

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено _____

Кваліфікаційна робота
другий (магістерський) рівень вищої освіти
спеціальність 053 «Психологія»

**МЕТОДИЧНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ПТСР
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Виконала:
студентка групи ПС23-1зм
Панченко Г.В. _____

Керівник:
професор кафедри психології,
д. психол. н., професор
Шевяков О.В. _____

Завідувач випускової кафедри:
к. психол. н., доцент
Панфілова Г.Б. _____

2025 рік

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ

Кафедра психології
Освітній рівень МАГІСТР
Спеціальність 053 «Психологія»

Затверджую:
зав. кафедри психології
Панфілова Г.Б.,
канд. психол. наук, доц.
« ____ » _____ 20__ р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу здобувачу

Панченко Галині Володимирівні

1. Тема роботи «Методичний підхід до корекції ПТСР військовослужбовців»
2. Керівник роботи Шевяков О. В., професор кафедри психології, д. психол. н., професор

затвержені наказом від « ____ » _____ 20__ р., № _____

3. Термін здачі здобувачем закінченої роботи _____
4. Цільова установка та вихідні дані до роботи на основі аналізу навчальних та наукових джерел, емпіричного дослідження обґрунтувати експериментальне дослідження особливостей подолання ПТСР, а також визначити методичні підходи до корекції даного розладу та його корелятив у військовослужбовців.
5. Зміст роботи (перелік питань, які належить розробити): поняття, симптоми, які психодіагностичні методики доцільно застосовувати для виявлення ПТСР, які основні кореляти ПТСР (агресія, прокрастинація, віктимність тощо), напрямки психокорекції та терапії, сформулювати фокуси психокорекційної роботи та на базі яких визначити методичні підходи до корекції ПТСР .

6. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Консультант (Прізвище, ініціали, посада)	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I	Шевяков О. В.		
II	Шевяков О. В.		
III	Шевяков О. В.		

7. Дата видачі завдання _____

8. Календарний план виконання роботи

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	
		За планом	Фактично
1.	Визначення напрямку та теми кваліфікаційної роботи	01.10.24	01.10.24
2.	Аналіз та обробка джерел за темою кваліфікаційної роботи	15.10.24	15.10.24
3.	Визначення завдання та методів дослідження	01.11.24	01.11.24
4.	Робота з теоретичним матеріалом	15.11.24	15.11.24
5.	Проведення власних емпіричних досліджень	01.12.24	01.12.25
6.	Обробка отриманих даних та оформлення отриманих результатів	17.12.24	17.12.24
7.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	08.01.25	08.01.24
8.	Остаточне оформлення кваліфікаційної роботи та захист	13.01.25	13.01.25

Здобувач _____ Панченко Г. В.

підпис *прізвище, ініціали*

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Шевяков О.В.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: __ стор., __ таблиць, __ рис., __ джерел, __ додатків.

Перелік ключових слів: стрес, посттравматичний стресовий розлад, психокорекція, віктимність, гемблінг-залежність, агресія, порушення службової дисципліни, прокрастинація, травмо-фокусована терапія, схильність до насильства.

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) військовослужбовців.

Мета дослідження полягає у теоретико-методологічному обґрунтуванні та експериментальному вивченні особливості проявів ПТСР, його корелятивів а також методичних підходів до корекції даного розладу у військовослужбовців.

Методи дослідження:

а) теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних та експериментальних даних з проблем ПТСР та його корелятивів;

б) емпіричні – спостереження, психодіагностичне тестування. На різних етапах дослідження був використаний комплекс психодіагностичних методик: Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (авт. F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane; адаптований О.Хаустовою, Л.Трачук, В.Безшейко), тест «Опитувальник визначення стратегій подолання стресових ситуацій» (SACS) С. Хобфолла (адапт. Н.Водоп'янової та Є.Старченкова), «Опитувальник оцінки схильності до порушення службової (військової) дисципліни» (В.Петров), «Опитувальник прокрастинації» (авт.Лей), «Вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen)» (адаптація О.Карпова та В. Козлова), «Опитувальник домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (Бойко), тест «Опитувальник оцінки схильності до віктимної поведінки» (О.Андроннікової).

в) статистичні методи обробки експериментальних даних – розрахунки мір варіативності результатів (кореляційний (коефіцієнт кореляції r-Пірсона) з наступною якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична

обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалися на базі пакету статистичних програм SPSSv.17.0 for Windows.

Отримані результати та їх новизна. У роботі резюмовано, що у сучасній психотерапевтичній теорії та практиці виокремлюють чотири напрямки психокорекції та психотерапії ПТСР: освітній, холістичний, соціальний та терапевтичний. Узагальнено, що найбільш представленим типом негативних наслідків перебування військовослужбовців в екстремальних умовах та корелятом ПТСР є віктимність, схильність до гемблінг-залежності, прокрастинація, схильність до психологічного насильства та порушенню службової (військової) дисципліни. Встановлено, що серед методів психотерапії ПТСР найкраще себе зарекомендували: когнітивно-поведінкова терапія, травмо-фокусованої та експозиційна терапії, техніка десенсибілізації за допомогою руху очей, тренінг подолання тривоги. Практична значущість дослідження полягає у тому, що запропоновані рекомендації та розроблена програма корекції ПТСР та його корелятивів можуть бути використані практичними, клінічними психологами, викладачами у процесі фахової підготовки майбутніх психологів з метою поглиблення психологічних знань щодо особливостей процесу переживання травматичного стресу.

АНОТАЦІЯ

Панченко Г.В. Методичний підхід до корекції ПТСР військовослужбовців.

У роботі аналізується проблема особливостей ПТСР, його корелятив та використання методів їх психокорекції корекції. Під час написання роботи було визначено загальні теоретико-методологічні засади вивчення посттравматичного стресового розладу, підбрано комплекс психодіагностичних методик, адекватних меті дослідження, емпірично вивчено та схарактеризовано особливості прояву симптомів ПТСР, окреслено шляхи та напрямки психокорекції вищезгаданого психологічного феномену.

Перелік ключових слів: стрес, посттравматичний стресовий розлад, психокорекція, віктимність, гемблінг-залежність, агресія, порушення службової дисципліни, прокрастинація, травмо-фокусована терапія, схильність до насильства.

SUMMARY

Panchenko G.V. Methodological approach to the correction of PTSD in military personnel.

The work analyzes the problem of the features of PTSD, its correlates and the use of methods of their psychocorrection correction. During the writing of the work, the general theoretical and methodological principles of the study of post-traumatic stress disorder were determined, a set of psychodiagnostic methods adequate to the purpose of the study was selected, the features of the manifestation of PTSD symptoms were empirically studied and characterized, and the ways and directions of psychocorrection of the above-mentioned psychological phenomenon were outlined.

Keywords: stress, post-traumatic stress disorder, psychocorrection, victimization, gambling addiction, aggression, violation of official discipline, procrastination, trauma-focused therapy, tendency to violence.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ.....	12
1.1 Стрес як фактор формування посттравматичного стресового розладу	12
1.2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): визначення, типи, детермінанти виникнення та особливості перебігу	21
1.3. Основні напрямки та методи психотерапії та психокорекції ПТСР військовослужбовців.....	29
Висновки до першого розділу.....	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР ТА ЙОГО КОРЕЛЯТИВ.....	33
2.1. Обґрунтування методичного забезпечення процедури проведення емпіричного вивчення ПТСР та його корелятив військовослужбовців	33
2.2. Опис психодіагностичного інструментарію дослідження	37
Висновки до 2-го розділу.....	50
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ ТА МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ЙОГО КОРЕКЦІЇ.....	51
3.1. Аналіз результатів емпіричного вивчення ПТСР та його корелятив військовослужбовців	51
3.2. Теоретико-методологічні засади програми психологічної корекції ПТСР військовослужбовців	61
Висновки до третього розділу.....	71
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	78
ДОДАТКИ.....	84

ВСТУП

Актуальність дослідження негативних наслідків виконання військовослужбовцями бойових завдань у екстремальних умовах, невід'ємним елементом яких є загроза здоров'ю, інколи ж – життю, складно переоцінити. Боець, який виконує наказ командира, ризикує життям заради своєї країни, чесно та якісно робить свою роботу і виконує свій громадянський обов'язок перед своєю державою, яка направила його для виконання важливих державних завдань. При цьому кожен солдат, офіцер, кожна людина, що опинилася з тієї чи іншої причини в зоні збройного конфлікту, була є і залишається живою людиною зі своїми особистісними особливостями, емоційними реакціями, рівнем стійкості до стресів, швидкістю реакції та іншими характеристиками. Залежно від специфіки, рівня сформованості та розвитку зазначених особливостей, наявність і поєднання тих самих стресогенних чинників кожного бійця може надавати суто індивідуальний вплив, з яким кожен справляється за рахунок індивідуальних ресурсів (фізичних, емоційних, інтелектуальних).

Таким чином, для забезпечення боєздатності військовослужбовців необхідно мати уявлення про їх типові психологічні особливості, спираючись на які можна розробляти програми психологічної профілактики негативних наслідків впливу стресогенних факторів бойової обстановки.

Багато дослідників, зокрема, Л. Грачова, В. Сергеев, С. Литвинцев, Є.Снедков, О.Резнік, В.Литкін, В.Нечипоренко, Б.Дрига, В.Кобзов, В.К. Шамрей, С.Колов, С.W. Hoge, S.H. Grossman, J.L. Auchterlonie, L.A. Riviere, C.S. Miliken, J.E. Wilk та ін., що вивчали феномен бойової психічної травми (БПС) та його віддалені наслідки, говорять про те, що серед військовослужбовців, чия службова діяльність пов'язана з виконанням бойових завдань, це явище дуже поширене і проявляється симптоматикою різної тяжкості, різноманітними клінічними (часто - психіатричними - до 75% і вище) [5;17] проявами, які практично завжди тривають досить довго і мають

хронічний перебіг. Від 10 до 50% хворобливих проявів фахівці відносять до посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [13; 14], ще від 15 до 40% порушень проявляються різноманітною непсихотичною (пограничною) психопатологічною симптоматикою без формування комплексу ПТСР [1; 2; 4; 5].

Об'єкт дослідження: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) військовослужбовців.

Предмет дослідження: методичні підходи до корекції ПТСР та його корелятив у військовослужбовців.

Мета дослідження полягає у теоретико-методологічному обґрунтуванні та експериментальному вивченні особливостей подолання ПТСР, а також визначенні методичних підходів до корекції даного розладу та його корелятив у військовослужбовців.

Завдання дослідження:

1. Визначити теоретико-методологічні підходи до дослідження проблеми ПТСР особистості.

2. Підібрати та апробувати психодіагностичний інструментарій для дослідження психологічних особливостей ПТСР та його корелятив у військовослужбовців.

3. Емпірично дослідити психологічні особливості ПТСР та його кореляти у військовослужбовців і визначити основні фокуси психокорекційної роботи з ними.

4. Визначити основні методичні підходи та розробити програму корекції ПТСР у військовослужбовців.

Для розв'язання поставлених завдань був використаний комплекс адекватних об'єкту і предмету дослідження **методів:**

а) *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних та експериментальних даних з проблем ПТСР та його корелятив;

б) *емпіричні* – спостереження, психодіагностичне тестування. На різних етапах дослідження був використаний комплекс психодіагностичних методик:

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (авт. F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane; адаптований О.Хаустовою, Л.Трачук, В.Безшейко), тест «Опитувальник визначення стратегій подолання стресових ситуацій» (SACS) С. Хобфолла (адапт. Н.Водоп'янової та Є.Старченкова), «Опитувальник оцінки схильності до порушення службової (військової) дисципліни» (В.Петров), «Опитувальник прокрастинації» (авт.Лей), «Вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen)» (адаптація О.Карпова та В. Козлова), «Опитувальник домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (Бойко), тест «Опитувальник оцінки схильності до віктимної поведінки» (О.Андроннікової), «Опитувальник оцінки схильності до психологічного насильства» (В.Петров).

в) *статистичні* методи обробки експериментальних даних – розрахунки мір варіативності результатів (кореляційний (коефіцієнт кореляції r-Пірсона) з наступною якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалися на базі пакету статистичних програм SPSSv.17.0 for Windows.

В основу дослідження покладено *припущення* про те, що посттравматичний стресовий розлад у військових має свою специфіку, зумовлену формуванням на його основі девіантних форм поведінки (схильності до насильства, гемблінгу та порушенню службової дисципліни, агресивності), а також прокрастинації та віктимності.

Наукова новизна дослідження полягає у тому що вперше були емпірично досліджені кореляти копінгу ПТСР та розроблена програма його корекції.

Теоретико-методологічна базаю дослідження стали дослідження проявів стресу та станів, пов'язаних із травматичними життєвими подіями, українських (С. Богданова, М. Дворник, В. Климчук, Л. Ковальова, В. Крайнюк (Корольчук), Т. Титаренко, З. Кісарчук) і закордонних науковців (Р. Лазарус, Г. Сельє тощо).

Практична значущість дослідження полягає у тому, що запропоновані

рекомендації та розроблена програма корекції ПТСР та його корелятив можуть бути використані практичними, клінічними психологами, викладачами у процесі фахової підготовки майбутніх психологів з метою поглиблення психологічних знань щодо особливостей процесу переживання травматичного стресу.

Експериментальна база дослідження. Дослідження здійснювалося на базі КП «Дніпропетровський обласний госпіталь ветеранів війни» Дніпропетровської обласної ради. Загальна вибірка складала 52 військовослужбовця (учасників бойових дій), які перебували на реабілітації з діагнозом ПТСР. Віковий розподіл досліджуваних від 21 до 56 років.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (___ найменувань) та ___ додатків. Основний зміст роботи викладений на ___ сторінках комп'ютерного набору, містить ___ таблиць та ___ рисунки. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить ___ сторінки.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Стрес як фактор формування посттравматичного стресового розладу

Стрес існує в житті кожної людини, тому що беззаперечно стресові імпульси існують у всіх сферах життя і діяльності людини. Стрес – це стан психічної напруги під час дій у надзвичайно складних і важких умовах. Життя іноді стає для людини жорсткою і невблаганною школою. Проблеми на нашому шляху (від незначної до нещасної ситуації) разом із цілим рядом фізичних і психологічних змін викликають негативні емоційні реакції [2, 17, 26].

Поняття «стрес» (від латинського «stringere» по-англійськи «stress» – стягувати) не використовувалося в його нинішньому розумінні до 1920-х років, але воно вже давно використовується у фізиці для позначення внутрішнього розподілу сил. Матеріал впливає на тіло і призводить до напруги. Біологи та психологи в 1920-х і 1930-х роках використовували це поняття як синонім шкідливого фактора навколишнього середовища, який спричиняв захворювання. В процесі еволюції в організмі виробилися механізми забезпечення стабільності діяльності органів і систем на певних функціональних рівнях і адаптації до різних умов життя. Численні фактори можуть спричиняти зміни у внутрішньому середовищі, проте організм зазвичай успішно протидіє негативним впливам і підтримує стабільність. Таку скориговану стабільність внутрішнього середовища організму Уолтер Кеннон називає гомеостазом (від грецького *homoio* – однаковий, подібний і *stasis* – стан). Він характеризується динамічною стабільністю в підтримці різних констант: температури тіла, складу крові, артеріального тиску, обмінних процесів. Функції саморегуляції є основним механізмом підтримки сталості показників діяльності різних систем органів. Надійність фізіологічних функцій – властивість, що забезпечує збереження при різноманітних впливах

фізіологічних процесів, що порушують функцію [36, 41].

З 1926 р. Кеннон використовував поняття «стрес» для позначення зовнішніх факторів, що порушують гомеостаз, але в науковий обіг це поняття було введено лише в середині 1940-х років. Спираючись на ідеї В. Кеннона і К. Бернарда (автора поняття «внутрішнє середовище організму»), відомий дослідник стресу, канадський вчений Ганс Сельє, професор і директор Інституту медицини та експериментальної хірургії при Монреальському університеті (Канада) в 1936 році опублікував свою першу роботу про загальний адаптаційний синдром, але тривалий час утримувався від використання терміна «стрес» і лише з 1946 року почав систематично використовувати його для позначення загального адаптаційного напруження. Доведено, що втручання очищених гормонів (адреналін, інсулін), фізичні фактори (холод, спека), травми, кровотечі, біль або важка м'язова робота можуть викликати синдром. Будь-який із цих шляхів може викликати абсолютно неспецифічну реакцію, яку Сельє назвав «загальним адаптаційним синдромом», а термін «шкідливий агент» замінив терміном «стрес». Часто це описують як «високу напругу». Терміни «депресія» і «стрес» часто використовуються як синоніми з терміном «стрес». Депресія характеризується сильними нападами болю або тривоги, а також втомою [3, 45].

Г.Сельє пише: «Стрес – це неспецифічна фізіологічна реакція організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу». Він розглядав стрес як реакцію органів на вимоги середовища без вагань. Сельє показав, що стрес відрізняється від інших фізіологічних реакцій тим, що стимули (наприклад, новини), які його викликають, є як негативними, так і позитивними. Він назвав негативний стрес «тривогою», а позитивний – «евстресом». Еустресс є джерелом підвищеної активності, задоволення від стресу і характеризується успішним подоланням, мисленням і рухами запам'ятовування, а потім депресією, яка виникає частіше і лише при сильному стресі та супроводжується почуттям безнадії та безпорадності.

Концепція стресу Селі має три основні терміни:

1) фізіологічні реакції на стрес не залежать від природи стресора чи організму, у якої він виникає. Синдром відносної реакції – це універсальна схема захисних реакцій, спрямована на захист людини (тварини) і збереження цілісності організму. Тобто джерело стресу має значення, а неспецифічна імунна відповідь у всіх тварин по суті однакова.

2) Сельє пояснює, що ця захисна дія проходить з окремі стадії під час тривалого або повторного впливу стресу;

Перша стадія стресу – рівень тривоги, координації, тривожної реакції – триває від двох годин до кількох днів. Коли ми стикаємося з небезпекою, на фізіологічному рівні активується дуже давній адаптивний механізм реагування, необхідний для того, щоб вижити, перемогти або втекти від ворога. Щоб отримати достатню кількість енергії, організм реагує екстремним викидом енергії. У кров викидаються відповідні гормони, м'язи рук і ніг готові до активної дії, рівень глюкози в крові підвищується, м'язи постачаються енергією, зір і слух стають гострішими, а швидкість розумової обробки зростає [14, 47].

На цьому етапі психічне напруження також негайно знімається. Емоції змінюють одна одну: усвідомлення, страх, паніка, гнів, лють, рішучість, усвідомленість. Хвилювання швидко зростає. Уся увага зосереджена на тиску. Це підвищує особистий контроль у ситуаціях життя. Фаза травми виглядає так – загальний дисбаланс фази тіла, спричинений фізичною травмою або емоційною травмою. В організмі відбуваються зміни, характерні для початкової дії стресового фактора, і при цьому знижується рівень опірності організму. Якщо стресовий фактор досить сильний, то опір падає до нуля і настає смерть;

Друга стадія стійкості, якщо стрес на першій стадії неможливо подолати і людина тривалий час перебуває в стані дистресу внаслідок дуже сильного стресора, настає стадія, яка називається стійкістю, стабільністю або стадією стійкості. Це стан пристосування до нових емоційних і фізичних навантажень. У фазі опору гнучкі ресурси використовуються не так економно, як у

попередній фазі. Людина пристосовується до кардинально змінених умов життя. Її існування підтримується більш збалансованим способом, оскільки вона більш стійка до впливу стресових факторів [19, 32, 43].

Третя стадія – ступінь втоми (знос). Якщо всі психоособистісні зміни на цій стадії нормального адаптаційного синдрому є оборотними і зняття стресу відновило б людину до нормального функціонування, наступна стадія, на жаль, катастрофічна. У стадії виснаження вся енергія витрачається, психологічний захист не діє, і людина вже не в силах чинити опір. Покладатися на власні ресурси тут небезпечно. Допомога повинна прийти ззовні у вигляді підтримки оточення або у вигляді зняття стресу.

Фаза втоми не є обов'язковою при розгортанні адаптаційного синдрому. Часто вдається подолати стрес на ранніх стадіях і розвинути власну адаптивність. Таким чином, створюється більша стійкість до вищих навантажень [38].

3) третє положення концепції Сельє полягає в тому, що якщо захисна реакція сильна і тривала, то вона стає хворобою, тобто пристосувальною хворобою. Ця хвороба є ціною, яку організм платить, щоб боротися з цими стресовими факторами. Це відбувається, якщо захисна реакція триває надто довго і виснажує ресурси фізіологічних механізмів, або якщо ця реакція занадто сильна.

Підвищена або знижена температура навколишнього середовища, голод або спрага, крововтрата або фізичне виснаження, інфекція або травма, емоційний стрес або зневоднення – все це може викликати безліч змін в організмі.

Залежно від тривалості впливу на особистість стрес поділяють на три основні види: гострий (короткочасний), епізодичний гострий і хронічний стрес [12, 40].

Короткочасний (гострий) стрес характеризується швидким і раптовим початком. Гострий стрес є найпоширенішим типом стресу, викликаного надмірними вимогами до людини або очікуванням цих вимог у майбутньому .

При низьких дозах хронічний стрес стимулює і навіть викликає ейфорію, але при високих дозах настає втома [6].

Сильний стрес є частим явищем у житті людини, є керованим і його наслідки легко лікуються.

Епізодичний гострий стрес – це, по суті, спосіб життя людей, які не визнають стресових подій, чинять опір змінам і не вірять, що страждають.

Стан хронічного стресу передбачає наявність постійного (або тривалого) значного фізичного та морального навантаження на людину (тривалий пошук роботи, налагодження стосунків), внаслідок чого її нервово- психічний або фізіологічний стан є стресовим [23].

Найгіршим аспектом хронічного стресу є те, що люди звикають до нього, тоді як гострий стрес виникає тому, що він раптовий і досить новий, тоді як хронічний стрес знайомий і часто ігнорується, тому що це зручно. Наслідками хронічного стресу можуть бути самогубство, насильство, інфаркт, інсульт або рак. Хвороби важко вилікувати через фізичну і душевну слабкість [9, с. 16].

Існує кілька наукових підходів до розуміння стресу. Відповідно до системного підходу сьогодні стрес вивчають з точки зору фізичного, психологічного та поведінкового рівнів. Фізіологічним стресом є вплив на організм різноманітних зовнішніх і внутрішніх подразників із значними фізіологічними змінами. При цьому величина фізичного навантаження залежить від тяжкості впливу агента. Відмінною рисою психологічного стресу є те, що він викликається психологічними стимулами, які сприймаються як загроза.

Фізіологічний стрес характеризується опосередкуванням стресу гомеостатичними фізіологічними механізмами. Це викликано стресовими факторами, такими як біль, холод, спека, голод, спрага, фізичне перевантаження тощо.

Психологічний стрес опосередковується такими психологічними процесами, як оцінка загрози стресового стимулу та пошук відповідної відповіді на цей стимул. Це відбувається через: шахрайство, приниження,

погрози, нещасні випадки, перевантаження інформацією. Психологічний стрес прийнято поділяти на емоційний та інформаційний [50].

Психологічний стрес виникає в ситуаціях, що загрожують безпеці (злочин, нещасний випадок, війна, важка хвороба), соціальній ситуації, фінансовому благополуччю (втрата роботи), міжособистісним стосункам (сімейні проблеми). У той же час різні її форми - імпульсивна, загальмована, генералізована - призводять до когнітивної обробки, емоційних розладів, зміненої мотиваційної структури діяльності та порушень рухової та мовленнєвої діяльності [22].

Інформаційний стрес виникає в періоди інформаційного перевантаження, коли людина, яка несе велику відповідальність за наслідки своїх дій, не встигає прийняти правильні рішення. Інформаційний тиск часто виникає в роботі диспетчерів та операторів систем технічного контролю.

Ми також можемо сперечатися про особистий і внутрішній стрес. Перший – це непорозуміння з оточенням, складні стосунки з коханою людиною, особистий конфлікт, позиція жертви чи агресія в партнерських стосунках. Друга – нещасливе кохання, тривала самотність, давні мрії про сім'ю та дітей, нереальна потреба професійної самореалізації, надія на душевний спокій, на досягнення ладу з самим собою, яка не може бути здійснена.

Деякі автори розрізняють групові та індивідуальні стресори. Груповий стрес виникає одночасно у обмеженої кількості людей, у відповідь на вплив загального згубного фактора, наприклад, під час війни, посухи, теракту, урагану, повені. Наслідки тиску однолітків посилюються емоційним зараженням, коли руйнівний досвід тих, хто постраждав найбільше, поділяє більшість. Кожна людина окремо відчуває особистий стрес у відповідь на певний стимул, який ніколи не сприймається іншими [33].

