

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ДОРОЖКІНА ЮЛІЯ ДМИТРІВНА

Допускається до захисту:
Завідувач кафедри психології
д.економ.наук, к.псих.наук, професор
_____ В.А.Оверчук
“ ____ ” _____ 2024 р.

**ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ
ОСОБИСТОСТІ ЗРІЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

Спеціальність 053 Психологія

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник
Шель Н.В.,
к. псих.наук, доцент,
доцент кафедри психології

Оцінка: ____ / ____ / ____

Голова ЕК: _____

Вінниця 2024

АНОТАЦІЯ

Дорожкіна Ю.Д. Психологічна робота з емоційними розладами особистості зрілого віку в умовах воєнного стану. Спеціальність 053 “Психологія”, Освітня програма “Реабілітаційна психологія”, Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2024.

У кваліфікаційній роботі проведено теоретичний аналіз проблеми емоційних розладів в науковій літературі, зокрема понять “емоції” та “емоційний розлад”, проаналізовано основні теорії сутності емоцій, сформульоване визначення емоцій. Також виокремлено основні ознаки емоційного стану як категорії психології. Визначено, що емоційний розлад як психічно-емоційний стан, за якого спостерігається порушення нормальних емоційних реакцій, та який характеризується інтенсивністю, стійкістю та тривалістю симптомів, обмежуючим впливом на повсякденне життя та перешкоджанням нормальному функціонуванню особи, викликаний станом афекту або певною травматичною подією та пов'язаним із нею стресом.

Розглянуто такі емоційні розлади як афективні розлади (зокрема, розлади настрою) та розлади, пов'язані зі стресом (зокрема, гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, генералізований тривожний розлад).

Емпірично досліджено емоційні розлади в осіб зрілого віку в умовах війни.

За результатами дослідження розроблено психокорекційну програму емоційних розладів осіб зрілого віку в умовах війни та запропоновано рекомендації для цієї категорії осіб.

Ключові слова: емоції, емоційні стани, емоційний розлад, афективний розлад, розлад настрою, гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, тривожний розлад, тривожно-депресивний розлад, розлад адаптації, психокорекція.

Dorozhkina Y. Psychological Work with Emotional Disorders in Mature Individuals During the Martial Law. Specialty 053 "Psychology", Program "Rehabilitation Psychology", Vasyl` Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2024.

The research carried out a theoretical analysis of the problem of emotional disorders in the scientific literature, in particular the concepts of "emotions" and "emotional disorder", analyzed the main theories of the essence of emotions, formulated a definition of emotions. The main signs of the emotional state as a category of psychology are also highlighted. It has been proven that an emotional disorder is a mental-emotional state in which there is a violation of normal emotional reactions, and which is characterized by the intensity, stability and duration of symptoms, a limiting effect on everyday life and an obstacle to the normal functioning of a person, caused by a state of affect or a certain traumatic event and the stress associated with it.

Such emotional disorders as affective disorders (in particular, mood disorders) and stress-related disorders (in particular, acute stress reaction, post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder) are considered.

Emotional disorders in adults in war conditions were empirically investigated.

Based on the results of the research, a psychocorrective program for emotional disorders of adults in war conditions was developed and recommendations for this category of persons were proposed.

Key words: emotions, emotional states, emotional disorder, affective disorder, mood disorder, acute reaction to stress, post-traumatic stress disorder, anxiety disorder, anxiety-depressive disorder, adaptation disorder, psychocorrection.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП..... | 5 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ | 10 |
| 1.1. Поняття емоцій та емоційного розладу у вітчизняній та зарубіжній психології..... | 10 |
| 1.2. Основні види емоційних розладів у осіб зрілого віку у зв'язку з військовими діями в Україні..... | 30 |
| Висновки до розділу 1..... | 47 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ ЗРІЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ..... | 49 |
| 1.1. Опис та етапи дослідження емоційних розладів у осіб зрілого віку в умовах воєнного стану..... | 49 |
| 2.2. Дослідження емоційних розладів у осіб зрілого віку в умовах воєнного стану..... | 51 |
| Висновки до розділу 2..... | 57 |
| Розділ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ДЛЯ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ДІАГНОСТОВАНИМИ ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ..... | 59 |
| 3.1. Психокорекційна програма для емоційних розладів у осіб зрілого віку в умовах воєнного стану | 59 |
| 3.2. Оцінка ефективності психокорекційної програми для осіб зрілого віку з діагностованими емоційними розладами..... | 68 |
| Висновки до розділу 3..... | 71 |
| ВИСНОВКИ..... | 73 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ..... | 76 |
| ДОДАТКИ..... | 84 |

ВСТУП

Актуальність. Повномасштабне військове вторгнення Російської Федерації на територію України стало не тільки історичною трагедією та символом 2022 року, а й абсолютно усвідомленою і інтегрованою частиною життя українців. У зв'язку з цим, актуальною є тема вивчення впливу війни як стресового фактору на психіку людини та її несприятливих наслідків. Перебування особистості в умовах безпосередньої близькості до війських дій призводить до розвитку емоційних та психогенних розладів, що обумовлює необхідність розроблення наукових засад не тільки їх діагностики, а відповідної реабілітації та повернення до мирного життя. Важливим аспектом вирішення цієї проблеми є всебічне та глибинне вивчення стану цих осіб, що дасть змогу оптимізувати вибір відповідних реабілітаційно-лікувальних заходів.

Теоретико-методологічні аспекти проблеми емоційного розвитку особистості представлені у низці вітчизняних і зарубіжних досліджень з позиції когнітивної теорії (О. Тихоміров, Н. Чомські, А. Bandura, J. Bruner, С. Hull, G. Kelly, Н. Longuet-Higgins, G. Miller, W. McCulloch, J. Piaget, B. Skinner та ін.) в аспекті діяльнісно-поведінкового підходу (О. Асмолов, Д. Ельконін, О. Конопкін, Д. Леонтьєв, О. Леонтьєв, О. Осницький, В. Петровський, С. Рубінштейн, П. Симонов, С. Смирнов та ін.); з точки зору психології особистості (Л. Виготський, П. Гуревич, Г. Костюк, О. Леонтьєв, Б. Ломов, С. Рубінштейн, А. Adler, А. Bandura, А. Adler, А. Bandura, E. Erikson, W. James, С. Jung, G. Kelly, A. Langle, E. Fomm та ін.); на тлі психофізіології (П. Анохін, І. Бериташвілі, О. Лурія, І. Павлов, І. Сеченов, Б. Теплов, Є. Хомська та ін.) У зарубіжних джерелах становлення емоційного розвитку особистості досліджували в межах психології особистості, когнітивної психології, теорії емоцій (П. Симонов, Ph. Bard, С. Izard, W. Cannon, D.C. McClelland, G. Muller, Н. Helmholtz, Н. Heckhausen, E. Tolman, W. James та ін.).

Провідні психологи (О. Кононко, В. Котирло, А. Кошелєва, Л. Стрілкова, Т. Хризман та ін.) висловлюють думку про багатоманітність функцій емоційних процесів: спонукальну, оцінну, смислоутворювальну, підкріплюючу, орієнтувальну, регуляційну тощо. Попри різні погляди на означену проблему, дослідники одностайні в тому, що емоційний стан людини являє собою широкий спектр емоцій, почуттів та проявів, які з ними пов'язанні, і є основою психічної сфери особистості, що впливає на її діяльність та поведінку.

Втім, наукові дослідження феномена емоційного стану зосереджені в основному на розгляді сутності емоцій, їх специфіки та розуміння. Розроблення у психологічній науці системи емоційних розладів особистостей зрілого віку в умовах воєнного стану, розкриття сутності та видів таких розладів до цього часу не набули достатнього обґрунтування. Це зумовлене тим, що з одного боку, дослідження таких емоційних явищ у людей зрілого віку стало можливим лише в конкретних історичних умовах сьогодення, враховуючи те, що військові дії тривають безпосередньо на території нашої країни; з іншого – складністю експериментального (об'єктивного) та діагностичного вивчення, адже поки триває сам стресоутворюючий фактор як безперервне явище важко змодельовати та утримувати одне й те саме переживання упродовж тривалого часу.

Водночас, сучасний етап теоретичної розробки проблеми емоцій, емоційних станів та їх розладів характеризується термінологічним різноманіттям і тому потребує узагальнення та систематизації в цьому напрямку з урахування специфіки природи та тривалості стресоутворюючого фактору (військових дій).

Саме тому вивчення проблеми діагностування різних емоційних розладів осіб, що знаходяться в безпосередній близькості до бойових дій, та пошуку шляхів розробки системи профілактичних і психотерапевтичних

заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я та життєздатності особи, є наразі актуальним.

Мета дослідження полягає у теоретичному вивченні та емпіричному дослідженні емоційних розладів для осіб зрілого віку в умовах війни.

Відповідно до мети визначено наступні **завдання** дослідження:

1. Теоретичний аналіз проблеми емоційних розладів в науковій літературі.
2. Теоретично обґрунтувати співвідношення понять “емоційний стан” та “емоційний розлад”, виокремити характеристики емоційного стану як категорії психології.
3. Емпірично дослідити емоційні розлади у осіб зрілого віку в умовах умов воєнного стану.
5. Розробити і апробувати психокорекційної програми для осіб зрілого віку емоційними розладами під час війни, спрямованої на відновлення психічного здоров'я та життєздатності таких осіб.

Об'єкт дослідження – емоційні розлади особистості.

Предметом дослідження є психологічна робота з емоційними розладами особистості зрілого віку в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що цілеспрямована психокорекційна робота з емоційними розладами у осіб зрілого віку в умовах воєнного стану сприятиме їх подоланню та відновленню психологічного благополуччя у цієї категорії осіб.

Наукова новизна: в роботі проведено комплексний аналіз теорії походження емоцій в контексті питань психологічної допомоги особам зрілого віку з емоційними розладами в умовах воєнного стану. Уточнено термінологію і зміст поняття “емоції”, “емоційний розлад”.

На основі емпіричного дослідження процесу впливу на когнітивні та емоційні компоненти психічного стану осіб зрілого віку запропоновано розроблено психокорекційну програму для осіб зрілого віку з

діагностованими емоційними розладами, спрямованої на відновлення психічного здоров'я та життєздатності таких осіб.

Практична значущість полягає у тому, що результати можуть бути використані в клінічній практиці для створення психокорекційних програм в процесі психологічної реабілітації осіб зрілого віку з емоційними розладами. Розроблені рекомендації дозволяють набути пацієнтом знань і навичок, необхідних не лише для тимчасового покращення стану, а й таких, що можуть слугувати фундаментом для подальшого відновлення та зробити досягнуті результати стійкими в часі.

Методи дослідження. Мета й завдання зумовили необхідність використання таких методів дослідження:

теоретичні - опис та класифікації – при аналізі та узагальненні наявних наукових даних, пов'язаних із проблемою дослідження; системний аналіз – при вивченні та установленні структурних зв'язків між елементами досліджуваної теми (зокрема, понять "емоційний стан" та "емоційний розлад"; "емоційний розлад" та "стрес"); психологічне моделювання – при створенні програми психокорекції;

емпіричні – спостереження – для виявлення особливостей поведінки досліджуваних під час тестування; анкетування – для отримання додаткової індивідуальної інформації про досліджуваних; психодіагностичні методи – для дослідження та оцінки індивідуально-психологічних особливостей респондентів; метод експертного оцінювання – для прогнозування ймовірного напрямку динаміки стану досліджуваних;

методи обробки даних – з метою кількісного та якісного аналізу результатів емпіричного дослідження з використанням методу математичної статистики.

Вибірка. Усіх учасників (50 осіб) було випадковим чином поділено на дві групи – групу дослідження та групу порівняння (співвідношення розподілу ~1:1) (по 25 осіб відповідно). Поділ шляхом простої рандомізації відбувався

через призначення випадкового номеру (0 – група порівняння, 1 – група дослідження) кожному учаснику за допомогою програми рандомізатора. Учасники групи дослідження проходили стандартну стаціонарну медико-психологічну реабілітацію згідно протоколів і гайдлайнів і додатково залучалися до розробленої програми психокорекції. Учасники групи порівняння проходили стандартну стаціонарну медико-психологічну реабілітацію. Стандартна медико-психологічна реабілітація включала в себе клінічне та нейропсихологічне обстеження, фармакотерапію, соціальну роботу, фізичну терапію, психоедукацію та психологічне консультування залежно від індивідуальних потреб та можливостей учасників.

Важливим є принцип репрезентативності вибірки, щоб результати дослідження були максимально достовірними та можна було їх узагальнити на більш широкую популяцію. Для цього вибірка повинна бути достатньо великою та має включати різні групи населення, що мають схожі емоційні стани.

Апробація: здійснено шляхом публікації основних положень магістерської роботи у вигляді друкованих тез у матеріалах I Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми сучасної психології у вимірах війни і миру: досвід, нові концепції та перспективи» (Вінниця, 18-19 травня 2023 р.) та матеріалах у III Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності» (Вінниця, 16-17 листопада 2023 року).

Структура роботи. Кваліфікаційна (магістерська) робота складається з вступу, трьох розділів та підрозділів до них, висновків, списку використаних джерел (що налічує 60 найменувань). Містить 7 додатків. Загальний обсяг роботи 82 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1 Поняття емоцій та емоційного розладу у вітчизняній та зарубіжній психології

Протягом життя людина не лише пізнає світ через відчуття і сприймання, але й здатна виражати своє ставлення до предметів і явищ, з якими стикається. Зовнішній та внутрішній вираз такого ставлення до навколишнього світу є можливим насамперед завдяки емоційним процесам, які роблять світ психічних явищ більш насиченим, різноманітним і своєрідним. Іншими словами, саме емоції виступають тим механізмом імпульсивної регуляції поведінки, який заснований на відображенні значущості зовнішніх впливів, їх сприятливості або шкідливості для життєдіяльності людини. Емоції виникають у відповідь на впливи навколишнього середовища, що відповідають або не відповідають потребам суб'єкта. У разі незадоволення потреб виникають негативні емоції, і навпаки, задоволення тієї чи іншої потреби виражається через переживання позитивних емоційних станів.

Питання емоцій вивчали такі науковці як Ч. Дарвін, С. Рубінштейн, Г. Костюк, У. Джеймс, А. Петровський, К. Ленге, П. Анохін, З. Фрейд, П. Симонов, Б. Базима та інші. Розроблення окремих експериментальних досліджень емоцій здійснене у працях Р. Вудворса, К. Ізарда, Є. Ільїна, Д. Ліндслі, П. Фресса, П.М. Якобсона. Дані наукові дослідження зосереджені в основному на розгляді сутності емоцій, їх походження, специфіки та розуміння в контексті співвідношення з суміжними поняттями.

Згідно з уявленнями Л. С. Виготського, В. К. Вілюнас, Г. М. Бреслава, К. Ізард, А. М. Леонтьєва та інших авторів, емоції та почуття, виступаючи в якості регуляторів дії, виконують головну пристосувальну функцію, організовуючи взаємодію суб'єкта з зовнішнім світом, забезпечуючи функціональні форми його життєдіяльності [1, с. 89].

