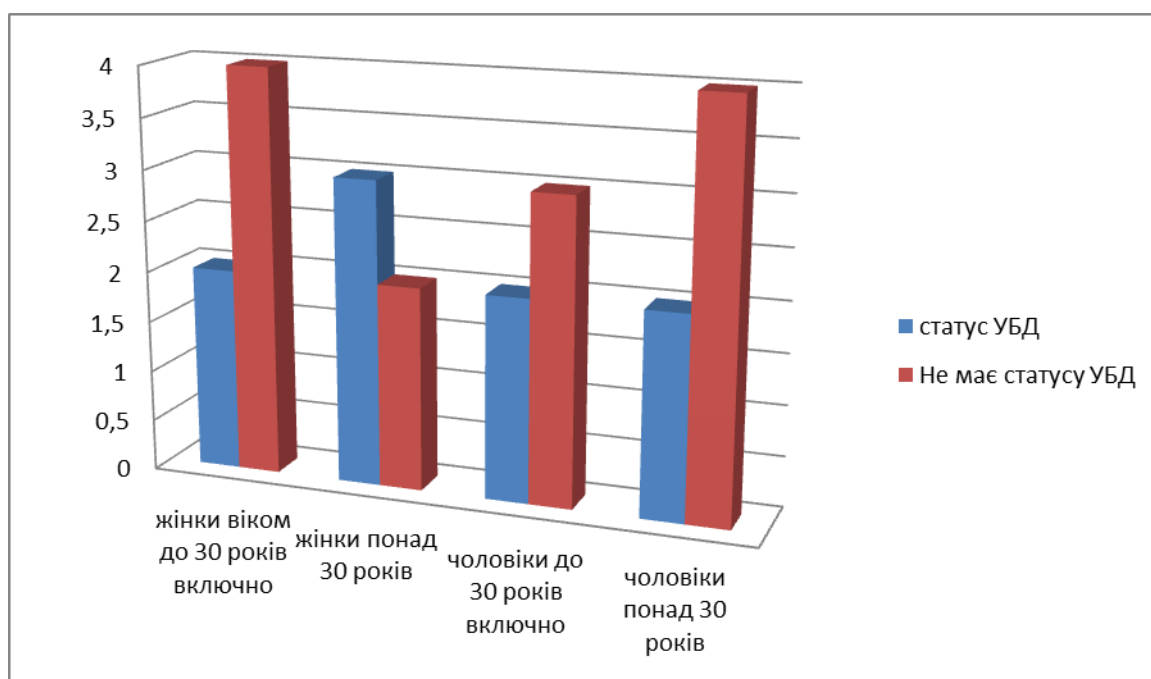


Рисунок 3.24 Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі інтернальності в області міжособистих відносин (Їм).

Військовослужбовці I групи – чоловіки не залежно від віку та жінки віком до 30 років включно, військовослужбовці II групи – жінки віком понад

30 років мають середній рівень інтернальності в області міжособистих відносин.

Військовослужбовці II групи – чоловіки не залежно від віку та жінки віком до 30 років включно, військовослужбовці I групи – жінки віком понад 30 років мають високий рівень – який свідчить про те, що людина відчуває себе здатним викликати повагу і симпатію інших людей.

Шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби (Ix).

Високий показник Ix свідчить про те, що людина вважає себе багато в чому відповідальним за своє здоров'я і вважає, що одужання залежить переважно від його дій. Людина з низьким Ix вважає здоров'я і хворобу результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде в результаті дій інших людей, перш за все лікарів.

Таблиця 3.31 Результати у вигляді середніх значень I-ої групи – військовослужбовці, які мають статус УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	3	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	2	Середній рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	2	Середній рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	2	Середній рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Ix) у жінок даної групи з віком зменшується з високого на середній, а у чоловіків – середній, не змінюється.

Таблиця 3.32 Результати у вигляді середніх значень II-ої групи – військовослужбовці, які не мають статусу УБД.

№ пп	Найменування	Середні значення	Інтерпретація отриманого результату
1	військовослужбовці жінки віком до 30 років включно	3	Високий рівень
2	військовослужбовці жінки віком понад 30 років	3	Високий рівень
3	військовослужбовці чоловіки віком до 30 років включно	3	Високий рівень
4	військовослужбовці чоловіки віком понад 30 років	2	Середній рівень

Таким чином, виявлено, що рівень шкали (Ix), у жінок даної групи – високий з віком не змінюється, а у чоловіків – зменшується з високого рівня до середнього.

Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі інтернальності в області здоров'я та хвороб (Ix) наведені на рисунку 3.25

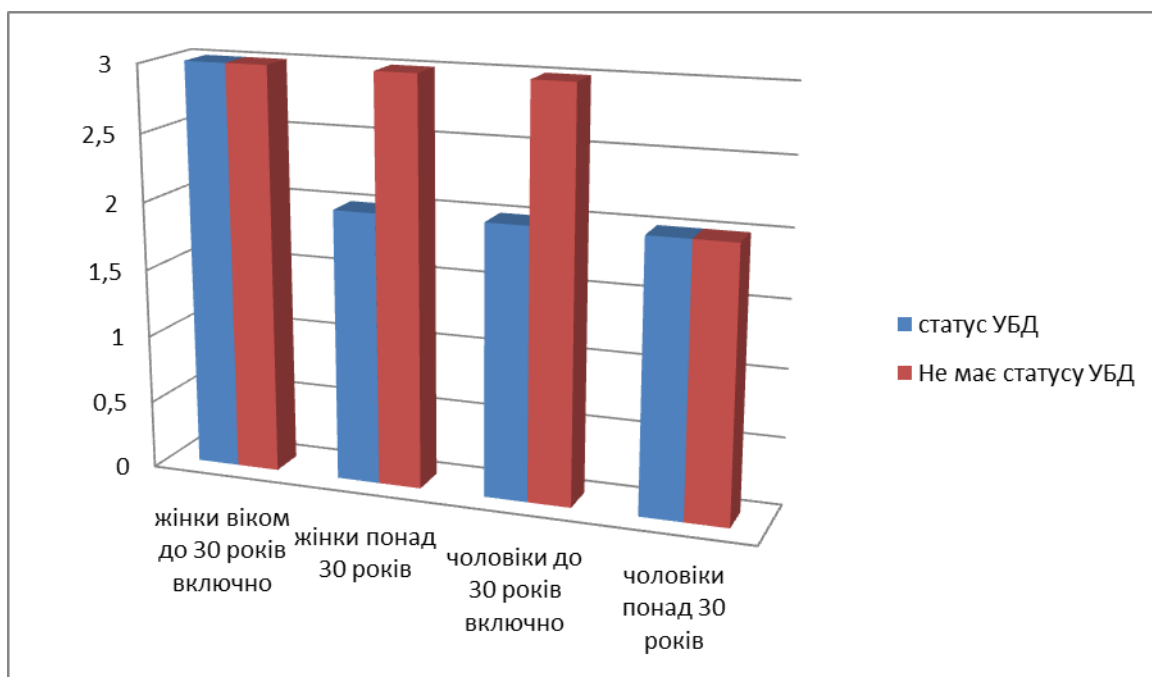


Рисунок 3.25 Показники результатів дослідження військовослужбовців I та II групи по шкалі інтернальності в області здоров'я та хвороб (Ix).

Військовослужбовці-чоловіки I групи віком до 30 років включно мають низький рівень по шкалі інтернальності в області здоров'я та хвороб. Такі люди вважають здоров'я і хворобу результатом випадку і сподіваються на те, що одужання прийде у результаті дій інших людей, перш за все лікарів.

Всі військовослужбовці II групи, військовослужбовці-жінки та чоловіки віком понад 30 років I групи мають високий рівень по шкалі інтернальності в області здоров'я та хвороб, який свідчить про те, що людина вважає себе відповідальною за своє здоров'я і вважає, що одужання залежить переважно від її дій.

Висновок: По результатах даного дослідження, було виявлено, що військовослужбовці-чоловіки віком до 30 років включно I групи відносяться до людей з екстернальним локусом контролю, яким більшою мірою притаманна конформна і поступлива поведінка, вони вважають за краще працювати в групі, частіше пасивні, залежні, тривожні і невпевнені в собі.

Всі інші учасники дослідження, а саме: всі військовослужбовці II групи та військовослужбовці I групи, окрім чоловіків до 30 років включно, це люди з інтернальним локусом – активніші, незалежні, самостійні в роботі, вони частіше мають позитивну самооцінку, що пов'язано з вираженою упевненістю в собі і терпимістю до інших людей.

Таким чином, ступінь інтернальності кожної людини пов'язаний з його відношенням до свого розвитку і особистісного зростання.

Також впливає закономірність не значного впливу на рівень суб'єктивного контролю – як вікового, гендерного складу учасників дослідження, так і прийняття ними участі у бойових діях.

3.3.7 Результати проведення методики «Агресивна поведінка» (за Є.П. Ільїним та П.А.Ковальовим)

Методика призначена для виявлення схильності респондента до певного типу агресивної поведінки.

Шкали: схильність до вербальної агресії: прямої і непрямой, схильність до фізичної агресії: прямої і непрямой, рівень нестриманості.

Таблиця 3.33 Результати емпіричного дослідження за методикою «Агресивна поведінка» Е.П. Ільїна, П.А. Ковальова

	Пряма вербальна агресія		Непряма вербальна агресія		Непряма фізична агресія		Пряма фізична агресія		Рівень нестри- маності	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Високий	40	52,63	41	53,95	37	48,68	44	57,89	7	9,21
Середній	26	34,21	29	38,16	38	50,00	25	32,89	32	42,11
Низький	10	13,16	6	7,89	1	1,32	7	9,21	37	48,68

