m_educ_2025_145

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА

Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи

Кафедра практичної психології

Взаємозв'язок емоційних станів з психосоматичними проявами у військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:
студентка 2 курсу, 622 групи
Літвінчук Ганна Анатоліївна
Керівник:
д. мед. н.,
проф. **Кушнір І. Г.**

До захисту допущено
на засіданні кафедри
протокол № ___ від _____ 2024 р.
Зав. кафедри _____доц. Радчук В.М.

Чернівці – 2024

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню взаємозв'язку емоційних станів із психосоматичними проявами у військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій.

У роботі теоретично обґрунтовано поняття психосоматики та досліджено вплив негативних емоційних станів на здоров'я військових.

Проведено емпіричне дослідження, аналіз якого підтвердив зв'язок між емоційними станами (тривога, агресивність) та психосоматичними проявами (шлункові скарги, серцево-судинні симптоми, та ін.) у військових при поверненні до мирного середовища. Результати мають практичне значення для психологічної підтримки військовослужбовців.

Ключові слова: військовослужбовці**,** психосоматика, емоційний стан, психофізіологія, бойовий стрес, хронічний стрес, психотравма.

ABSTRACT

The qualification work is devoted to the study of the relationship between emotional states and psychosomatic manifestations in servicemen who have returned from the combat zone.

The work theoretically substantiates the concept of psychosomatics and investigates the impact of negative emotional states on the health of servicemen.

An empirical study was conducted, the analysis of which confirmed the relationship between emotional states (anxiety, aggressiveness) and psychosomatic manifestations (stomach complaints, cardiovascular symptoms, etc.) in servicemen upon returning to a peaceful environment. The results have practical significance for the psychological support of servicemen.

Keywords: military personnel, psychosomatics, emotional state, psychophysiology, combat stress, chronic stress, psychological trauma.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Г.А. Літвінчук

ЗМІСТ

ВСТУП ……... 5

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ ……... 9

1.1. Поняття «психосоматика» та «психосоматичні розлади» у психологічній теорії …… 9

1.2. Вплив бойового стресу на психофізіологічні та емоційні стани військовослужбовців…… 15

1.3. Вплив емоційних станів на психосоматичні прояви у військовослужбовців .. 20

Висновки до розділу 1 …….. 30

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ У ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПОВЕРНУЛИСЯ З ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ …… 32

2.1. Організація та методи дослідження ……. 32

2.2. Аналіз результатів дослідження ……..… 36

Висновки до розділу 2 ……..… 51

ВИСНОВКИ …… 53

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ …… 56

ДОДАТКИ …… 62

ВСТУП

Актуальність дослідження. Першим, що згадувалося та досліджувалося на цю тему, були дослідження військових психіатрів та терапевтів дотичних до війська.

Вступний великий етап сучасних досліджень хронічного стресу та його впливу на психосоматичні стани комбатантів, розпочався з історії участі Америки у війні у В'єтнамі та спроб усунути її сумні наслідки [1]. Зокрема, повідомлялося про високі показники зловживання алкоголем і психоактивними речовинами (ПАР) серед ветеранів. Подібним чином повідомляється, що посттравматичний стресовий розлад із пізнім або відстроченим початком є значним джерелом страждань та психологічних і фізичних викликів серед ветеранів США [2].

Велика двотомна праця «Охорона психічного здоров'я під час війни» приділила багато уваги американському досвіду бойових дій [3]. Хоча в цій роботі домінує традиційний підхід до вивчення ситуації військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій, Норман М. Кемп зазначає: «Збиранню інформації щодо бойового виснаження у В'єтнамі також перешкоджає та обставина, що таке виснаження є зворотною, пов'язаною зі стресом психосоматичною регресією, яка за умови раннього й ефективного лікування минає протягом кількох днів. Унаслідок цього чимало випадків виснаження лікувалися на базових рівнях допомоги й не включались до статистики про госпіталізацію» [3]. Важливість вивчення впливу психічного стресу на соматичний рівень не була оцінена відразу, проте, починаючи з 2010 року спостерігається значне збільшення кількості досліджень у цій галузі.

У 2014-2017 роках проводилося дослідження серед військовослужбовців Національної гвардії України, яке мало на меті визначити тип та динаміку розладів. Серед обстежених переважають невротичні, стресові та соматоформні розлади –

35,3%, розлади особистості та поведінки – 27,0%, розлади психіки та поведінки, спричинені вживанням психоактивних речовин – 17,4%. Аналізуючи наведені дані, можна відзначити, що за вказаний період відбулося зростання неврологічних, стресових та соматоформних розладів. Таким чином, ми бачимо, що в умовах підвищеної стресогенності соматизація психологічної напруженості є найбільш поширеною порівняно з іншими групами розладів.

У процесі дослідженнь Матяш М.М., Худенко Л.І. виявили, що вплив травматичної події на людину не обмежується розладами адаптації та посттравматичним стресовим розладом. У своїй роботі дослідники визначили зміни в досвіді травми, а також когнітивні, емоційні та поведінкові зміни як найбільш вагомі наслідки травми. Крім того, це дослідження виявило, що ступінь соціальної дезадаптації при ПТСР визначався ступенем тривожного, фобічного та депресивного синдромів [4].

Американський лікар і психоаналітик Франц Александер визначив одним із основних принципів те, що «теоретично кожне захворювання є психосоматичним, оскільки емоційні фактори діють на всі соматичні процеси через нервові та гуморальні шляхи». Останніми роками українська психологічна наука отримала новий поштовх. Також є наукові праці, які стануть основою для подальшого вивчення психосоматичних розладів. Наприклад, В.М. Шмаргун каже, що необхідно ввести категорію «психосоматики норми» [5]. Розуміння «психосоматичних проявів людини в нормі» розширить можливості діагностики та профілактики психосоматичних реакцій, більш чітко визначить типи соматизації окремих типів особистостей [5].

Вищенаведені дослідження свідчать, що емоційні реакції посилюють соматичні розлади. Таким чином, їх не можна проводити шляхом вивчення тільки однієї з підсистем – психічної чи соматичної, лише за рахунок взаємного дослідження можна вивчити особливості соматичного реагування на негативні емоційні подразники, тим самим запобігаючи розвитку функціональних змін і різного роду порушень в організмі, що викликає розвиток психосоматичних розладів.

Підсумовуючи вище сказане, враховуючи воєнні події в нашій країні, дослідження теми взаємозв’язку емоційних станів з психосоматичними проявами у військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій, є надзвичайно актуальним і потребує ретельного аналізу.

Об’єкт дослідження – психоемоційні стани та психосоматичні прояви у військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій.

Предмет дослідження – взаємозв’язок емоційних станів з психосоматичними проявами у військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій.

Мета дослідження – на основні теоретико-емпіричного аналізу дослідити взаємозв’язок емоційних станів з психосоматичними проявами у військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій.

Завдання дослідження:

1) здійснити теоретичний аналіз стану досліджень взаємозв’язку емоційних станів з психосоматичними проявами у психологічній науковій літературі;

2) з’ясувати психофізіологічні причини виникнення емоційних станів та теоретично обґрунтувати їх вплив на соматизацію військовослужбовців;

3) провести емпіричне дослідження впливу емоційних станів на психосоматичні прояви у військовослужбовців;

4) аналіз взаємозв’язку емоційних станів з психосоматичними проявами у військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій.

Гіпотеза дослідження – передбачається, що емоційні стани військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій, мають значний вплив на рівень і характер їхніх психосоматичних проявів. Зокрема, негативні емоційні стани (тривога, агресивність) пов'язані зі збільшенням частоти та інтенсивності психосоматичних симптомів.

Для досягнення мети та реалізації завдань дослідження було використано такі **методи*:***

- *теоретичні:* аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, дедукція, індукція;

- *емпіричні:* опитувальники;

- *методи математично-статистичної обробки емпіричних даних*;

Під час написання магістерської роботи застосовано такі *теоретичні методи:* аналіз, синтез, порівняння, узагальнення для опрацювання даних з теми дослідження поданих у науковій літературі. Використовуючи ці методи, проаналізовано вплив емоційних станів на психосоматичні прояви у військовослужбовців.

Емпіричні методи: опитувальники, тести. Для оцінки емоційних станів використано методику "Діагностика стану агресії (опитувальник Басса-Дарки)" та "Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна – State-Trait Anxiety Inventory (STAI)". З ціллю діагностики соматичних впливів застосовано методику "Гіссенський опитувальник соматичних скарг " та " Шкала соматичних симптомів Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8)".

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилось на базі 107 окремої бригади Сил територіальної оборони ЗСУ в Чернівецькій області. У ньому брали участь 40 осіб, віком 22 – 60 років, чоловічої статті.

Структура та обсяг роботи: магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 7 таблиць, 11 рисунків. Загальний обсяг магістерської роботи – 74 сторінки друкованого тексту, з них 55 – основний текст.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ

1.1. Поняття «психосоматика» та «психосоматичні розлади» у психологічній теорії

Завдяки поглибленню знань у галузі психофізіології та фізіології людини, задля розуміння особливостей психічної діяльності вчені намагаються вивчити феномен взаємозв'язку соматичної діяльності та психічних процесів. Ця проблема завжди викликала інтерес дослідників, і сьогодні вона знаходить особливий відгук у сфері науки. Арістотель, Платон і Демокріт цікавилися природою розуму та свідомості та їх зв'язком із функціонуванням мозку. Потім цієї темиу торкалися Ф. Гегель, І. Сєченов, Х. Фехнер, В. Бехтерєв, Е. Хомська.

Дослідження взаємозв'язку психіки і тіла простежуються в працях багатьох вчених, і безперечно, що порушення гармонії психічних і соматичних процесів викликає порушення в тій чи іншій сфері людського організму.

Психосоматика розглядається як цілісний підхід до розуміння здоров'я та хвороб. Психосоматика — напрям медицини, а саме психосоматична медицина, і психології, що вивчає вплив психологічних факторів на прояв і подальшу динаміку соматичних (фізичних) захворювань. Відповідно до основного постулату цієї науки, в її основі лежить реакція на емоційні переживання, що супроводжуються змінами у функціонуванні органів і патологічними станами.

В межах психосоматики вивчався і вивчається взаємозв'язок індивідуальних особливостей, конституційних особливостей, характеру, особистості, моделей поведінки, типів емоційних конфліктів, з тим чи іншим соматичним захворюванням. Поширена точка зору, що всі хвороби людини є наслідком психологічних розладів і розладів, які виникають у свідомості, підсвідомості та думках людини.

Історія психосоматики почалася з психоаналітичних концепцій З. Фройда, який зазначав, що під впливом подавленого афекту й психічних травм, можуть

з'явитися соматичні симптоми. Він наголосив, що для цього необхідна «соматична готовність» – фізичний фактор, важливий для «вибору органу».

Творчо розвинув цю ідею Ф. Александер і запропонував теорію емоційного конфлікту, який в основному впливає на внутрішні органи, що встановлює зв’язок специфічних психосоматичним захворювань залежно від типу емоційного конфлікту. Водночас емоційне напруження неможливо подавити, оскільки зберігаються супутні вегетативні зміни. Надалі можуть виникнути зміни в органах і тканинах, що призведе до незворотних органічних захворювань [6].

Важливість досліджень Франца полягає в тому, що якщо певні психологічні особливості характерні для деяких захворювань, це дозволяє своєчасно діагностувати соматичні ушкодження, виходячи з психологічних особливостей пацієнта [7].

В нашій країні психосоматична медицина як науковий напрям активно розвивалася на початку 90-х років XX століття. Зазвичай це стосується лікарів і вчених, які працюють у психології, психіатрії та невропатології. Вони досліджували психосоматичні розлади – переважно психогенно зумовлені хвороби фізичного характеру. Класичними психосоматичними розладами вважають кардіалгію, психогенні порушення серцевого ритму, ішемічну хворобу серця, порушення цілісності коронарних артерій, артеріальну гіпо- та гіпертензію, психогенний ревматизм, психогенну задишку, СПК тощо. Існує велика група захворювань, пов'язаних із «соматопсихічними захворюваннями», до яких відносяться різні види соматовегетативних і соматопсихічних функціональних розладів, які поки залишаються поза увагою лікарів.

Вивчення і розуміння ролі емоційних факторів у розвитку та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежного процесу – розвитку психоемоційних розладів як відповіді на гострі та хронічні захворювання внутрішніх органів. Осоюливо важливі на сучасному етапі зростання захворюваності внаслідок стресу в усьому світі, що пов’язано з кількома факторами, а саме – урбанізацією, зміною способу життя людей, соціальною напругою, військовими конфліктами тощо [6].

У 30-х роках ендокринолог Г. Сельє піддав щурів різним стресовим факторам. Було з’ясовано, що езалежно від природи джерела стресу щури почали хворіти виразками і різними розладами ендокринної системи.

За результатами експериментальних даних І. Павлова було розроблено кортико-вісцеральну теорія походження психосоматичних розладів. Павлов вважав, що психіку неможливо відокремити від соматичного, і людина завжди повинна керуватися фізіологічною основою реакцій організму [8].

З точки зору теорії функціональної системи П. Анохіна, будь-яка емоція розглядається як цілісна функціональна система з усіма притаманними для неї закономірностями, а емоційний стан залежить від причинно-наслідкового зв’язку, як у нормі, так і при соматичних захворюваннях. .

Насправді всі ці теорії є незалежними частинами і лише в поєднанні забезпечують повне пояснення складних психосоматичних зв’язків. Це призводить до так званих складних теорій, які дають змогу підкреслити складність патогенезу психосоматичних розладів з урахуванням психологічних та соматичних чинників розвитку патології. Серед цих робіт можна виділити сучасні гіпотези, які намагаються пояснити природу психосоматозу, згідно з якими важливим фактором розвитку багатьох соматичних захворювань є негативні емоції, на які не було змоги відреагувати.

Тому негативні емоції провокують фізіологічні змінами в організмі, які призводять до підвищення артеріального тиску, підвищення м’язового тонусу, надлишку цукру в крові, гормонів, таких як адреналін, норадреналін, і активізації кровообігу. У тваринному світі ця реакція супроводжується руховою реакцією, в результаті отримуємо активацію обслуговуючих систем організму. Проте в умовах теперішнього часу, де вимагається здатність до високого самоконтролю, відсутня безпосередня рухова реакція.

На підставі цього багато вчених роблять висновки, що негативні емоції завдають чималої шкоди, особливо за умови відсутності адекватного відреагування. Включення емоційних станів у контекст функціональних систем

чітко пов'язане з біологічною функцією емоцій, а філогенетично спрямоване, в першу чергу, на потребу в самозбереженні [9].