Людина оцінює ситуацію як загрозу під впливом негативних подразників. У кожної людини різний рівень побоювання, але воно все одно викликає негативні емоції. Усвідомлення загрози і наявність негативних емоцій

«підштовхує» людину до подолання шкідливих впливів: вона намагається боротися з руйнівним фактором. Особистість всю свою енергію спрямовує на нього. Якщо обставини не дозволяють і бойові сили вичерпані, в організмі людини можуть виникнути неврози і багато незворотних розладів. В одній і тій же ситуації одні сприймають загрозу на різних рівнях, а в одній і тій же ситуації інші не сприймають її зовсім, тоді у кожного свій стрес і його рівень.

Виникнення загрози починається як реакція на захисну дію. В особистості активізуються захисні механізми, минулий досвід, навички. Залежно від ставлення особистості до фактора загрози з його оцінки виникає мотивація подолання проблем. Стрес є критичним фактором виникнення загрози. Людина може зіткнутися з небезпекою для свого здоров'я, життя, фізичного стану, соціального статусу, самолюбства, близьких.

Крім того, види такого стресу також різноманітні: професійний, економічний, екологічний, технічний, больовий, бойовий стрес, травма і посттравматичний стрес.

Стрес може мати фізичні, психологічні, особистісні та медичні симптоми. Крім того, будь-який стрес обов'язково передбачає емоційне напруження [4].

Поняття «стрес» споріднене з поняттями «афект» і «тривога». Стрес часто є причиною впливу людини, в свою чергу тривога впливає на виникнення стресів, а також є їх наслідком.

Афект (лат. effectus – настрій, хвилювання, пристрасть). Сильне і короткочасне нервово збудження, емоційні стани, сильно виражена моторика, зміни вісцеральної діяльності, втрата бажання контролювати свої дії та жорстокість у вираженні емоцій. С. Рубінштейн стверджує, що в афективних станах людина «втрачає себе» і тому під час афективної дії може порушуватися свідомий контроль над вибором дії. Фактори пов'язані не тільки з біологічними потребами та інстинктами людини, але й можуть бути піддані впливу порушень соціальних відносин (помилка, вчинена образа, вчинена несправедливість). При сильному впливі порушення функції свідомості

призводить до часткової або повної амнезії, коли людина не в змозі згадати подію та окремі епізоди власних дій [52].

Оскільки афект знижує ймовірність довільного контролю над поведінкою, рекомендації щодо його подолання спрямовані на запобігання шляхом уникнення ситуацій, які його провокують, відволікання від нього уваги та переключення уваги та свідомості на інші ситуації та дії відволікаючого характеру. Ефекти виникають раптово, швидко і зникають, коли досягають максимальної напруги, що призводить до реакції.

Одним з головних чинників виникнення стресових ситуацій є хвилювання людини. Тривожність – особистісна психологічна риса, яка проявляється в схильності людини переживати тривожний стан при передчутті несприятливого розвитку подій [1].

Тривога – це стан неспокою, який виникає в ситуації, яка представляє певну психологічну або психологічну загрозу для людини. Цей стан часто називають депресією.

Згідно із загальноприйнятим визначенням, тривога визначається як відчуття неспецифічної, невираженої загрози, що супроводжується очікуванням несприятливих змін [21].

Термін «депресія» часто використовується для позначення широкого спектру переживань, які виникають незалежно від конкретних обставин. Універсальність і семантична невизначеність у психологічних дослідженнях понять депресії та тривоги є наслідком використання різних визначень.

Будь-яка нестабільність, порушення нормальних подій призводить до розвитку депресії [2].

На відміну від страху, який виникає з конкретних причин і пов'язаний насамперед із загрозою виживанню людини як організму, тривога, як правило, має невизначений характер і виникає, коли існує небезпека. У той же час вважається, що тривога і депресія передують страху, який виникає, коли небезпека вже усвідомлена і визначена.

У психології тривогу поділяють на емоційні стани (ситуаційна

тривожність) і стійкі пороги (особистісна тривожність).

Л.С. Ханін розумів тривогу як емоційний стан або реакцію, що характеризується наступними симптомами;

- різного ступеня тяжкості (кількість депресивних станів може змінюватися в залежності від багатьох факторів);
- зміна в часі (емоційний дискомфорт пов'язаний з конкретними ситуаціями);
- наявність неприємних відчуттів напруги, тривоги, неспокою, страху;
- виражена активація вегетативної нервової системи [27].

Під індивідуальною тривожністю розуміється стійка особистісна риса, яка відображає схильність учасника до тривожності та вказує на схильність сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозу, відповідаючи на кожен з них певною реакцією. Як тенденція, особистісна тривожність активується, коли індивід сприймає певні стимули як загрозові для самооцінки.

У кількісному відношенні індивідуальний дистрес дозволяє передбачити ймовірність виникнення в майбутньому депресивних станів. Сильно тривожні люди сприймають стресові ситуації як більш загрозові та відчувають більш виражений рівень ситуативної тривожності.

Стресостійкість – це загальна риса поведінки зі здатністю протистояти стресовим факторам протягом певного періоду часу, необхідного для організації нових ситуацій, що не загрожують цим стресовим факторам [42]. Стресостійкість забезпечує високу працездатність і зберігає здоров'я людини. Там, де можливий стрес, необхідно визначити додаткові способи уникнення стресових ситуацій. Стресостійкість забезпечує високу ефективність фізичних навантажень і сприяє збереженню здоров'я, якщо людина творчо мислить у вирішенні своїх проблем.

Концепцію стресостійкості людини вивчали багато дослідників, зокрема Б. Варданян, Б. Зільберман, В. Мерлін та ін. Вони виділили такі

характеристики стресостійкості: взаємодія, стійкість до змін, режим адаптації, контроль, захист тощо [48].

Боротьба зі стресом включає психологічні (що включають когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії) та фізіологічні механізми. Якщо зусилля впоратися з ситуацією неефективні, стрес зберігається і призводить до появи патологічних реакцій. У деяких випадках стрес організму викликає серйозні проблеми замість того, щоб спонукати до їх подолання [50].

Таким чином, виникнення та переживання стресу залежить не стільки від наміру, скільки з суб'єктивних факторів, з особливостей людини, з її ресурсів: оцінити ситуацію, порівняти свої сили і характеристики з вимогами.

Будь-яка несподіванка, яка порушує нормальний хід життя, викликає стрес або нав'язливість.

Таким чином, певна ситуація може сприйматися одними як стресова, але не резонувати з іншими. Отже, увага зосереджена на психологічних особливостях особистості, які важливі для подолання симптомів стресу .

1.2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): визначення, типи, детермінанти виникнення та особливості перебігу

Посттравматичний стресовий розлад, на думку багатьох дослідників, є психологічна травма, яка є психологічно стресовою подією. У всіх випадках травматична подія є незвичною для індивіда і супроводжується почуттям страху, жаху та безпорадності [13].

Психологічна травма є наслідком впливу травматичного стресу; Мається на увазі екстремальний стрес, викликаний фактором, що руйнує особисту імунну систему індивіда, що призводить до серйозного порушення (від психологічного до біологічного) практично будь-якої злагодженої системи функціонування людини [35].

На початку 80-х років виник самостійний напрямок дослідження хронічного перевантаження, подолання та його наслідків, що призвело до створення таких понять , як «травматичне перевантаження», « травматичний

стрес» або просто «психологічна травма». Поняття травми, хоча й часто використовується, визначається в основному в загальних рисах: подія високої інтенсивності з одночасною відсутністю можливості адекватно впоратися та подолати адаптаційну здатність індивіда, що може призвести до адаптації та проблем, пов'язаних зі стресом.

Травматичний стрес – це особливий вид переживань, результат особливої взаємодії між людиною та її оточенням. Це нормальна реакція на важкі та болісні ситуації, що виникають у людини, яка пережила щось, що виходить за межі нормального людського досвіду [49].

Коли результатом тиску є порушення, тиск викликає біль. У цьому випадку, згідно з сучасними концепціями, пошкоджуються структура «Я», ментальна модель світу, афективна сфера, нервова система, які контролюють процес навчання, система пам'яті та емоційні шляхи навчання. У таких випадках травматичні події викликають стрес – хронічні кризові ситуації з сильними негативними наслідками, ситуації, що загрожують життю самого себе чи важливих родичів.

Такі події в першу чергу порушують почуття захищеності людини, вона переживає хворобливий стрес, психологічний ефект різноманітний. У деяких людей переживання травматичного стресу може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу в майбутньому.

Вчені визначили наступні чотири характеристики травматичного стресового ушкодження;

- 1) подія усвідомлена, тобто людина знає, що сталося і чому вона в депресії;
- 2) така ситуація зумовлена зовнішніми факторами;
- 3) переживання руйнують нормальний спосіб життя;
- 4) подія створює відчуття жаху та безпорадності, неможливості щось зробити.

Відстрочені реакції – це реакції, які виникають у період хронічного стресу, але після нього (пограбування, зґвалтування, повернення з зони

бойових дій тощо), але психологічно для людини він ще не закінчився. Ці реакції виникають через тривалий час після події.

Будь-яка запізніла реакція на травму є нормальною. В одному випадку людина вирішує ситуацію поступово самотійно; інакше вона не впорається сама. У будь-якій із цих ситуацій не уникнути страждань і сильних емоційних переживань [20].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена або тривала реакція на стресову подію (короткочасну або тривалу) особливо загрозливого або деструктивного характеру, що викликає серйозний стрес практично у кожної людини.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, посттравматичний синдром, «бойовий синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» та ін.) - психічний розлад, який є формою неврозу, наприклад, військові операції, терористичний напад, тілесні ушкодження, домашнє чи сексуальне насильство, фактична смерть або загроза смерті).

Перебування в зоні бойових дій. ПТСР за визначенням може виникнути лише після того, як минуло чотири тижні після травматичної події.

Стресові негаразди поділяються за виявленням: 1) у військовослужбовців після перебування в зоні бойових дій, 2) у цивільного населення, постраждалого від військових дій або катастроф, 3) у дітей, жінок і чоловіків під час цивільного життя в мирний час [8, с.30].

Немає сумніву, що така травма може залишити відбиток у душі людини і викликати патологічні зміни всієї її особистості.

До недавніх пір у США діагноз ПТСР розглядався як окрема нозологічна форма, що входила до групи тривожних розладів. Термін «посттравматичний стресовий розлад» був створений у 1960-1970-х роках і пізніше, у 1980 році, був включений як група тривожних розладів у DSM III [32], і лише в 1995 році були визначені його діагностичні критерії. Десяте видання Міжнародної класифікації хвороб МКБ-10 (англ. International.

Статистика Призначення Призначення з хвороби і пов'язані здоров'я

Complications, ICD) – є документ, який використовується як основна статистична та класифікаційна база в системі охорони здоров'я європейських країн, у тому числі й України [53].

Вивчення та аналіз наявних теоретичних джерел зовнішньої чи внутрішньої психології та психіатрії унеможливили встановлення єдиного визначення посттравматичного стресового розладу. Зокрема, Оксфордський словник називає це «розладом, спричиненим психологічним стресом або травматичною подією». Вчені припускають, що посттравматичний стресовий розлад є психоемоційним станом, спричиненим точно пережитим хронічним стресом, під час якого індивід пережив або був свідком психотравмуючих подій. Концептуально новий підхід до цього поняття полягає в тому, що наслідки перебування в безпосередній близькості з учасниками бойових дій в атмосфері війни є невід'ємною складністю, яку слід застосовувати лише до цієї певної категорії людей [4].

Визначення ПТСР за МКБ-10 є найточнішим і часто стосується конкретних проблем, які є 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 пояснюють виникненням посттравматичного стресового розладу та його симптомів багато ситуацій: людина пережила смертельну подію; у формі страху, жаху, беспорядних реакцій; нав'язливі спогади про подію; вона має досвід; дії чи почуття, що відтворюють переживання; психічне напруження при згадуванні травматичних подій; уникати розмов, пов'язаних із травмою; уникати місць і людей, пов'язаних з травмою; аспекти пригадування травми; знижений інтерес до значимої діяльності; почуття відчуженості від інших; нездатність відчувати любов; нездатність зосередитися на перспективі;

порушення сну; спалахи гніву або люті; труднощі концентрації уваги; гіпернастороженість; посилені реакції на страх; постійне психічне напруження. Одночасна наявність у людини шести або більше цих симптомів дозволяє поставити діагноз розвиненого синдрому ПТСР. Якщо виявлено п'ять або менше симптомів, це свідчить про ПТСР як наслідок психологічної травми суб'єкта.

Посттравматичний стресовий розлад – це постійне відчуття тривоги, часто нав'язливі спогади про минулі події та нездатність адекватно спілкуватися з близькими. Такі хворі надають перевагу спілкуванню з колишніми учасниками бойових дій [28].

Розлад адаптації – стан суб'єктивної тривоги та емоційного розладу, який викликає труднощі в соціальному функціонуванні та повсякденній діяльності під час адаптації до значних змін у житті або стресової події. Стресова подія може порушити цілісність соціальних стосунків індивіда чи більш широку систему соціальної підтримки та цінностей або може представляти різноманітні життєві зміни та кризи. Індивідуальна схильність або сприйнятливність відіграє важливу роль у ризику та формах адаптивних реакцій на розлади, однак не допускається можливість виникнення таких розладів без травмуючого чинника.

Звернемо увагу, що посттравматичний стресовий розлад і розлад адаптації є одними з найпоширеніших діагнозів у системі охорони психічного здоров'я в усьому світі. Однак методи діагностики цих станів, які не спрямовані на багато клінічних проявів, труднощі розрізнення нормальних реакцій на травматичні ситуації та стресові події, наявність важливих культурних особливостей реакції на стрес тощо, були предметом інтенсивних дискусій.

Тяжкість травматичної події є основним фактором ризику ПТСР. Серед інших факторів ризику: низький рівень освіти, низький соціальний статус, хронічний стрес, психологічні розлади перед травматичними подіями, наявність у близьких родичів психічних розладів [7].

Інші важливі фактори ризику виникнення посттравматичного стресового розладу включають особистісні характеристики людини, такі як агресивна поведінка, соціопатичний розлад, низький рівень когнітивного розвитку, алкогольна або наркотична залежність.

Залежно від прояву симптомів і їх перебігу розрізняють типи ПТСР:

- важкий ПТСР – розвивається протягом трьох місяців (це не слід плутати з гострим стресовим розладом, який розвивається протягом одного місяця після критичної події);
- хронічні - тривалістю більше трьох місяців;
- відстрочена - коли проблема виникає через півроку і більше після перенесеної психологічної травми і викликаного нею хронічного сильного стресу;
- без сміливих заяв, але з темпераментом, самопочуттям і поведінкою людини, що змінюють її життя: її бажання, пристрасті, а відповідно і ставлення оточуючих людей, коли зміни особистості впливають повністю на її існування [75].

Відмінною рисою ПТСР від психічних розладів є наявність тривалих переживань психотравмуючих станів. Основний симптом ПТСР завжди супроводжується депресією, яка домінує на ранніх стадіях хвороби та є частиною синдрому протягом тривалого перебігу хвороби, надаючи великий вплив на її картину [16].

Одна зі складнощів проведення диференціальної діагностики потерпілого полягає в тому, що крім клінічної картини ПТСР можна спостерігати симптоми, викликані розладами, пов'язаними з іншими психічними захворюваннями – неврозами чи депресією .

Одним із основних синдромів посттравматичного стресового розладу є тривожний розлад.

Про депресію можна говорити, коли протягом тривалого часу (не менше кількох тижнів) неухильно погіршується настрій і людина перестає отримувати задоволення від життя, яке воно їй приносить, посилюється втома. Можуть

спостерігатися принаймні два з наведених нижче симптомів;

- зниження здатності до концентрації, труднощі зосередження;
- низька самооцінка, невпевненість у собі;
- думки про провину та сором;
- темне і негативне бачення майбутнього;
- самоушкодження або суїцидальні думки та дії;
- порушення сну;
- порушення апетиту;
- зниження лібідо.

Депресія часто супроводжується втратою інтересу, сльозами та почуттям відчаю. Багато людей звикають до цього, тому що вони так довго перебувають у цій ситуації, вони впадають у хронічну депресію. Важка депресія може призвести до спроб суїциду.

До саморуйнівної поведінки, крім суїцидальної поведінки, відносяться вживання алкоголю, наркотиків і сильнодіючих ліків, а також куріння, навмисне перевантаження роботою, небажання постійного лікування та небезпечне керування транспортними засобами (особливо водіння автомобілів і мотоциклів у нетверезому стані); екстремальні види спорту [8].

ПТСР діагностується у випадку наявності наступних симптомів;

1) якщо спогад про напад або нещасний випадок викликає тривогу або страх. Спогади виникають раптово і супроводжуються онімінням, потом і сильним серцебиттям;

2) людина не може переживати важкі емоції, якщо так чи інакше є все, що нагадує їй про психотравмуючу ситуацію (певна вулиця, під'їзд, машини певної марки, телепрограми);

3) якщо людина прокидається кілька разів протягом ночі, від кошмарів, пов'язаних з переживанням екстремальних ситуацій. Є те, що називається відправною точкою. Тригер – це подія, яка викликає напад у пацієнта з ПТСР. Часто тригером є частина травматичного досвіду – плач дитини, звук автомобіля, перебування на висоті, фотографія, текст,

телепередача. Пацієнти з ПТСР часто роблять все можливе, щоб уникнути контакту з тригерами, намагаючись уникнути нового нападу.

Досліджено різні типи ПТСР (згідно з МКБ-10) [18];

1) тип тривоги – характеризується повторними появами неспровокованої тривоги, не тільки усвідомленої, але й фізично відчувається; результаті часто змінюється настрій, є розлади сну, кошмари, безсоння; такі люди прагнуть до спілкування, яке зменшує біль і страждання їхньої ситуації;

2) астеничний тип – лінь, млявість, апатія, нав'язлива байдужість до життєвих і екологічних проблем; власні невідповідності тривожать, навіть трагічніше; сон порушується не так, як страшний посттравматичний стресовий розлад: хворобливий сон триває протягом тривалого часу, іноді важко вставати з ліжка весь день; такі хворі погоджуються на лікування, відгукуючись на допомогу друзів і родичів;

3) дисфоричний тип – для пацієнтів характерна стійка дратівливість, агресивне незадоволення і пригнічений настрій; Вони вразливі, активно мстять, бояться, а потім можуть відчувати нетерпіння і жаль або, навпаки, короткочасне щастя; не просять допомоги, тримаються подалі; до таких людей починають ставитися, коли стає зрозуміло, що їх протестна жорстокість не відповідає дійсності;

4) соматоформний тип – виникають сильні больові відчуття всередині тіла: навколо серця, в шлунково-кишковому тракті, в голові; Ці больові симптоми, як правило, з'являються через 6 місяців після травматичної події, тобто це пізній варіант посттравматичного стресового розладу; іпохондрична фіксація на цих симптомах і тривожне очікування щодо їх тяжкості можуть перетворити пацієнтів на комплексне лікування недовіри та власного знищення, якщо не до лікарів.

Таким чином, аналіз психологічної літератури вказує на те, що першочергову роль у розвитку посттравматичного стресового розладу відіграють стресові події надзвичайно значущого та екстремального характеру для людини, тобто поза звичним людським досвідом та причиною. На появу

симптомів посттравматичного стресу також можуть впливати відстрочені події, які розтягуються в часі без зовнішніх яскравих проявів. Слід також зазначити, що симптоми посттравматичних стресових розладів можуть на деякий час повністю зникати, але під впливом легкого стресу вони з'являються знову. Це характеристика ПТСР, а саме його хвилеподібний характер.

Говорити про посттравматичний стрес означає, що людина пережила одну або кілька травматичних подій, які глибоко вплинули на її психіку. Ці події настільки відрізняються від попереднього досвіду, що людина реагує на них бурхливо негативно. У цих умовах нормальне мислення природно прагне мінімізувати дискомфорт: людина, яка пережила таку реакцію, докорінно змінює своє сприйняття навколишнього світу, щоб трохи полегшити життя.

1.3. Основні напрямки та методи психотерапії та психокорекції ПТСР військовослужбовців

Згідно з науковими дослідженнями, наслідки травматичних подій проявляються змінами в поведінковій, емоційній та когнітивній сферах людини. Емоційно-травмуючі ситуації можуть призвести до образливої поведінки, психологічних та нервово-психічних розладів [4, 7, 9, 15, 22, 37].

В умовах війни посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) стає однією із найбільш поширених психологічних патологій з огляду на те, що йдеться про військових, які приймали безпосередню участь у бойових діях. ПТСР у військових діагностують дуже часто, саме тому дана проблема актуальна сьогодні та буде залишатись такою ще тривалий час.

ПТСР – дефініція досить широка. Вона використовується для позначення неврозу та психічного розладу, який виникає після однієї або декількох травматичних для людини подій. Причин для його появи у військовослужбовців завжди більше ніж достатньо, але найчастіше детермінується він необхідністю застосування летальної зброї із відповідними наслідками та смерть побратимів. Під час травматичної події військовий

відчуває сильний страх та втрату контролю над ситуацією. Сам ПТСР у такому випадку розвивається приблизно через місяць. А от в перші 72 години у військового присутні симптоми гострої стресової реакції, а у наступні дні – гострого стресового розладу.

Мета психотерапії ПТСР полягає у допомозі пацієнту «трансформувати» проблеми і «впоратися» з симптомами, які з'являються в результаті зіткнення з травмуючою ситуацією.

У лікуванні та терапії ПТСР нині використовуються методи у рамках 4 напрямків

1. *Освітній напрямок* – включає в себе інформування про травматичний стрес, причини його виникнення та наслідки, знайомство з основними концепціями психіатрії, фізіології і психокорекції та терапії ПТСР. Цей напрям роботи також включає знайомство з науковою літературою з даної проблематики.

2. *Холістичний напрямок* ґрунтується на досвіді організації здорового способу життя: правильне харчування, достатня фізична активність, відмова від вживання психоактивних, збуджуючих речовин та алкоголю, позитивний настрій – фактори які сприяють швидкому відновленню після пережитих травматичних подій.

3. *Соціальний напрямок* включає методи, спрямовані на відновлення соціальної активності, формування і збільшення підтримки та інтеграції індивіда у соціумі, зміна загального вектору його поведінки, спрямованої на розв'язання проблем подолання складних життєвих ситуацій, у тому числі усунення наслідків психічної травми. Сюди належать будь-які форми організації соціальної роботи (формування громадських організацій, груп взаємопідтримки та взаємодомоги, ветеранські спілки), які допомагають перебігу процесу відновлення людини після пережитої психічної травматизації.

4. *Терапевтичний напрямок* (фармакотерапія, психотерапія) включає в себе розумне використання фармакотерапії для усунення окремих симптомів

ПТСР. Психотерапевтичні методи включають власне психотерапію, яка спрямована на опрацювання травматичного досвіду й роботу з горем та має на меті створення нової когнітивної моделі життєдіяльності людини, афективну переоцінку її травматичного досвіду, відновлення власної цінності та спроможності подальшого функціонування людини у світі. Для цього широко використовується каузальний метод, тобто «той, що причинно впливає» та дозволяє зрозуміти причини виникнення негативних психоемоційних станів. Достатньо ефективними вважаються когнітивно-поведінкова терапія, арттерапія, логотерапія Віктора Франкла. Менше дієві у даному випадку аналітичні та психокінетичні методи терапії.

Висновки до першого розділу

ПТСР (посттравматичний синдром, «бойовий синдром», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» та ін.) – різновид неврозу, специфічний розлад, що виникає внаслідок переживання однієї чи кількох подій, які ушкоджують психіку. Причинами виникнення ПТСР можуть бути аварії, фізичні травми, військові дії, катастрофи, побутове або статеве насильство, стихійні лиха, теракти, загроза смерті тощо.

Вчені диференціюють 4 види (гострий, хронічний, деформаційний й відстрочений) та 3 стадії ПТСР (гостра, хронічна і відстрочена).

Нині виокремлюють чотири напрямки психокорекції та психотерапії ПТСР: освітній (інформування індивіда про травматичний стрес, причини його виникнення та наслідки та основні напрямки корекції й терапії), холістичний (організація здорового способу життя: раціональне харчування, фізична активність, відмова від вживання збуджуючих та психоактивних речовин й алкоголю тощо), соціальний (методи, спрямовані на відновлення соціальної активності індивіда, формування і збільшення підтримки та інтеграції його у соціум, зміна загального вектору його поведінки, спрямованої на розв'язання проблем подолання складних життєвих ситуацій, у тому числі усунення наслідків психічної травми), терапевтичний (розумне використання фармакотерапії та власне психотерапія: опрацювання травматичного досвіду й

робота з горем, створення нової когнітивної моделі життєдіяльності людини, афективна переоцінку її травматичного досвіду, відновлення власної цінності та спроможності подальшого функціонування людини у світі).