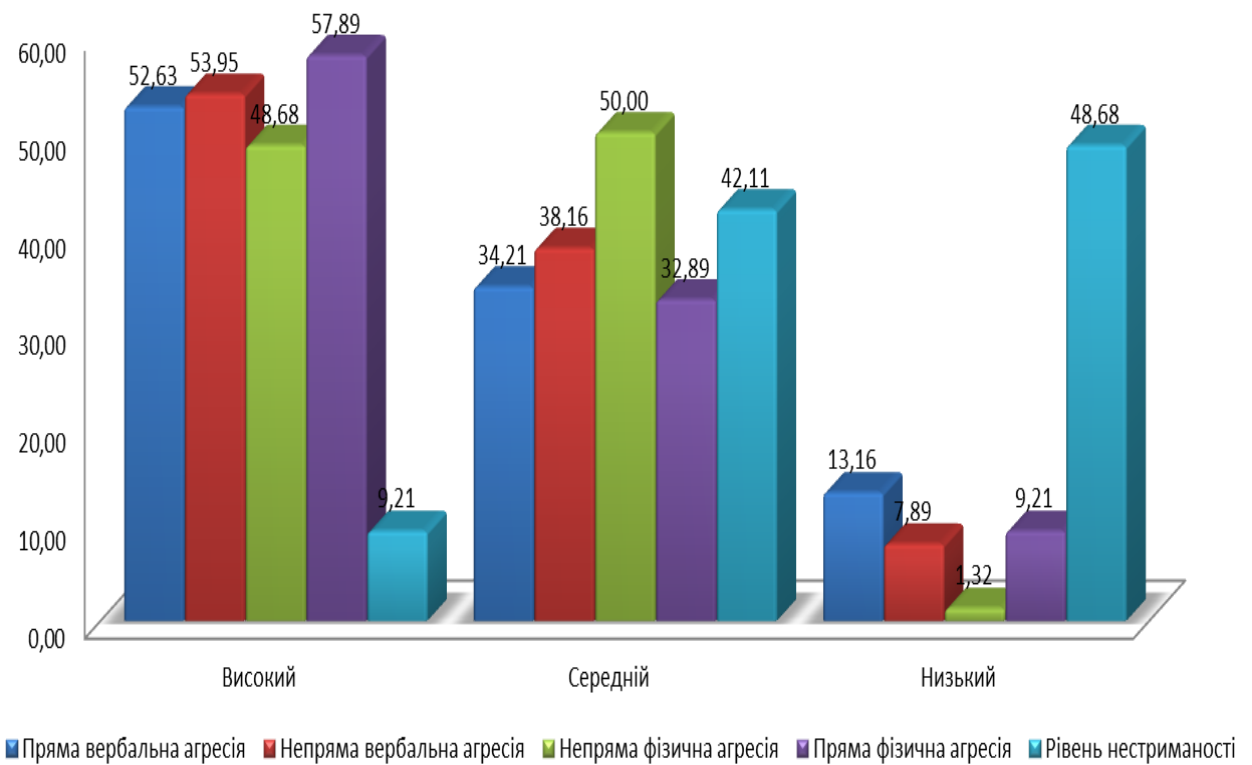


Рисунок 3.26 Гістограма відсоткового відношення рівнів різновидів агресивної поведінки

Ми проаналізували значення результатів емпіричного дослідження за методикою «Агресивна поведінка» Е.П. Ільїна, П.А. Ковальова для двох груп учасників емпіричного дослідження – які мають та не мають статус УБД.

Таблиця 3.34 Результати емпіричного дослідження за методикою «Агресивна поведінка» Е.П. Ільїна, П.А. Ковальова для двох груп учасників емпіричного дослідження – учасників, які мають та не мають статус УБД.

Учасники емпіричного дослідження	Пряма вербальна агресія	Непряма вербальна агресія	Пряма фізична агресія	Непряма фізична агресія	Домінуюча агресивна поведінка
Учасники, які мають статус УБД	7.9	6.9	8.4	5.8	П.Ф.> П.В. 8.4>7.9
Учасники, які не мають статус УБД	6.1	8.2	6.3	6.7	Н.В>Н.Ф. 8.2>6.7
Різниця	1.8	-1.3	2.1	-0.9	

Таким чином, аналіз таблиці дає змогу виявити домінуючу агресивну поведінку у учасників емпіричного дослідження:

1. У учасників, які мають статус УБД, пряма фізична агресія > пряма вербальна агресія;
2. У учасників, які не мають статус УБД, непряма вербальна агресія > непряма фізична агресія.

Нами також проаналізовані середні значення учасників дослідження з урахуванням статевих відмінностей.

Таблиця 3.35 Результати емпіричного дослідження за методикою «Агресивна поведінка» Е.П. Ільїна, П.А. Ковальова для двох груп учасників емпіричного дослідження – учасників, які мають та не мають статус УБД. З урахуванням статевих відмінностей.

Учасники емпіричного дослідження	Пряма вербальна агресія	Непряма вербальна агресія	Пряма фізична агресія	Непряма фізична агресія
Жінки мають статус УБД	7.1	6.6	7.6	5.6
Чоловіки мають статус УБД	8.7	7.2	9.2	6.0
Жінки не мають статус УБД	5.9	7.8	5.8	6.8
Чоловіки не мають статус УБД	6.3	8.6	6.8	6.6

Аналіз результатів дослідження статевих відмінностей дозволив виявити домінуючу агресивну поведінку у учасників емпіричного дослідження, які мають та не мають статус УБД:

1. Жінки мають значення нижчі, ніж чоловіки;
2. У жінок, які мають статус УБД, значення вищі, ніж у жінок, які не мають статус УБД;
3. У чоловіків, які мають статус УБД, значення показників вищі, ніж у чоловіків, які не мають статусу УБД;

4. Різниця між показниками методики у УБД з урахуванням статусу складають: Пряма вербальна агресія = 1.6; Непряма вербальна агресія = 0.6; Пряма фізична агресія = 1.6; Непряма фізична агресія = 0.4.
5. Різниця між показниками методики у учасників, які не мають УБД з урахуванням статусу складають: Пряма вербальна агресія = 0.4; Непряма вербальна агресія = 0.8; Пряма фізична агресія = 1.0; Непряма фізична агресія = 0.2.
6. Виявлено, що середовище та характер бойових дій впливають на домінуючу агресивну поведінку, яка має характер психологічного захисту.

3.3.8. Результати проведення методики діагностика домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (за В.В. Бойком)

Ця методика дозволяє визначити домінуючу стратегію психологічного захисту в спілкуванні (миролюбну, уникнення чи агресію).

Таблиця 3.36 Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту в спілкуванні В.В.Бойко

	Домінуюча стратегія психологічного захисту	
	Абс.	%
«Миролюбивість»	7	9,21
«Уникнення»	11	14,47
«Агресія»	7	9,21
«Миролюбивість» та «Уникнення»	21	27,63
«Уникнення» та «Агресія»	6	7,89
«Миролюбивість» та «Агресія»	8	10,53
«Миролюбивість», «Уникнення» та «Агресія»	16	21,05

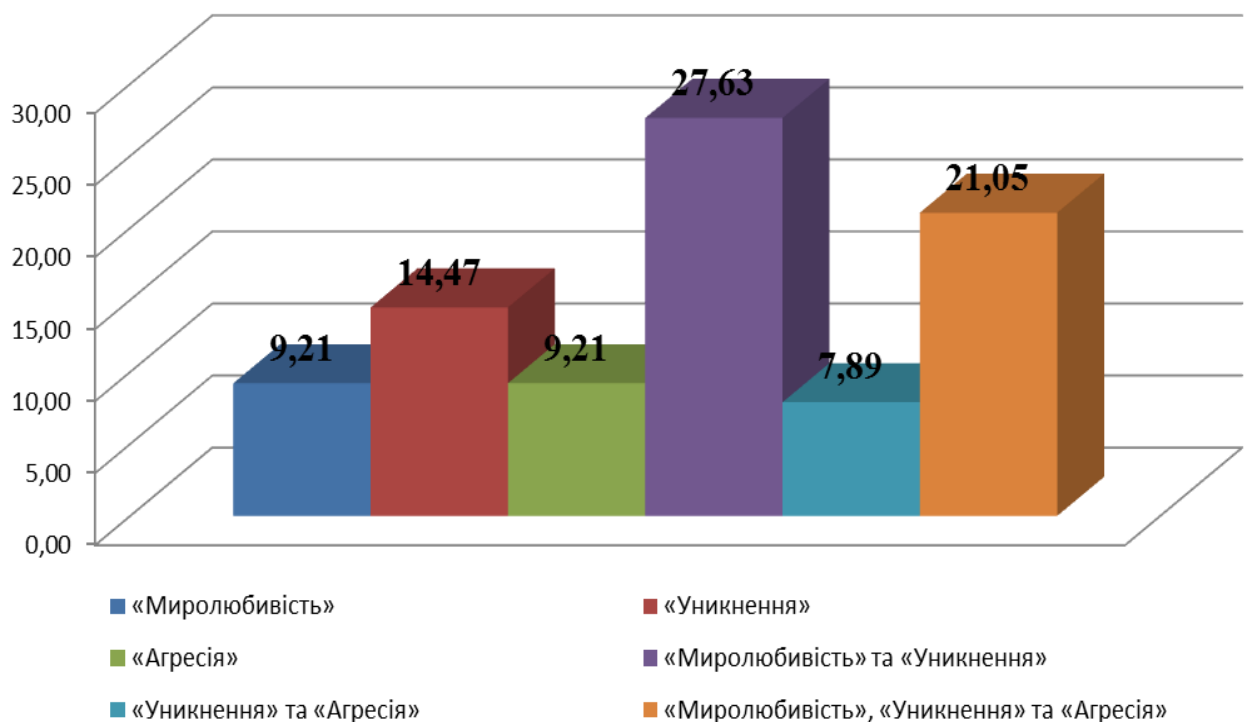


Рисунок 3.27 Гістограма відсоткового відношення різновидів домінуючої стратегії психологічного захисту в спілкуванні.

Таблиця 3.37 Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні В.В. Бойко.

	Миролюбивість	Уникнення	Агресія
Середнє значення по групі	7,91	7,92	8,13
Вибіркове відхилення по групі	2,64	2,78	2,86
Дисперсія по групі	13,58	13,17	15,21

За результатами емпіричного дослідження за методикою «Діагностика домінуючої стратегії психологічного захисту в спілкуванні» В.В.Бойко отримані такі дані: в середньому досліджувана група отримала $7,91 \pm 2,64$

балів за шкалою «Мирололюбивість», $7,92 \pm 2,78$ балів за шкалою «Уникнення», $8,13 \pm 2,86$ балів за шкалою «Агресія». Тобто в середньому досліджувані мають такі домінуючі стратегії психологічного захисту у спілкуванні як «Агресія», а також поєднання стратегій психологічного захисту у спілкуванні «Мирололюбивість» та «Уникнення».

Миролобство - психологічна стратегія захисту суб'єктивної реальності особистості, в якій провідну роль відіграють інтелект і характер.

Інтелект пригнічує чи нейтралізує енергію емоцій в тих випадках, коли виникає загроза для «Я» особистості. Миролобство — це партнерство та співробітництво, вміння йти на компроміси, поступатися та бути піддатливим, готовність жертвувати декотрими своїми інтересами задля головного - збереження гідності. У деяких випадках це означає пристосування, прагнення поступатися настійності партнера, не загострювати стосунків і не вступати в конфлікти, щоб не випробовувати своє «Я».

Однак одного інтелекту буває недостатньо, аби миролобство стало домінуючою стратегією захисту. Важливо ще мати відповідний *характер* — м'який, врівноважений, комунікабельний. Інтелект в ансамблі з «хорошим» характером створюють *психогенне підґрунтя* для миролобства. Звісно, буває й так, що людина з не дуже гарним характером також повинна демонструвати миролобство. Скоріш за все, її «зламало життя», і вона зробила мудрий висновок: треба жити в мирі та злагоді. В такому разі її стратегія захисту обумовлена досвідом та обставинами, тобто вона є *соціогенною*. Зрештою, не так вже й важливо, що керує людиною - природа чи досвід, чи те й інше разом. Головне результат: чи виступає миролобство провідною стратегією психологічного захисту, чи проявляється лише епізодично поряд з іншими стратегіями.

Не треба вважати, що миролобство — бездоганна стратегія захисту «Я», яка згодиться у всіх випадках. Цілковите миролобство — доказ

безхребетності, втрати почуття власної гідності, котре якраз повинна зберігати ця стратегія. Переможець не повинен ставати трофеєм. Найкраще, коли миролюбство домінує і співвідноситься з іншими стратегіями (м'якими їх формами).