Виділяють три групи основних чинників, які спричиняють психосоматичні розлади:

1. Спадкові особливості. Важливу роль тут грають конституційно-типологічні особливості ЦНС (центральної нервової системи) та особистісні характеристики.
2. Особливості органічного характеру. Вони включають різні види преморбідних органічних (травматичних, інфекційних, токсичних, гіпоксичних та ін.) розладів вищого рівня інтегральної системи мозку, особливо лімбіко-ретикулярного комплексу.
3. Психогенні (психоемоційні). До них відносять гострі або хронічні зовнішні впливи, які проходять через психічну сферу і мають психогенну роль, оскільки включають як когнітивні, так і емоційні чинники [10].

Перш за все проявом психосоматичних захворювань з боку емоційно-чуттєвої сфери людини стає погане самопочуття, яке часто пояснюється перевтомою. Якщо умови, що викликали цей стан, не змінені, хвороба проявляється на клінічному рівні, розвивається комплекс інших симптомів психічної діяльності – порушується сон, звужується коло інтересів, послаблюється і прискорюється увага і пам'ять. знижується розумова активність, підвищується емоційна нестійкість, плаксивість, вразливість [8].

Окрім різних короткочасних психосоматичних реакцій, існує чотири різні основні групи розладів, які виникають у стресових життєвих ситуаціях:

- Симптоми конверсіїні є символічними проявами невротичного конфлікту. В цьому випадку тіло виконує роль сцени вираження суперечливих почуттів пацієнта, які ним пригнічені і витіснені у сферу несвідомого. Прикладами є істеричний параліч, блювота і біль, психогенна сліпота чи глухота.
- Психосоматичні функціональні синдроми – причиною виникнення зазвичай є неврози. В даному випадку на відміну від психогенної конверсії, окремі

симптоми тут є неспецифічними наслідками фізіологічного супроводу емоційних і психічних станів.

- Психосоматози або органічні психосоматичні захворювання – в основі цих захворювань лежить первинна реакція організму на переживання конфлікту, пов'язана з патологічними змінами в органах, а відповідні генетичні схильності впливають на їх вибір. Прояви психоматозу вперше можуть виникати в будь-якому віці, але найчастіше він починає проявлятися вже в юному віці у людей з унікальними і стійкими рисами особистості. Згодом захворювання часто стає хронічним або рецидивуючим, а вирішальним поштовхом для подальших загострень є психічне напруження. Ця група включає сім класичних психосоматичних хвороб («сімка», за Alexander, 1968): есенціальна гіпертонічна хвороба; бронхіальна астма; виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та шлунка; неспецифічний виразковий коліт; нейродерміт; ревматоїдний артрит та гіпертиреоїдний синдром.
- Розлади, спричинені емоційними, індивідуальними реакціями та поведінковими особливостями – спостерігається тенденція до травмування та інші види руйнівної поведінки (куріння, наркоманія, алкоголізм тощо). Дані психосоматичні розлади спричинені особливостями особистості та її травматичним досвідом, що викликають поведінку, яка веде до проблем зі здоров'ям [11].

Те, чи інше психосоматичне захворювання не виникає окремо від психічних і фізіологічних особливостей індивіда, і вивчаючи лише особливості тільки однієї підсистеми, психічної чи соматичної, його неможливо пояснити, Зазвичай саме взаємодія цих підсистем стає причиною нового стану організму, а саме, психосоматичного захворювання. Ефективно впливати на викликані захворювання, в тому числі і психотерапевтичними методами, допомагає саме розуміння цих зв'язків [8].

Психосоматику справедливо можна вважати тілесним відображенням психічного й емоційного життя людини, свого роду «дзеркалом» інших підсвідомих процесів. В даному ключі тіло представлено як своєрідний екран, на який проектуються символічні повідомлення підсвідомості. Екран, де все

підсвідоме, стає «явним», тобто свідомим, або принаймні отримує можливість стати таким. Тут психологічні проблеми людини, її внутрішні конфлікти, свідомого чи несвідомого характеру, знаходять своє відображення [12].

Варто зазначити, що в результаті досліджень було виявлено – в осіб з алекситимією висока схильність до захворювань психосоматичного характеру, оскільки такі люди мають тенденцію до поверхневого емоційного включення в життєві ситуації, не співпереживають, не можуть описати тонкощі своїх почуттів, часто не знаходять слів, щоб висловитися. Оскільки вони можуть говорити лише про певні факти чи предмети, вони не усвідомлюють емоційного конфлікту і не можуть виразити його словами, тому внаслідок накопичення емоційного роздратування та напруги виникають психосоматичні розлади.

На думку С.Д. Максименко та Н.Ф. Шевченко, захворювання соматичного походження також ведуть до змін психічних станів людини, впливають на ставлення до навколишнього світу, призводять до змін самооцінки, та часто стають причиною погіршення фізичного та психічного функціонування [8].

При психосоматичному розладі фізичні симптоми зазвичай супроводжують емоційний або психологічний стан, завдяки ступеню, до якого емоції та інші психологічні фактори активують нервову систему та залози внутрішньої секреції. У стані гніву, наприклад, артеріальний тиск розлюченої людини буде підвищеним, викликаючи збільшення пульсу та частоту дихання. Коли гнів проходить, загострені фізіологічні процеси зазвичай вщухають. Але якщо людина не може відкрито висловити цей гнів, емоційний стан залишається незмінним, хоча він не виражається у явній поведінці, фізіологічні симптоми, пов’язані зі станом гніву, зберігаються. З часом така людина починає усвідомлювати наявність фізіологічної дисфункції. Дуже часто людина починає хвилюватися через фізичні ознаки та симптоми, але заперечує або не усвідомлює емоцій, які викликають симптоми [13].

Отже, для людей з тим чи іншим захворюванням психосоматичного типу, характерним є невміння чи нездатність розпізнавати та вербалізувати емоції та почуття. Але завдяки психотерапії людина може навчитися виражати свої відчуття, замість того щоб витісняти їх за рахунок фізичних хвороб [14].

1.2. Вплив бойового стресу на психофізіологічні та емоційні стани військовослужбовців

Масштабні війни та локальні збройні конфлікти супроводжують нас всю історію людства, несучи з собою неминучу долю жертв і каліцтв мільйонів. Але поряд із фізичними ранами, отриманими в ході бойових дій, важливе місце в їх негативних наслідках займають психічні травми, які супроводжують учасників, які безпосередньо беруть участь в бойових діях і часто не оминає тих, хто «опосередковано» дотичний до них – родичі військовослужбовців, вимушені переселенці тощо. Тому виклик у вирішенні наслідків бойового стресу є дуже важливим не тільки в психології, але і в охороні здоров'я.

Кожен з нас по-різному реагує на стрес, це залежить від рівня тривоги який людина відчувала в минулому. Тривога є наслідком неадаптивних психофізіологічних механізмів, що призводять до підвищеної активності нервової системи та неадекватних поведінкових реакцій [15].

Військовослужбовці, у порівнянні з пересічними людьми, відчувають різні бойові стресори на полі бою, включаючи як фізичні (наприклад, екстремальні умови, хвороба, поранення тощо), так і психологічні стреси (тобто страх, тривога, втрата побратимів тощо). Воїни, які зазнали стресу на полі бою, відчувають такі симптоми, що обмежують діяльність, як втома, виснаження, труднощі з визначенням пріоритетів завдань, головні болі, болі в спині, занепокоєння, нерішучість, сповільнена реакція та низька концентрація, їх можна охарактеризувати як гострий стрес військовослужбовця на бойовий стрес (COSR) [16 , 17].

Термін COSR описує появу широкого діапазону дезадаптивних психічних і поведінкових симптомів, які виникають у відповідь на стрес на полі бою. COSR відрізняється від інших гострих стресових розладів тим, що це виключно військове позначення, яке визначається з точки зору втрати функціональності учасника бойових дій і не може бути пов’язане з конкретною травматичною подією [18]. Крім того, деякі симптоми гострого стресового розладу, такі як переляк і підвищена

пильність, не будуть вважатися негативними симптомами COSR, оскільки вони можуть бути корисними під час бойової ситуації [19, 20].

COSR також відрізняється від хронічних стресових розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тим, що COSR є негайною реакцією на боротьбу зі стресом і не є стійкою [19]. COSR обмежується симптомами протягом перших 72 годин від початку. Однак важливо відзначити, що солдати, які зазнали COSR, у 6,6 разів частіше мають схильність до розвитку посттравматичного стресового розладу порівняно з солдатами, які не зазнали COSR. Сучасні методи лікування COSR включають підведення підсумків і початковий відпочинок і відновлення в медичних закладах контролю бойового стресу з наступним поверненням до бою [17, 22].

Дослідження показали, що військовослужбовці, які відчувають COSR на полі бою, ризикують отримати соматизацію, тривалі психологічні проблеми та погане фізичне здоров'я [21, 10–14] . Зокрема, одне дослідження показало, що COSR корелює з посиленням болю в грудях і головного болю через 20 років після війни [23]. Крім того, дослідження з іншими діагнозами, такими як ПТСР, вказують на тривале погіршення психологічного та фізичного здоров'я, коли солдати отримують поранення на полі бою [24].

Дослідження серед цивільного населення, які зосереджені на впливі стресу або тривожних розладів на сприйняття гострого болю, також виявили, що високі показники тривожності корелюють з вищими показниками болю. Крім того, низка моделей на гризунах показала, що сам по собі стрес може збільшити чутливість до болю, феномен, який називають спричиненою стресом гіпералгезією [25, 22]. Проте небагато дослідників досліджували, як вплив гострого стресу безпосередньо перед травмою впливає на больову сенсибілізацію [26]. Крім того, дослідження мають тенденцію використовувати лише один стресор, що може призвести до контекстуалізації стресу. Такі моделі краще представляють гострий стресовий розлад, а не COSR, який, як правило, не пов'язаний із конкретною травматичною подією [27].

Під час ведення бойових дій військовослужбовці піддаються психічним навантаженням, зумовленим факторами бойової обстановки, що може призвести до часткової або повної втрати боєздатності, або стати причиною появи бойової психічної травми [28, 29, 30].

Бойова психічна травма (БПТ) зумовлена бойовим стресом, під яким розуміють багаторівневий пристосувальний процес, що включає напругу механізмів саморегуляції та інтеграцію в пристосувальних психологічних та фізіологічних змін в бойових умовах. Функціональні розлади, пов’язані з подоланням стресу, включають різноманітні психічні розлади, починаючи від короткочасних психологічних реакцій до прикордонних реакцій і виникненню хворобливих станів.

БПТ – це розлад центральної нервової системи, який є наслідком бойового стресу і супроводжується нездатністю адаптуватися до поточних умов. Під впливом стресових факторів зовнішнього середовища порушується психічна діяльність людини щодо відображення дійсності (зір, слух, пам'ять, адекватне сприйняття, втрата свідомості, емоційне потрясіння тощо). Орієнтовний процес виникнення та функціонування бойової психічної травми зображено на рисунку 1.

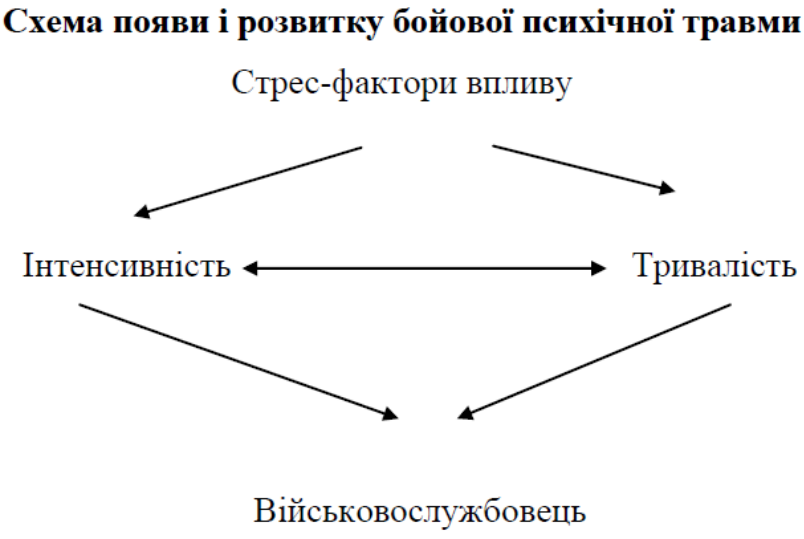


Рис. 1.1. Схема появи і розвитку бойової психічної травми

Сутність БПТ передбачає включення патопсихологічних механізмів у регуляцію гомеостазу, також відбувається процес накопичення морфологічних змін у структурі ЦНС (центральна нервова система), що впливає на психофізіологічний стан бійця в негативному ключі. Функціональні розлади, пов'язані з подолання психічної травми бойового характеру, охоплюють широкий спектр порушень психічної діяльності - починаючи від короткочасних пристосувальних реакцій до стійких, нозологічно розвинених хворобливих процесів [31].

З клінічної точки зору «бойовий стрес» визначається як сукупність психічних станів, що виникають у військовослужбовців у процесі адаптації до конкретної ситуації бойових умов, небезпечних для життєдіяльності й таких що несуть загрозу їх здоров'ю та життю [32, с. 116]. Бойовий стрес в ідеалі це адаптивна схема організму, що несе собі формування адаптивних механізм до стресових та екстремальних ситуацій, проте часто саме БС стає причиною патологічних змін, в організмі військовослужбовця, на психічному й фізіологічному рівнях [33, с. 128].

Наслідки впливу бойового стресу на військовослужбовця можуть ще довгий час переслідувати й бути чималою перешкодою на шляху які адаптації до місця служби, так і реадаптації до мирного життя після повернення з зони бойових дій.

В ряду з чинниками, які сприяють ризику розвитку БС, чималу роль відіграє морально-психологічна підготовленість бійця, його стресостійкість та його особистісні характеристики, включаючи наявність особистісних відхилень.

Симптоми клінічного характеру зумовлені порушеннями функції нейрогуморальної системи та зниженням накопичувальних механізмів, що призводить до патологічних реакцій та змін у метаболічних процесах. Основою формування хворобливих процесів патогенетичного спрямування, які виникають через перевтому, є дисбаланс збуджувальних і гальмівних процесів, що призводить до порушення їх взаємодії в коркових гілках великих півкуль головного мозку і зниженню резервної здатності обох гемісфер. Також, під впливом стресових факторів посилюється робота гіпофізарної системи та кори надниркових залоз.

Спочатку такі зміни спрямовані на адаптацію організму до екстремальних умов, але внаслідок постійного перенапруження цих систем відбувається виснаження організму, що призводить до психосоматичних порушень [34, с. 289].