У психологічній науці співвідношення таких дефініцій як «емоції», «почуття», «емоційні переживання», «емоційні стани» характеризується значним різномаяттям (Б. Ананьев, В. Вундт, Ж. Піаже, П. Якобсон). Чітке відмежування емоцій від суміжних понять здійснено у працях П. Анохіна, В. Вілюнаса, К. Ізард, П. Екмана, О. Леонтьєва, П. Сімонова та ін. Зокрема, вищевказані вчені пропонують розуміти емоції як:

- 1) властивості людини, у яких виявляється позитивне а бо негативне ставлення індивіда до певних об'єктів, сфер діяльності, до інших людей, до самого себе [2, с. 263];
- 2) реакції на зовнішні та внутрішні подразники, які викриваються у вигляді задоволення, незадоволення, страху, радості, гніву тощо;
- 3) специфічну групу психічних станів, які відображають ставлення людини до соціуму, до самої себе та до результатів своєї діяльності;
- 4) зовнішні прояви, які реалізуються у ситуативних переживаннях особистості [3, с. 86].

В теорії психології існує значна кілька теорій, які пояснюють причини виникнення емоцій. Так в книзі «Вираження емоцій у людини і тварин» (1972) Чарльз Дарвін розкрив еволюційний шлях їх розвитку. Порівнюючи емоційні прояви у людей та тварин, автор зробив висновок про те, що виразні рухи людини, пов'язані з емоціями, є значущими для еволюції і являють собою рудименти (залишки) раніше доцільних реакцій, вироблених в ході природної боротьби за існування [4, с. 87].

Американський психолог У. Джемс і датський анатом К. Г. Ланге висунули периферичну теорію, засновану на парадоксальній ідеї про те, що емоції є результатом фізіологічних змін в різних системах організму людини. Вони стверджували, що людина сміється не тому, що їй смішно, а їй смішно тому, що вона сміється. Сенс цього твердження полягає в тому, що довільна зміна міміки і положення тіла призводить до мимовільної появи відповідної

емоції, тобто, наприклад, зображення гніву призводить до того, що людина починає дійсно переживати та відчувати це почуття.

І хоча наявність умовно-рефлекторного зв'язку між зовнішнім і внутрішнім проявом емоцій і їх переживанням є очевидною, проте зміст емоцій не слід зводити тільки до фізіологічних змін в організмі. Доказом цьому можуть слугувати експерименти, в яких були заблоковані всі фізіологічні прояви, але суб'єктивні переживання все одно зберігалися. Фізіологічні зміни відбуваються при багатьох емоціях як вторинна пристосувальна реакція. Наприклад, у випадку мобілізації резервних можливостей організму при зіткненні з небезпекою і породжуванні нею страху [5, с. 138].

Ще одна теорія, яка розглядає емоції в площині фізіологічних проявів зайшла відображення в дименсійному підході, в основі якого знаходяться наукові переконання Г. Спенсера, Е. Даффі, Д. Ліндслі та ін. Вчені трактують емоції як нервові імпульси, фактично виключаючи їх із сфери психологічного людини. Так, Г. Спенсер наголошує на біологічному походженні емоцій людини від афективних та інстинктивних реакцій. В працях Е. Даффі термін «емоція» тлумачиться як деякі специфічні форми поведінки, які не піддаються поясненню, тому автор вважає, що емоційні стани не потрібно враховувати в дослідженнях [3, с. 88].

На противагу поглядам вищезазначених вчених, Д.Ліндслі й Д. Хебб розкривають емоційні стани як активаційні. Згідно з думкою авторів, емоційні стани визначаються впливом ретикулярної формації нижньої частини стовбура головного мозку, так званого «комплексу активації». При порушенні ретикулярної формації виникає фізіологічне вираження емоцій, що знаходять зовнішнє відображення в поведінці людини.

Наступна група теорій пов'язує психологічний та фізіологічний аспекти процесу виникнення емоцій. Так, в таламічній теорії Кенона-Барда роль центрального регулятора емоційних переживань відводиться таламусу. Адже,

при сприйнятті подій, що викликають емоції, нервові імпульси спочатку надходять у таламус. Далі вже у таламусі відбувається їхній поділ: одна частина надходить у кору великих півкуль, де виникає суб'єктивне переживання емоції, а друга – у гіпоталамус, який, в свою чергу, відповідає за вегетативні зміни в організмі. Таким чином, у цій теорії об'єктивне переживання емоцій виділене як самостійна ланка і пов'язане з діяльністю кори великих півкуль головного мозку [6, с. 62-63].

У психоаналітичній психології З. Фрейда розуміння природи емоцій розкривається через механізм афекту: спочатку відбувається «заряд афекту» (як енергетичний компонент інстинктивного потягу), далі – процес «розрядки» (почуттєві компоненти цього процесу являють собою вираження емоції), і завершальний етап – сприйняття остаточної «розрядки» (саме воно являє собою відчуття чи переживання емоції) [7, с. 806].

Наступна група теорій виникнення емоцій ґрунтується на елементах соціалізації особистості. Так, П. К. Анохін розглядав емоції як продукт еволюції, тобто як пристосувальний фактор в житті тваринного світу. Ключова роль емоцій зводиться до закріплення і стабілізації раціональної поведінки як людей, так і тварин. Позитивні емоції, які виникають у разі досягнення мети, запам'ятовуються, і надалі при відповідній ситуації можуть вилучатись з пам'яті з метою отримання такого ж корисного результату. Негативні емоції ж, навпаки, застерігають від повторного здійснення помилок [8].

Однією з найбільш розроблених на даний час є теорія емоцій П.В. Симонова, яка отримала назву потребнісно-інформаційної. На думку науковця емоції визначаються актуальною потребою і оцінкою можливості її задоволення. Іншими словами, емоції з'являються внаслідок нестачі чи навпаки надлишку інформації, необхідної для задоволення потреби. Ступінь емоційної напруги визначається силою потреби і величиною дефіциту відомостей, необхідних для досягнення мети. У звичайній ситуації людина орієнтує свою поведінку на сигнали високої ймовірності подій (тобто на те, що

в минулому відбувалося частіше). Завдяки цьому її поведінка в більшості випадків буває адекватною і приводить до досягнення мети. В умовах повної визначеності мета може бути досягнута і без допомоги емоцій; тобто людина може і не зазнати радості, якщо досягнення мети не викликало сумнівів. Разом з тим у ситуаціях браку інформації, коли людина не має точних відомостей для того, щоб організувати свою поведінку із задоволення потреби, необхідна інша тактика реагування на сигнали. Негативні емоції, на думку автора, виникають саме у разі нестачі відомостей, необхідних для досягнення мети, що в житті буває найчастіше. Наприклад, емоція страху виникає у разі нестачі відомостей, необхідних для захисту [7, с. 808].

Теорія емоцій П. В. Симонова дає зрозуміти функціональне призначення емоцій, а також механізми їх формування, в яких беруть участь мотиваційні (гіпоталамус, мигдалина) і інформаційні (фронтальна кора великих півкуль, гіпокамп, а також скроневі області кори) структури мозку. Емоції виконують по П. В. Симонову підкріплюючу і перемикаючу, компенсаторно - замісну і комунікативну функції.

Підкріплююча функція полягає в підкріпленні умовних рефлексів - негативні емоції підкріплюють рефлекс уникнення, а позитивні емоції закріплюють позитивний рефлекс. Ключовою структурою, яка забезпечує підкріплювальну функцію емоцій є структури гіпоталамуса, його емоційно позитивні (зони задоволення) і негативні зони (стоп-зони). При порушенні відповідних зон гіпоталамуса, від них сигнали йдуть в кору великих півкуль, в тому числі в рухову кору і сенсорну. Вплив гіпоталамуса на нову кору носить асиметричний характер. При негативних емоціях (голод, спрага) активуються ділянки кори лівої півкулі, а при позитивних емоціях - кора правої півкулі. П. В. Симонов вважає гіпоталамус ключовою структурою реалізації можливого емоційного стану: наближення або уникнення.

Перемикаюча функція емоцій дає можливість обрати таку тактику поведінки, за якої ймовірність зустрічі зі стимулом, що викликає негативну

емоцію буде мінімальна. Перемикаюча функція реалізується мигдалиною, яка через хвостате ядро (стріатум) впливає на моторну кору.

Компенсаторно-захисна функція емоцій за низької ймовірності задоволення потреби, активує діяльність внутрішніх органів, підвищує потенційні можливості для задоволення потреби. Відбувається надмірна мобілізація енергетичних ресурсів, яка страхує організм від можливої невдачі.

І нарешті, комунікативна функція емоцій полягає в невербальному способі міжособистісного спілкування. Вважають, що 90% емоційного спілкування відбувається на немовному рівні, що здійснюється правою скроневою областю, амігдаліарним комплексом, а також фронтальною областю кори головного мозку [9, с. 15-17].

В контексті дослідження також важливою, на нашу думку, є теорія когнітивного дисонансу Л. Фестінгера. Сутність його підходу полягає в тому, що негативні емоції виникають тоді, коли існує розбіжність між очікуваними і дійсними результатами діяльності людини (когнітивний дисонанс). В той же час, якщо очікування і результат збігаються (когнітивний консонанс), це, відповідно, призводить до появи позитивних емоцій. В цій теорії емоції розглядаються як основні мотиви відповідної поведінки людини, виникнення яких спричиняє дисонанс чи консонанс. Втім, існують дослідження, в котрих доведено, що в деяких випадках і дисонанс може викликати позитивні емоції. Наприклад, як зазначає Д. Хант, для виникнення позитивних емоцій необхідним є певний ступінь розбіжності між установками й сигналами, тобто важливою є присутність помірної новизни, незвичайності, невідповідності, бо якщо сигнал не відрізняється від відомих, то його людина оцінює як нецікавий, або ж відрізняється занадто сильно – сигнал здається небезпечним, неприємним тощо. Тобто, *когнітивна та емоційна сфери взаємопов'язані одна з одною, що призводить до досягнення кінцевої мети діяльності особистості – задоволення потреб* [10, с. 22].

Узагальнюючи когнітивно-фізіологічні та пізнавальні теорії вчених, що розкривають емоції, К. Ізард відносить їх до теорії «Я», в якій пізнання визначається як причина та компонент емоцій. Для усіх теорій «Я» центральним поняттям є образ «Я» – інтегрований феномен, який визначає сприйняття та пізнання індивідом самого себе (К. Роджерс). Взаємозв'язок пізнання з образом «Я» безпосередньо впливає на виникнення емоцій та почуттів. Людина відчуває страх, коли її «Я» в небезпеці, і навпаки, – задоволення образу «Я» викликає радість [3, с. 88].

Чимало науковців у своїх дослідженнях надають значущість при виникненні емоцій комунікативній сфері, в якій виокремлюють емоційний компонент (Б. Ананьєв, А. Бодальов, Я. Коломинський, Б. Ломов, В. Мясіщев та ін.). Так, наприклад, у роботах В. Мясіщева до складових комунікації вміщено такі компоненти як поведінковий компонент, соціальне відображення та емоційне відношення; А. Бодальов виділяє праксичний, гностичний та афективний компоненти; Б. Ломов пропонує вирізнити регулятивний, інформаційний та афективний компоненти; Я. Коломинський основними вважає поведінковий, когнітивний та афективний тощо. Як стверджує Б. Ананьєв, саме в процесі взаємодії комунікативної та емоційної сфер відбувається активне пізнання дійсності та формування у суб'єкта емоційного ставлення до цієї дійсності, а також до інших людей і до самого себе [11, с. 172].

І, нарешті, в аспекті системного підходу вчені поділяють емоції за такими складовими як: переживання (Ф. Василюк, Г. Костюк, В. Лебединський, С. Рубінштейн, Г. Шингаров), відношення (ставлення) (В. Афанасьєв, В. Мясіщев, П. Якобсон, Г. Щукіна) та відображення (В. Вілюнас, Л. Веккер, А. Сластьонін, Г. Фортунатов) [12]. У цьому контексті переживання розглядається як психофізіологічний стан, у якому виявляється зацікавлене ставлення людини до когось/чогось. Переживання є узагальненим поняттям, введеним для позначення безпосереднього психічного досвіду особистості,

яке супроводжує всі види діяльності та спілкування. На думку Ф. Василюка, переживання це не лише емоційно-забарвлений стан або явище дійсності, яке безпосередньо відбито в свідомості людини, а й стан, який відображає події її власного життя. Конкретизуючи ці положення Г. Костюк доходить висновку, що особливості прояву емоційних переживань зумовлюються рівнем розвитку особистості, а також її віковими особливостями [13].

Такий елемент як відношення (ставлення) особистості інтерпретується авторами як активний, інтегральний, свідомий та заснований на досвіді зв'язок особистості з різними сторонами дійсності (В. Мясіщев) [14].

В свою чергу відображення є властивістю будь-якої матерії, що полягає в здатності матеріального об'єкту реагувати на дію, впливи. На основі взаємодії з відображенням предметів довкілля, у людини виникають емоції (почуття), які залежать від особливостей самих дій та спонукань, що їх викликають.

І останнє, на що слід звернути увагу при дослідженні теорій походження емоцій, це акцент окремих вчених на поєднанні двох компонентів когнітивного та суб'єктивного в емоційному розвитку людини, де когнітивний відбиває психічне відображення об'єкта емоцій, а суб'єктивний – відображення стану суб'єкта, носія психіки (Л. Веккер).

Таким чином, розглянувши всі наукові підходи до сутності та змісту такої категорії як “емоції” (а саме еволюційної, фізіологічної (периферійної), дименсійної, психофізіологічної, психоаналітичної, соціальної, потребнісно-інформаційної та функціональної теорій), можна сформулювати наступне визначення емоцій, що є найбільш містким в контексті даного дослідження: **емоції - це психофізіологічні реакції людини, забезпечені механізмом імпульсивної регуляції поведінки, заснованим на відображенні значущості зовнішніх впливів, їх сприятливості або шкідливості для життєдіяльності людини, які знаходять відображення у свідомості та зумовлені рівнем розвитку особистості та її віковими особливостями.**

Сутність емоцій розкривається, в першу чергу, через основні характеристики цього явища. Так, згідно з трьох-вимірною теорією емоцій В. Вундта, в емоціях присутні полярність приємного і неприємного, протилежності збудження і пригніченості, напруження і розрядки. Поряд із збудженою радістю (радістю-тріумфом) існує радість спокійна (радість-умиротворення, радість-зворушення) і радість напружена (радість палкої, жагучої надії, радість тремтливого очікування). Відповідно існують напружений смуток (тривога); збуджений смуток, близький до відчаю, і тихий сум, в якому відчувається розрядка, смуток, що тяжіє до меланхолії.

Ці висновки В. Вундта стали основою для сучасної теорії диференційованих емоцій К. Ізард (1980). Власний досвід дає зрозуміти кожній людині, що саме вона відчуває: щастя, страх, печаль тощо; відчути, що вони відрізняються за внутрішніми переживаннями, а також за зовнішнім проявом. Водночас емоції взаємодіють одна з одною, а також із відповідними процесами (перцептивними, когнітивними, моторними) і впливають як на них, так і одна на одну. Печаль посилює відчай, радість послаблює страх.