Уникнення - психологічна стратегія захисту суб'єктивної реальності, що базується на економії інтелектуальних або емоційних ресурсів.

Індивід звично без бою уникає чи залишає зони конфліктів та напружень, коли його «Я» підпадає під «атаки». При цьому він відкрито не витрачає енергію емоцій і мінімально напружує інтелект. Уникнення має *психогенний характер*, якщо воно обумовлено природними особливостями. У індивіда може бути слабка уроджена енергія: бідні, ригідні емоції, посередній розум, в'ялий темперамент.

Можливий також *інший варіант*: людина має від народження потужний інтелект, щоб уникати напруження контактів, не спілкуватися з тими, хто зазіхає на її «Я». Щоправда, спостереження показують, що одного розуму для домінуючої стратегії уникнення недостатньо. Розумні люди часто активно долучаються до захисту своєї суб'єктивної реальності, і це природно: інтелект покликаний стояти на сторожі наших потреб, інтересів, цінностей і завоювань. Очевидно, потрібна ще й *воля*. Нарешті, можливий такий *варіант*, коли людина примушує себе обминати гострі кути в спілкуванні і конфліктні ситуації, вміє своєчасно сказати собі: «Не вилазь зі своїм «Я». Для цього треба мати міцну нервову систему, волю та життєвий досвід за плечима, котрий в потрібну мить каже: «не тягни на себе ковдру», «не плюй проти вітру», «не сідай не в свій тролейбус», «зроби пас убік».

Стратегія миролюбності будується на основі *якісного інтелекту і гарного характеру* - доволі високі запити до особистості. Уникнення дещо простіше, не потребує особливих розумових та емоційних затрат, але зумов-

лене підвищеними запитами до нервової системи та волі. Інша річ — агресія - використовувати її як захист свого «Я» найпростіше над усе.

Агресія - стратегія психологічного захисту суб'єктивної реальності особистості, яка діє на основі інстинкту.

Інстинкт агресії — один з «великої четвірки» інстинктів, притаманних усім тваринам — голод, секс, страх та агресія. Це одразу пояснює той факт, що агресія не виходить за межі репертуару емоційного реагування. Достатньо окинути уявним поглядом типові ситуації спілкування, аби переконатися, що агресія часто зустрічається, легко відтворюється та є звичною жорсткої чи м'якої форми. Її міцна енергетика захищає «Я» особистості на вулиці, в міському натовпі, в громадському транспорті, в черзі, на підприємстві, вдома, у взаємостосунках зі сторонніми та дуже близькими людьми, з друзями та коханими. Агресивних видно здалеку.

Зі збільшенням загрози для суб'єктивної реальності особистості її агресія зростає. Особистість та інстинкт агресії, як виявляється, є вельми сумісними об'єктами, а інтелект викопує при цьому роль «передавальної ланки» — за його допомогою агресія нагнітається, «розкручується на повну катушку». Інтелект працює в режимі трансформатора, посилюючи агресію за рахунок змісту, що їй надається.

Таблиця 3.38 Статеві відмінності в прийнятті функцій власної агресії у осіб групи

Функції агресії	Групи за статтю	Вибір (у відсотках)	Відсутність вибору (у відсотках)	Критерій Хі - квадрат Пірсона	Рівень значущості
Засіб виразу гніву, зняття стресу, тобто розрядка емоційного напруження	Чоловіки Жінки	63,8 92,6	36,2 7,4	12,623	0,000
Засіб для досягнення певних цілей	Чоловіки Жінки	25,5 18,5	74,5 81,5	0,725	0,394
Спосіб здійснення впливу на іншу людину	Чоловіки Жінки	31,9 20,4	68,1 79,6	1,752	0,186
Можливість відчувати задоволення	Чоловіки Жінки	2,1 0,0	97,9 100,0	1,160	0,281
Спосіб захисту	Чоловіки Жінки	46,8 74,1	53,2 25,9	7,881	0,005
Демонстрація власної сили	Чоловіки Жінки	21,3 3,7	78,7 96,3	7,412	0,006
Помста за агресивну поведінку іншої людини	Чоловіки Жінки	42,6 27,8	57,4 72,2	2,423	0,120

По-друге, чоловікам, порівняно з жінками, більш притаманне прийняття функцій власної агресії як засобу для досягнення певних цілей (критерій Хі-квадрат Пірсона = 27,42, $P < 0,001$), способу здійснення впливу на іншу людину (критерій Хі-квадрат Пірсона = 4,69, $P < 0,04$), демонстрації власної сили (критерій Хі-квадрат Пірсона = 11,20, $P < 0,002$).

Отже, у чоловіків, порівняно з жінками, проявам вербальної агресії незалежно від ситуаційної детермінанти в більшій мірі сприяють прийняття функцій власної агресії як засобу для досягнення певних цілей, способу здійснення впливу на іншу людину, демонстрації власної сили.

В свою чергу, як показано в таблиця. 3.38, виявилось, що в групі I вираженість показників спонтанної агресивності, вербальної агресії, агресивності (на рівні значущості $P < 0,001$), реактивної агресивності, непрямой, фізичної агресії (на рівні значущості $P < 0,01$), ворожості (на рівні значущості $P < 0,05$) вище, у порівнянні з особами II групи.

Таблиця 3.39 Відмінності в вираженості агресивності, агресії та ворожості у осіб групи I (статус УБД) та групи II (не мають УБД)

Агресивні прояви та ворожі реакції	Групи	Середнє значення	Стандартне відхилення	Стандартна помилка	F-критерій	Рівень значимості
Агресивність	1	27,1447	5,3008	0,6080	13,0268	0,0004
	2	23,8713	6,4307	0,6399		
Спонтанна агресивність	1	7,2368	1,8175	0,2085	24,5702	0,0000
	2	5,8317	1,9030	0,1894		
Реактивна агресивність	1	7,1316	1,6520	0,1895	10,5828	0,0014
	2	6,2574	1,8529	0,1844		
Фізична агресія	1	6,5921	2,2222	0,2549	7,0720	0,0086
	2	5,6337	2,4808	0,2469		

Вербальна агресія	1	9,0789	2,1650	0,2483	32,0365	0,0000
	2	7,1881	2,2258	0,2215		
Непряма агресія	1	5,2237	1,4751	0,1692	7,4754	0,0069
	2	4,5050	1,9007	0,1891		
Ворожість	1	9,8026	2,5404	0,2914	4,2285	0,0412
	2	8,8614	3,3257	0,3309		

Таким чином, у осіб, що мають тенденцію обирати вербальну агресію як на провокацію у формі вербальної агресії чоловіком, так і на провокацію у формі вербальної агресії жінкою, вираженість агресивності, спонтанної агресивності, вербальної, непрямой, фізичної агресії, реактивної агресивності та ворожості вище, ніж у осіб, що не мають такої тенденції.

Таким чином, можна зробити наступний висновок:

1. Стать особи, що провокує агресію, обумовлює відмінності в структурі індивідуально-особистісних детермінант проявів вербальної агресії.

1.1 Стосовно особливостей індивідуально-психологічних характеристик виявилось:

- За умови провокації у формі вербальної агресії особою чоловічої статі проявам вербальної агресії найбільш сприяють: маскулінізм та агресивно-вороже ставлення з використанням фізичної сили за низької вираженості схильності до сором'язливості, співробітництва та альтруїзму; вербальна агресія з схильністю до опозиції, невротичності за низької вираженості характеристик: прагнення до самоактуалізації з схильністю до альтруїзму, врівноваженості та співробітництва.

- За умови провокації у формі вербальної агресії особою жіночої статі проявам вербальної агресії найбільш сприяють: вербальна агресія з схильністю до опозиції, невротичності за низької вираженості характеристик: прагнення до самоактуалізації з схильністю до альтруїзму, врівноваженості та співробітництва.

1.2. Стосовно особливостей прийняття функцій власної агресії виявилось:

- За умови провокації у формі вербальної агресії особою чоловічої статі у осіб з тенденцією та у осіб з відсутністю тенденції до вибору вербальної агресії найбільш виражені відмінності в прийнятті функцій власної агресії як способу здійснення впливу на іншу людину, помсти за агресивну поведінку іншої людини.

- За умови провокації у формі вербальної агресії особою жіночої статі у осіб з тенденцією та у осіб з відсутністю тенденції до вибору вербальної агресії найбільш виражені відмінності в прийнятті функції власної агресії як способу здійснення впливу на іншу людину.

2. Стать особи, що провокує агресію, обумовлює статеві відмінності в структурі індивідуально-особистісних детермінант проявів вербальної агресії.

- У чоловіків з тенденцією та у чоловіків з відсутністю тенденції до вибору вербальної агресії за умови провокації у формі вербальної агресії особою чоловічої статі найбільш виражені відмінності за фактором: агресивність, дратівливість – схильність до співробітництва, сором'язливості та альтруїзму.

- У чоловіків з тенденцією та у чоловіків з відсутністю тенденції до вибору вербальної агресії на провокацію у формі вербальної агресії особою жіночої статі найбільш виражені відмінності за фактором: агресивне прагнення до лідерства за наявності невротичності, маскулінності.

- У жінок з тенденцією та у жінок з відсутністю тенденції до вибору вербальної агресії на провокацію у формі вербальної агресії особою чоловічої статі найбільш виражені відмінності за факторами: прагнення до лідерства з агресивними проявами – врівноваженість, залежність; депресивність, емоційна нестійкість з схильністю до невротичності, дратівливості, спонтанної агресивності – товариськість, врівноваженість; маскулінність та агресивно-вороже ставлення з використанням фізичної сили – схильність до сором'язливості, співробітництва, залежності, альтруїзму та почуття провини.

- У жінок з тенденцією та у жінок з відсутністю тенденції до вибору вербальної агресії на провокацію у формі вербальної агресії особою жіночої статі найбільш виражені відмінності за фактором: вербальна агресія за наявності невротичності – прагнення до самоактуалізації з схильністю до альтруїзму, врівноваженості та співробітництва.

3. За відсутності тенденції до вибору вербальної агресії незалежно від ситуаційної детермінанти (як на провокацію у формі вербальної агресії чоловіком, так і на провокацію у формі вербальної агресії жінкою) жінкам більш притаманне, порівняно з чоловіками, прийняття функцій власної агресії як засобу виразу гніву, зняття стресу, тобто розрядки емоційного напруження, способу захисту.

4. За наявності тенденції до вибору вербальної агресії незалежно від ситуаційної детермінанти (як на провокацію у формі вербальної агресії чоловіком, так і на провокацію у формі вербальної агресії жінкою) як чоловікам, так і жінкам притаманне прийняття функцій власної агресії як засобу виразу гніву, зняття стресу, тобто розрядки емоційного напруження, способу захисту, помсти за агресивну поведінку іншої людини.

У чоловіків, порівняно з жінками, проявам вербальної агресії незалежно від ситуаційної детермінанти в більшій мірі сприяють прийняття функцій власної агресії демонстрації власної як засобу для досягнення певних цілей, способу здійснення впливу на іншу людину, сили.

Висновки до третього розділу

Проведене емпіричне дослідження дало змогу виявити в прояві емоційної сфери, психічних станів, особистісних проявів та інших.

