

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**

Кафедра загальної та клінічної психології

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ДАНИЛЬЧУК ГАННА СЕРГІЇВНА

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДРУЖИН
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма “Клінічна психологія”

Робота на здобуття освітнього ступеня “магістр”

Науковий керівник:

МАЛІМОН ЛЮДМИЛА ЯКІВНА

кандидат психологічних наук,
професор, професор кафедри
загальної та клінічної психології

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної
та клінічної психології
від _____ 202__ р.

Завідувач кафедри _____

ЛУЦЬК 2024

АНОТАЦІЯ

Данильчук Г.С. Особливості психоемоційних станів дружин учасників бойових дій. – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 – Психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

Робота присвячена розгляду особливостей психоемоційних станів дружин учасників бойових дій. Проаналізовано поняття психоемоційного стану, стресу, вторинної травматизації, визначено основні стресори дружин військовослужбовців.

Дослідження спрямоване на визначення впливу тривожності та депресії на загальний емоційний стан цієї категорії жінок. Досліджено відмінності в особливостях прояву психоемоційних станів дружин учасників бойових дій і дружин цивільних. Проаналізовано соціально-психологічну підтримку з боку громади та держави. Розроблені рекомендації щодо надання психологічної допомоги дружинам військових, зокрема в аспекті профілактики та корекції емоційного виснаження, тривожності та депресії.

За результатами емпіричного дослідження виявлено вплив вторинної травматизації (а саме участі чоловіків в бойових діях) на психоемоційні стани їх дружин, порівняно з дружинами цивільних. Проаналізовано прояви симптоматики набутого травматичного досвіду. У групі дружин учасників бойових дій значно вищий рівень депресії, високий рівень як реактивної та особистісної тривоги, що значно перевищує відповідні показники в групі цивільних жінок. Загальний індекс психопатологічного навантаження (GSI) в групі дружин військових значно перевищує норму і майже вдвічі перевищує показники дружин цивільних. Підвищені рівні депресії, тривожності та інших психопатологічних проявів у дружин учасників бойових дій свідчать про суттєвий вплив військових подій на їхній психоемоційний стан.

Кореляційний аналіз показав, що високі рівні тривожності мають прямий зв'язок із проявами депресії та психопатологічними симптомами. Це підтверджує припущення, що тривога й депресія є ключовими факторами, які визначають загальний психоемоційний стан дружин учасників бойових дій.

Ключові слова: психоемоційний стан, стрес, травма, вторинна травматизація, травматичний досвід, посттравматичний стресовий розлад

ANNOTATION

Danylchuk H.S. Peculiarities of the Psycho-Emotional States of Wives of Combatants. – Manuscript.

A qualifying thesis for obtaining the educational degree "Master" in specialty 053 – Psychology. – Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

This work is dedicated to examining the peculiarities of the psycho-emotional states of wives of combatants. The concepts of psycho-emotional state, stress, and secondary traumatization were analyzed, and the main stressors affecting the wives of military personnel were identified.

The study focuses on determining the impact of anxiety and depression on the overall emotional state of this category of women. Differences in the psycho-emotional states of wives of combatants and wives of civilians were explored. The research also analyzed the social and psychological support provided by the community and the state. Recommendations were developed for providing psychological assistance to military wives, particularly in preventing and addressing emotional exhaustion, anxiety, and depression.

The empirical study revealed the effects of secondary traumatization (specifically, the participation of husbands in combat) on the psycho-emotional states of their wives compared to the wives of civilians. Symptoms of traumatic experiences were analyzed. Among the wives of combatants, significantly higher levels of depression, as well as both reactive and personal anxiety, were recorded, exceeding the corresponding indicators in the civilian wives' group. The overall General Symptom Index (GSI) in the group of military wives was significantly above normal and almost twice as high as in the group of civilian wives. Elevated levels of depression, anxiety, and other psychopathological manifestations in wives of combatants indicate a significant impact of military events on their psycho-emotional state.

Correlation analysis demonstrated that high levels of anxiety are directly linked to manifestations of depression and psychopathological symptoms. This confirms the hypothesis that anxiety and depression are key factors determining the overall psycho-emotional state of wives of combatants.

Keywords: psycho-emotional state, stress, trauma, secondary traumatization, traumatic experience, post-traumatic stress disorder.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДРУЖИН УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
1.1. Поняття психоемоційного стану в психології.....	11
1.2. Теоретичний огляд поняття “ стрес” та видів стресових розладів.....	17
1.3. Основні стресори дружин військовослужбовців. Вторинна травматизація.....	23
Висновки до 1 розділу.....	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДРУЖИН УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	
2.1. Організація та процедура дослідження.....	30
2.2. Методологічні засади дослідження психоемоційних станів респондентів вибірки	31
2.3. Аналіз результатів діагностики рівнів вираженості тривоги, депресивних проявів та психопатологічної симптоматики дружин учасників бойових дій та дружин цивільних	36
2.4. Результати кореляційного зв’язку показників тривоги, депресії та інших психопатологічних симптомів досліджуваних.....	60
2.5. Психологічна підтримка дружин учасників бойових дій.....	63
Висновки до 2 розділу.....	65
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність теми. Наша країна десятий рік у стані збройного конфлікту. Останні з них три роки – це повномасштабна війна. Станом на 2024 рік, згідно інформації прес-центра Міністерства у справах ветеранів України кількість учасників бойових дій налічується близько 500 000 осіб. І ця кількість збільшується з кожним днем. Чоловіки, вступивши до ЗСУ, стали активно захищати нашу країну на лінії фронту від ворога, ставши учасниками бойових дій. Військові дії та їх наслідки впливають не лише на військовослужбовців, але й на членів їх родин, особливо на дружин, які змушені були залишитися “сам на сам” і з сімейними обов’язками і з своїми відчуттями в умовах емоційного напруження. Це щодень про: жити в умовах повної відповідальності за своє життя та життя дітей, сім’ї, родини, постійного стресу, хвилювання, тривоги, страху за життя і здоров’я своїх чоловіків на фронті. Тривале перебування в стані психологічної нестабільності може призвести до розвитку депресивних розладів, синдрому емоційного вигорання, вторинної травматизації та інших порушень психоемоційної сфери, що позначається як на особистому житті жінок, так і на стані їх родин. Адже, дружина, яка у стані тривоги, хвилювання, очікування новин, розпачу – не може бути підтримкою для чоловіка на фронті. Вона не може бути і сама собі підтримкою. І часто її потребує ззовні. Бо проживає свої особисті проблеми, такі як: виснаження, страх, безсилля, розчарування, очікування новин, з переживаннями за чоловіка. Ці чинники сильно впливають на дружин учасників бойових дій та можуть призводити до емоційного виснаження, стресу, депресії, вторинної травматизації [9].

Дослідження психоемоційних станів військовослужбовців достатньо широко відображено у працях закордонних вчених: М. Буріша, С. Джексона, Дж. Едельвіча, А. Ланге, К. Маслач, Г. Фрейденбергера, Г. Сельє, Т. Холмса, С. Майера, В. Шафуелі, П. Брілла, А. Гардена та працях українських науковців

Т. Кириленка, Т. Титаренка, О. Бойко, О. Чебикіна, О. Саннікова, О. Тімченка, С. Миронця, В. Стасюка, Т. Гречко, Є. Потапчука. А от стан дружин учасників бойових дій часто залишається поза увагою і створює потребу у вивченні даної проблеми. Ці знання дозволять глибше зрозуміти особливості емоційного сприйняття жінок, виявити основні проблеми та ризики, а також допоможе розробити ефективні заходи для збереження їхнього психічного здоров'я.

Таким чином, дане дослідження є актуальним та важливим для розуміння та підтримки жінок, які переживають складні життєві ситуації через військовий конфлікт.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити особливості психоемоційних станів дружин учасників бойових дій порівняно з дружинами цивільних осіб.

Об'єкт дослідження: психоемоційні стани особистості.

Предмет дослідження: особливості психоемоційних станів дружин учасників бойових дій.

Відповідно до мети визначено такі **завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз особливостей розвитку психоемоційних станів дружин учасників бойових дій.
2. Визначити основні фактори стресу для дружин військових, які впливають на їх психоемоційний стан
3. Дослідити і проаналізувати відмінності в особливостях прояву психоемоційних станів дружин учасників бойових дій і дружин цивільних.
4. Проаналізувати соціально-психологічну підтримку з боку громади та держави і розробити рекомендації щодо надання психологічної допомоги дружинам військових.

Методи дослідження. Для досягнення мети у дослідженні було використано теоретичні методи: аналіз, синтез, моделювання, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення теоретико-методологічної основи вивчення особливостей психоемоційних станів дружин учасників бойових дій;

емпіричні методи у сукупності таких психометричних методик: шкала тривоги Спілберга-Ханіна, симптоматичний опитувальник (SCL-90-R), опитувальник депресії Бека.

Теоретико-методологічна база дослідження. Основою дослідження виступають концепції впливу стресогенних чинників на особистість (G. Selye, S. Lazarus, Figley C.R., Yael Danieli, Liz Kelli, Lindi Wilson, Pearlman Maclan, Warren M., Colin Wastell, Болотова О. та ін.); дослідження психічних станів (У. Джеймс, В. Бехтерев, В. М'ясищев, М. Левітов, В. Юрченко, А. Прохоров, Л. Дика, Р. Лазарус, О. Вавринів, О. Христук та ін.); визначення характеристик психоемоційних станів (Beck A. T., L. R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi., Ю. Л. Ханін, Спілберг та ін.), дослідження впливу бойового досвіду на психоемоційні стани особистості (Журавльова Н.Ю, Максименко С.Д., Болотова О., Богомолець О.В., Ковшов Р.В. та ін.).

Теоретичне значення роботи полягає в дослідженні впливу бойового досвіду військовослужбовців на їх дружин. Робота сприяє поглибленню розуміння складних психоемоційних процесів, які відбуваються у цих жінок, а також уточненню механізмів розвитку стресу та адаптаційних реакцій у подружніх стосунках. Робота поглиблює знання про процеси адаптації до стресових життєвих ситуацій, зокрема в умовах, коли партнер переживає посттравматичний стресовий розлад. Теоретична частина магістерської роботи може слугувати основою для подальшого вивчення психоемоційних станів інших категорій членів сімей військових, а також для розробки нових підходів у психологічному консультуванні. Таким чином, дослідження дозволяє інтегрувати сучасні теоретичні знання з психології стресу, адаптації та міжособистісних стосунків у контексті бойового досвіду. Воно сприяє більш глибокому розумінню проблематики та створює основу для ефективного практичного застосування.

Практичне значення роботи. Результати дослідження можуть бути використані для розробки ефективних програм психологічної підтримки та

профілактики емоційного виснаження дружин військових, вдосконалення державних програм підтримки сімей військових, створення центрів психологічної допомоги. Дослідження дає змогу визначити фактори ризику розвитку психоемоційних розладів у дружин, що дозволить впроваджувати заходи з ранньої профілактики розвитку депресивних станів.

Апробація роботи відбувалась на науковій конференції, і представлена у науковій публікації: Данильчук Г. Особливості психоемоційних станів дружин учасників бойових дій. Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології: зб. тез доп. II міжнар. наук.-практ. конф.(27-28 квіт. 2023 р., м. Луцьк, Україна). Луцьк: ФОП Іванюк В.П., 2023. С. 3-6.

Структура магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел. Робота містить 14 таблиць і 12 рисунків. Основний зміст роботи викладено на 71 сторінці, загальний обсяг роботи 99 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДРУЖИН УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Поняття психоемоційного стану у психології

Дослідження психічних станів є актуальним для психологічної науки і практики, оскільки вони є не тільки тлом, але й важливим регулятором поведінки і діяльності суб'єкта. Від розв'язання проблеми психічних станів безпосередньо залежить успішність усіх видів діяльності, а також якість життя загалом. Водночас, теорія психічних станів до сьогодні недостатньо вивчена як у загально-психологічному, так і прикладному аспектах.

Це пояснюється, по-перше, тим, що психічні стани вивчають, зазвичай, поза зв'язками з іншими основними групами психічних явищ: психічними процесами та психічними властивостями особистості. Такий підхід спричиняє певні труднощі у вирішенні основного завдання психології: створенні цілісного уявлення про психічне життя людини.

По-друге, проблема психічних станів у психології одержала свій розвиток, переважно, в окремих наукових дослідженнях у галузі медичної, спортивної, військової, інженерної та деяких інших галузей психології. Усі вони пояснюють якийсь один, частіше прикладний, аспект психічних станів, використовуючи для опису специфічну систему понять, створюючи тим самим складність загальнопсихологічного розуміння суті категорії, яку вивчають.

По-третє, складність, але одночасно й актуальність дослідження психічних станів як багаторівневих, багатокомпонентних і поліфункціональних феноменів в умовах цілісної психічної діяльності полягає і в тому, що психічні стани є об'єднуювальною ланкою між психічними процесами і психологічними властивостями особистості.[1]

Інтерес до проблеми психічних станів виявився у глибоку давнину. Перші спроби класифікації психічних станів знаходять у старо-індійських трактатах (IV-III ст. до н.е.). У V-IV в. до нашої ери Геракліт, Демокріт, Сократ, Платон та ін. зробили певний внесок у проблему визначення і класифікації психічних станів. Великий філософ і лікар Гіппократ висловив ідею про пристосувальний характер патологічних відхилень психіки, що багато в чому визначає специфіку психічних станів як захисних реакцій, спрямованих на відновлення організмом його функцій і втраченої рівноваги. Якнайповніше філософське визначення психічного стану дав Аристотель. У своїх працях він розділив поняття "психічний стан" і "психічна діяльність" і допускав, що стани розвиваються під впливом зовнішніх дій. Важлива і його теза про нерозривний зв'язок психічних станів з людиною, що їх переживає. Мабуть, його ідеї і лягли в основу подальших розробок учених римської школи (Галін, Дамб, Августин).

Наступний розвиток проблеми психічних станів належить до епохи Відродження: Декарт вказує на зв'язок станів зі змінами в поведінці, міміці і у функціонуванні внутрішніх органів людини, внаслідок чого вони повинні стати предметом об'єктивного наукового дослідження.

У XVIII-XIX ст. В. Вундт запропонував дихотомічну класифікацію психічних станів, виділяючи у кожному з них дві групи: напруга, розслаблення, збудження, заспокоєння [46, 124-132]. Ч. Дарвін і У. Джеймс дали докладні описи зовнішніх проявів психічних, і перш за все, емоційних, станів. Більше того, У. Джеймс визначав психологію, як науку про стан свідомості, сторонами якого є характер особистості, мінливість, безперервність і вибірковість. Потрібно особливо відзначити вислів У. Джемса про те, що будь-який психічний процес необхідно розглядати на тлі загального стану психіки [40]. Дослідник був не лише першим у систематизації та описі різноманітних аспектів емоцій, але й відкривачем нового підходу до їх розуміння. Його концепція емоцій, як реакцій на стимули з оточуючого середовища відображала важливість зв'язку між зовнішніми подразниками та внутрішніми відчуттями та реакціями людини. Він

підкреслив, що емоції виникають як відповідь на події, що відбуваються навколо нас, і це реагування може бути різним залежно від індивідуальних особливостей та сприйняття. Таким чином, він вклав основу для подальших досліджень у галузі емоцій та відкрив нові шляхи для їх аналізу та розуміння [41].

Як окремий напрям, необхідно виділити роботи В. Бехтерева і його учнів, в яких представлено генезу й опис психічних станів, особливо емоційних, що протікають на тлі загальної психічної напруги, а також методологічно адекватні підходи до їхнього об'єктивного вивчення.

Про єдність переживання людини і системи її відносин писали Л. Віготський, В. М'ясищев та С. Рубінштейн. Психічні стани як самостійну категорію вперше виокремив В. М'ясищев [27, 118-129].

Але перша суттєва спроба об'ґрунтувати проблему психічних станів належить М. Левітову, який опублікував у 1964 році монографію "Про психічні стани людини". Багато психічних станів, не кажучи вже про функціональні (фізіологічні), у цій книзі не були представлені, деяким з них М. Левітов присвятив низку окремих статей [22, 131-138]. Ним були підведені підсумки вивчення психічних станів: розглянуті механізми їхнього прояву; намічені загальні завдання вивчення, які полягали у виділенні психічних станів в особливу категорію й установленні зв'язку між ними й іншими психологічними категоріями; розглянуті механізми виникнення й розвитку психічних станів і визначено їхній зв'язок з індивідуальними особливостями людини; досліджені психічні стани у різних видах діяльності тощо. М. Левітов дав визначення психічних станів як "цілісної характеристики психічної діяльності за певний період часу, що показує своєрідність перебігу психічних процесів залежно від відображення предметів і явищ дійсності, попереднього стану і психічних властивостей особистості". Також учений виділив такі детермінанти виникнення психічних станів: 1) суспільні умови; 2) факти суспільного життя; 3) факти і явища об'єктивної дійсності; 4) фізичний стан людини; 5)

індивідуальні особливості людини; 6) попередній стан; 7) приклад інших людей; 8) звички. Водночас, М. Левітов визнавав складність виявлення причин виникнення психічних станів, "особливо якщо сам стан складний і суперечливий" [23, с. 32].

Психічні стани, порівняно з іншими категоріями психічних явищ (наприклад, психічними процесами або індивідуальними особливостями, темпераментом або характером), є маловивченою галуззю. Це знаходить своє відображення у визначенні поняття "психічний стан".

За визначенням В. Юрченко [33, 223]: "Психічний стан - складне, цілісне, поліструктурне, поліфункціональне та особистісно зумовлене психофізіологічне явище, яке характеризує психосоматичну організацію людини в проміж-ках часу між двома значущими для неї змінами ставлення до зовнішнього або внутрішнього середовища і виконує функції відображення, регулювання та інтеграції її життєдіяльності і поведінки".

Психічні (психологічні) стани — відносно стійкі складові психічної діяльності людини, які відображають її внутрішнє самопочуття, настрій, рівень активності та ставлення до навколишнього середовища в конкретний момент часу або протягом тривалого періоду. Психічні стани є більш тривалими порівняно з емоціями чи відчуттями, але менш стабільними, ніж властивості особистості. Вони залежать від унікальних особливостей людини, її темпераменту, характеру та життєвого досвіду. Психічний стан відображає загальний фон психічної діяльності, що впливає на всі аспекти поведінки людини: когнітивні процеси (мислення, пам'ять), емоційний фон, мотивацію та активність.

Психічні стани класифікують за емоційним фоном - позитивні (радість, спокій, натхнення, задоволення), негативні (тривога, гнів, апатія, страх, депресія); за рівнем активності - активні (збудження, ентузіазм), пасивні (апатія, втома, розслаблення); за тривалістю - короткочасні реакції на ситуацію, тривалі, що тривають дні чи місяці (депресія, чи хронічний стрес); за

адаптивністю - адаптивні- сприяють активному пристосуванню до змін (спокій, натхнення), дезадаптивні -ускладнюють взаємодію з оточенням (розгубленість, тривога) [31].