Ветерани мають високий ризик розвитку проблем з психічним здоров'ям, включаючи бойові травми та військово-професійний стрес і посттравматичний стресовий розлад. Вивчення дії БС, особливо під час військової агресії рф в Україні, є дуже важливим, оскільки постійні повідомлення про авіаудари, ймовірні ракетні удари, занепокоєння за родичів, ризик для здоров'я населення та житла, є причиною проблем з психічним здоров'ям 'я людей

Отже, наукові дослідження фізіологічних і психологічних наслідків бойового стресу дали детальне розуміння його впливу на солдатів у бойових сценаріях. Синтез відповідної літератури [35, 36, 37, 38] показує, що бойовий стрес справляє значний вплив на симпатичну нервову систему, проявляючись у підвищених рівнях метаболізму, підвищеній м'язовій напрузі та підвищеній серцево-судинній діяльності в поєднанні зі зниженням коркового збудження.

Хоча ці фізіологічні адаптації є еволюційно вигідними для негайної реакції на виживання, вони негативно впливають на критичні когнітивні функції вищого порядку, необхідні в бою, такі як прийняття рішень і збереження пам'яті [39]. Крім того, підкреслюється складність сприйнятого солдатами напруження під час стресу, що часто призводить до дихотомії або надмірного напруження, або недостатнього використання їхніх фізичних і когнітивних здібностей у ситуаціях з високим ризиком [36]. Цей аспект бойового стресу підкреслює необхідність більш складних методологій навчання, які охоплюють як фізичну витривалість, так і когнітивну стійкість.

1.3. Вплив емоційних станів на психосоматичні прояви у військовослужбовців

Здатність організму протистояти різним видам стресу розглядається як один із механізмів процесу адаптації. Людина в такій особливій ситуації долає її силою волі та постійно перебуває на психологічній та емоційній межі, тому необхідно більш детально розглянути питання фізичних та психічних змін воїнів. Наслідки цього говорять самі за себе: за світовою статистикою, кожен п'ятий військовослужбовець без тілесних ушкоджень отримує розлади в нервово-психічній сфері, не говорячи вже про військовослужбовців, які отримали ампутації чи поранення [40].

Також, варто зазначити, що через кілька місяців після повернення до мирного життя у людей, які потрапили в екстремальну ситуацію, починають проявлятися різні психосоматичні розлади. Відомо, що ризик розвитку гастриту, виразки шлунку, дванадцятипалої кишки та гіпертонічної хвороби в учасників бойових дій у 2-3 рази вищий, ніж у тих хто не перебував під кризовим впливом.

Потреба вирішення проблеми психологічної реабілітації ветеранів є одним із найактуальніших питань в нашій державі на теперішній час. На більшість тих, хто повертається з війни, чекає новий виклик долі – життя після бойових дій. Учасники бойових дій, які повертаються, часто відчувають безнадійність, виклик з самореалізацією, злість на інших, провину, тривогу, відчуженість і цілу низку негативних емоцій. Значна частина військовослужбовців уникає ситуацій, у яких вони можуть відкрито говорити про пережите під час війни. Внаслідок такої ситуації відбувається накопичення власних емоцій, що не дозволяє опрацювати негативний досвід психологічної травми. Тому питання реабілітації ветеранів після бойових дій, адаптації до сучасних умов є надзвичайно актуальними для українського суспільства. [41]

Дослідження проблеми реабілітації в українській психології здебільшого здійснювалося в рамках школи психології діяльності, які зокрема спирались на положення, висунуті В.М. Мясищевим, що полягають в перебудові системи

особистого спілкування та адаптації до цих важливих аспектів життя особистості. У зв’язку з розгортанням війни, протягом останніх років активізувались дослідження психологічної реабілітації учасників бойових дій, що потребує від вітчизняних науковців нового теоретико-методологічного підходу [41, с. 278].

Питання вивчення особистості військовослужбовців в конкретних умовах службової діяльності почало активно розроблятися з початку 90-х років ХХ століття (М.В. Андрєєв, В.Г. Андросюк, І.Б. Журавльова, С.І. Захарова, Л.І. Котенев, І.О. Левашова та ін.).

У наукових працях з військової психології (Полянський, 1910; Шумков, 1908; Макнаб, 2002) відзначається, щ одіяльність військових під час війни і бойових дій має особливий характер, оскільки вони перебувають в умовах хронічної небезпеки, тобто в постійних умовах небезпеки для здоров'я і життя, а з іншого боку, не тільки в ситуації безкарного знищення власного виду, а й у безпосередній необхідності і спонукальному бажанні зробити це для загальної мети, для благополуччя свого народу, а також для самозбереження (Дрейлінг, 1935), це створює умови для гострого міжособистісного конфлікту.

Як зазначали у своїх дослідженнях В. Кремень, М. Костицький, С. Максинко, Б. Олексієнко, О. Сафін, В. Толубко, в основі організації та проведення психологічної підготовки лежать певні загальнопсихологічні механізми формування психологічної готовності воїнів до бою [5, с. 232]. У наукових працях О. Бойка, М. Корольчука, В. Лефтерова, Г. Ложкіна, С. Міронця, В. Моляко, Є. Потапчука, І. Приходька, В. О. Бойка, М. Корольчука, В. Лефтерова Осьодло, Н. Онищенко, А. Романишина, О. Сафіна, О. Тимченко, М. Томчук, С. Яковенко особливу увагу приділено саме емоційним аспектам діяльності.

Перебування в зоні бойових дій – це екстримальна ситуація, в якій людина постійно відчуває найсильніше психоемоційне напруження і для його подолання використовує надмірне вольове зусилля. Все це має високу ціну. Практично у всіх учасників бойових дій в тій чи іншій мірі змінюється фізичний і психічний стан, і, як наслідок, стає причиною психологічних проблем.

Робота військовослужбовців у зоні бойових дій визначається впливом різноманітних стресових факторів на психіку людини. Тривалість їх дії, а також характер психологічної травми сприяють таким змінам у психічній діяльності воїна, які можуть знизити ефективність його можливостей під час бою та негативно вплинути на адаптацію у цивільних умовах [42].

Результати досліджень вітчизняних і зарубіжних психологів свідчать, що фізичне переведення воїна з поля бою в мирне життя не обов’язково означає його емоційне й інтелектуальне повернення до повсякденних обов'язків і колишнього середовища спілкування. Тому професор А.М. Гріс, у процесі надання психологічної допомоги військовослужбовцям однією з головних функцій психолога вказував допомогу у вирішенні важких емоційних ситуацій, опрацюванні та інтеграції отриманого негативного досвіду, формуванні нового погляду на життя. [41, с. 101].

В ситуації загрози у людини значно знижується відчуття безпеки, в поведінці домінує емоційна складова, починають працювати інстинктивні форми поведінки, знижується критичність. Емоції включають страх, тривогу, напругу, агресію, гнів, провину, депресію, апатію тощо. У більшості випадків постраждала людина транслює свої переживання та почуття іншим. Усі його переважні стани відображають його реакцію на те, що він пережив, його реакцію на травматичну подію. Але в короткостроковій перспективі, розглядаючи людське переживання загрози, доцільніше говорити не про емоційні реакції на трагедію, а про рефлексивні прояви. Згодом ці переживання набувають емоційного характеру.

Варто зазначити, згідно досліджень, що якщо пересічна людина опиняється в небезпечних для життя й цілісності ситуаціях, вона зазвичай може діяти відповідно до інстинкту самозахисту (бігти, сховатись чи завмерти), то воїн у найнебезпечніший момент бою змушений діяти всупереч інстинкту самозбереження, всупереч потребам свого тіла, виконуючи поставлені перед ним цілі. Він несе відповідальність за виконання бойового завдання, долаючи опір свого характеру та вроджених регуляторів захисту. Іншими словами, мова йде про наявність сильного внутрішнього конфлікту між страхом і обов'язком [43, с. 103].

Військовослужбовцю, який повертається із зони бойових дій, потрібен певний час, щоб адаптуватися до мирного життя. Особливо сильними емоційні прояви та реакції можуть бути в перший місяць після повернення додому. Ці реакції є нормальною частиною процесу адаптації. Більшість учасників бойових дій пристосовуються до цивільного життя протягом кількох місяців після повернення із зони бойових дій. Детальної уваги в процесі адаптації заслуговують типові фізичні, емоційні і поведінкові реакції бійців після повернення до мирного життя.

На фізичному рівні спостерігається постійна втома, безсоння, проблеми зі шлунком і харчуванням; головний біль, пітливість при спогадах про війну, прискорене серцебиття і дихання, також спостерігається загострення наявних захворювань.

В емоційних реакціях спостерігаються негативні сновидіння, нічні кошмари, нав'язливі спогади про війну, злість, агресія, відчуття безпорадності, страху, самотності та подекуди нікчемності, емоційне оніміння, нездатність відчувати позитивні емоції, почуття провини, сорому та самозвинувачення, безнадія щодо майбутнього.

Боєць, який повертається із зони бойових дій, може мати небажані нав'язливі спогади про війну. На події, що нагадують війну, у людини може бути дуже сильна реакція – від нав'язливих думок до флешбеків, які можуть бути настільки яскравими, що людині здається, ніби вона зараз на війні. Як наслідок, ветеран може впасти в паніку і діяти нервово. Навіть незначних інцидентів буває достатньо, щоб викликати бурхливу реакцію [44].

Реакції поведінкові проявляються в складнощах з концентрацією уваги, збудливістю на гучні звуки, настороженістю, надмірною пильністю та турботою про безпеку, униканням людей чи місць, що нагадують про травматичну подію, вживанні алкоголю чи наркотиків, відсутності турботи про власне самопочуття, труднощах з виконанням звичайних домашніх чи робочих справ.

Проте, за спостереженнями сімей і самих військовослужбовців, не є виключенням і позитивні зміни в тих, хто повертається додому. Новий

особистісний розвиток, час, проведений з родиною та друзями, є більш цінним після пережитого на війні, впевненість у собі та своїй родині, впевненість у своїх силах. Боєць може стати більш духовним, розвинути нові духовні цінності та переконання. Але, важливо усвідомлювати, що позитивні та негативні психологічні реакції можуть виникати одночасно [45, с. 5-6].

Враховуючи закономірність розвитку психосоматичних захворювань в учасників кризових ситуацій, варто зазначити, що неспецифічні механізми відповіді на стрес виникають на структурному рівні лімбічної системи після первинної обробки в коркових відділах великих півкуль. Гормональна відповідь відбувається безпосередньо через активацію гіпофізарно-гіпоталамо-надниркової і симпатоадреналової систем. Найшвидше виділяється адреналін. Активація симпатичної нервової системи підвищує рівень норадреналіну. Підвищення рівня кортизолу з коркового шару надниркових залоз відбувається повільніше. Роль кортизолу в боротьбі зі стресом дуже важлива, він відповідає не тільки за те, щоб органи і тканини адекватно реагували на стрес, але і за адаптацію до впливу катехоламінів. [46]

У такий спосіб, в результаті впливу на організм людини великої кількості стресових факторів підвищується рівень «гормонів стресу» в крові, починається складний неспецифічний каскад реакцій. Цей процес, спрямований на підтримку гомеостазу, супроводжується значною витратою біоресурсів, та має властивість супроводжуватися виснаженням адаптаційних можливостей та порушенням механізмів гомеостазу.

У процесі досліджень вчені виявили, що у людей, які постійно перебувають у хронічній тривозі, довго не позбавляються смутку та песимізму, піддаються постійній напрузі та ворожості, завжди перебувають в стані підозрілості, ризик різних захворювань зростає вдвічі, включаючи астму, артрит, головні болі, виразку шлунку, серцеві та інші захворювання, які підпадають під загальні критерії цих хвороб. В результаті, негативні емоції стають таким ж фактором ризику, як, приміром, куріння та високий рівень холестерину. Іншими словами, вони становлять загрозу здоров'ю [47].

Беручи до уваги особливості адаптивної біологічної системи людини, яка використовує як стимули сигнали другої сигнальної системи, запуск пристосувальних біологічних реакцій часто відбувається без реальної потреби в їх розвитку. Це викликає відчуття перевантаження адаптаційної системи людини, так звані психогенні реакції, які виникають на тлі тривоги без реальної загрози. Сильна сила і тривалість впливу стресу дуже неприємно позначається на стані внутрішніх органів і систем організму, завдаючи значної шкоди механізму адаптації. Соматичні розлади, що виникають внаслідок таких порушень, відбуваються залежно від типу реакції соматичної декомпенсації, оскільки в результаті глобального впливу стресу пред'являються більші вимоги до всіх систем організму. Зміни в структурі життєво важливих органів під впливом хронічних стресових факторів, зазвичай, відбуваються на стадії виснаження. [46]

В результаті хронічного стресу часто страждає серцево-судинна система. Найчастішим наслідком хронічної психічної травми є інфаркт або інсульт. Особливо небезпечним фактором їх утворення є неконтрольована дія катехоламінів. У зв'язку з підвищенням артеріального тиску і активізацією серцевої діяльності, яка потребує достатньої кількості енергії для роботи серцевого м'яза, порушення судинної стінки в органах, які інтенсивніше працюють під впливом гормонів стресу, викликають незворотні порушення гемодинаміки в цих органах. Серцево-судинна та цереброваскулярна захворюваність і смертність тісно пов'язані зі стресовими станами психологічної травми, а також черепно-мозкових травм, отриманих під час бойових дій. Цереброваскулярні захворювання після черепно-мозкової травми згодом пов’язуються з атеросклерозом і відіграють провідну роль у розвитку всього атеросклеротичного процесу. Виявлено три найважливіші фактори ризику серцево-судинних і цереброваскулярних захворювань: високий кров'яний тиск, високий рівень холестерину та куріння. [48]

Небезпечним наслідком впливу стресових факторів є зниження імунітету, що, як наслідок, стає причиною появи різних інфекційних захворювань. Часто спостерігаються зміни в метаболізмі, що в свою чергу, призводить до зниження ваги.

При тривалому стресі судинні розлади і зміна тонусу гладкої мускулатури шлунково-кишкового тракту можуть пошкоджувати слизову оболонку шлунку і кишечника, що призводить до розвитку гастриту, ентероколіту, виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки. Варто відзначити важливу роль у розвитку цього розладу додаткових негативних факторів, таких як неправильне харчування, алкоголізм і куріння.

Тому мобілізація та активна зміна адаптаційних механізмів організму, спрямованих на підтримання життєдіяльності та гомеостазу під впливом факторів екстремальних психотравмуючих ситуацій, часто призводять до протилежного результату, який проявляється у різноманітних соматичних розладах, що негативно впливають на здоров'я людини загальний.