Виявлені вікові, гендерні та соціальні розбіжності, які впливають на стан особистості по використаним методикам:

1. Методика визначення нервово-психічної стійкості та ризику дезадаптації в стресі «Прогноз».

Таблиця 3.40 Порівняльні результати визначення нервово-психічної стійкості та ризику дезадаптації в стресі.

Вікова група військовослужбовців	Середні значення для групи, яка має статус УБД	Середні значення для групи, яка не має статусу УБД	Показник різниці результатів
до 30 років включно	3,5	6,5	3,0
понад 30 років	4,0	6,5	2,5

Аналіз результатів по кожній групі свідчать, що віковий вплив на результати діагностики не значний. Але виявлені значні розбіжності по групам військовослужбовців, які мають статус УБД та які його не мають.

Тобто, учасники бойових дій мають нижчу (задовільну) нервово-психічну стійкість, ніж особистості, які не приймали участь у бойових діях (добра нервово-психічна стійкість).

2. Методика вимірювання рівню тривожності Тейлора в адаптації Т.А. Немчинова, доповненої опитувальником «шкала брехні» В.Г. Норакидзе.

Таблиця 3.41 Порівняльні результати визначення рівню тривожності.

Вікова група військовослужбовців	Середні значення, статус УБД	Середні значення не має статусу УБД	Показник різниці результатів
до 30 років включно	18,5	12,5	6,0
понад 30 років	15,0	11,0	4,0

Рівень тривоги у учасників дослідження, які мають статус УБД вищий, ніж у осіб, які не приймали участі у бойових діях

Таблиця 3.42 Порівняльні результати визначення рівню тривожності по шкалі брехні.

Вікова група військовослужбовців	Середні значення, статус УБД	Середні значення не має статусу УБД	Показник різниці результатів
до 30 років включно	17,5	15,0	2,5
понад 30 років	17,0	15,0	2,0

Вікові особливості по кожній групі однакові.

3. Методика по короткому варіанту опитувальника «Домінуючого стану» Л.В. Кулікова.

Таблиця 3.43 Порівняльні результати виявлених «Домінуючих станів».

Назва шкали «ДС»	Вікова група військовослужбовців	Середні значення для групи, яка має статус УБД	Середні значення для групи, яка не має статусу УБД	Показник різниці результатів
Шкала АК	до 30 років включно	49,0	49,5	0,5
	понад 30 років	46,0	53,0	7,0
Шкала ТО	до 30 років включно	52,0	52,0	0,0
	понад 30 років	49,0	54,5	5,5
Шкала СП	до 30 років включно	58,5	57,5	1,5
	понад 30 років	54,5	56,5	2,0
Шкала УС	до 30 років включно	49,5	58,0	8,5
	понад 30 років	51,5	56,0	4,5
Шкала УД	до 30 років включно	53,0	59,0	6,0
	понад 30 років	54,0	59,5	5,5
Шкала ПО	до 30 років включно	49,0	53,0	4,0
	понад 30 років	53,0	53,0	0,0

Таким чином, порівняння значень по «Домінуючим станам» виявлено, що існують вікові та статусні відмінності у значеннях показників. Найбільші розбіжності існують по шкалам: активності, стійкості/нестійкості емоційного тону та задоволеності чи незадоволеності життям. Ці розбіжності знайшли відображення у значеннях показників різниці результатів наведених у таблиці 3.36

4. Тест нервово-психічної адаптації І. Н. Гурвич.

Таблиця 3.44 Порівняльні результати середніх значень по визначенню рівня нервово-психічної адаптації.

Вікова група військовослужбовців	Середні значення для групи, яка має статус УБД	Середні значення для групи, яка не має статусу УБД	Показник різниці результатів
до 30 років включно	34,5	13	21,5
понад 30 років	25,5	14	11,5

Аналіз результатів по кожній групі свідчить про значні розбіжності по групам військовослужбовців, які мають статус УБД та які його не мають.

Тобто, учасники бойових дій мають нижчий рівень нервово-психічної адаптації (патологію та предпатологію), ніж особистості, які не приймали участь у бойових діях (здорові люди).

Також з отриманих результатів можна стверджувати, що чим вище рівень нервово-психічної адаптації, тим вище рівень нервово-психічної стійкості та навпаки.

5. Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Таблиця 3.45 Порівняльні результати виявлених психічних станів.

Психічний стан	Вікова група військовослужбовців	Середні значення, є статус УБД	Середні значення, не має статусу УБД	Показник різниці результатів
Тривожність	до 30 років включно	9,5	7,0	1,5
	понад 30 років	8,5	6,5	2,0

Фрустрація	до 30 років включно	8,0	5,5	2,5
	понад 30 років	8,5	6,5	2,0
Агресивність	до 30 років включно	9,5	8,0	1,5
	понад 30 років	9,0	8,5	0,5
Ригідність	до 30 років включно	8,5	8,5	0,0
	понад 30 років	9,5	9,0	0,5

Таким чином, при порівнянні значень по психічним станам виявлено, що існують вікові та статусні відмінності у значеннях показників. Найбільші розбіжності існують по таким психічним станам, як тривожність та фрустрація. Ці розбіжності знайшли відображення у значеннях показників різниці результатів наведених у таблиці 3.38

6. Методика «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК).

Таблиця 3.46 Порівняльні результати виявлення «Рівню суб'єктивного контролю».

Назва шкали РСК	Вікова група військовослужбовців	Середні значення для групи, яка має статус УБД	Середні значення для групи, яка не має статусу УБД	Показник різниці результатів
Із	до 30 років включно	27,5	28,0	0,5
	понад 30 років	26,5	28,5	2,0
Ід	до 30 років включно	8,0	9,0	1,0
	понад 30 років	8,0	8,5	0,5
Ін	до 30 років включно	8,0	7,5	0,5
	понад 30 років	6,5	7,5	1,0
Іс	до 30 років включно	6,5	7,5	1,0
	понад 30 років	6,0	6,5	0,5

Ів	до 30 років включно	5,5	5,5	0,0
	понад 30 років	5,0	5,0	0,0
Їм	до 30 років включно	2,0	3,5	1,0
	понад 30 років	2,5	3,0	0,5
Іх	до 30 років включно	2,5	3,0	0,5
	понад 30 років	2,0	2,5	0,5

Таким чином, при порівнянні значень по шкалам рівню суб'єктивного контролю виявлено, що існують вікові та статусні відмінності у значеннях показників. Найбільша розбіжність існує по шкалі загальної інтернальності.

По загальним даним дослідження виявлено, що найбільш важливою опинилась емоційна сфера.

Відомо, що учасники бойових дій знаходяться в таких ситуаціях, які мають фактори впливу на особистісні риси та на поведінкові прояви. Ці фактори мають назву екстремальних.

В останні роки учасники бойових дій все частіше використовують зброю, звільнюють заручників та знаходяться в надзвичайних ситуаціях.

Дослідники стресових ситуацій посиляються на гендерні чотири відмінності:

- здатність орієнтуватися в просторі;
- математичні здібності;
- мовні навички;
- агресивність.

Стрес для учасників бойових дій – це частина життя, яка насичена такими гострими умовами, як смерть та хронічними - відносини, буття та інше.

Порівняння учасників бойових дій по гендерному складу дали змогу виявити особливості емоційної сфери жінок та чоловіків.

Але для відновлення емоційної сфери військовослужбовців, які мають ознаки ПТСР, необхідний тривалий час та потрібно задіяти багато ресурсів для проведення реабілітаційної роботи, як індивідуальної так і колективної.

7. Методика «Агресивна поведінка» (за Є.П. Ільїним та П.А.Ковальовим)

Таблиця 3.47 Порівняльні результати середніх значень за методикою «Агресивна поведінка» Е.П. Ільїна, П.А. Ковальова

Учасники емпіричного дослідження	Пряма вербальна агресія	Непряма вербальна агресія	Пряма фізична агресія	Непряма фізична агресія
Учасники, які мають статус УБД	7.9	6.9	8.4	5.8
Учасники, які не мають статус УБД	6.1	8.2	6.3	6.7
Різниця	1.8	-1.3	2.1	-0.9

Таким чином, аналіз таблиці дає змогу виявити домінуючу агресивну поведінку у учасників емпіричного дослідження:

1. У учасників, які мають статус УБД, пряма фізична агресія > пряма вербальна агресія;
2. У учасників, які не мають статус УБД, непряма вербальна агресія > непряма фізична агресія.

8. Методика діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (за В.В. Бойком).

Таблиця 3.48 Порівняльні результати середніх значень за методикою діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні В.В. Бойко.

	Миролюбивість	Уникнення	Агресія
Середнє значення по групі військовослужбовці які не мають статус УБД	7,91	7,92	8,13
Середнє значення по групі військовослужбовці які мають статус УБД	6,2	7	10,83
	1,71	0,92	-2,7

Аналіз результатів по кожній групі свідчить про значні розбіжності по групам військовослужбовців, які мають статус УБД та які його не мають.

Тобто, учасники бойових дій мають вищий рівень агресії, ніж особистості, які не приймали участь у бойових діях.

Також з отриманих результатів можна стверджувати, що чим вище рівень агресії, тим нижче рівень миролюбивості та уникнення. Це свідчить, що середовище та характер бойових дій впливають на домінуючу агресивну поведінку, яка має характер психологічного захисту.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У нашій роботі ми розглянули проблему виникнення та прояву посттравматичного стресового розладу. З'ясували, що дослідження в області посттравматичного стресового розладу розвивалися незалежно від досліджень стресу. Центральними положеннями в концепції стресу, запропонованої в 1936 р. Гансом Сельє (Сельє, 1991), є гомеостатична модель самозбереження організму і мобілізація ресурсів для реакції на стресор. Всі дії на організм він поділив на специфічні та стереотипні неспецифічні ефекти стресу, які проявляються у вигляді загального адаптаційного синдрому. Цей синдром у своєму розвитку проходить три стадії: 1) реакцію тривоги; 2) стадію резистентності; 3) стадію виснаження. Сельє ввів поняття адаптаційної енергії, яка мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження необоротно і веде до старіння і загибелі організму.

Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес» - тобто афективні переживання, що супроводжують стрес і провідні до несприятливих змін в організмі людини. Оскільки емоції залучаються в структуру будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту, то саме емоційний апарат першим включається в стресову реакцію при впливі екстремальних і ушкоджуючих чинників. В результаті активуються функціональні вегетативні системи та їх специфічне ендокринне забезпечення, що регулює поведінкові реакції. Відповідно до сучасних уявлень емоційний стрес можна визначити як феномен, що виникає при порівнянні вимог, що пред'являються до особистості, з її здатністю впоратися з цією вимогою. У разі нестачі у людини стратегій совладання зі стресовою ситуацією (копінг-стратегії) виникає напружений стан, який укупі з первинними гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму викликає порушення його гомеостазу. Ця відповідь реакція являє собою

спробу впоратися з джерелом стресу. Подолання стресу включає психологічні (сюди входять когнітивна, тобто пізнавальна, і поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми. Якщо спроби впоратися з ситуацією виявляються неефективними, стрес триває і може призвести до появи патологічних реакцій і органічних ушкоджень.