А. О. Прохоров визначає психічні стани як відносно стійкі утворення психіки, що відображають особливості взаємодії людини з оточуючим середовищем у конкретний момен. Вони є важливим регулятором психічної діяльності та впливають на ефективність і якість діяльності. Прохоров акцентує увагу на системному характері станів, підкреслюючи, що вони формуються під впливом як зовнішніх обставин, так і внутрішніх характеристик особистості.[26].

Л. Дика розглядала психічні стани як динамічну форму внутрішньої організації психіки, що відображає взаємодію особистості з середовищем у певний момент. Вона запропонувала багаторівневий підхід до структури психічних станів, виділяючи такі компоненти: емоційний, мотиваційний, когнітивний, фізіологічний. Особливу увагу Дика приділяла ролі мотивації та особистісних установок у виникненні психічних станів. Її дослідження стали основою для створення програм емоційної саморегуляції та підтримки психологічного здоров'я [20].

Річард Лазарус, американський психолог і один із провідних дослідників у сфері емоцій та стресу, запропонував системний підхід до вивчення психоемоційних станів, акцентуючи увагу на їхньому зв'язку зі стресовими ситуаціями, когнітивними процесами та адаптацією особистості до середовища. Основні положення досліджень Р. Лазаруса про психоемоційні стани:

1. Взаємозв'язок емоцій і когніції: Лазарус наголошував, що емоції не є автоматичною реакцією на зовнішні стимули. Вони формуються в результаті когнітивної оцінки ситуації (т.зв. когнітивно-оціночний підхід). Людина спочатку оцінює значущість ситуації для себе, а вже потім виникає відповідна емоція.

2. Класифікація емоцій: Лазарус поділив емоції на дві великі групи: негативні: стрес, тривога, гнів, страх, провина, сором. Позитивні: радість, натхнення, гордість, любов, вдячність. Він також виділив емоції, які сприяють адаптації (наприклад, надія), і ті, що можуть перешкоджати їй (наприклад, розчарування).
3. Лазарус розробив модель формування емоцій, яка складається з трьох етапів: первинна оцінка: людина визначає, чи є ситуація загрозливою, вигідною або нейтральною [39].

О. Христук та О. Вавринів визначали п'ять важливих показників: настрій, оцінка ймовірності успіху, рівень мотивації, ступінь уваги (тонус) та відношення до діяльності. Які об'єднані у три категорії: мотиваційно-стимулюючу (настрій та мотивація), емоційно-оцінну (оцінка ймовірності успіху та відношення до роботи) та активаційно-енергетичну (рівень уваги) [7, с.11-15].

Дослідники вказують, що психоемоційні стани можуть відрізнятися за глибиною і тривалістю. Кожен стан є тимчасовим і може швидко змінитися на інший. З практичної точки зору виокремлюють миттєві (нестійкі), довготривалі та навіть хронічні стани, або оперативні, поточні та постійні. Психоемоційні стани формуються в залежності від сприйняття і розуміння обставин і подій, в яких опиняється людина [19, с.27-31].

Дружини військових часто перебувають у складних життєвих обставинах, які впливають на їхній психоемоційний стан. Психічні стани в цьому контексті відображають реакцію на розлуку, тривогу за життя чоловіка, навантаження через виконання подвійної ролі в сім'ї, а також потребу пристосовуватися до невизначеності.

Емоційні реакції дружин часто відповідають інтенсивності бойових дій: підсилення тривоги під час ескалації та відносне заспокоєння в періоди затишшя.

Класифікація психічних станів дружин військових:

Негативні психічні стани: тривога: постійний страх за чоловіка та сім'ю; смуток і депресія: почуття самотності через тривалу відсутність чоловіка; розгубленість: через невизначеність та неможливість планувати майбутнє.

Позитивні психічні стани: віра та надія: на безпечне повернення чоловіка та краще майбутнє; гордість: за чоловіка, який захищає країну; рішучість: взяти на себе відповідальність за сім'ю та долати труднощі.

Комбіновані стани: емоційні коливання: одночасне переживання тривоги, страху, гордості та любові.

Інтенсивність бойових дій, інформаційний тиск, підтримка від родини та друзів, рівень стресостійкості, темперамент, наявність механізмів емоційної саморегуляції - основні чинники, які впливають на психічні стани дружин військових.

Наслідки тривалих негативних станів: підвищення ризику депресивних розладів, порушення сімейних стосунків, погіршення фізичного здоров'я через хронічний стрес [18].

Отже, згідно з дослідженнями вчених, концепція стану охоплює різні рівні узагальнення та широке розмаїття психічної активності. Психічні стани можна аналізувати на різних рівнях – від загальної психіки до окремих сфер. Висвітлюючи стани різних сфер психіки, ми не заперечуємо принципу цілісності психіки, оскільки наголошуємо на тому, що стани не є автономними, а є складовою частиною загального стану особистості.

1.2. Теоретичний огляд поняття «стрес» та видів стресових розладів

У 1972 р. Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла таке визначення: стрес — це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу. Стрес — це відповідь на загрозу, реальну чи уявну.

У сучасній науковій літературі термін «стрес» використовується принаймні в трьох значеннях:

По-перше, поняття стрес може визначатися як будь-які зовнішні стимули чи події, які викликають у людини напругу або збудження. У теперішній час в цьому значенні частіше вживаються терміни «стресор», «стрес-фактор».

По-друге, стрес може належати до суб'єктивної реакції і в цьому значенні він відображає внутрішній психічний стан напруги та збудження; цей стан інтерпретується як емоції, оборонні реакції та процеси подолання, що відбуваються в самій людині. Такі процеси можуть сприяти розвитку і вдосконаленню функціональних систем, а також викликати психічну напругу.

По-третє, стрес може бути фізичною реакцією організму на вимогу або шкідливий вплив. Саме в цьому сенсі В. Кеннон і Г. Сельє вживали цей термін. Функцією цих фізичних (фізіологічних) реакцій, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів із подолання цього стану [27, с.11-13].

За визначенням психологічного словника Синявського В.В., стрес — це стан максимального психічного напруження, що виникає у людини в процесі діяльності або поведінки під впливом несприятливих, значних за силою і довготривалістю зовнішніх і внутрішніх неспецифічних дій, умов середовища [28, с.298].

За визначенням сучасного тлумачного психологічного словника, стрес (англ. stress — напруження) — це стан напруженості, сукупність захисних фізіологічних реакцій, що настають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різних несприятливих факторів (стресорів), таких як: холоду, голодування, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції тощо. Беручи до уваги переклад, то від англ. Stress — це напруга. У механіці, безперервного середовища напруження — це фізична величина, яка виражає внутрішні сили, які діють один на одного сусідні частинки безперервного матеріалу, тоді як деформація — це міра деформації матеріалу, яка була описана Законом Роберта Гука (закон пружності, 1660 р.). Якщо людина не

може подолати стрес, то у неї виникає напруга, яка призводить до погіршення фізичного і психічного здоров'я людини.

Стрес — це спосіб реагування організму на щось несподіване та неприємне. Це стан, при якому людині необхідно діяти швидко та реагувати на загрозові події, приймати рішення в стані емоційного і фізичного збудження [29, с.511].

У словниках і енциклопедіях часто наводять визначення, сформульовані Г.Сельє у книжці «Стрес життя»: «Стрес — це неспецифічна відповідь організму на будь-яке пред'явлення йому вимоги, що спрямоване на створення адаптації чи пристосування організму до труднощів».

«Стрес — це не те, що нас вбиває, нас вбиває сама реакція на стрес», як казав Г. Сельє. Свої ідеї він описав в книзі «Стрес без дистресу», де він стрес описує, як фізіологічний процес, тобто процес, який адаптує організм до зовнішнього середовища, цей процес є неспецифічний. Стрес це реакція, яка триває все життя. Вона починається при народженні та закінчується смертю. Стрес не припиняється, він постійний та фізіологічний.

Стрес може проявлятися в різних ступенях залежно від інтенсивності впливу стресових чинників та здатності людини адаптуватися до них. У психології прийнято виділяти три основні ступені стресу:

1. Помірний стрес (корисний або еустрес) має такі характеристики: стрес на цьому рівні не шкодить організму, а навпаки, стимулює мобілізацію ресурсів для вирішення проблем. Людина почувається активною, мотивованою, готовою до дії.

Проявляється легке хвилювання або напруга, зростання концентрації уваги, підвищення працездатності, відчуття контролю над ситуацією. Виконує адаптивну функцію, допомагаючи впоратися з викликами.

2. Помірно виражений стрес (дистрес) має такі характеристики: стрес починає перевищувати межі нормальної адаптації, виникають труднощі у впораності зі стресором. Людина може відчувати втому та роздратування, хоча

ще здатна діяти. Проявляється емоційна напруженість, часте хвилювання. Знижується продуктивності, складність у зосередженні. Фізіологічні симптоми, як-от підвищення частоти серцевих скорочень, напруженість у м'язах. Сигналізує про необхідність вжити заходів для відновлення балансу, інакше може перейти в хронічну форму.

3. Високий рівень стресу (гострий або хронічний дистрес): має такі характеристики: організм втрачає здатність ефективно адаптуватися до стресових факторів. Високий рівень напруги може призводити до виснаження психофізіологічних ресурсів. Проявляється емоційно: тривогою, панікою, дратівливістю, депресією. Когнітивними труднощами з мисленням, забудькуватістю, зниження здатності приймати рішення. Фізичними: головним болем, порушенням сну, серцево-судинними проблемами, виснаженням. Поведінковими: втрата інтересу до діяльності, ізоляція, зловживання алкоголем або наркотиками. Якщо цей рівень стресу триває довго, він може спричинити серйозні психологічні розлади (тривожний розлад, депресія, психосоматичні хвороби) [20].

У рамках теорії стресу Ганса Сельє виділяються три стадії розвитку стресу:

1. Реакція тривоги: початкова реакція на стресор, коли організм мобілізує свої сили. Характеризується активацією симпатичної нервової системи (підвищення адреналіну, серцебиття, потовиділення).

2. Стадія опору: організм пристосовується до стресового фактору, активізуються резервні ресурси. На цьому етапі зростає ризик виснаження, якщо стрес триває довго.

3. Стадія виснаження: виникає, коли ресурси організму повністю вичерпані.

З'являються фізичні та психічні порушення, можливий розвиток хронічних захворювань [30].

Коли людина потрапляє в стресову ситуацію, її організм і психіка реагують за певним механізмом, який активується для мобілізації ресурсів для адаптації або боротьби з загрозою. Цей процес описується як стресова реакція.

Як працює стресова реакція:

1. Визначення загрози (перша оцінка): людина аналізує ситуацію і визначає, чи є вона загрозливою, приємною або нейтральною. Якщо ситуація сприймається як небезпечна чи складна, мозок активує реакцію на стрес. Усе починається в лімбічній системі мозку, зокрема в амігдалі, яка відповідає за емоції страху та тривоги.
2. Фізіологічна активація (сигнал тривоги): амігдала передає сигнал до гіпоталамуса, який запускає роботу автономної нервової системи (симпатичної частини). Виділяється гормон адреналін, що викликає такі реакції: підвищення серцебиття і артеріального тиску. Зростання рівня глюкози в крові для забезпечення енергією. Прискорення дихання для забезпечення тканин киснем. Напруження м'язів для підготовки до дії ("боротися або тікати").
3. Вторинна оцінка (ресурси для адаптації): мозок оцінює, чи є у людини ресурси для подолання ситуації (знання, навички, підтримка). Якщо ресурси достатні, людина може вирішити проблему або адаптуватися до неї. Якщо ресурси недостатні, виникає високий рівень стресу або навіть паніка.
4. Гормональна реакція (активація осі НРА) якщо стрес триває, активується гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь (НРА) гіпоталамус виділяє кортикотропін-рилізінг-гормон (CRH), який стимулює гіпофіз. Гіпофіз виробляє адренкортикотропний гормон (АСТН), що стимулює наднирники. Наднирники виділяють кортизол, головний гормон стресу.
5. Реакція на стрес. У цій фазі людина вибирає спосіб реагування - боротьба: активна дія для вирішення ситуації. Втеча - уникнення ситуації. Заморожування - людина стає паралізованою страхом.

6. Розв'язання або виснаження. Якщо стресова ситуація завершується організм переходить у фазу розслаблення, активується парасимпатична нервова система, яка знижує напругу. Якщо стрес триває довго виникає хронічний стрес, що виснажує організм. Це може призвести до фізичних (серцево-судинні захворювання, порушення імунітету) і психологічних (тривога, депресія) проблем.

Короткостроковий стрес може підвищувати концентрацію, продуктивність, швидкість реакції. Хронічний стрес призводить до емоційного вигорання, зниження когнітивних функцій, розвитку хвороб.

Коли дружина військового дізнається про небезпеку для свого чоловіка, її організм спочатку реагує гострим стресом: почастішання серцебиття, тривога, страх. Після цього вона може:

1. Мобілізувати ресурси: почати шукати інформацію, організовувати підтримку родини.
2. Виснажитися: якщо стрес триває довго і немає підтримки, виникають апатія, втома, проблеми зі здоров'ям.

Знання про механізм роботи стресу допомагає розробляти техніки саморегуляції та стратегії адаптації [22, с. 16-20].

У дружин військовослужбовців стрес часто пов'язаний з невизначеністю, тривогою за життя та здоров'я партнера, відчуття обов'язку підтримувати сім'ю і дітей в умовах нестабільності.

Стрес впливає на психоемоційний стан, викликаючи низку реакцій:

- психологічні реакції: тривога, дратівливість, депресія, емоційне виснаження,
- фізіологічні реакції: прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску, поганим сном, м'язовою напругою;
- поведінкові реакції: замкнутість ,зміни в харчуванні, зловживання алкоголем чи ліками, соціальна ізоляція.

Отже, стресом є не ситуація, у якій індивід опинився, а реакція на ситуацію. Такий емоційний стан є закономірною реакцією на екстремальні умови. Стресором є будь-який подразник, що спричиняє настання стану стресу. Типовими важкими стресорами є бойові дії, природні і транспортні катастрофи, нещасні випадки, присутність під час насильницької смерті інших, розбійницькі напади, тортури. Стрес виникає, коли з'являється протиріччя між обов'язками, покладеними на особу, і потенціалом на виконання цих обов'язків. Коли немає достатньої соціальної підтримки, допомоги людині в подоланні стресу, коли стрес є надзвичайно сильним, травматичним або коли особисті ресурси протистояння ослаблені, відповідь на стрес може бути патологічною.

1.3. Основні стресори для дружин військовослужбовців. Вторинна травматизація

Розглянемо коло стрес-чинників, які можуть впливати на психоемоційний стан дружин військовослужбовців, формувати основу розвитку вторинної травматизації жінок.

Перебування чоловіків у зоні бойових дій, що пов'язано з ризиком для життя та здоров'я (і знання про це для жінок вже є чинником значного психоемоційного навантаження). Крім того розлука з чоловіком є одним із найсильніших емоційних стресорів для дружин військовослужбовців. Його довготривала фізична відсутність поклала на дружину додаткову відповідальність про повне забезпечення побутових умов свого життя, своєї сім'ї, виховання дітей, матеріальне забезпечення. Через часто обмежене спілкування (відсутній зв'язок, неможливість говорити через складні небезпечні бойові завдання) жінка проживає відчуття самотності, постійного очікування моменту близькості на відстані, що проживається відчуттям віддаленості та розчарування, знесилена. Ще один важливий аспект - це психологічні зміни у поведінці чоловіка, які впливають на стосунки. Дружини відчувають труднощі

у спілкуванні, не знають як підтримати чоловіка або самі стають жертвами їхнього гніву та агресії, адже учасники бойових дій часто стикаються з нав'язливими думками, спогадами, через прожитий травматичний досвід, що призводить до дратівливості, підвищеної збудливості. Чоловіки можуть закриватися від близьких, уникаючи розмов про пережите, що породжує відчуття відчуженості та самотності у дружин, дистанцію у стосунках. Ці життєві обставини є причинами психоемоційних утруднень для дружин учасників бойових дій, таких як: виражене емоційне і фізичне напруження, тривога, дратівливість, втома, безсоння, розгубленість; жінки відчують виснаження через напруження і конфліктність у стосунках із чоловіками; їх турбує дефіцит навичок подолання незвичних життєвих негараздів; їм важко сприймати складнощі, що виникають, знаходити адекватні рішення. [15. с. 130]. Ці стани є підґрунтям виникнення вторинної травматизації.

Одним із вагомих чинників розвитку вторинного травматичного стресу у дружин учасників бойових дій є також значний ризик виникнення у чоловіка ПТСР, погіршення загального стану обумовленого досвідом бойових дій (травматичний досвід, їхнє фізичне самопочуття та психоемоційні прояви).

Розглянемо поняття вторинний травматичний стрес, який є наслідком виникнення після накопиченого ((secondary traumatic stress) STS/BTC) у психологічній теорії та практиці стало використовуватися завдяки дослідженням Yael Danieli (1985) про вплив тих, хто вижив після Холокосту, на своїх дітей; Liz Kelli (1988) про вплив травми жертв насильства на їхніх близьких; Lindy Wilson (1994), Figley (1995, 1999), Pearlman MacLan (1995), Warren M. (2006) та ін. про вплив практики психотерапевтичної допомоги на самих терапевтів, що працюють із тими, хто вижив після травматичних подій [4].

Для позначення BTC використовують такі поняття: вторинний травматичний стрес або вторинна травматизація (вторинна травма), замісна травма (вікарна травма), втома від співчуття, емоційне вигорання.

Вторинний травматичний стрес (ВТС, англ. Secondary Traumatic Stress, STS) — це стан психологічного та емоційного виснаження, який виникає у людей, що тісно взаємодіють з тими, хто пережив травматичні події. ВТС характеризується появою симптомів, схожих на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), навіть якщо людина не була безпосереднім учасником травматичних подій [8].

Colin Wastell виділяє такі ознаки вторинної травматизації:

нічні кошмари, надмірна пильність, спалахи спогадів, придушення і/або уникнення емоційних проявів — своїх і чужих — дратівливість і агресивність, цинізм, негативні думки про світ, труднощі в ухваленні рішень, порушення меж і етичних норм, розрив або погіршення значущих стосунків внаслідок зменшення емоційності, чуйності або відстороненості травмованого помічника [цит. за 8]. Отже, «вторинна травматизація включає симптоми, схожі з ПТСР, такі як пригнічення, втома, нав'язливі хвилюючі думки, труднощі з концентрацією уваги, нічні кошмари і відчуження від інших», — зазначає Figley. «Будь-яка людина, що має значимі стосунки з тим, хто вижив після травми, може пережити вторинне травмування»[39].