Доволі нерідкими є скарги ветеранів на біль у грудях. Варто зазначити, що поширеність серцево-судинних захворювань у учасників бойових дій зростає з віком. Крім органічних розладів, неприємні больові відчуття різного характеру в області серця можуть виникати при різних емоційних розладах, що супроводжуються депресією, пригніченістю, тривогою. Відповідно до описаних вище скарг у хворих можуть виникати різні іпохондричні переживання.

Дослідники, які вивчали це питання, представили цікаві дані про залежність ряду больових синдромів від різних стресових факторів. Таким чином, ветерани з болем у грудях мали фактори, пов'язані з участю у збройному конфлікті. Головні болі часто зустрічаються у військовослужбовців, які пережили поранення або смерть товаришів по службі, а також власні травми. Для ветеранів бойових дій із болями в суглобах такими факторами були поранення та травми, отримані під час бойових дій. Інтенсивність відчуття болю майже не залежала від локалізації хронічного болю. Інтенсивність хронічного болю майже в усіх локалізаціях була вищою у ветеранів, ніж у тих, що не брали участь в бойових діях.

Також, були наведені дані досліджень щодо частоти різної локалізації хронічного больового синдрому в залежності від виду бойової травми та типу отриманого поранення. Ці дані свідчать про те, що ветерани з пораненнями і травмами голови часто скаржаться на сильні хронічні головні болі.

Нижче наведено інформацію про зв’язок хронічного болю зі специфічними соматичними розладами як причину тривалого больового синдрому. Висока поширеність захворювань опорно-рухового апарату виявлена в усіх локалізаціях хронічного болю. Цей розлад зустрічається у 100% випадків хронічного болю в суглобах, спині, шиї та хронічного болю в животі. Захворювання шлунково-кишкового тракту переважали у пацієнтів із хронічним болем органів травлення, а серцево-судинні захворювання частіше діагностуються у ветеранів із хронічним болем у животі та суглобах. При хронічному болі в грудній клітці в половині випадків зустрічаються захворювання серцево-судинної системи і шлунково-кишкового тракту, у невеликій кількості – захворювання нервової системи.

Відзначено, що захворювання шлунково-кишкового тракту супроводжуються не тільки хронічними болями в органах травлення, а й хронічними головними болями, болями в спині і шиї, суглобах, грудях. Хронічні головні болі часто виникають при захворюваннях серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату [46].

Колишній рейнджер армії США, викладач психології Вест-Пойнту, автор книги «Бій. Психологія і фізіологія воїна в часи війни та миру», для розуміння впливу хронічного стресу на воїна, наводить так звану «Модель ванни»: «уявіть, що ваше тіло – це ванна, а стрес – це вода, яку туди заливають. Так от, через стік ванни можна випускати тільки певний обсяг води. Тому, якщо вода прибуває так швидко, що стік не може її пропустити, то рівень води починає підійматись. Якщо рівень води підіймається занадто високо, вона переливається через край і псує підлогу. Якщо у ванну раптом додати двадцять літрів води, вам доведеться перекрити кран на певний час, щоб дати воді – стресу – зійти» [49].

Таким чином, варто зазначити, що жодна психотравмуюча ситуація, а тим більше, коли мова йде про стресові впливи екстремального характеру, що несуть загрозу здоров’ю і життю її безпосереднім та непрямим учасникам, не може проходити безслідно. Багатьма фахівцями одностайно відзначається виражений вплив потужної психотравми на психічне і соматичне здоров’я людини, її психологічне благополуччя і якість життя. Проблема збереження здоров’я і

працездатності осіб, що були під впливом екстремальних ситуацій є високо актуальною.

У зв'язку з вищезазначеним необхідно здійснювати соціально-психологічну адаптацію ветеранів, в основі якої когнітивно-смислова обробка травматичної інформації та переживань, інтеграція травматичного матеріалу у контексті емоційної підтримки, вирішення особистісних проблем ветеранів [50].

Основним зі способів стабілізації емоційного стану людини є вдосконалене дихання. Правильне дихання допомагає зняти зайву напругу і забезпечити покращення режиму фізичної активності. Психічні стани активуються під час вдиху, а розслабляються під час видиху. Варіантом цього методу є регуляція емоційно-психічних станів шляхом використання схеми глибокого дихання за методикою К.П. Бутейко. Даний метод полягає в поступовому зменшенні глибини дихання шляхом розслаблення діафрагми до появи відчуття нестачі повітря і постійному підтримці цього відчуття протягом усього тренування, а дихання по-квадрату і діафрагмального дихання [41, с. 231].

Психотерапевтична та реабілітаційна робота повинна бути спрямована на зміну емоційно-вольової сфери жертви.

- розвиток здатності самостійно спостерігати за фізичними та емоційними станами та встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, щоб уникати ситуацій, які погіршують самопочуття в майбутньому;
- розвиток емоційно-поведінкового самоконтролю (створення здатності до самоорганізації та організації свого життя);
- покращення загального фону настрою (шляхом пошуку діяльності, яка цьому сприяє);
- залучати потерпілого до суспільно корисної трудової діяльності;
- робота над формуваням стійкості до невдач;
- екологічне звільнення від емоційної напруги.

Підсумком психокорекційної роботи є максимальне відновлення працездатності та покращення якості життя людей, які зіткнулися з психологічною травмою.

Таким чином, у здійсненні психологічної реабілітації учасників бойових дій важливою є співпраця з суспільством, яке готує ветеранів до повернення до мирного життя. Чи будуть психологічні наслідки участі в бойових діях чи ні, багато в чому залежить від його бажання і здатності приймати і сприймати інших людей. Для цього необхідно об'єднати зусилля різних психологічних служб для проведення досліджень, спрямованих на з'ясування психологічних реалій та психологічних наслідків війни, а також методів їх виявлення та корекції, з метою організації допомоги ветеранам, які брали участь у бойових діях [47, с. 116].

Висновки до розділу 1

У ході вивчення теоретичних аспектів психосоматичних розладів та їх зв'язку з емоційними станами військовослужбовців можна зробити ряд важливих висновків.

Психосоматичні розлади визначаються як розлади, що виникають під впливом психоемоційних факторів, які істотно впливають на фізичне здоров'я. У сучасній психологічній науці психосоматичні розлади, для ширшого аналізу, розглядаються як результат складної взаємодії психологічних, емоційних і фізіологічних компонентів. Психосоматичні прояви часто спостерігаються у тих, хто піддається тривалому стресу, особливо характерному для військової діяльності.

Бойовий стрес є специфічним для військових умов і має значний вплив на психофізіологічний стан воїнів. Тривалий вплив бойового стресу часто призводить до порушень сну, підвищеної тривожності, надмірної уваги та інших симптомів, які можуть погіршити фізичний стан, спричинити розвиток психосоматичних розладів. Бойовий стрес може проявлятися соматичними симптомами, такими як розлади серцево-судинної системи, шлунково-кишкові розлади, проблеми з опорно-руховим апаратом тощо.

Емоційні стани, зокрема тривога, гнів, страх, депресія, посилюються під час служби, особливо в бойових умовах, де стрес стає хронічним, що впливає на загальний стан здоров’я військовослужбовців. Емоційні розлади і депресивні стани можуть викликати і підтримувати психосоматичні симптоми, погіршуючи загальний стан здоров'я. Підвищена тривожність і емоційна нестійкість є істотними факторами, що сприяють виникненню психосоматичних реакцій. Тому контроль і регулювання емоційного стану військовослужбовців є важливим напрямком збереження їхнього здоров'я.

Таким чином, теоретичний аналіз показує, що психосоматичні розлади у військовослужбовців можуть розвиватися як у відповідь на бойовий стрес, так і під впливом специфічних емоційних станів. Саме тому необхідно здійснювати соціально-психологічну адаптацію ветеранів, суть якої полягає в когнітивно-

смисловій обробці травматичної інформації та переживань, реакції на травматичні події у контексті емоційної підтримки, розв’язанні особистих проблем ветеранів. Психологічна підготовка та психологічний супровід є складовими психологічної роботи, і в цьому процесі формуються такі якості особистості військовослужбовця, як психологічна стійкість, що сприяє підтримці стресу на прийнятному рівні. Важливу роль в контексті адаптації ветеранів, після повернення з зони бойових дій, відіграє соціальна підтримка.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ПРОЯВАМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПОВЕРНУЛИСЯ З ЗОНИ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження взаємозв'язку емоційних станів з психосоматичними проявами у військовослужбовців проводились на базі 107 окремої бригади Сил територіальної оборони ЗСУ в Чернівецькій області. Вибірка становить 40 осіб, віком 22 – 60 років, чоловічої статті. Проведення дослідження відбувалось у вересні 2024 року. Емпіричне дослідження складалось з двох етапів:

1. На першому етапі було проведено оцінку емоційних та соматичних станів. Для цього було використано наступні методики: "Діагностика стану агресії (опитувальник Басса-Дарки), "Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна – State-Trait Anxiety Inventory (STAI)", з ціллю діагностики соматичних впливів застосовано методику "Гіссенський опитувальник соматичних скарг" та "Шкала соматичних симптомів Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8)".

2. На другому етапі здійснено обрахунок результатів дослідження по кожній з методик, визначення рівня емоційних і соматичних показників, та аналіз взаємозв'язку між емоційними станами військовослужбовців та соматичними проявами.

Метою роботи було дослідити взаємозв'язок емоційних станів з психосоматичними проявами у військовослужбовців.

Завдання, для досягнення поставленої мети:

- дослідити рівень емоційних станів, а саме, діагностика стану агресії (агресивність та ворожість), фізична агресія, непряма агресія, дратівливість, негативізм, уразливість, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини, визначення стану реактивної і особистісної тривоги;
- визначити рівень соматичних змін;

- встановити взаємозв’язок між емоційними станами та соматичними змінами.
- зробити висновки.

Стислий опис діагностичних методик використаних для дослідження:

1) Діагностика стану агресії (опитувальник Басса-Дарки)

Даний опитувальник диференціює прояви агресії і ворожості. А. Басс і А. Дарки позначили наступні види реакцій:

Шкала фізичної агресії - використання фізичної сили проти іншої особи.

Шкала непрямої агресії - обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована.

Шкала роздратування - готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість).

Шкала негативізму - опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів.

Шкала образи - заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії.

Шкала підозрілості - в діапазоні від недовіри і обережності стосовно людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду.

Шкала вербальної агресії - вираз негативних почуттів як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози).

Шкала почуття провини - виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що спричинює зло, а також відчуває докори сумління.

Опитувальник містить 75 питань, на які можна дати відповідь «так» або «ні».

Для визначення індексу ворожості й агресивності використовуємо формулу: Ворожість = Образа + Підозрілість; Агресивність = Фізична агресія + Роздратування + Вербальна агресія.

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4, а ворожості - $6\text{-}7 \pm 3$.

2) Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна – State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна – є психодіагностичною методикою, яка використовується для вимірювання рівня тривоги у двох її формах:

Реактивна тривожність – це тимчасовий емоційний стан, що відображає стресову реакцію на конкретну ситуацію.

Особистісна тривожність – стійка індивідуальна риса, що характеризує схильність сприймати ситуації як загрозливі та часте відчуття тривоги.

Методика містить 40 запитань, 20 з яких оцінюють реактивну тривожність, а 20 - особистісну тривожність. Респондент відповідає на запитання, оцінюючи рівень згоди за чотирибальною шкалою.

3) Гіссенський опитувальник соматичних скарг

Даний опитувальник призначений для оцінки інтенсивності соматичних скарг у респондентів, що можуть бути пов’язані з психологічними факторами. Дає змогу встановити ступінь соматизації і розробити ефективні методи терапевтичного втручання.

Методика містить питання, що розділені на 5 шкал:

В: Виснаження. Характеризує суб’єктивне сприйняття людиною наявності/втрати життєвої енергії та потреби в допомозі. Корелює з депресією, алекситимією.

Ш: Шлункові скарги. Шкала відображає вираженість психосоматичних захворювань шлунка.

Р: Ревматичний чинник. Шкала виражає суб'єктивні страждання людини алгічного або спастичного характеру.

С: Серцеві скарги. Як правило, найбільш необґрунтованими є скарги на серце у здорових людей. Високий бал за шкалою вказує на приписування неіснуючих симптомів з метою привернення уваги або звернення за допомогою.

Загальний бал: Загальний бал показує інтенсивність соматичних скарг. Добре корелює з депресією, алекситимією, особистісною тривожністю.

Оцінка загального балу здійснюється виходячи з того, що при максимальній сумі в 100 балів серед здорових людей 50% має менше 14 балів, 75% — менше 20, 100% — менше 40 балів.

4) *Шкала соматичних симптомів Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8*)

Опитувальник є коротким інструментом для оцінки інтенсивності соматичних симптомів, які можуть бути пов'язані з розладами соматизації або іншими психологічними факторами.

Містить 8 питань, які охоплюють основні соматичні симптоми.

Респондент оцінює інтенсивність симптомів за останній тиждень за 5-бальною шкалою: 0 — взагалі не турбує; 4 — турбує дуже сильно.

Сума балів дає загальний показник тяжкості соматичних симптомів: мінімальний, легкий, середній, високий, дуже високий.