За деяких обставин замість мобілізації організму на подолання труднощів стрес може стати причиною серйозних розладів. При неодноразовому повторенні або при великій тривалості афективних реакцій у зв'язку з тривалими життєвими труднощами емоційне збудження може прийняти застійну стабільну форму. У цих випадках навіть при нормалізації ситуації застійне емоційне збудження не слабшає, а навпаки, постійно активізує центральні осередки нервової вегетативної системи, а через них засмучує діяльність внутрішніх органів і систем.

Стресори зазвичай діляться на фізіологічні (біль, голод, спрага, надмірне фізичне навантаження, висока і низька температура і т.п.) і психологічні (небезпека, загроза, втрата, обман, образа, інформаційне перевантаження і т.п.). Останні, в свою чергу, поділяються на емоційні та інформаційні.

Стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями.

Отже, **травматичний стрес** - це переживання особливого роду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу. Це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду.

У цьому випадку, згідно з існуючими концепціями, порушується структура «самості», когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами навчання, система пам'яті, емоційні шляхи навчання. В якості стресора в таких випадках виступають травматичні події - екстремальні кризові ситуації, що мають потужні негативні наслідки, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події корінним

чином порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні. Факт переживання травматичного стресу для деяких людей стає причиною появи у них в майбутньому посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатний викликати психічні порушення практично у будь-якої людини. Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу "Я".

Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають всі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісного та соціальної взаємодії), призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, що пережили стрес, а й у членів їх сімей.

Результати численних досліджень показали, що стан, що розвивається під дією травматичного стресу, не попадає ні в одну з наявних в клінічній практиці класифікацій. Наслідки травми можуть проявитися раптово, через тривалий час, на тлі загального благополуччя людини, і з часом погіршення стану стає все більш вираженим. Було описано безліч різноманітних симптомів подібної зміни стану, проте довгий час не було чітких критеріїв його діагностики. Також не існувало єдиного терміну для його позначення. Тільки до 1980 року було накопичено і проаналізоване достатнє для узагальнення кількість інформації, отриманої в ході експериментальних досліджень.

Дослідження так званого бойового стресу (В.Р. Василевський, А.Б. Довгополук, Р.А. Растовцев, Т.Б. Дмитрієва, Е.М. Епачинцева, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, Р.Н. Тимченко, Р.А. Фастівця, А.Н. Харитонов та ін) показали, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу за накопичених в душі, в пам'яті,

багаторазово пережитих жахів війни, фізичного і психічного перенапруження, горя втрат, співпереживання з пораненими.

Причини формування бойового стресу численні. Це - жахи війни, страх бути вбитим, пораненим, фізичне і психічне перенапруження, порушення режимів життєдіяльності, хвороби, травми і поранення, невизначеність і дефіцит інформації, незвичайність ситуації, відсутність в колишньому досвіді запасу можливих відповідних реакцій [8].

Отже, ми можемо зробити висновки, що військова діяльність є більш напруженою, екстремальною порівняно з іншими видами діяльності. Їй притаманні несподіваність, раптовість, незвичність, здатність руйнувати сформовані до призову стереотипи поведінки, спричиняти негативні психічні стани (тривожність, страх, афект, стрес, депресія). Військова діяльність, в якому б напрямку вона не здійснювалася, пред'являє до людини певні вимоги і накладає своєрідний відбиток, як на саму особу, так і на спосіб життя.

Визначили, що стресостійкість – це загальна якість особистості, яка характеризується здатністю протистояти стресовим факторам за період часу, який необхідний для організації нових умов, в яких даний стресор не буде загрозливим. Стресостійкість забезпечує високу ефективність діяльності і зберігає здоров'я людини. В ситуаціях можливого виникнення стресу повинні бути визначені додаткові шляхи виходу із стресових ситуацій. Стресостійкість буде забезпечувати високу ефективність діяльності й сприятиме збереженню здоров'я людини, якщо вона буде креативно мислити у вирішенні своїх проблем.

Дослідження показали, що як у чоловіків, так і у жінок вираженість клінічних проявів і психологічних порушень зростають у міру наростання ступеня тяжкості розладу. Виявлено відмінності проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) різного ступеня тяжкості у чоловіків і жінок. Показано, що у чоловіків більша, в порівнянні з жінками, стійкість до ризику розвитку розладу у віддаленому періоді у відповідь на вплив стресорів, але

при розвитку розладу чоловіки мають тенденцію до більш важких його проявів. У жінок у віддаленому періоді після важкої психічної травми ризик розвитку ПТСР вище, але менш виражена інтенсивність клінічних і психологічних проявів розладу.

Термін «гендер» - соціальна стать, стать як продукт культури, соціально-біологічна характеристика, яка вказує на соціальний статус і соціально-психологічні характеристики особистості, які пов'язані зі статтю і сексуальністю, але виникають у взаємодії з іншими людьми.

Загалом же, коли йдеться про стрес і гендер, не завжди ясно, чи то статеві характеристики людини більше визначають її реакцію на стресор, чи соціальне научіння, гендерні стереотипи мають вирішальний вплив.

Гендерні дослідження широко проводяться в усьому світі, такими вченими як Ф.Л. Джеймс, К. Хорні, Т.С. Баранова, Ю.Є. Альошина. Проблематика гендерних досліджень розкрита в наукових працях соціальних психологів, таких як Ш. Берн, Д. Майєрс, І.С.Кон, І.С. Клецина, Т.В. Бендас, О.А. Вороніна, які бачать переоцінку «гендерних» цінностей у сучасному соціальному суспільстві. Т.В. Бендас при вивченні гендерних відмінностей, розглядає такі питання, як природа відмінностей, їх оцінка та динаміка, вплив цих гендерних відмінностей на індивідуальний життєвий шлях чоловіків і жінок, можливості їх самореалізації.

Таким чином, актуальність піднятої теми визначається соціальною ситуацією, що складається в суспільстві і гострою потребою ветеранів бойових дій соціального захисту, соціально-психологічної реабілітації та підтримки.

Проаналізувавши проблему прояву ПТСР в літературних джерелах та наукових дослідженнях у учасників бойових дій, ми визначили ключові фактори, що впливають на успішність адаптації військовослужбовців до умов мирного життя, з визначенням шляхів психологічної допомоги цим особистостям.

Згідно з гіпотезою дослідження ми виявили, що бойові дії викликають травматичний стрес, наслідком стресу виступає ПТСР. З'ясували, що прояв ПТСР залежить від індивідуально-типологічних, вікових та гендерних особливостей військовослужбовців.

Таким чином, дотримуючись завдань дослідження в нашій роботі ми провели аналіз літературних джерел та наукових досліджень згідно теми роботи; розглянули поняття, види та основні характеристики стресу та посттравматичного стресового розладу; розглянули наукові підходи до дослідження стресу та ПТСР; підібрали методики для психодіагностики, які відповідають меті та гіпотези дослідження; провели емпіричне дослідження по визначенню особливостей переживання стресу та отримали кількісні показники стресостійкості особистості; здійснили аналіз отриманих результатів та сформулювали висновки.

Коротко узагальнюючи, можна зробити наступні висновки:

1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається у осіб, які перенесли травмуючі події, найчастіше, в умовах бойових дій;
2. ПТСР накладає істотний відбиток на перебіг психічної діяльності носія;
3. До важливої симптоматиці ПТСР можна віднести вкорочення життєвої перспективи, постійну активізацію бойового стресу;
4. ПТСР тягне за собою особистісні зміни, найважливішими проявами яких стають агресивність і конфліктність;
5. ПТСР є причиною соціальної дезадаптації;
6. ПТСР у багатьох випадках передуює асоціальної і девіантної поведінки військовослужбовців, включаючи суїцидальні спроби;
7. ПТСР є не лише особистою проблемою військовослужбовця, а й громадським питанням, оскільки, багато в чому, його прояви породжуються громадською думкою і ставленням мирного населення до ведення бойових дій в зонах локальних конфліктів.

В емпіричному дослідженні прийняли участь військовослужбовці, які були задіяні у проведенні антитерористичної операції на території Донецької та Луганської областей України. Всього добровільно було обстежено 120 осіб у віці від 26 до 52 років, з них 78 чоловіків, жінок - 42. Із них 70 осіб мають статус УБД– 18 жінок та 52 чоловіків; та 50 осіб не мають статусу УБД– 24 жінки та 26 чоловіків. Нами були проаналізовані значення не тільки по віку, але й по гендеру (статті) та статусу: ССС – солдатсько - сержанський склад, ОС – офіцерський склад.

З метою з'ясування особливостей впливу ПТСР та поведінкових проявів у військовослужбовців нами обрані наступні методи та методики дослідження:

- 1) Методика визначення нервово-психічної стійкості та ризику дезадаптації в стресі «Прогноз»;
- 2) Методика вимірювання рівню тривожності Тейлора в адаптації Т.А.Немчинова, доповненої опитувальником «шкала брехні» В.Г.Норакідзе;
- 3) Методика по короткому варіанту опитувальника «Домінуючого стану» Л.В.Кулікова;
- 4) Методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка;
- 5) Тест нервово-психічної адаптації І.Н. Гурвич;
- 6) Методика «Рівень суб'єктивного контролю (РСК)» модифікований варіант опитувальника американського психолога Дж. Роттера.
- 7) Методика «Агресивна поведінка» (за Є.П. Ільїним та П.А.Ковальовим)
- 8) Методика діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (за В.В. Бойком).

Таким чином, при порівнянні значень емпіричного дослідження ми виявили, що учасники бойових дій мають нижчу (задовільну) нервово-психічну стійкість, ніж особистості, які не приймали участь у бойових діях (добра нервово-психічна стійкість); рівень тривоги у учасників дослідження,

які мають статус УБД вищий, ніж у осіб, які не приймали участі у бойових діях; учасники бойових дій мають нижчий рівень нервово-психічної адаптації (патологію та предпатологію), ніж особистості, які не приймали участь у бойових діях (здорові люди); існують вікові та статусні відмінності у значеннях показників по таким психічним станам, як тривожність та фрустрація, а також по шкалам: активності, стійкості/нестійкості емоційного тону та задоволеності чи незадоволеності життям.

Проведене емпіричне дослідження дало змогу виявити в прояві емоційної сфери, психічних станів, особистісних проявів та інших.

Виявлені вікові, гендерні та соціальні розбіжності, які впливають на стан особистості по використаним методикам.

Порівняння учасників бойових дій по гендерному складу дали змогу виявити особливості емоційної сфери жінок та чоловіків.