Основні ознаки вторинної травматизації:

емоційні симптоми: тривожність, депресія, почуття безпорадності, провини або страху.

Когнітивні симптоми: проблеми з концентрацією уваги, постійне обмірковування чужих травм, відчуття зміни світогляду.

Фізичні прояви: виснаження, порушення сну, головний біль, зниження енергії.

Поведінкові реакції: уникнення роботи або спілкування, ізоляція, дратівливість [44].

Вторинна травматизація виникає внаслідок того, що людина, яка підтримує або допомагає травмованій особі, починає “переносити” на себе її емоційний і психологічний біль. Це особливо характерно для близьких родичів,

друзів, а також для фахівців, які працюють з травматичним досвідом (психологи, соціальні працівники, дружини військовослужбовців, лікарі).

Як зазначає Figley, це «стан крайнього напруження, стурбованості стражданнями тих, кому допомагають, настільки, що це може стати вторинним травмівним стресом для помічника» [цит. за 39].

Втома від співчуття характеризується фізичним та емоційним виснаженням і, в подальшому, зниженням здатності співпереживати. Це одна з форм вторинного травмівного стресу, оскільки стрес у цьому випадку виникає в результаті допомоги або бажання допомогти тим, хто її потребує. Про таку форму стресу часто говорять як про «ціну догляду» (the cost of caring) [46].

Втома від співчуття- це емоційне і психологічне виснаження, яке виникає у людей, що регулярно взаємодіють із тими, хто переживає страждання, біль або травматичний досвід. Вона є своєрідним “емоційним побічним ефектом” глибокого співпереживання. Людина, яка постійно включається в чужий біль, поступово накопичує стрес від цього контакту. Згодом це призводить до виснаження, втрати здатності до співпереживання та бажання дистанціюватися. На відміну від “ вигорання”, втома від співчуття виникає не через перевантаження роботою, а через емоційний контакт з чужими стражданнями. Втома від співчуття від вторинної травматизації відрізняється меншою інтенсивністю і коротшим терміном розвитку. [44].

Вплив бойової травми на військовослужбовця може стати причиною вторинної травматизації його дружини через кілька механізмів. Вторинна травматизація виникає, коли близька людина постійно взаємодіє з тим, хто пережив травматичні події, і через це сама починає відчувати схожі симптоми травматичного стресу. Дружина є основним джерелом підтримки для військовослужбовця. Вона глибоко співпереживає його стражданням, що може призводити до емоційного виснаження та переживання чужого болю як власного. Чоловік, який пережив бойові дії, може ділитися деталями свого досвіду (або, навпаки, мовчати, створюючи емоційну напругу). Вислуховування

таких історій або відчуття невисловленої травми здатне викликати у дружини психологічні реакції, схожі на симптоми ПТСР.

Бойова травма часто викликає: емоційні розлади: дратівливість, апатію, гнів, депресію. Поведінкові зміни: агресію, замкнутість, зловживання алкоголем чи іншими речовинами. Фізичні прояви: безсоння, напруження, панічні атаки.

Ці зміни у чоловікові створюють у дружини відчуття небезпеки та постійного стресу. Травма може зробити чоловіка емоційно недоступним, що породжує відчуття самотності у дружини. Дружина може бути змушена брати на себе більше сімейних обов'язків, включаючи догляд за травмованим чоловіком, що підсилює її виснаження.

Постійна напруга та тривога чоловіка можуть “заражати” дружину, викликаючи у неї:

- тривожність, депресію;
- втрату почуття контролю;
- емоційне виснаження.

Через зміни в поведінці чоловіка або бажання зберегти сімейні труднощі в таємниці, дружини військовослужбовців часто уникають соціальних контактів, що позбавляє їх підтримки. Спостерігаючи за реакціями чоловіка на певні подразники (гучні звуки, натовп), дружина також може почати уникати схожих ситуацій, розвиваючи схильність до тривожності [15].

Через постійний контакт із травмованим чоловіком дружина може почати відчувати:

Симптоми ПТСР: кошмари, нав'язливі спогади про травматичні події, навіть якщо вона їх не переживала.

Емоційне виснаження: почуття безсилля, тривогу, депресію.

Проблеми в стосунках: конфлікти, емоційну дистанцію або бажання уникали чоловіка.

Бойова травма чоловіка стає не лише його особистим викликом, а й сімейною проблемою, адже вона змінює динаміку стосунків і психологічний стан обох партнерів. Дружина, яка є “емоційним тилом”, ризикує вторинно травмуватися, якщо не отримує належної підтримки чи інструментів для захисту свого психічного здоров’я [30].

Висновки до 1 розділу

У першому розділі було здійснено теоретичний аналіз проблематики психоемоційного стану, стресу та основних стресорів, що впливають на дружин військовослужбовців.

Наукові дослідження психоемоційного стану дружин військовослужбовців є актуальним у контексті сучасних соціально-політичних умов, коли військові конфлікти, тривала мобілізація та бойові дії суттєво впливають не лише на самих військових, а й на їхні родини. Вивчення цих питань має важливе наукове, практичне та соціальне значення.

Психоемоційний стан є інтегральною характеристикою психіки людини, яка відображає її емоційні переживання, когнітивні процеси та поведінкові реакції у відповідь на зовнішні та внутрішні стимули. У психології психоемоційний стан розглядається як тимчасовий, але динамічний процес, який може змінюватися під впливом ситуаційних та особистісних факторів. Для дружин військовослужбовців характерними є значні коливання психоемоційного стану, що зумовлені специфікою життєвих обставин.

Стрес визначається як фізіологічна та психологічна реакція організму на надмірні або тривалі вимоги, що перевищують адаптаційні можливості людини. Теоретичний огляд свідчить про існування як позитивного (еустрес), так і негативного (дистрес) впливу стресу. У контексті дружин військовослужбовців дистрес домінує, оскільки ситуації тривалої розлуки, переживань за життя близьких та економічної нестабільності створюють хронічне психоемоційне напруження.

Основні стресори дружин військовослужбовців.

До основних стресорів, які впливають на дружин військовослужбовців:

- Емоційна напруга через невизначеність: тривале очікування звісток, переживання щодо життя та здоров'я чоловіка.
- Соціальна ізоляція: обмеження кола спілкування через специфічні обставини життя.
- Економічні труднощі: нестабільність фінансового забезпечення, пов'язаного зі службою військовослужбовця.
- Зміна ролей у сім'ї: необхідність виконувати функції, які зазвичай виконують обоє партнерів.

Таким чином, психоемоційний стан дружин військовослужбовців формується під впливом багатofакторних стресових умов, які потребують особливого психологічного супроводу та інтервенції. Знання про природу цих стресорів є важливим для розробки ефективних заходів підтримки.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДРУЖИН УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Організація та процедура дослідження

Метою дослідження є вивчення особливостей психоемоційного стану дружин учасників бойових дій порівняно з дружинами цивільних осіб. До дослідження було залучено 30 дружин учасників бойових дій та 30 дружин цивільних осіб віком від 23 до 60 років.

Дослідження проводилося протягом вересня-жовтня у співпраці з психологічним центром розвитку батьків та дитини “Кульбабка” м. Хмельницького та через онлайн-опитування. Опитування здійснювалося за допомогою онлайн-форми Google Forms, яка включала шкали для оцінки тривожності, депресії та стресу.

Для досягнення мети у дослідженні було використано теоретичні методи: аналіз, синтез, моделювання, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення особливостей психоемоційних станів дружин учасників бойових дій. Емпіричні методи у сукупності таких психометричних методик:

1. **«Шкала реактивної та особистісної тривожності» Ч. Спілберга адаптована Ю. Ханіним** (див.Додаток А).

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілберга є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю. Л. Ханіна (1976). [13]

2.Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) (див. Додаток Б) створена Аароном Беком у 1961 році, призначена для самооцінки депресії. Шкала Бека – один із найбільш широко використовуваних тестів для вимірювання тяжкості депресії. [35]

3.Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (англ. Simptom Check List-90-Revised) (див. Додаток В) - “клінічна тестова і скринінгова методика, призначена для оцінки психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб” [37].

Кожна учасниця дослідження давала інформовану згоду на обробку персональних даних, була проінформована про мету дослідження, а також мала можливість вийти з дослідження на будь-якому етапі.

Зібрані дані були проаналізовані за допомогою методів математичної статистики: обчислення середніх значень для порівняння двох груп. Результати були представлені у вигляді графіків і висновків, що дозволило виявити ключові відмінності між двома групами.

2.2. Методологічні засади дослідження психоемоційних станів респондентів вибірки

Дослідження психоемоційних станів дружин учасників бойових дій через порівняння з психоемоційним станом дружин цивільних дозволяє визначити унікальні чинники впливу бойового досвіду на сім'ї військових. Дружини відіграють ключову роль у емоційному підсиленні своїх чоловіків на фронті і якщо жінка перебуває у стані тривожності та депресії це має руйнівний вплив і на чоловіка. Тривожність, депресія жінки-матері впливає і на психічне здоров'я дітей. Вони також можуть відчувати страхи та переживання за батька через емоційний стан матері. Знання про рівень та особливості тривожності та депресії допомагають створювати програми психологічної допомоги, спрямовані на покращення емоційної стійкості та зниження руйнівних психоемоційних станів. Для дослідження стану емоційної сфери використовувалися такі методики:

1.“Шкала реактивної та особистісної тривожності” Ч. Спілберга
адаптована Ю. Ханіним (див. Додаток А)

Шкала Спілберга застосовується для діагностики тривожних розладів, для вивчення впливу тривожності на поведінку, когнітивні процеси, міжособистісні взаємодії, у роботі з людьми, які перебувають в стресових умовах.

Реактивна (ситуативна) тривожність - тимчасовий, ситуативний емоційний стан, який виникає як реакція на стресову ситуацію. Вона характеризується напруженням, хвилюванням і неспокоєм, які є тимчасовими і можуть вирівнюватися залежно від обставин. Показує, як відчують себе «прямо зараз», використовуючи суб'єктивні відчуття страху, напруження, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи.

Особистісна тривожність – це стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність до сприйняття широкого спектра ситуацій, як загрозливих. Люди з високим рівнем особистісної тривожності частіше схильні до емоційного напруження навіть у звичайних умовах[36].

Низький рівень реактивної тривожності характеризує стабільність емоційного стану, високу стресостійкість, здатність контролювати емоції в стресових ситуаціях. Високий рівень реактивної тривожності свідчить про високий рівень напруження, занепокоєння, страху та нервозності

Високий рівень особистісної тривожності: характеризує постійне занепокоєння. Схильність до емоційного реагування навіть у незначних або нейтральних ситуаціях. Надмірну чутливість до можливих загроз або оцінки з боку інших.

Свідчить про те, що: людина часто бачить потенційну небезпеку навіть там, де її немає, вона може мати низьку самооцінку і невпевненість у собі.

Висока особистісна тривожність є передумовою розвитку тривожних розладів (генералізованої тривожності, фобій тощо).

Можливі наслідки: постійний емоційний стрес, що може призводити до втоми, дратівливості, порушень сну, труднощі у міжособистісних стосунках через схильність до надмірного хвилювання, психосоматичні розлади,

наприклад, головний біль, проблеми з травленням чи підвищений артеріальний тиск.

Низький рівень особистісної тривожності характеризує: емоційну стабільність і спокій, здатність не сприймати звичайні життєві ситуації як загрозливі, високу стресостійкість. Свідчить про те, що людина має впевненість у собі та вміння адекватно оцінювати ризики, вона рідко переживає сильне емоційне напруження. У деяких випадках низька ОТ може вказувати на уникання ситуацій, які викликають тривогу, або недостатню емоційну залученість.

Можливі наслідки: людина здатна ефективно вирішувати проблеми навіть у стресових умовах. Проте занадто низький рівень тривожності може свідчити про недооцінку реальних ризиків, що в деяких випадках є небезпечним[14].

Шкала складається з двох частин. Перша частина оцінює ситуативну (реактивну) тривожність. Друга частина – особистісну тривожність. У кожній частині є 20 тверджень, на які учасник відповідає, вибираючи відповідь за 4-бальною шкалою [34].

2. Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) (див. Додаток Б)

це психологічний інструмент, для оцінки ступеня вираженості депресивних симптомів. Широко використовується в клінічній практиці так і в наукових дослідженнях. Опитувальник складається з 21 категорії симптомів і скарг. Кожен пункт описує симптом або стан, пов'язаний з депресією, наприклад: поганий настрій, втрата інтересу, почуття провини, зниження енергії, порушення сну.

Кожне запитання має 4 варіанти відповіді, які оцінюються за шкалою від 0 до 3 залежно від вираженості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 63 і знижується відповідно з поліпшенням стану. Результанти тесту інтерпретуються наступним чином: 0-9 – відсутність депресивних

симптомів, 10-15 – легка депресія (субдепресія), 16-19 – помірна депресія, 20-29 – виражена депресія (середньої тяжкості), 30-63 – важка депресія [35].

3. Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) (див. Додаток В) — це стандартизований психодіагностичний інструмент, розроблений для оцінки симптомів психічних розладів і загального рівня психологічного дистресу. Він використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях.

Мета використання:

1. Виявлення психоемоційних порушень.
2. Оцінка ступеня стресу та психологічного дискомфорту.
3. Моніторинг змін стану під час лікування.
4. Використання в дослідницьких цілях для вивчення симптоматики в різних групах населення.

Структура опитувальника:

SCL-90-R складається з 90 тверджень, які відображають різні аспекти психоемоційного стану. Респондент оцінює, наскільки сильно його турбує кожен із симптомів протягом останнього тижня, за шкалою від 0 до 4:

0 — зовсім не турбує,

4 — дуже сильно турбує.

Основні шкали:

Опитувальник оцінює 9 клінічних вимірів:

5. Соматизація (SOM): тілесні скарги, такі як біль, втома, порушення роботи шлунково-кишкового тракту.
6. Обсесивно-компульсивні симптоми (О-С): нав'язливі думки, ритуальна поведінка, труднощі у зосередженні.
7. Міжособистісна чутливість (І-С): відчуття неповноцінності, вразливості у стосунках з іншими людьми.
8. Депресія (DEP): почуття смутку, безнадії, зниження мотивації, думки про суїцид.

9. Тривога (ANX): прояви занепокоєння, страху, нервозності.
10. Ворожість (HOS): агресія, злість, роздратованість.
11. Фобічна тривожність (PHOB): специфічні страхи, наприклад, замкненого простору чи натовпу.
12. Паранояльність (PAR): підозрілість, відчуття переслідування.
13. Психотизм (PSY): відчуття відчуження, дивні думки, галюцинації.

Додаткові показники:

14. Глобальний індекс тяжкості (GSI): середнє значення всіх відповідей, яке відображає загальний рівень дистресу.
15. Кількість позитивних симптомів (PST): загальна кількість симптомів, що турбували респондента.
16. Індекс позитивних симптомів (PSDI): інтенсивність вираженості симптомів.

Високі показники в одній або кількох шкалах можуть свідчити про наявність психологічного дистресу чи психічного розладу.

Низькі показники зазвичай означають емоційну стабільність і відсутність виражених симптомів [37].

Без належної допомоги тривожні, стресові, депресивні емоційні стани можуть призводити до важких наслідків, таких як:

- емоційне виснаження;
- руйнування сімейних стосунків;
- соціальна ізоляція;
- ризик суїцидальних думок чи дій.

Дослідження дозволяє вчасно виявити жінок, які потребують допомоги, і запобігти цим наслідкам.

2.3. Аналіз результатів діагностики рівнів вираженості тривоги, депресивних проявів та психопатологічної симптоматики дружин учасників бойових дій та дружин цивільних

Необхідність дослідження психоемоційних станів дружин учасників бойових дій має важливе значення як з наукової, так і з практичної точки зору. Постійний стрес, тривога чи депресія у дружин військових може призводити до серйозних психологічних розладів. Дослідження дозволяють вчасно виявити ці ризики та розробити програми психологічної підтримки, як наслідок зміцнити сім'ю.

За опитувальником самооцінки тривоги Ч. Спілберга та Ю. Ханіна (див. Додаток А) була проведена порівняльна оцінка реактивної тривоги (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) в групах дружин учасників бойових дій та дружин цивільних.

Дружини учасників бойових дій - група дослідження 1.

Дружини цивільних - група дослідження 2.

Таблиця 2.1

Співставлення показників тривоги у групах дослідження дружин учасників бойових дій та дружин цивільних

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс. Число n=30	%	Абс. число n=30	%
Високий	6	20	3	10
Середній	23	76.7	26	86.7
Низький	1	3.3	1	3.3
Високий	9	30	3	10
Середній	19	63.4	26	86.7
Низький	2	6.6	1	3.3

Таким чином для **групи дослідження 1** характерний наступний розподіл реактивної тривоги: у 20% – високий рівень, у 76.7 % – середній, у 3.3% – низький рівень (рис. 2.1).

Для **групи дослідження 2** характерний наступний розподіл реактивної тривоги: у 10% -високий рівень, у 86.7%- середній, у 3.3%- низький.

Високий показник реактивної тривоги проявляється відчуттям напруги, занепокоєння, яку може викликати порушення уваги, зниження працездатності, підвищення стомлюваності і швидку виснаженість.

Таким чином для **групи дослідження 1** характерний наступний розподіл особистісної тривоги: у 30% – високий рівень, у 63.4 % – середній, у 6.6% – низький рівень (рис. 2.1).

Для **групи дослідження 2** характерний наступний розподіл особистісної тривоги: у 10% -високий рівень, у 86.7 %- середній, у 3.3%- низький.

Таким чином, наявність високого рівня особистісної тривожності свідчить про схильність сприймати, практично всі ситуації, як загрозові і реагувати на ці ситуації станом сильної тривоги. Висока особистісна тривожність може бути причиною невротичного конфлікту, емоційного зриву і психосоматичного захворювання.

Результати діагностики за опитувальником самооцінки тривоги Ч. Спілберга та Ю. Ханіна відображені на рис. 2.1.