Вказані особливості виступають характеристиками емоцій. Це якісні характеристики: знак - позитивні чи негативні, модальність - страх, гнів, радість, сором і т. д. І кількісні: сила - слабкість як збудженість та пригніченість, інтенсивність, що визначається через напруженість - розрядку.

Як зазначає Ю.Л. Трофімов, відчуття емоційних органічних змін не обмежується усвідомленням (визначенням) задоволення - незадоволення, а спирається на диференціацію цих змін, насамперед температурних реакцій, м'язових (похолов, заклад від страху, стало гаряче від думки про радість зустрічі тощо). Емоції виявляються в різноманітних периферичних змінах, що охоплюють усі органічні функції і відображаються на внутрішніх, вісцеральних процесах, від яких залежить життя організму [15].

Як різновид процесів психологічної регуляції діяльності людини, складовими якої є емоційне збудження, сила, тривалість, розглядає емоції

польський психолог Я. Рейковський. Учений узагальнює, що 32 емоційні процеси викликають різного кшталту зміни у перебігу психічних процесів та діяльності суб'єкта та різняться за тривалістю – короткочасні (хвилювання, афект) й більш тривалі, наприклад – стійкі настрої [16].

Отже, основні характеристики емоцій включають наступне:

- фізіологічні прояви: емоції супроводжуються фізіологічними змінами, такими як підвищення або зниження пульсу, зміна артеріального тиску, підвищення активності автономної нервової системи і інші фізіологічні реакції;
- психологічні аспекти: емоції включають в себе психологічні компоненти, такі як переживання, почуття, суб'єктивний досвід. Людина може відчувати радість, смуток, страх, гнів і багато інших емоцій;
- виразність: емоції часто виявляються через міміку обличчя, жести, тон голосу та інші несловесні засоби виразності;
- тривалість: емоції можуть бути короткочасними (наприклад, миттєвий страх від несподіваного гучного звуку) або тривалими (наприклад, сум за втратою близької людини);
- соціокультурний контекст: вираження і розуміння емоцій часто залежать від культурних та соціальних контекстів. Те, що в одній культурі може розцінюватися як нормальне вираз емоцій, може відрізнятися від інших культур.

Для здорових людей характерні емоційні коливання. Це свідчить про здатність реагувати на враження та переживання. Коливання настрою, афект стають патологічними, коли вони виражені такою мірою, що порушують цілеспрямованість психічної діяльності, призводять до втрати працездатності.

Емоції в психології розглядають через призму таких феноменів:

1. *Емоційні реакції* (короткочасні реакції на певний об'єкт, подію або ситуацію). Реакції базуються на первинних потребах, як правило, пов'язані із

певними обставинами в конкретний проміжок часу, є короткочасними та адекватними ситуації, наприклад, реакція переляку на крик.

2. *Емоційні стани* є більш тривалими і стійкими, ніж емоційні реакції. Вони узгоджують потреби й цілеспрямованість людини з її можливостями і ресурсами у кожний конкретний момент часу. Для емоційних станів характерною є зміна нервово-психічного тону.

3. *Емоційні властивості* є найбільш стійкими характеристиками людини, що визначають індивідуальні особливості емоційного реагування, які є типовими для конкретної людини. До них належать: емоційна збудливість, емоційна лабільність, емоційна чуйність і емпатія, емоційна в'язкість, емоційне огрубіння, алекситимія тощо.

4. *Почуття* є специфічними людськими узагальненими переживаннями у формі ставлення до когось або чогось, які детермінуються потребами.

З точки зору емоційних розладів найважливішою категорією, яка пов'язана з емоційними проявами є емоційний стан.

Суттєвою особливістю емоційного стану є те, що він характеризує емоційну діяльність, надаючи їй специфічності. Характеристика завжди підкреслює специфічні риси. Специфічність стану передусім означає специфічність перебігу емоційних процесів. Так, стан тривожності часто характеризується відхиленнями у сфері відчуття і сприймання, пам'яті, мислення, послабленням вольової активності, нерідко специфічними емоційними переживаннями (розпач, гнів, роздратування). Без психічних процесів не може бути відповідних емоційно-психічних станів, але останні вирізняються більшою цілісністю і тривалістю. Емоційні процеси можуть перейти у емоційно-психічні стани. Наприклад, процес хвилювання під час звуку повітряної тривоги та вибухів від враження про них може перейти у емоційно-психічний стан - тривожності чи нервового збудження.

Іншими словами емоційний процес триває тільки протягом безпосереднього контакту з певною обставиною оточуючого середовища та

його реального сприйняття. Натомість, емоційно-психічний стан залишається у часі на більш тривалий термін навіть після припинення впливу подразнюючого фактору.

Емоційний стан тісно пов'язаний з індивідуальними властивостями особистості, оскільки він характеризує емоційно-психічну діяльність не загалом, а індивідуально. Так, стан страху в однієї особи може виявлятися у психічному збудженні, а в іншій - у психічному заціпенінні, гальмуванні психічної діяльності.

Так, А.Г. Міхова, досліджуючи питання особливостей емоційних проявів, наголошує, що в емоційній сфері між людьми виявляються особливо яскраві індивідуальні розходження, які пов'язані з різницею у змісті людських почуттів, в тому, на що, на які об'єкти вони спрямовані і яке відношення до них певної людини вони виражають. Типові розходження емоційних особливостей особистості, на думку авторки, можуть виявлятися:

- в слабкій чи сильній збудливості;
- в меншій чи більшій емоційній стабільності;
- у силі (інтенсивності) почуттів;
- в глибині почуттів [17].

Так само, як емоційні властивості відбиваються на емоційних станах, емоційні стани можуть переходити у емоційні властивості. Якщо людина дуже часто переживає стан тривоги, цілком можливе формування такої особистісної властивості як тривожність. Але відповідність між емоційним станом і рисою особистості не є правилом. Так, поруч з "нестримністю" як стійкою властивістю холеричного типу має місце "нестримність" як стан, який може виникати в будь-якої людини і не становити характерну властивість поведінки.

Оскільки емоційний стан є компонентом психічного стану, то варто навести думку Ю.Л. Трофімова, який зазначає, що стан це не просто поєднуюча ланка між психічним процесом і психічною властивістю особистості, це відображення ставлення особистості до власних психічних

явищ, ставлення як закріплення цілісності, сталості й водночас змін у психічному відображенні зв'язків особистості зі світом [15].

Під психічним станом розуміється не стан організму, а "стан душі", різноманітні її відгуки на свої власні відчуття та уявлення. Психічний стан - цілісна характеристика психічної діяльності, що фіксує момент стійкості та специфічності в перебігу психічних процесів; це форма реагування, що відображає ставлення особистості до власних психічних явищ у визначений момент часу за певних умов (Т. С. Кириленко) [18, с. 649].

Початок дослідження психічних станів як окремої категорії заклав У. Джемс, який визначав психологію як науку, яка вивчає психічні стани людини. Психічні стани автор відносив до станів свідомості, що характеризуються такими властивостями, як мінливість, вибірковість, безперервність, та носять особистісний характер [19, с. 59].

Як зазначає Ю.Ю. Бойко-Бузиль, психічні стани є системою, що обумовлює співвідношення та взаємодію психічних процесів з одного боку і ступень їх реалізації в залежності від індивідуально-психологічних якостей особистості з іншого. Відсутність довготривалого прояву певного психічного стану, постійної його зміни, відповідно дії зовнішніх і внутрішніх чинників, багатокомпонентності та міри вираженості, є факторами, що обумовлюють невизначеність поняття психічного стану, яке досі не має загальновизнаного тлумачення [20, с. 29].

Термін «психічні стани» використовується в психології для умовного виділення в психіці відносно статичного моменту, на відміну від терміну «психічний процес», який підкреслює динамічні моменти психіки, й терміну «властивості психіки», який вказує на сталість проявів психіки, їхню закріпленість і повторюваність у структурі особистості [21, с. 521]. Отже, як влучно зазначає М. Левітов, психічний стан – це цілісна характеристика психічної діяльності за певний проміжок часу, що показує своєрідність

протікання психічних процесів в залежності від відображення речей і явищ дійсності та психічних властивостей особистості [22, с. 13].

Вивчення будь-якого психічного (в тому числі емоційного) стану завжди включає три рівні (поведінкові прояви, фізіологічні прояви, переживання). Тільки за сукупністю показників, які відображають кожний з названих рівнів, можна зробити висновок про наявність у особи того чи іншого стану. Ані поведінка, ані різні психофізіологічні показники, взяті окремо, не можуть достовірно диференціювати один стан від іншого. Ключове місце в діагностиці станів відводиться переживанням, пов'язаним із ставленням особистості. Виділення останнього як системотворчого фактору психічного стану особистості дає можливість розглядати психічний стан як якісну характеристику психіки особистості, яка поєднує у собі психічні процеси та властивості особистості і здійснює вплив на них.

Все зазначене вище свідчить про те, що розлад емоційної сфери (емоційний розлад) є певним емоційним станом, адже на відміну від емоційної реакції він характеризується певною сталістю та значною тривалістю у часі, та відображає емоційно-психічний стан особистості у визначений момент часу за певних умов. На відміну ж від емоційних властивостей емоційний розлад є таким, що зумовлений дією зовнішніх факторів, які призвели до тривалого переживання певних емоційних реакцій чи їх занадто сильного сприйняття через їх підвищену значущість.

В теорії психології виділяють окремі групи порушень емоцій (розлади емоційних станів і властивостей) за декількома критеріями, зокрема:

1.1. Порушення вираженості (сили) емоцій:

- сенситивність (або емоційна гіперестезія) – підвищена емоційна вразливість, чутливість. Ця характеристика бути вродженою особистісною властивістю. Вона є особливо вираженою при психопатіях;
- емоційна холодність – нівелювання вираженості емоцій, яке проявляється у вигляді поверхневого, холодного ставлення до будь-яких

подій, незалежно від їх значущості. Проявляється у психопатів та при діагнозі шизофренія;

- емоційна тупість – слабкість, збіднені емоційні прояви і контакти, що може доходити до байдужості. Найчастіше зустрічається у разі шизофренічного дефекту;
- апатія – цілковита байдужість, абсолютна відсутність емоцій, за якої не виникають спонукання і бажання. Найчастіше спостерігається емоційне притуплення, тобто емоції стають тьмяними, бідними. Зустрічається у осіб з діагнозом шизофренії (дефект) і у разі грубих органічних ураженнях головного мозку. Може бути провідним проявом депресивного синдрому. Апатія, як прояв депресії, частіше характеризується емоцією байдужості зі звуженням кола інтересів, або їх повним зникненням, зменшенням або втратою потреб, бажань, спонукань. Присутні скарги на нудьгу, душевну млявість, лень, безвольність, болісну безініціативність.

1.2. Порушення адекватності емоцій:

- емоційна амбівалентність – одночасне співіснування протилежних (антогоністичних) емоцій, що спричиняє непослідовність мислення і неадекватність поведінки. Цей симптом зустрічається при шизофренії;
- емоційна неадекватність – вияв та переживання емоції, яка не відповідає змістовно та якісно подразнику, пардоксальність емоцій (коли пацієнт із сумним обличчям розповідає про приємні враження). Також зустрічається при діагностуванні шизофренії.

1.3. Порушення стійкості емоцій:

- емоційна лабільність – проявляється через патологічно нестійкі емоції, що легко змінюються на протилежні у зв'язку із зміною ситуації. Лабільність є притаманною астенічному синдрому, крім того, може зустрічатися в межах емоційно-вольових розладів при патологіях особистості;
- експлозивність – підвищена емоційна збудливість, за якої легко виникає переживання гніву, досади, люті, навіть, з агресивними вчинками.

Може виникати з незначного приводу. Експлозивність є характерною для емоційно-вольових розладів при патології особистості, органічних ураженнях головного мозку;

- легкодухність – стан легкої зміни емоцій з незначного приводу (від сльозливості до сентиментальності та розчулення). Може супроводжуватися дратівливістю, примхливістю, чи навпаки стомлюваністю. Спостерігається при судинному ураженні головного мозку [23, с. 17-18].

У сучасній світовій психології існує ціла низка теорій, що розкривають причини, які призводять до емоційних розладів. Перша група теорій пов'язана, насамперед із процесом виникнення у суб'єкта негативних емоцій. Кожен інстинкт пов'язаний зі специфічним ефективним досвідом (інстинкт утечі – зі страхом, самоствердження – з духовним злетом тощо). Таким чином, емоції виступають своєрідним ефективним та успішним регулятором поведінки. Разом з тим, слід зауважити, що негативні емоції, наприклад, новонародженої дитини, виконують важливу біологічну функцію: крик дитини – сигнал тривоги, повідомлення, що дана ситуація для неї несприятлива. Тобто, негативні емоції свідчать, що існує певний бар'єр між внутрішнім світом особистості і зовнішнім світом, тому й відбувається усвідомлення себе, своїх бажань, а також оточення [24].

Розвиток поглядів на вплив емоцій на поведінку людини характеризується виділенням в науці аспекту емоційно-вольової регуляції діяльності, тобто мова йде про регулюючу функцію емоцій. Особливості емоційно-вольової регуляції виражаються знаком, модальністю домінуючих емоцій і характеризують ставлення людини до навколишньої дійсності. Виходячи з того, що в людини емоційна насиченість є вродженою, деякі автори вважають, що виникнення емоцій пов'язане з потребою організму у функціонуванні його щоденних фізіологічних механізмів. Разом з тим, ефективність емоційної регуляції людини спостерігається в екстремальній ситуації. У таких випадках емоції, крім звичайної регуляторної функції,

повинні виконувати й додаткову, яка пов'язана з оцінюванням тих чинників, що загрожують особистості, перешкоджають або призводять до порушення її діяльності.

Динаміка розвитку емоційної регуляції поведінки пов'язана із формуванням у людини вищих соціальних почуттів та виникненням нових форм психічної регуляції на основі афективно-когнітивної антиципації. При цьому на зміну імпульсивності й мимовільності приходять стабільні емоційні ставлення – почуття, які визначають систему моральних, естетичних та інших цінностей особистості, що детермінуються її досвідом, засвоєнням соціальних норм і правил у процесі чуттєво-предметної діяльності.

Якщо емоційна регуляція є слабкою і недостатньою для оволодіння ситуацією, то в суб'єкта виникає негативна емоція великої інтенсивності, що призводить до дезорганізації поведінки і часто є причиною виникнення психічного розладу.

Надлишок негативних емоцій, як правило, тягне за собою виникнення відхилень у поведінці людини. А це сприяє появі патологічних характеристик індивідуального розвитку [25, с. 209-210].

Представники другого напрямку намагаються знайти причину емоційних розладів у фізіології людини, зокрема в роботі головного мозку, центральної та периферичної нервової системи. Тобто, емоційні розлади поведінки є наслідком одночасного розходження нейронів активності мозку, що викликається певними причинами. По суті, емоції можуть організувати і дезорганізувати поведінку, залежно від їх тенденцій підтримувати чи підсилювати початковий стимулюючий вплив на організм. Таким чином, емоційне порушення є вродженою реакцією людини, і подолати її здатне лише спеціальне навчання.