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР ТА ЙОГО КОРЕЛЯТИВ

2.1. Обґрунтування методичного забезпечення процедури проведення емпіричного вивчення ПТСР та його корелятивів військовослужбовців

Цілою низкою досліджень було доведено, що наявність навіть окремих симптомів ПТСР може спричинити істотне зниження соціальної адаптації зі значними негативними змінами у житті: алкоголізацією, втратою роботи, сім'ї, погіршенням взаємовідносин з оточуючими [1, 2, 7, 9, 11, 18, 20, 22, 41-42]. Часто ці зміни супроводжуються різними девіаціями, які можуть негативно впливати на якість життя не лише військових, але і їх соціального оточення в цілому.

Типова відповідь організму на загрозову подію включає низку фізіологічних і поведінкових реакцій. Коли загроза минає відбувається повернення до початкового стану. Загострена реактивність та нездатність відновитись після травмуючої події є ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який діагностують за наявності симптомів, що розвиваються щонайменше через місяць після травмуючої події. До них належать: несприятливі зміни в когнітивній сфері та настрої, у рівні збудження та реактивності, нав'язливі думки, пов'язані з травмою, уникання.

Неабияке значення у ключі зменшення симптоматики ПТСР має копінг-поведінка (стратегії, стилі, механізми), оскільки допомагає у адаптації особистості до навколишнього оточення.

Коли говорять про копінг-стратегії (механізми, стилі) мають на увазі когнітивні та поведінкові зусилля з управління зовнішніми та внутрішніми процесами під час взаємодії людини з середовищем. Використання неадекватних копінг-стратегій та емоційна дисрегуляція є факторами ризику, що збільшують ймовірність виникнення симптомів ПТСР. Розвиток

адаптивних копінг-навичок є частиною корекції та терапії пацієнтів із ПТСР й слугує полегшенням симптомів розладу.

Загалом, копінг- стратегії можуть бути поділені на дві категорії: фокусовані на проблемі та на емоціях. У той же час, копінг- стратегії можуть бути як адаптивними, так і малоадаптивними (дисфункціональними). Адаптивні копінг-стратегії спрямовані на зменшення рівня стресу або позбавлення від стресорів та пов'язані з позитивними наслідками, такими як підвищення резистентності, самооцінки, тоді як малоадаптивні копінг-стратегії пов'язані з поганими наслідками – низькою самооцінкою, підвищеною тривожністю, резистентністю та тяжкістю.

В силу підвищеної навіюваності, недостатньої критичності і ворожості до оточуючих, військові, які перебували у зоні активних бойових дій (з потенційним або актуальним ПТСР) можуть бути легко втягнутими в асоціальну діяльність, включаючи агресивність, різні види девіантної поведінки у тому числі й деліквентну [35, 40, 43, 46]. У них відмічаються порушення потягів, легко виникає тяга до алкоголю, психоактивних речовин та азартних ігор [35, 47]. З огляду на це, одним із завдань нашого дослідження стало вивчення психологічних феноменів, детермінованих ПТСР та його негативних наслідків як результату перебування військовослужбовців в екстремальних умовах війни, серед яких типові для більшості військових форми поведінки, що відхиляються від норм, прийнятих в соціумі. Серед них: схильність до порушення службової (військової) дисципліни, гемблінг-залежності (або ігроманії) [15, 20, 22, 24, 28, 31-32, 35, 39-40, 43-45].

Схильність до порушення службової (військової) дисципліни визначається ставленням військовослужбовця до дотримання чинних норм, вимог, правил поведінки та носіння форменого одягу, його пунктуальністю у всіх справах, рівнем відповідальності при виконанні доручень керівництва, якістю виконання цих доручень, особливостями встановлення та підтримання конструктивних взаємин у службовому колективі та ін [12-13]. Щодо

проблематики оцінки схильності до порушення службової (військової) дисципліни основними діагностично значущими індикаторами можуть бути:

- ставлення до чинних вимог, норм і правил поведінки, їх дотримання як з боку самого військовослужбовця, так і його товаришів по службі;
- дотримання індивідом термінів виконання доручень;
- якість виконання доручень;
- дотримання встановлених правил носіння форменого одягу;
- схильність до прояву тих чи інших форм девіантної поведінки (агресія, насильство, немедичне вживання психотропних та наркотичних препаратів, алкоголю тощо);
- особливості взаємодії та взаємовідносин з колегами (у тому числі з керівниками, командирами, начальниками);
- якості особистості, що потенціюють порушення встановлених вимог до посадової поведінки, а також навпаки дисциплінують людину.

Гемблінг-залежність (ігроманія, «лудоманія») – специфічна форма адиктивної поведінки, що виявляється у хворобливій залежності від азартних ігор і веде до зниження значущості соціальних, матеріальних, професійних, сімейних та інших життєвих цінностей, внесена до Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10, де їй надано код F63.0 «Розлади звичок і потягів» [6].

Схильність до психологічного насильства також є поведінковою девіацією, що сприяє дестабілізації морально-психологічного стану військовослужбовців та їх міжособистісних взаємин. Психологічне насильство визначається як форма насильства над людиною, що проявляється як вплив із застосуванням різних психологічних засобів з метою встановлення над ним влади. Як складові психологічного насильства фахівці виділяють «вербальну агресію», що виявляється у схильності впливати на оточуючих словесно (загрозами, образами, докорами, необґрунтованою критикою тощо); «гіперімператив», що виявляється у прагненні давати необґрунтовані розпорядження, ставити неправомірні заборони, запроваджувати обмеження та

припиняти спроби опору та вираження власної думки іншими людьми; «тотальний контроль», що виявляється у прагненні контролювати поведінку оточуючих, створюючи ілюзію безвихідності та необхідності підпорядкування [18].

У процесі аналізу та узагальнення наукових джерел з проблематики ПТСР було виявлено, що даний психічний розлад супроводжується порушенням організації діяльності (прокрастинація) та провокативними діями при виникненні реальної можливості заподіяти злочинцем шкоду людині (віктимість). З огляду на це у дослідженні було поставлене завдання емпіричного вивчення вищезгаданих психологічних дифініцій [24].

Прокрастинація – схильність до постійного, систематичного («хронічного») відкладання виконання значних справ, доручень, службових завдань «на потім». При цьому прокрастинатор сам усвідомлює важливість завдань, що стоять перед ним, і страждає від власної бездіяльності, не відпочиваючи, а замінюючи виконання справді важливих і першорядних справ значно менш значущою активністю, не знаходячи якихось раціональних пояснень навіть для себе самого. Фахівці вважають, що причини прокрастинації можуть критися як у психологічному опорі дорученням керівництва, що виконуються, так і в особистому ставленні до керівництва, що дає ці доручення [11].

Віктимність, або «схильність до поведінки жертви», розуміється науковцями як внутрішня схильність особистості діяти певними способами, які призводять до негативних для неї наслідків, найчастіше виявляється у необдуманих, спонтанних діях. Віктимна поведінка може виявлятися в активних формах, таких, як агресивні, аутоагресивні (самопошкоджуючі, саморуйнівні), гіперсоціальні (соціально схвалювані, але вчинені на шкоду власній безпеці) дії. Виділяються також пасивні форми віктимної поведінки, такі, як схильність до залежної, безпорадної і некритичної поведінки, що виявляється у демонстрації власної неспроможності і жертвовності, у

неготовності брати відповідальність за прийняття рішень, а також – у неадекватній оцінці ступеня небезпеки ситуації [27].

Для подолання складних життєвих (стресогенних) ситуацій залежно від індивідуальних особливостей застосовуються різні копінг-стратегії, що є сукупністю когнітивно-поведінкових дій, які залежать від ситуаційного контексту, і часто неусвідомлюваних самим індивідом. Фахівцями виділяються три осі (2 основні та одна додаткова), що визначають специфіку копінг-стратегій, що використовуються індивідом. До двох основних відносяться осі просоціально-асоціальних та активних-пасивних дій, додаткова вісь вимірює дії за ступенем їх прямого або маніпулятивного застосування. Активний модус включає такі копінг-стратегії, як асертивні (впевнені) дії, пасивний – обережні дії та уникнення; до розряду просоціальних відносяться такі копінг-стратегії, як вступ у соціальний контакт та пошук соціальної підтримки, до розряду – асоціальних – жорсткі, цинічні та агресивні прояви; до прямих відносяться імпульсивні, а до непрямих – маніпулятивні дії [48].

2.2. Опис психодіагностичного інструментарію дослідження

Обґрунтування у параграфі 2.1 особливостей ПТСР та його корелятив у військовослужбовців дозволило сформувати батарею психодіагностичних методик. Для експериментального вивчення вищезазначених корелятив ПТСР були використані наступні з них: Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (авт.F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane; адаптований О.Хаустовою, Л.Трачук, В.Безшейко), тест «Опитувальник визначення стратегій подолання стресових ситуацій» (SACS) С. Хобфолла (адапт. Н. Водоп'янової та Є. Старченкова), «Опитувальник оцінки схильності до порушення службової (військової) дисципліни» (В.Петров)], «Опитувальник прокрастинації» (авт.Лей), «Вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen)» (адаптація О.Карпова та В. Козлова), «Опитувальник домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні»

(Бойко), тест «Опитувальник оцінки схильності до віктимної поведінки» (О.Андроннікової), «Опитувальник оцінки схильності до психологічного насильства» (В.Петров).

Для статистичного аналізу даних було застосовано коефіцієнт кореляції r-Пірсона [8].

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (авт.F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane) адаптований О. Хаустовою, Л.Трачук, В.Безшейко (Додаток А). Методика призначена для виявлення симптомів ПТСР відповідно до актуальних діагностичних критеріїв DSM-5, що у свою чергу, дозволяє отримати комплексну оцінку травматичного досвіду учасників бойових дій. Опитувальник включає чотири основні кластери симптомів: уникнення тригерів травми, нав'язливі спогади про травматичну подію, негативні зміни в когнітивно-емоційній сфері та підвищена збудливість. Опитувальник містить 20 пунктів, що оцінюються за 5-бальною шкалою від 0 («зовсім не турбували») до 4 («дуже турбували»), що дає можливість не лише виявити наявність симптомів, але й оцінити їх інтенсивність.

«Оцінка схильності до порушення службової (військової) дисципліни»
(авт. О.Попов)

З метою вдосконалення форм, методів та методик вивчення особистості військовослужбовців, оцінки зв'язку посттравматичного стресового розладу їхньої схильності до девіантних форм поведінки ми використали опитувальник «Оцінка схильності до порушення службової (військової) дисципліни» (авт.Петров). В його основу була покладена система психометричного виміру наявності та ступеня виразності вищевказаних діагностично значущих індикаторів (Додаток Д).

Методика визначає індивідуально-психологічний компонент девіантної поведінки. До складу опитувальника входять інструкція, стимулюючий матеріал, таблиці діагностичних ключів та нормативних даних та варіанти інтерпретації отриманих відомостей.

Таблиця 2.1.

Діагностичні ключі до шкал опитувальника «Оцінка схильності до порушення службової (військової) дисципліни» (авт. О. Попов)

Найменування	«Прямий» ключ	«Зворотний» ключ	Кількість пунктів
Схильність до порушення дисципліни	3, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 31, 33, 35	1, 2, 4, 7, 8, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30, 32, 34	35 (20+15)
Достовірність (протоколу обстеження)	5, 10, 26	8, 17	5 (3+2)

Таблиця 2.2.

Інтерпретація результатів по шкалі «Схильність до порушення дисципліни» (В.Петров)

Станайн	Вербальний висновок
9	Індивід характеризується дуже високою схильністю до порушень військової (службової) дисципліни, періодично та грубо порушує встановлений порядок та правила поведінки
8	Індивід характеризується відносно високою схильністю до порушень військової (службової) дисципліни, часто втрачає самоконтроль та нехтує правилами поведінки, відрізняється низькою виконавською дисципліною
7	Індивід не завжди виконує точно і вчасно поставлені завдання, допускає окремі (як правило, негрубі) порушення військової (службової) дисципліни.
4-6	Індивід дисциплінований і нормативний, допускає поодинокі та незначні порушення дисципліни, які не суттєво впливають на професійну діяльність
3	Індивід відрізняється підвищеними вимогами до дотримання дисципліни, прагне своєчасного та точного виконання доручень; порушення дисципліни вкрай рідкісні та незначні (навколишні, як правило, можуть їх не помічати)
2	Індивід характеризується дуже гарною дисциплінованістю, беззаперечним виконанням поставлених завдань, суворим дотриманням порядку та правил поведінки
1	Індивід відрізняється винятковою вірністю присязі та професійною надійністю, прагненням до точного та усвідомленого дотримання встановлених правил поведінки, надає дисциплінуючий вплив на оточуючих

Опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» («Strategic Approach to Coping Scale (sacs)» С. Хобфолл (1994) (адапт. Н.Водопьянова, О.Старченкова) (2001)

Призначений для виявлення стратегій подолання складних (стресогенних) ситуацій тест С.Хобфолла розглядає стрес-долаючу (копінг) поведінку як сукупність когнітивно-поведінкових дій, що залежать від ситуаційного контексту. Запропонована модель має 2 основні осі: просоціальна асоціальна, активна – пасивна та одна додаткова вісь: пряма – непряма. Дані осі являють собою вимірювання загальних стратегій подолання (Додаток Б). Введення просоціальної та асоціальної осі ґрунтується на тому, що: а) багато життєвих стресорів є міжособистісними або мають міжособистісний компонент; б) навіть індивідуальні зусилля з подолання мають потенційні соціальні наслідки; в) копінг-дії (дії подолання) часто вимагають взаємодії з іншими людьми; г) активні і пасивні копінг-стратегії можуть мати різний соціально-психологічний контекст. Звернення до соціального контексту подолання дає можливість більш збалансованого порівняння чоловіків та жінок у ключі особливостей копінг-стратегій. Пряма – непряма вісь копінг-поведінки також підвищує міжкультурну вживаність опитувальника SACS. Ця вісь дозволяє диференціювати копінг з точки зору поведінкових стратегій як проблемно орієнтованих зусиль (прямих чи маніпулятивних).

Інструкція досліджуваним: вам пропонуються 54 твердження щодо поведінки у напружених (стресових) ситуаціях. Оцініть, будь ласка, як ви зазвичай робите в даних випадках. Для цього на аркуші відповідей поставте цифру від 1 до 5, яка найбільше відповідає вашим діям. Якщо твердження повністю описує ваші дії чи переживання, то поруч із номером питання поставте 5 (відповідь «так, цілком вірно»). Якщо твердження зовсім не підходить вам, тоді поставте 1 (відповідь «ні, це зовсім не так»).

У бланку відповідей поруч із номером запитання поставте бали, які відповідають вашій оцінці: «ні, це зовсім не так» – 1 бал; "швидше ні, ніж так"

– 2 бали; «важко відповісти – 3 бали; «скоріше так, ніж ні» – 4 бали; «так, цілком вірно – 5 балів.

Таблиця 2.3.

Ключі для підрахунку балів за методикою С.Хобфола «Стратегії подолання стресових ситуацій»

Субшкали	Номери тверджень
1. Асертивні дії	1, 10, 19, 28*, 37, 46*
2. Вступ у соціальний контакт	2, 11, 20, 29, 38, 47
3. Пошук соціальної підтримки	3, 12, 21, 30, 39, 48
4. Обережні дії	4, 13, 22, 31, 40, 49
5. Імпульсивні дії	5, 14, 23, 32, 41, 50*
6. Уникання	6, 15, 24, 33, 42, 51
7. Непрямі дії	7, 16, 25, 34, 43, 52
8. Асоціальні дії	8, 17, 26, 35, 44, 53
9. Агресивні дії	9, 18, 27, 36, 45, 54

Примітка: *позначені зворотні запитання (запитання підраховуються у зворотньому порядку).

Обробка та інтерпретація результатів. Відповідно до «ключа» підраховується сума балів за кожним рядком, який відображає ступінь переваги тієї чи іншої моделі поведінки у складній (стресогенній) ситуації.

Опитувальник містить дев'ять моделей долаючої (копінг) поведінки: асертивні дії, вступ у соціальний контакт, пошук соціальної підтримки, обережні дії, імпульсивні дії, уникнення, маніпулятивні (непрямі) дії, асоціальні дії, агресивні дії.

Аналіз результатів проводиться на підставі зіставлення даних конкретної людини за кожною із субшкал із середніми значеннями моделей подолання в досліджуваній (професійній, віковій та ін.) групі. У результаті порівняння

індивідуальних та середньо-групових показників робиться висновок про подібність або відмінності долає поведінки даного індивіда щодо досліджуваної категорії людей. Для інтерпретації індивідуальних особливостей копінг- поведінки дані конкретного реципієнта може бути зіставлені з даними, поданими у нижченаведеній таблиці

Таблиця 2.4.

**Кількісна вираженість копінг-стратегій за методикою С.Хобфола
«Стратегії подолання стресових ситуацій»**

№ п/п	Стратегії подолання	Модель поведінки (дії)	Ступінь вираженості копінг - моделей		
			низька	середня	висока
1	Активна	Асертивні дії	6-17	18-22	23-30
2	Просоціальна	Вступ у соціальний контакт	6-21	22-25	26-30
3	Просоціальна	Пошук соціальної підтримки	6-19	20-24	25-30
4	Пасивна	Обережні дії	6-17	18-23	24-30
5	Пряма	Імпульсивні дії	6-15	16-19	20-30
6	Пасивна	Уникнення	6-12	13-17	18-30
7	Непряма	Маніпулятивні дії	6-16	17-23	24-30
8	Асоціальна	Асоціальні дії	6-14	15-19	20-30
9	Асоціальна	Агресивні дії	6-13	14-18	19-30

Інший спосіб інтерпретації індивідуальних даних ґрунтується на аналізі індивідуального “портрета” моделей копінг- поведінки. Для цього для наочності може бути побудована кругова діаграма, що відображає ступінь виразності (переваги) кожної з 9 моделей поведінки у конкретної особи (або групи осіб). За індивідуальними даними розраховується частка (у %) кожної моделі поведінки щодо всіх 9 субшкал за формулою:

$M_n (\%) = (N_n \cdot 100) : S$, де N_n – числове значення, отримане по кожній субшкалі ($n = 1... 9$), S – сума показників всіх 9 субшкал.

Моделі поведінки можуть сприяти чи перешкоджати успішності

подолання стресів залежно від ступеня *конструктивності* стратегії, а також впливати на збереження здоров'я суб'єкта спілкування та праці. Для визначення ступеня конструктивності стратегії поведінки обчислюється загальний індекс конструктивності (ІК). $ІК = \frac{АП}{ПА}$, де АП – сума показників субшкал «асертивні дії», «вступ до соціального контакту», «пошук соціальної підтримки»; ПА – сума показників субшкал «уникнення», «асоціальні дії», «агресивні дії» (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5.

**Оцінка загального індекса конструктивності стратегій
стрес-долаючої (копінг) поведінки**

Значення ІК	Ступінь конструктивності стратегії поведінки
$ІК < 0,85$	Низька конструктивність
$ІК = 0,86 - 1,11$	Середня конструктивність
$ІК > 1,1$	Висока конструктивність

Конструктивна стратегія – «здорове» подолання (копінг) є і активним і просоціальним. Активне подолання разом із позитивним використанням соціальних ресурсів (контактів) підвищує стресостійкість людини Хобфолл і Лерман [48].

"Шкала загальної прокрастинації" (General Procrastination Scale) (авт. С. Н. Lay)

Ця методика була використана як основа для виявлення рівня прокрастинації військовослужбовців (Додаток Г). Шкала загальної прокрастинації К. Лея включає 20 тверджень, які показують, наскільки респондент схильний відкладати щоденні завдання у повсякденне життя. Метод розрахований на респондентів віком від 17 років. Як шкала відповідей пропонується 5 – бальна шкала Лайкерта (1 – вкрай нехарактерно, 2 – нехарактерно, 3 – нейтрально, 4 – характерно, 5 – характерно високою мірою).

Обробка результатів проводилося за допомогою підрахунку загальної суми, набраних респондентами кількості балів.

Прямі значення: пункти 1, 2, 5, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 19.

Реверсивні значення: пункти: 3, 4, 6, 8, 11, 13, 14, 18, 20.

Стандартні норми для Шкали загальної прокрастинації наступні: до 30 балів – вкрай низькі показники, від 30 до 42 балів – низькі, від 43 до 67 балів – середні, від 68 до 80 – високі, і від 81 бала – дуже високі значення.

Вікторіанський гемблінг-опитувальник (*Victorian gambling screen*)
(*адаптація О.Карнова та В. Козлова*)

Вікторіанський опитувальник (VGS) включає 21 запитання та ґрунтується на 3-факторній структурі. Всі пункти опитувальника диференційовані відповідно до трьох факторів: шкода, яку завдають респонденту азартні ігри (3 пункти); задоволення від азартних ігор (3 пункти;) збитки, пов'язані із азартними іграми (15 пунктів) (Додаток В).

Інструкція: «Вам пропонується 21 запитання та кілька варіантів відповіді на кожне з них. Виберіть один із запропонованих варіантів відповіді, що відображає Вашу думку, і обведіть кружком вибрану вами відповідь у відповідній клітинці реєстраційного бланка. Відповідайте на запитання, спираючись на останній рік вашого життя. Не витрачайте багато часу на обмірковування відповідей, давайте ту відповідь, яка першою спадає на думку. Не пропускайте запитань. На кожне із них необхідно дати відповідь. Відповідайте якомога щиріше. Не треба намагатися справити гарне враження своїми відповідями, вони повинні відповідати дійсності. Намагайтеся уникати варіантів відповіді «Не можу сказати», «Немає відповіді».

Обробка та інтерпретація результатів.

Використовується наступна шкала підрахунку: «ніколи» – 0 балів; «рідко» – 1 бал; «іноді» – 2 бали; «часто» – 3 бали; «завжди» – 4 бали.

Три фактори мають наступний діапазон балів:

- збитки для партнера – 0-12 балів;
- задоволення від азартних ігор – 0-12 балів;

- збитки собі – 0-60 балів.

Невелика кількість балів свідчить про менш серйозні проблеми, пов'язані з азартними іграми. По мірі зростання кількості балів (результату тестування) підвищується ступінь залучення гравця в залежність від азартних ігор; 21 бал і вище, набрані за шкалою шкоди та додатковими шкалами, дозволяють віднести респондента до групи проблемних гравців.

Шкала задоволення від азартних ігор.

Підраховуються відповіді на запитання 1, 2, 3. Якщо відповіді на ці питання відповідають 8, 9 або відповідь не отримана, то ці запитання не враховуються. При отриманні інших відповідей підраховується сума балів, де 0 – відсутність задоволення і 12 – величезне задоволення від азартних ігор.

Шкала шкоди, завданої дружині (чоловіку)/партнеру.

Підраховуються відповіді на запитання 16, 17, 18. Якщо на запитання 16a/16б, 17a/17б або 18a/18б не отримано відповіді, то шкоду, яку завдається партнеру, підрахувати неможливо.

Відповіді на запитання 16б, 17б і 18б необхідно підраховувати наступним чином:

«ні» – 0 балів;

«частково» – 1 бал;

«так» – 2 бали.

Підраховується сумарний бал з цих запитань, де 0 означає відсутність шкоди, що завдається дружині (чоловіку) /партнеру і 6 – велика шкода, що завдається дружині (чоловіку)/партнеру.

Шкала шкоди, що завдається собі. Підраховуються відповіді на запитання: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21.

Якщо на 4 і більше з цих запитань досліджуваний дає відповіді зі значенням 8 або 9, то загальна сума за цією шкалою не підраховується, а шкала вважається втраченою. Якщо відповіді 8 і 9 даються на 3 або менше з усіх запитань за шкалою, ці бали враховуються при підрахунку загальної суми.

Підраховується сумарний бал з цих питань, де 0 означає відсутність шкоди, що завдається собі, і 60 – велика шкода, що завдається собі.

Інтегральна шкала: 21 бал і більше, набраних за шкалою шкоди та іншими. Цей опитувальник має хороший показник ретестової надійності та високий коефіцієнт кореляції з іншими інструментами вимірювання ігрової залежності та проблем, пов'язаних з азартними іграми, у тому числі CPGI та DSM-IV (2005).

«Схильність до віктимної поведінки» (автор О.Андронікова)

Методика є стандартизованим тест-опитувальником та призначена для вимірювання схильності особистості до здійснення різних форм віктимної поведінки. Віктимність (victima у перекладі з латинського жертва) – це схильність людини ставати жертвою злочину. Віктимна поведінка – це така поведінка людини, яка провокує заподіяння їй будь-якої шкоди (Додаток К).

Даний опитувальник діагностує належність людини до одного з п'яти типів особистості, які виділяються на підставі схильності проявляти той чи інший вид віктимної поведінки (агресивна віктимна поведінка, гіперсоціальна віктимна поведінка, залежна та безпомічна віктимна поведінка, некритична віктимна поведінка; самоушкоджуюча і саморуйнівна віктимна поведінка).