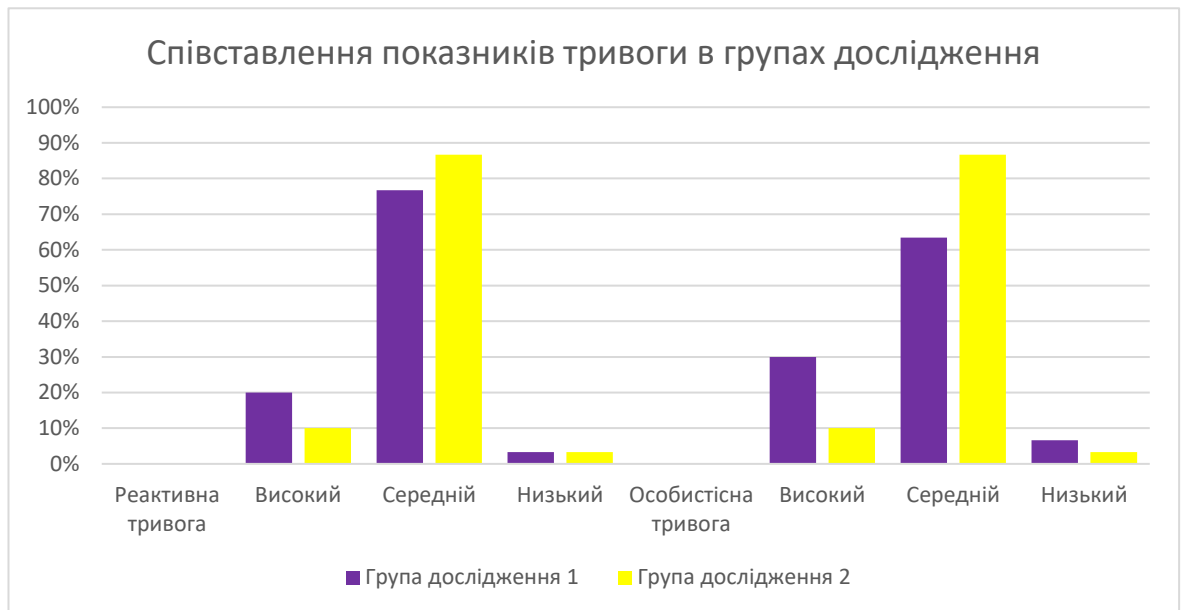


Рис. 2.1. Співставлення показників рівня тривоги в групах дружин учасників бойових дій та дружин цивільних

Отже, отримані результати свідчать що, у дружин учасників бойових дій вищий показник реактивної тривоги, ніж у дружин цивільних, 20% порівняно з 10% . Високий показник реактивної тривоги вказує на стан гострої емоційної напруженості, що виникає як тимчасова реакція на стрес, виснаження через подвійне навантаження (виконання ролі дружини, матері, фінансової відповідальності), невизначеності та страх за життя близької людини. Якщо реактивна тривога зберігається тривалий час, вона може перетворитися на хронічну (особистісну) тривожність.

Вищий показник «середнього рівня» стану тривоги показує у групі дружин цивільних у порівнянні з дружинами військових. 86.7% порівняно з 76.7% . Тривога в межах середнього є природною реакцією на стресову ситуацію, це сигнал організму який мобілізує сили для вирішення задач, які постали перед жінками. Середній рівень тривоги вказує, що людина переживає стрес, але може з ним впоратися без руйнівних наслідків для здоров'я. Цей стан про те, що жінки можуть контролювати свої емоційні імпульси, лише в окремих випадках піддаватися впливу тривожності.

«Низький рівень» вираженості стану тривоги однаковий в обох групах. 3.3% у групі дружин учасників бойових дій і 3.3% у групі дружин цивільних, але цей відсоток досить низький. Низький рівень реактивної тривожності свідчить про емоційну стійкість. Жінки можуть добре контролювати свої емоції та здатні зберігати спокій у стресових ситуаціях або ж це може бути ознакою апатії, емоційного вигорання або ж депресії.

Аналізуючи показники особистісної тривожності, можна помітити більш негативні показники високої тривожності у групі дружин учасників бойових дій, ніж дружин цивільних, (30% порівняно з 10%). Високий рівень тривожності свідчить про схильність до тривожних переживань у широкому спектрі ситуацій, навіть тих, які не є загрозливими. Такий стан відображає стійку рису особистості, а не тимчасову реакцію на стрес. Постійне відчуття тривоги може стати причиною депресивних станів через тривале емоційне виснаження. Хронічна тривожність підвищує ризик виникнення раптових панічних епізодів.

У показнику «середній рівень» вираженості стану тривоги значно вищий у групі дружин цивільних порівняно з дружинами учасників бойових дій (86.7% порівняно з 63.4%). Середній рівень свідчить про те, що жінки мають емоційну чутливість, але їх реакції залишаються в межах норми. Вони можуть відчувати занепокоєння, але цей стан не заважає для них приймати рішення та працювати, це про здатність зберігати рівновагу. Жінки мають достатньо сил, щоб справлятися з психологічним навантаженням, пов'язаним із тривогою за свого чоловіка та свою сім'ю.

У показнику «низький рівень» вираженості стану тривоги у групі дружин учасників бойових дій – 2 особи, що відповідає 6.6% порівняно з 1 особою, що відповідає 3.3%. Низький рівень особистісної тривоги свідчить про емоційну стабільність і низьку чутливість до стресу. Жінки рідко відчувають тривогу і не схильні до хронічного занепокоєння. Але це може бути як ознакою гарної емоційної стійкості, так і можливим сигналом проблеми. Наприклад, небажанням бачити чи усвідомлювати проблеми, які потрібно проживати і за

які відповідати з дня у день. Це може бути симптомом апатії чи інших психоемоційних розладів.

Далі ми провели аналіз рівня депресивних симптомів у дружин учасників бойових дій та дружин цивільних за самооцінюванням шкали депресії А. Бека (див. Додаток Б)

Таблиця 2.2

Результати прояву депресивної симптоматики у досліджуваних обох вибірок

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс. число n= 30	%	Абс. число n=30	%
Виразна (30-63б.)	1	3.3	-	-
Помірна (19-29б.)	5	16.7	3	10
Низька (10-18б.)	8	26.7	11	36.7
Відсутність (0-9б.)	16	53.3	16	53.3

Аналіз таблиці показує, що у дружин військових, порівняно з дружинами цивільних присутня виразна депресія (3.3 % і відсутність у групі дружин цивільних). Виразні симптоми депресії суттєво впливають на емоційний стан, когнітивні функції, мотивацію жінки. Проявляються пригніченим настроєм, смутком, безнадією, почуттям провини і власної недієздатності через постійну тривогу за свого чоловіка, який на фронті. Виразна депресія є серйозним станом, який потребує уваги. Вона вказує на значний психологічний дискомфорт, який можна зменшити з допомогою підтримки та терапії. Важливо вчасно її ідентифікувати та звернутися за допомогою.

“Помірно” виражена депресія має значно вищі показники серед дружин учасників бойових дій 16.7 % порівняно з 10% серед дружин цивільних.

Помірно виражена депресія свідчить про наявність помірного рівня депресивного стану, що характеризується значними змінами в емоційному та

поведінковому стані людини. Цей стан показує, що жінки проживають тривале емоційне навантаження, яке впливає на їх повсякденне життя. Цей стан не є настільки важким, як стан виразної депресії, але цей стан впливає на загальне самопочуття. проявляється почуттям провини, незадоволеністю собою та своїм життям, низькою самооцінкою, відчуттям безнадійності. Помірно виражена депресія є серйозним, але ще керованим станом. Вона потребує уваги і може бути корегована за допомогою психотерапії.

Показники низької депресії вищі у дружин цивільних, ніж у дружин учасників бойових дій (36.7% порівняно з 26.7%). низька депресія свідчить про незначну депресивну симптоматику, яка не є критичною, але все ж таки може впливати на емоційний стан жінок у повсякденному житті. Проявляється легким пригніченим настроєм, легким почуттям незадоволеності, сумнівами у своїх силах.

У шкалі “відсутність” депресії дві групи мають однакові показники 53.3%. відсутність депресії означає, що жінки мають стабільний емоційний стан і здатні справлятися з повсякденними стресами, з викликами, які дає їм життя, не відчуючи вираженого негативного впливу на своє психоемоційне та фізичне самопочуття. Це свідчить про добре розвинені адаптаційні стратегії, підтримку в родині чи соціальному оточенні

Результати діагностики за опитувальником депресії Бека відображені на рис. 2.2.

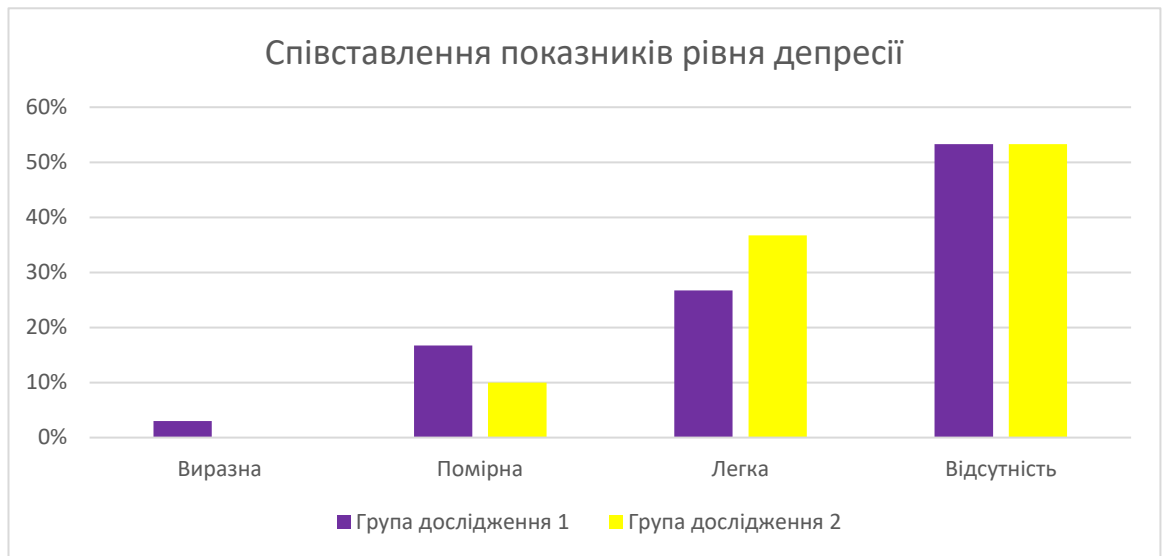


Рис. 2.2. Співставлення показників рівня депресії дружин учасників бойових дій і дружин цивільних

Продовжили дослідження аналізом психічних та емоційних симптомів у дружин учасників бойових дій та дружин цивільних за Симптоматичним опитувальником SCL-910-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) (див. Додаток В).

Таблиця 2.3

Результати прояву психопатологічної симптоматики у респондентів

Шкала	Група дослідження 1		Група дослідження 2
	Середнє значення		
		норма	
Соматизація	0.90	0.69	0.67
Нав'язливості	0.93	0.76	0.83
Інтерперсональна чутливість	0.94	0.83	0.66
Депресія	1.10	0.68	0.80
Тривожність	1.0	0.62	0.83

Ворожість	0.83	0.71	0.73
Нав'язливі страхи	0.4	0.35	0.2
Параноїдність	0.93	0.67	0.73
Психотизм	0.67	0.42	0.36
Індекс GSI	0.86	0.64	0.65

Аналіз таблиці показує, що показник “Соматизація” значно переважає норму у групі дружин учасників бойових дій (0.90 відповідно до норми 0.69). Високий показник може бути наслідком психологічних труднощів, таких як хронічний стрес пов’язаний з побутовими та соціальними моментами, тривога, емоційна напруга, які проявляються через відчуття у тілі. Це фізичні симптоми: біль у тілі, втома, запаморочення. У групі дружин цивільних симптоматика не виражена і має показники нижче норми (0.67 з 0.69).

За шкалою “Нав’язливості” високий показник мають дружини обох груп. Він свідчить про високу схильність до нав’язливих думок, які небажані та часто повторюються, їх важко контролювати. Ці думки часто викликають тривогу і дискомфорт. Високий рівень нав’язливих думок пов’язаний з ментальною втомою, яка є наслідком постійних хвилювань за своє життя, життя чоловіка та життя родини, невизначеністю майбутнього.

Показник “Інтерперсональна чутливість” надто високий у групі дружин учасників бойових дій (0.94 від норми 0.83). Тоді як показник у групі дружин цивільних значно нижче норми (0.66 від 0.83). Високий показник свідчить про відчуття несправедливості чи соціальної ізоляції, відчуття самотності, яке проживають дружини військовослужбовців через постійну відсутність чоловіка поряд. Вони вразливі до думки інших стосовно їхнього способу життя.

Показник шкали “Депресія” надто високий в обох групах, особливо у групі дружин військовослужбовців (1.10 з 0.68 у групі 1, і 0.80 від норми 0.68 у групі 2). Він свідчить про наявність симптомів, які можуть вказувати на

депресивний стан. Через проживання відчуття безнадійності, безсилля, втрати сенсу життя, відсутністю мотивації займатися улюбленими справами, почуття провини через неможливість змінити ситуацію. Високий показник є сигналом про серйозний психо-емоційний стан і потребує уваги.

Показник шкали “Тривожність” є високим у двох групах. У групі 1 - 1.0 від норми 0.62 у групі 2 - 0.83 від норми 0.62. Він свідчить про наявність симптомів, характерних для тривожного стану через постійне відчуття тривоги та напруги. У дружин військових він свідчить про постійне проживання страху залишитися одною без чоловіка, відчуття самотності, невизначеності. Страху несправитися з поставленими задачами, відповідальністю і обов’язками. У дружин цивільних через страх втрати близьких людей, страх за власне життя. Через надмірне хвилювання щодо майбутнього та зовнішньої безпеки, можливих ситуацій та сценаріїв. Очікування найгіршого результату подій, прогнозування найгірших сценаріїв життя.

Шкала “Ворожість” має високий показник у групі дружин учасників бойових дій (0.83 від норми 0.71). Він може свідчити про наявність пригніченої злості або роздратування, на людей, які поряд, та навіть на самих себе. Також цей показник свідчить про втому від відповідальності, тому що виконання довгий час усіх обов’язків, під час відсутності чоловіка, викликає постійне емоційне виснаження, фізичне і емоційне безсилля, спустошення, яке може проявлятися в агресивності. Підвищена ворожість може бути викликана розчаруванням у соціальній підтримці та несприйняттям обставин воєнного часу, вираженням постійної напруги та емоційного болю, який проживається через додання життєвих труднощів. Це сигнал про глибоку емоційну напругу та невирішений внутрішній або зовнішній конфлікт. Хронічна ворожість може призводити до підвищеного рівня тривожності, депресії чи психосоматичних розладів. Показник у групі дружин цивільних є у межах норми.

Шкала “Нав’язливі страхи” у групі 1 незначною мірою вище норми (0.4 від норми 0.35). Дружини військових переживають підвищену чутливість до

стресових ситуацій. В умовах війни їх думки можуть бути перманентними і приводити до частих занепокоєнь і страхів, навіть якщо конкретні загрози є малоймовірними. Ці страхи можуть бути реакцією на стрес, пов'язаний з життям в умовах конфлікту та невизначеності. Соціальна ізоляція може бути фактором, що посилює страхи. У разі, якщо дружина військового не отримує емоційної підтримки, це може підвищувати рівень переживань та страхів, що стосуються безпеки та майбутнього. Відсутність чоловіка може збільшувати невпевненість, що породжує сильні страхи щодо його безпеки та повернення. “Параноїдність” показники цієї шкали вище норми в обох групах (у групі 1 показник 0.93 від норми 0.67, у групі 2- 0.73 від норми), значно вище у групі 1. Параноїдні симптоми часто показують підвищену недовіру до інших людей, в тому числі і до найближчих. Це про стан бачити загрози там, де їх насправді немає. Людина може підозрювати і розвивати думки про те, що інші мають злі наміри щодо неї або її сім'ї, навіть без конкретних доказів, лише на припущеннях. В умовах постійної тривоги проживання війни, як у дружин військових так і в дружин цивільних підвищена недовіра може бути адаптивною реакцією на невпевненість і стресові ситуації, що виникають внаслідок важких обставин. У дружин військових параноїдність може бути спричинена страхом щодо можливих зрад або небажаних змін у поведінці чоловіка. У дружин цивільних параноїдність може виникати в результаті переживань через невизначеність майбутнього або страх того, що близькі люди можуть мати щодо них злі наміри.

Вище норми показник у шкалі “Психотизм” виявився у групі дружин військовослужбовців (0.67 від норми 0.42 і нижче норми у групі 2 - 0.36). Він свідчить про схильність до порушень сприйняття реальності, таких як надмірна недовіра або сприйняття ситуації як загрози, навіть, якщо це не відповідає реальним подіям. Це може проявлятися через необгрунтовані підозри дружин щодо чоловіка, що виявляється в поведінкових реакціях, схожих на психотичні у вигляді нав'язливих чи раціональних ідей. Цей показник також може свідчити

про можливі сімейні або соціальні стреси, через які дружина може втрачати відчуття реальності або почуватися ізольованою та невпевненою. Жінки, які проживають підвищений психотизм можуть демонструвати проблеми у спілкуванні через неадекватне трактування намірів оточуючих, що може призвести до суперечок, ізоляції та навіть сімейних конфліктів.

Далі ми зробили більш детальний аналіз по рівнях кожної шкали. Результати дослідження шкали «Соматизація» представлені у таблиці (див. Табл.2.4.)

Таблиця 2.4

**Результати вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою
«Соматизація»**

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс.число n= 30	%	Абс.число n=30	%
Не виражена	134	37.2	186	51.6
Нижче середнього виражена	137	38.05	108	30
середньовиражена	66	18.33	52	14.4
Вище середнього виражена	20	5.55	15	4.1
надто виражена	2	0.55	-	-

Порушення, що називаються **соматизацією**, відображають дистрес, що виникає із відчуття соматичної дисфункції. Сюди відносяться скарги щодо функціонування кардіоваскулярної, гастрінтестинальної, респіраторної та інших систем організму, зокрема головні болі, болі в різних частинах тіла у тому числі й м'язові, а також - соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність психічних розладів, хоча й можуть свідчити про реальні соматичні захворювання.

Отже, результати представлені в таблиці 2.4. шкали “ соматизація” свідчать про те, що:

- у групі 1 37.2 % осіб, у яких ця ознака не виражена, порівняно з 51.6 % у групі 2;
- нижче середнього виражена у групі 1 - 38.05 % порівняно з 30 % у групі 2;
- середньовиражена ознака у групі 1 - 18.33 % порівняно з 14.4 % у групі 2;
- вище середнього виражена у групі 1 - 5.55 % порівняно з 4.1% у групі 2;
- надто виражена ознака у групі 1 - 0.55 %, надто виражена ознака соматизації у групі 2 відсутня.

Результати діагностики відображені на рисунку 2.4.