Ці підходи, попри те, що викликають значний інтерес, не залишають місце особистості людини, її активності й не враховують вибірковості людини до різноманітних емоційних подразників.

Подолати ці недоліки намагаються представники третього напрямку, які вважають, що емоційні реакції, зокрема розлади, насамперед залежать від емоційної стійкості особистості. Розглядаючи цей підхід, слід відзначити, що вся специфіка особистості людини, а саме емоційна стійкість, виводиться лише із фізіологічних особливостей людини. Стресогенні чинники до певної міри присутні в процесах культури, в житті суспільства. Людина перебуває між двома полюсами. З одного боку, вона живе з іншими людьми і повинна підпорядковувати свою поведінку певним соціальним нормам і правилам. З іншого боку, їй необхідно проявити свою індивідуальність. Ця суперечність часто є причиною виникнення емоційного конфлікту [25, с. 210-211].

Неможливість розв'язання конфлікту сприяє накопиченню несприятливих дій із подальшим проявом стану декомпенсації і, як правило, супроводжується розладом емоційної рівноваги. Тобто всі причини емоційних розладів зводяться до середовища, що оточує людину, до емоційно несприятливих ситуацій.

Ця точка зору піддається гострій, але справедливій критиці. Адже з напруженням, стресом людина стикається постійно в повсякденному житті. Але в одному випадку суб'єкту вдається з ним впоратись, тобто емоції регулюють поведінку, і людина, адекватно відображаючи дійсність, відповідно реагує на неї. В іншому випадку їй не вистачає сил, психофізіологічних і соціально-психологічних механізмів. Це призводить до дезадаптації поведінки. В поведінці проявляється неспокій, загальмованість, мовчазність тощо.

Таким чином, основними причинами емоційних розладів виступають фізіологічні особливості особистості; особливості відносин із соціальним оточенням; особливості психологічного порядку.

До основних характеристик емоційного розладу в теорії психології відносять:

- інтенсивність емоцій - надмірність: особи з емоційним розладом можуть переживати емоції надто інтенсивно або довго, що виходить за межі звичайного діапазону реакцій;
- тривалість симптомів - подовженість: симптоми емоційного розладу можуть тривати тривалий час, впливаючи на здатність особи до нормального функціонування;
- вплив на щоденне життя - обмеження: емоційний розлад може обмежувати особу у виконанні звичайних щоденних завдань, взаємодії з іншими та розширенні своїх можливостей;
- функціональні втрати - вплив на роботу та відносини: особи з емоційним розладом можуть стикатися з труднощами у виконанні роботи та утриманні стосунків через свої емоційні труднощі;
- стійкість симптомів - нестабільність: симптоми можуть бути стійкими і не зникають після короткочасного стресу чи невеликої травми.

Відповідно до Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ-10) діагностуванню підлягають наступні види розладів емоцій або когнітивно-емоційної сфери:

1) розлади настрою (афективні розлади) (F30-F39) - розлади, для яких основним симптомом є емоційні зміни або зміна настрою від депресії (з асоційованою тривогою або без) до нестримної радості. Як правило, зміна настрою супроводжується загальною зміною рівня активності; більшість інших симптомів є вторинними до, або легко пояснюються на фоні загальної клінічної картини та пов'язані зі зміною настрою та рівня активності. Більшість з цих розладів є повторними. Початок кожного окремого епізоду може бути пов'язаний зі стресовою подією або ситуацією.

- маніакальні епізоди (гіпоманія, манія без психотичних симптомів, манія з психотичними симптомами) (F30);
- біполярний афективний розлад (в тому числі маніакально-депресивний розлад) (F31);

- депресивні епізоди (легкий, помірний, тяжкий без психотичних симптомів, тяжкий з психотичними симптомами) (F32);
 - рекурентний депресивний розлад (F33);
 - стійкі розлади настрою (афективні розлади) (F34) (в тому числі циклотимія, дистимія, інші неуточнені розлади настрою).
- 2) невротичні розлади, пов'язані зі стресом (F40-F):
- фобічні тривожні розлади (F40);
 - тривожні розлади (F41) (в тому числі генералізований тривожний розлад, змішаний тривожний та депресивний розлад, інші);
 - obsесивно-компульсивний розлад (F42);
 - реакція на тяжкий стрес, розлади адаптації (F43) (в тому числі гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, порушення (розлад) адаптації)
 - дисоціативні (конверсійні) розлади (F44);
 - соматоморфні розлади (які не мають фізичних та неврологічних проявів) (F45);
 - інші невротичні розлади (у тому числі неврастенія) (F48) [26].

Отже, емоційні розлади осіб зрілого віку можна поділити на дві великі групи - афективні розлади (розлади настрою) та розлади, пов'язані зі стресом.

Таким чином, емоційний розлад особи зрілого віку являє собою психічно-емоційний стан, за якого спостерігається порушення нормальних емоційних реакцій, та який характеризується інтенсивністю, стійкістю та тривалістю симптомів, обмежуючим впливом на повсякденне життя та перешкоджанням нормальному функціонуванню особи, викликаний станом афекту або певною травматичною подією та пов'язаним із нею стресом.

1.2 Основні види емоційних розладів у осіб зрілого віку у зв'язку з військовими діями в Україні

Такі чинники, як участь у бойових діях або перебування в прифронтовій зоні, в місцях з постійними ракетними та артилерійськими обстрілами, бомбовими ударами, перебування в окупації або в зоні обстрілів, істотно впливають на ментальне здоров'я населення, сприяють поширенню емоційних та інших психічних розладів, серед яких депресивні, тривожно-депресивні, фобічні, постстресові розлади та розлади адаптації, тощо.

До таких самих наслідків можуть призвести й утрата почуття безпеки внаслідок вразливості практично всієї території країни для ракетних обстрілів та атак БПЛА; переміщення в інші регіони або країни, пов'язані з цим утрата роботи й комфортного звичного середовища; фінансові труднощі; соціальна ізоляція; побутові негаразди; невпевненість у майбутньому; тривога за рідних та близьких тощо.

За оцінками експертів, 40–50 % населення потребуватимуть психологічної допомоги (дані Національного інституту стратегічних досліджень) [27]. У певних групах населення кількість таких людей буде становити: з-поміж військових та ветеранів – 1,8 млн; серед людей старшого віку – 7 млн; близько 4 млн – дітей та підлітків. Прогнозована потреба в допомозі з питань ментального здоров'я на первинній ланці медицини – 27 млн звернень. Водночас близько 3–4 млн українців матимуть певний розлад психічного здоров'я – помірної або тяжкої форми.

Надзвичайно сильний вплив такого фактору як перебування в зоні військових дій на ментальне здоров'я особистості з точки зору підвищеної небезпеки для життя дослідила Л.О. Солохіна. Автор провела огляд зарубіжних досліджень з цього питання [28].

Так, результати досліджень наслідків громадянської війни у Камбоджі в 1960-х роках у біженців, проведені через десять років після подій, свідчать про наявність у них високого рівня психіатричної симптоматики. Встановлено, що,

не зважаючи на належний доступ до отримання якісних медичних послуг, понад 80 % опитаних відчували депресію та мали низку психосоматичних проявів [29].

Вчені Г. Вагнер, У. Хаммаш, П. Глік та ін. проводили дослідження у Палестині серед молодих людей, які пережили війну на Близькому Сході. Було встановлено, що найбільш поширеними наслідками військового конфлікту та впливу насильства (прямого і непрямого) на психічне здоров'я постраждалих були підвищені симптоми тривоги та депресії. Констатовано, що молоді жінки проявили меншу схильність до насильства, ніж чоловіки, разом з тим жінки частіше, ніж чоловіки, розповідали про підвищені симптоми тривоги, депресії та дистресу. Вчені виявили, що у них проявляється фаталістичне ставлення до життя, проявлений песимізм по відношенню до свого майбутнього, що відповідно пов'язано з підвищеними симптомами депресії та дистресу, особливо серед чоловіків [30].

Результати дослідження доктора Рут Пат Хоренчик Ізраїльського центру лікування психотравми в Меморіальній лікарні Герцога свідчать, що у осіб, які проживають у місті Сдерот (місто, в якому проходили основні бойові дії), показники симптомів посттравматичного стресового розладу є у три-чотири рази вищими, ніж у інших громадян країни [31].

Тривале одинадцятирічне дослідження, яке провели вчені Х. Контесс, С. Пауелл, А. Сольдо та інші серед боснійців, які пережили війну і мешкають у постконфліктному регіоні. За результатами аналізу значень показників загального психічного здоров'я досліджуваних констатовано, що у осіб, які залишилися у зоні військових дій з часом рівень прояву психологічних симптомів знизився, у колишніх внутрішньо переміщених осіб – зберігся, а у колишніх біженців спостерігалось зростання вказаного рівня. У такий спосіб вчені показали, що травмувальні події військових дій та переміщення самих людей мають негативні і довготривалі наслідки для їх ментального здоров'я, а вплив післявоєнних стресових чинників може їх підсилювати [32].

Окреме дослідження на тему «Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни» було проведено у межах ініціативи першої леді України О. Зеленської щодо створення Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки [33]. Методом збору інформації було заповнення анкет у мобільному додатку від Gradus Research у період опитування 22-26.09.2022. Цільовою групою першої частини дослідження були чоловіки та жінки віком 18-60 років (n=2100), які проживали у містах із населенням >50 тис. на території України до початку повномасштабного вторгнення.

Було виявлено, що понад третина опитаних респондентів відчували напруженість (42%), надію (41%), втому (41%), а до третини – страх (26%) та гнів (24%). Притому 71% опитаних осіб відчували останнім часом стрес або сильну знервованість. Серед причин стресу -найчастіше називали війну (72%), на другому місці були фінансові труднощі (44%). Так, серед аспектів війни, що зумовлюють стрес, на першому -місці була небезпека для близьких людей (63%), на другому – втрата джерела доходу та роботи (42%), на третьому – ризик втратити майно або загинути під час бойових подій (37%). -Серед негативних станів, які відчувала найбільша -частка опитаних останнім часом, були тривожність та напруга (50%), поганий настрій (45%), погіршення сну (41%), а також роздратування і злість (38%). Порівняно з чоловіками серед -жінок було зафіксовано ознаки більшої кількості негативних станів. Наприклад, серед осіб віком 24-34 років було значуще більше тих, хто нещодавно мав поганий настрій (53%), відчував злість і роздратування (44%), виснаженість (37%), зниження продуктивності (31%) та мав розлади харчування (18%). Серед опитаних віком 55-60 років було значуще більше тих, хто мав погіршення сну, порівняно з групою молодших респондентів (47% проти 41%). Було визначено дві групи осіб, які наразі найбільше потребували психологічної допомоги, а саме: військові, що брали участь у бойових діях (51%), а також ті, хто втратили близьких через війну (48%).

Окремо досліджувалась статистика розповсюдженості емоційних розладів серед військовослужбовців. Так, симптоми гострої травми виявили у 60–80 % захисників, які були очевидцями загибелі побратимів чи мирного населення або бачили тіла померлих. Ризик появи симптомів порушення психіки стосується більш молодих військових, віком 18–24 років, у яких виявлено симптоми депресії або які мали проблеми з алкоголем. Симптоми ПТСР розвиваються приблизно у 12–20 % військових, які перенесли бойову травму, але не звернулися за психологічною допомогою своєчасно через побоювання зневаги за прояви слабкості, боягузтва, загрозу військовій кар'єрі [34].

Другою частиною дослідження Gradus Research було оцінення особливості надання психологічної допомоги під час війни через опитування психологів та психотерапевтів (n=73), які працюють на території України. Так, особи, що зверталися по психологічну допомогу, найчастіше відчували зміни у фізичній та емоційній сферах. Власне, частіше це було відчуття внутрішньої тривоги та напруги (зокрема, панічні атаки відчували 90%, неможливість контролювати власні емоції – 80%, погіршення сну – 73%, фізичну та емоційну виснаженість (зниження продуктивності, брак мотивації, відчуття виснаженості) – 70%). На думку фахівців, найбільше психологічної допомоги потребували особи, які пережили травмуючі події – безпосередньо стикнулися з наслідками війни (втрата близької людини, участь у бойових діях, перебування в окупації або поруч із місцем активних бойових дій).

Аналіз статистичних даних дозволяє зробити висновок про брак сталої культури піклування про власне ментальне здоров'я в українському суспільстві. Основною проблемою практикуючі психологи називають недостатню обізнаність як цивільного населення, так і військовослужбовців з питань психоосвіти та основ психологічної гігієни. Значна кількість осіб не розрізняють психіатричну та психологічну допомогу.

Разом з тим, дані статистики свідчать, що більшість пацієнтів потребує комплексного персоналізованого підходу, який має охоплювати психоедукацію, корекційну роботу, психотерапію, психологічну підтримку та посилення психосоціального ресурсу, а також фармако-терапію. Такий цілісний комплекс дозволить досягти найбільший ефект за найкоротший проміжок часу та звести до мінімуму виразність хронізації хвороби [35].

Зважаючи на дані опитувань та статистичний досліджень та беручи до уваги існуючу класифікацію психічних розладів за МКХ-10, можна говорити про такі типові емоційні розлади осіб зрілого віку в умовах воєнного часу:

- 1) Афективні розлади, а саме розлади настрою (зокрема, депресивні епізоди);
- 2) Емоційні розлади, пов'язані зі стресом:
 - фобічні тривожні розлади;
 - тривожні розлади (в тому числі генералізований тривожний розлад);
 - гостра реакція на стрес;
 - посттравматичний стресовий розлад;
 - порушення (розлад) адаптації.

Для ефективної та коректної діагностики зазначених видів емоційних розладів слід розмежувати їх не тільки на рівні діагностичних критеріїв, закріплених діючим законодавством, а й на рівні сутності самих психічних процесів, які характерні для кожного з цих видів розладів.

Афект (від лат. *affectus* – душевне хвилювання, пристрасть) – це надмірне нервовопсихічне перезбудження, що несподівано виникає у гострій конфліктній ситуації, проявляється у тимчасовій дезорганізації свідомості (її звуженні) і крайньої активізації імпульсивних реакцій. Стан афекту характеризується значним порушенням свідомої регуляції дій людини. Поведінка людини при афекті регулюється не заздалегідь обдуманною метою, а тим почуттям, яке повністю охоплює особу і викликає імпульсивні, підсвідомі дії. У стані афекту порушується найважливіший механізм

діяльності – вибірковість у виборі поведінкового акту, різко змінюється звична поведінка людини, деформуються її установки, життєві позиції, порушується здатність до встановлення взаємозв'язків між явищами, у свідомості починає домінувати яке-небудь одне, часто спотворене, уявлення.

Як зазначає А.Д. Терешук, виникнення афективного стану зумовлено взаємодією різних факторів, основними з яких є сила подразника, особливості психотравмуючої ситуації (ситуації психоемоційного напруження), що передувала афекту (афективній реакції) та існувала безпосередньо при її виникненні, особистісні особливості індивіда та індивідуальна значущість подразника для особистості як взагалі, так і безпосередньо в межах психологічної ситуації його реалізації [36, с. 226].