2.2. Аналіз результатів дослідження

1) Результати за методикою діагностики стану агресії наведено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати досліджень за методикою діагностики стану агресії

(опитувальник Басса-Дарки)

Учасник №	Стать	Віковий діапазон	Фізична агресія	Непряма агресія	Роздратування	Негативізм	Образа	Підозрілість	Вербальна агресія	Почуття провини	**Агресивність**	**Ворожість**
1	Чол.	31-40	9	8	8	2	6	8	12	6	**29***	**14**
2	Чол.	20-30	7	6	9	4	6	9	9	7	25	**15**
3	Чол.	41-50	7	9	7	4	5	7	8	6	22	**12**
4	Чол.	20-30	8	6	8	3	7	10	11	5	**27**	**17**
5	Чол.	31-40	6	8	9	2	6	8	4	7	19	**14**
6	Чол.	31-40	8	7	7	3	5	9	7	6	22	**14**
7	Чол.	20-30	9	8	10	4	7	8	10	7	**29**	**15**
8	Чол.	51-60	8	9	7	2	6	9	11	8	**26**	**15**
9	Чол.	41-50	8	7	9	3	6	7	8	6	25	**13**
10	Чол.	31-40	7	6	5	3	5	6	11	7	23	**11**
11	Чол.	20-30	9	8	8	5	7	8	9	5	**26**	**15**
12	Чол.	51-60	6	8	9	4	6	8	7	6	22	**14**
13	Чол.	20-30	7	7	6	3	5	7	10	7	23	**12**
14	Чол.	41-50	9	9	8	2	7	9	12	8	**29**	**16**
15	Чол.	20-30	8	6	7	3	6	6	5	8	20	**12**
16	Чол.	31-40	5	6	8	3	5	8	7	5	20	**13**
17	Чол.	31-40	7	8	8	4	5	7	8	7	23	**12**
18	Чол.	20-30	7	9	9	3	7	9	10	6	**26**	**16**
19	Чол.	51-60	9	6	7	2	5	6	6	7	22	**11**
20	Чол.	41-50	8	8	9	4	6	8	9	5	**26**	**14**
21	Чол.	31-40	6	7	7	2	4	7	11	8	24	**11**
22	Чол.	20-30	8	9	6	3	7	7	7	6	21	**14**
23	Чол.	31-40	8	6	8	3	7	6	9	7	25	**13**

24	Чол.	51-60	7	8	9	4	6	10	10	8	**26**	**16**
25	Чол.	41-50	9	8	10	3	8	8	9	6	**28**	**16**
26	Чол.	20-30	7	9	7	2	6	7	6	5	20	**13**
27	Чол.	31-40	7	6	6	2	6	9	6	9	19	**15**
28	Чол.	31-40	8	9	8	4	7	9	9	8	25	**16**
29	Чол.	20-30	6	7	7	3	5	8	8	6	21	**13**
30	Чол.	51-60	9	8	9	3	7	7	11	7	**29**	**14**
31	Чол.	41-50	10	9	8	4	6	6	7	5	25	**12**
32	Чол.	31-40	8	8	9	2	6	6	5	7	22	**12**
33	Чол.	20-30	8	7	7	3	5	7	8	6	23	**12**
34	Чол.	31-40	7	6	8	4	7	9	10	8	25	**16**
35	Чол.	31-40	6	6	8	3	6	6	8	6	22	**12**
36	Чол.	20-30	9	8	8	4	7	8	9	7	23	**15**
37	Чол.	51-60	7	8	8	2	7	8	11	8	**26**	**15**
38	Чол.	41-50	8	6	7	3	5	7	10	7	25	**12**
39	Чол.	31-40	8	9	10	5	6	8	12	7	**30**	**14**
40	Чол.	20-30	7	8	9	4	5	6	9	6	25	**11**

***** показники, які перевищують рівень норми



Рис. 2.1. Відсоткове співвідношення рівня агресивності

Завищена агресивність (норма 21 ± 4) виявлена у 13 учасників із 40, що становить 32.5% від загальної кількості.

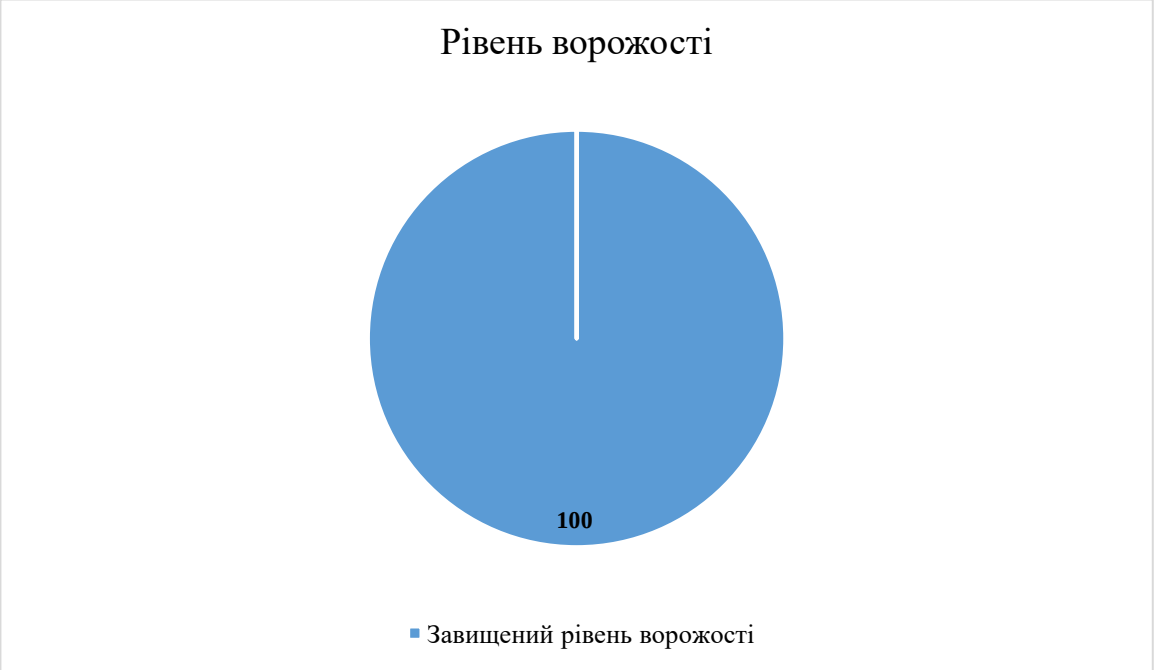


Рис. 2.2. Відсоткове співвідношення рівня ворожості

Завищена ворожість (норма 6-7 ± 3) виявлена у всіх 40 учасників, що становить 100%.

Це свідчить про те, що рівень ворожості значно перевищує норму у всіх учасників, тоді як агресивність вища за норму у третини з них**.**

Завищена ворожість у військовослужбовців, що повернулися із зони бойових дій, може свідчити про декілька можливих аспектів, пов’язаних з їхнім досвідом і психологічним станом після повернення. Ворожість може бути способом захисту від відчуття вразливості, яке виникає у воїнів після повернення в мирне середовище, на етапі адаптації.

2) Результати за діагностикою шкали реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна – State-Trait Anxiety Inventory (STAI) наведені в Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Результати досліджень

Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна — State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Учасник №	Стать	Віковий діапазон	**Рівень реактивної тривожності (Тр)**	**Рівень особистісної тривожності (То)**
1	Чол.	31-40	**58***	**51**
2	Чол.	20-30	**62**	**46**
3	Чол.	41-50	**56**	45
4	Чол.	20-30	**56**	**51**
5	Чол.	31-40	**51**	**64**
6	Чол.	31-40	**50**	**47**
7	Чол.	20-30	**53**	**46**
8	Чол.	51-60	**59**	**48**
9	Чол.	41-50	**56**	45
10	Чол.	31-40	**61**	**51**
11	Чол.	20-30	**58**	**45**
12	Чол.	51-60	**64**	**53**
13	Чол.	20-30	**53**	**49**
14	Чол.	41-50	**56**	**51**
15	Чол.	20-30	**50**	**46**
16	Чол.	31-40	**54**	45
17	Чол.	31-40	**56**	43
18	Чол.	20-30	44	**48**
19	Чол.	51-60	**65**	**48**
20	Чол.	41-50	**51**	**60**
21	Чол.	31-40	**52**	**62**
22	Чол.	20-30	**50**	**54**
23	Чол.	31-40	**51**	**49**
24	Чол.	51-60	**59**	**48**
25	Чол.	41-50	**62**	**60**
26	Чол.	20-30	**53**	**64**

27	Чол.	31-40	**55**	**46**
28	Чол.	31-40	**52**	**62**
29	Чол.	20-30	**54**	**49**
30	Чол.	51-60	**68**	**64**
31	Чол.	41-50	**60**	**48**
32	Чол.	31-40	**56**	**53**
33	Чол.	20-30	**51**	**48**
34	Чол.	31-40	**54**	**64**
35	Чол.	31-40	**50**	**47**
36	Чол.	20-30	**46**	**62**
37	Чол.	51-60	**64**	**59**
38	Чол.	41-50	**57**	**60**
39	Чол.	31-40	**51**	**57**
40	Чол.	20-30	**50**	**46**

***** показники, які перевищують рівень норми

Показник, що не досягає 30 балів, свідчить про низьку тривожність, від 31 до 45 балів - про помірну, понад 45 балів - про високу.

В таблиці 2.3 наведено кількісне та відсоткове значення високо рівня тривоги серед опитаних.

Таблиця 2.3

Назва	Кількісне значення	Відсоткове значення (%)
Рівень реактивної тривожності (Тр)	39	97,5 %
Рівень особистісної тривожності (То)	36	90 %



Рис. 2.3. Відсоткове співвідношення високого та середнього рівня Тр

Високий рівень реактивної тривожності виявлено у 39 учасників із 40, що становить 97.5% від загальної кількості.



Рис. 2.4. Відсоткове співвідношення високого та помірного рівня То

Високий рівень особистісної тривожності виявлено у 36 учасників із 40, що становить 90% від загальної кількості.

3) Результати за Шкала соматичних симптомів Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8) наведені в Таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Результати опитувань за шкалою соматичних симптомів

Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8)

Учасник №	Стать	Віковий діапазон	Загальний бал	Ступінь інтенсивності прояву
1	Чол.	31-40	19	Дуже високий
2	Чол.	20-30	17	Дуже високий
3	Чол.	41-50	22	Дуже високий
4	Чол.	20-30	11	Середній
5	Чол.	31-40	24	Дуже високий
6	Чол.	31-40	17	Дуже високий
7	Чол.	20-30	15	Високий
8	Чол.	51-60	20	Дуже високий
9	Чол.	41-50	22	Дуже високий
10	Чол.	31-40	18	Дуже високий
11	Чол.	20-30	15	Високий
12	Чол.	51-60	24	Дуже високий
13	Чол.	20-30	12	Високий
14	Чол.	41-50	15	Високий
15	Чол.	20-30	12	Високий
16	Чол.	31-40	14	Високий
17	Чол.	31-40	15	Високий
18	Чол.	20-30	11	Середній
19	Чол.	51-60	22	Дуже високий
20	Чол.	41-50	15	Високий
21	Чол.	31-40	15	Високий
22	Чол.	20-30	9	Середній
23	Чол.	31-40	10	Середній
24	Чол.	51-60	21	Дуже високий
25	Чол.	41-50	20	Дуже високий
26	Чол.	20-30	11	Середній

27	Чол.	31-40	15	Високий
28	Чол.	31-40	16	Дуже високий
29	Чол.	20-30	9	Середній
30	Чол.	51-60	23	Дуже високий
31	Чол.	41-50	20	Дуже високий
32	Чол.	31-40	16	Дуже високий
33	Чол.	20-30	13	Високий
34	Чол.	31-40	18	Дуже високий
35	Чол.	31-40	15	Високий
36	Чол.	20-30	10	Середній
37	Чол.	51-60	23	Дуже високий
38	Чол.	41-50	17	Дуже високий
39	Чол.	31-40	19	Дуже високий
40	Чол.	20-30	13	Високий

В таблиці 2.5 наведено кількісне та відсоткове значення ступеню прояву соматичних симптомів в опитаних військовослужбовців.

Таблиця 2.5

Ступінь інтенсивності прояву	Кількісне значення	Відсоткове значення (%)
Середній	7	17,5 %
Високий	13	32,5 %
Дуже високий	20	50 %

Як бачимо з таблиці 2.5 за умов напружених емоційних станів у 50 % досліджуваних виникає дуже високий рівень соматизації, у 32,5 % - високий, у 17,5% - середній.

На основі цього, можна зробити попередній висновок, що складні емоційні стани впливають на фізіологічні процеси в організмі, оскільки ні в кого з досліджуваних не спостерігається низький рівень соматичних проявів.

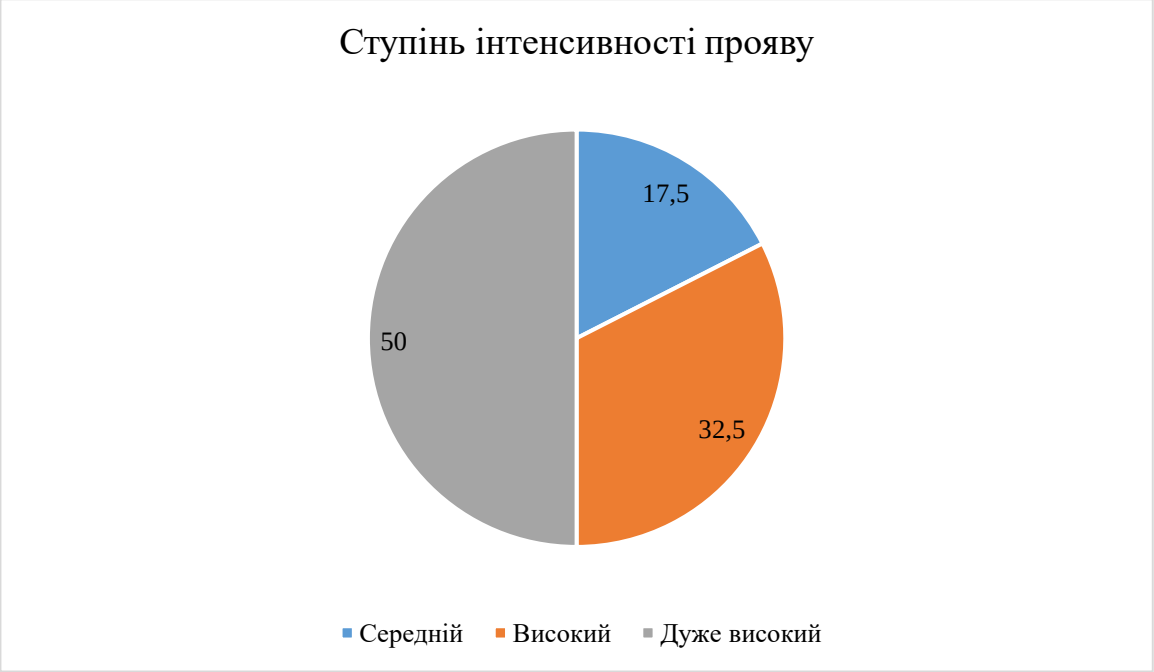


Рис. 2.5. Ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів

5) Результати за Гіссенським опитувальником соматичних скарг наведені в Таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Результати діагностики за Гіссенськими опитувальником соматичних скарг

Учасник №	Стать	Віковий діапазон	Виснаження (В)	Ревматичний чинник (Р)	Шлункові скарги (Ш)	Серцеві скарги (С)	Загальний бал
1	Чол.	31-40	19	19	15	11	64
2	Чол.	20-30	12	15	15	13	55
3	Чол.	41-50	17	19	9	13	58
4	Чол.	20-30	13	14	11	9	47
5	Чол.	31-40	12	15	10	2	39
6	Чол.	31-40	16	16	12	12	56
7	Чол.	20-30	12	17	14	4	47
8	Чол.	51-60	14	21	16	15	66
9	Чол.	41-50	14	19	13	11	57
10	Чол.	31-40	15	18	15	5	53
11	Чол.	20-30	14	16	12	10	52
12	Чол.	51-60	19	22	15	17	73

13	Чол.	20-30	16	15	17	3	51
14	Чол.	41-50	15	17	15	18	65
15	Чол.	20-30	12	13	13	9	47
16	Чол.	31-40	14	18	19	7	58
17	Чол.	31-40	16	19	15	11	61
18	Чол.	20-30	13	15	13	5	46
19	Чол.	51-60	17	23	17	13	70
20	Чол.	41-50	16	18	16	11	61
21	Чол.	31-40	17	15	15	6	53
22	Чол.	20-30	13	13	11	6	43
23	Чол.	31-40	9	13	13	9	44
24	Чол.	51-60	14	19	17	15	65
25	Чол.	41-50	20	15	19	11	65
26	Чол.	20-30	13	16	15	3	47
27	Чол.	31-40	12	17	16	7	52
28	Чол.	31-40	16	16	13	9	54
29	Чол.	20-30	15	14	11	5	45
30	Чол.	51-60	20	21	19	13	73
31	Чол.	41-50	17	19	17	11	64
32	Чол.	31-40	14	19	15	8	56
33	Чол.	20-30	16	16	12	6	50
34	Чол.	31-40	19	15	17	10	61
35	Чол.	31-40	17	17	15	7	56
36	Чол.	20-30	13	16	13	3	45
37	Чол.	51-60	22	20	19	13	74
38	Чол.	41-50	19	19	20	11	61
39	Чол.	31-40	15	14	15	15	59
40	Чол.	20-30	16	13	17	9	55

Для оцінки інтенсивності прояву скарги, вираховуєм загальний бал виходячи з того, що при максимально можливій сумі в 100 балів серед здорових людей 50% має менше 14 балів, 75% — менше 20, 100% — менше 40 балів.