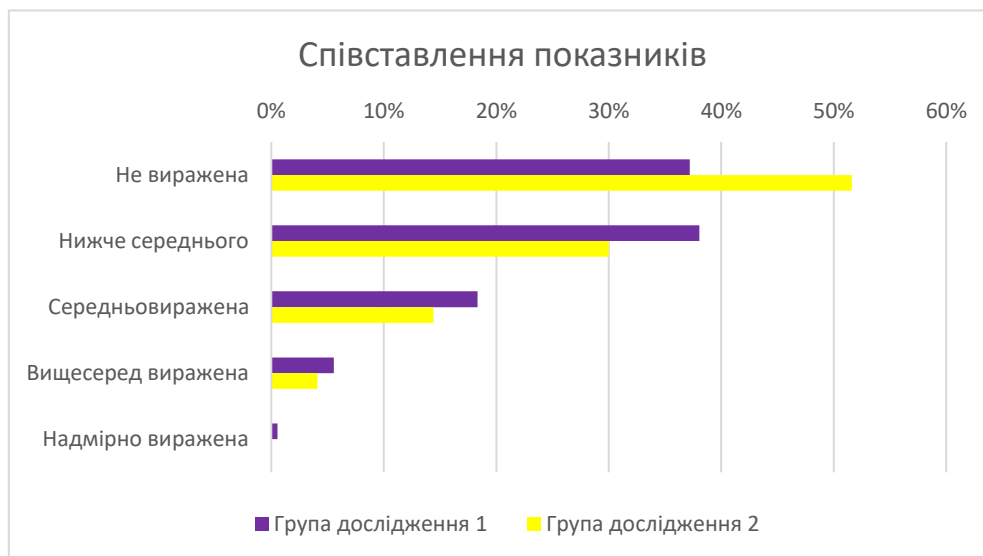


Рис. 2.4. Співставлення показників за шкалою “Соматизація”

Результати дослідження за шкалою “Нав’язливості” представлені у таблиці (див. Табл.2.5.)

Таблиця 2.5

**Результати вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою
«Нав’язливості»**

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс.число	%	Абс.число	%

	n= 30		n=30	
Не виражена	109	36.3	133	44.3
Нижче середнього виражена	123	41	107	35.6
середньовиражена	47	15.6	40	13.3
Вище середнього виражена	19	6.4	18	6.3
надто виражена	2	0.7	1	0.33

Обсесивно-компульсивний розлад відображає симптоми, переважно тотожні стандартному клінічному синдрому з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок і дій, які переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі для «Я». У цю шкалу також включені питання, що стосуються поведінки або переживань більш загального когнітивного забарвлення.

Отже, результати представлені в таблиці 2.5. шкали “ нав’язливості” свідчать про те, що:

- у групі 1 36.1 % осіб, у яких ця ознака не виражена, порівняно з 44.3 % у групі 2;
- нижче середнього виражена у групі 1 - 41.0 % порівняно з 35.6 % у групі 2;
- середньовиражена ознака у групі 1 - 15.6% порівняно з 13.3% у групі 2;
- вище середнього виражена у групі 1 -6.4% порівняно з 6.3% у групі 2;
- надто виражена ознака у групі 1 - 0.7%, порівняно з 0.33 у групі 2.

Результати діагностики відображено на рис. 2.5.

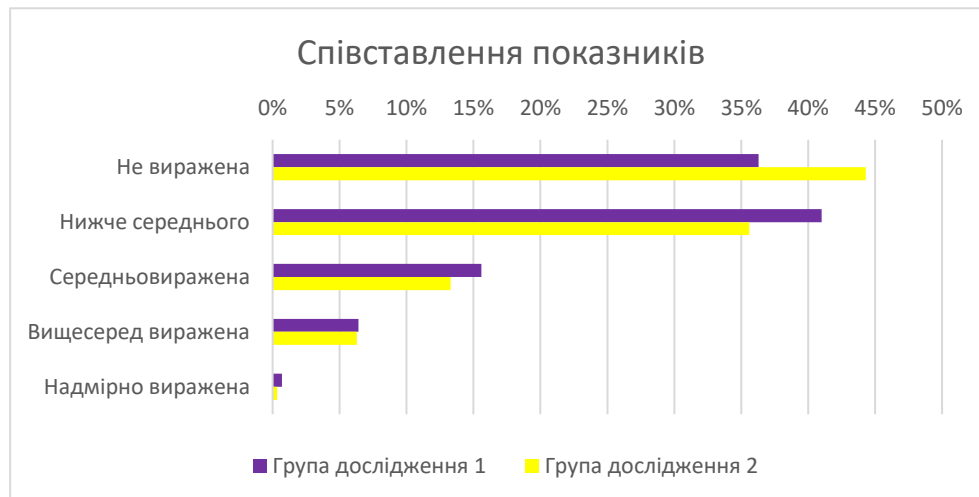


Рис. 2.5. Співставлення показників за шкалою “Нав’язливість”

Результати дослідження шкали “Інтерперсональна чутливість” представлені у таблиці (див. Табл.2.6.)

Таблиця 2.6

Результати вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою «Інтерперсональна чутливість»

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс.число n= 30	%	Абс.число n=30	%
Не виражена	102	37.9	130	48.2
Нижче середнього виражена	98	36.4	100	37
середньовиражена	48	17.3	29	10.8
Вище середнього виражена	19	7.05	11	4
надто виражена	2	0.75	-	-

Даний розлад визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Осуд себе, почуття неспокою і помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії

характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками за даною шкалою повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Отже, результати представлені в таблиці 2.6. шкали “інтерперсональна чутливість” свідчать про те, що:

- у групі 1 37.9 % осіб, у яких ця ознака не виражена, порівняно з 48.2 % у групі 2;
- нижче середнього виражена у групі 1 - 36.4 % порівняно з 37 % у групі 2;
- середньовиражена ознака у групі 1 - 17.3 % порівняно з 10.8 % у групі 2;
- вище середнього виражена у групі 1 - 7.05 % порівняно з 4% у групі 2;
- надто виражена ознака у групі 1 - 0.7 5%, надто виражена ознака у групі 2 відсутня.

Результати діагностики відображені на рисунку 2.6.

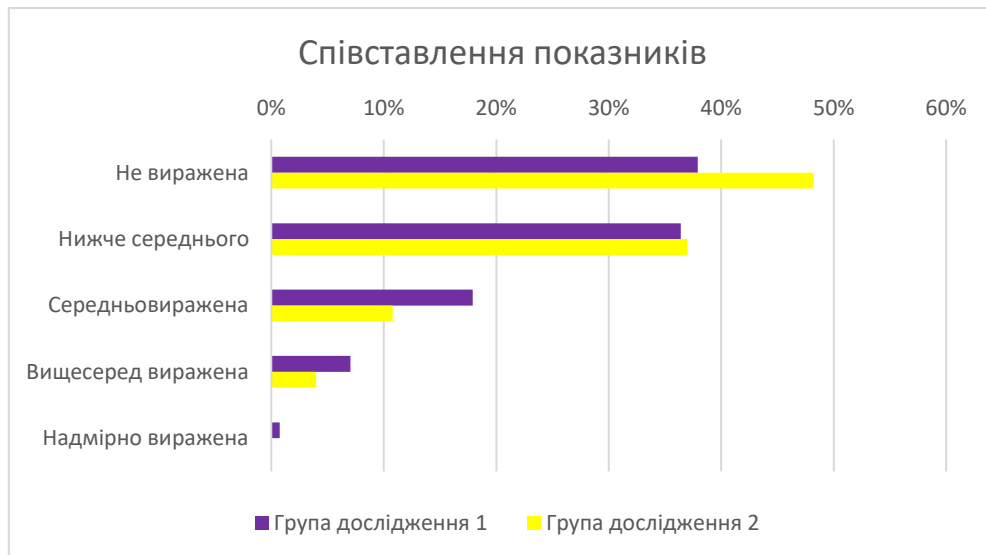


Рис. 2.6. Співставлення показників за шкалою “Інтерперсональна чутливість”

Результати дослідження шкали “Депресія” представлені у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

**Результати вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою
«Депресія»**

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс.число n= 30	%	Абс.число n=30	%
Не виражена	148	38.2	191	49
Нижче середнього виражена	125	32.3	124	31.8
середньовиражена	64	16.6	49	12.7
Вище середнього виражена	37	9.8	22	5.7
надто виражена	11	3.1	3	0.8

Симптоми цього розладу відображають широку галузь проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії і афекту, зокрема ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид і інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

Отже, результати представлені в таблиці 2.7. шкали “ депресія” свідчать про те, що:

- у групі 1 38.2 % осіб, у яких ця ознака не виражена, порівняно з 49.0 % у групі 2;
- нижче середнього виражена у групі 1 - 32.3 % порівняно з 31.8% у групі 2;
- середньовиражена ознака у групі 1 - 16.6 % порівняно з 12.7 % у групі 2;
- вище середнього виражена у групі 1 -9.8 % порівняно з 5.7 % у групі 2;
- надто виражена ознака у групі 1 - 3.1 %, порівняно з 0.8 % у групі 2.

Результати діагностики відображено на рисунку 2.7.

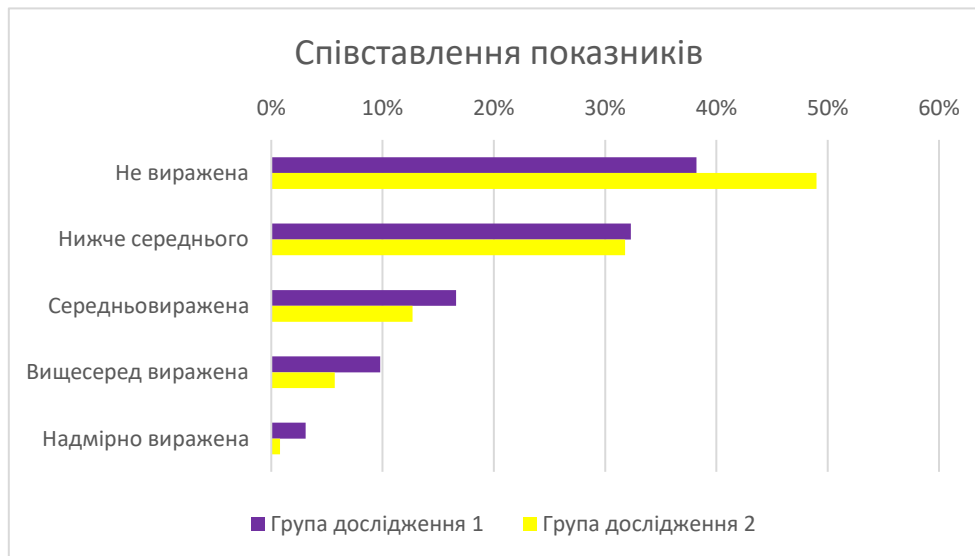


Рис. 2.7. Співставлення показників шкали “Депресія” у групі дослідження 1 та групі дослідження 2

Результати дослідження шкали “Тривожність” представлені у табл.2.8.

Таблиця 2.8

Результати вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою «Тривожність»

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс.число n= 30	%	Абс.число n=30	%
Не виражена	122	40.7	154	51.4
Нижче середнього виражена	97	32.3	98	32.8
середньовиражена	55	18.3	37	12.4
Вище середнього виражена	25	83	9	3
надто виражена	1	0.4	1	0.4

Тривожний розлад складається з ряду симптомів і ознак, які клінічно пов’язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. У визначення входять

загальні ознаки, такі як нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства. В якості ознак тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страхи та деякі соматичні кореляти тривожності.

Отже, результати представлені в таблиці 2.8. шкали “тривожність” свідчать про те, що:

- у групі 1 40.7 % осіб, у яких ця ознака не виражена, порівняно з 51.4 % у групі 2;
- нижче середнього виражена у групі 1 - 32.3 % порівняно з 32.8% у групі 2;
- середньовиражена ознака у групі 1 - 18.3% порівняно з 12.4 % у групі 2;
- вище середнього виражена у групі 1 -8.3 % порівняно з 3 % у групі 2;
- надто виражена ознака у групі 1 - 0.4 %, і однаковий показник 0.4 % у групі 2.

Результати діагностики відображено на рисунку 2.8.

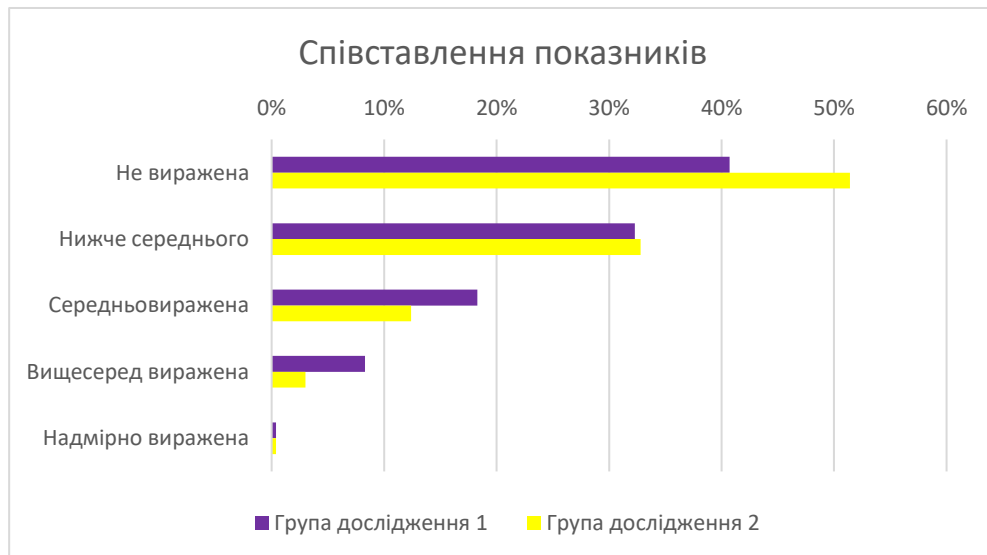


Рис. 2.8. Співставлення показників шкали “Тривожність” у групі дослідження 1 та групі дослідження 2

Результати дослідження шкали “Ворожість” представлені у табл. 2.9.

Таблиця 2.9

**Результати вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою
«Ворожість»**

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс.число n= 30	%	Абс.число n=30	%
Не виражена	91	50.5	84	46.7
Нижче середнього виражена	50	27.8	71	39.4
середньовиражена	28	15.7	12	6.7
Вище середнього виражена	9	5	12	6.7
надто виражена	2	1.1	1	0.5

Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

Отож, результати представлені в таблиці 2.9. шкали “ворожість” свідчать про те, що:

- у групі 1 50.5 % осіб, у яких ця ознака не виражена, порівняно з 46.7 % у групі 2;
- нижче середнього виражена у групі 1 - 27.8 % порівняно з 39.4 % у групі 2;
- середньовиражена ознака у групі 1 - 15.7 % порівняно з 6.7 % у групі 2;
- вище середнього виражена у групі 1 - 5 % порівняно з 6.7 % у групі 2;
- надто виражена ознака у групі 1 - 1.1 %, і однаковий показник 0.5 % у групі 2.

Результати діагностики представлені на рисунку 2.9.

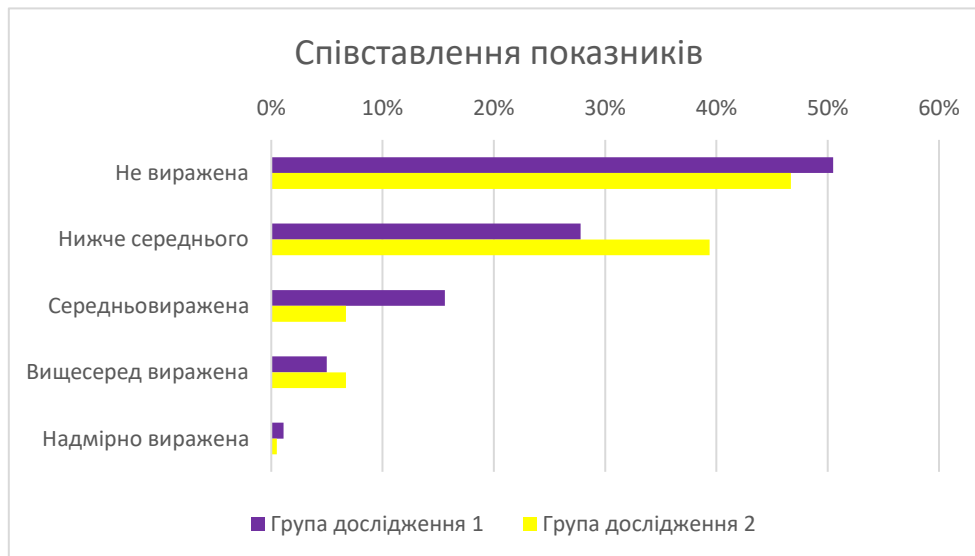


Рис. 2.9. Співставлення показників шкали “Ворожість” у групі дослідження 1 та групі дослідження 2

Результати дослідження шкали “Нав’язливі страхи” представлені у таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Результати вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою «Нав’язливі страхи»

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс.число n= 30	%	Абс.число n=30	%
Не виражена	153	73.1	172	81.9
Нижче середнього виражена	36	17.5	29	13.8
середньовиражена	16	7.8	9	4.3
Вище середнього виражена	3	1.6	-	-
надто виражена	-	-	-	-

Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до уникаючої поведінки.

Отож, результати представлені в таблиці 2.10. шкали “нав’язливі страхи” свідчать про те, що:

- у групі 1 73.1 % осіб, у яких ця ознака не виражена, порівняно з 81.9 % у групі 2;
- нижче середнього виражена у групі 1 - 17.5 % порівняно з 13.8 % у групі 2;
- середньовиражена ознака у групі 1 - 7.8 % порівняно з 9 % у групі 2;
- вище середнього виражена у групі 1 -1.6 % відсутній показник у групі 2;
- надто виражена ознака у групі 1 - 1.1 %, відсутній показник у групі 2.

Результати діагностики представлені у рисунку 2.10



Рис. 2.10. Співставлення показників шкали “Нав’язливі страхи, фобії” у групі дослідження 1 та групі дослідження 2

Результати дослідження шкали “Параноїдність” представлені у Таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

**Результати вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою
«Параноїдність»**

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс.число n= 30	%	Абс.число n=30	%
Не виражена	84	46.7	102	56.7
Нижче середнього виражена	62	34.5	67	37.2
середньовиражена	21	11.8	22	12.2
Вище середнього виражена	9	5.2	6	1.7
надто виражена	3	1.8	-	-

Дане визначення представляє параноїдну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрілості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу, і вибір питань орієнтований саме на представленість цих ознак. Результати представлені в таблиці 2.11. шкали “параноїдність” свідчать про те, що:

- у групі 1 46.7 % осіб, у яких ця ознака не виражена, порівняно з 56.7 % у групі 2;
- нижче середнього виражена у групі 1 - 34.5 % порівняно з 37.2 % у групі 2;
- середньовиражена ознака у групі 1 - 11.8 % порівняно з 12.2 % у групі 2;
- вище середнього виражена у групі 1 - 5.2 % порівняно з 1.7 % у групі 2;
- надто виражена ознака у групі 1 - 1.8 %, відсутній показник у групі 2.