В першу чергу, перебіг афекту супроводжується змінами з боку вегетативних реакцій (зокрема, зміна пульсу і ритму дихання, спазм судин, прояв поту та інші), різко вираженими змінами у опорно-рухової сфері (збудження або Perezбудження, гальмування, порушення координації рухів). Сильний афект також зазвичай порушує нормальний перебіг вищих психічних процесів – мислення і сприйняття, іноді викликає звуження свідомості або її затьмарення.

Афективна реакція є непсихотичним психічний розлад, який виникає у відповідь на дію подразника (зовнішнього або внутрішнього), може бути як короткочасним (тривалістю у декілька хвилин), так і подовженим (до кількох годин), проявляється емоційними, вегетативними, моторними порушеннями, як в межах окремих симптомів, так і їх сукупністю. Афективні реакції слід відрізнити від тривалих реакцій психотичного рівня (депресивних, паранойяльних, параноїдних тощо).

В межах даного наукового дослідження науковий інтерес представляють простий та фізіологічний афект з точки зору їх розмежування, які являють собою короткочасні (найчастіше, повторювані) емоційні розлади психічної діяльності, не пов'язані з патологією психічних процесів.

Простим вважається короточасний розлад психічної діяльності непсихотичного рівня, що виникає раптово під впливом зовнішніх факторів, виявляється емоціями гніву, страху, звуженням свідомості, руховим збудженням і діями, спрямованими проти подразника. Основними відмінностями (які, до речі, свідчать про меншу вираженість (глибину) афективного стану) є: а) збереженість здатності особою, що перенесла афективний стан, описати, ідентифікувати емоцію, яку вона зазнала (пережила) на висоті афекту (тобто констатацію у себе на той час емоції гніву, страху, злості, ненависті тощо); б) відсутність вираженого психофізичного виснаження.

Фізіологічним афектом є короточасний хворобливий розлад психічної діяльності непсихотичного рівня, що виникає раптово під впливом зовнішніх факторів, виявляється недиференційованою емоцією, звуженням свідомості, руховим збудженням і діями, спрямованими проти подразника. Характерними ознаками фізіологічного афекту є надзвичайність реакції особи, фазність перебігу близька до патологічного афекту, раптовість виникнення (несподіваність для суб'єкта), типові судинно-вегетативні вияви, звуження свідомості з розладом цілісності сприймання, специфічні зміни комунікативної функції, спрощення та відрив від ситуації, невідповідність характеру і результату дій причині, що їх викликала, зв'язок дій і афективних переживань з психотравмуючим фактором, раптовість виходу внаслідок психічного виснаження, часткова амнезія вчиненого.

Відповідно до сучасних наукових поглядів, фізіологічний афект відповідає критеріям психічного розладу і значно ближчий до патологічного афекту, ніж до нормальних емоційних реакцій.

Також афект може бути аномальним та патологічним. Однак ці види афекту є хворобливими станами психіки, які потребуються надання не тільки психологічної, а й психіатричної допомоги, оскільки належать до психотичного типу розладів, а тому виключені з даного дослідження.

Серед основних видів простого та фізіологічного афектів виокремлюють наступні.

Емоційна подвійність (амбівалентність) виявляється в тому, що людина стосовно того самого об'єкта відчуває різні емоції. При *емоційній монотонності* емоційні реакції позбавлені гнучкості, природної залежності від зовнішніх і внутрішніх впливів. Емоції одноманітні, мова суха, позбавлена мелодійності, образності, тональність голосу приглушена. Міміка бідна, жестикуляція вбога, однотипна. *Емоційним огрубінням* є втрата тонких емоційних диференціацій, тобто здатності визначати доречність тих чи інших емоційно забарвлених реакцій. Людина втрачає властиві їй раніше делікатність, тактовність, стриманість, вона стає настирливою, хвалькуватою. У неї втрачається прихильність до близьких, губиться інтерес до навколишнього. *Емоційній тупості, холодності* властива безсердечність, спустошеність. Емоційний репертуар особистості різко обмежений, у ньому немає реакцій, які включають моральні, естетичні почуття.

Розлади настрою можуть бути як самостійним психічним розладом, так і супроводжувати інший вид розладу, зокрема стати наслідком гострої реакції на стрес, а також співіснувати з діагностованим у особи ПТСР чи розладом депресивного спектру.

До загальних діагностичних критеріїв афективних станів належать:

- наявність ситуації-подразника, яка виникає раптово (або на фоні довготривалої конфліктогенної ситуації має місце дія додаткового інтенсивного подразника) та зачіпає найбільш індивідуально значимі для особистості потреби (загроза життю, здоров'ю, самоповазі, соціальному престижу тощо);
- розвиток афективного стану безпосередньо після виникнення ситуації-подразника;
- наявність емоційних проявів у вигляді страху, гніву, відчуттів ненависті, образи, невдоволення, люті, розпачу тощо;

- наявність вегетативних проявів у вигляді почервоніння або збліднення обличчя, тремтіння рук, сухість у роті, перебої у роботі серця, відчуття нестачі повітря тощо;
- наявність моторних проявів (рухове збудження різного ступеня інтенсивності);
- розлад комунікативних (мовної, міміко-пантомімічної тощо) функцій;
- тривалість: для афектів — до декількох хвилин, для афективної реакції - до декількох годин [36, с. 228-229].

Загальними критерії виключення афективного стану є або будь-який інший тяжкий психічний розлад, або гостра інтоксикація внаслідок вживання психоактивних речовин.

Для діагностики тих чи інших видів короточасних афективних станів існують відповідні кластери основних та додаткових діагностичних критеріїв. Безпосередня діагностика якогось конкретного різновиду афективного стану повинна спиратись на повний «набір» основних діагностичних критеріїв. Додаткові ж діагностичні критерії мають на меті полегшити процес диференційної діагностики.

Серед додаткових діагностичних критеріїв для окремих афективних станів виокремлюють:

Афективна реакція:

- а) відповідність загальним критеріям діагностики афективних станів,
- б) відсутність чіткої фазності перебігу.

Простий афект:

- ❖ відповідність характеру домінуючої емоції подразнику, через який виник афект;
- ❖ узгодженість ступеня емоційних проявів із об'єктивною значущістю подразника;
- ❖ на постафективній стадії — збереження вегетативних проявів;
- ❖ здатність до модифікування поведінки відповідно обставинам [37].

Наступною групою емоційних розладів осіб зрілого віку в умовах воєнного стану є психічні розлади, пов'язані зі стресом.

Як правило, воєнна небезпека супроводжується постійною загрозою життю внаслідок авіаційних бомбардувань, ракетних і артилерійських обстрілів, опромінення, завалів. Крім того, військові дії супроводжуються втратою житла, холодом, голодуванням, інфекцією, крововтратою, повітряними тривогами, що призводять як до фізичного, так і до психічного травмування, тобто до фізіологічного і до психологічного стресу.

У свою чергу, в межах психологічного стресу виокремлюють інформаційний та емоційний. Так, інформаційний стрес виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, коли суб'єкт не здатний впоратися із завданням, не встигає проаналізувати ситуацію, її наслідки, а тому не може прийняти адекватні рішення та нести відповідальність за наслідки їх реалізації. В умовах воєнної загрози, як правило, з'являється емоційний стрес, причому його різні форми (генералізована, імпульсивна, гальмова) призводять до змін у перебігу психічних процесів, емоційних реакцій, зрушень, трансформації мотиваційної структури діяльності, порушень рухової або мовної поведінки. Як правило, стрес здійснює негативний вплив на діяльність, включаючи її повну дезорганізацію (дистрес – негативний, шкідливий, руйнівний для життя) [38, с. 66].

До емоційних розладів, пов'язаних зі стресом, діагностованих у осіб зрілого віку в умовах воєнного часу в Україні, належать гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад та тривожно-депресивні розлади, зокрема генералізований тривожний розлад.

Гостра стресова реакція. Психічний розлад значної тяжкості, який розвивається у особи без видимого психічного розладу у відповідь на винятковий фізичний і психологічний стрес, і який зазвичай проходить протягом годин або днів. Стресом може бути сильне травматичне переживання, викликане безпосередньою надзвичайно високою загрозою

безпеці або фізичній цілісності самого індивіда чи близької особи (в умовах сьогоденішньої ситуації в Україні це, зокрема, перебування в зоні ракетних або артилерійських обстрілів, знаходження в зоні вибухів або зоні збиття ракет та БПЛА, інші військові дії, згвалтування тощо) або незвично різка і загрозлива зміна у соціальному положенні (оточенні) особи, наприклад, втрата близьких, пожежа в будинку тощо. У момент стресу відбувається фіксація на таких механізмах захисту, як екстремальна ідентифікація та витіснення.

В результаті психологічної травматизації можливі зміни свідомості, порушення сприйняття і поведінки. Для встановлення діагнозу та виявлення симптомів ГСР має бути визначений обов'язковий і чіткий зв'язок між впливом незвичайного стресора і початком симптоматики; початок зазвичай негайний або через кілька хвилин. До того ж, симптоми є змішаними тобто до ініціального стану додаються тривога, депресія чи гіперактивність, гнів, відчай, але жоден з симптомів не триває довго; симптоми припиняються швидко (щонайбільше протягом кількох годин) в тих випадках, де можливе усунення стресової обстановки. У випадках, де стрес продовжується або за своєю природою не може припинитися, симптоми зазвичай починають зникати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів [39, с. 192].

Так для гострої стресової реакції встановлено наступні діагностичні критерії:

- А. Вплив виключно психологічного або фізичного стресора.
- Б. Симптоми виникають негайно після дії стресора (протягом години).
- В. Виконуються критерії Б, В і Г для генералізованого тривожного розладу, а також фіксуються: втеча від потенційних соціальних взаємодій, звуження уваги, дезорієнтація, гнів, вербальна агресія, розпач, безнадія, неадекватна або безцільна гіперактивність, неконтрольоване надмірне переживання горя.

Г. Якщо стресор тимчасовий або може бути полегшений, симптоми зменшуються протягом 8 годин. Якщо стресор продовжує діяти, симптоми зменшуються максимум протягом 48 годин [26].

Посттравматичний стресовий розлад.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, ПТСР визначено як тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиничної або повторюваної психотравмуючої події (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, серйозних нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, перебування в ролі жертви знущань, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину) [26].

У клінічному довіднику МКХ-10 зазначено, що ПТСР виникає як відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу), яка має суб'єктивний характер погрози або катастрофи, що може спричинити загальний дистрес майже у кожної людини.

Посттравматичний стресовий розлад є, напевно, найбільш суперечливим з усіх психічних розладів. Так, існують розбіжності щодо кваліфікації подій, які вважають достатньо травматичними, щоб спровокувати посттравматичний стресовий розлад; щодо характеру типових симптомів, які виникають після впливу травми; щодо заходів запобігання ПТСР та його лікування.

Водночас є певний міжнародний прогрес щодо розуміння багатьох аспектів ПТСР, який до речі підтримує і Україна, приєднавшись до більшості міжнародних нормативно-правових актів з питань діагностики ПТСР. Діагностичні класифікації як Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), так й Американської психіатричної асоціації (АРА) містять широке коло категорій симптомів (наприклад, повторне переживання, уникання/оніміння та збудження) і наголошують, що вплив надзвичайно стресових подій може спричинити глибокі зміни в пізнанні, емоціях і поведінці, що може тривати десятиріччями, а то й усе життя [40].

ПТСР передбачає наявність чотирьох кластерів симптомів: уникнення, гіперзбудженість, повторне проживання травмуючої події, проблеми з пам'яттю й емоційною сферою (наприклад, відчуття ізольованості від людей), які з часом посилюються. ПТСР діагностують, якщо тривалість симптомів перевищує місяць від травматичної події та за умови наростання їх сили, що заважає нормальному функціонуванню людини [41, с. 298].

Особистості з ПТСР, зокрема й комплексним ПТСР, мають низку симптомів, пов'язаних із функціональними порушеннями [42]:

- повторне переживання;
- уникання;
- надмірне збудження (гіпернастороженість, гнів, дратівливість);
- негативні зміни настрою та мислення;
- дисоціація;
- емоційне оніміння;
- емоційна дисрегуляція;
- негативне самосприйняття (відчуття пригніченості, спустошення або обезцінення);
- міжособистісні труднощі або проблеми в стосунках.

Травматичними подіями, пов'язаними з розвитком ПТСР в умовах військових дій, можна визнати переживання чи спостереження поодиноких, повторюваних або багаторазових подій, як, наприклад фізичне або сексуальне насильство; жорстоке поводження, катування; перебування в полоні; перебування в окупації; травма, пов'язана з серйозними проблемами зі здоров'ям (черепно-мозкові травми, втрата кінцівок, інші порушення); бойові дії, вибухи тощо.

Під час попередніх досліджень й опитувань лікарів-психіатрів і психологів психіатричної клініки Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України встановлено, що на динаміку психологічного

стану осіб, які перебували в зоні бойових дій та під дією психотравмуючих факторів, впливають такі чинники:

1) спадковість (за результатами анамнезу, наявність психічних захворювань у батьків або зловживання алкоголем чи наркотичними речовинами може надалі спричинити дебют психічного захворювання, наприклад, біполярно-афективного розладу або виникнення в особистості хімічної залежності);

2) індивідуальні особливості особистості (на тлі надмірних психотравмуючих ситуацій можливе загострення преморбідних рис особистості, акцентуацій характеру, що призводить до загостреного реагування на обставини та проблемні ситуації, що раніше сприймалися індивідом як звичайні);

3) тривалість перебування під впливом психотравмуючих чинників. У разі тривалого перебування під впливом психотравмуючих чинників розвивається виснаження енергетичного потенціалу нервової системи, що призводить до порушення адаптивної здатності особистості;

4) лікування та реабілітація. Загальний період відновлення особистості залежить від вчасного надання комплексної медико-психологічної допомоги [43].

Посттравматичний стресовий розлад розвивається після латентного періоду, що настає після травми (від декількох тижнів до 6 місяців та більше). Переважна більшість осіб, які мають встановлений діагноз ПТСР, зауважують, що симптоматика виникає саме через певний проміжок часу (дні, тижні, місяці або навіть роки) після припинення дії травмуючого фактору (переїзд з населеного пункту, наближеного до зони бойових дій до більш віддаленого регіону, повернення військового до мирного життя). Варто зауважити, що несвоєчасне надання відповідної допомоги постраждалому може призвести до хронізації процесу та виникнення ускладнень [44, с. 90].

Наступним емоційним розладом, який найчастіше діагностують у осіб зрілого віку в умовах воєнного стану, є генералізований тривожний розлад.

Генералізований тривожний розлад – стан, який має хронічний характер і супроводжується надмірною тривогою та занепокоєнням, нерідко безмістовним, почуттям внутрішньої напруги та вегетативними симптомами, інтенсивність яких менша, ніж за панічного розладу. Такі особи відчувають внутрішню дрож, вони є полохливими, у всіх справах передбачають найгірший результат, проявляються нетерплячість, дратівливість, суєтність.