Результати за розгорнутим дослідженням соматичних скарг подані в таблиці 2.7, де вказані кількісне відсоткове значення ступеню прояву по кожній з перечислених соматичних симптомів.

Таблиця 2.7

Назва симптому	Кількісне значення	Відсоткове значення (%)
Виснаження (В)	23	57,5 %
Ревматичний чинник (Р)	33	82,5 %
Шлункові скарги (Ш)	25	62,5 %
Серцеві скарги (С)	5	12,5 %
Загальний бал	40	100 %

Як бачимо з таблиці 2.7 за умов напружених емоційних станів у 57,5 % досліджуваних спостерігається високий рівень соматичних симптомів по шкалі виснаження (В). Що свідчить про втрату життєвої енергії і потребу в допомозі. Корелює з депресивним станом, алекситимією.



Рис. 2.6. Ступінь інтенсивності прояву соматичних симптомів

У 82,5 % опитаних спостерігається підвищений рівень симптомів за ревматичним чинником (Р), та вказує на суб'єктивні страждання людини, що носять алгічний або спастичний характер.

62,5 % учасників мають наявні шлункові скарги (Ш), що свідчить про вираженість психосоматичних шлункових нездужань.

У 12,5% виражені серцеві скарги.

Загальний бал в усіх учасників вище 40, що свідчить про те, що військовослужбовці відчувають значну кількість фізичних симптомів, пов’язаних із сильним фізичним та психічним навантаженням, якому вони піддаються під час служби, зокрема, після повернення із зони бойових дій.

За результатами проведеного опитування розглянемо зв'язок кожного з факторів залежними змінними, що вивчаються нами. Для цього використовуємо такий інструмент статистичного аналізу як кореляція (рис. 2.7).

	Вік	*Фізична агресія*	*Непряма агресія*	*Роздратування*	*Негативізм*	*Образа*	*Підозрілість*	*Вербальна агресія*	*Почуття провини*	*Агресивність*	*Ворожість*	*Рівень реактивної тривожності (Тр)*	*Рівень особистісної тривожності (То)*	*Виснаження (В)*	*Ревматичний чинник (Р)*	*Шлункові скарги (Ш)*	*Серцеві скарги (С)*	*Загальний бал (Гіс.оп.сомат.)*	*Загальний бал SSS-8 (сомат.симпт.)*
Вік	1																		
Фізична агресія	0,116184	1																	
Непряма агресія	0,147596	0,285156	1																
Роздратування	0,156208	0,157493	0,303276	1															
Негативізм	-0,1666	0,114464	0,153403	0,368729	1														
Образа	0,023263	0,45357	0,291656	0,447052	0,128236	1													
Підозрілість	0,043897	-0,0648	0,14268	0,225739	0,104301	0,353834	1												
Вербальна агресія	0,138579	0,202807	0,130076	0,120128	0,154175	0,186269	0,333827	1											
Почуття провини	0,234339	-0,04979	-0,12174	-0,14782	-0,25131	0,036948	0,169316	0,168317	1										
Агресивність	0,230876	0,546571	0,306958	0,537367	0,27087	0,448675	0,290306	0,818345	0,031559	1									
Ворожість	0,042313	0,193245	0,250756	0,389191	0,138776	0,766877	0,871622	0,326687	0,135546	0,434346	1								
Рівень реактивної	0,668553	0,189365	-0,06946	0,052573	-0,10788	0,053374	-0,01331	0,154335	0,091418	0,245251	0,018838	1							
Рівень особистісно	0,153011	0,036142	0,204097	0,134689	-0,13878	0,289041	0,095586	0,137096	0,153011	0,124263	0,217071	0,018096774	1						
Виснаження (В)	0,534573	0,058376	0,100653	0,056113	-0,02113	-0,07692	-0,07579	0,308411	-0,01291	0,281681	-0,09232	0,500268815	0,336045187	1					
Ревматичний чинн	0,787315	0,130249	0,105825	0,022979	-0,1765	-0,15442	-0,06279	0,014002	0,062156	0,076858	-0,12401	0,674292024	-0,053611396	0,470824	1				
Шлункові скарги (І	0,480874	0,049283	-0,14737	0,143818	-0,10788	-0,0084	-0,084	0,266198	0,200709	0,278818	-0,06204	0,478551597	0,207022085	0,517824	0,40678	1			
Серцеві скарги (С)	0,704479	0,253563	0,171693	0,285013	0,17353	0,104053	0,237327	0,307897	0,154671	0,464531	0,217383	0,560032555	-0,133065726	0,391303	0,477235	0,293259	1		
Загальний бал (Гіс	0,840623	0,178294	0,127132	0,215133	-0,00736	0,002594	0,05399	0,304698	0,136897	0,397911	0,038406	0,741439529	0,062509323	0,748216	0,7574	0,665833	0,793714	1	
Загальний бал SSS	0,790457	0,063475	0,141429	0,298674	-0,02694	-0,01537	0,053266	0,03613	0,182413	0,205407	0,028495	0,674022034	0,143559654	0,524163	0,683094	0,297139	0,563008	0,702743	1

Рис. 2.7. Результати кореляційного аналізу

Проаналізувавши отримані дані, можна зробити декілька висновків:

1. Вербальна агресія та ворожість сильно пов'язані: високий коефіцієнт кореляції (0.818) між цими змінними вказує на те, що агресивніші люди, як правило, схильні до ворожої поведінки.

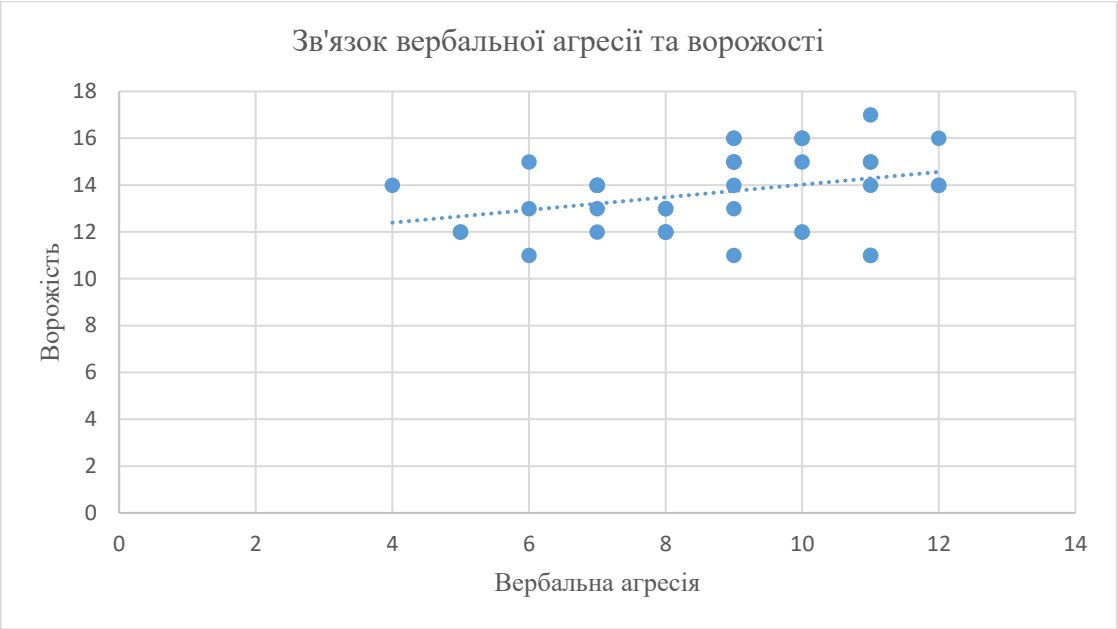


Рис. 2.8. Зв’язок вербальної агресії та ворожості

2. Реактивна тривожність (Тр) та соматичні симптоми: кореляція 0.741 між "Тр" та "Загальним балом (Гіс.оп.сомат. симпт.)" вказує на сильний вплив тривожності на загальний стан здоров'я.

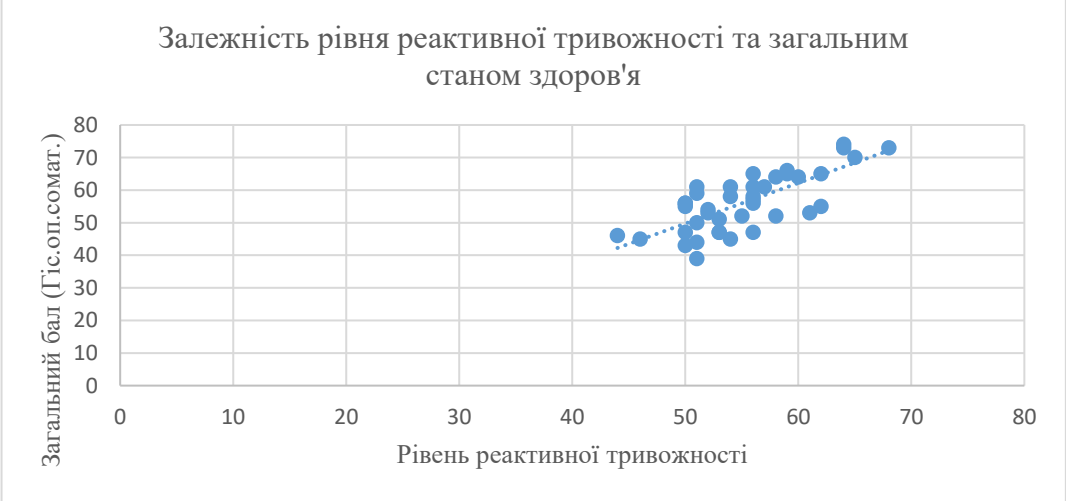


Рис. 2.9. Залежність рівня реактивної тривожності та загальним станом здоров’я

Реактивна тривожність та серцеві скарги: коефіцієнт 0.560 передбачає, що почуття тривоги може супроводжуватись серцевими симптомами.

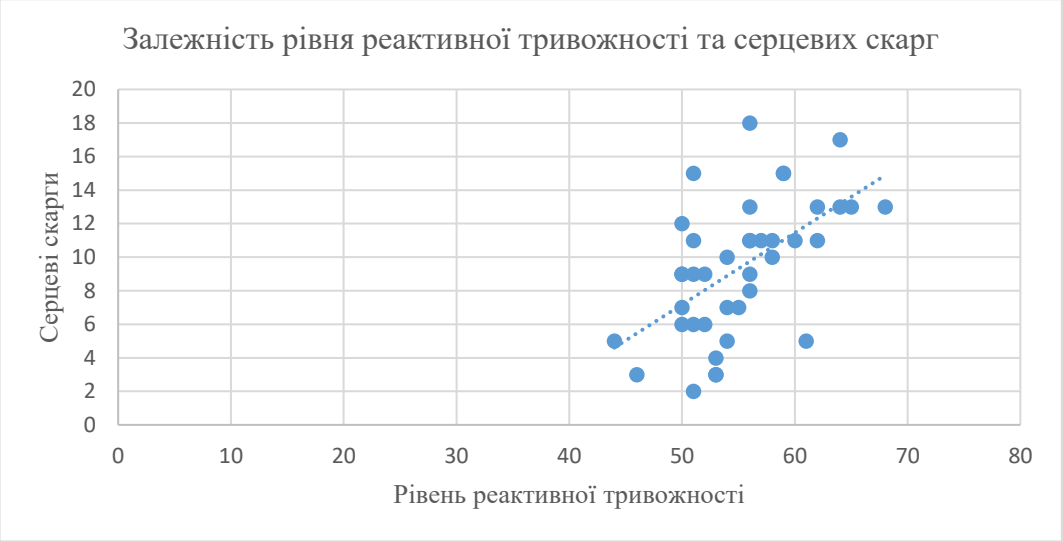


Рис. 2.10. Залежність рівня реактивної тривожності та серцевих скарг

З вищенаведеного можна дійти висновку, що психологічні чинники (агресивність, тривожність) істотно впливають на фізичний стан: високі кореляції між психологічними і соматичними змінними підкреслюють, що емоції і поведінка можуть безпосередньо чи опосередковано сприяти фізичним недугам.

Соматичні симптоми взаємопов'язані з емоційними станами та мають спільне джерело: висока кореляція між окремими соматичними скаргами та загальним балом емоційних показників підкреслює їхню взаємозалежність.

Важливо зазначити, що тривожність впливає на фактор виснаження (В).

Ревматичний фактор (Р) тісно пов'язаний з віком, фізичною та вербальною агресією, а також із роздратуванням та тривожністю. Наведені емоційні стани негативно впливають на стан здоров’я військовослужбовців.

Вік є ключовим фактором для серцевих скарг (С).

Щодо загального балу SSS-8 (соматичні симптоми), тут вік відіграє провідну роль при поясненні загального рівня соматичних симптомів.