Результати діагностики представлені у рисунку 2.11.

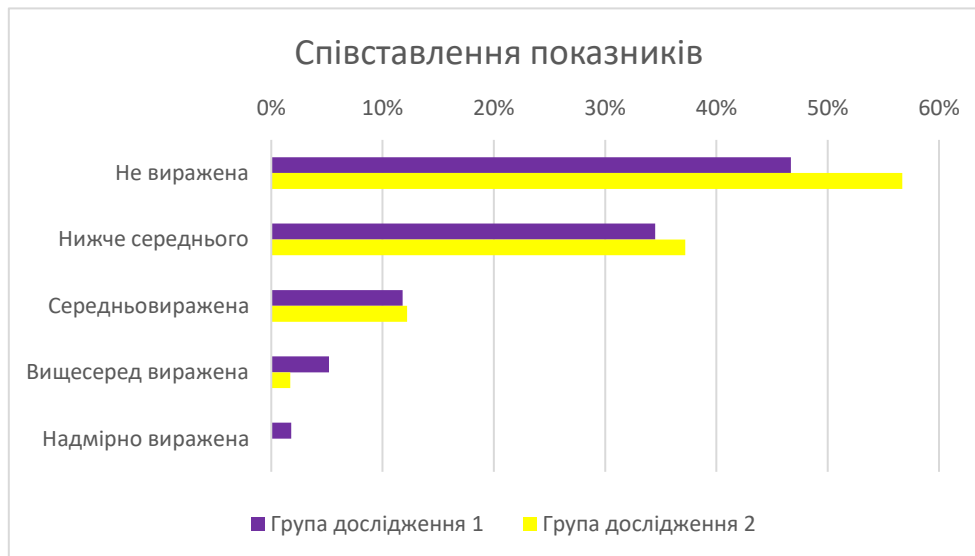


Рис. 2.11. Співставлення показників шкали «Психотизм» у групі дослідження 1 та групі дослідження 2

Результати дослідження шкали «Психотизм» представлені у Таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

**Результати вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою
«Психотизм»**

Рівень	Група дослідження 1		Група дослідження 2	
	Абс.число n= 30	%	Абс.число n=30	%
Не виражена	191	63.7	226	75.4
Нижче середнього виражена	68	22.6	56	18.7
середньовиражена	25	8.3	11	3.8
Вище середнього виражена	11	3.7	6	2.1
надто виражена	5	1.7	-	-

У шкалу психотизма включені питання, що вказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі як галюцинації або слухання голосів. Шкала психотизма є градусованим континуумом від м'якої міжособистісної до очевидних доказів психотизма. Крім того, вона може бути корисна для виявлення грубої агравації, симуляції і недбалого заповнення бланка - при високих значення по ній при відсутності явної симптоматики.

Результати представлені в таблиці 2.12. шкали “психотизм” свідчать про те, що:

- у групі 1 63.7 % осіб, у яких ця ознака не виражена, порівняно з 75.4 % у групі 2;
- нижче середнього виражена у групі 1 - 22.6 % порівняно з 18.7 % у групі 2;
- середньовиражена ознака у групі 1 - 8.3 % порівняно з 3.8 % у групі 2;
- вище середнього виражена у групі 1 - 3.7 % порівняно з 2.1 % у групі 2;
- надто виражена ознака у групі 1 - 1.7 %, відсутній показник у групі 2.

Результати діагностики представлені на рисунку 2.12.

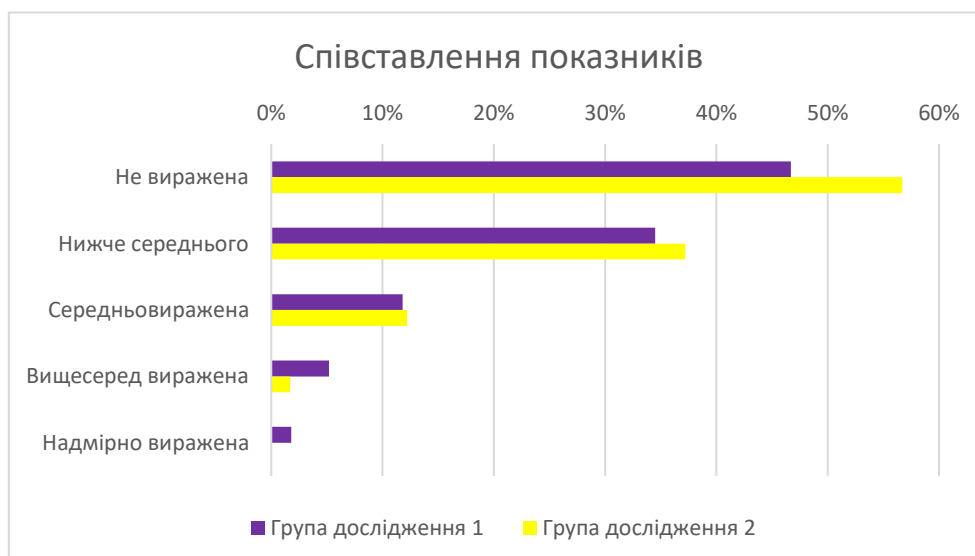


Рис. 2.12. Співставлення показників шкали “Психотизм” у групі дослідження 1 та групі дослідження 2

2.4. Результати кореляційного зв'язку показників тривоги, депресії та інших психопатологічних симптомів досліджуваних

Для виявлення ймовірних зв'язків між тривогою, депресією та іншими психопатологічними симптомами був застосований метод кореляційного аналізу за коефіцієнтом кореляції Пірсона. Метод кореляційного аналізу дав змогу проаналізувати як взаємозв'язки показників рівня депресії та тривоги співвідносяться з іншими проявами психічного дискомфорту.

Проаналізуємо результати кореляції патернів ознак психопатологічної симптоматики за методикою SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90- Revised) і показників рівня депресії за шкалою депресії Бека (Beck Depression Inventory) (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Коефіцієнти кореляції шкал рівня депресії з показниками симптоматичного опитувальника

N=61	Депресія відсутня	Низька депресія	Помірна депресія	Виразна депресія
СО зовсім ні	.34*	-.21	-.35**	-.07
СО трохи	-.14	.26*	-.05	-.08
СО помірно	-.21	.10	.23	.12
СО сильно	-.31*	.00	.60***	.09
СО дуже сильно	-.25*	.10	.23	.20

Примітка: умовні позначення: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$; *** – $p \leq 0,001$

Отже, результати кореляційного аналізу дали змогу виявити певну кількість статистично значущих кореляційних зв'язків між вираженістю рівня депресії і показниками Симптоматичного опитувальника.

Спостерігається позитивна кореляція між відсутністю депресії та шкалою “Зовсім ні” ($r = 0.34$, $p \leq 0.01$). Це означає, що респонденти без депресії частіше

зазначають, що у них відсутні психопатологічні симптоми. Відсутність депресії асоціюється з мінімальними проявами психопатологічних симптомів.

Низький рівень депресії. Виявлено позитивну кореляцію між низьким рівнем депресії та шкалою “Трохи” ($r = 0.26, p \leq 0.05$). Це свідчить про те, що у респондентів із низьким рівнем депресії частіше проявляються слабо виражені симптоми психоемоційного напруження. Низький рівень депресії відповідає слабким симптомам, тоді як помірна депресія має значний вплив на психоемоційний стан, що проявляється сильною виразністю симптомів за шкалами SCL-90.

Помірний рівень депресії. Найсильніша позитивна кореляція спостерігається між помірним рівнем депресії та шкалою “Сильно” ($r = 0.60, p \leq 0.001$). Це вказує на те, що респонденти з помірним рівнем депресії значно частіше демонструють високий рівень психопатологічних симптомів, зокрема тривожність, соматизацію чи інші прояви.

Виразний рівень депресії. Зі шкалами SCL-90 для респондентів із виразним рівнем депресії значущих кореляцій не виявлено ($p > 0.05$). Це може свідчити про те, що у респондентів із вираженою депресією показники симптомів на різних рівнях не мають чіткої закономірності або розподіляються рівномірно.

Ці результати вказують на необхідність посиленої уваги до респондентів із помірним рівнем депресії, оскільки саме вони демонструють найбільш виражені психопатологічні симптоми. Для них доцільно проводити поглиблену діагностику і розробляти цільові програми психологічної допомоги.

Проаналізуємо результати кореляційного зв'язку показників рівня депресії за шкалою депресії Бека (Beck Depression Inventory) з шкалою тривоги Спілберга-Ханіна (C. Spielberger) (табл. 2.14)

Таблиця 2.14

Коефіцієнти кореляції шкал рівня депресії з показниками вираженості тривоги

N=61	Депресія відсутня	Низька депресія	Помірна депресія	Виразна депресія
Шкала тривоги Ні, це не так	.05	-.03	-.03	-.05
Шкала тривоги Мабуть, так	-.05	.10	-.04	-.02
Шкала тривоги Вірно	-.20	.11	.18	.21
Шкала тривоги Цілком вірно	-.30*	-.29*	-.14	-.18

Примітка: умовні позначення: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$; ; *** – $p \leq 0,001$

Відсутність депресії: тривога “Цілком вірно” демонструє позитивну кореляцію з відсутністю депресії ($r = 0.30$, $p \leq 0.05$). Це вказує на те, що респонденти без депресії частіше оцінюють свою тривогу як “Цілком вірно”, що може відображати помірний або адаптивний рівень тривоги. Відсутність депресії асоціюється з помірним рівнем тривоги, що може розглядатися як адаптивний стан, наприклад, у відповідь на стресові ситуації.

Низький рівень депресії: виявлено негативну кореляцію між низьким рівнем депресії та тривогою “Цілком вірно” ($r = -0.29$, $p \leq 0.05$). Це свідчить про те, що респонденти з низьким рівнем депресії рідше оцінюють свої прояви тривоги як “Цілком вірно”. Низький рівень депресії супроводжується зниженням суб’єктивного сприйняття тривоги, що відображається у негативній кореляції. Помірний рівень депресії: значущих кореляцій із жодною шкалою тривоги для цього рівня депресії не виявлено ($p > 0.05$). Це може означати, що тривога при помірній депресії є більш варіативною і не має чітких закономірностей. Виразний рівень депресії: для респондентів із виразним рівнем депресії також не виявлено статистично значущих кореляцій із жодною шкалою тривоги ($p > 0.05$). Це може свідчити про те, що на цьому рівні тривога

є інтегральною частиною загального емоційного стану і не виділяється окремо як самостійний фактор.

Помірний і виразний рівні депресії не показують чітких взаємозв'язків із тривожністю, що може бути пов'язано з розмитістю емоційного сприйняття при більш тяжких станах. Результати кореляційного аналізу можуть бути корисними для диференційної діагностики. Зокрема: респонденти з адаптивним рівнем тривоги (за шкалою “Цілком вірно”) частіше не мають депресії. Оцінка тривожності в осіб із низьким рівнем депресії може слугувати індикатором стабілізації їхнього емоційного стану. Для осіб із помірним і виразним рівнем депресії необхідно використовувати додаткові методи для оцінки тривожності, оскільки її прояви є неоднорідними.

Кореляційний аналіз показав, що високі рівні тривожності мають прямий зв'язок із проявами депресії та психопатологічними симптомами. Це підтверджує припущення, що тривога й депресія є ключовими факторами, які визначають загальний психоемоційний стан дружин учасників бойових дій.

2.5. Рекомендації щодо підтримки позитивних психоемоційних станів дружин учасників бойових дій

Дружини військових стикаються з серйозними викликами, які впливають на їхній психоемоційний стан. Ефективна підтримка повинна враховувати їхню емоційну вразливість, підвищений рівень тривоги, відчуття самотності та відповідальність за родину [2].

Психологічна допомога дружинам військовослужбовців має бути спрямована на зміцнення їхніх особистісних ресурсів, підвищення стресостійкості та формування навичок адаптації до складних життєвих умов. Гуманістична психотерапія є одним з найефективніших підходів у роботі з дружинами військових, завдяки її фокусу на внутрішньому потенціалі особистості, емоційній підтримці та створенні безпечного простору для

самовираження. Цей підхід допомагає подолати виклики, з якими стикаються дружини військових, такі як емоційна ізоляція, тривога, страх за близьких і труднощі адаптації [17]. У ній дружина військового виступає активним учасником процесу терапії. Її досвід, емоції та потреби є головним об'єктом уваги. Терапевт у індивідуальній роботі створює атмосферу безумовного сприйняття. Такий підхід допомагає дружині військового знайти власні ресурси для подолання труднощів, розкрити внутрішній потенціал і досягти емоційної рівноваги [29].

Групова терапія є надзвичайно важливою для підтримки жінок. Адже вони відчують себе не самотніми у своїх болях і проблемах. Відкрите обговорення спільних переживань може зменшити почуття ізоляції. Використання терапевтичних підходів (наприклад, арт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія) для відновлення психоемоційної рівноваги. Важливо навчити жінок працювати з своїми емоційними станами. Ефективними є вправи на розпізнавання й управління емоціями (наприклад, ведення щоденника емоцій); навчання конструктивним способам вираження гніву, образи чи розчарування. Тренінги розвитку емоційного інтелекту. Навчання дружин військових розумінню власних емоцій та емоцій оточуючих. Розвиток навичок емпатії, асертивності та самопідтримки. Техніки релаксації, медитації, йога, прогресивна м'язова релаксація. Вправи на візуалізацію спокійного та безпечного місця. Робота з почуттям власної цінності. Практики афірмацій: робота з позитивними твердженнями про себе. Вправи для підвищення самооцінки та впевненості у власних силах (наприклад, ведення щоденника досягнень).

Психосвіта. Пояснювати нормальні реакції на стрес та їхні фізичні і психологічні прояви. Інформувати про доступні ресурси допомоги (телефон довіри, центри психологічної підтримки).

Соціальна підтримка. Залучення громади, а саме створення спільноти або платформи, де дружини військових можуть спілкуватися, обмінюватися

досвідом і отримувати підтримку. Регулярні зустрічі, лекції, тренінги за участю психологів або військових капеланів. Один з просторів- Veteran Hub, де учасники бойових дій та їх дружини завжди можуть отримати кваліфіковану психологічну допомогу [45]. Соціальні проєкти. Ініціативи для інтеграції дружин військових у соціальне життя, наприклад, волонтерство, участь у благодійних заходах. З 16 березня 2022 року на базі ГО «Громадський рух «Жіноча Сила України» була запущена служба психосоціальної підтримки сімей військовослужбовців. Тепер рідні військових мають змогу зателефонувати на гарячу лінію та отримати психологічну допомогу – обговорити свій емоційний стан, особливості комунікації з дітьми, реакції на стресові ситуації. Також на лінії проконсультують із соціальних [31]

Підтримка фізичного здоров'я. Регулярна фізична активність, яка сприяє зменшенню тривоги та депресії (піші прогулянки, танці, фітнес). Повноцінний сон та збалансоване харчування. Контроль за проявами психосоматичних симптомів (головний біль, проблеми з травленням).

Сімейна терапія. Проведення сімейних консультацій для відновлення довіри, взаєморозуміння та комунікації між подружжям після повернення військового. Навчання способам ефективного вирішення конфліктів у сім'ї.

Культурно-освітні заходи. Організація культурних подій: екскурсій, майстер-класів, творчих вечорів. Навчальні курси чи воркшопи для розвитку нових хобі (наприклад, малювання, кулінарія, рукоділля).

Таким чином, психоемоційний стан дружин військовослужбовців формується під впливом багатфакторних стресових умов, які потребують особливого психологічного супроводу та інтервенції. Знання про природу цих стресорів є важливим для розробки ефективних заходів підтримки.

Висновки до 2 розділу

Дослідження психоемоційного стану дружин учасників бойових дій із використанням шкал депресії А. Бека, тривожності Спілберга-Ханіна та

симптоматичного опитувальника SCL-90 виявило низку важливих особливостей:

1. Рівень тривоги у дружин учасників бойових дій та цивільних осіб:

Аналіз за шкалою Спілберга-Ханіна показав, що середній рівень реактивної та особистісної тривоги переважає у двох групах дослідження (76,7% та 86,7% відповідно). Однак у групі дружин учасників бойових дій спостерігався вищий відсоток осіб із високим рівнем як реактивної (20% проти 10%), так і особистісної тривоги (30% проти 10%), що свідчить про підвищений рівень тривожності в цій групі.

2. Рівень депресії: за шкалою Бека визначено, що у більшості жінок в обох групах депресія була відсутня або мала низький рівень. Проте помірна депресія частіше фіксувалася у дружин учасників бойових дій (16,7% проти 10%), тоді як виражена депресія виявлена лише в цій групі (3,3%). Це може свідчити про більшу емоційну напруженість серед жінок, чиї чоловіки перебували в зоні бойових дій.

3. Рівень психопатологічних проявів (за опитувальником SCL-90):

у дружин учасників бойових дій (група 1) рівень за всіма шкалами SCL-90 пе

ревищував як норму, так і показники дружин цивільних осіб (група 2). Найбільш значущі відхилення від норми в групі 1 були за шкалами:

- Депресія (1.10 проти норми 0.68),
- Тривожність (1.00 проти 0.68),
- Інтерперсональна чутливість (0.94 проти 0.83),
- Нав'язливі стани (0.93 проти 0.76).

Ці дані підкреслюють глибокий психоемоційний дистрес у жінок цієї групи.

Порівняння між групами:

У групі дружин цивільних осіб показники наближені до норми або незначно перевищують її. Зокрема, рівень депресії (0.80 проти 0.68) та

тривожності (0.83 проти 0.68) є вищими за норму, але значно нижчими, ніж у групі дружин військових.

4. Індекс загальної симптоматики (GSI):

Загальний рівень психопатологічного навантаження (GSI) у дружин учасників бойових дій становить 0.86, що значно перевищує норму (0.64), тоді як у групі цивільних цей показник майже відповідає нормі (0.65).

5. Особливості за окремими шкалами:

Соматизація: Жінки з групи 1 (0.90) значно частіше проявляють фізичні симптоми на тлі емоційного напруження порівняно з нормою (0.69) та групою 2 (0.67).

Параноїдальність: У групі 1 показник досяг 0.93, що вище норми (0.67) та даних групи 2 (0.73). Це може свідчити про підвищену недовірливість і схильність до підозрливості.

Психотизм: Показник у групі 1 (0.67) майже вдвічі перевищує норму (0.42) та суттєво перевищує дані групи 2 (0.36), що свідчить про віддалені прояви психотичної симптоматики.

Ворожість: Показник у групі 1 (0.83) перевищує як норму (0.71), так і значення групи 2 (0.73), що може відображати схильність до агресії чи напруження у взаємодії.