Але для відновлення емоційної сфери військовослужбовців, які мають ознаки ПТСР, необхідний тривалий час та потрібно задіяти багато ресурсів для проведення реабілітаційної роботи, як індивідуальної так і колективної.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамян О. В., Дем'янюк О. С. Нові підходи до організації психолого-педагогічної підготовки майбутніх офіцерів. Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених ад'юнктів слухачів курсантів і студентів. Молодіжна військова наука у Київському національному університеті імені Тараса Шевченка. Текст за заг. редакцією І. В. Толока. Київ, 2017. 18 с.
2. Автоматизований психодіагностичний комплекс визначення професійної придатності кандидатів на військову службу у внутрішні війська МВС України і навчання у вищих військових навчальних закладах МВС України: монографія / І. В. Воробйова, І. І. Приходько, С. Т. Полторак та ін. Харків, 2012. 297 с.
3. Алексеев О. Л. Сутність, особливості змісту і структури готовності військовослужбовців Державної прикордонної служби України до охорони закордонних дипломатичних установ. / Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». Хмельницький, 2011. № 4. 10 с.
4. Бабаян Ю. О., Грішман Л. О. Особливості психологічної готовності військовослужбовців до дій в екстремальних умовах. ІЖІ/
[ййр://пбну.gov.ua/UJRN/Nvmdups](http://пбну.gov.ua/UJRN/Nvmdups) 2014 2.13 4 (дата звернення: 10.09.2023).
5. Барко В. І. Теоретико-психологічні засади управління персоналом органів внутрішніх справ: дис. д-ра психол. наук із юридичної психології: 19.00.06 / Нац. б-ка України ім. В. І. Вернадського. Київ, 2005. 180 с.
6. Березовська Л., Богайчук В. Емоційна стійкість військовослужбовців: емпіричний ракурс. Вісник Національного університету оборони України. 2022. № 3 (67). 25 с.
7. Біла І. М. Самоздійснення, самоактуалізація особистості [Електронний ресурс] / І. М. Біла // Освіта та розвиток обдарованої

особистості. 2013. 67 с.

8. Білий В. Я., Варус В. І. Медико-соціальні проблеми професійної надійності військовослужбовців у контексті національної безпеки України. Наука і оборона, 2009. № 1. 20 с.

9. Білова М. Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій): автореф. дис. ... канд. псих. наук. Харків, 2016. 20 с.

10. Білорус А. М. Педагогічні умови формування інформаційної культури у майбутніх офіцерів-прикордонників: автореф. дис. . канд. пед. наук. Хмельницький, 2010. 20 с.

11. Боднар А. Я., Макаренко Н. Г. Психологічні особливості стресостійкості представників стресогенних професій (на прикладі працівників приватних охоронних структур). Наукові записки НаУКМА. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. Київ, 2013. Т. 149. 56 с.

12. Бойко О. В., Гузенко І. М., Кожевников В. М., Миценко Д. В. та ін. Психологічна підготовка Ч. 1 (теоретичний аспект): навчально-методичний посібник. Львів, 2010. 200 с.

13. Бондарчук О. І. Психологічна компетентність фахівця: зміст та основні підходи / О. І. Бондарчук // Наук. вісник Миколаївського нац. ун -ту ім. В. О. Сухомлинського. Серія: Психологія / за ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. Т. 2, вип. 8. Миколаїв, 2012. 36 с.

14. Боришевський М. Й. Психологічні механізми розвитку особистості / Боришевський М. Й. // Педагогіка і психологія. 1996. № 3. 32 с.

15. Варій М. Й. Загальна психологія: навч. посіб. / Варій М. Й.; 2-ге вид., випр. і доп. Київ: «Центр учбової літератури», 2007. 968 с.

16. Варій М. Й., Козар М. М., Коваль М. С. Військова психологія і педагогіка. Львів, 2003. 624 с.

17. Визначення травматичності бойового досвіду та психологічна діагностика стійкості військовослужбовців Національної гвардії України до травматизації бойовим досвідом: метод. реком. / О. С. Колесніченко. Харків,

2017. 63 с.

18. Вінтоняк В.Ф. Професійний «Я-образ» як чинник визначення офіцером стратегії кар'єрного зростання: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. Київ, 2014. 21 с.

19. Войцехівський О. Л. Підготовка майбутніх офіцерів-прикордонників до професійної діяльності в пунктах пропуску через державний кордон: автореф. дис. канд. пед. наук. Хмельницький, 2012. 16 с.

20. Воробйова І. В. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В. Модель професійної психологічної готовності до діяльності представників ризиконебезпечних професій. Проблеми екстремальної та кризової психології: збірник наукових праць. Харків, 2013. Вип. 14, Ч. 1. 93 с.

21. Горбаль І. С. Відчуття суб'єктивного благополуччя як передумова та втілення психологічного здоров'я особистості. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ: Збірник наукових праць. Серія психологічна [за ред. М. М. Цимбалюк]. Вип. 2 (2). Львів: ЛДУВС, 2012. 303 с.

22. Гринечко А. Я. Емоційно-ціннісне самоставлення особистості. Актуальні питання гуманітарних наук: міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених педагогічного університету імені Івана Франка / Редактори-упорядники В. Ільницький, А. Душний, І. Зимомря. Дрогобич: Посвіт, 2013. Вип. 6. Ч. II. 205 с.

23. Данильченко Т. В. Особливості особистісного благополуччя військовослужбовців, що перебували в зоні АТО. Український психологічний журнал. 2020. № 2 (14). 84 с.

24. Демський В. В. Психологічні особливості розвитку професійної рефлексії у офіцерів-прикордонників: авторефер. дис. ... канд. психол. наук. Хмельницький, 2009. 22 с.

25. Донець О. І., Шміголь Д. О. Патологічні зміни фізичного і психічного здоров'я військовослужбовців під впливом екстремальних умов. Молодий вчений. 2017. № 4. 236 с.

26. Євсюков О. П. Екстремальна психологія: підручник [О. П. Євсюков, А. С. Куфлієвський, Д. В. Лебедев та ін.]; ред. проф. О. В. Тімченка. Київ, 2007. 502 с.

Карамушка Л. М. Психологія управління : навчальний посібник. Київ, 2003. 344 с.

27. Заболотний С. М. Психологічна готовність командира підрозділу охорони державного кордону до прийняття рішень в екстремальних ситуаціях: сутність та структура. Науковий вісник Чернівецького університету. Вип. № 715. Серія: Педагогіка та психологія / наук. ред. І. С. Руснак. Чернівці, 2014. 70 с.

28. Завгородня О. В. Психологічне здоров'я людини: теоретичні та прикладні аспекти: [монографія] / О. В. Завгородня, Л. О. Курганська; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2008. 167 с.

29. Збірник нормативно-правових актів з питань соціальної адаптації осіб, звільнених із військової служби [Колектив укладачів]. Київ, 2005. 200 с.

30. Карамушка Л. М. Психологія управління: навчальний посібник. Київ, 2003. 344 с.

31. Кирпенко Т. М. Взаємозв'язок особистісних якостей та стратегій психологічного самозахисту особистості / Т. М. Кирпенко // Проблеми загальної та педагогічної психології. Зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України / за ред. акад. С. Д. Максименка. Т. XIV, част. 6. Київ, 2012. 183 с.

32. Климишин О. І. Особливості організації та надання християнсько-психологічної допомоги учасникам АТО. Психологія особистості. Івано-Франківськ. 2016, № 1 (7). 100 с.

33. Ключков В. В. Сучасні погляди на проблему формування психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій. Вісник Національного університету оборони України. 2022. № 3 (67). 79 с.

34. Кокур О. М. Методологічні засади та практичні заходи психофізіологічного забезпечення професійного становлення фахівця. Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського

національного унту ім. І. Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Вип. 5. Кам'янець-Подільський, 2009. 223 с.

35. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. Київ, 2004. 265 с.

36. Кокун О. М. Психофізіологія: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. М. Кокун. Київ: Центр навч. літ-ри, 2006. 184 с.

37. Колесніченко О. С. Розробка методики «Психологічна готовність особистості фахівця екстремального виду діяльності». Збірник наукових праць Харківського університету повітряних сил. 2014. Вип. 1(38). 91 с.

38. Колтунович Т. А. Як не згоріти в полум'ї професії: теорія, діагностика, корекція: навчально-методичний посібник. Чернівці, 2016. 164 с.

39. Копаниця Д. Види психологічної готовності військовослужбовців ЗСУ. Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених ад'юнктів слухачів курсантів і студентів Молодіжна військова наука у Київському національному університеті імені Тараса Шевченка. Текст за заг редакцією І. В. Толока. Київ, 2017. 41 с.

40. Корнійчук Ю. Г. Структура готовності майбутніх офіцерів до організації виховної діяльності з військовослужбовцями строкової служби. Україна наукова: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. Миколаїв, 2011. 97 с.

41. Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості [текст]: дис. д-ра психологічних наук 19.00.01 / Корольчук В. М.; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН Укр. Київ. 2009. 511 арк.: рис., табл. Бібліографія: 434 с.

42. Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості. Київ, 2009. 261с.

43. Корольчук М. С. Актуальні проблеми психофізіології військової діяльності: навч. посібник. Київ, 1996. 164 с.

44. Корольчук М. С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного

здоров'я. Київ, 2002. 272 с.

45. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія / В.М. Крайнюк. Київ: Ніка-Центр, 2007. 432 с.

46. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. Київ, 2007. 432 с.

47. Крайнюк В. М. Теорія та практика психологічної допомоги. Київ, 2003. 158 с.

48. Максименко С. Д., Мельник П. В., Олексієнко Б. М. Основи військової психології: навчальний посібник. Хмельницький, 2002. 532 с.

49. Матеюк О. А. Психологічні особливості професійної ідентичності майбутніх суб'єктів праці. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Львів, 2014. №1. С. 131-140.

50. Мітягін О. О., Рибчук О. О., Войтех О. В. Психологічна підготовка курсантів в процесі навчання у вищому військовому навчальному закладі. Збірник наукових праць «Військова освіта «Національного університету оборони України імені Івана Черняхівського». 2014. № 1 (29). С. 153-160. монографія. Київ: Ніка-Центр, 2006. 277 с.

51. Мороз В. М. Огляд досвіду формування і забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців армії США. Вісник Національного університету оборони України. 2022. № 3 (67). С. 80-88.

52. Норчук Ю. В. Сутність та зміст психологічної готовності до професійно- службової діяльності майбутніх військовослужбовців як особистісного утворення. / Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАШ України. Київ; Ніжин, 2015. Т. IX. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Вип. 7. С. 236-244.

53. Основи психологічної підготовки військовослужбовців Національної гвардії України до виконання службово-бойової діяльності в екстремальних умовах: навч. посібн. / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, І. І. Приходько / за заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків, 2017. 127 с.

54. Остапенко Е. О. Амбівалентність розуміння феномена «готовність». Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Філософія. Психологія. Педагогіка: збірник наукових праць. Київ, 2009. № 3 (27). Ч.2. С. 152-157.

55. Охотник Я. С., Корсунська В. В. Особистісна готовність до професійної діяльності як чинник стресостійкості майбутніх офіцерів/Роль психологічної служби ЗВО у збереженні психологічної стійкості й розвитку особистісного потенціалу учасників освітнього процесу вищої школи України в реаліях війни та повоєнний період: матеріали III Всеукраїнського круглого столу (21.04.2023р.). Полтава: Астроя, 2023. 186 с.

56. Охотник Я. С., Корсунська В. В. Теоретичне розуміння психологічного стану військовослужбовців під час основних видів бою / Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Війна. Психотерапія травми», м. Львів, 10-11 листопада 2023р., 2023. 99 с.

57. Пасічник В. І., Ліпатов І. І, Шестопалова Л. Ф., Приходько І. І. та ін Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посібн. Харків, 2010. 354 с.