Головною ознакою генералізованого тривожного розладу (ГТР) є постійна тривога. Іншими словами, тривога набуває хронічного характеру. При ГТР надмірна хронічна тривога підтримується тривожними очікуваннями, які постійно виникають, та занепокоєнням. Зазначена стурбованість виникає з різних, не пов'язаних один з одним приводів (наприклад, стан здоров'я, робота та ін.). При цьому готовність до виникнення тривоги залишається навіть тоді, коли турбуючі хворого проблеми благополучно вирішуються [45, с. 126].

Так за міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) генералізований тривожний розлад (ГТР) характеризується певними ознаками, а саме:

А. Період щонайменше шість місяців з вираженою напруженістю, занепокоєнням й почуттям майбутніх неприємностей у повсякденних подіях та проблемах.

Б. Повинні бути присутніми щонайменше чотири симптоми з наступного списку, причому один з них з переліку 1-4:

- 1) посилене або прискорене серцебиття;
- 2) пітливість;
- 3) тремор або тремтіння;
- 4) сухість у роті (але не від ліків або дегідратації);

Симптоми, які відносяться до грудей і живота:

- 5) труднощі в диханні;

6) відчуття задухи;

7) біль або дискомфорт у грудях;

8) нудота або абдомінальний дистрес (наприклад, печіння в шлунку);

Симптоми, пов'язані з психічним станом:

9) почуття запаморочення, нестійкості або непритомності;

10) почуття, що предмети нереальні (дереалізація) або що власне Я віддалилося або «по справжньому знаходиться не тут»;

11) страх втрати контролю, божевілля або наступаючої смерті;

12) страх померти;

Загальні симптоми:

13) припливи або озноб;

14) оніміння або відчуття поколювання;

Симптоми напруги:

15) м'язова напруга або біль;

16) занепокоєння та нездатність до релаксації;

17) почуття нервозності, «на взводі» або психічної напруги;

18) відчуття грудки в горлі або утруднення при ковтанні;

Інші неспецифічні симптоми:

19) посилене реагування на невеличкі сюрпризи або на переляк;

20) труднощі в зосередженні уваги або «пустота в голові» через тривогу або занепокоєння;

21) постійна дратівливість;

22) утруднення при засипанні через занепокоєння.

В. Розлад не відповідає критеріям панічного розладу (F41.0), тривожно-фобічних розладів (F40), obsесивно-компульсивного розладу (F42) або іпохондричного розладу (F45.2).

Г. Найбільш часто використовувані критерії виключення. Тривожний розлад не обумовлений фізичним захворюванням, таким як гіпертиреозидизм, органічним психічним розладом (F10-F09) або розладом, пов'язаним з

вживанням психоактивних речовин (F10-F19), таким як надмірне вживання амфетаміноподібних речовин або скасування бензодіазепінів.

DSM-V Критеріями генералізованого тривожного розладу (ГТР) є:

- наявність в особи надмірного занепокоєння та заклопотаності (тривожного очікування) щодо низки подій або діяльності (наприклад, робота чи успішність у навчанні);
- особі важко контролювати своє занепокоєння;
- надмірне занепокоєння та заклопотаність особи пов'язані з ≥ 3 із нижче вказаних симптомів, що при цьому виникають у більшості днів протягом ≥ 6 попередніх місяців:

- відчуття занепокоєння, роздратування чи перебування на межі,
- швидка стомлюваність,
- труднощі з концентрацією уваги,
- дратівливість,
- м'язова напруга,
- порушення сну.

Як наслідок, симптоми викликають клінічно значущий дистрес або функціональні порушення. Фізично тривога може проявлятися: прискореним серцебиттям, зниженням слиновиділення, поколюванням, проблемами зі шлунком, підвищеною пітливістю рук, запамороченням, тремтінням [46].

Окремо слід зупинитися на розладах адаптації. Адже пристосування до нових умов життя в умовах сьогодення є доволі складним завданням не тільки для військовослужбовців, а й для цивільного населення. Систематичні обстріли об'єктів критичної цивільної інфраструктури, відсутність звичних ресурсів, обмеження енерго- та водопостачання свого часу стали буденною реальністю для кожного. Адаптація до ускладнених умов життя, що супроводжується постійним відчуттям небезпеки для життя та здоров'я, для значної кількості людей виявилось неподоланою. Саме тому одним з

найпоширеніших діагнозів у осіб, які проживають на всій території України став розлад адаптації.

Розладом адаптації є реакція недостатньої адаптації до стресової події, на тривалі психосоціальні труднощі або на комбінацію стресових життєвих ситуацій, що, як правило, виникає протягом місяця після впливу стресора і має тенденцію до вирішення протягом 6 місяців, якщо стресовий фактор не зберігається на триваліший термін.

Реакція на стресор характеризується симптомами стурбованості проблемою, а саме - надмірним занепокоєнням, рецидивними і болісними думками про стресор або постійними роздумами про його наслідки. У особин наявна нездатність адаптуватися, тобто симптоми заважають повсякденному функціонуванню, через що виникають труднощі з концентрацією уваги або порушення сну, які призводять до порушення працездатності. Симптоми розладу адаптації також можуть бути пов'язані із втратою інтересу до роботи та суспільного життя, дозвілля, що призводить до відповідних порушень у соціальному чи професійному функціонуванні (до обмеження кола спілкування, конфліктів в родині, прогулів на роботі тощо). Якщо критерії діагностики підходять для іншого розладу, то цей розлад слід діагностувати замість розладу адаптації.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

На підставі аналізу існуючих в науковій літературі теорій походження та сутності емоцій під емоціями запропоновано розуміти психофізіологічні реакції людини, забезпечені механізмом імпульсивної регуляції поведінки, заснованим на відображенні значущості зовнішніх впливів, їх сприятливості або шкідливості для життєдіяльності людини, які знаходять відображення у свідомості та зумовлені рівнем розвитку особистості та її віковими особливостями.

Емоційний розлад особи зрілого віку являє собою психічно-емоційний стан, за якого спостерігається порушення нормальних емоційних реакцій, та який характеризується інтенсивністю, стійкістю та тривалістю симптомів, обмежувачим впливом на повсякденне життя та перешкоджанням нормальному функціонуванню особи, викликаний станом афекту або певною травматичною подією та пов'язаним із нею стресом.

Зважаючи на дані опитувань та статистичний досліджень та беручи до уваги існуючу класифікацію психічних розладів за МКХ-10, можна говорити про такі типові емоційні розлади осіб зрілого віку в умовах воєнного часу:

- 1) афективні розлади, а саме розлади настрою (зокрема, депресивні епізоди);
- 2) емоційні розлади, пов'язані зі стресом:
 - фобічні тривожні розлади;
 - тривожні розлади (в тому числі генералізований тривожний розлад та депресивно-тривожні розлади);
 - гостра реакція на стрес;
 - посттравматичний стресовий розлад;
 - порушення (розлади) адаптації.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1 Дизайн та етапи дослідження емоційних розладів осіб зрілого віку в умовах воєнного стану

Дослідження здійснювалось у 5 основних етапів.

Етап 1 полягав у аналізі актуальної наукової літератури за темою дослідження, а саме проведенні контент-аналізу для формулювання визначення таких понять як “емоції” та “емоційний розлад”, систематизації знань про емоційні розлади осіб, які зазнали вплив військових дій в Україні, аналіз статистичних досліджень щодо діагностування в Україні емоційних розладів у осіб зрілого віку, аналіз зарубіжного досвіду, аналіз сучасних теоретичних моделей емоцій, аналіз прототипних програм психокорекції, дослідження питань взаємозв’язку емоційної та когнітивної компоненти як ключових об’єктів впливу в процесі психологічної реабілітації та психокорекції у осіб з емоційними розладами.

Етап 2 полягав у вивченні симптомів та особливостей кожного виду емоційного розладу осіб зрілого віку, які пов’язані із військовими діями в Україні (зокрема, розладів настрою, гострої реакції на стрес, ПТСР, генералізованого тривожного розладу, тривожно-депресивного розладу) за допомогою психодіагностичних методик, описової статистики, порівняння їх особливостей у різних демографічних груп.

Етап 3 у розробці аналізі особливостей психологічної реабілітації при емоційних розладах, дослідженні існуючих методик психокорекції, а також розробці власної програми психокорекції на основі аналізу прототипів.

Етап 4 полягав у безпосередньому емпіричному дослідженні, яке було проведено на базі Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради “Київський обласний центр ментального здоров'я”. Саме дослідження полягало у первинному діагностуванні досліджуваної та контрольної груп; роботі з досліджуваною групою разом із провідними

спеціалістами Центру за запропонованою Програмою реабілітації з метою виявлення ефективності в процесі психокорекції посиленого впливу на когнітивні функції учасників; оцінці ефективності розробленої програми психокорекції шляхом повторної психодіагностичної оцінки показників за основними використаними методиками.

Усіх учасників було випадковим чином поділено на дві групи – групу дослідження та групу порівняння (співвідношення розподілу ~1:1). Поділ шляхом простої рандомізації відбувався через призначення випадкового номеру (0 – група порівняння, 1 – група дослідження) кожному учаснику за допомогою програми рандомізатора. Учасники групи дослідження проходили стандартну стаціонарну медико-психологічну реабілітацію згідно протоколів і гайдлайнів і додатково залучалися до розробленої програми психокорекції. Учасники групи порівняння проходили стандартну стаціонарну медико-психологічну реабілітацію. Стандартна медико-психологічна реабілітація включала в себе клінічне та нейропсихологічне обстеження, фармакотерапію, соціальну роботу, фізичну терапію, психоедукацію та психологічне консультування залежно від індивідуальних потреб та можливостей учасників.

Оцінка ефективності розробленої програми психокорекції здійснювалась шляхом повторної психодіагностичної оцінки показників учасників і порівняння результатів груп між собою та з початковими рівнями показників за допомогою методів аналітичної статистики. Повторна психодіагностична оцінка відбувалася по завершенню перебування в стаціонарі і проходженню всіх сесій програми психокорекції.

Етап 5 у оформленні результатів наукового та емпіричного дослідження.

2.2 Методи дослідження емоційних розладів у осіб зрілого віку в умовах воєнного стану

Під час першої зустрічі з клієнтом, психолог проводить перший етап бесіди, який складається з трьох частин. Перша частина бесіди – встановлення контакту і початок бесіди. Друга частина - це збір анамнезу та загальних (формальних) даних про клієнта (зокрема, вік, місце проживання (має значення з точки зору близькості до зони бойових дій), освіта, сімейний стан, склад сім'ї, посада, наявність попередніх травм тощо. Також окремо для військових з'ясуванню підлягає військове звання, рід військ, стаж бойового досвіду). Третя частина - це фіксація скарг щодо стану здоров'я (на рівні нейроповедінкових проявів).

Надалі при аналізі локусу скарги відбувається патопсихологічне діагностичне дослідження (з метою формулювання певних пропозицій щодо можливого діагнозу, а також виключення патологій), а також відстеження емоційних та поведінкових проявів.

Саме на цьому етапі важливим є застосування діагностичних методик з метою визначення психологічного стану клієнта на підставі його психологічного запиту.

Зокрема, діагностика стресових станів, афективних розладів або посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (тобто всіх видів розладів, де задіяний емоційний компонент) зазвичай включає в себе комбінацію психологічних оцінок та стандартизованих методик, серед них:

- клінічне інтерв'ю (або бесіда): психолог проводить детальне клінічне інтерв'ю (бесіду) з клієнтом, щоб з'ясувати симптоми, тривалість та інтенсивність симптомів. Це дозволяє з'ясувати наявність критеріїв для діагностики певного виду емоційного розладу. Слід зазначити, що в Україні немає затверджених обов'язкових або рекомендованих до застосування анкет структурованого діагностичного інтерв'ю. Розробка та використання подібних форм вже має місце в країнах Заходу, зокрема в Польщі. До цього звіту додано

в якості прикладу Анкету структурованого діагностичного інтерв'ю (тесту) для дорослих, розроблену Клінікою психіатрії, бойового стресу і психотравматології при Військовому медичному інституті (м. Варшава) (Додаток А);

- історія травматичного досвіду: оцінка історії травматичного досвіду, включаючи деталі події, тривалість і ступінь експозиції. Це допомагає встановити зв'язок між травматичними подіями та симптомами;
- клінічні шкали оцінки: використання спеціалізованих клінічних шкал, таких як “Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)” (PCL та PCL-M); Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ-9) – шкала самооцінки депресії; Опитувальник нейроповедінкових симптомів; Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI); Опитувальник з генералізованої тривоги - GAD-7; Опитувальник Міні-мульти; Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП); Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД); Анкета “Стрес-фактори”; Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinicaladministered PTSD Scale - CAPS); Стандартизований багатфакторний метод дослідження особистості (СБМДО); Опитувальник травматичного стресу І.О.Котеньова; Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний та військовий варіанти); Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, Scl-90-R), в адаптації Н.В. Тарабриної тощо.
- фізіологічні показники: вимірювання фізіологічних показників, таких як пульс, артеріальний тиск і рівень кортизолу, які можуть свідчити про фізіологічну активацію, пов'язану з емоційним розладом, може допомогти психологу у діагностиці.

Учасники могли бути залучені в дослідження в разі відповідності всім наступним критеріям включення: 1) зазнали впливу травмуючого фактору,

пов'язаного з військовими діями на території України; 2) мали можливість надати інформовану згоду на участь у проведенні емпіричного дослідження; 3) були віком від 18 до 64 років. Особи не включалися в дослідження в разі, якщо відповідали хоча б одному з наступних критеріїв: 1) мали контузії або інші ураження головного мозку, черепно-мозкові травми; 2) мали підтверджений діагноз залежності від психоактивних речовин; 3) мали психотичний розлад в момент обстеження.

Середній вік учасників дослідження становив 38.03 ± 8.59 років. Мінімальний вік склав 24 роки, максимальний 59 років. Більшість учасників були чоловіками - 34 (68%), і 16 осіб були жіночої статі (32%). Більше половини були одружені/заміжні (43 учасники / 86%), без пари було 7 учасники (14%).

Отже, основними методиками діагностики, використаними під час проведення дослідження стали наступні.

PCL-5 – шкала самооцінки наявності ПТСР

Тривалість діагностики складає 5-7 хвилин.

Опитувальник являє собою шкалу з 20 пунктів для самостійної оцінки наявності та тяжкості симптомів ПТСР. Питання PCL-5 відповідають критеріям ПТСР по DSM-5. PCL-5 допомагає вирішити різні клінічні питання, включаючи кількісну оцінку та моніторинг симптомів з плином часу, скринінг людей на ПТСР, допомогу в постановці попереднього діагнозу ПТСР.

PCL-5 є інструментом самооцінки. Він був розроблений Національним центром з ПТСР США (National Center for PTSD). При цьому його не рекомендують використовувати як самостійний діагностичний інструмент. При розгляді діагнозу необхідно використовувати навички клінічного опитування та рекомендоване структуроване інтерв'ю (наприклад, Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, CAPS-5) для визначення діагнозу.

Існують три версії PCL – шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL –М - це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового)

військового досвіду». PCL-C – версія для цивільного населення, і питання стосуються «травматичного (стресового) досвіду у минулому». PCL-S – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому. Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту.