Загальні висновки:

Вік є ключовим предиктором ревматичних факторів, серцевих скарг та соматичних симптомів, що підкреслює важливість вікових змін у впливі на здоров’я.

Фізична та вербальна агресія, роздратованість і тривожність чинять негативний вплив на стан здоров'я військовослужбовців, зокрема на ревматичний фактор.

Інші форми агресії (непряма, вербальна) показують слабку значимість.

Результати дослідження підтверджують гіпотезу роботи й вказують на високий взаємозв'язок між емоційними станами та соматичними проявами у військовослужбовців.

Висновки до розділу 2

У результаті проведеного емпіричного дослідження, що охоплювало 40 респондентів – військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій, виявлено значний зв’язок між емоційними станами, зокрема рівнем тривожності та агресивності, та психосоматичними проявами. На фізичний стан військовослужбовців істотно впливають психологічні чинники, зокрема тривожність та агресивність. Висока кореляція між тривогою і соматичними симптомами, а також між агресією і ворожістю свідчить про їх взаємозалежність. Вік є ключовим предиктором соматичних і ревматичних симптомів, що підкреслює важливість вікових змін. Результати дослідження підтвердили, що негативні емоційні стани військовослужбовців безпосередньо впливають на інтенсивність і частоту психосоматичних симптомів.

Виявлено, що високий рівень тривожності у військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій, корелює з підвищеною частотою соматичних симптомів, таких як головний біль, ревматичні симптоми, проблеми з травленням та серцево-судинні захворювання. Це підтверджує, що тривога є одним із емоційних станів, який впливає на фізичне здоров’я військовослужбовців.

Вплив агресивності на психосоматичні симптоми: проаналізовано, що високий рівень агресивності у військовослужбовців асоціюється зі збільшенням інтенсивності психосоматичних проявів. Солдати, які демонструють більшу агресію, частіше спостерігають такі фізичні симптоми, як підвищення артеріального тиску, біль у грудях, порушення сну тощо.

Дослідження підтвердило, що поєднання тривоги та агресії підвищує ризик розвитку більш серйозних психосоматичних розладів у військовослужбовців. Вони схильні до хронічних болів, розладів нервової системи, дисфункції травної системи та інших соматичних симптомів, які можуть значно погіршити їх здоров'я та комфорт життя.

Враховуючи отримані результати, можна стверджувати, що важливо звернути увагу на психологічне самопочуття воїнів, які повернулися із зони

бойових дій. Необхідно впроваджувати ефективні програми психологічної підтримки, спрямовані на зниження рівня тривожності та агресії, що може сприяти зменшенню вираженості психосоматичних симптомів та покращенню загального стану здоров’я воїнів.

ВИСНОВКИ

Аналіз наукової літератури, за темою взаємозв'язку емоційних станів з психосоматичними проявами у військових, показує, що дана тема є актуальною і потребує подальшого дослідження. На сьогоднішній день в Україні та за кордоном дослідження в цій галузі мають різні напрями, але існують певні проблеми та обмеження, які ускладнюють повне розуміння механізмів зв'язку емоційних станів із психосоматичними розладами в бойових умовах.

По-перше, хоча науковці давно звертають увагу на важливість психологічного стану військовослужбовців, особливо в контексті посттравматичного стресового розладу (ПТСР), мало уваги приділяється специфічним психосоматичним проявам, які виникають внаслідок емоційних переживань в умовах сильного стресу. Більшість наукових праць зосереджено на вивченні ПТСР, але це явище не є унікальним у контексті військової служби. Багато солдатів, особливо в активних зонах бойових дій, стикаються з фізичними проблемами, пов'язаними з хронічним стресом і психологічним напруженням, але дослідження специфічних психосоматичних розладів, таких як серцево-судинні захворювання, розлади травлення або біль у суглобах, менш поширені.

По-друге, наукові дослідження часто не приділяють достатньої уваги індивідуальним відмінностям переживання емоційного стресу солдатами. У багатьох дослідженнях не враховуються фактори особистісних характеристик, такі як емоційна стійкість, соціальна підтримка та стратегії подолання, які можуть суттєво змінити зв'язок між емоційним стресом і психосоматичними проявами. Водночас існує потреба у розробці більш диференційованих підходів до підтримки різних категорій військовослужбовців залежно від їхніх індивідуальних потреб.

Отже, незважаючи на значні успіхи в дослідженнях психічного здоров'я воїнів, проблема взаємозв'язку емоційних станів із психосоматичними залишається маловивченою. Вивчення цього питання потребує більш поглибленого аналізу впливу стресу на фізичне здоров'я військовослужбовців, а також розробки нових

ефективних методів психологічної підтримки, що враховують специфіку бойового досвіду та індивідуальні потреби військовослужбовців.

Емпіричне дослідження підтвердило наявність взаємозв’язку між негативними емоційними станами військовослужбовців та їх психосоматичними проявами.

Завищена агресивність (норма 21 ± 4) виявлена у 13 учасників із 40, що становить 32.5% від загальної кількості.

Завищена ворожість (норма 6-7 ± 3) виявлена у всіх 40 учасників, що становить 100%.

Високий рівень реактивної тривожності виявлено у 39 учасників із 40, що становить 97.5% від загальної кількості.

Високий рівень особистісної тривожності виявлено у 36 учасників із 40, що становить 90%.

За умов напружених емоційних станів у 50 % досліджуваних виникає дуже високий рівень соматизації, у 32,5 % - високий, у 17,5% - середній.

Результати статистичного аналізу показали, що підвищення рівня тривожності та агресивності внаслідок психологічного стресу під час бойових дій корелює з підвищенням інтенсивності психосоматичних симптомів.

В результаті кореляційного аналізу за проведеним дослідженням виявлено наступні взаємозв’язки:

1) між віком респондентів та проявом соматичних симптомів, що підкреслює важливість вікових змін у впливі на здоров’я;

2) між агресивністю та проявом серцевих скарг (0,45) і загальним балом за Гіссенським опитувальником (0,4). Кореляція між агресивністю і серцевими скаргами може свідчити про психосоматичний вплив – агресивні особистості часто мають підвищений рівень стресу, що негативно позначається на роботі серцево-судинної системи;

3) значущий зв'язок між рівнем реактивної тривожності та проявом усіх соматичних скарг з досліджуваних: виснаження (0,41), ревматичний чинник (0,66), шлункові скарги (0,47), серцеві скарги (0,57), загальний бал за Гіссенським

опитувальником (0,69) та загальний бал соматичних симптомів (0,65). Це свідчить про те, що підвищений рівень реактивної тривожності може бути пов’язаний із більш частими або інтенсивними скаргами на фізичне самопочуття.

Зв'язок між реактивною тривожністю та соматичними симптомами може пояснюватися фізіологічними реакціями на стрес, емоційною нестабільністю, виснаженням організму внаслідок хронічного стресу та взаємним підсиленням тривоги та фізичних проявів.

Вивчення наукових джерел та проведене емпіричне дослідження дає причини припустити, що бойовий стрес, як невід’ємна складова діяльності військовослужбовців у зоні бойових дій, призводить до виникнення негативних емоційних станів, зокрема тривоги, агресивності та ворожості. Ці стани безпосередньо впливають на психофізіологічне здоров'я військовослужбовців, спричиняючи різні психосоматичні прояви.

Практичне значення роботи полягає в можливості використання отриманих результатів для розробки програм психологічної підтримки військовослужбовців. Зокрема, результати дослідження можуть бути враховані при створенні методик зниження бойового стресу, тренінгів стрес-менеджменту, програм психологічної реабілітації після повернення військовослужбовців із зони бойових дій.

Таким чином, проведене дослідження дозволяє зробити висновок, що ефективна робота з негативними емоційними станами у військовослужбовців є важливим чинником профілактики та зменшення психосоматичних проявів, що сприятиме покращенню їх фізичного та психологічного благополуччя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Beisel DR. The vietnam war: a beginning psychohistory. J psychohist. 1985;12(3): 371-93.
2. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. Dialogues Clin Neurosci. 2000;2(1):47-55. PMID: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22033462.
3. Semyhina T, Pavlenko I, Ovsiannikova Ye, et al. Combat and operational behavioral health. Kyiv: Nash Format AUMF; 2017:1068. URL: https://www.academia.edu/38226841.
4. Matyash MN, Khudenko LI. Social stress disorders in the structure of Ukrainian syndrome. Ukrainian Medical Journal. 2016;3:36-7. URL: https://www.umj.com.ua/article/97761/sotsialno-stresovi-rozladi-u-strukturi-ukrayinskogo-sindromu.
5. Shmarhun VM. The problem of psychosomatic in modern psychology. The Pedagogical Process: Theory and Practice. 2016;15(1):35-40. doi: 10.28925/2078-1687.2016.1.3541.
6. Грицюк І.М. Основи психосоматики: методичні матеріали для студентів спеціальності «Практична психологія». Луцьк: Вежа-Друк; 2016. 27 с.
7. Перетятько Л.Г. Співвідношення норми та здоров’я у сфері психічної діяльності. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Формування здорового способу життя студентської молоді: реалії та перспективи». Полтава: ПДПУ; 2003. С. 126-127.
8. Основи загальної і медичної психології / ред.: І. Вітенко, О. Чабан. Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. 344 с.
9. Максименко СД, Шевченко НФ. Психологічна допомога тяжким соматичним хворим. Навчальний посібник. Київ: Ніжин; 2007. 115 с.
10. Чабан ОС, Хаустова ОО. Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння, діагностики та лікування. Нова Медицина. 2004;(5):26-30.

11. Харченко Д. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. К. : Видавн. дім «Слово», 2015. 280 с.
12. Хаустова ОО. Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря. Ліки України. 2005;(9):15-18.
13. The Editors of Encyclopaedia Britannica. Psychosomatic disorder | Mental Health, Stress, & Anxiety | Britannica. *Encyclopedia Britannica*. URL: https://www.britannica.com/science/psychosomatic-disorder.
14. Яценко Т.С., Біла О.Г.. Психокорекційна сутність методу АСПН. Практична психологія та соціальна робота. 2001;(9):47-50.
15. Шиделко А. В., Жуковська В. Т. Теорії стресу у наукових дослідженнях. In: *Science and education: problems, prospects and innovations.* CPN Publishing Group; 2021:586–592. URL: https://sciconf.com.ua/wp-content/uploads/2021/03/SCIENCE-AND-EDUCATIONPROBLEMS-PROSPECTS-AND-INNOVATIONS-3-5.03.21.pdf
16. Solomon Z, et al. Is acute stress reaction a risk factor for early mortality? *Health Psychol.* 2019;38(7):606–612. doi: 10.1037/hea0000744.
17. Solomon Z, Shklar R, Mikulincer M. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study. *Am J Psychiatry.* 2005;162(12):2309–2314. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2309.
18. Cardena E, Carlson E. Acute stress disorder revisited. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011;7:245–267. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502.
19. Brewin CR, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev.* 2017;58:1–15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.
20. Davidson JR, Foa EB. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(3):346–355. doi: 10.1037/0021-843X.100.3.346.
21. Solomon Z, et al. Reactions to combat stress in Israeli veterans twenty years after the 1982 Lebanon war. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(12):935–939. doi: 10.1097/01.nmd.0000249060.48248.ba.

22. True PK, Benway MW. Treatment of stress reaction prior to combat using the "BICEPS" model. *Mil Med.* 1992;157(7):380–381. doi: 10.1093/milmed/157.7.380.
23. Benyamini Y, Solomon Z. Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health among Israeli veterans twenty years after exposure to combat. *Soc Sci Med.* 2005;61(6):1267–1277. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.01.023.
24. Flandreau EI, Toth M. Animal models of PTSD: a critical review. *Curr Top Behav Neurosci.* 2018;38:47–68. doi: 10.1007/7854_2016_65.
25. Michaelides A, Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgrad Med.* 2019;131(7):438–444. doi: 10.1080/00325481.2019.1663705.
26. Jennings EM, et al. Stress-induced hyperalgesia. *Prog Neurobiol.* 2014;121:1–18. doi: 10.1016/j.pneurobio.2014.06.003.
27. Exploring combat stress exposure effects on burn pain in a female rodent model - PMC. *National Center for Biotechnology Information*. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9724288/).
28. Психологічне супроводження військовослужбовців в діяльності за екстремальних умов. Методичні рекомендації. Військова частина А 0515, Нац. університет фізичного виховання і спорту України. Київ; 2003. 145 с.
29. Блінов О.А.. Прогнозування психогенних втрат. Зб. наукових праць КВГІ. Київ: КВГІ; 1998;(1):9-15.
30. Блінов О.А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. Київ: НАОУ; 2006. 88 с.
31. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. Вісник НАОУ. Київ: Міленіум; 2006;(2):118-124.
32. Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Харків: Вид-во НУЦЗУ; 2017. 256 с.

33. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи.* 2021;(37):128–140. DOI: https://doi.org/10.29038/2227–1376–2021–37–128–140.
34. *Prykhodko I., Matsehora Y., Kolesnichenko O. (2021). Psychological First Aid for Military Personnel in Combat Operations: The Ukrainian Model, Military Behavioral Health, 9 (3), 289–296. DOI: https://doi.org/10.1080/21635781.2020.1864530.*
35. Bustos D., Guedes J.C., Vaz M.P., Pombo E., Fernandes R.J., Costa J.T., Baptista J.S. *Non-invasive Physiological Monitoring for Physical Exertion and Fatigue Assessment in Military Personnel: A Systematic Review.* Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021;18:8815. doi: 10.3390/ijerph18168815.
36. Jensen A.E., Bernards J.R., Hamilton J.A., Markwald R.R., Kelly K.R., Biggs A.T. Don't Shoot Me: Potential Consequences of Force-on-Force Training Modulate the Human Stress Response. *J. Strength. Cond. Res.* 2022:10–1519. doi: 10.1519/JSC.0000000000004481.
37. Sánchez-Molina J., Robles-Pérez J.J., Clemente-Suárez V.J. Effect of Parachute Jump in the Psychophysiological Response of Soldiers in Urban Combat. *J. Med. Syst.* 2017;41:99. doi: 10.1007/s10916-017-0749-9.
38. Hasselquist L., Eddy M.D., Mitchell K.B., Brown S.A., McNamara J., Hancock C.L., Caruso C. *Assessing the Impact of Clothing and Individual Equipment (CIE) on Soldier Physical, Biomechanical, and Cognitive Performance Part 1: Test Methodology.* US Army Natick Soldier Research, Development and Engineering Center; Natick, MA, USA: 2018. Technical Report NATICK/TR-18/004.
39. Taverniers J., Van Ruysseveldt J., Smeets T., Von Grumbkow J. *High-Intensity Stress Elicits Robust Cortisol Increases, and Impairs Working Memory and Visuo-Spatial Declarative Memory in Special Forces Candidates: A Field Experiment.* Stress. 2010;13:324–334. doi: 10.3109/10253891003642394..
40. Наказ МОЗ Україні №121 від 23.02.2016 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої)

медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

41. Наугольник Л. Б. *Психологія стресу: підручник.* Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ; 2015.
42. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П., Литвиненко Л. І., Царенко Л. Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ "Видавництво "Логос"; 207 с..
43. Кирієнко Л. А., Кушнарьов С. В. Психологічне забезпечення працівників ОВС та військовослужбовців Національної гвардії – учасників антитерористичної операції: монографія / за ред. докт. юрид. наук, проф. В. О. Криволапчука. Київ: ДНДІ МВС України; 2015. 123 с.
44. *Повернення із зони бойових дій. Пам'ятка для сімей військовослужбовців, які повернулися з зони АТО* / За ред. Майстренко Т. М., переклад з англ. Масик О. Л. 32 с.
45. *Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати?* Довідник для широкого кола фахівців. Київ, 2023. 164 с. Друге видання, доповнене. Загальна редакція: К. Возніцина, Л. Литвиненко.
46. *Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика* / Під ред. проф. Л. М. Юр'євої. Київ: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 2017. 174 с.
47. Терещук А.Д. ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН І ПОВЕДІНКА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО ПОВЕРНУЛИСЯ ІЗ ЗОНИ АТО. https://lib.iitta.gov.ua/712659/1/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F%20%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%89%D1%83%D0%BA.pdf.
48. Сохін О. О., Ричка О. В., Булах О. Ю. *Організація медичного забезпечення збройних сил країн НАТО*. Київ, 2006. 367 с.