58. Пенькова Н. Є. Психологічна готовність військовослужбовців Національної гвардії України до службово-бойової діяльності у процесі проведення антитерористичної операції: дис. канд. психол. наук: 19.00.09 / Нац. б-ка України ім. В. І. Вернадського. Київ, 2015.

59. Перепелюк Т. Д., Ільченко І. С. Організація і методика соціально-психологічних тренінгів: навч. підручник. Умань, 2014. 255 с.

60. Плетка О. Регуляція потреб у взаємодії в діаді психолог (соціальний працівник) - клієнт. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Наукове видання. Київ: КНУ ім. Тараса Шевченка. Київ: Видавництво, 2016. С. 86-94.

61. Поліщук О. Психологічні компоненти стресостійкості особистості. иВб: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/1348> (дата звернення: 18.10.2022).

62. Порадник з питань соціальної адаптації особам, звільненим із

військової служби / під заг. ред. першого заступника Міністра оборони Білого В. Я. Київ, 2004. 140 с.

63. Приходько І., Колесніченко О., Мацегора Я., Чижевський С. Мобільний центр психологічного супроводу професійної діяльності фахівців екстремального профілю. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 2018 Вип. 2. ПВБ: https://nadpsu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/11/visnik_2_2018_psh.pdf (дата звернення 27.06.2023).

64. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / уклад. Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці, 2014. 133 с.

65. Профілактика самогубств серед військовослужбовців Національної гвардії України: навч. посіб. / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, І. І. Приходько та ін. / за заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків, 2016. 117 с.

66. Психологічна допомога військовослужбовцям: навч.-метод. посіб. / колектив авторів; за заг. ред. В. І. Осьодла. Київ: НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2021. 144 с.

67. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: кол. Менографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник / ред. М. І. Мушкевич. Луцьк, 2016. 356 с.

68. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко, Т. І. Кочергіна; заг. ред. М. С. Корольчука. Київ: Фірма «Інкос», 2002. 272 с.

69. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: монографія. Назаров О. О. та ін.; Харків, 2008. 184 с.

70. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій): автореф. дис. ... канд. психол. наук. Одеса, 2007. 20 с.

71. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін. / за заг. ред. проф. І. І. Приходька.

Харків, 2016. 571 с.

72. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ Вежа. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.

73. Психологія професійної діяльності офіцера: підручник / Академія Прикордонних військ України ім. Б. Хмельницького. Хмельницький, 1999. 488 с.

74. Рижигов В. С. Значення професійних якостей в цільовій моделі навчально-виховного процесу підготовки військових. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка: соціальна робота. № 2, 2017. С. 61-64.

75. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посібн. Київ, 2005. 278 с

76. Романишин А. М., Бойко О. В. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах. Львів, 2014. 122 с.

77. Романовська Л., Прийма О. Професійний стрес як складова емоційної та психологічної стійкості особистості // Професійна підготовка фахівців соціальної сфери: надбання, проблеми, перспективи: Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції конференції (м. Хмельницький, 27-28 жовтня 2022 року). Хмельницький: ХНУ, 2022. С. 5357.

78. Савчин М. В. Психологія відповідальної поведінки: монографія. Івано-Франківськ, 2008. 280 с.

79. Староконь Є. Г. Психологічні аспекти виховної діяльності та спілкування офіцера. Житомир, 2002. 304 с.

80. Стасюк В. В. Психологічне забезпечення діяльності військ (сил): підруч. Київ: НУОУ, 2014. 504 с.

81. Стасюк В. В. Формування військової еліти України, її місце в сучасних соціальних процесах. Суспільно-комунікативні процеси у Збройних Силах України: підручник / [В. І. Алещенко, Т. В. Андрущенко, В. В. Стасюк та ін.]; за заг. ред. В. С. Чорного. Київ: НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2017. С. 133-138.

82. Стасюк В. В., Василенко С. В. Сутність професійно-психологічного відбору військовослужбовців до діяльності в екстремальних умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2010. Вип.8. С. 137-145.

83. Тептюк Ю. О. Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова. Київ, 2021. 272 с.

84. Томчук М. І. Методологічні засади дослідження та формування психологічної готовності особистості до діяльності. Психологія і суспільство. 2010. №4. С. 41-46.

85. Хайрулін О. М. Психологія професійного вигорання військовослужбовців: [монографія]; за наук. ред. А.В. Фурмана. Тернопіль: ТНЕУ, 2015. 220 с.

86. Хома Д. О., Дідух М. М. Теоретичні аспекти дослідження стресостійкості. Актуальні питання виявлення та розкриття злочинів Національною поліцією: вітчизняний та зарубіжний досвід: матеріали Міжнар. наук.-практ. круглого столу, 19 лют. 2020 р. Київ: Нац. акад. внутр. справ, 2020. С. 220-228.

87. Циганчук Т. Емоційний інтелект в структурі стресостійкості студентів ПВЕ:
http://elibrary.kubg.edu.ua/22260/1/T_Tsyhanchuk_NVP_2_ILPP.pdf (дата звернення: 29.10.2023).

89. Шевченко В. Є. Психологічний аналіз забезпечення професійної надійності і боєздатності військовослужбовців Збройних Сил України. Психологія. 2011. № 1. С. 38-43.

90. Шестопалова Л. Ф. Профілактика постравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти. Гуманітарний часопис. 2005. № 1. С.103-108.

91. Шестопалюк О. В. Інноваційні моделі навчання в діяльності вищих навчальних закладів. Теорія і практика управління соціальними системами:

філософія, психологія, педагогіка, соціологія. 2013. № 3. С. 118-124.

92. Ягупов В. В. Військова й соціальна психологія: навч. посібн. Київ, 2000. 522 с.

93. Ягупов В. В., Єрохін С. Г., Кожедуб О. В., Кирик О. В. та ін. Військове виховання: історія, теорія та методика. Київ, 2002. 560 с.

94. Ягупов В. Військова психологія: підручник. Київ, Тандем, 2004. 656 с.

95. Яковенко С. І., Яковенко Т. М. Психічна стійкість військовослужбовців до впливу екстремальних чинників. Київ, 2008. 265 с.

96. Akomolafe M. J. Emotional Intelligence and Locus of Control as Predictors of Burnout among Secondary School Teachers in Ondo State, Nigeria. European Journal of Social Sciences, 2011. Vol. 2.(3). P. 369-378.

97. Baerwald M. Burnout - Die Seuche des 21. Jahrhunderts. Studienarbeit. München : GRIN Verlag, 2008. 28 s.

98. Bakker A. B. An organizational and social psychological perspective on burnout and work engagement [A. B. Bakker, W. B. Schaufeli, E. Demerouti, M. C. Euwema]. The Scope of Social Psychology: Theory and Applications; ed by M. Hewstone, H. Schut, J. de Wit [eds.]. NY: Psychology Press, 2007. 352 p.

99. Bakker A. B. Burnout contagion among intensive care nurses. Journal of advances nursing. 2005. Vol. 51 (3). P. 276-287.

100. Bencomo J., Paz C., Liebster E., Bencomo J. Personality traits, psychological adjustment, and burnout syndrome in nursing staff. Investigation Clinical. 2004. Vol. 45(2). P. 113-120.

101. Billings A. G., Moos R.H. Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. Journal of Personality and Social Psychology. 1984. № 46 (4). P. 877-891. № 12. С. 102-105. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Otros_2013_12_18.pdf.

102. The Scope of Social Psychology: Theory and Applications; ed by M. Hewstone, H. Schut, J. de Wit [eds.]. NY: Psychology Press, 2007. 352 p.

ДОДАТОК А

ГЛОСАРІЙ

Анулювання - це захисний механізм, за допомогою якого людина намагається скасувати або усунути нездорову, деструктивну чи іншим чином загрозову думку, чи дію, беручи участь у протилежній поведінці.

Аутоагресія - механізм психологічного захисту. Аутоагресія проявляється в самозвинуваченні, самоприниженні, нанесенні собі тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості аж до самогубства, саморуйнівну поведінку (пияцтво, алкоголізм, наркоманію, ризикованій сексуальній поведінці, виборі екстремальних видів спорту, небезпечних професій).

Витіснення (придушення, репресія) - цей механізм в деяких психологічних теоріях має домінуюче значення.

Відігравання - психологічний механізм захисту, що виражається в несвідомому знятті внутрішньої напруги через поведінку, що реалізовує лячний сценарій, внаслідок зміни своєї ролі в ньому з пасивно-жертвової на активно-ініціюючу.

Військова служба - державна служба особливого характеру, яка полягає в професійній діяльності придатних до неї за станом здоров'я та віком громадян країн, пов'язаній із захистом своєї Батьківщини.

Воєнні дії - організоване застосування військ, сил і засобів для воєнних операцій на суші, на морі, в повітрі, в космосі - в стратегічному й оперативному вимірах.

Воля - психічна функція, яка полягає в здатності індивіда до свідомого управління своєю психікою і вчинками в процесі прийняття рішень для досягнення поставлених цілей.

Всемогутній контроль - психічний процес, що належать до механізмів психологічного захисту.

Гештальт - філософське поняття, що позначає об'єкт у його цілісності, без

розчленування на складники, цілісна структура, яка формується у свідомості людини при сприйнятті об'єктів або їхніх образів.

Депривація - це психічний стан, коли суб'єкт не має змоги задовольняти деякі свої основні психічні потреби достатньою мірою впродовж тривалого часу.

Деструктивність - негативне ставлення людини спрямоване зовні, на зовнішні об'єкти, або всередину, на самого себе і відповідне цьому відношенню поведінку.

Дистрес - стан, при якому людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків і проявляє дезадаптивну поведінку.

Дисциплінованість - риса характеру, або вироблена, що стала звичкою схильність людини до дотримання правил роботи та норм поведінки.

Екстраверсія - одна з психологічних категорій особистості, для якої характерна орієнтація на зовнішній світ.

Емоційна стійкість - здатність емоційно збудженої людини зберігати певну спрямованість своїх дій, адекватне функціонування і контроль над вираженням своїх емоцій (за Я. Рейковським).

Емоційна стійкість - здатність керувати своїми емоціями, зберігати високу професійну працездатність, здійснювати складну чи небезпечну діяльність без напруги, попри емоціогенні впливи (за К. Платоновим, В. Мащуком).

Емоційна стійкість - здатність керувати своїми емоціями, зберігаючи високу працездатність здійснюючи складну (небезпечну) діяльність без напруги, попри емоціогенні впливи. (за В. Марищуком).

Емоційна стійкість - здатність особистості відповідати на напружені ситуації такою зміною емоційного стану, яка призводить не до зменшення, а до збільшення працездатності (за В. Писаренко).

Емоційна стійкість - здатність успішно виконувати складні та відповідальні завдання в напружених емоціогенних обставинах без значного негативного впливу останніх на самопочуття, здоров'я та подальшу працездатність

людини (за О. Сиротіним).

Емоційна стійкість - інтегральна властивість особистості, яка характеризується такою взаємодією емоційних, вольових, інтелектуальних і мотиваційних компонентів психічної діяльності індивідуума, яка забезпечує оптимально успішне досягнення мети діяльності в складній емотивній ситуації (за П. Зільbermanом).