6. Зв'язок із депресією та тривожністю:

Дані опитувальника SCL-90 підтверджують висновки за шкалами Бека та Спілберга-Ханіна. Підвищені рівні депресії, тривожності та інших психопатологічних проявів у дружин учасників бойових дій свідчать про суттєвий вплив військових подій на їхній психоемоційний стан.

Виявлені показники за шкалами SCL-90 підкреслюють необхідність систематичної психологічної допомоги дружинам учасників бойових дій. Особливу увагу слід приділити роботі з тривоги, депресії та міжособистісними труднощами для зниження психоемоційного напруження.

Порівняння двох груп:

Дані дослідження демонструють, що дружини учасників бойових дій мають значно вищі показники тривожності та депресії порівняно з жінками із контрольної групи. Підвищений рівень тривоги та депресії може бути пов'язаний із впливом військових подій на їхній психоемоційний стан. Високий рівень особистісної тривоги у 30% жінок із групи дослідження 1 свідчить про стійке відчуття напруженості та тривоги, яке зберігається незалежно від ситуаційних факторів. Це підкреслює необхідність психологічної підтримки та корекції емоційного стану в цій групі.

Отримані результати підкреслюють важливість регулярного моніторингу психоемоційного стану дружин учасників бойових дій. Особливу увагу слід приділяти жінкам із високим рівнем тривоги та помірним чи вираженим рівнем депресії для вчасного надання допомоги та попередження розвитку серйозніших емоційних порушень

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз та проведене емпіричне дослідження особливостей копінг-поведінки осіб із травматичним досвідом дав змогу дійти таких висновків:

2. Психоемоційний стан є інтегральною характеристикою психіки людини, яка відображає її емоційні переживання, когнітивні процеси та поведінкові реакції у відповідь на зовнішні та внутрішні стимули. У психології психоемоційний стан розглядається як тимчасовий, але динамічний процес, який може змінюватися під впливом ситуаційних та особистісних факторів. Для дружин військовослужбовців характерними є значні коливання психоемоційного стану, що зумовлені специфікою життєвих обставин.

Стрес визначається як фізіологічна та психологічна реакція організму на надмірні або тривалі вимоги, що перевищують адаптаційні можливості людини. Теоретичний огляд свідчить про існування як позитивного (еустрес), так і негативного (дистрес) впливу стресу. У контексті дружин військовослужбовців дистрес домінує, оскільки ситуації тривалої розлуки, переживань за життя близьких та економічної нестабільності створюють хронічне психоемоційне напруження.

3. До основних стресорів, які впливають на дружин військовослужбовців, належать: емоційна напруга через невизначеність (тривале очікування звісток, переживання щодо життя та здоров'я чоловіка); соціальна ізоляція (обмеження кола спілкування через специфічні обставини життя); економічні труднощі (нестабільність фінансового забезпечення, пов'язаного зі службою військовослужбовця); зміна ролей у сім'ї (необхідність виконувати функції, які зазвичай виконують обоє партнерів).

Таким чином, психоемоційний стан дружин військовослужбовців формується під впливом багатфакторних стресових умов, які потребують особливого психологічного супроводу та інтервенції. Знання про природу цих стресорів є важливим для розробки ефективних заходів підтримки.

2. Дослідження психоемоційного стану дружин учасників бойових дій із використанням шкал депресії А. Бека, тривожності Спілберга-Ханіна та симптоматичного опитувальника SCL-90 виявило низку важливих особливостей. Дружини учасників бойових дій демонструють значно вищі рівні депресії порівняно з дружинами цивільних осіб. У групі дружин військовослужбовців виражена або помірна депресія спостерігається у 20% жінок, що вказує на значний емоційний дистрес. У групі цивільних жінок депресія спостерігається рідше, а її прояви мають менш виражений характер.

За рівнем тривожності (за шкалою Спілберга-Ханіна) у групі дружин учасників бойових дій переважають високі рівні як реактивної (20%), так і особистісної тривоги (30%), що перевищує відповідні показники в групі цивільних жінок. Ці дані свідчать про стійкий емоційний дискомфорт, викликаний впливом бойових дій на сімейне життя.

За вираженістю психопатологічної симптоматики (за шкалами SCL-90) у дружин військових за всіма показниками спостерігаються вищі результати, ніж у групі цивільних. Найбільші відхилення виявлено за шкалами депресії (1.10 проти норми 0.68), тривожності (1.00 проти 0.68), інтерперсональної чутливості (0.94 проти 0.83) та нав'язливих станів (0.93 проти 0.76). Загальний індекс психопатологічного навантаження (GSI) в групі дружин військових становить 0.86, що суттєво перевищує норму (0.64) і майже вдвічі перевищує показники дружин цивільних (0.65).

Кореляційний аналіз показав, що високі рівні тривожності мають прямий зв'язок із проявами депресії та психопатологічними симптомами. Це підтверджує припущення, що тривога й депресія є ключовими факторами, які визначають загальний психоемоційний стан дружин учасників бойових дій.

5. Узагальнені результати свідчать про необхідність комплексної психологічної допомоги дружинам військовослужбовців. Робота з тривожністю, депресією та соматичними проявами (за шкалою SCL-90) має стати пріоритетом для зниження рівня психоемоційного напруження.

Дані трьох шкал підтверджують значний вплив військових подій на психоемоційний стан дружин учасників бойових дій. Вони свідчать про потребу систематичної психологічної підтримки та розробки програм реабілітації для цієї категорії жінок.

Тому, розроблено практичні рекомендації для забезпечення психологічної допомоги дружинам військових, які спрямовані на зниження стресу, підвищення стійкості до вторинної травматизації та формування позитивних психоемоційних станів. Зокрема, запропоновано використання релаксаційних технік, групової терапії та психоедукаційних програм, що допомагають дружинам адаптуватися до складних життєвих обставин.

Загалом результати дослідження підкреслюють важливість цілеспрямованої психологічної підтримки дружин учасників бойових дій, яка враховує їхні унікальні потреби та труднощі. Отримані висновки та рекомендації можуть бути використані як основа для розробки комплексної системи психологічної допомоги цієї категорії населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асмолов О.Г. Генеза поняття психічних станів особистості, як психологічна проблема. Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць. Видавництво «Фенікс», 2019. Т. XII. Психологія творчості. Випуск 25, 304 с.
2. Артем'єва Г.С. Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. За ред. Максименка С.Д.. Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2016. Вип. 12. 168 с.
3. Богомолец О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій. Національна програма охорони психічного здоров'я. Важливі кроки на шляху перетворення. К.,Нейроньюс, 2017. С. 105–112.
4. Болотова О. Що таке вторинна травма (вторинний травматичний стрес) після травматичної події [електронний ресурс]. Режим доступу: <https://oksanabolotova.livejournal.com/tag/psychology> — Назва з екрану
5. Брієр Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів; Свічадо, 2015. 448 с.
6. Вмеренкова Н.. Стаття “В армії США є посадова особа, яка на рівні батальйону відповідає тільки за роботу із сім'ями військовослужбовців”. АрміяInform. Електронний ресурс. Інформаційне агентство АрміяInform. URL: <https://armyinform.com.ua/2021/06/14/> . Назва з екрану
7. Вавринів О. С., Христук О. Л. Дослідження психоемоційних станів особистості під впливом стресогенних факторів. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна). 2023. № 2, с. 11-15.
8. Вторинна травматизація [Електронний ресурс]. Режим доступа: stop-abuse.ru/vtorichnaya-travmatizaciya. Назва з екрану

9. Гридковець. Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
10. Дідик Н.Ф. Громадська організація «Громадський рух «Жіноча Сила України». Електронний ресурс <http://syla.in.ua/pro-nas/> Служба психосоціальної підтримки сімей військовослужбовців URL: <https://www.pidtrymka.in.ua/>
11. Дьяконов Г. В. Гуманістична психотерапія К. Роджерса і психологія діалогу. Г. В. Дьяконов. Психологія і особистість. 2012. № 1. С. 127-136.
12. Е-Ветеран – Система інформаційних сервісів Мінветеранів.Електронний ресурс <https://sis.mva.gov.ua/> . Назва з екрану.
13. Електронний ресурс. Стаття “Що потрібно знати про депресію” <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2703-shkala-trivogi-splbergera> STAhttps://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%96%D1%97_%D0%91%D0%B5%D0%BA%D0%B0 . Назва з екрану
14. Електронний ресурс. Стаття “ Оцінка рівня тривожності. Аналіз шкал тесту Спілберга Ханіна” https://lnu.edu.ua/life-safety/wp-content/uploads/2019/09/OZDSH_PR-4-2019.pdf . Назва з екрану
15. Журавльова Н.Ю. Особливості формування підтримуючих стосунків у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів. Особливості стосунків “психотерапевт– клієнт” у сучасному соціокультурному середовищі: монографія З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос[та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. К.: Видавничий Дім “Слово”, 2017. С. 129-154 Режим доступу: https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=7MUJUUIA AAAJ&citation_for_view=7MUJUUIA AAAJ: FxGoFyzp5QC– Назва з екрану
16. Журавльова Н. Ю. Особливості вторинної травматизації в дружин ветеранів війни: орієнтири психологічної допомоги. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. С. 124–151

17. Журавльова Н.Ю. Психологічна допомога дружинам демобілізованих військовослужбовців: можливості гуманістичної психотерапії. Електронний ресурс: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/707628/1/%> - Назва з екрану

18. Інтернет-ресурс. Образ психічного стану: динамічні і структурні характеристики.https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD - Назва з екрану

19. Ковальчук З.Я. Негативні психічні стани військовослужбовців, що отримали бойовий стрес. Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології : збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції. Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ. 2022. с. 27–31.

20. Ковшов Р. В. Психічні стани особистості в особливих та екстремальних умовах як предмет наукового дослідження. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 2010. № 2. С.45-51

21. Козинчук А. Не треба «сюсюкати» [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://ru.tsn.ua/interview/ne-nado-syusyukat-s-atoshnikami480039.html> - Назва з екрану.

22. Левітов Н.Д. Про психічні стани людини.1964. 344 с.

23. Левітов Н.Д. Психічні стани хвилювання, тривоги. Питання психології.1969. № 1. С. 131-138.

24. Левітов Н.Д. Фрустрація як один із видів психічних станів. Психол. 1967. № 6. С. 118-12

25. Маслоу А. Г. Далекі межі людської психіки. СПб.: Євразія, 1997. 430с.

26. Прохоров А.О. .Практикум по психології станів: Навчальний посібник під ред. Проф. А. О. Прохорова. 2004р.

27. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Уклад. О. Ю. Овчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.

28. Психологічний словник. Авт. уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова. За ред. Н. А. Побірченко. Київ : Науковий світ, 2007. 298 с.

29. Роджерс К. Клієнтоорієнтована психотерапія : теорія, сучасна практика. Карл Роджерс ; [пер. з англ. Т. Рожковою, Ю. Овчинніковою]. Психотерапія, 2007. с. 558

30. Сельє Г. Стрес без дистресу. Сельє Г. Електронний ресурс: Режим доступу: <http://www.rulit.net/books/stress-bez-distressa-read-15443-1.html>

31. Стемпицька Ж.О. Стаття “Служба психосоціальної підтримки сімей військовослужбовців” Електронний ресурс: <https://www.pidtrymka.in.ua/> Назва з екрану.

32. Українська психологічна термінологія: словник-довідник. За ред. М.Л.А. Чепи. К.: ДП "Інформаційно-аналітичне агентство", 2010. с. 302

33. Шапар В. Б. Ш23 Сучасний тлумачний психологічний словник. Х.: Прапор, 2007.с. 640

34. Юрченко В.М. Теоретико-методологічні засади дослідження психічних станів людини: дис. на здобуття наук. ст. докт. психол. наук. Рівне, 2009. с. 397

35. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (June 1961). An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry. 4 (6): 561—71. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004. PMID 13688369

36. Coping with Secondary trauma:A Loved One's Guide [Електронний ресурс] /

Режим доступу: <https://www.goodtherapy.org/blog/copingsecondary-traumalovedones-guide-0605137> — Назва з екрану

37. Derogatis L.R. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report/ L.R. Derogatis, R.S.Lipman, L. Covi // Psychopharmacol Bull. – 1973. – Vol. 9.– P.13–28.Посібник з психодіагностики ПТСР с.150

38. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis / Bisson J. I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., & Turner S. // British Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 90. – P. 97–104

39. Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. In B. H. Stamm (Ed.), Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran.

40. Lazarus R. S. The Stress and Coping Paradigm. New York: Spectrum. 1981. Pp/177-214

<https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1955105>

41. James, W.S. What is emotion / W.S. James // Mind. - 1884. -N° 4. - P. 184

42. James William The principles of psychology. Cosimo, Inc., 2007.

43. Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. In B. H. Stamm (Ed.), Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran.

44. Vicarious Trauma [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://www.goodtherapy.org/blog/psychpedia/vicarioustrauma> — Назва з екрану

45. Veteran Hub. URL: <https://veteranhub.com.ua/>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала реактивної та особистісної тривожності (Спілберга – Ханіна)

Підвищена тривога є основним механізмом не адаптивної поведінки, однак, певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість продуктивної активності людини. Кожний має свій рівень тривоги і тривожності. Самоконтроль і самооцінка цього стану є істотним компонентом адаптивної саморегуляції, тому що підвищений рівень тривожності є провідним «облігатним механізмом» дезадаптивних розладів.

Особистісна тривожність – це стійка індивідуальна особливість людини, що характеризує її тенденцію сприймати певний діапазон ситуацій як загрозливих, небезпечних для самооцінки і самоповаги.

Реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію.

Високотривожні особистості схильні сприймати загрозу самооцінці і життєдіяльності і реагувати вираженим станом тривоги. Якщо результати тесту виявляють високий рівень особистісної тривожності, то це дає підставу прогнозувати виникнення станів тривожного ряду різноманітних ситуаціях, пов'язаних з оцінкою компетенції і престижу.

Шкала ситуативної тривожності (СТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як Ви почуваетесь на даний момент. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

№ п/п	Судження	Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Зовсім вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4

3.	Я знаходжусь в напрузі	1	2	3	4
4.	Я внутрішньо скута	1	2	3	4
5.	Я почуваюся вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучена	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю душевний спокій	1	2	3	4
9.	Я стривожена	1	2	3	4
10.	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнена в собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружена	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволена	1	2	3	4
17.	Я заклопотана	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджена і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Шкала особистісної тривожності (ОТ)

Інструкція. Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як Ви почуваєтеся на даний момент. Над запитаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

N п/п	Судження	Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Зовсім вірно
1.	У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4
2.	Я буваю дратівливою	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я хотіла б бути такою щасливою, як інші	1	2	3	4
5.	Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	1	2	3	4
6.	Я відчуваю прилив сил і бажання працювати	1	2	3	4
7.	Я спокійна, холонокровна і зібрана	1	2	3	4
8.	Мене тривожать можливі труднощі	1	2	3	4
9.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10.	Я буваю цілком щаслива	1	2	3	4
11.	Я приймаю все близько до серця	1	2	3	4
12.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13.	Я почуваюся беззахисним	1	2	3	4
14.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15.	У мене буває нудьга	1	2	3	4
16.	Я буваю задоволена	1	2	3	4
17.	Будь-які дрібниці відволікають і	1	2	3	4

	хвилюють мене				
18.	Буває, що я почуваюся невдахою	1	2	3	4
19.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
20.	Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка та інтерпретація

Результати тесту обробляються за допомогою ключа.

Ключ

Шкала тривоги Спілберга-Ханіна (дружини військовослужбовців)									
Реактивна тривожність					Особистісна тривожність				
№ з/п	Ні, це не так	Мабуть, так	Правильно	Зовсім правильно	№ з/п	Ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	9	3	5	3	1	10	5	0	5
2	4	14	2	0	2	4	14	1	1
3	9	10	1	0	3	3	10	4	3
4	11	5	3	1	4	10	4	6	0
5	9	1	6	4	5	10	3	4	3
6	3	11	6	0	6	7	8	5	0
7	7	5	4	4	7	7	3	8	2
8	7	8	4	1	8	5	8	5	2
9	5	7	8	0	9	1	13	4	2
10	7	11	2	0	10	7	13	0	0
11	6	9	4	1	11	3	10	7	0
12	9	2	8	1	12	7	3	6	4

13	3	9	8	0	13	5	7	8	0
14	10	1	9	0	14	4	1	15	0
15	9	2	6	3	15	6	4	4	6
16	11	0	3	6	16	11	3	2	4
17	9	2	8	1	17	7	3	10	0
18	8	3	4	5	18	8	6	6	0
19	10	1	6	3	19	11	5	1	3
20	10	5	2	3	20	9	3	6	2
21	8	5	6	1	21	7	5	6	2
22	5	12	3	0	22	11	9	0	0
23	2	16	2	0	23	3	16	1	0
24	10	9	1	0	24	5	9	6	0
25	6	10	4	0	25	1	10	7	2
26	10	7	3	0	26	5	6	8	1
27	12	8	0	0	27	7	10	3	0
28	10	5	4	1	28	6	11	3	0
29	4	8	4	4	29	3	10	5	2
30	7	4	9	0	30	7	10	3	0
Сере днє	7,67	6,43	4,50	1,40	Сере днє	6,33	7,4 0	4,80	1,47

Під час аналізу результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник за шкалами ситуативної й особистісної тривожності може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

Орієнтовні оцінки рівня тривожності:

Від 0 до 30 балів – низька тривожність;

Від 31 до 44 балів – помірна тривожність;

Від 45 і більше – висока тривожність.