Оцінка результатів і психометрія. Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Дані PCL-5 показують, що 5 балів - мінімальний поріг для визначення того, чи людина відповіла на лікування, а 10 балів - мінімальний поріг для визначення того, чи є поліпшення клінічно значущим.

Скринінг на ПТСР вважається позитивним, за умови якщо кількість балів перевищує 33.

При проведенні дослідження опитувальник PCL-5 застосовувався на первинній діагностиці контрольної та дослідної груп та після проведення психокорекційних вправ з метою відстеження процесу зниження симптомів ПТСР та визначення ступеня ефективності запропонованих рекомендації щодо змісту психокорекційної програми.

Шкала нейроповедінкових симптомів (NSI, Neurobehavioral symptom inventory). Шкала нейроповедінкових симптомів є опитувальником,

розробленим Cicerone K.D. і Kalmar K. та містить 22 твердження щодо соматичних, афективних, сенсорних та когнітивних симптомів посткомоційного синдрому (Cicerone & Kalmar, 1995).

Особа має оцінити кожне твердження за п'ятибальною шкалою Лікерта від 0 (рідко, якщо взагалі наявний) до 4 (майже завжди наявний), більший бал означає більш негативний вплив симптому на функціонування. Далі кількість балів за кожне твердження сумується, та вираховується загальний бал, який може варіюватись від 0 до 88. Опитувальник широко використовується в закладах охорони здоров'я України. Даний опитувальник має хорошу внутрішню узгодженість, є валідним та надійним. Згідно з наявними сьогодні дослідженнями, у військовому контексті значуща різниця між групами Опитувальника коливається від 8 балів до 12 балів. В даному дослідженні зроблене припущення, що маркер має знаходитись десь в цьому діапазоні, і визначили клінічно значущу різницю між групами на рівні 10 балів.

Шкала депресії А.Т. Бека є методикою, яка дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивного розладу.

Оцінка результатів і психометрія. За відповіді нараховується відповідні бали: “а” – 0 балів, “б” – 1 бал, “в” – 3 бали, “г” – 4 бали. Підраховується загальна сума балів (в тому випадку, якщо в окремих питаннях опитуваний обирає не одне, а декілька тверджень, їх рахують теж).

Інтерпретація результатів дозволяє визначити ступінь депресії:

0-4 бали – депресія відсутня;

5-7 бали – ступінь депресії легкий;

8-15 бали – ступінь депресії середній;

16 і більше балів – рівень депресії високий.

В межах дослідження клінічно значущими вважався результат відповідного покращення на рівні не менше 10 балів.

PHQ-9 - Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я
Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire - PHQ-

9) є шкалою самооцінки депресії, який складається з дев'яти пунктів, є ефективним в діагностиці ВДР, так само як і для обрання методів (засобів) лікування та моніторингу результатів.

Питання опитувальника спрямовані на самодіагностику симптомів, пов'язаних із процесами діяльності, настроєм, сном, апетитом, загальним фізичним станом, концентрацією уваги, процесами збудливості та самооцінкою.

Критеріями оцінки результатів PHQ-9 є наступні.

Загальний бал

0-4 Депресія відсутня

5-9 Легка («субклінічна») депресія

10-14 Помірної тяжкості депресія

15-19 Середньої тяжкості депресія

20-27 Тяжка депресія

*Бал ≥ 10 є інформативним в значенні ВДР з чутливістю та специфічністю 83%.

Опитувальник вираженості тривожності GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder 7). Це інструмент для самооцінки, який призначений для визначення ступеню тяжкості загального тривожного розладу у дорослих. Цей опитувальник розроблено на основі діагностичних критеріїв DSM для загального тривожного розладу. Він складається з семи питань, на які респонденти відповідають, надаючи оцінку своєму стану за попередні два тижні від "0" майже ніколи до "3" майже щодня.

GAD-7 є визнаним валідним та надійним інструментом, який доволі часто використовується в практичній діяльності для скринінгу тривожних розладів, визначення ступеня їх тяжкості та моніторингу реакції на лікування. Незважаючи на його специфіку до загального тривожного розладу, GAD-7 також може бути дієвим та корисним для виявлення інших видів тривожних розладів.

Інтерпретація результатів:

0-4 балів – мінімальна тривожність;

5-9 балів – легка тривожність;

10-14 балів – помірна тривожність;

15-21 балів – висока тривожність.

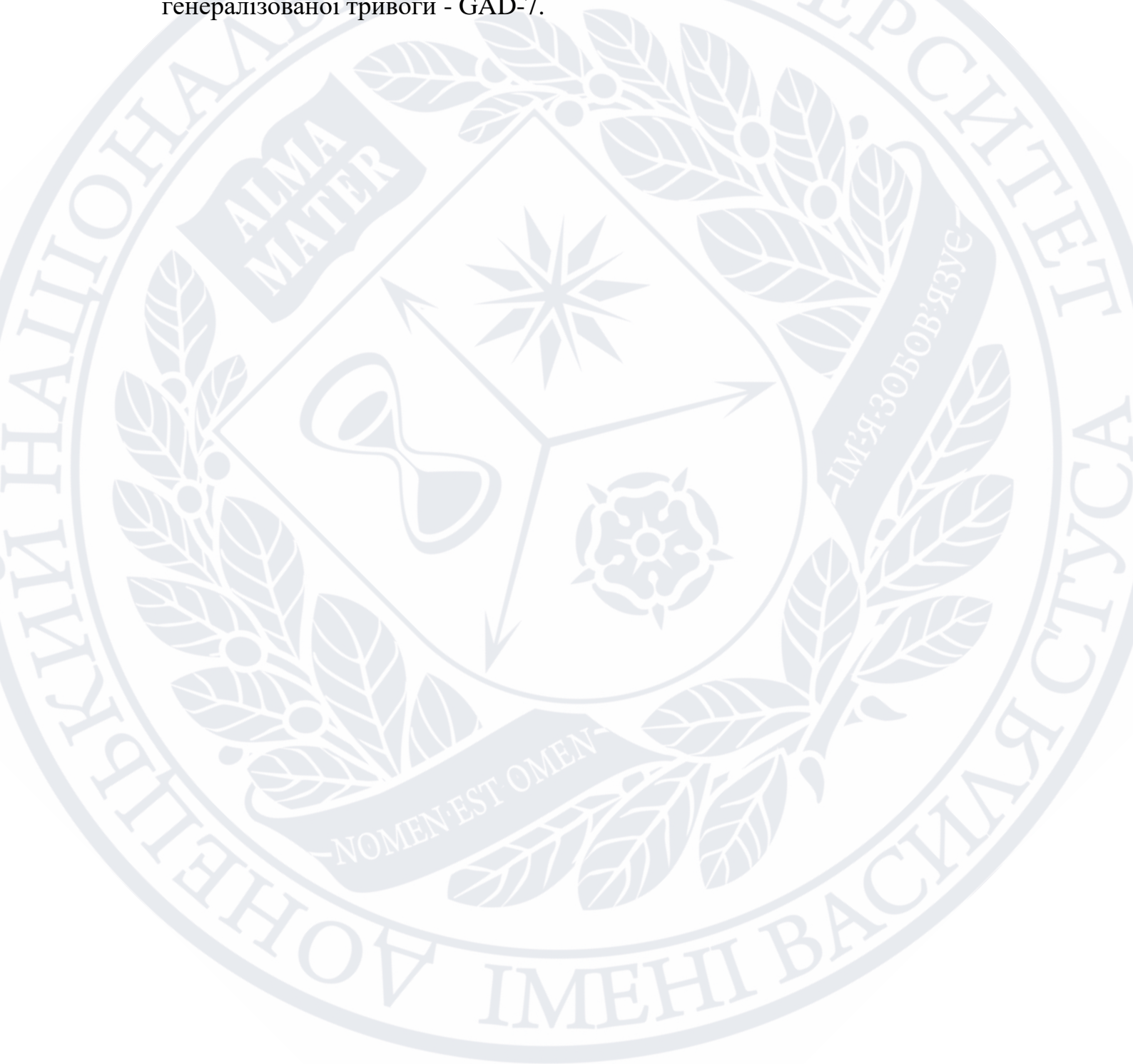
Для отримання більш повних результатів щодо ефективності розробленої програми психокорекції, окрім статистичної значущості, в даному дослідженні також аналізувалась клінічна значущість, тобто найменша зміна в показниках, яку можна вважати практично цінною та важливою при зміні тактики лікування та реабілітації

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Дослідження здійснювалось у 5 основних етапів. Етап 1 полягав у аналізі актуальної наукової літератури за темою дослідження, зарубіжного досвіду, сучасних теоретичних моделей емоцій, прототипних програм психокорекції, дослідження питань взаємозв'язку емоційної та когнітивної компоненти як ключових об'єктів впливу в процесі психологічної реабілітації та психокорекції у осіб з емоційними розладами. Етап 2 полягав у вивченні симптомів та особливостей кожного виду емоційного розладу осіб зрілого віку, які пов'язані із військовими діями в Україні. Етап 3 у розробці аналізі особливостей психологічної реабілітації при емоційних розладах, дослідженні існуючих методик психокорекції, а також розробці власної програми психокорекції на основі аналізу прототипів. Етап 4 полягав у безпосередньому емпіричному дослідженні, яке було проведено на базі Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради “Київський обласний центр ментального здоров'я”. Етап 5 у оформленні результатів наукового та емпіричного дослідження.

Основними методиками діагностики, використаними в ході емпіричного дослідження стали клінічні шкали оцінки, зокрема “Опитувальник для

первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)” (PCL та PCL-M); Опитувальник респондента про стан здоров’я (RHQ-9) – шкала самооцінки депресії; Опитувальник нейроповедінкових симптомів; Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI); Опитувальник з генералізованої тривоги - GAD-7.



III. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ДЛЯ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З ДІАГНОСТОВАНИМИ ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ

3.1 Психокорекційна програма для емоційних розладів у осіб зрілого віку в умовах воєнного стану

На підставі попереднього діагнозу пацієнта, формулюється конкретне консультативне завдання (як приклад): “Ціль: допомогти пацієнту знизити симптоми емоційного розладу та поліпшити його психоемоційний стан”.

Як зазначає, М.І. Краснокутський, наслідки тривалої травми, пов’язаної із військовими діями необхідно аналізувати в повному діапазоні від негативних (ПТСР, зниження рівня психологічного здоров’я особистості) до позитивних (посттравматичне зростання, активізація власних ресурсів). Зокрема, на думку автора, негативними наслідками травматизації є: на соціально-психологічному рівні - зниження схильності до співпраці та спілкування, здатності до співпереживання, зниження рівня довіри до світу; на ціннісно-смысловому рівні - втрата здатності шукати та знаходити нові перспективи життя, погіршення процесів осмислення минулого, зниження здатності отримувати задоволення від повсякденності; на індивідуально-психологічному рівні - порушення цілісності особистості, деструктивні зміни ідентичності, зниження потреби в самовираженні та самореалізації, зниження якостей врівноваженості та адаптивності [47].

Аналіз моделей психологічної корекції та психологічного зростання свідчить, що основною умовою збереження психологічного здоров’я є готовність особи самостійно та з творчим підходом будувати своє життя. Головним засобом відновлення психологічного (ментального) здоров’я є соціальна та медико-психологічна реабілітація як комплексний процес покращення життя та особистого благополуччя. Здатність особи керувати власним життям передбачає також відновлення її готовності до роботи над собою у майбутньому. Саме тому реабілітація має передбачати варіативність

втручань та психокорекційних вправ з урахуванням історії життя особи, її можливостей і характеру та особливостей травми, можливість відновлення частково втрачених функцій, профілактику ускладнень [48, с. 145].

В психології виокремлюють основні та допоміжні показники психологічного здоров'я особистості.

Основними показниками є цілісність, самореалізація та саморегуляція. Допоміжні показники слід розглядати на трьох основних рівнях: індивідуально-психологічному (адаптивність, врівноваженість, креативність), ціннісно-смисловому (пошук нових сенсів, усвідомлення та опрацювання досвіду, здатність радіти подіям та життю) та соціально-психологічному (схильність до співпраці, емпатія) [49, с. 35].

Обов'язковим елементом процесу психологічної реабілітації є психоедукація. Зміст такої інтервенції полягає у роз'ясненні пацієнту сутності емоційних станів, характеру емоційного розладу або ж його реакції на стрес, особливостей його зовнішніх проявів, їх впливу на психоемоційний стан. Психолог акцентує увагу на всіх ключових скаргах пацієнта, пояснюючи їх сутність та нормальність фізіологічного процесу їх протікання.

Психолог наголошує, що кожний прояв піддається коригуванню. Що психологічна допомога дає можливість не тільки зменшити прояв симптомів психічного розладу, але й позбутися їх. Задача психолога на даному етапі полягає також у тому, щоб пояснити пацієнту, що з кожним аспектом психічного розладу можна і варто працювати. Надалі психолог з'ясовує, що саме може бути пропрацьовано протягом індивідуальних консультацій, поступово переходячи до конкретних етапів психокорекційної роботи.

Основними завданнями психокорекційної роботи є:

А) розуміння та прийняття діагнозу: розглянути інформацію щодо певного емоційного розладу, роз'яснити симптоми та їх зв'язок з травмуючою подією. Допомогти пацієнту розуміти, що його реакції та почуття є нормальними у контексті досвіду;

Б) розвиток стратегій саморегуляції: навчити пацієнта методів саморегуляції, такі як глибоке дихання, медитація або релаксаційні техніки, щоб знизити тривогу та стресові реакції;

В) робота з травматичними спогадами: допомогти пацієнту розвинути стратегії для роботи з негативними спогадами, включаючи техніки зниження напруги;

Г) вироблення навичок копіngu: навчити пацієнта здійснювати позитивне самовираження та ефективні стратегії копіngu зі стресом, такі як здоровий спосіб життя, соціальна підтримка, планування розваг та розвиток хобі;

Д) планування майбутнього: допомогти пацієнту встановити реалістичні особисті цілі, розробити стратегії саморозвитку та розвиток позитивної життєвої перспективи після зниження або повного позбавлення симптомів психічного розладу.

Адже для відновлення психологічного здоров'я як цивільних осіб, так і військовослужбовців, яке зазнали травматизації через військові дії в Україні необхідними критеріями є: досягнення більш високого рівня особистісної цілісності, віра в себе та власні ресурси і можливості, здатність до самопомоги та самопідтримки; підвищення самоефективності та самоконтролю; посилення ціннісно-мотиваційні ресурсів; відновлення конструктивних та емпатичних стосунків з оточуючими.

Крім того, при побудові психокорекційної програми слід враховувати наступні показники:

Ресурси: оцінка доступних ресурсів, таких як психологічна підтримка, терапевтичні послуги, медична допомога та соціальна підтримка. Важливо врахувати наявність і доступність цих ресурсів для військового.

Середовище: оцінка впливу середовища на пацієнта, включаючи сімейну підтримку, соціальне середовище та військову структуру. Розуміння,

як середовище може впливати на консультативний процес, допоможе планувати ефективні стратегії підтримки.

Мотивація: оцінка рівня мотивації пацієнта для змін та активної участі у консультативному процесі. Розуміння мотиваційних факторів може допомогти розробити індивідуальний підхід і врахувати особливості пацієнта.