Емоційна стійкість - інтегральна якість соціально зрілої особистості, яка має високий інтегральний контроль та характеризується такою взаємодією емоційних, вольових, інтелектуальних і мотиваційних компонентів психічної діяльності індивідуума, що забезпечує оптимальне успішне досягнення мети діяльності в складних емотивних обставинах (за Д. Івановим).

Емоційна стійкість - це інтегральна якість особистості, окремі механізми якої, гармонійно взаємодіючи, сприяють успішному досягненню мети; це здатність успішно здійснювати складну й успішну життєдіяльність у напружених емоціогенних обставинах, причому без значного негативного впливу наслідків на самопочуття, здоров'я та працездатність (за Л. Аболіним).

Емоційна стійкість - якість особистості, яка забезпечує гармонійні відносини між усіма компонентами діяльності в емоціогенній ситуації, тим самим сприяючи успішному виконанню діяльності (за Б. Варданяном).

Еустрес - стан, внаслідок якого підвищується функціональний резерв організму, відбувається його адаптація до стресового фактора.

Заміщення - поширена форма психологічного захисту, яка в літературі нерідко позначається поняттям «зсув».

Заперечення - коли людина відмовляється визнавати, що сталася неприємна подія, це означає, що він включає такий захисний механізм, як заперечення.

Заперечення - це прагнення уникнути нової інформації, несумісної з тими особистими уявленнями, що склалися

Захисні механізми психіки - несвідомий психологічний механізм, який зменшує занепокоєння, що виникає з неприйнятних або потенційно

шкідливих подразників.

Ідентифікація - широке поняття психологічної науки (психології та психоаналізу) стосовне психічного процесу уподібнення себе з іншим індивідом чи групою на основі емоційного зв'язку; набуття, засвоєння цінностей, ролей, моральних якостей іншої людини, особливо батьків; копіювання суб'єктом думок, почуттів, дій іншої людини, яка є моделлю; є способом розуміння іншої людини через усвідомлене чи неусвідомлене ототожнення її з собою, намагання зрозуміти її стан, настрій, самооцінку, ставлення до світу, уявивши себе на її місці.

Інтелектуалізація - механізм психологічного захисту, що полягає в несвідомій спробі абстрагуватися від своїх почуттів.

Інтроверсія - це риса особистості, що характеризується зосередженістю на внутрішніх відчуттях, а не на зовнішніх джерелах стимуляції.

Інтроекція - несвідомий психологічний процес, що належать до механізмів психологічного захисту.

Інтроекція- це приєднання до себе чужого «я» або чужого середовища, «проковтування», включення в себе чужого світу.

Інтросекція - захисний механізм психіки, при якому особа переймає судження, властивості, способи поведінки оточення. Інтросекція вважається нормою в процесі виховання моральності у дітей, передачі знань.

Когнітивні навички - когнітивні (пізнавальні) здібності дозволяють обробляти сенсорну інформацію, яку ми отримуємо.

Компенсація - досягнення людиною альтернативних успіхів у іншій сфері для збереження позитивної оцінки себе («Не везе в навчанні, повезе в коханні»).

Компенсація - захисний механізм психіки, що полягає в несвідомій спробі подолання реальних і уявних недоліків.

Копінг - психологічна стратегія та спосіб подолання людиною стресової ситуації. Поняття об'єднує когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії, які використовуються, щоб впоратися із запитами буденного життя.

Копінг-стратегії - це сталі моделі мислення та поведінки, спрямовані на подолання життєвих труднощів.

Локус-контроль - поняття, яке характеризує суб'єктивне сприйняття локалізації причин поведінки чи керівного початку у себе, чи інших.

Мактростресори - критичні життєві події, що вимагають тривалої соціальної адаптації, витрат великої кількості сил і супроводжуються стійкими афективними порушеннями.

Механізми захисту психіки - несвідомий психологічний механізм, який зменшує занепокоєння, що виникає з неприйнятних або потенційно шкідливих подразників

Мікростресори - повсякденні перевантаження і неприємності, локалізовані у часі, що тягнуть за собою погіршення самопочуття для відновлення адаптації, що вимагають невелику кількість часу.

Моралізація - механізм психологічного захисту, подібний із раціоналізацією і виражається в несвідомому пошуку способу переконати себе в моральній необхідності.

Мотиваційно-ціннісний компонент - сукупність особистісно-важливих та особистісно-ціннісних потреб студента до пізнавальної діяльності, яка спонукає надалі до удосконалення професійних знань, пошуку власних ідей, самостійного прийняття рішень та ціннісного ставлення до своєї праці.

Нейротизм - характерологічна особливість людини, що виражається в схильності до невротичних реакцій, нервових зривів, стану тривоги

Нервово-психічна стійкість - сукупність вроджених (біологічно обумовлених) і придбаних особистісних якостей, мобілізаційних ресурсів і резервних психофізіологічних можливостей організму, що забезпечують оптимальне функціонування особистості у несприятливих умовах професійного середовища.

Онтогенез - індивідуальний розвиток організму з моменту утворення зиготи до природної смерті.

Опірність - настає у випадку, якщо стрес-фактор, що викликав, продовжує

діяти, тоді організм захищається від стресу, витрачаючи «резервний» запас сил, з максимальним навантаженням на всі системи організму.

Особистісна готовність - комплекс морально-психологічних особливостей, в якому мотиваційна сторона є основою.

Патогенез - механізми виникнення і розвитку хвороби та окремих її проявів на різних рівнях організму - від молекулярних порушень до змін в органах і системах.

Підсвідомість - це своєрідний резервуар свідомості людини, де зберігається не запитувана інформація із власного досвіду, а також закладені можливості різних комбінацій цієї інформації.

Примітивна ізоляція - це спосіб зняття психологічної напруги шляхом відходу від взаємодії з реальністю.

Проективна ідентифікація - психічний процес, що належить до механізмів психологічного захисту. Полягає в несвідомій спробі однієї людини впливати на іншу таким чином, щоб цей інший поведився відповідно до несвідомої фантазії даної людини про внутрішній світ іншого.

Проекція - порівняно рано розвивається в онтогенезі для стримування почуття неприйняття себе й оточення як результату емоційного відкидання з їхнього боку.

Проекція - теорія в психології - психологічний процес, який належить до захисних механізмів психіки, в результаті якого внутрішнє помилково сприймається як таке, що відбувається ззовні.

Психологічна напруга - загальна реакція організму при зміні стереотипу діяльності та найбільш різко проявляється при уявній або реальній загрозі життю або здоров'ю.

Психологічна напруженість - психічний стан, що відображає підвищений рівень тривожності, відсутність психологічного комфорту в певних умовах праці і, з іншого боку, готовність діяти.

Психологічний захист - психічна діяльність, спрямована на спонтанне усунення наслідків психічної травми.

Психометрична шкала - психометрична шкала, яка часто використовується в анкетах і анкетних дослідженнях (розроблена в 1932 році Ренсісом Лайкертом). При роботі зі шкалою випробуваний оцінює ступінь своєї згоди або незгоди з кожним судженням, від «повністю згоден» до «повністю не згоден».

Раціоналізація - механізм психологічного захисту, при якому в мисленні використовується тільки та частина сприйманої інформації, і робляться тільки ті висновки, завдяки яким власна поведінка постає як добре контрольована і не суперечить об'єктивним обставинам.

Реадаптація - це повторне пристосування будови і функцій організму людини і тварин до умов зовнішнього середовища, спрямований на збереження відносної стабільності внутрішнього середовища організму - гомеостазу.

Реактивне утворення - психологічний захист, що полягає в перетворенні негативного почуття у позитивне, або навпаки.

Регресія - захисний механізм, який є формою психологічного пристосування в ситуації конфлікту або тривоги, коли людина несвідомо вдається до більш ранніх, менш зрілим і менш адекватним зразкам поведінки, які здаються йому гарантом захисту і безпеки.

Резильєнтність - це вроджена динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси та важкі періоди конструктивним шляхом.

Рефлексія - унікальна здатність людської свідомості в процесі сприйняття діяльності сприймати й саму себе, внаслідок чого людська свідомість постає як самосвідомість.

Ригідність - складність або нездатність перебудовуватися при виконанні завдань, якщо цього потребують обставини.

Роздільне мислення - механізм психологічного захисту, що виявляється в тому, що суперечності між якимись думками, ідеями, відносинами або формами поведінки вперто не усвідомлюються.

Розлади особистості - порушення характерологічної конституції та

поведінкових тенденцій особистості, яке охоплює зазвичай декілька психологічних сфер та майже завжди супроводжується особистісною і соціальною дезінтеграцією.

Самоконтроль - здатність контролювати свої емоції, думки і поведінку. Самоконтроль ґрунтується на волі - вищій психічній функції, що визначає здатність людини приймати усвідомлені рішення і втілювати їх у життя. Самоконтроль тісно пов'язаний з поняттям психічної саморегуляції.

Самокритика - рефлексивне ставлення людини до себе, здатність до самостійного пошуку помилок, оцінки своєї поведінки і результатів мислення.

Самооцінка - елемент самосвідомості, що характеризується емоційно насиченими оцінками самого себе як особи, власних здібностей, етичних якостей і вчинків; важливий регулятор поведінки.

Самопрограмування особистості - це усвідомлене впровадження в підсвідомість необхідних розумових установок, які відповідають за моделювання мислення і дій людини в житті.

Самосвідомість - рефлексорна свідомість, за допомогою якої особа конкретно усвідомлює себе у своїх власних розумових діях і станах; самоусвідомлення.

Сексуалізація - захисний механізм, який полягає в приписуванні негативним подіям еротичної складової, що перетворює їх таким чином в позитивні.

Стрес - це відчуття тиску, пригніченості або неспроможності впоратися із проблемою.

Стресори - чинники, що викликають стрес.

Стресостійкість - це визначена сукупність особистих якостей, що дозволяють переносити стресові ситуації без неприємних наслідків для особистої діяльності індивіда та оточення.

Сублімація - захисний механізм, що являє собою зняття внутрішньої напруги за допомогою перенаправлення енергії на досягнення соціально прийнятних цілей, творчість.

Сублімація - переведення неприйнятних емоцій і енергії у прийнятне, можливе русло (написання віршів через нещасливе кохання, прибирання квартири при агресії тощо).

Темперамент - вроджена стійка властивість людської психіки, одна з найважливіших структурних одиниць психодинамічної організації психічної діяльності, що визначає реакцію людини на інших людей та на події, що з нею відбуваються.

Тривожність - індивідуальна властивість особи, риса характеру, що проявляється схильністю до надмірного хвилювання, стану тривоги в ситуаціях, які загрожують, на думку цієї особи, неприємностями, невдачами, фрустрацією

Фрустрація - психічний стан людини, що виражається в характерних переживаннях і поведінці й те, що викликається об'єктивно непереборними труднощами на шляху до досягнення мети та розбіжності реальності з очікуваннями суб'єкта.

Хронічні стресори - це перевантаження з тривалою протяжністю у часі, що характеризується повторюваним однотипним стресовим навантаженням.

Я-концепція - динамічна система уявлень людини про саму себе, що включає усвідомлення своїх фізичних, інтелектуальних природних властивостей; самооцінку; суб'єктивне сприйняття, що характеризує вплив на власну особистість зовнішніх факторів. Вона формується під впливом досвіду кожного індивіда.