Тест-опитувальник включає 86 тверджень і може використовуватися в комплексі з іншими методиками, спрямованими на вивчення особистості. Середня тривалість тестування 20 хвилин.

Шкала реалізованої віктимності

Якщо показники за даною шкалою нижче норми (1-3 стен), ймовірно що досліджуваний нечасто потрапляє у критичні ситуації або у нього встигла виробитися захисна поведінка, яка дозволяє уникати небезпечних ситуацій. Втім внутрішня готовність до віктимної поведінки присутня. Ймовірно, що відчуваючи внутрішній рівень напруги, досліджуваний прагне взагалі уникати ситуації конфлікту.

Вище норми (8-10 стен) означає, що досліджуваний достатньо часто потрапляє у неприємні або навіть для його здоров'я і життя ситуації.

Причиною цього є внутрішня схильність і готовність особистості діяти провідними способами, які є в його індивідуальному профілі. Частіше за все це – це прагнення до не обдуманого дії спонтанного характеру.

Шкала схильності до агресивної віктимної поведінки

Модель агресивної віктимної поведінки

Вище норми (8-10 стенов). До даної групи відносяться досліджувані, яким притаманно потрапляти у неприємні і небезпечні для життя і здоров'я ситуації, що є результатом проявленої ними агресії у формі нападу або іншої провокуючої поведінки (наклеп, знущання, приниження і т.д.). Їм притаманно навмисне створення або провокування конфліктної ситуації. Їх поведінка може бути реалізацією типової для них антигромадської спрямованості особистості, в рамках якої агресивність проявляється у ставленні до певних осіб і у певних ситуаціях (вибірково), але може бути і “розмитою”, неперсоніфікованою по об'єкту. Спостерігається схильність до антигромадської поведінки, порушенню соціальних норм, правил та етичних цінностей, якими часто суб'єкт нехтує. Такі люди легко піддаються емоціям, особливо негативного характеру, яскраво їх виражають, домінантні, нетерплячі. При всіх відмінностях у мотивації поведінки притаманно наявність насильницької антигромадської установки особистості. З врахуванням поведінкової та мотиваційної характеристик можуть бути представлені наступні типи (або підтипи): сексуальний (статева розбещеність), сексуальний, корисний, пов'язаний з побутовими конфліктами (скандаліст, сімейний деспот), особа психічно хвора, алкоголік і т.д.

Ниже норми (1-3 стенов). Для осіб даного типу характерно зниження характерне зниження мотивації досягнення, спонтанності. Можлива висока образливість. Хороший самоконтроль, прагнення дотримуватися прийнятих норм і правил. Стабільність у збереженні установок, інтересів і цілей.

Шкала схильності до саморуйнівної поведінки

Модель активної віктимної поведінки

Вище норми (8-10 стенов).

Жертовність, пов'язана з активною поведінкою людини, яка провокує ситуацію віктимності своїм проханням або зверненням. Для активних постраждалих притаманна поведінка двох видів: провокуюча, якщо для завдання шкоди залучається інша особа і власна поведінка, яка часто характеризується схильністю до ризику, необдумані поведінки, часто небезпечної для себе і оточуючих. Наслідки свої дій можуть не усвідомлювати або не надавати їм значення, сподіваючись, що все обійдеться. З врахуванням специфіки поведінки і ставлення до віктимних наслідків у рамках цього типу представлені: свідомий підбурювач (той, що звертається за допомогою про завдання йому шкоди), необережний підбурювач (поведінка об'єктивно у формі певного прохання або в інший спосіб провокує злочинця на завдання шкоди, але сам потерпілий певною мірою цього не усвідомлює), той хто свідомо завдає шкоди самому собі (особа, яка навмисно завдає собі фізичної або майнової шкоди), той, хто завдає шкоди собі власними необережними діями у процесі здійснення навмисного або злочину з необережності).

Нижче норми (1-3 стени). Підвищена турбота про власну безпеку, прагнення огородити себе від помилок, неприємностей. Може призводити до пасивності особистості за принципом “краще нічого не робити, ніж помилятися”. Характеризується підвищеною тривожністю, мрійливістю, часто переживає страхи.

Шкала схильності до гіперсоціальної віктимної поведінки

Модель ініціативної віктимної поведінки

Вище норми (8-10 стени). Жертовна поведінка, соціально схвалювальна і часто очікувана. Сюди належать особи, позитивна поведінка яких провокує на них злочинні дії агресора. Людина, яка демонструє позитивну поведінку завжди або у ситуації конфлікту, з огляду на посадове стан та очікування оточуючих. Люди даного типу вважають неприпустимим ухилення від втручання у конфлікт, навіть якщо це вартує їм здоров'я і життя. Наслідки таких вчинків усвідомлюються не завжди. Вони відрізняються смилівістю, принциповістю, рішучістю, щирістю, добротою, вимогливістю, емпатійністю,

готові ризикувати, можуть бути надмірно самовпевнені. Не толерують поведінку, яка порушує громадський порядок. Самооцінка частіше за все завищена. Поведінка має позитивні мотиви. Поведінка має позитивні мотиви.

Ниже норми (1-3 стени) – характеризується пасивністю, байдужістю до тих явищ, які відбуваються навколо. Діє за принципом «моя хата с краю», що може бути як наслідком образи на зовнішній світ, так і формування у результаті відчуття нерозуміння, ізольованості від світу, відсутності соціальної підтримки і включеності у соціум.

Шкала схильності до залежної і безпомічної поведінки

Модель пасивної віктимної поведінки

Вище норми (8-10 стени) – особи, які не чинять супротиву, протидіючи злочинцю з різних причин: віку, фізичної слабкості, безпомічного стану (стабільного або тимчасового), боязкості, з опасінь відповідальності за власні протиправні або аморальні дії і т.д. Можуть мати установку на безпомічність. Небажання робити щось самому, без допомоги інших. Можуть мати низьку самооцінку. Постійно втягуються у кризові ситуації з метою отримання співчуття і підтримки оточуючих. Мають рольову позицію жертви. Несміливі, дуже навіювані, конформні. Можливим також є варіант засвоєної безпомічності у результаті неодноразового потрапляння в ситуації насильства. Схильний до залежної поведінки, поступливий, виправдовує чужу агресію, схильний все прощати.

Ниже норми (1-3 стени) – схильність до незалежності, уособленості. Завжди прагне виокремитися з групи ровесників, на все має свою точку зору, може бути нетерплячим до думки інших, авторитарний, конфліктний. Має підвищений скептицизм. Можлива внутрішня ранимість, яка призводить до підвищеного бажання уособитися від оточуючих.

Шкала схильності до некритичної поведінки

Модель некритичної віктимної поведінки

Вище норми (8-10 стени). До даної групи належать особи, які демонструють необачливість, невміння правильно оцінювати життєві ситуації.

Некритичність може проявитися як на базі особистісних негативних рис (жадність, користолюбство), так і позитивних (щедрість, доброта, чуйність, сміливість та ін.), а крім того, в силу невисокого інтелектуального рівня. Ці особи демонструють необережність, необачливість, невміння вірно оцінити життєві ситуації у результаті певних особистісних або ситуативних чинників: емоційний стан, вік, рівень інтелекту, захворювання. Особистість некритичного типу помічає схильність до спиртних напоїв, нерозбірливість у знайомствах, довірливість, легковажність. Має неміцні моральні устої, що підсилюється відсутністю особистісного досвіду або його неврахуванням. Схильні до ідеалізації людей, випрадовуванню негативної поведінки інших, не помічають небезпеку.

Нижче норми (1-3 стег) – вдумливість, обережність, прагнення передбачити можливі наслідки своїх вчинків, які іноді призводять до пасивності індивіда, його страхам. Самореалізація людини у цьому випадку значно ускладнена, може з'явитися соціальна пасивність, яка призводить до незадоволеності своїми досягненнями, заздрощів та почуття розчарування.

Висновки до 2-го розділу

З метою реалізації завдань дослідження було обрано низку адекватних предмету методів та методик, серед яких: Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (авт. F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane; адаптований О. Хаустовою, Л. Трачук, В. Безшейко), тест «Опитувальник визначення стратегій подолання стресових ситуацій» (SACS) С. Хобфолла (адапт. Н. Водоп'янової та Є. Старченкова), «Опитувальник оцінки схильності до порушення службової (військової) дисципліни» (В. Петров), «Опитувальник прокрастинації» (авт. Лей), «Вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen)» (адаптація О. Карпова та В. Козлова), «Опитувальник домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (Бойко), тест «Опитувальник оцінки схильності до віктимної поведінки» (О. Андроннікова), «Опитувальник оцінки схильності до психологічного насильства» (В. Петров).

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ ТА МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ЙОГО КОРЕКЦІЇ

3.1. Аналіз результатів емпіричного вивчення ПТСР та його корелятивів військовослужбовців

З метою вивчення особливостей ПТСР у військовослужбовців, його корелятивів та типових стратегій подолання ПТСР було проведено емпіричне дослідження, вибірку якого склали 52 військовослужбовців, частина з яких перебували на лікуванні в госпіталі м.Дніпра, друга частина – виконували службові завдання у зоні бойових дій.

Метою даного розділу магістерської роботи було емпіричне вивчення психологічних особливостей ПТСР військовослужбовців та його корелятивів й обґрунтування програми корекції з врахуванням отриманих у дослідженні результатів.

З цією метою були використані вказані у другому розділі роботи наступні та *стандартизовані тест-опитувальники*: тест «Опитувальник визначення стратегій подолання стресових ситуацій» (SACS) С. Хобфолла (адапт. Н.Водоп'янової та Є.Старченкова), «Опитувальник оцінки схильності до порушення службової (військової) дисципліни» (В.Петров), «Опитувальник прокрастинації» (авт.Лей), «Вікторіанський геймер-опитувальник (Victorian gambling screen)» (адаптація О.Карпова та В. Козлова), «Опитувальник домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (Бойко), тест «Опитувальник оцінки схильності до віктимної поведінки» (О.Андронікової), «Опитувальник оцінки схильності до психологічного насильства» (В.Петров).

в) *статистичні* методи обробки експериментальних даних – розрахунки мір варіативності результатів (кореляційний, порівняльний аналіз) з наступною якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалися на базі пакету

статистичних програм SPSSv.17.0 for Windows.

Гіпотезою дослідження виступило припущення про наявність взаємозв'язку копінгу травматичного стресу (ПТСР) та гемблінг-залежністю, прокрастанацією, схильністю до віктимної поведінки, схильності до насильства та порушення дисципліни.

Одним із завдань нашого дослідження було здійснити діагностику вираженості симптоматики ПТСР військовослужбовців з використанням опитувальника PCL-5 за чотирма основними кластерами: негативні зміни в когнітивно-емоційній сфері, нав'язливі спогади, підвищена збудливість та уникнення тригерів. Кількісні результати цього етапу емпіричного дослідження продемонстровані у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Результати вивчення вираженості симптоматики ПТСР
військовослужбовців за методикою PCL-5**

Кластер симптомів	M	min	max
Нав'язливі спогади (пункти 1-5)	12.6	6	20
Уникнення (пункти 6-7)	5.6	3	8
Негативні зміни в когніціях та настрої (пункти 8-14)	17.7	6	28
Підвищена збудливість (пункти 15-20)	15.1	5	24
Загальний показник	51.0	20	80

Найвищі показники спостерігаються за кластером негативних змін у когніціях та настрої ($M = 17,7$) та підвищеної збудливості ($M = 15,1$). Як видно з таблиці 3.1, загальний середній показник за методикою PCL-5 склав 51 бал, що свідчить про середній рівень вираженості симптомів ПТСР у вибірці.

Як вже зазначалося, ПТСР є наслідком переживання людиною травматичного стресу, який перевищує наявні ресурси людини і призводить до порушення її психічного і соматичного здоров'я. З огляду на це одним із завдань нашого дослідження стало вивчення стратегій протидії

(копінг-стратегій) військовослужбовцями пережитого стресу. З цією метою нами був використаний стандартизований опитувальник «*Стратегії подолання стресових ситуацій*» («Strategic Approach to Coping Scale (sacs)» С.Хобфолл (адапт. Н.Водоп'янова, О.Старченкова). Результати цього етапу дослідження, які продемонстровані на рисунку 3.1. свідчать про те, що у військовослужбовці переважно використовують наступні копінг-стратегії: агресивні, асертивні, імпульсивні та асоціальні дії. Меншою мірою – уникання та обережні дії.

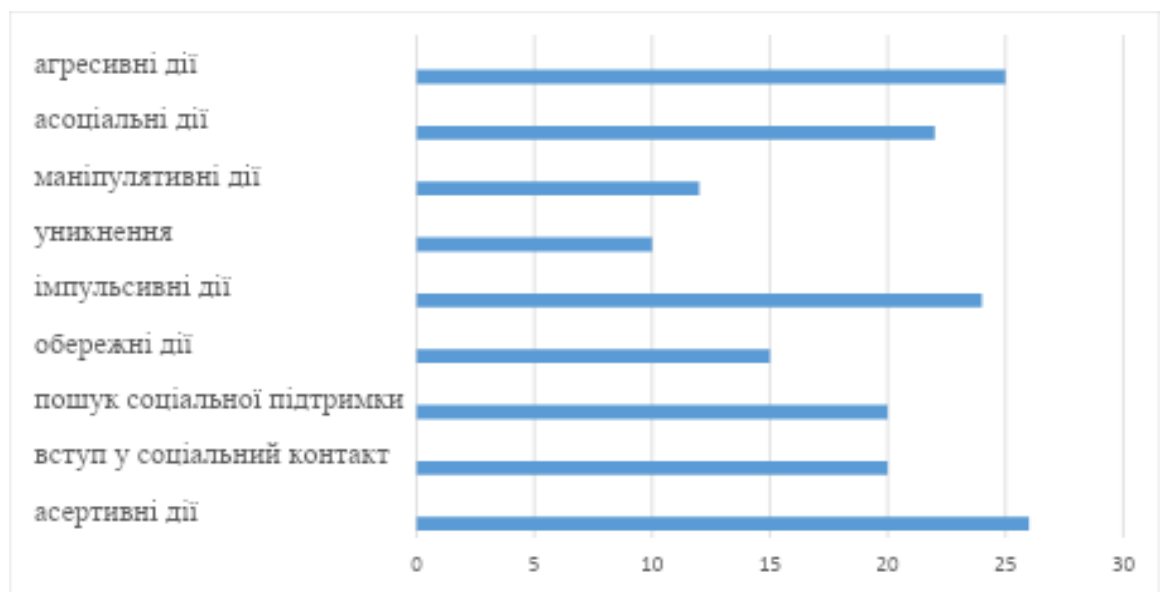


Рис. 3.1 Результати дослідження копінг-стратегій у військовослужбовців з ПТСР (у балах)

На основі аналізу літературних джерел були виокремлені кореляти ПТСР військовослужбовців, серед яких: віктимність, гемблінг-залежність, прокрастинація, психологічне насильство, порушення службової дисципліни. Результати їх дослідження продемонстровані на рис. 3.2. При цьому найбільш представленим типом негативних наслідків перебування військовослужбовців в екстремальних умовах та пережитого стресу була віктимність (28,72%), на другому місці – схильність до гемблінг-залежності (27,01%), на третьому – прокрастинація (20,79%), на 4 – схильність до психологічного насильства

(18,36%), на останньому – (5,12%) виявлено респондентів, схильних до порушення службової (військової) дисципліни (рис.3.2).



Рис. 3.2. Кількість респондентів із корелятами ПТСР (%)

Для виявлення зв'язку поведінкових проявів респондентів, схильних до різних типів девіацій, був застосований коефіцієнт кореляції r-пірсона, результати якого представлені в таблицях 3.2 – 3.7. У зазначених таблицях відображено виявлені статистично достовірні зв'язки між поведінковими проявами респондентів та типовими для них копінг-стратегіями, що реалізуються у стресогенних ситуаціях.

Таблиця 3.2.

Результати кореляційного аналізу зв'язку психологічних особливостей та копінг-стратегій військовослужбовців зі схильністю до віктимної поведінки

n = 52

Показник	Коеф. кор.
віктимність – імпульсивні дії	0,345*

* - кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)

Дані, представлені в таблиці 3.2, свідчать про те, що у респондентів, які підсвідомо звично реалізують сценарій поведінки потенційної жертви і часто демонструють віктимні прояви корелює з імпульсивними (свідомо неконтрольованими) діями ($p = 0,05$). Віктимні прояви пов'язуються зазначеною категорією респондентів з неконтрольованістю емоційних реакцій. Невиконання даних ними обіцянок у зазначені терміни ці досліджувані пов'язують із невпевненістю потенційного виконавця у своїй здатності виконати завдання якісно у поставлені терміни. Виявлені закономірності можуть свідчити про те, що військові з вираженою схильністю до віктимної поведінки вважають, що невиконання вчасно доручень може бути пов'язано з невпевненістю.

З урахуванням всього вищесказаного, у якості фокусів психокорекційної роботи із зазначеною категорією військовослужбовців можна визначити формування адекватного сприйняття причин тих чи інших дій оточуючих людей, формування впевненості в собі та власних діях, оптимізацію самооцінки.

Таблиця 3.3.

**Результати кореляційного аналізу зв'язку копінг-стратегій
військовослужбовців зі схильністю до гемблінг-залежності**

 $n = 52$

Показник	Коеф. кор.
гемблінг-залежність – імпульсивні дії	-0,421**
гемблінг-залежність – агресивні дії	0,392*
гемблінг-залежність – асертивні дії	0,882*
гемблінг-залежність – асоціальні дії	0,833*

** - кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння);

* - кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)

Виходячи з даних, представлених у таблиці 3.3, у респондентів з відносною схильністю до гемблінг-залежності, адиктивна поведінка на

середньому рівні статистичної значущості безпосередньо пов'язана з агресивними ($p = 0,05$) і на середньому рівні статистичної значущості прямо корелює з імпульсними діями ($p = 0,01$). Крім того, було виявлено два прямих статистично достовірних кореляційних зв'язки на середньому рівні статистичної значущості між їх сприйняттям залежної поведінки та такими копінг-стратегіями, як реалізація асертивних ($p = 0,05$) та асоціальних ($p = 0,05$) дій.

Виявлені зв'язки між сприйняттям реалізації поведінкових девіацій і застосуванням копінг-стратегій можуть свідчити про те, що поведінкові прояви залежностей не пов'язані з неконтрольованістю власних імпульсів, а мають характер агресивних реакцій. Це може свідчити про сприйняття цими респондентами залежностей (зокрема, ігрової залежності) як асоціальних проявів, але пов'язаних із впевненістю у собі, власному везінні тощо.

З урахуванням виявлених особливостей зазначеної категорії військовослужбовців, фокусом профілактичної роботи з ними може стати робота з емоційними проявами, стабілізація емоційного фону та навчання їх вибудовуванню конструктивних міжособистісних взаємин соціально схвалюваними способами.

Таблиця 3.4.

Результати кореляційного аналізу зв'язку психологічних особливостей та копінг-стратегій військовослужбовців зі схильністю до порушення військової дисципліни

Показник	<i>n = 52</i>	
	Коеф.	кор.
порушення дисципліни – пошук соц. підтримки	0,328*	
порушення дисципліни – обережні дії	0,483*	
порушення дисципліни – асертивні дії	-0,453*	

* - кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)

Схильність до порушення службової (військової) дисципліни в цих досліджуваних на високому рівні статистичної значущості на пряму пов'язана з обережними діями ($p = 0,05$), і на середньому рівні статистичної значущості – з пошуком соціальної підтримки ($p = 0,05$). Факти порушення військової дисципліни, відповідно до уявлень цих військовослужбовців, пов'язані з пошуком однодумців, готових надати соціальну підтримку, прийняти та підтримати, і тому подібні порушення з їхнього боку відбуваються не демонстративно, а обережно, щоб привернути увагу тих, хто може таку підтримку надати, та не привертати уваги керівництва. Фокусом психокорекційної роботи із зазначеною категорією респондентів доцільно обрати формування установки на впевнену поведінку, що реалізується соціально схвалюваними способами.

Таблиця 3.5.

Результати кореляційного аналізу зв'язку психологічних особливостей та копінг-стратегій військовослужбовців зі схильністю до прокрастинації

n = 52

Показник	Коеф. кор.
прокрастинація – вступ в соціальний контакт	-0,524*
прокрастинація – пошук соціальної підтримки	-0,573*
прокрастинація – асертивні дії	-0,405**

** - кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння);

* - кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)

З таблиці 3.5. видно, що у сприйнятті респондентів із схильністю до прокрастинації (затягування термінів виконання поставлених завдань) зворотньо на середньому рівні статистичної значущості корелює з вступом до соціального контакту ($p = 0,05$) та на високому рівні статистичної значущості – з пошуком соціальної підтримки ($p = 0,05$). Крім цього, порушення службової дисципліни у сприйнятті цих військових на середньому рівні статистичної значущості обернено корелює з асертивними діями ($p = 0,01$).

Таким чином, у сприйнятті цієї категорії військовослужбовців прокрастинація, як і факти порушення службової дисципліни, виглядають як явища, загалом, асоціальні, оскільки вони обернено пов'язані з просоціальними активними копінг-стратегіями, такими, як впевненість, пошук соціальної підтримки та вступ в соціальних контакт. Оскільки у цих респондентів виявлена схильність саме до прокрастинації, ми можемо говорити про деяке неприйняття ними своїх способів взаємодії з реальністю, і у цьому разі фокусом профілактичної роботи з цією групою досліджуваних може стати оптимізація самооцінки та вироблення конструктивних способів дії у запропонованих обставинах.

Таблиця 3.6.

Результати кореляційного аналізу зв'язку психологічних особливостей та копінг-стратегій військовослужбовців зі схильністю до психологічного насильства

Показник	<i>n</i> = 52	
	Коеф.кор.	
психологічне насильство – агресивні дії	-0,572**	
психол. насильство – імпульсивні дії	-0,510*	

** - кореляція значуща на рівні 0,01 (двостороння);

* - кореляція значуща на рівні 0,05 (двостороння)

Аналіз даних, отриманих для групи респондентів із відносною схильністю до психологічного насильства, результати якого представлені в таблиці 3.6, дозволив виявити зворотну кореляцію на високому рівні статистичної значущості між схильністю до психологічного насильства та агресивними діями ($p = 0,01$). Зазначена закономірність свідчить про те, що реалізація психологічного насильства не пов'язується цими респондентами з проявами агресії, а прояви психологічного насильства – це переважно продумані і навмисно реалізовані дії того, хто їх виконує. Відповідно,

установка на загрозливу поведінку, ними не усвідомлюється, і їм здається, що агресивні реакції оточуючих, спрямовані в їхній бік, є не спонтанними підсвідомими проявами, а свідомо спланованими актами утисків через ворожість оточення. Фокусом психопрофілактичної роботи з ними може стати прояснення справжніх причин прояву елементів психологічного насильства, виявлення справжніх потреб, які задовольняються цим способом і пошук соціально прийнятних способів взаємодії з оточуючими.

Одним із завдань нашого дослідження було емпіричне вивчення домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні з використанням методики Бойко (Додаток 3). Результати цього етапу дослідження викладені у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

Результати дослідження домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні за методикою Бойко (%)

n = 52

<i>Стратегії психологічного захисту</i>	Військовослужбовці
Миролюбство	41
Уникання	24
Агресія	35

Як свідчать дані, викладені у вищенаведеній таблиці стратегію «миролюбство» обрали 41% військовослужбовців. Це стратегія захисту суб'єктної реальності особистості, у якій провідну роль відіграють характер та інтелект, оскільки останній нейтралізує енергію емоцій у тих випадках, коли виникає загроза для Я особистості. Досліджувані, у яких домінуючою виявилася ця стратегія характеризуються схильністю до співробітництва та партнерства. Вони залюбки йдуть на компроміси, поступки, демонструють готовність іноді жертвувати своїми інтересами в ім'я головного – збереження власної гідності. Втім, іноді використання даної стратегії означає

пристосування військовослужбовців, спроможність поступатися під натиском партнера і не вступати у конфлікти, щоб не піддавати небезпеці, не випробовувати власне Я.

Для реалізації стратегії «миролюбства» важливо мати комунікабельний, врівноважений характер. І симбіоз інтелекту з вищеназваними рисами характеру створюють передумови для появи миролюбства.

Стратегія «*уникання*» виявилася провідною у 24% військовослужбовців, яка є стратегією захисту суб'єктної реальності, заснована на економії інтелектуальних та емоційних ресурсів. Досліджувані з даною домінуючою стратегією характеризуються ригідними емоціями, млявим темпераментом, вони намагаються обходити або залишати конфлікти та гострі кути у спілкуванні коли їх Я атакують. При цьому вони намагаються не витратити енергію і мінімально напружують інтелект, прагнуть не зв'язуватися з тими, хто набридає їм. Втім часто трапляються випадки коли ці військові активно захищаються і це зрозуміло: інтелект повинен стояти на варті власних потреб, інтересів, цінностей та завоювань.