49. Гроссман Д., Лорен К. Бій: Психологія і фізіологія воїна в часи війни та миру / ред. О. Фешовець; пер. з англ. А. Накорчевський. Львів : Видавництво «Астролябія», 2023.
50. *Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції*: матеріали міжвідомчої науково-практичної конференції (Київ, 26 травня 2016 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. Київ: НУОУ, 2016. 400 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Діагностика стану агресії (опитувальник Басса-Дарки)

Шкали: фізична агресія, непряма агресія, дратівливість, негативізм, уразливість, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини.

Призначення тесту

Опитувальник диференціює прояви агресії і ворожості. А. Басс і А. Дарки виділили наступні види реакцій:

• Фізична агресія - використання фізичної сили проти іншої особи.

• Непряма агресія, обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована.

• Роздратування - готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість).

• Негативізм - опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів.

• Образа - заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії.

• Підозрілість - в діапазоні від недовіри і обережності стосовно людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду.

• Вербальна агресія - вираз негативних почуттів як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози).

• Почуття провини - виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що спричинює зло, а також відчуває докори сумління.

При складанні опитувальника використовувалися такі принципи:

• питання може відноситися тільки до однієї форми агресії.

• питання формулюються таким чином, щоб найбільшою мірою послабити вплив суспільного схвалення відповіді на запитання.

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає "так" чи "ні".

• 10 балів і менше - низький показник.

Обробка та інтерпретація результатів тесту

Відповіді оцінюються за шкалами наступним чином:

1. Фізична агресія:

• "так" = 1, "ні" = 0: 1, 25, 33, 48, 55, 62, 68;

• "ні" = 1, "так" = 0: 9, 17, 41.

2. Непряма агресія:

• "так" = 1, "ні" = 0: 2, 18, 34, 42, 56, 63;

• "ні" = 1, "так" = 0: 10, 26, 49.

3. Роздратування:

• "так" = 1, "ні" = 0: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72;

• "ні" = 1, "так" = 0: 11, 35, 69.

4. Негативізм:

• "так" = 1, "ні" = 0: 4, 12, 20, 23, 36;

5. Образа:

• "так" = 1, "ні" = 0: 5, 13, 21, 29, 37, 51, 58.

• "ні" = 1, "так" = 0: 44.

6. Підозрілість:

• "так" = 1, "ні" = 0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59;

• "ні" = 1, "так" = 0: 65, 70.

7. Вербальна агресія:

• "так" = 1, "ні" = 0: 7, 15, 28, 31, 46, 53, 60, 71, 73;

• "ні" = 1, "так" = 0: 39, 66, 74, 75.

8. Почуття провини:

• "так" = 1, "ні" = 0: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67

Індекс ворожості включає в себе 5 і 6 шкалу, а індекс агресивності (як прямої, так і мотиваційної) включає в себе шкали 1, 3, 7.

Ворожість = Образа + Підозрілість;

Агресивність = Фізична агресія + Роздратування + Вербальна агресія.

Інтерпретація результатів тесту

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4, а ворожості - 6-7 ± 3.

Тест Басса-Дарки

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає "так" чи "ні".

1. Часом я не можу впоратися з бажанням завдати шкоди іншим

2. Іноді пліткую про людей, яких не люблю

3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь

4. Якщо мене не попросять по-хорошому, я не виконаю

5. Я не завжди отримую те, що мені належить

6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною

7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчути

8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував болючі докори совісті

9. Мені здається, що я не здатний ударити людину

10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами

11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків

12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його

13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами

14. Я тримаюся насторожено з людьми, які ставляться до мене трохи більш дружньо, ніж я очікував

15. Я часто буваю незгодний з людьми

16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся

17. Якщо хто-небудь першим ударив мене, я не відповім йому

18. Коли я дратуюся, я ляскаю дверима

19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається

20. Якщо хтось уявляє себе начальником, я завжди роблю йому наперекір

21. Мене трохи засмучує моя доля

22. Я думаю, що багато людей не люблять мене

23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною

24. Люди, які ухиляються від роботи, повинні відчувати почуття провини

25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку

26. Я не здатний на грубі жарти

27. Мене охоплює лють, коли наді мною глузують

28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися

29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не подобається

30. Досить багато людей заздрять мені

31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене

32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків

33. Люди, які постійно знущаються з вас, варті того, щоб їх "клацнули по носі"

34. Я ніколи не буваю похмурий від злості

35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь

36. Якщо хтось виводить мене з себе, я не звертаю уваги

37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість

38. Іноді мені здається, що наді мною сміються

39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильних" виразів

40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були пробачені

41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хто-небудь ударить мене

42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюся

43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю

44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів

45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти чужинцям "

46. Якщо хтось дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю

47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую

48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити когось

49. З дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву

50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути

51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати

52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що-небудь приємне для мене

53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь

54. Невдачі засмучують мене

55. Я б'юся не рідше і не частіше ніж інші

56. Я можу пригадати випадок, коли я був настільки злий, що хапав перший-ліпший предмет і ламав його

57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку

58. Іноді я відчуваю, що життя чинить зі мною несправедливо

59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю

60. Я лаюся тільки зі злості

61. Коли я поступаю неправильно, мене мучить совість

62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її

63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу

64. Я буваю грубуватий стосовно людей, які мені не подобаються

65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити

66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона на те заслугову

67. Я часто думаю, що жив неправильно

68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки

69. Я не засмучуюсь через дрібниці

70. Мені рідко приходить до голови, що люди намагаються розлютити або образити мене

71. Я часто тільки погрожую людям, хоча і не збираюся приводити погрози у виконання

72. Останнім часом я став занудою

73. У суперечці я часто підвищую голос

74. Я намагаюся зазвичай приховувати своє погане ставлення до людей

75. Я краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися

Додаток Б

Шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна - State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Опитувальник реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна є надійним та інформативним інструментом самооцінки рівня тривожності в конкретний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини).

Шкала Спілбергера-Ханіна складається з 40 питань, у тому числі з 20 питань, які характеризують реактивну тривожність (опитувальник А) і ще 20 питань, які характеризують особистісну тривогу (опитувальник Б).

Пацієнту пропонується відповісти на питання, вказавши, як він себе відчуває в цей момент (реактивна тривожність, 1-20 питання) і як він себе почуває зазвичай (особистісна тривожність, 21-40 питання). На кожне питання можливі 4 варіанти відповіді за ступенем інтенсивності реактивної тривожності і за частотою вираженої особистісної тривожності.

Бланк опитувальника Спілбергера-Ханіна

Опитувальник А.

Твердження	Зовсім ні	Мабуть, так	Так	Абсо-лютно так
1. Я спокійний	1	2	3	4
2. Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3. Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
4. Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5. Я відчуваю себе спокійно	1	2	3	4
6. Я засмучений	1	2	3	4
7. Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8. Я відчуваю, що відпочив	1	2	3	4
9. Я стривожений	1	2	3	4
10. Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11. Я впевнений в собі	1	2	з	4
12. Я нервую	1	2	з	4
13. Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14. Я збуджений	1	2	3	4
15. Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Я стурбований	1	2	3	4
18. Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19. Мені радісно	1	2	3	4
20. Мені приємно	1	2	3	4

Опитувальник Б.

Твердження	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1. Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2. Я зазвичай втомлююся	1	2	3	4
3. Я легко можу заплакати	1	2	3	4
4. Я хотів би бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
5. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6. Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
7. Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
8. Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
9. Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10. Я цілком щасливий	1	2	3	4
11. Я занадто усім переймаюся	1	2	3	4
12. Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13. Зазвичай я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15. У мене буває хандра	1	2	3	4
16. Я задоволений	1	2	3	4
17. Будь-які дрібниці відволікають і хвилю- ють мене	1	2	3	4
18. Я занадто переживаю свої розчаруван-ня, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
19. Я врівноважена людина	1	2	3	4
20. Мене охоплює сильне хвилювання, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів.

При відповідях на питання «1» означає відсутність або легкий ступінь тривожності, а позначка «4» означає високу тривожність. При обробці результатів бальні оцінки в «зворотних» питаннях мають зворотну спрямованість.

Рівень реактивної тривожності обчислюється за формулою: Тр = ЕРП - Ерo + 50, де: Тр - показник реактивної тривожності; ЕРП – сума балів за прямими питаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18); Ерo – сума балів по зворотними питаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19,20). Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовується формула: Тл = ЕЛП - Ело + 35, де: Тл - показник особистісної тривожності; ЕЛП – сума балів за прямими питаннями (22, 23, 24, 25, 28,29,31,32,34,35,37,38,40);

Ело - сума балів за зворотними питанями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39). Показник, що не досягає 30 балів, свідчить про низьку тривожність, від 31 до 45 балів - про помірну, понад 45 балів - про високу.

Додаток В

Гіссенський опитувальник соматичних скарг

Гіссенський опитувальник соматичних скарг виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я, яка високо корелює з маскованою депресією. Для правильної інтерпретації необхідно з'ясувати, чи немає у обстежуваного встановлених соматичних захворювань з підтвердженими діагнозами.

Опитувальник має 5 шкал:

В: Виснаження.

Ш: Шлункові скарги.

Р: Ревматичний чинник.

С: Серцеві скарги.

Загальний бал.

Бланк опитувальника

Інструкція: Поставте після кожного пункту опитувальника цифру, що відповідає вашому звичайному стану:

0 — не турбує ніколи;

1 — турбує дуже рідко;

2 — часом турбує;

3 — часто турбує;

4 — турбує майже постійно.

Чи турбують вас:

В	Ш
Відчуття слабкості	Болі в суглобах і кінцівках
Підвищена сонливість	Болі в поясниці або спині
Швидка виснажуваність	Болі в шиї, потилиці
Втома	або плечових суглобах
Відчуття оглушеності	Головні болі
Млявість	Відчуття важкості
	або втоми в ногах
	Відчуття тиску в голові
Р	С
Відчуття переповнення в шлунку	Серцебиття, перебої в серці
Блювота	Запаморочення
Нудота	Відчуття грудки в горлі
Відрижка	Важкість в грудях
Печія	Напади задухи
Болі в шлунку	Серцеві напади

Оцінка результатів

В: Виснаження. Характеризує суб'єктивне уявлення людини про наявність/втрату життєвої енергії і потребу в допомозі. Корелює з депресивним станом, алекситимією.

Ш: Шлункові скарги. Шкала відображає вираженість психосоматичних шлункових нездужань (епігастральний синдром).

Р: Ревматичний чинник. Шкала виражає суб'єктивні страждання людини, що носять алгічний або спастичний характер.

С: Серцеві скарги. Зазвичай, у здорових обстежуваних серцеві скарги найбільш необґрунтовані. Високий бал за шкалою свідчить про приписування собі неіснуючих симптомів з метою привернути увагу або звернутися по допомогу.

Загальний бал: Загальний бал показує інтенсивність соматичних скарг. Добре корелює з депресією, алекситимією, особистісною тривожністю.

Нормативів для окремих шкал не передбачено. Оцінюється загальний бал виходячи з того, що при максимально можливій сумі в 100 балів серед здорових людей 50% має менше 14 балів, 75% — менше 20, 100% — менше 40 балів.

Додаток Г

Шкала соматичних симптомів

Somatic Symptom Scale — 8 (SSS-8)

Опитувальник SSS-8 — є скороченою версією часто використовуваного та добре відомого і перевіреного PHQ-15 опитувальника (анкети) здоров'я пацієнта. Пункти з PHQ-15, які були включені до SSS-8, відібрані за трьома критеріями:

1. Поширеність симптомів в умовах первинної медичної допомоги.
2. Зв'язок з показниками функціонування організму та здоров'я.
3. Спільність із іншими пунктами, включеними до шкали.

Шкала соматичних симптомів (SSS-8) — складається з 8 запитань, кожне з яких оцінюється у межах від 0 до 4 балів, де «Зовсім не турбувало» — це 0, а «Дуже» — 4 бали. Загальна сума балів варіює від 0 до 32 балів. Відповідно до кількості балів існує п'ять ступенів інтенсивності прояву симптомів: мінімальний, низький, середній, високий, дуже високий. Пацієнт має заповнювати варіант опитувальника, де не вказана кількість балів, яку він отримує за кожен варіант відповіді.

Опитувальник соматичних симптомів SSS-8:

Як часто протягом останніх 7 днів Вас турбувало наступне:	**Зовсім не турбувало**	**Трохи**	**Дещо**	**Достатньо**	**Дуже**
Кількість балів	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Біль у ділянці шлунка або кишківника?					
Біль у спині?					
Біль у руках, ногах чи суглобах?					
Головний біль?					
Грудний біль чи задишка?					
Запаморочення?					
Відчуття втомленості чи нестачі «енергії»?					
Порушення сну?					

Інтерпретація результатів

Результат	**Ступінь інтенсивності прояву**
0-3	Мінімальний
4-7	Низький
8-11	Середній
12-15	Високий
16-32	Дуже високий