Шкала тривоги Спілберга-Ханіна (для дружин цивільних)									
Реактивна тривожність					Особистісна тривожність				
<i>№ з/п</i>	<i>Ні, це не так</i>	<i>Мабуть, так</i>	<i>Правильно</i>	<i>Зовсім правильно</i>	<i>№ з/п</i>	<i>Ніколи</i>	<i>Іноді</i>	<i>Часто</i>	<i>Майже завжди</i>
1	9	2	7	2	1	6	2	6	6
2	10	4	6	0	2	8	2	10	0
3	12	4	4	0	3	8	6	6	0
4	6	8	6	0	4	4	6	3	7
5	10	4	5	1	5	6	10	1	3
6	7	11	2	0	6	6	6	8	0
7	8	8	4	0	7	9	9	2	0
8	5	11	3	1	8	6	11	2	1
9	9	2	5	4	9	10	2	2	6
10	13	6	1	0	10	15	4	1	0
11	9	6	3	2	11	4	7	7	2
12	10	9	1	0	12	5	12	3	0
13	9	7	4	0	13	8	6	5	1
14	10	0	10	0	14	9	2	9	0
15	8	4	5	3	15	6	8	0	6
16	7	13	0	0	16	11	9	0	0
17	8	2	10	0	17	8	3	9	0
18	7	10	2	0	18	6	9	3	2
19	4	10	6	0	19	7	9	4	0
20	10	1	2	7	20	10	2	1	7
21	6	8	6	0	21	7	7	3	3

22	7	7	6	0	22	6	4	6	4
23	9	6	5	0	23	7	3	9	1
24	6	8	3	3	24	9	8	1	2
25	4	10	6	0	25	0	6	8	6
26	6	12	2	0	26	6	11	3	0
27	7	6	4	3	27	8	6	2	4
28	8	9	3	0	28	5	10	5	0
29	4	7	6	3	29	5	3	3	9
30	9	3	8	0	30	6	12	2	0
31	7	9	4	0	31	6	11	2	1
Сере днє	7,87	6,68	4,48	0,94	Сере днє	7,00	6,6 5	4,06	2,29

Додаток Б**Опитувальник депресивності Бека
(Beck Depression Inventory - BDI)**

Інструкція: Вам пропонується ряд тверджень. Виберіть одне з тверджень у кожній групі, котре найточніше описує ваш стан за останній тиждень, включаючи сьогоднішній. Обведіть кружечком номер твердження, котре ви вибрали. Якщо в групі декілька тверджень однаково добре описують ваш стан, обведіть номер кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, уважно прочитайте всі твердження в кожній групі.

1.

- 0 – Я не відчуваю себе нещасним.
- 1 – Я відчуваю себе нещасним.
- 2 – Я весь час нещасливий і не можу звільнитися від цього почуття.
- 3 – Я настільки нещасливий і засмучений, що не можу це витримати.

2.

- 0 – Думаючи про майбутнє, я відчуваю себе особливо розчарованим.
- 1 – Думаючи про майбутнє я відчуваю себе розчарованим.
- 2 - Я відчуваю, що мені нічого очікувати в майбутньому.
- 3 – Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і нічого не зміниться на краще.

3.

- 0 – Я не відчуваю себе невдахою.
- 1 – Я відчуваю, що у мене було більше невдач, ніж у більшості інших людей.
- 2 – Коли я озираюся на прожите життя, все, що я бачу - це шерех невдач.
- 3 – Я відчуваю себе повним невдахою.

4.

- 0 – Я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше.
- 1 – Я не отримую від життя стільки ж задоволення, як і раніше.
- 2 – Я не отримую справжнього задоволення ні від чого.
- 3 – Я всім незадоволений і мені все набридло.

5.

- 0 – Я не відчуваю себе особливо винним.
- 1 – Досить часто я відчуваю себе винним.
- 2 – Майже завжди я відчуваю себе винним.
- 3 – Я відчуваю себе винним весь час.

6.

- 0 – Я не відчуваю, що мене за щось карають.
- 1 – Я відчуваю, що можу бути покараний за щось.
- 2 – Я чекаю, що мене покарають.
- 3 – Я відчуваю, що мене карають за щось.

7.

- 0 – Я не відчуваю розчарування в собі.
- 1 – Я розчарований у собі.
- 2 – Я навіюю собі відразу.
- 3 – Я ненавиджу себе.

8.

- 0 – У мене немає відчуття, що я в чомусь гірший за інших.
- 1 – Я самокритичний і визнаю свої слабкості і помилки.
- 2 – Я постійно звинувачую себе за свої помилки.
- 3 – Я звинувачую себе за все погане, що відбувається.

9.

- 0 – У мене немає думок, щоб покінчити з собою.
- 1 – У мене є думки, щоб покінчити з собою, однак я цього не зроблю.
- 2 – Я хотів би покінчити життя самогубством.
- 3 – Я покінчив би з собою, якби видався зручний випадок.

10.

- 0 – Я плачу не більше, ніж звичайно.
- 1 – Тепер я плачу більше від звичайного.
- 2 – Я тепер постійно плачу.

3 – Раніше я ще міг плакати, але тепер не зможу, навіть якщо дуже захочу.

11.

0 – Тепер я не більше роздратований, ніж раніше.

1 – Я дратуюся легше, ніж раніше, навіть через дрібниці.

2 – Тепер я постійно роздратований.

3 – Мене вже нічого не дратує, тому що все стало байдужим.

12.

0 – Я не втратив інтересу до інших людей.

1 – У мене менше інтересу до інших людей, ніж раніше.

2 – Я майже втратив інтерес до інших людей.

3 – Я втратив будь-який інтерес до інших людей.

13.

0 – Я здатний приймати рішення так, як і завжди.

1 – Я відкладаю прийняття рішень частіше, ніж звичайно.

2 – Я відчуваю більше труднощів у прийнятті рішень, ніж раніше.

3 – Я більше не можу приймати будь-які рішення.

14.

0 – Я не відчуваю, що я виглядаю гірше, ніж раніше.

1 – Я занепокоєний тим, що виглядаю постарілим чи непривабливим.

2 – Я відчуваю, що зміни, які відбулися в моїй зовнішності, зробили мене непривабливим.

3 – Я впевнений, що виглядаю потворно.

15.

0 – Я можу працювати так само, як і раніше.

1 – Мені потрібно докладати додаткових зусиль, щоб почати щось робити.

2 – Я з великими труднощами змушую себе щось робити.

3 – Я взагалі не можу працювати.

16.

0 – Я можу спати так само добре, як і раніше.

1 – Я сплю не так добре, як завжди.

2 – Я прокидаюся на 1 – 2 години раніше, ніж зазвичай, і з труднощами можу заснути знову.

3 – Я прокидаюся на декілька годин раніше від звичайного і не можу більше заснути.

17.

0 – Я стомлююся не більше, ніж звичайно.

1 – Я стомлююся швидше від звичайного.

2 – Я стомлююся майже від усього, що роблю.

3 – Я надто стомився, щоб щось робити.

18.

0 – Мій апетит не гірший від звичайного.

1 – У мене не такий добрий апетит, як був раніше.

2 – Зараз мій апетит став набагато гіршим.

3 – Я взагалі втратив апетит.

19.

0 – Якщо останнім часом я й втратив вагу, то дуже не набагато.

1 – Я втратив більше 3 кг ваги.

2 – Я втратив більше 5 кг ваги.

3 – Я втратив більше 7 кг ваги.

Я спеціально намагався не їсти, щоб втратити вагу (обведіть кружечком):

ТАК

НІ.

20.

0 – Я піклуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.

1 – Мене хвилюють такі проблеми, як різноманітні болі, розлади шлунку, запори.

2 – Я настільки схвилюваний своїм здоров'ям, що мені навіть важко думати про щось інше.

3 – Я до такої міри схвилюваний своїм здоров'ям, що взагалі про щось інше думати не

21.

0 – Я не помічав будь-яких змін у моїх сексуальних інтересах.

1 – Я менше, ніж звичайно, цікавлюся сексом.

2 – Тепер я набагато менше цікавлюся сексом.

3 – Я зовсім втратив інтерес до сексу.

Ключ:

Виділені шкали дають можливість виявити ступінь вияву депресивної симптоматики, оскільки кожна з них представляє собою групу з 4 тверджень, які відповідно оцінюють в балах від 0 до 3. Максимальна сума – 63 бали.

Якщо сумарний бал:

менше 9 – відсутність депресивних симптомів;

10 – 18 балів – помірно виражена депресія;

19 – 29 – критичний рівень депресивності;

30 – 63 бали – явно виражена депресивна симптома

Обробка та інтерпретація.

Ключ

Опитувальник депресії Бека (дружини військовослужбовців)				
№ з/п	Відсутність	Низька	Помірна	Виразна
1	16	5	0	0
2	8	10	1	2
3	8	11	1	1
4	8	8	4	1
5	20	1	0	0

6	11	8	1	0
7	16	5	0	0
8	14	7	0	0
9	15	5	0	1
10	18	3	0	0
11	12	9	0	0
12	8	12	1	0
13	21	0	0	0
14	0	7	13	1
15	1	14	6	0
16	8	12	1	0
17	11	10	0	0
18	17	4	0	0
19	6	9	6	0
20	20	1	0	0
21	13	6	0	0
22	9	10	2	0
23	3	17	1	0
24	10	11	0	0
25	13	8	0	0
26	13	8	0	0
27	15	6	0	0
28	7	10	0	4
29	15	5	1	0
30	11	10	0	0
31	9	11	1	0
Середнє	11,48	7,84	1,26	0,32

Опитувальник депресії Бека (дружини цивільних)				
<i>№ з/п</i>	<i>Відсутність</i>	<i>Низька</i>	<i>Помірна</i>	<i>Виразна</i>
1	17	3	1	0
2	17	4	0	0
3	11	7	2	1
4	13	7	1	0
5	20	1	0	0
6	6	10	4	1
7	17	4	0	0
8	19	2	0	0
9	14	7	0	0
10	4	10	7	0
11	15	4	0	2
12	11	10	0	0
13	4	8	8	1
14	10	10	1	0
15	14	5	1	1
16	14	7	0	0
17	19	2	0	0
18	6	12	3	0
19	16	4	1	0
20	20	1	0	0
21	15	4	0	2
22	13	8	0	0
23	19	2	0	0
24	13	8	0	0
25	15	6	0	0

26	9	9	1	2
27	10	8	3	0
28	11	10	0	0
29	20	1	0	0
30	14	4	0	3
Середнє	13,53	5,93	1,10	0,43

Додаток В

Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R)

Опис методики. Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90- Revised) - клінічна тестова і скринінгова методика, призначена для оцінки патернів психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб [9]. Методика створена у 1994 р. L.R. Derogatis на основі Hopkins Symptom Checklist (HSCL) - методика, що веде свою історію від Cornell Medical Index (A. Wider, 1948), яка, в свою чергу, базувалася на «Шкалі дискомфорту» розробленої M.Parloff з співавторами (1953). У 1980 р. М. Горовіц і його колеги розглянули SCL у зв'язку із дослідженнями ПТСР, а у 1981 р. було виявлено, що при тестуванні SCL вдалося отримати відмінності у результатах тесту між пацієнтами з ПТСР, які отримували терапевтичну допомогу, і пацієнтами, які не отримували такої допомоги.

SCL-90-R включає в себе 90 тверджень, згрупованих у шкали. Кожне із 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 - «дуже сильно». SCL-90 (відповідно, і SCL-90-R) містить наступні шкали:

1. Соматизація
2. Обсесивно-компульсивні розлади (нав'язливості)
3. Інтерперсональна чутливість
4. Депресія

5. Тривожність
6. Ворожість
7. Нав'язливі страхи (фобії)
8. Параноїдність
9. Психотизм
10. Загальний індекс важкості
11. Індекс важкості наявного дистресу
12. Кількість позитивних відповідей (Кількість тривожних симптомів)

SCL-90-R – методика, призначена для визначення поточного статусу, вона не підходить для діагностики особистості. Інструкція до методики і її внутрішня суть передбачає вивчення саме ступеню дискомфорту, завданого тими чи іншими симптомами, незалежно від того, наскільки вони виражені в 88 реальності. Крім того, методика не включає шкали брехні, а її структура не спрямована на корекцію настановних відповідей випробуваного, що також має враховуватися при інструктажі та тестуванні (хоча шкала психотизма за рахунок незвичайних симптомів, в неї входить, може використовуватися для оцінки ступеня щирості випробуваного і його схильності до агравації, якщо наперед відомо про відсутність психотичних розладів).

Основне призначення шкали виявлення психологічного симптоматичного статусу широкого кола осіб, тому результати опитування мають досить приблизну клінічну значимість, але SCL-90-R може застосовуватися досить широко. Винятком є люди, які не здатні сприйняти зміст інструкцій, пацієнти з деменцією і явно психотичними станами.

Інструкція. Нижче наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Оцінюйте ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості в зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Оцініть кожне твердження, не пропускаючи жодного пункту.

- | | | | | |
|-----------|-------|---------|--------|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Зовсім ні | Трохи | Помірно | Сильно | Дуже сильно |
1. Головні болі
 2. Нервозність або тремтіння всередині
 3. Повторювані неприємні думки
 4. Слабкість або запаморочення
 5. Втрата сексуального потягу або задоволення
 6. Почуття невдоволення іншими
 7. Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками
 8. Відчуття, що майже у всіх Ваших неприємностях винні інші
 9. Проблеми з пам'яттю⁸⁹
 10. Ваша неакуратність або неохайність
 11. Роздратування, що легко виникає
 12. Болі в серці або в грудній клітці
 13. Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці
 14. Нестача сил або загальмованість
 15. Думки про те, щоб накласти на себе руки
 16. Ви чуєте голоси, яких нечують інші
 17. Тремтіння
 18. Відчуття, що більшості людям не можна довіряти
 19. Поганий апетит
 20. Сльозливість
 21. Сором'язливість або скутість в спілкуванні з особами протилежної статі
 22. Відчуття, що Ви потрапили у пастку
 23. Відчуття, що Ви потрапили у пастку
 24. Спалахи гніву, які Ви не могли стримати
 25. Боязнь вийти одному з дому
 26. Відчуття провини

27. Болі у попереку
28. Відчуття, що щось Вам заважає зробити що-небудь
29. Відчуття самотності
30. Пригнічений настрій, "хандра"
31. Надмірне занепокоєння з різних приводів
32. Відсутність інтересу до усього
33. Почуття страху
34. Ваші почуття легко зачепити
35. Відчуття, що інші проникають у Ваші думки⁹⁰
36. Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчують Вам
37. Відчуття, що люди недружелюбні або Ви їм не подобаєтеся
38. Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки
39. Сильне або прискорене серцебиття
40. Нудота або розлад шлунку
41. Відчуття, що Ви гірші за інших
42. Болі в м'язах
43. Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас
44. Вам важко заснути
45. Потреба постійно перевіряти те, що Ви робите
46. Труднощі в прийнятті рішень
47. Страх їздити в автобусах, метро або поїздах
48. Утруднене дихання
49. Напади жару або ознобу
50. Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають
51. Ви легко забуваєте, про що нещодавно думали
52. Оніміння або поколювання в різних частинах тіла
53. Комок в горлі

54. Відчуття, що майбутнє безнадійне
55. Вам важко зосередиться
56. Відчуття слабкості в різних частинах тіла
57. Відчуття слабкості в різних частинах тіла
58. Важкість в кінцівках
59. Думки про смерть
60. Переїдання
61. Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас
62. Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки
63. Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки
64. Ранкове безсоння
65. Потреба повторювати дії: торкатися, митися, перерахувати тощо
66. Неспокійний і тривожний сон
67. Бажання ламати або трощити що-небудь
68. Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші
69. Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими
70. Почуття зниклої у людних місцях (магазинах, кінотеатрах)
71. Відчуття, що все, що б Ви не робили, вимагає великих зусиль
72. Напади жаху або паніки
73. Почуття ніяковості, коли Ви їсте і п'єте на людях
74. Ви часто вступаєте в суперечку
75. Нервозність, коли Ви залишилися на самоті
76. Інші недооцінюють Ваші досягнення
77. Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми
78. Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці
79. Відчуття власної нікчемності

80. Відчуття, що з Вами станеться щось погане
81. Ви кричите або жбурляєте речами
82. Страх, що Ви втратите свідомість на людях
83. Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою
84. Вас турбують сексуальні думки⁹²
85. Вас турбують думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи
86. Кошмарні думки або бачення
87. Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку
88. Ви не відчуваєте близькості ні до кого
89. Почуття провини
90. Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре

Обробка результатів.

Для отримання результату по базовим шкалами необхідно обчислити середнє арифметичне значення з питань, що входять в цю шкалу, тобто додати бали по питанням, які входять у шкалу і розділити суму на їх кількість. Якщо з якихось з питань не було отримано відповідей, то їх виключають з підрахунку. У разі, якщо пропущено 20% питань тесту (18 пунктів) або 40% питань будь-якої шкали, результати не можуть вважатися достовірними.

Результат за шкалою GSI – це середнє арифметичне значення всього тесту, тобто сума балів всіх питань, поділена на 90. PST дорівнює кількості питань, на які дані невід'ємні відповіді. PSDI - середня важкість симптомів, обраховується як поділ загального балу за увесь тест на значення PST. Отже, при $PST = 90$, GSI і PSDI дорівнюватимуть один одному, чим менше значення PST, тим більше буде відмінність між ними.

Шкала	Кількість питань	Номера питань
Соматизація	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Нав'язливості	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Інтерперсональна чутливість	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривожність	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Нав'язливі страхи (фобії)	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параноїдність	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Ключ

SCL-90 (для дружин військовослужбовців)					
№ з/п	Не виражена	Нижче середнього	Середньо виражена	Вищесередньо виражена	Надмірно виражена
1	26	44	14	6	0
2	31	19	23	8	9
3	24	34	23	5	4
4	47	34	6	3	0
5	38	16	27	9	0
6	59	13	15	3	0
7	39	32	18	1	0
8	40	32	16	2	0
9	62	23	2	0	0
10	59	26	1	3	1
11	68	20	2	0	0
12	57	25	5	2	1
13	29	39	19	1	2
14	1	4	21	58	6

15	15	45	19	10	1
16	44	36	8	2	0
17	44	45	1	0	0
18	82	8	0	0	0
19	53	31	5	1	0
20	57	31	1	0	0
21	17	14	34	20	5
22	10	33	34	11	2
23	45	43	2	0	0
24	33	45	12	0	0
25	66	23	1	0	0
26	52	13	14	10	1
27	12	36	32	6	4
28	27	30	29	3	0
29	61	25	4	0	0
30	20	49	13	5	3
31	34	30	19	7	0
Середнє	40,39	28,97	13,55	5,68	1,26

SCL-90 (для дружин цивільних)					
<i>№ з/п</i>	<i>Не виражена</i>	<i>Нижче середнього</i>	<i>Середньо виражена</i>	<i>Вищесередньо виражена</i>	<i>Надмірно виражена</i>
1	60	14	8	7	1
2	63	25	2	0	0
3	41	25	17	6	1
4	73	14	2	0	0

5	33	31	11	15	0
6	39	37	9	4	1
7	30	35	20	5	0
8	50	36	3	1	0
9	69	16	4	1	0
10	3	28	44	15	0
11	73	16	1	0	0
12	84	5	1	0	0
13	38	37	12	3	0
14	48	40	2	0	0
15	14	21	25	25	5
16	42	27	18	2	1
17	56	27	6	1	0
18	73	16	0	0	0
19	76	14	0	0	0
20	67	21	2	0	0
21	37	36	14	3	0
22	66	18	4	2	0
23	75	12	3	0	0
24	18	63	9	0	0
25	41	23	20	6	0
26	35	47	6	2	0
27	45	32	13	0	0
28	37	38	12	3	0
29	34	39	13	3	0
30	79	8	3	0	0
Середнє	49,97	26,70	9,47	3,47	0,30