Агресія – психологічна стратегія захисту суб'єктної реальності людини, що діє на основі інстинкту. Вона реалізується у деструктивній поведінці, яка протирічить нормам і правилам співіснування людей у суспільстві, завдає фізичних збитків людям або викликає у них психологічний дискомфорт. Агресія – одна із «великої четвірки» інстинктів, властива всім живим істотам (голод, секс, страх та агресія). Це відразу пояснює той незаперечний факт, що агресія не виходить із репертуару емоційного реагування.

Серед наших досліджуваних діагностовано наступний розподіл: домінуючою дана стратегія виявилася у досліджуваних (35%). Як відомо, пам'ять людини не хоче інтегрувати досвід, що травмує. У військових з ПТСР нервова система, яка відповідає за загрози, перебуває у стані підвищеної збудливості. Як правило, вони починають сприймати навколишній світ насамперед як небезпечний. А це призводить до того, що люди з розладом зчитують поведінку інших як загрозову та можуть провокувати конфлікти. У

їхньому світосприйнятті дії іншої людини можуть виглядати як спроба напасти на них. Ті, хто страждає на ПТСР можуть напасти самі – на їхню думку, у відповідь. ПСТР – це дуже потужний досвід, що змінює світогляд військовослужбовців, але треба враховувати, що вища ймовірність його розвитку у людей з певною психологічною вразливістю. Дивлячись з чим вони зіткнулися в минулому

Зі збільшенням загрози для суб'єктивної реальності військовослужбовця його агресія зростає, а інтелект виконує при цьому роль "передавальної ланки": за його допомогою агресія нагнітається, "розкручується на повну катушку" у той час як інтелект працює в режимі трансформатора, посилюючого агресію за рахунок сенсу, що їй надається.

Використання такого психологічного захисту особами із збудливим типом акцентуації може бути зумовлено наступними рисами їхнього характеру: підвищена імпульсивність, грубість, дратівливість, запальність. Їм властиві недостатня керованість, неуживчивість, низька контактність. У силу цих особливостей у конфліктних, напружених ситуаціях вони часто є активною стороною, ініціаторами тертя та розбіжностей.

3.2. Теоретико-методологічні засади програми психологічної корекції ПТСР військовослужбовців

Військові, які страждають від посттравматичного стресового розладу, нерідко стикаються із серйозними проблемами при поверненні до мирного життя. Багато хто з них намагається самостійно впоратися з болісними спогадами, тривогою, безсонням, нападами агресії. На жаль, спроби заглушити душевний біль часто призводять до формування згубних навичок, схильностей до насильства та прокрастинації та залежностей.

Деякі військові з ПТСР починають шукати порятунку в алкоголі чи наркотиках. Прагнучи хоч ненадовго відволіктися від важких думок та емоцій, вони поступово втягуються в порочне коло залежностей. Інші намагаються

забутися в азартних іграх, втрачаючи останні гроші та потрапляючи у борги. Розвиток цих патологічних нахилів у поєднанні із соціальною дезадаптацією та нездатністю налагодити мирне післявоєнне життя може призвести до трагічних наслідків.

Військові (ветерани) з ПТСР та супутніми залежностями можуть втратити роботу, житло, сім'ю. Деякі з них поступово опускаються на соціальне дно – стають бездомними, жебракують. Втративши моральні орієнтири і ставши жорсткішими, вони можуть чинити протиправні дії – дрібні крадіжки, хуліганство, насильство. У результаті, замість пошани та поваги, військові стикаються із засудженням та відчуженням з боку суспільства.

Але важливо розуміти, що руйнівна, антисоціальна поведінка військових – це наслідок не їхнього «поганого характеру», а тяжкої психічної травми, отриманої під час виконання військового обов'язку.

Які способи профілактики зможуть допомогти своєчасно виявити та допомогти постраждалим від бойових дій впоратися з їх психоемоційними наслідками ПТСР ?

Практика пропонує кілька варіантів корекції ПТСР у військових :

1) застосування оперативного лікування із застосуванням психофармакологічних препаратів та постановка осіб з ПТСР, схильних до ПТСР або тих, що переживають психопатологічні реперезивання, на облік в установах системи охорони здоров'я;

2) індивідуальна психотерапія, спрямована на зміна психоемоційного стану людини, її поведінка, поліпшення її комунікативних патернів поведінки, покращення загального самопочуття або спроможності до адаптації в соціумі;

3) психологічне консультування;

4) групова психокорекція.

Існує багато методів, що ефективно використовуються в процесі терапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Однак, при всьому різноманітті їх можна класифікувати на 4 категорії:

Освітня категорія.

Це обговорення книг, матеріалів та статей, знайомство з основними концепціями фізіології та психології. Наприклад, розуміння клінічної симптоматики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) може суттєво покращити усвідомлення своїх переживань. Це знання демонструє, що труднощі, з якими стикається людина, не є унікальними, а навпаки, «нормальні» в умовах складної ситуації.

Цілісне ставлення до здоров'я.

Здоровий спосіб життя відіграє ключову роль у відновленні після травмуючих подій. Він включає кілька важливих компонентів, таких як адекватна фізична активність, збалансоване харчування і відмова від шкідливих звичок, включаючи алкоголь і наркотики. Такі дії не лише сприяють фізичному зміцненню, а й позитивно впливають на психоемоційний стан.

Методи, які збільшують соціальну підтримку та соціальну інтеграцію.

Сімейна та групова терапія, розвиток мереж самопомоги, створення та зміцнення громадських об'єднань мають велике значення для соціальної реабілітації. Ці методи засновані на взаємопідтримці, обміні досвідом та активному залученні учасників, що дозволяє створювати безпечне та підтримуюче середовище.

Власне терапія.

Вона включає роботу з горем, страхами, психосоматикою, травмуючими спогадами і т. д. і спрямована на «переробку» проблеми і опанування симптомів.

Найчастіше фахівці під час роботи з ПТСР віддають перевагу таким методам терапії:

1. десенсибілізація та опрацювання рухів очей (ДПДГ);
2. візуально-кінестетична дисоціація;
3. ослаблення (або редукція) травматичного інциденту;
4. терапія уявного поля (ТМП).

Коли людина стресує, у нього запускається адреналінова реакція, увага

зміщується з тілесних реакцій на емоції страху чи гніву. Такий стан змушує людину мобілізуватися до боротьби чи втечі. Якщо цей стрес перевищує компенсаторні можливості людини, то у неї розвивається ПТСР.

Людина відчуває безпорадність, страх. У такі моменти активується права півкуля, яка збуджує зорову область кори. Це призводить до того, що сприйняття навколишнього світу стає більш інтенсивним та емоційно насиченим. Однак, паралельно з цим, ліва півкуля, що відповідає за аналітичне мислення та логічне сприйняття, а також мовний центр кори, виявляється пригніченим. У результаті людина зазнає сильного емоційного потрясіння, яке не може висловити словами.

У зв'язку з цим, страждання, які після травми зазнає людина, не можуть бути виліковані простим забуванням або витісненням фактів, що їх викликали. На підсвідомому рівні спогади продовжують існувати у вигляді як психосоматичних порушень, кошмарів так і складнощів у побудові взаємин із оточуючими.

З цієї причини, як не дивно, таким людям потрібно протилежне: їм потрібно згадати все максимально докладно, заново пережити емоційно, побачити і відчути наново весь свій досвід, що травмує.

У терапії вміст оживає у пам'яті, фантазії, керованій уяві або під впливом трансу. Процес відбувається в символічній формі, а не ідентично схожій ситуації (людину не потрібно знову поміщати в події, що травмують в реальності).

Перелічені види терапії дають людині можливість повторного переживання і, що особливо важливо, дозволяють висловити свої переживання словами і осмислити їх.

Основу цих методів становить процес повторного переживання і подальше опрацювання почуттів. Важливо, що терапевт у таких підходах не інтерпретує те, що відбувається, і не втручається в перебіг сеансів. Зберігається повна нейтральність з боку терапевта, що дозволяє людині заглибитись у свої переживання без зайвого тиску.

Однією з найбільш інноваційних методик у профілактиці розвитку ПТСР виступає *групова психокорекція*. Її вибір обумовлений можливістю корекції індивідуальних особливостей психологічного розвитку та сприйняття об'єктивної дійності окремими індивідами (групами індивідів).

У процесі її застосування здійснюється вироблення певних норм особистісної поведінки (індивідуальний рівень), міжособистісної взаємодії (рівень груповий), а також розвиток здібностей особистості адекватно та найбільш «м'яко» реагувати на складності у сфері міжособистісних відносин, що виникають.

У процесі психокорекційного впливу найбільш чітко можливо реалізувати такі форми психокорекційного впливу як переконання, навіювання, наслідування та підкріплення. При цьому, вироблення методики роботи з різними категоріями осіб, які потребують корекції, психолог може вибирати самостійно.

При індивідуальній психокорекції спеціаліст може встановити психологічний контакт із пацієнтом за умови відсутності сторонніх осіб, а при груповій – здійснювати роботу відразу з декількома особами, які мають схожі проблеми. Так, якщо в індивідуальній психокорекції результат досягається за допомогою спонукання особи самостійно робити оцінку своїх дії, то при колективній – ефект досягається за рахунок взаємовплив учасників референтної групи один на одного.

Технології психологічної корекції дозволяють здійснювати соціально-корекційну роботу відразу в двох напрямках: корекцію неефективної поведінки та корекцію процесів самоствавлення, самовизначення за допомогою соціально-психологічного тренінгу.

Крім того, робота в групі дозволяє особам, які страждають на ПТСР, відчувати свою важливість, невідчуженість від суспільства, розкритися перед людьми, які мають «схожі проблеми» і засобами міжособистісного спілкування зі спеціалістом або членами корекційної групи спробувати розібратися зі своїми страхами і переживаннями, відчувати «смак до життя» та визначити

шляхи подолання психоемоційних проблем, які виникли. Спроможність роботи з контекстними групами підтверджується численними дослідженнями. Наприклад, робота з групами анонімних алкоголіків, військовослужбовцями, які пройшли «гарячі точки» і зіткнулися з психотравмуючими факторами та ін. Таким чином, групова психокорекція є одним з найбільш важливих напрямів у моніторингу та профілактиці ПТСР у військоослужбовців.

Виявлення схильності до прояву тих чи інших поведінкових відхилень, а також типових копінг-стратегій, що застосовуються військовослужбовцями у важких життєвих ситуаціях, повинні бути основою для розробки програм психологічної профілактики та корекції негативних наслідків виконання ними бойових завдань в екстремальних умовах, що передбачають усі три її щаблі:

- первинну профілактику, спрямовану на підвищення стійкості особистості до впливу стресогенних чинників екстремальної бойової обстановки;

- вторинну профілактику, завданнями якої є раннє виявлення негативного впливу стресогенних факторів впливу екстремальної обстановки на психіку та організм загалом, їх корекція та робота з «групою ризику»;

- третинну профілактику, яка вирішує такі спеціальні завдання, як відновлення здоров'я, корекція порушень поведінки, соціальна реабілітація, попередження рецидивів (флеш-беків тощо) [34].

Система психокорекційних заходів щодо корекції негативних корелятивів ПТСР повинна бути комплексною, диференційованою та етапною і починатися із *встановлення контакту*. Перед психологічною корекцією ми намагалися вибудувати з військовими міст довіри, виявити їх мотивацію та настрій. Важливо було поінформувати військового про те, що таке ПТСР, які ускладнення може завдавати цей розлад і чому необхідно консультуватися із лікарем, адже людина із таким діагнозом перебуває у пригніченому емоційному стані з якими неспроможна впоратися самотійно. З метою налагодження контакту ми ставили військовому такі запитання:

1. Що допомогло вам упоратися після трагедії?

2. Як змінила вас ця ситуація?
3. Які емоції допомагають вам долати тривогу?
4. Чим ви займаєтеся у вільний час?
5. Що б ви сказали людині, яка пережила подібне ?

Добре відомо, що ні інтервенція ні терапія не працюватиме, доки пацієнт не зрозуміє очевидний факт: усе життя у його руках. Прийняття пережитого досвіду та відповідальності – перший крок на шляху до відновлення.

Перебудова образу. Негативні емоції клієнта перетворюються на образи. Найчастіше це образи, що мають зв'язок із трагічною подією і відсилають людину до пережитих спогадів. Поки людина відчуває страх, вона вибирає уникнення, і перехід до стадії прийняття стає складнішим. Завдання психолога в такій ситуації — перепрограмувати сприйняття клієнта, щоб він зміг поглянути своїм страхам в обличчя і подолати бар'єр тривоги.

Для застосування цієї техніки були використані такі етапи:

Ми просили військового заплющити очі і пригадати страшний образ. Як приклад візьмемо людину, яка пережила авіакатастрофу образ її страху – літак.

Потім ми просили військового уявити цей образ у найдрібніших деталях (розмір, колір, форма). У голові спливав образ того самого літака, який брав участь у події, що травмувала.

Потім ми говорили досліджуваному, що це лише образ у його голові, щоб запобігти панічному стану: «Ви в безпеці, вам нічого не загрожує».

Просили військового уявити рух цього образу (вперед, назад, убік). Цей етап дозволяв людині контролювати свій образ, керувати страхом.

Поступово разом із військовослужбовцем зменшили образ. Ми зверталися з проханням перебудувати, трансформувати образ величезного некерованого літака в маленьку іграшку – паперовий літак.

Закріплювали пройдене разом із військовим, просили його повторювати за нами: «Це всього лише паперовий літак у моїй руці. Я не дозволяю своєму страху бути більше / сильнішим за мене».

За допомогою цієї техніки ми доносили досліджуваному, що не потрібно

намагатися обманювати себе, забувши про те, що сталося. Потрібно зрозуміти, що страх виникає з картинки, збудованої нашою свідомістю. Змінивши цю картинку, можна змінити реакцію неї.

Деперсоналізація. Посттравматичний стресовий розлад включає страх не тільки зовнішніх небезпек, але і внутрішніх відчуттів. Це виражається психосоматикою: тремтіння, нудота, запаморочення і т. д. Коли у свідомості спливає враження, що травмує, тіло людини реагує так, ніби кризова ситуація відбувається знову. Завдання терапевта – попередити пацієнта про таку реакцію та способи її запобігання. Один із них – деперсоналізація. Техніка виконання деперсоналізації включає один пункт: пацієнт повинен протягом двох хвилин розглядати крапку на стіні або відображення в дзеркалі. Ефект, який він отримає – розмиття відчуття реальності, відокремлення свідомості від тіла. Цей механізм дозволить зупинити запущені психічні реакції, що викликають дискомфорт. Пацієнт розуміє, що його страхи є лише ілюзією.

На попередньому етапі роботи було сформульовано *базові засади психологічного* втручання, які визначили вибір конкретних психокорекційних методів та технік:

1. Визнання всіх реакцій військових на психотравму нормальними, що забезпечують адаптацію до екстремальних впливів.
2. При роботі з досліджуваними використовувалися моделі психотерапевтичного альянсу, що передбачало підтримку та партнерство з досліджуваними, емпатію до них, формування у військових почуття відповідальності за успіх психологічної інтервенції, що проводилася.
3. Формування індивідуальної переоцінки травматичного досвіду та його інтеграція у загальну систему цінностей та смислів військових. Знаходження нового сенсу травми: 1) на рівні поведінки та можливостей; 2) на рівні цінностей та дружби; 3) на рівні цінностей боргу та честі.
4. Нормалізація психозахисної поведінки військовослужбовців, активізація адекватних егозахисних механізмів.
5. Орієнтація на виявлення потенційних та реальних ресурсів

військовослужбовців.

6. Формування відчуття «контролю над травмою» як загальна стратегія психокорекції, руйнування атрибуцій пасивності та жертвності.

В психокорекційній групі використовувалися методи індивідуальної та групової роботи. Індивідуальні консультації були спрямовані на вирішення конкретних завдань щодо редукції постстресової симптоматики та індивідуальних проблем адаптації. Групова психокорекція дозволяє вирішувати ширше коло загальних для військовослужбовців завдань, до яких входять такі:

1. Створення безпечного соціального простору.
2. Зниження почуття ізоляції та формування почуття належності, спільності цілей, комфорту та підтримки.
3. Відновлення ставлення до іншого як самоцінності, що супроводжується формуванням почуття довіри себе.
4. Формування почуття універсальності власного досвіду.
5. Прояснення загальних проблем, навчання методів подолання наслідків травми.
6. Можливість взяти на себе роль «допомагаючого».
7. Розвиток почуття ліктя: загальні проблеми поділяються учасниками групи.
8. Можливість ділитися з кимось інформацією про себе, говорити про будь-які почуття іншим людям.
9. Зміцнення впевненості у можливості успішного проходження корекції.

Для досягнення поставлених завдань в обох групах використовували низку технік, розроблених у рамках поведінкової, когнітивної та екзистенційної терапії. До обов'язкових методів психокорекції входили:

1. Техніки «активізуючої терапії» (наприклад, «терапія майстерністю та задоволенням», «ранжування завдань сьогодні за складністю»), що застосовуються для формування нових життєвих смислів та набуття контролю

над власним життям.

2. Принципи сократовського діалогу як основний метод виявлення та роботи з неадаптивними думками та установками.

3. Використання метафор, що дозволяло передавати інформацію на рівень несвідомого військових та допомагало активізувати приховані ресурси і призводило до несподіваних рішень проблеми.

4. Техніка «історія мого життя», що застосовується для розширення уявлень про власний досвід та внутрішні ресурси.

5. Техніка «позитивні сторони бойового досвіду», що дозволяє переосмислити травматичний досвід та його наслідки лише на рівні поведінки, міжособистісних відносин, сім'ї та з погляду розвитку власної особистості.

6. Техніка прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном (E. Jacobson, 1929), що дозволило навчити військових загальним навичками саморегуляції.

7. Техніки «когнітивної перевірки реальності загрози», «планованого відволікання» та «заповнення прогалини», з метою сформуванню відчуття контролю над негативними емоціями та знизити напруженість психологічних захистів.

8. Техніка «діалог із значущим іншим» як можливість прийняття агресивної частини себе з метою загальної інтеграції власної особистості.

9. Формування запобіжних заходів щодо мінімізації наслідків спалахів агресії та люті.

10. Техніка систематичної десенсибілізації Вольпе (J. Wolpe, 1952) та техніка візуально-кінестетичної дисоціації (Е.Александров, 2001), що дозволяють знизити емоційно-негативні реакції на травму.

11. Техніки «розморожування афекту» через візуалізацію приємних спогадів, стимуляцію сміху та іронії як можливість «оживити» альтернативний травматичний життєвий досвід та знизити інтенсивність психозахисних реакцій.

12. Вироблення та проведення «ритуалів прощання», що дозволяють завершити минулі відносини військовослужбовця та розкривати перспективи

його майбутнього.

Психотехніки та психокорекційні прийоми, використані у дослідженні викладені у додатках.

Висновки до третього розділу

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволяють резюмувати, що у більшості військовослужбовців проявляються негативні наслідки перебування в екстремальних умовах, найчастішим з яких, згідно з отриманими результатами, є віктимність, на другому місці – схильність до гемблінг-залежності, найменше проявляється схильність до порушення службової (військової) дисципліни. Виявлені на етапі психодіагностичного етапу дослідження кореляційні зв'язки дали можливість визначити фокус психокорекційної роботи з ними у залежності від наявності у військового того чи іншого корелята ПТСР (віктимність, гемблінг-залежність, схильність насильства та до порушення службової (військової) дисципліни, прокрастинація).

Фокусом психокорекційної роботи з категорією військовослужбовців, схильних до *віктимної поведінки* повинно бути формування адекватного сприйняття причин дій оточуючих людей, формування впевненості в собі та власних діях, оптимізацію самооцінки.

Фокусом психокорекційної роботи з військовослужбовцями, схильними до *гемблінг-залежності*, повинна бути робота з емоційними проявами, стабілізація емоційного фону, та навчання їх вибудовуванню конструктивних міжособистісних взаємин соціально схвалюваними способами.

Психокорекційну роботу з категорією військовослужбовців, схильних до *порушення службової (військової) дисципліни*, слід спрямувати на формування у них установки на впевнену поведінку, що реалізується соціально схвалюваними методами.

Фокусом психокорекційної роботи з категорією військовослужбовців, схильних до *прокрастинації*, повинна бути оптимізація самооцінки та вироблення конструктивних способів дії у запропонованих обставинах.

Психокорекційні заходи з категорією військовослужбовців, що виявляють ознаки схильності до *психологічного насильства*, необхідно направити на прояснення справжніх причин прояву елементів психологічного насильства, виявлення справжніх потреб, які задовольняються цим способом та пошук соціально прийнятних способів задоволення цих потреб.

Фокусом психокорекційної роботи з досліджуваними, які у спілкуванні часто використовують *агресію* повинні бути навчання їх соціально прийнятним способам вираження свого гніву; розвиток навичок саморегуляції та самоконтролю власного емоційного стану, формування конструктивних поведінкових реакцій в проблемних ситуаціях, розвиток емпатії й адекватної самооцінки.

ВИСНОВКИ

1. Узагальнення літературних джерел з проблем дослідження дозволяє резюмувати, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – психологічний розлад, який з певною ймовірністю розвивається після потужної травмуючої події. Це може бути будь-яка небезпечна ситуація, яка викликала сильний стрес, наприклад, реальна або уявна загроза життю, спостерігання за тим, як помирає або страждає інша людина або тварина, сексуальне насильство, військові дії, катастрофи та інші тяжкі для психіки події. Вони можуть викликати тривогу, страх, паніку, а також гнів, почуття провини чи безпорадності, які потім повертаються у вигляді нав'язливих, кольорових і дуже реалістичних спогадів – флешбеків.

Кожне вимушене повернення в минуле змушує людину пережити травмуючу подію знову і знову, що часто призводить до порушень фізичного та психічного здоров'я: депресії, фобії, постійні страхи, суїцидальні нахили та інших розладів.

Симптоми ПТСР поділяються на основні типи: а) повторне переживання травми – спогади, що повертаються, нічні кошмари, ретроспекції; б) симптоми уникнення – уникнення думок, відчуттів, предметів, людей і місць, пов'язаних з подією, що травмує; в) негативні думки та емоції – перебільшені негативні переконання про самотність у світі, сором чи почуття провини, знижений емоційний фон, почуття відчуження та складності з відтворенням деталей події, що травмує; г) зміни емоційної відповіді – дратівливість, перебування у стані «готовності», небезпечна поведінка, порушення сну і складності концентрації уваги.

Симптоми ПТСР варіюють від пацієнта до пацієнта. Деякі відчувають переважно один з чотирьох типів симптомів, у той час як у інших відбувається комбінація симптомів. Терміни розвитку симптомів також варіюють – у більшості пацієнтів симптоми розвиваються безпосередньо відразу після

травмуючої події, в інших початок розвитку симптомів може бути відтерміновано на місяці і навіть на роки.

Нині виокремлюють чотири напрямки психокорекції та психотерапії ПТСР: освітній (інформування індивіда про травматичний стрес, причини його виникнення та наслідки та основні напрямки корекції й терапії), холістичний (організація здорового способу життя: раціональне харчування, фізична активність, відмова від вживання збуджуючих та психоактивних, речовин й алкоголю тощо), соціальний (методи, спрямовані на відновлення соціальної активності індивіда, формування і збільшення підтримки та інтеграції його у соціум, зміна загального вектору його поведінки, спрямованої на розв'язання проблем подолання складних життєвих ситуацій, у тому числі усунення наслідків психічної травми), терапевтичний (розумне використання фармакотерапії та власне психотерапія: опрацювання травматичного досвіду й робота з горем, створення нової когнітивної моделі життєдіяльності людини, афективна переоцінку її травматичного досвіду, відновлення власної цінності та спроможності подальшого функціонування людини у світі).

Як свідчать дані наукових досліджень, серед методів психотерапії ПТСР найкраще себе зарекомендували: КПТ (когнітивно-поведінкова терапія) і травмо-фокусованої КПТ, експозиційна терапія, техніка десенсибілізації за допомогою руху очей, тренінг подолання тривоги. Їх сукупна мета – прийняття і опанування симптомів розладу, підтримка адаптивних навичок Я, створення відчуття контролю за ситуацією та відмова від стратегії уникання. Фармакотерапія ПТСР базується на призначенні антидепресантів і (інколи) нейрореплетиків.

2. З метою реалізації завдань дослідження було обрано низку адекватних предмету методів та методик, серед яких: Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (авт. F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane; адаптований О.Хаустовою, Л.Трачук, В.Безшейко), тест «Опитувальник визначення стратегій подолання стресових ситуацій» (SACS) С. Хобфолла (адапт. Н.Водоп'янової та Є.Старченкова), «Опитувальник оцінки

схильності до порушення службової (військової) дисципліни» (В.Петров), «Опитувальник прокрастинації» (авт.Лей), «Вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen)» (адаптація О.Карпова та В. Козлова), «Опитувальник домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (Бойко), тест «Опитувальник оцінки схильності до віктимної поведінки» (О.Андроннікової), «Опитувальник оцінки схильності до психологічного насильства».

3. Результати проведеного дослідження дозволяють резюмувати, що найбільш представленим типом негативних наслідків перебування військовослужбовців в екстремальних умовах та корелятом ПТСР була віктимність (28,72%), на другому місці – схильність до гемблінг-залежності (27,01%), на третьому – прокрастинація (20,79%), на два відсотки менше – схильність до психологічного насильства (18,36%), на останньому місці (5,12%) виявлено респондентів, схильних до порушення службової (військової) дисципліни. Виявлені на етапі психодіагностичного етапу дослідження кореляційні зв'язки дали можливість визначити фокус психокорекційної роботи з ними у залежності від наявності у військового того чи іншого корелята ПТСР (віктимність, гемблінг-залежність, прокрастинація, схильність насильства та порушення службової (військової) дисципліни).

Фокусом психокорекційної роботи з категорією військовослужбовців, схильних до віктимної поведінки повинно бути формування адекватного сприйняття причин дій оточуючих людей, формування впевненості в собі та власних діях, оптимізацію самооцінки.

Фокусом психокорекційної роботи з військовослужбовцями, схильними до гемблінг-залежності, повинна бути робота з емоційними проявами, стабілізація емоційного фону та навчання їх вибудовуванню конструктивних міжособистісних взаємин соціально схвалюваними способами.

Психокорекційну роботу з категорією військовослужбовців, схильних до порушення службової (військової) дисципліни, слід спрямувати на формування у них установки на впевнену поведінку, що реалізується

соціально схвалюваними методами.

Фокусом психокорекційної роботи з категорією військовослужбовців, схильних до прокрастинації, повинна бути оптимізація самооцінки та вироблення конструктивних способів дії у запропонованих обставинах.

Психокорекційні заходи з категорією військовослужбовців, що виявляють ознаки схильності до психологічного насильства, необхідно направити на прояснення справжніх причин прояву елементів психологічного насильства, виявлення справжніх потреб, які задовольняються цим способом та пошук соціально прийнятних способів задоволення цих потреб.

Результати дослідження домінуючих стратегій психологічного захисту у спілкуванні засвідчили, що переважна більшість військовослужбовців, які у спілкуванні обирають “миролюбство”, відрізняються комунікабельним, врівноваженим характером. Вони залюбки йдуть на компроміси, поступки, демонструють готовність іноді жертвувати своїми інтересами, хоча іноді поступаються під натиском партнера і не вступають у конфлікти, щоб не випробувати власне Я. У чверті досліджуваних стратегією психологічного захисту у спілкуванні діагностовано «уникання», яке характеризується ригідними емоціями, млявим темпераментом. Вони намагаються обходити або уникати конфліктів та гострих кутів у спілкуванні коли їх Я атакують. Трохи більше третини військовослужбовців стратегією психологічного захисту у спілкуванні обирають «агресію», яка реалізується у деструктивній поведінці, що протирічить нормам і правилам взаємодії людей у суспільстві, завдає фізичних збитків людям або викликає у них психологічний дискомфорт. Фокусом психокорекційної роботи з такими досліджуваними повинні бути навчання їх соціально прийнятним способам вираження свого гніву; розвиток навичок саморегуляції та самоконтролю власного емоційного стану, формування конструктивних поведінкових реакцій в проблемних ситуаціях, розвиток емпатії й адекватної самооцінки.

4. Виокремлені фокуси психокорекційної роботи з військовими дали змогу визначити *методичні підходи до корекції* ПТСР. Вони повинні

ґрунтуватися на опрацюванні травматичного епізоду, відновленні емоційних контактів у міжособистісних відносинах та когнітивному аналізі базових установок, що впливають на включення функцій контролю, формуванні впевненості в собі та власних діях, стабілізації емоційного фону, навчанні вибудовуванню конструктивних міжособистісних взаємин, розвитку навичок саморегуляції та самоконтролю власного емоційного стану, формування конструктивних поведінкових реакцій в проблемних ситуаціях, а головне – на створенні нової когнітивної моделі життєдіяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Арнаутова Л., Петровська, Т. Копінг-стратегії подолання стресу спортсменами. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2019. № 2. С. 105–113, DOI:10.32652/tmfvs.2019.
2. Акименко Ю. Ф., Сила Т. І. Як допомогти родині учасника бойових дій : метод. посіб. для соц. працівників і психологів. Чернігів : Десна Поліграф, 2017. 144 с.
3. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. Психологічний журнал. 2019. Вип. 3. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/issue/view/11893>.
4. Багрій В. Особливості соціально-педагогічної роботи соціального працівника із сім'ями військовослужбовців. Вісник Національного університету оборони України. 2013. Вип. 2. С. 7–10.
5. Бейкун А., Топольницький В., Каптан М., Матвієць С. Проблемні та дискусійні питання сфери нормативного забезпечення соціальної адаптації військовослужбовців з огляду на їх системність та ефективність. Збірник наукових праць Центру воєнно-стратегічних досліджень НУОУ імені Івана Черняхівського. 2023.
6. Блінов О. А. Соціально-психологічні основи реабілітації в соціальній роботі : практикум. Київ : НАУ, 2013. 80 с.
7. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій у системі соціальних служб : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Тернопіль, 2019. 559 с.
8. Буковська О. О. Психологічна допомога сім'ям військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Психологічні науки. 2016. № 128. С. 29 – 32.
9. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим

розладом. Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. 2015. Вип. 3. С. 137–141.

10. Візнюк І., Долинний С., Волохата К., Ромащук О. Психокорекційна програма підвищення рівня посттравматичного зростання у волонтерів в умовах воєнного часу. Вісник науки та освіти. 2024. № 1(19). С. 750-759.

11. Горбунова В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей. Київ: Міленіум, 2015. С. 26 –35. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/32308962.pdf#page=26>.

12. Дуля А. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. 2019.

13. Дуля А., Спіріна Т. До питання реабілітації учасників бойових дій в Україні. Humanitas. 2024.

14. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016.

15. Зубенко О. О., Плетка О. Т. Особливості психосоціальної реабілітації учасників військових операцій. Актуальні проблеми освітнього процесу в контексті європейського вибору України: матеріали VII Міжнародної конференції (14 листопада 2024 року). Київ : КНУБА, 2024. С. 589-591.

16. Кожина А. М. та ін. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Український вісник психоневрології. 2015. Том 23. Вип. 2, № 83 С. 109.

17. Козак Г. А. Діагностика сімей військовослужбовців під час військової служби. Психологічні студії. 2023.

18. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

19. Кокун О. М. та ін. Психологічна робота з

військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

20. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2016. №17. С. 104–111.

21. Кравченко М. Основні проблеми соціального захисту учасників АТО. Аспекти публічного управління. 2015. № 11–12. С. 35.

22. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

23. Ковальова Л. М. Особливості проявів стресових станів у студентів-медиків вищих навчальних закладів I-II рівнів акредитації. Наука і освіта. 2010. № 3. С. 52–57.

24. Крайнюк В. М. Особливості психологічної допомоги при посттравматичному стресі. Вісник Дніпропетровського університету. Серія Педагогіка і психологія. Дніпропетровськ, 2005. №11. С. 31–37.

25. Кіндрас Г. Вплив посттравматичних розладів на адаптацію воїнів-ветеранів війни в Афганістані. Соціальна і клінічна психіатрія. – 1992. – Т. 2, № 1. – С. 33 – 36.

26. Лурін І. А. Особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій. Проблеми військової охорони здоров'я. 2017. № 49(2). С. 62-70.

27. Лящ О. П., Яцюк М. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. 2021.

28. Лесков В. О. Теоретичні основи соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців. Наука і освіта. № 5-6. С. 56-60. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/12335>

29. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців із посттравматичним стресовим розладом / [О. Г. Сиропятов, О. К. Напреєнко, Н. О. Дзеружинська та ін.]. – К. : О. Т. Ростунов, 2012. – 76с.

30. Михайлов Б. В. Психотерапія в загальносоматичній медицині

(клінічний посібник). Під заг. ред. Б. В. Михайлова (російською мовою) – Х. : «Прапор», 2002. – 108 с.

31. Наугольник Л. Б. Психологія стресу. Львів, 2015. 324 с.
32. Ніколаєнко С. О. Особливості психологічної допомоги учасникам військових дій при посттравматичному стресовому розладі. Світогляд-Філософія-Релігія. 2014. № 7. С. 51–61.
33. Олексюк Н. Позитивна спрямованість сімейних взаємин як вагомий чинник життєдіяльності сімей військовослужбовців Збройних сил України. Проблеми сучасної психології. 2009. Вип. 4. С. 249–258.
34. Орловська О. А. Емпіричне вивчення психологічних особливостей учасників бойових дій та членів їх сімей, які зазнали впливу травмуючої події. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024.
35. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація (методичні рекомендації) / [П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов та ін.]. – Харків, 2002. – 47с.
36. Психіатрія і наркологія : підручник – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 528с.
37. Пришляк А. Абілітація та соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців – учасників бойових дій. Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень. 2023.
38. Пугач С., Візнюк І., Долинний С., Драчук М. Стиль життя та психосоціальна адаптація військовослужбовців силових структур. Організаційна психологія Економічна психологія. 2024.
39. Романовська Д., Ілащук О. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : метод. посіб. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
40. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія. ВД «Слово», 2020. 178 с.

41. Титаренко Т. М. Індикатори психологічного здоров'я особистості. Психологічні науки: проблеми і здобутки: зб. наук. статей. 2016. Вип. 9. С.196–215.
42. Титаренко Т. М. Критерії відновлення психологічного здоров'я в умовах довготривалої травматизації. Український психологічний журнал. 2017. №1(3). С. 140–150.
43. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
44. Титаренко Т. М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей. Київ : Міленіум, 2015. С. 3 – 14.
45. Твердохліб Н. Психологічні чинники бойового стресу та адаптація військовослужбовців. Психологічні студії. 2023.
46. Усик Д. Б. Психологічні особливості дезадаптації військовослужбовців – учасників бойових дій. Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія. 2024.
47. Юр'єва Л. М. та ін. Невротичні, соматоформні розлади та стрес. Дніпропетровськ, 2005. 96 с.
48. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
49. Lunov V., Maksymenko S., Matiash M. et al. Ukrainian Syndrome: How Ukrainian Youth Understands the New Norm of Life and Relates to Learning in Face to 2022-Full-Scale Russian Invasion. 2023. URL: <https://doi.org/10.2139/ssrn.4324782>
50. Matiash M., Subbota S., Lunov V. Ukrainian syndrome. Youth in Ukraine in the face of a 2022-Full-scale Russian invasion. 2023. URL: <https://doi.org/10.2139/ssrn.4318792>
51. Mosiichuk V., Tkach B., Lunov V. Ethno-Cultural Features of Mental

Health and Psychosomatic Risks of Ukrainians in the Conditions of a Full-scale Russian Invasion. 2022. URL: <https://doi.org/10.2139/ssrn.4269203>

52. Oderov A., Matveiko O., Romanchuk S. et al. Lifestyle Peculiarities of Servicemen Suffered a Contusion as a Factor Influencing a Combat Preparedness. *Physical Education, Sport and Health Culture in Modern Society*. 2022. Vol. 2(58). P. 67–78. URL: <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2022-02-67-78>

53. Tkach B., Lunov V. The Brigade Model of Providing Comprehensive Psychological Assistance to Affected Ukrainians in the Conditions of a Full-Scale Russian Invasion. 2022.

54. Tolstoukhov A., Matiash M., Subbota S. et al. Ukrainian Syndrome. Behavioral and Functional Changes In Ukrainian Youth Under The Conditions of A 2022-Full-Scale Russian Invasion. 2023. URL: <https://doi.org/10.2139/ssrn.4319951>

55. Synyshyna, V. M. The influence of combat experience on post-traumatic stress disorder in the participants of antiterrorist operation. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series Psychological Sciences*. 2021.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (F.W. Weathers, B.T. Litz, T.M. Keane; адаптація Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г)

Інструкція. Вам будуть запропоновані 20 тверджень, що описують проблеми, з якими інколи стикаються люди, які пережили сильну стресову подію. Будь ласка, тримаючи в голові найгіршу подію, уважно прочитайте кожне твердження та оцініть, наскільки сильно воно вас турбувало протягом останнього місяця.

Шкала оцінювання:

- 0 — Зовсім не турбувало;
- 1 — Трохи;
- 2 — Помірно;
- 3 — Відчутно;
- 4 — Дуже.

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння, пропустіть цей пункт):

Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували:

1. Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?
2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?
3. Раптове відчуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?
4. Відчуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, пітливість)?
6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?
7. Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?
8. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?

9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?
10. Самозвинувачення або звинувачення інших у стресовому досвіді або тому, що сталося після нього?
11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?
12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?
14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, нездатність відчувати радість або любов по відношенню до близької людини)?
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?
16. Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?
17. Бути «на взводі» або «на сторожі»?
18. Відчуття постійної напруги?
19. Труднощі з концентрацією уваги?
20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?

Методика «Стратегії подолання стресових ситуацій» (SACS) С.**Хобфолла (в адаптації Н.Є. Водоп'янової)**

Інструкція. Вам пропонується 54 твердження щодо поведінки в напружених (стресових) ситуаціях. Оцініть, будь ласка, як ви зазвичай поведетесь у таких випадках. Для цього на аркуші відповідей поставте цифру від 1 до 5, яка найбільше відповідає вашим діям.

Якщо твердження повністю описує ваші дії або переживання, то поряд з номером питання поставте 5 (відповідь – так, цілком вірно). Якщо твердження зовсім не підходить до вас, тоді поставте 1 (відповідь – ні, це зовсім не так).

Шкала оцінювання:

- 1 – ні, це зовсім не так;
- 2 – скоріше ні, ніж так;
- 3 – не знаю;
- 4 – скоріше так, ніж ні;
- 5 – так, цілком вірно.

Опитувальник

1. У будь-яких складних ситуаціях ви не здаєтесь.
2. Об'єднуєтесь з іншими людьми, щоб разом вирішити ситуацію.
3. Радитесь з друзями або близькими про те, що б вони зробили, опинившись у вашому становищі.
4. Ви завжди дуже ретельно зважуєте можливі варіанти рішень (краще бути обережним, ніж піддавати себе ризику).
5. Ви покладаєтесь на свою інтуїцію.
6. Як правило, ви відкладаєте вирішення проблеми в надії, що вона вирішиться сама.
7. Намагаєтесь тримати все під контролем, хоча й не показуєте цього іншим.
8. Ви вважаєте, що іноді необхідно діяти швидко та рішуче, щоб застати інших зненацька.
9. Вирішуючи неприємні проблеми, виходите з себе і можете «наломати немало дров».

10. Коли хтось із близьких поводитья з вами несправедливо, ви намагаєтесь вести себе так, щоб вони не відчули, що ви засмучені або ображені.
11. Намагаєтесь допомогти іншим при вирішенні ваших спільних проблем.
12. Не соромитесь при необхідності звертатися до інших людей за допомогою або підтримкою.
13. Без потреби не «викладаєтесь» повністю, надаючи перевагу економії своїх сил.
14. Ви часто дивуєтесь, що найправильнішим є те рішення, яке першим спало на думку.
15. Іноді надаєте перевагу зайнятися чим завгодно, аби забути про неприємну справу, яку потрібно робити.
16. Для досягнення своїх цілей вам часто доводиться «підігравати» іншим або підлаштовуватися під інших людей.
17. У певних ситуаціях ви ставите свої особисті інтереси понад усе, навіть якщо це піде на шкоду іншим.
18. Як правило, перешкоди для вирішення ваших проблем або досягнення бажаного сильно виводять вас із себе, можна сказати, що вони просто драгують вас.
19. Ви вважаєте, що у складній ситуації краще діяти самому, ніж чекати, коли її будуть вирішувати інші.
20. Перебуваючи у скрутній ситуації, ви розмірковуєте про те, як вчинили б у цьому випадку інші люди.
21. У скрутні хвилини для вас дуже важлива емоційна підтримка близьких людей.
22. Вважаєте, що у всіх випадках краще «сім і більше разів відміряти, перш ніж відрізати».
23. Ви часто програєте через те, що не покладаєтесь на свої передчуття.
24. Ви витрачаєте свою енергію на вирішення того, що, можливо, саме по собі розсіється.
25. Дозволяєте іншим людям думати, що вони можуть вплинути на вас, але насправді ви — «міцний горішок» і нікому не дозволяєте маніпулювати собою.
26. Вважаєте, що корисно демонструвати свою владу та перевагу для зміцнення власного авторитету.
27. Вас можна назвати запальною людиною.
28. Вам буває досить важко відповісти відмовою на чийсь вимоги або прохання.
29. Ви вважаєте, що в критичних ситуаціях краще діяти спільно з іншими.

30. Ви вважаєте, що на душі може стати легше, якщо поділитися з іншими своїми переживаннями.
31. Нічого не приймаєте на віру, бо вважаєте, що в будь-якій ситуації можуть бути «підводні камені».
32. Ваша інтуїція вас ніколи не підводить.
33. У конфліктній ситуації переконуєте себе та інших, що проблема «не варта виїденого яйця».
34. Іноді вам доводиться трохи маніпулювати людьми (вирішувати свої проблеми, незважаючи на інтереси інших).
35. Буває дуже вигідно поставити іншу людину в незручне та залежне становище.
36. Ви вважаєте, що краще рішуче та швидко дати відсіч тим, хто не згоден з вашою думкою, ніж «тягнути kota за хвіст».
37. Ви легко та спокійно можете захистити себе від несправедливих дій з боку інших, у разі необхідності сказати «ні» в ситуації емоційного тиску.
38. Ви вважаєте, що спілкування з іншими людьми збагатить ваш життєвий досвід.
39. Ви вважаєте, що підтримка інших людей дуже допомагає вам у складних ситуаціях.
40. У складних ситуаціях ви довго готуетесь і надаєте перевагу спочатку заспокоїтись, а потім вже діяти.
41. У складних ситуаціях краще слідувати першому імпульсу, ніж довго зважувати можливі варіанти.
42. По можливості уникаєте рішучих дій, які потребують великої напруженості та відповідальності за наслідки.
43. Для досягнення своїх заповітних цілей не гріх і трохи лукавити.
44. Шукаєте слабкості інших людей і використовуєте їх з вигодою для себе.
45. Грубість та дурість інших людей часто приводять вас у лютю (виводять вас із себе).
46. Ви відчуваєте незручність, коли вас хвалять або говорять компліменти.
47. Вважаєте, що спільні зусилля з іншими принесуть більше користі в будь-яких ситуаціях (при вирішенні будь-яких завдань).
48. Ви впевнені, що у складних ситуаціях ви завжди знайдете розуміння та співчуття з боку близьких людей.
49. Ви вважаєте, що у всіх випадках потрібно слідувати принципу «тихіше їдеш, далі будеш».

50. Дія під впливом першого пориву завжди гірша, ніж тверезий розрахунок.

51. У конфліктних ситуаціях надаєте перевагу знайти якісь важливі та невідкладні справи, дозволяючи іншим зайнятися вирішенням проблеми або сподіваючись, що час все розставить на свої місця.

52. Ви вважаєте, що хитрістю можна досягти часом більше, ніж діючи напямую.

53. Мета виправдовує засоби.

54. У значущих та конфліктних ситуаціях ви буваєте агресивним.

Вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen; адаптація О.О. Карпова та В.В. Козлова)

Вікторіанський опитувальник (VGS) містить 21 запитання та спирається на 3-факторну структуру. Всі пункти опитувальника поділені між трьома факторами: шкода, яку завдають партнеру азартні ігри (3 пункти); задоволення від азартних ігор (3 пункти;) збитки, пов'язані з азартними іграми (15 пунктів).

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «Вам пропонується 21 запитання та кілька варіантів відповіді на кожне з них. Виберіть один із запропонованих варіантів відповіді, що відображає Вашу думку, і обведіть кружком вибрану вами відповідь у відповідній клітинці реєстраційного бланка. Відповідайте на запитання, спираючись на останні 12 місяців Вашого життя. Не витрачайте багато часу на обмірковування відповідей, давайте ту відповідь, яка першою спадає на думку. Не пропускайте запитань. На кожне із них необхідно дати відповідь. Відповідайте якомога щиріше. Не треба намагатися справити гарне враження своїми відповідями, вони повинні відповідати дійсності.

Намагайтеся уникати варіантів відповіді «Не могу сказати», «Немає відповіді».

Таблица. Книга: 2022 Діагностика схильності військовослужбовців до ігрової залежності (стр. 84-85)

Обробка та інтерпретація результатів. Використовується така шкала підрахунку:

«ніколи» – 0 балів;

«рідко» – 1 бал;

«іноді» – 2 бали;

«часто» – 3 бали;

«завжди» – 4 бали.

Три фактори мають наступний діапазон балів:

- збитки для партнера – 0-12 балів;

- задоволення від азартних ігор – 0-12 балів;
- збитки собі – 0-60 балів.

Невелика кількість балів свідчить про менш серйозні проблеми, пов'язані з азартними іграми. З підвищенням результату тестування підвищується ступінь залучення гравця в залежність від азартних ігор; 21 бал і вище, набрані за шкалою шкоди та додатковими шкалами, дозволяють віднести респондента до групи проблемних гравців.

Шкала задоволення від азартних ігор. Підраховуються відповіді на запитання 1, 2, 3. Якщо відповіді на ці питання відповідають 8, 9 або відповідь не отримана, то ці запитання не рахуються. При отриманні інших відповідей підраховується сума балів, де 0 – відсутність задоволення і 12 – величезне задоволення від азартних ігор.

Шкала шкоди, завданої дружині (чоловіку)/партнеру. Рахуються відповіді на 16, 17, 18. Якщо на запитання 16а/16б, 17а/17б або 18а/18б не отримано відповіді, то шкоду, яку завдається партнеру, підрахувати неможливо.

- Відповіді на запитання 16б, 17б і 18б необхідно підрахувати таким чином:
- ні» – 0 балів;
 - «частково» – 1 бал;
 - «так» – 2 бали.

Підраховується сумарний бал з цих запитань, де 0 означає відсутність шкоди, що завдається дружині (чоловіку)/партнеру і 6 – велика шкода, що завдається дружині (чоловіку)/партнеру.

Шкала шкоди, що завдається собі. Підраховуються відповіді на запитання: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21.

Якщо на 4 і більше з цих запитань досліджуваний дає відповіді зі значенням 8 або 9, то загальна сума за цією шкалою не підраховується, а шкала вважається втраченою. Якщо відповіді 8 і 9 даються на 3 або менше з усіх запитань за шкалою, ці бали враховуються при підрахунку загальної суми.

Підраховується сумарний бал з цих питань, де 0 означає відсутність шкоди, що завдається собі, і 60 – велика шкода, що завдається собі.

Інтегральна шкала: 21 бал і більше, набраних за шкалою шкоди та іншими.

Цей опитувальник має хороший показник ретестової надійності та високий коефіцієнт кореляції з іншими інструментами вимірювання ігрової залежності та проблем, пов'язаних з азартними іграми, у тому числі CPGI та DSM-IV (2005).

ШКАЛА ЗАГАЛЬНОЇ ПРОКРАСТИНАЦІЇ К. ЛЕЙ

(Lay, C.H. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20, 474–495).

Загальна характеристика методики:

Методика «Шкала загальної прокрастинації» К. Лей (General Procrastination Scale (GPS)) дозволяє визначати рівень вираженості прокрастинації в повсякденному житті.

Методика «Шкала загальної прокрастинації» К. Лей складається з 20 тверджень, що стосуються відкладання справ «на потім» в різних обставинах.

К. Лей визначає прокрастинацію як добровільне, ірраціональне відкладання намічених дій, незважаючи на можливий майбутній негативний ефект для особистості. Тобто, прокрастинація розглядається як диспозиційна, стійка риса особистості.

Інструкція для учасників дослідження: Оцініть, будь ласка, кожне із запропонованих тверджень, обвівши цифру, яка відповідає мірі Вашої згоди/незгоди з цим твердженням. Ці твердження пов'язані з тим, що Ви думаєте про різні ситуації. Двох однакових тверджень не існує, тому будьте уважними, при оцінці кожного.

Текст опитувальника:

1 бал	2 бал	3 бали	4 бали	5 бали
Абсолютно не згоден(на)	Не згоден(на)	Важко визначитися	Згоден(на)	Абсолютно згоден(на)

		Відповідь
1	Я часто виконую завдання, які мав(ла) намір зробити ще кілька днів раніше	1 2 3 4 5
2	Я досить часто пропускаю концерти, спортивні матчі або подібні заходи, бо не вдається придбати білети завчасно	1 2 3 4 5
3	Плануючи свято/вечірку, я завчасно роблю необхідні організаційні приготування	1 2 3 4 5
4	Зранку найчастіше я встаю у потрібний час	1 2 3 4 5
5	Написаний мною лист може лежати протягом декількох днів, доки я відправлю його	1 2 3 4 5
6	Я швидко відповідаю на пропущені телефонні дзвінки	1 2 3 4 5
7	Я не виконую швидко навіть ту роботу, яка вимагає просто сидіти та робити її	1 2 3 4 5
8	Я намагаюся приймати рішення якомога раніше	1 2 3 4 5
9	Я маю звичку відкладати початок роботи, яку необхідно зробити	1 2 3 4 5
10	Подорожуючи, я зазвичай повинен поспішати, аби дістатися вокзалу/станції вчасно	1 2 3 4 5
11	Готуючись до виходу з дому, я рідко роблю щось у останню хвилину	1 2 3 4 5

12	Я часто витрачаю час на інші справи, чекаючи до дедлайну	1 2 3 4 5
13	Якщо приходиться рахунок на невелику суму, я одразу сплачую його	1 2 3 4 5
14	Після отримання запиту з підписом «Дайте, будь ласка, відповідь», я відповідаю одразу	1 2 3 4 5
15	Я часто завершую завдання раніше, ніж потрібно	1 2 3 4 5
16	Здається, ніби я завжди готую подарунки до днів народжень/свят в останню хвилину	1 2 3 4 5
17	Навіть найважливішу річ я, зазвичай, купую в останню хвилину	1 2 3 4 5
18	Я звик(ла) виконувати заплановані справи за один день, не розтягуючи їх на тиждень	1 2 3 4 5
19	Я помічаю, що постійно кажу собі або іншим: «Я зроблю це завтра»	1 2 3 4 5
20	Зазвичай, я закінчую усі справи до того, як прийти додому та розслабитися	1 2 3 4 5

Обробка та інтерпретація отриманих даних

<i>Прямі та обернені твердження</i>	<i>Номери тверджень</i>
Прямі твердження	1, 2, 5, 7, 9, 10, 12, 16, 17, 19
Обернені твердження	3, 4, 6, 8, 11, 13, 14, 15, 18, 20

<i>Варіант відповіді</i>	<i>Пряме твердження</i>	<i>Обернене твердження</i>
Абсолютно не згоден	1 бал	5 балів
Не згоден	2 бали	4 балів
Важко визначитися	3 бали	3 балів
Згоден	4 бали	2 бали
Абсолютно згоден	5 балів	1 бали

Підрахунок балів:

Максимальна кількість балів – 100.

- 75-100 балів – висока схильність до прокрастинації;
- 45-75 балів – середня схильність до прокрастинації;
- до 45 балів – низька схильність до прокрастинації.

Опитувальник схильності до порушення службової (військової)**дисципліни (авт. В.Петров)**

1. Навіть на несправедливу критику керівників (командирів, начальників) слід реагувати стримано.
2. Не можна засуджувати товаришів по службі, які прагнуть взяти від життя і служби все, що можуть.
3. Вийшовши з вдома, я іноді переживаю, відключені чи електроприлади (праска , телевизор , зарядне пристрій і т.п.).
4. Часом я відчуваю бажання зробити що-небудь наперекір своїм керівникам (командирам, начальникам).
5. Завжди слідувати встановленому порядку - безглуздо , головне - поважати інтереси товаришів по службі.
6. Мені подобається вислів про те , що дисципліна – це мати успіху.
7. Помітивши конфлікт між товаришами по службі, я завжди намагаюся усунути його.
8. Якщо є можливість безкоштовно проїхати в громадському транспорті, я неодмінно цим скористаюся.
9. Іноді я дозволяю собі розмовляти у строю.
10. Кожен, хто має власне думка, має право відстоювати його перед керівниками (командирами, начальниками).
11. Я завжди помічаю, коли військовослужбовець (співробітник) порушує у становленні правила носіння форми одягу.
12. Мені ні ніякого справи, якщо навколишні слідують відомому висловлюванню «Якщо не можна, але дуже хочеться, то можна».
13. Краще бути на хорошому рахунку у керівника (командира, начальника), ніж відрізнятись відповідальністю та дисциплінованістю.
14. Усі посадові приписи виконують тільки слабкі та боягузливі.
15. Не можна засуджувати військовослужбовця (співробітника), що принизив товариша по службі , який сам дозволяє себе принижувати.
16. Я завжди дотримуюсь розпорядок дня.
17. Часом я утримую своїх товаришів по службі від негідних вчинків.
18. Якщо знаєш військовослужбовця (співробітника), то при несенні служби на КПП можна лише візуально переконатися у його особистості.
19. Щоб успішно служити, необхідно час від часу порушувати окремі правила та заборони.
20. Буває, що коли я запізнююся, то недбало одягаю форму.
21. Вибір моделі поведінки військовослужбовця (співробітника) поза служби – це його особисте справа.
22. Мене обурює, коли порушник дисципліни по який-небудь причини залишається безкарним.
23. Усім слід дотримуватися відомої приказки «Живи по статуту - завоюєш честь та славу».

24. Якщо закони не працюють , дотримуватися їх ні необхідності.
25. Буває, що я запізнююся на службу.
26. Вважаю, що все кошти гарні для виконання вказівки керівника (командира, начальника).
27. Військовослужбовцю (співробітнику) не слід переживати, якщо у товариша по службі по його ж вині виникли неприємності через порушення дисципліни.
28. Мені подобається служити суворо згідно статуту , правил та посадової інструкції.
29. Наказ командира (керівника, начальника) необхідно виконати незважаючи ні на які обставини.
30. У переважній числі ситуацій мені байдуже , що про мені подумують товариші по службі.
31. Кожен військовослужбовець (співробітник) повинен відповідати за свої вчинки незалежно від причин їх вчинення.
32. Важливо не стільки виконати наказ та доповісти про цьому, скільки виконати його вчасно.
33. Я ставлюся до питань дотримання дисципліни набагато серйозніше , ніж багато з моїх колег або друзів
34. Не слід виконувати накази, які можна віднести до несправедливих.

Психологічне обстеження не пред'являє особливих вимог до психодіагносту чи методики проведення цієї процедури. Воно може проводитись як у бланковій, так і в автоматизованій формі. Середня тривалість тестування становить п'ять хвилин. Обробка даних передбачає розрахунок первинного бала для основної шкали «Схильність до порушення дисципліни» та контрольної шкали «Достовірність».

Протокол обстеження визнається валідним, якщо показник шкали «Достовірність» набуває значення 4 станайн-бали і більше. Первинний бал показника «Схильність до порушення дисципліни» перетворюється на вторинну шкалу – станайн.

Інтерпретація даних за шкалою "Схильність до порушення дисципліни"

здійснюється в залежності від отриманого станайн-балу (табл. 2). Більше значення показника вказує на виразність схильності до порушення військової (службової) дисципліни.

Діагностичні ключі до шкал опитувальника «Оцінка схильності до порушення службової (військової) дисципліни» (авт. О.Попов)

Найменування	«Прямий» ключ	«Зворотний» ключ	Кількість пунктів
Схильність до порушення дисципліни	3, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 31, 33, 35	1, 2, 4, 7, 8, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30, 32, 34	35 (20+15)
Достовірність (протоколу обстеження)	5, 10, 26	8, 17	5 (3+2)

Інтерпретація результатів по шкалі «Схильність до порушення дисципліни»
(В.Петров)

Станайн	Вербальний висновок
9	Індивід характеризується дуже високою схильністю до порушень військової (службової) дисципліни, періодично та грубо порушує встановлений порядок та правила поведінки
8	Індивід характеризується відносно високою схильністю до порушень військової (службової) дисципліни, часто втрачає самоконтроль та нехтує правилами поведінки, відрізняється низькою виконавською дисципліною
7	Індивід не завжди виконує точно і вчасно поставлені завдання, допускає окремі (як правило, негрубі) порушення військової (службової) дисципліни.
4-6	Індивід дисциплінований і нормативний, допускає поодинокі та незначні порушення дисципліни, які не суттєво впливають на професійну діяльність
3	Індивід відрізняється підвищеними вимогами до дотримання дисципліни, прагне своєчасного та точного виконання доручень; порушення дисципліни вкрай рідкісні та незначні (нарколишні, як правило, можуть їх не помічати)
2	Індивід характеризується дуже гарною дисциплінованістю, беззаперечним виконанням поставлених завдань, суворим дотриманням порядку та правил поведінки
1	Індивід відрізняється винятковою вірністю присязі та професійною надійністю, прагненням до точного та усвідомленого дотримання встановлених правил поведінки, надає дисциплінуючий вплив на оточуючих

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ДОМІНУЮЧОЇ СТРАТЕГІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У СПІЛКУВАННІ ЗА В.В. БОЙКОМ

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

Текст опитувальника

1. Знаючи себе, Ви можете сказати:

- а) я скоріше людина миролюбна, покладлива;
- б) я людина гнучка, здатна оминати загострені ситуації, уникати конфліктів;
- в) я скоріше людина, що йде прямо навпростець, безкомпромісна, категорична.

2. Коли Ви подумки з'ясовуєте стосунки з тим, хто Вас образив, то найчастіше:

- а) шукаєте спосіб примирення;
- б) обмірковуєте спосіб не мати з ним справ;
- в) міркуєте про те, як його покарати чи «поставити на місце».

3. У спірній ситуації, коли партнер абсолютно не намагається або не хоче вас зрозуміти, Ви скоріше за все:

- а) будете спокійно домагатись того, щоб він Вас зрозумів;
- б) будете намагатися завершити спілкування з ним;
- в) будете роздратовуватися, ображатися чи сердитися.

4. Якщо, захищаючи свої інтереси, Ви відчули, що можете посваритися з хорошою людиною, то:

- а) підете на значні поступки, компроміси;
- б) відступите від своїх домагань;
- в) будете відстоювати свої інтереси.

5. В ситуації, де Вас намагаються образити чи принизити, Ви скоріше за все:

- а) будете намагатися набратися терпіння і довести справу до кінця;
- б) дипломатичним шляхом уникнете від контактів;
- в) дасте гідну відсіч.

6. У взаємодії з владним і водночас несправедливим керівником Ви:

- а) зможете співпрацювати заради справи;
- б) будете намагатися якнайменше контактувати з ним;
- в) будете чинити опір його стилю, активно захищаючи свої інтереси.

7. Якщо вирішення питання залежить тільки від Вас, але партнер зачепив вашу самолюбність, то Ви:

- а) підете йому назустріч;
- б) уникнете конкретного рішення;
- в) вирішите питання не на користь партнера.

8. Якщо хтось із друзів час від часу дозволятиме собі образливі випадки на вашу адресу, Ви:

- а) не станете надавати цьому особливого значення;
- б) будете намагатися обмежити або припинити контакти;
- в) кожного разу дасте гідну відсіч.

9. Якщо у партнера є претензії до Вас і він при цьому роздратований, то Ви:

- а) спочатку заспокоєте його, а потім зреагуєте на претензії;
- б) уникнете з'ясування стосунків з партнером в такому стані;
- в) поставите його на місце чи будете переривати його репліки.

10. Якщо хтось із колеґ почне розповідати про всілякі неґарні чутки-плітки, що кажуть про Вас інші, Ви:

- а) тактовно вислухаєте його до кінця;
- б) залишите поза увагою;
- в) обірвете розповідь на півслові.

11. Якщо партнер виявляє занадто активну настійність і хоче отримати зиск за Ваш рахунок, то Ви:

- а) підете на поступку заради миру;
- б) ухилитеся від остаточного рішення, розраховуючи на те, що партнер заспокоїться і тоді Ви повернетесь до питання;
- в) однозначно дасте зрозуміти партнерові, що він не отримає зиску за ваш рахунок.

12. Коли Ви маєте справу з партнером, який діє за принципом «вірвати якнайбільше», Ви:

- а) терпляче домагаєтесь своїх цілей;
- б) надаєте перевагу обмеженню взаємодії з ним;
- в) рішуче ставите такого партнера па місце.

13. Маючи справу з нахабною особистістю, Ви:

- а) відшукуєте до неї підходи за допомогою терпіння і дипломатії;
- б) зводите взаємодію до мінімуму;
- в) дієте аналогічними методами.

14. Коли той, що сперечається, ставиться до Вас вороже, Ви зазвичай:

- а) спокійно і терпляче долаєте його настрій;
- б) уникаєте спілкування;
- в) зупиняєте його чи відповідаєте тим же.

15. Коли Вам ставлять неприємні, з «подвійним дном» запитаним, то найчастіше Ви:

- а) спокійно відповідаєте на них;
- б) уникаєте прямих відповідей;
- в) «заводитесь», втрачаєте самовладання.

16. Коли виникають гострі суперечності між Вами і партнером, то це найчастіше:

- а) спонукає Вас шукати вихід зі становища, знаходити компроміс, йти па поступки;
- б) спонукає згладжувати протиріччя, не зважаючи на відмінності в позиціях;
- в) активізує бажання довести свою правоту.

17. Якщо партнер виграє у спорі, Вам звичніше:

- а) привітати його з перемогою;
- б) зробити вигляд, що нічого особливого не відбувається;
- в) «воювати до останнього патрона».

18. У випадках, коли взаємини з партнером набувають конфліктного характеру, Ви взяли собі за правило:

- а) «мир будь-якою ціною» — визнати свою поразку, вибачитись, піти назустріч побажанням партнера;
- б) «пас убік» – обмежити контакти, відійти від спору;
- в) «розставити крапки над «і» – з'ясувати всі протиріччя, неодмінно знайти вихід із ситуації.

19. Коли конфлікт стосується Ваших інтересів, то Вам найчастіше вдається його виграти:

- а) через дипломатію та тямущість;
- б) через витримку та терпіння;
- в) за рахунок темпераменту та емоцій.

20. Якщо хтось із колеґ спеціально зачепить Вашу самолюбність, Ви:

- а) дотепно і коректно зробите йому зауваження;
- б) не станете загострювати ситуацію, зробите вигляд, що нічого не трапилось;
- в) дасте гідну відсіч.

21. Коли близькі критикують Вас, то Ви:

- а) сприймаєте їх зауваження з вдячністю;

- б) намагаєтесь не зважати на критику;
- в) роздратовуєтесь, чините опірчи сердитесь.

22. *Якщо хтось з рідних та близьких каже Вам неправду, то Ви зазвичай:*

- а) спокійно і тактовно домагаєтесь істини;
- б) робите вигляд, що не помічаєте брехні, обминаєте неприємний момент справи;
- в) рішуче виводите брехуна на «чисту воду».

23. *Коли Ви роздратовані та нервуєте, то найчастіше:*

- а) шукаєте співчуття, розуміння;
- б) усамітнюєтесь, щоб не виявляти свого стану на партнерах;
- в) на когось відіграєтесь, шукаєте «грушу для биття».

24. *Коли хтось із колег, менш гідний і здібний за Вас, отримує заохочення керівництва, Ви:*

- а) радієте за колегу;
- б) не надаєте факту певного значення;
- в) засмучуєтесь, роздратовуєтесь чи сердитесь.

Обробка та інтерпретація результатів

Для визначення притаманної Вам стратегії психологічного захисту в спілкуванні з партнерами треба полічити суму відповідей кожного тину; «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 контакті з партнерами Ви активно вживаєте різні захисти своєї суб'єктивної реальності.

Який же зміст і принцип дії кожної стратегії?

Миролюбство – 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. Миролюбство – 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 випробувувати своє «Я».

Однак одного інтелекту буває недостатньо, аби миролюбство стало домінуючою стратегією захисту. Важливо ще мати відповідний *характер* – м'який, врівноважений, комунікабельний. Інтелект в ансамблі з «хорошим» характером створюють *психогенне підґрунтя* для миролюбства. Звісно, буває й так, щолюдина з не дуже гарним характером також повинна демонструвати миролюбство. 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 миролюбство провідною стратегією психологічного захисту, чи проявляється лише епізодично поряд з іншими стратегіями.

Не треба вважати, що миролюбство – бездоганна стратегія захисту «Я», яка згодиться у всіх випадках. Цілковите миролюбство – доказ безхребетності, втрати почуття власної гідності, котре як раз 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. Чому він так вчиняє?

Причини бувають різними. 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».

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.

Опитувальник оцінки схильності до віктимної поведінки

(О. Андроннікова)

Інструкція: Нижче наведено ряд тверджень. Оцініть, наскільки вони відповідають вашій поведінці та відчуттям, використовуючи таку шкалу:

- 0 – зовсім не про мене
- 1 – скоріше не про мене
- 2 – інколи трапляється
- 3 – часто трапляється
- 4 – дуже характерно для мене

Твердження:

1. Я часто відчуваю себе жертвою обставин.
2. Я рідко можу постояти за себе у конфліктних ситуаціях.
3. Мені складно сказати «ні», навіть якщо щось мені не подобається.
4. Люди часто користуються моєю добротою.
5. Я легко піддаюся на маніпуляції з боку інших.
6. У складних ситуаціях я швидше шукаю допомоги, ніж намагаюся вирішити проблему самостійно.
7. Я часто відчуваю себе винним, навіть коли не зробив нічого поганого.
8. Якщо мене образили, я рідко висловлюю своє невдоволення.
9. Я боюся, що мене можуть не прийняти в колективі, тому часто поступаюся своїми інтересами.
10. У мене бували випадки, коли я втрачав (ла) контроль над ситуацією через страх або розгубленість.
11. Мені важко відстоювати свою думку, якщо вона суперечить думці більшості.
12. У відносинах з іншими я часто займаю позицію підпорядкування.

13. У конфліктних ситуаціях я намагаюся уникати суперечок, навіть якщо моя точка зору правильна.
14. Я часто відчуваю розчарування в людях, тому що вони мене використовують.
15. Я схильний (а) миритися з незручностями заради інших людей.

Обробка результатів:

Підрахуйте загальну кількість балів.

- 0–15 балів – низький рівень схильності до віктимної поведінки.
- 16–30 балів – середній рівень, варто бути уважнішим у соціальних контактах.
- 31–45 балів – високий рівень, необхідно працювати над здатністю захищати свої права.
- 46 і більше балів – дуже високий рівень віктимності, є ризик стати жертвою маніпуляцій або насильства.

Опитувальник оцінки схильності до психологічного насильства

(В. Петров)

Інструкція: Відповідайте на твердження, оцінюючи їх за шкалою:

- 0 – зовсім не погоджуюся
- 1 – скоріше не погоджуюся
- 2 – іноді так, іноді ні
- 3 – скоріше погоджуюся
- 4 – повністю погоджуюся

Твердження:

1. Я вважаю, що іноді можна образити людину словами, якщо вона цього заслуговує.
2. Якщо хтось поводиться неправильно, я можу його жорстко покритикувати.
3. Я вважаю, що сильніший має право нав'язувати свою думку слабшому.
4. Я схильний до саркастичних або іронічних зауважень у бік інших.
5. Якщо мені щось не подобається, я можу ігнорувати людину, замість того щоб сказати про це відкрито.
6. Я часом вимагаю від інших більше, ніж сам готовий робити.
7. Я можу принизити людину, якщо вона мене дратує або не відповідає моїм очікуванням.
8. Я вважаю, що маніпуляція – це ефективний спосіб досягти своїх цілей.
9. Я помічав, що мої слова можуть завдати людям психологічного болю.

10. Я вважаю, що страх – це хороший спосіб контролювати поведінку інших.
11. Я схильний використовувати емоційний шантаж у конфліктах.
12. Якщо людина мене образила, я можу довго її ігнорувати або «покарати» мовчанням.
13. Іноді я відчуваю задоволення, коли бачу, що інші люди засмучені через мої слова або дії.
14. Я не вважаю необхідним рахуватися з почуттями інших людей, якщо вони мені не подобаються.
15. Я можу погрожувати людині, якщо вважаю, що вона повела себе неправильно.

Обробка результатів:

Підрахуйте загальну кількість балів.

- **0–15 балів** – низька схильність до психологічного насильства.
- **16–30 балів** – помірна схильність, варто звернути увагу на свою комунікацію.
- **31–45 балів** – висока схильність, можливі проблеми у взаєминах з іншими.
- **46 і більше балів** – дуже висока схильність до психологічного насильства, потрібна корекція поведінки.

Техніки активізуючої терапії

(«Терапія майстерністю і задоволенням», «Ранжування завдань теперішнього за складністю»)

Активізуюча терапія спрямована на відновлення контролю людини над власним життям через усвідомлення та виконання послідовних дій. Ці методи мотивують до активності та формування нових життєвих смислів.

«Терапія майстерністю і задоволенням» – методика, що передбачає залучення людини до діяльності, яка приносить радість або дає відчуття компетентності. Це може бути хобі, творчі проєкти, волонтерська діяльність чи навчання новим навичкам. Головна мета – допомогти людині відчувати свою ефективність та знову знайти джерела задоволення в житті.

«Ранжування завдань теперішнього за складністю» – техніка, що допомагає впорядкувати завдання, визначаючи їхню складність та значущість. Це зменшує тривожність, дозволяє уникати перевантаження та поступово підвищувати впевненість у власних силах. Людина починає з простих задач і поступово переходить до складніших.

Застосування:

Ці методи ефективні для людей, які пережили кризові ситуації (наприклад, військові після бойових дій), оскільки допомагають їм знайти нові смисли та відновити структуру повсякденного життя.

Принципи сократівського діалогу

(Виявлення та робота з неадаптивними думками і установками)

Сократівський діалог – це методика, що допомагає людині самостійно усвідомити і змінити деструктивні переконання через серію запитань, які ведуть до нового осмислення ситуації.

Основні принципи:

- Використання відкритих запитань, що допомагають досліджувати власні переконання.
- Оспорювання неадаптивних думок (наприклад, «Я слабкий», «Я не зможу адаптуватися»).
- Самостійний аналіз ситуації через логічні міркування.
- Контрастування переконань (наприклад, якщо людина каже, що вона невдаха, психолог допомагає знайти докази її успішності в інших сферах).

Застосування:

Метод особливо корисний у роботі з ветеранами бойових дій та людьми, які мають когнітивні викривлення або негативне сприйняття власного досвіду. Він допомагає усвідомити ірраціональність деструктивних думок і замінити їх на більш адаптивні та конструктивні.

Використання метафор

(Передача інформації на рівень підсвідомості та активація прихованих ресурсів)

Метафорична терапія дозволяє людині інтерпретувати складні емоційні переживання через образи, символи та асоціації. Це особливо ефективно в роботі з військовими, оскільки допомагає задіяти їхні приховані ресурси та знайти нестандартні рішення проблем.

Основні техніки:

- Використання історій та алегорій – розповідь змістовних історій, які допомагають людині знайти новий погляд на ситуацію.
- Асоціативні картки та візуальні образи – використання карток або малюнків для створення індивідуальних метафоричних значень, що допомагають у самопізнанні.
- Символічне моделювання – створення символічних образів (наприклад, уявлення свого страху як тіні або перепони) для подальшої роботи з ними.

Застосування:

Ця методика дозволяє оминати психологічні захисти, сприяє глибокому осмисленню досвіду та знаходженню нових рішень, особливо в роботі з військовими, які можуть мати труднощі з вербалізацією своїх почуттів.

Техніка «Історія мого життя»

(Розширення уявлень про власний досвід і внутрішні ресурси)

Дана методика допомагає людині структурувати свій життєвий досвід, знайти в ньому ресурсні моменти та усвідомити свою силу у подоланні труднощів.

Основні етапи:

1. Розповідь про важливі життєві події – аналіз власного минулого для виявлення ключових моментів.
2. Виділення успішних рішень та стратегій – що допомагало долати труднощі.
3. Аналіз змін та зростання особистості – що людина отримала від свого досвіду.
4. Переосмислення майбутнього – формування нових цілей і бачення подальшого розвитку.

Застосування:

Техніка особливо ефективна у кризовій психології та реабілітації військових, допомагає повернути почуття контролю над життям і знайти в минулому ресурс для майбутнього.

Техніка «Позитивні сторони бойового досвіду»

(Переосмислення травматичного досвіду та його наслідків у поведінці, міжособистісних стосунках, родині та розвитку особистості)

Дана методика допомагає людям, які пережили бойові дії, знайти у своєму досвіді позитивні аспекти, що сприяють особистісному розвитку, замість фокусування лише на травматичних моментах.

Основні етапи:

1. Виявлення корисних навичок, набутих у бойових умовах (витривалість, дисципліна, вміння діяти у складних ситуаціях).
2. Розгляд змін у характері та сприйнятті світу (зміцнення моральних цінностей, нові життєві орієнтири).
3. Аналіз впливу бойового досвіду на сімейні та міжособистісні стосунки (розвиток емпатії, відповідальності, потреби в підтримці).
4. Інтеграція позитивних змін у майбутнє – як досвід може стати ресурсом для нових цілей.

Застосування:

Техніка допомагає військовим та ветеранам переосмислити власний досвід, позбутися почуття провини та знайти нові смисли у своєму житті після бойових дій.

Техніка прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном (E. Jacobson, 1929)

(Формування загальних навичок саморегуляції у військових)

Прогресивна м'язова релаксація (ПМР) є ефективною технікою зниження напруги та навчання контролю над фізіологічними реакціями на стрес. Метод був розроблений американським фізіологом Едмундом Джекобсоном і заснований на поступовому напруженні та розслабленні різних груп м'язів.

Основні етапи:

1. Людина напружує певну групу м'язів (наприклад, кисті рук) протягом 5-10 секунд.
2. Плавно розслабляє м'язи, концентруючи увагу на відчутті розслаблення.
3. Перехід до наступної групи м'язів (руки, плечі, шия, обличчя, спина, ноги тощо).
4. У процесі вправи людина вчиться відчувати різницю між напругою та розслабленням, що сприяє розвитку навичок саморегуляції.

Застосування:

Метод широко використовується у військовій психології, оскільки допомагає боротися з хронічним напруженням, тривожністю, покращує якість сну та підвищує загальну стресостійкість.

Техніки когнітивної перевірки реальності загрози, планованого відволікання та заповнення прогалин

(Формування контролю над негативними емоціями та зниження психологічної напруги)

✓ Когнітивна перевірка реальності загрози

Ця техніка допомагає людині усвідомити, чи є її тривожні думки обґрунтованими. Людина записує свої страхи та аналізує їх за такими критеріями:

- Наскільки ця загроза реальна?
- Які докази підтверджують або спростовують її?
- Що найгірше може статися, і як я можу з цим впоратися?

✓ Плановане відволікання

Методика полягає у свідомому перемиканні уваги з негативних думок на інші види діяльності (наприклад, спорт, хобі, ведення щоденника, дихальні практики).

✓ Заповнення прогалин

Ця техніка використовується для переосмислення травматичного досвіду. Людина намагається знайти нові сенси у пережитих подіях, розуміючи, що вони не обов'язково мають негативне значення.

Застосування:

Такі когнітивні методи ефективні для боротьби з тривогою, ПТСР і нав'язливими думками.

Техніка «Діалог із значущим іншим»

(Прийняття агресивної частини себе для інтеграції особистості)

Ця техніка передбачає внутрішній діалог із уявним або реальним значущим персонажем (це може бути наставник, друг, військовий командир або навіть власне «Я» в іншому віці).

Основні етапи:

1. Людина уявляє себе у спілкуванні з цією особою.
2. Виражає свої агресивні емоції та думки.
3. «Слухає» відповідь, яку міг би дати цей значущий інший.
4. Аналізує отриману відповідь та намагається інтегрувати її у власний досвід.

Застосування:

Допомагає зменшити внутрішню напругу, прийняти власні агресивні імпульси та знайти шляхи для конструктивного вираження гніву.

Формування заходів щодо мінімізації наслідків спалахів агресії та люті

Цей підхід передбачає розробку індивідуальних стратегій контролю гніву, які дозволяють уникати неконтрольованих спалахів агресії.

Основні методи:

- Визначення тригерів – аналіз ситуацій, які викликають спалахи люті.
- Фізичне розвантаження – використання вправ (наприклад, стискання та розслаблення кулаків, спортивні вправи).
- Дихальні практики – контроль дихання для зниження інтенсивності емоцій.
- Рефреймінг ситуації – спроба побачити ситуацію з іншого боку та знайти альтернативні рішення.

Застосування:

Методи використовуються для контролю агресії та допомагають адаптуватися до мирного життя після військового досвіду.

**Техніка систематичної десенсибілізації за Вольпе (J. Wolpe, 1952) та
техніка візуально-кінестетичної дисоціації (Є. Александров, 2001)**

(Зменшення емоційно-негативних реакцій на травматичні події)

✓ Систематична десенсибілізація (SD) Вольпе

Ця техніка застосовується для поступового зменшення страху через поєднання уявлення травматичної ситуації з розслабленням.

Основні етапи:

1. Визначення тривожних ситуацій та їх ранжування за інтенсивністю.
2. Виконання вправ на релаксацію.
3. Поступове уявлення травматичних ситуацій у контрольованому середовищі, починаючи з найменш тривожних.

✓ Візуально-кінестетична дисоціація (ВКД)

Методика передбачає перегляд травматичних спогадів з боку, немов у кіно, що зменшує їхній емоційний вплив.

Основні етапи:

1. Людина уявляє себе у ролі глядача, що спостерігає за своїми спогадами.
2. Віддаляє себе від емоційного переживання, сприймаючи події як щось відокремлене.
3. Використовує образи, що дають відчуття безпеки (наприклад, уявлення себе у броньованій капсулі).

Застосування:

Обидві техніки ефективні при роботі з ПТСР, фобіями та тривожними розладами.

Техніка «Розморожування афекту»

(Використання приємних спогадів, сміху та іронії для зменшення психологічних захисних реакцій)

Ця методика спрямована на посилення позитивних емоцій та ослаблення травматичних переживань.

Основні методи:

- Візуалізація приємних спогадів – людина згадує моменти радості та комфорту.
- Стимуляція сміху – перегляд комедійних відео, використання жартів.
- Іронічне переосмислення ситуацій – робота над сприйняттям труднощів через гумор та зниження надмірної серйозності.

Застосування:

Метод ефективний для людей, які мають жорсткі психологічні захисти або уникають роботи з власними емоціями.

Скринінгу посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

№ анкети	Кластер В (інтрузії)	Кластер С (уникання)	Кластер D (негативні зміни в когніціях та настрої)	Кластер Е (зміни в рівні збудження та реактивності)	Загальна кількість балів
1	13	6	20	18	57
2	0	0	0	1	1
3	9	5	12	10	36
4	9	4	12	13	38
5	5	2	10	7	24
6	15	5	19	18	57
7	3	1	7	11	22
8	1	2	8	5	16
9	5	2	7	6	20
10	18	7	22	15	62
11	13	7	17	19	56
12	17	6	7	17	47
13	2	2	5	2	11
14	15	2	5	11	33
15	10	4	11	11	36
16	12	4	12	11	39
17	11	5	15	13	44
18	14	5	17	13	49
19	11	5	6	8	30
20	11	5	5	6	27
21	18	8	19	13	58
22	8	3	11	9	31
23	10	4	13	10	37
24	18	8	17	17	60
25	8	5	7	6	26
26	15	2	16	16	49
27	3	2	8	7	20
28	3	0	3	5	11
29	14	4	18	13	49
30	11	6	21	11	49
31	8	3	7	4	22
32	8	4	13	10	35

33	12	3	18	7	40
34	7	2	2	8	19
35	8	4	14	14	40
36	1	0	8	7	16
37	9	5	15	10	39
38	6	2	7	8	23
39	14	6	16	14	50
40	13	5	16	16	50
41	6	3	8	5	22
42	5	2	10	11	28
43	9	4	7	5	25
44	5	2	2	2	11
45	15	4	15	12	46
46	7	3	12	9	31
47	8	4	10	9	31
48	7	3	3	4	17
49	13	5	14	9	41
50	1	0	2	0	3
51	7	4	7	6	24
52	8	4	7	6	24

«Опитувальник домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні (Бойко)

№ анкети	Стать	Вік	Бойовий досвід	Мироловство	Агресія	Уникання	Домінуюча стратегія
1	Чоловік	56	Маю	13	10	12	Мироловство
2	Чоловік	41	Маю	13	12	13	Уникання , Мироловство
3	Чоловік	49	Маю	14	8	6	Мироловство
4	Чоловік	30	Не маю	18	4	12	Мироловство
5	Чоловік	37	Маю	9	8	10	Уникання
6	Чоловік	44	Маю	16	8	13	Мироловство
7	Чоловік	48	Маю	14	12	16	Уникання
8	Чоловік	43	Маю	17	15	16	Мироловство
9	Чоловік	22	Маю	18	4	12	Мироловство
10	Чоловік	41	Маю	15	11	15	Агресія
11	Чоловік	35	Не маю	17	8	8	Мироловство
12	Чоловік	38	Не маю	14	10	11	Мироловство
13	Чоловік	43	Маю	16	13	13	Мироловство, Агресія
14	Чоловік	30	Не маю	15	6	5	Мироловство
15	Чоловік	43	Маю	12	12	16	Уникання , Агресія
16	Чоловік	24	Маю	20	11	10	Мироловство

17	Чоловік	36	Маю	14	8	9	Агресія
18	Чоловік	33	Маю	16	11	12	Миролюбство
19	Чоловік	42	Маю	14	13	11	Миролюбство
20	Чоловік	55	Маю	16	15	13	Миролюбство, Агресія
21	Чоловік	29	Маю	14	8	6	Миролюбство
22	Чоловік	37	Маю	8	5	10	Уникання
23	Чоловік	49	Маю	16	10	10	Миролюбство
24	Чоловік	21	Маю	12	12	8	Миролюбство, Агресія
25	Чоловік	37	Маю	11	14	12	Агресія
26	Чоловік	39	Маю	11	11	11	Агресія
27	Чоловік	29	Маю	14	10	16	Уникання
28	Чоловік	54	Маю	19	10	9	Миролюбство
29	Чоловік	44	Маю	16	10	12	Миролюбство
30	Чоловік	29	Маю	15	12	13	Миролюбство
31	Чоловік	48	Маю	13	8	10	Миролюбство
32	Чоловік	29	Маю	15	11	13	Миролюбство
33	Чоловік	37	Не маю	18	10	9	Миролюбство
34	Чоловік	42	Маю	14	18	20	Уникання , Агресія
35	Чоловік	29	Маю	16	7	12	Миролюбство

36	Чоловік	45	Маю	20	5	7	Миролубство
37	Чоловік	36	Маю	18	10	11	Миролубство
38	Чоловік	47	Маю	16	6	9	Миролубство
39	Чоловік	48	Маю	15	12	12	Миролубство
40	Чоловік	35	Маю	15	9	13	Миролубство
41	Жінка	49	Маю	17	16	19	Уникання
42	Чоловік	43	Не маю	15	6	4	Миролубство
43	Чоловік	47	Не маю	19	7	10	Миролубство
44	Чоловік	27	Маю	15	16	15	Агресія
45	Чоловік	49	Маю	12	12	12	Миролубство, Агресія, Уникання
46	Чоловік	33	Не маю	12	12	15	Уникання
47	Чоловік	36	Маю	14	4	4	Миролубство
48	Чоловік	36	Маю	13	6	8	Миролубство
49	Чоловік	48	Маю	14	9	8	Миролубство
50	Чоловік	48	Маю	14	7	5	Миролубство
51	Чоловік	31	Маю	15	10	12	Миролубство
52	Чоловік	35	Маю	15	10	12	Миролубство

ШКАЛА ЗАГАЛЬНОЇ ПРОКРАСТИНАЦІЇ К. ЛЕЙ

№ анкети	Стать	Вік	Бойовий досвід	Прокр аст.	Заклучення
1	Чоловік	56	Маю	15	Низький (0-45)
2	Чоловік	41	Маю	20	Високий (75-100)
3	Чоловік	49	Маю	19	Помірний (45-75)
4	Чоловік	30	Не маю	25	Високий (75-100)
5	Чоловік	37	Маю	8	Низький (0-45)
6	Чоловік	44	Маю	17	Помірний (45-75)
7	Чоловік	48	Маю	11	Низький (0-45)
8	Чоловік	43	Маю	14	Низький (0-45)
9	Чоловік	22	Маю	25	Високий (75-100)
10	Чоловік	41	Маю	13	Низький (0-45)
11	Чоловік	35	Не маю	20	Високий (75-100)
12	Чоловік	38	Не маю	21	Високий (75-100)
13	Чоловік	43	Маю	15	Низький (0-45)
14	Чоловік	30	Не маю	18	Помірний (45-75)
15	Чоловік	43	Маю	19	Помірний (45-75)
16	Чоловік	24	Маю	20	Високий (75-100)
17	Чоловік	36	Маю	20	Високий (75-100)
18	Чоловік	33	Маю	23	Високий (75-100)
19	Чоловік	42	Маю	17	Помірний (45-75)
20	Чоловік	55	Маю	14	Помірний (45-75)
21	Чоловік	29	Маю	19	Помірний (45-75)
22	Чоловік	37	Маю	15	Низький (0-45)
23	Чоловік	49	Маю	16	Помірний (45-75)
24	Чоловік	21	Маю	17	Помірний (45-75)
25	Чоловік	37	Маю	14	Низький (0-45)
26	Чоловік	39	Маю	12	Низький (0-45)
27	Чоловік	29	Маю	18	Помірний (45-75)

28	Чоловік	54	Маю	23	Високий (75-100)
29	Чоловік	44	Маю	15	Низький (0-45)
30	Чоловік	29	Маю	21	Високий (75-100)
31	Чоловік	48	Маю	17	Помірний (45-75)
32	Чоловік	29	Маю	15	Помірний (45-75)
33	Чоловік	37	Не маю	16	Помірний (45-75)
34	Чоловік	42	Маю	17	Помірний (45-75)
35	Чоловік	29	Маю	25	Високий (75-100)
36	Чоловік	45	Маю	25	Високий (75-100)
37	Чоловік	36	Маю	23	Високий (75-100)
38	Чоловік	47	Маю	20	Високий (75-100)
39	Чоловік	48	Маю	14	Низький (0-45)
40	Чоловік	35	Маю	14	Низький (0-45)
41	Жінка	49	Маю	18	Помірний (45-75)
42	Чоловік	43	Не маю	20	Високий (75-100)
43	Чоловік	47	Не маю	24	Високий (75-100)
44	Чоловік	27	Маю	9	Низький (0-45)
45	Чоловік	49	Маю	10	Низький (0-45)
46	Чоловік	33	Не маю	16	Помірний (45-75)
47	Чоловік	36	Маю	19	Помірний (45-75)
48	Чоловік	36	Маю	24	Високий (75-100)
49	Чоловік	48	Маю	20	Високий (75-100)
50	Чоловік	48	Маю	21	Високий (75-100)
51	Чоловік	31	Маю	17	Помірний (45-75)
52	Чоловік	36	Маю	24	Високий (75-100)

Опитувальник оцінки схильності до віктимної поведінки

№ анкети	Стать	Вік	Бойовий досвід	Віктимність	Заклучення
1	Чоловік	56	Маю	15	Низький (0-15)
2	Чоловік	41	Маю	15	Низький (0-15)
3	Чоловік	49	Маю	12	Низький (0-15)
4	Чоловік	30	Не маю	5	Низький (0-15)
5	Чоловік	37	Маю	14	Низький (0-15)
6	Чоловік	44	Маю	13	Низький (0-15)
7	Чоловік	48	Маю	16	Помірний (16-30)
8	Чоловік	43	Маю	18	Помірний (16-30)
9	Чоловік	22	Маю	5	Низький (0-15)
10	Чоловік	41	Маю	12	Низький (0-15)
11	Чоловік	35	Не маю	13	Низький (0-15)
12	Чоловік	38	Не маю	16	Помірний (16-30)
13	Чоловік	43	Маю	16	Помірний (16-30)
14	Чоловік	30	Не маю	15	Низький (0-15)
15	Чоловік	43	Маю	8	Низький (0-15)
16	Чоловік	24	Маю	11	Низький (0-15)
17	Чоловік	36	Маю	10	Низький (0-15)
18	Чоловік	33	Маю	6	Низький (0-15)
19	Чоловік	42	Маю	16	Помірний (16-30)
20	Чоловік	55	Маю	15	Низький (0-15)
21	Чоловік	29	Маю	5	Низький (0-15)
22	Чоловік	37	Маю	12	Низький (0-15)
23	Чоловік	49	Маю	17	Помірний (16-30)
24	Чоловік	21	Маю	15	Низький (0-15)
25	Чоловік	37	Маю	16	Помірний (16-30)
26	Чоловік	39	Маю	14	Низький (0-15)
27	Чоловік	29	Маю	15	Низький (0-15)
28	Чоловік	54	Маю	12	Низький (0-15)
29	Чоловік	44	Маю	19	Помірний (16-30)
30	Чоловік	29	Маю	8	Низький (0-15)
31	Чоловік	48	Маю	9	Низький (0-15)
32	Чоловік	29	Маю	15	Низький (0-15)

33	Чоловік	37	Не маю	15	Низький (0-15)
34	Чоловік	42	Маю	12	Низький (0-15)
35	Чоловік	29	Маю	5	Низький (0-15)
36	Чоловік	45	Маю	5	Низький (0-15)
37	Чоловік	36	Маю	9	Низький (0-15)
38	Чоловік	47	Маю	15	Низький (0-15)
39	Чоловік	48	Маю	14	Низький (0-15)
40	Чоловік	35	Маю	12	Низький (0-15)
41	Жінка	49	Маю	13	Низький (0-15)
42	Чоловік	43	Не маю	5	Низький (0-15)
43	Чоловік	47	Не маю	9	Низький (0-15)
44	Чоловік	27	Маю	23	Високий (31-45)
45	Чоловік	49	Маю	20	Високий (31-45)
46	Чоловік	33	Не маю	18	Помірний (16-30)
47	Чоловік	36	Маю	5	Низький (0-15)
48	Чоловік	36	Маю	5	Низький (0-15)
49	Чоловік	48	Маю	10	Низький (0-15)
50	Чоловік	48	Маю	9	Низький (0-15)
51	Чоловік	31	Маю	17	Високий (31-45)
52	Чоловік	48	Маю	9	Низький (0-15)

Вікторіанський опитувальник (Victorian gambling screen; адаптація О.О. Карпова та В.В. Козлова)

№ анкети	Стать	Вік	Бойовий досвід	Gambling	Заключення
1	Чоловік	56	Маю	32	(13-40) задоволення від ігор
2	Чоловік	41	Маю	36	(13-40) задоволення від ігор
3	Чоловік	49	Маю	36	(13-40) задоволення від ігор
4	Чоловік	30	Не маю	45	(41-60) збитки собі
5	Чоловік	37	Маю	27	(0-12) збитки для партнера
6	Чоловік	44	Маю	34	(13-40) задоволення від ігор
7	Чоловік	48	Маю	37	(13-40) задоволення від ігор
8	Чоловік	43	Маю	36	(13-40) задоволення від ігор
9	Чоловік	22	Маю	45	(41-60) збитки собі
10	Чоловік	41	Маю	36	(13-40) задоволення від ігор
11	Чоловік	35	Не маю	45	(41-60) збитки собі
12	Чоловік	38	Не маю	33	(13-40) задоволення від ігор
13	Чоловік	43	Маю	34	(13-40) задоволення від ігор
14	Чоловік	30	Не маю	40	(41-60) збитки собі
15	Чоловік	43	Маю	39	(13-40) задоволення від ігор
16	Чоловік	24	Маю	45	(41-60) збитки собі
17	Чоловік	36	Маю	34	(13-40) задоволення від ігор
18	Чоловік	33	Маю	41	(41-60) збитки собі
19	Чоловік	42	Маю	39	(13-40) задоволення від ігор
20	Чоловік	55	Маю	40	(41-60) збитки собі
21	Чоловік	29	Маю	39	(13-40) задоволення від ігор
22	Чоловік	37	Маю	29	(0-12) збитки для партнера
23	Чоловік	49	Маю	42	(41-60) збитки собі
24	Чоловік	21	Маю	45	(41-60) збитки собі
25	Чоловік	37	Маю	33	(13-40) задоволення від ігор
26	Чоловік	39	Маю	23	(0-12) збитки для партнера
27	Чоловік	29	Маю	42	(41-60) збитки собі
28	Чоловік	54	Маю	39	(13-40) задоволення від ігор
29	Чоловік	44	Маю	38	(13-40) задоволення від ігор
30	Чоловік	29	Маю	33	(13-40) задоволення від ігор
31	Чоловік	48	Маю	33	(13-40) задоволення від ігор
32	Чоловік	29	Маю	25	(0-12) збитки для партнера

33	Чоловік	37	Не маю	36	(13-40) задоволення від ігор
34	Чоловік	42	Маю	44	(41-60) збитки собі
35	Чоловік	29	Маю	45	(41-60) збитки собі
36	Чоловік	45	Маю	45	(41-60) збитки собі
37	Чоловік	36	Маю	35	(13-40) задоволення від ігор
38	Чоловік	47	Маю	43	(41-60) збитки собі
39	Чоловік	48	Маю	34	(13-40) задоволення від ігор
40	Чоловік	35	Маю	42	(41-60) збитки собі
41	Жінка	49	Маю	44	(41-60) збитки собі
42	Чоловік	43	Не маю	38	(13-40) задоволення від ігор
43	Чоловік	47	Не маю	43	(41-60) збитки собі
44	Чоловік	27	Маю	37	(13-40) задоволення від ігор
45	Чоловік	49	Маю	28	(0-12) збитки для партнера
46	Чоловік	33	Не маю	29	(0-12) збитки для партнера
47	Чоловік	36	Маю	42	(41-60) збитки собі
48	Чоловік	36	Маю	35	(13-40) задоволення від ігор
49	Чоловік	48	Маю	35	(13-40) задоволення від ігор
50	Чоловік	48	Маю	44	(41-60) збитки собі
51	Чоловік	31	Маю	35	(13-40) задоволення від ігор
52	Чоловік	48	Маю	35	(13-40) задоволення від ігор

Методика «Стратегії подолання стресових ситуацій» (SACS) С.

Хобфолла (в адаптації Н.Є. Водоп'янової)

№ анкети	Бойовий досвід	асертивні дії	Набуття соціального контакту	Пошук соціальної підтримки	Обережні дії	Імпульсивні дії	Уникнення	Непрямі дії	Асоціальні дії	Агресивні дії
1	Маю	11	12	10	7	11	12	12	10	11
2	Не маю	15	9	12	12	15	13	9	12	15
3	Маю	17	20	16	15	17	17	20	16	17
4	Маю	17	6	10	8	17	15	6	10	17
5	Маю	16	13	12	12	16	14	13	12	16
6	Маю	12	8	4	8	12	4	8	4	12
7	Не маю	12	12	12	12	12	12	12	12	12
8	Маю	8	11	12	11	8	8	11	12	8
9	Маю	14	8	10	13	14	14	8	10	14
10	Маю	14	10	11	12	14	12	10	11	14
11	Маю	15	11	10	12	15	13	11	10	15
12	Маю	20	8	8	12	20	20	8	8	20
13	Не маю	16	9	11	9	16	13	9	11	16
14	Маю	15	11	11	14	15	12	11	11	15
15	Маю	15	9	10	8	15	14	9	10	15
16	Маю	15	9	7	8	15	8	9	7	15
17	Маю	14	14	10	12	14	16	14	10	14
18	Маю	14	8	10	14	14	14	8	10	14
19	Не маю	14	9	8	9	14	15	9	8	14
20	Маю	16	8	10	8	16	14	8	10	16
21	Маю	10	8	12	9	10	10	8	12	10
22	Не маю	12	6	6	10	12	14	6	6	12
23	Маю	14	12	10	13	14	14	12	10	14
24	Маю	16	11	12	16	16	15	11	12	16
25	Маю	12	8	12	11	12	11	8	12	12
26	Маю	17	8	8	8	17	8	8	8	17
27	Маю	16	14	13	13	16	12	14	13	16
28	Маю	17	6	10	15	17	6	6	10	17
29	Маю	17	12	7	13	17	11	12	7	17
30	Маю	14	12	17	11	14	14	12	17	14

31	Не маю	15	11	10	14	15	13	11	10	15
32	Маю	15	8	10	16	15	16	8	10	15
33	Маю	15	10	9	14	15	12	10	9	15
34	Не маю	14	9	13	10	14	13	9	13	14
35	Маю	14	12	12	11	14	12	12	12	14
36	Маю	12	12	12	13	12	15	12	12	12
37	Не маю	4	7	4	4	4	12	7	4	4
38	Маю	19	9	4	10	19	7	9	4	19
39	Маю	16	8	10	14	16	13	8	10	16
40	Маю	14	4	20	20	14	20	4	20	14
41	Маю	15	16	16	16	15	16	16	16	15
42	Маю	16	8	7	8	16	10	8	7	16
43	Не маю	18	15	12	13	18	13	15	12	18
44	Маю	5	5	10	20	5	5	5	10	5
45	Не маю	14	12	15	13	14	12	12	15	14
46	Маю	18	11	11	6	18	17	11	11	18
47	Маю	12	9	12	12	12	12	9	12	12
48	Маю	14	12	12	14	14	16	12	12	14
49	Маю	16	9	12	15	16	19	9	12	16
50	Маю	15	8	6	6	15	16	8	6	15
51	Маю	13	11	12	11	13	13	11	12	13
52	Маю	14	12	12	14	14	16	12	12	14