Часові обмеження: оцінка часових обмежень, які можуть бути пов'язані зі службовими зобов'язаннями та розкладом військового. Необхідно знайти способи адаптувати консультативний процес до часових обмежень, наприклад, шляхом гнучкого планування сеансів.

Індивідуальні особливості: врахування індивідуальних особливостей пацієнта, таких як особистість, вікові особливості, освіта та досвід.

На підставі аналізу зарубіжних (Інтервенція резилієнсу та пристосування (Resilience and Adjustment intervention, RAI) Кройцера 2018 року [51]; Сімейна резилієнс-орієнтована інтервенція Зондергарда 2019 року [52]; Реабілітаційна програма LoveYourBrain Доннеллі 2019 року [53]; Техніки емоційного вивільнення (Emotional Freedom Techniques, EFT) Чарджа та ін. 2020 року) [54] та українських наукових робіт (програма інтервенцій для осіб з черепно-мозковими травмами Д. Асонова (дослідження когнітивних та емоційних компонентів резилієнсу), 2021 року) [55], спрямованих на вплив тих чи інших корекційних вправ на зменшення симптомів емоційних розладів та на покращення загального психоемоційного стану пацієнта, зроблено висновок, що комплексний вплив на когнітивні процеси та емоційну компоненту (а саме позитивні емоції та стрес-менеджмент) є найбільш результативним підходом для психокорекції емоційних розладів.

Для прикладу наведемо методика емоційно-вольової саморегуляції (ЕВС), яка включає в себе техніки та прийоми послідовного самовпливу з метою підвищення емоційної та вольової стійкості співробітників правоохоронних органів в небезпечних ситуаціях. ЕВС спрямована на вдосконалення навичок самовладання, впевненості у своїх силах, увагу,

пам'ять та образне мислення. Водночас вказана методика попереджає розумову й фізичну перевтому, підвищує працездатність, сприяє зміцненню нервової системи. Більшість вправ методики пов'язана з набуттям навичок м'язової релаксації, оскільки фізично прояв негативних емоцій супроводжується м'язовою напругою. Зазначені навички допомагають зняти стрес, тривогу, подолати інші негативні емоції.

Ця методика складається з трьох етапів, кожен з яких передбачає виконання вправ щодо регуляції психофізичного стану. Крім того, виконання вправ супроводжується відповідними реченнями для навіювання.

Так, перший етап методики передбачає:

- здійснення самоконтролю за зовнішнім проявом негативних емоцій (хвилювання, страв, гнів тощо) через вираз обличчя, глибину дихання, розслаблення м'язів;
- підвищення емоційної та вольової стійкості перед виконанням та у процесі виконання службового завдання;
- вправи на зняття втоми;
- техніки швидкого засипання.

Другий етап методики передбачає опанування комплексу технік та вправ, які підсилюють здатність до саморегуляції та самоконтролю, підвищенню емоційної та вольової стійкості.

Третій етап методики передбачає оволодіння комплексом вправ і технік саморегуляції майбутнього поведіння в небезпечних ситуаціях. Тож, дана методика виступає дієвим способом самовиховання та психологічної підготовки до дій в обставинах ризиковості й небезпеки, зокрема в повсякденній правоохоронній діяльності.

Прикладами вправ і словесних формул («ключів») використання ЕВС в екстремальних умовах воєнного часу є:

- самоконтроль за зовнішнім проявом негативних емоцій, з додатковим використанням навичок ритмічного дихання та розслабленням мускулатури (два – три кроки – вдих; чотири – п'ять – видих; один – два – пауза);

- самонавіювання – («Я заспокоююся... Я зовсім спокійний», «Впевнений у своїх силах», «Вся сила – на виконання завдання», «Я зможу перебороти труднощі», «Чітко уявляю свої дії», «Беру себе в руки», «На небезпечні дії супротивника – реакція миттєва», «Моя увага загострюється... Легко зосереджуюся на меті... Я весь – уважний», «До сильних звуків байдужий... зовсім байдужий... але чую чітко всі команди» [57, с. 306-313]. Тож, від емоційної стійкості особистості залежить її поведінка та наслідки діяльності в умовах небезпеки у воєнний час.

На підставі аналізу наукових робіт, присвячених тематиці впливу тих чи інших корекційних вправ на зниження симптомів емоційних розладів, а також покращення загального психоемоційного стану особи, було зроблено висновок, що саме комплексний вплив на когнітивні процеси та емоційну компоненту (тобто позитивні емоції та стрес-менеджмент) є найбільш результативним підходом в процесі психокорекції емоційних розладів.

Підвищення когнітивних показників пацієнта (особливо пам'яті, концентрації та уваги, а також виконавчих функцій), так само, як і відновлення його можливостей щодо керування власними емоціями, повернення здатності відчувати позитивні емоції, а також набуття навичок з ефективного управління стресом є особливо цінними компонентами гарного відновлення та достатнього резилієнсу в майбутньому, саме тому обираючи їх як головні мішені психокорекційних вправ та методик, можна сприяти покращенню психоемоційного стану особи.

Вибір когнітивних та емоційних компонентів в якості мішеней психокорекційних інтервенцій може з більшою ефективністю покращити психоемоційний стан пацієнта. Такі інтервенції мають як потенціал не тільки зменшення або компенсацію симптомів емоційного розладу, але й дозволяють

побудувати на цьому набутому досвіді основу для подальшого психоемоційного та когнітивного зростання, а тому, можуть мати цінність для вдосконалення ефективності процесу медико-психологічної реабілітації.

Тому сформовано наступні рекомендації щодо структури програми психокорекції при емоційних розладах осіб зрілого віку.

По-перше, зважаючи на тривалість перебування пацієнтів в закладах медичної допомоги програму запропоновано представити у складі шести 60-хвилинних сесій, що відповідатиме вимозі короткочасності.

По-друге, програму реабілітації доцільно проводити в два умовні етапи. Перший етап (сесії 1-3) включатиме інтервенції, спрямовані на вплив на відчуття власного тіла (а саме на відновлення відчуття безпеки та зв'язку з власним тілом), а також на когнітивні показники й розвиток когнітивних компонентів пацієнту, таких як адаптивні виконавчі навички, навички ефективного запам'ятовування, навички концентрації уваги. Другий етап (сесії 4-6) включатиме інтервенції, спрямовані на вплив на афективні фактори (в тому числі емоційні реакції) та розвиток емоційних компонентів, таких як позитивний світогляд, здатність відчувати та підживлювати позитивні емоції, навички контролю негативних емоцій.

Зміст кожної сесії пропонується наповнити наступним чином.

Перша сесія включатиме теоретичну та практичну частини. Теоретична частина заняття має на меті визначення мети участі в програмі та психоедукацію учасників з питань емоційних розладів (сутності цих психоемоційних станів, їх видів та характеру перебігу, особливостей їх деструктивного впливу не тільки на психоемоційний стан, а й на організм в цілому, необхідність корекційного впливу на когнітивну та емоційну компоненти задля зменшення симптомів розладу та покращення стану пацієнта). Практична частина спрямована на знайомство учасників та обговорення навичок, необхідних для ефективної реадаптації.

На другій сесії також запропоновано виокремити теоретичну та практичну частини. Теоретична частина являтиме собою психоедукацію учасників щодо впливу фізичних вправ на організм та на психоемоційний стан, щодо важливості вправ на стабілізацію стану, а також вправ на встановлення зв'язку з власним тілом. Практична частина спрямована на володіння учасниками основними психологічними техніками саморегуляції, які можуть допомогти знизити рівень тривоги та стресу, а також в цілому покращити психоемоційний стан. Серед найбільш визнаних технік:

глибоке дихання (фокусування на своєму диханні, роблячи глибокі вдихи через ніс і повільні видихи через рот. Це сприяє зниженню фізіологічної активації і релаксації);

прогресивна м'язова релаксація (починаючи з м'язів ніг і закінчуючи обличчям, послідовне напруження й розслаблення кожної групи м'язів. Це допомагає відчутти фізичне та психологічне розслаблення);

активний відпочинок (заняття фізичною активністю, яка сприяє розслабленню, такою як йога, прогулянка або плавання. Фізична активність допомагає не тільки знизити рівень стресу, а й покращити настрій);

сенсорно-посилена йога (вправи, які сприяють зниженню чи, навпаки, збудженню нервової системи пацієнта).

Також практична частина включатиме десяти-п'ятнадцятихвилинне заняття з основними формами сенсорно-посиленої йоги, спрямованими на зниження активності нервової системи, чи навпаки на її збудження.

Наприкінці другої сесії учасникам надається відповідний роздатковий матеріал, який дозволить практикувати вправи самостійно та відстежувати відчуття та зміни у власному тілі (Додаток Б).

Третя сесія присвячена виконанню завдань з концентрації уваги та тренуванню пам'яті за допомогою відповідних комп'ютерних програм (зокрема, програма RehaCom), а також тренуванню технік, спрямованих на покращення концентрації уваги та ефективного запам'ятовування важливої

інформації. Метою сесії є надати розуміння, як підвищення когнітивних показників сприяє швидшому відновленню та процесу реабілітації.

Під час четвертої сесії запропоновано надавати учасникам інформацію щодо емоційного контролю та управління стресом, вміння використовувати стратегії зниження стресу, навичок розпізнавання симптомів емоційного розладу та практичне засвоєння технік контролювання зазначених симптомів.

Під час практичної частини сесії запропоновано оволодіти навичками виконання вправ сенсорно-посиленої його з відповідними афірмаціями: “Я відчуваю себе цілком присутнім у цей момент”, “Я відчуваю зв'язок із навколишнім світом”, “Я відчуваю важкі емоції, не ототожнюючись з ними”, “Я сприймаю життєві проблеми з душевним спокоєм”.

Наприкінці четвертої сесії учасникам надається відповідний роздатковий матеріал, який дозволить практикувати вправи самостійно та відстежувати зміни та відчуття у власному тілі (Додаток В).

П'яту сесію запропоновано присвятити психоедукації учасників з питань позитивних та негативних емоцій, їх зв'язку з тілом та ресурсним потенціалом людини. Практична частина сесії спрямована на тренування технік майндфулнес, навичок культивування позитивних емоцій, технік самозаспокоєння та управління гнівом.

Під час практичної частини сесії запропоновано виконання вправ сенсорно-посиленої його на баланс та гнучкість з відповідними афірмаціями: “Я спостерігаю свої обмежувальні переконання, не ототожнюючись з ними повністю”, “Я охоче відпускаю те, що більше не служить мені”, “Я можу відступити і бути свідком своїх думок і емоцій”.

Наприкінці сесії учасникам надається відповідний роздатковий матеріал, який дозволить практикувати вправи самостійно та відстежувати зміни та відчуття у власному тілі (Додаток Г).

Останню, шосту, сесію запропоновано також розпочинати з теоретичної частини, присвяченої питанням розвитку оптимізму та

позитивного мислення, а також підсумовуванні досвіду, отриманого під час участі в програмі психокорекції. Практична частина включатиме вправи на набуття навичок цілеполагання.

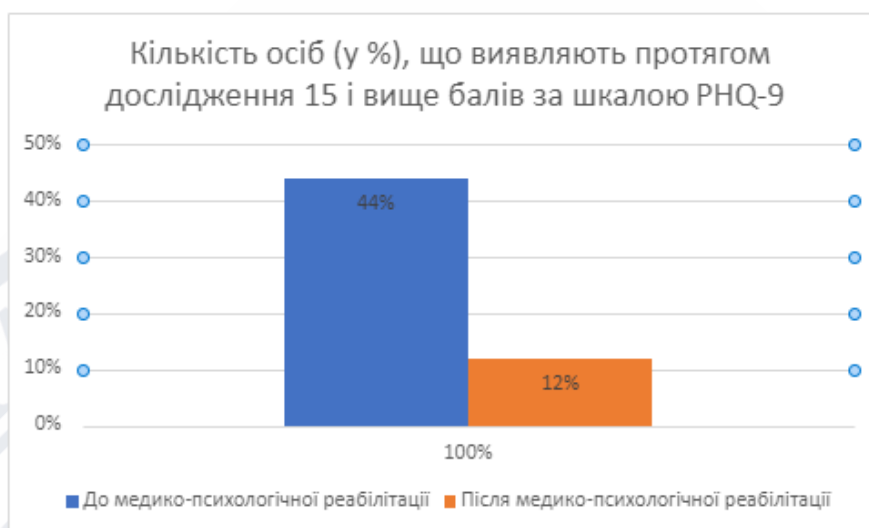
Також під час практичної частини сесії запропоновано оволодіти навичками виконання вправ сенсорно-посиленої його з відповідними афірмаціями: “У мене є моменти, коли я забуваю свої неприємності і відчуваю насолоду в тому, що я роблю”, “Я можу використовувати свій розум, щоб генерувати позитивні спогади, образи або інші чутливі враження (наприклад, звуки, запахи), які дають почуття безпеки, спокою або навіть радості”, “У мене є хобі та/або інші інтереси, які приносять мені комфорт або радість”, “У мене є моменти, коли я підключаюся до чіткого розуміння напрямку і мети в житті”. Можливим є проведення медитативної практики.

Наприкінці шостої сесії учасникам надається відповідний роздатковий матеріал, який дозволить практикувати вправи самостійно та відстежувати зміни та відчуття у власному тілі (Додаток Д).

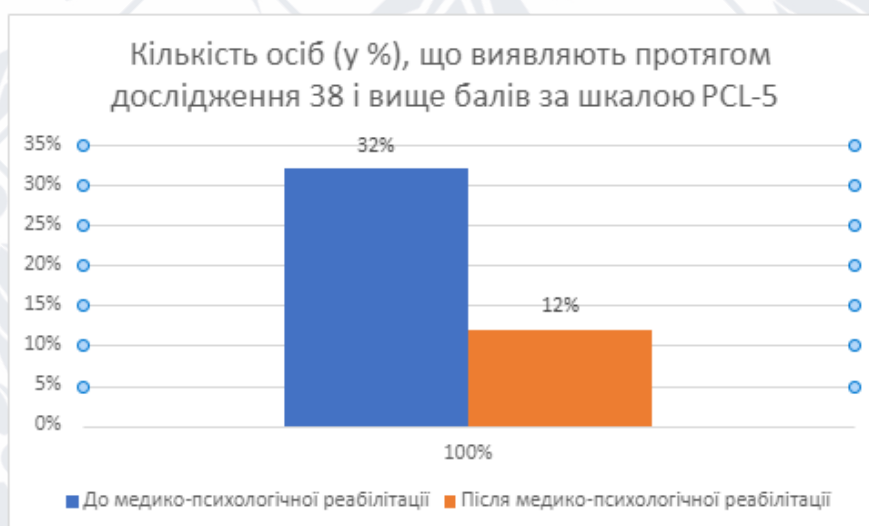
3.2 Оцінка ефективності психокорекційної програми для осіб зрілого віку з діагностованими емоційними розладами

Ефективність запропонованих рекомендацій щодо структури та змісту програми психокорекції підтверджується відповідними показниками, а саме значним покращенням психоемоційного стану (за результатами повторного тестування) та зниженням симптомів у пацієнтів, які перебували в досліджуваній групі.

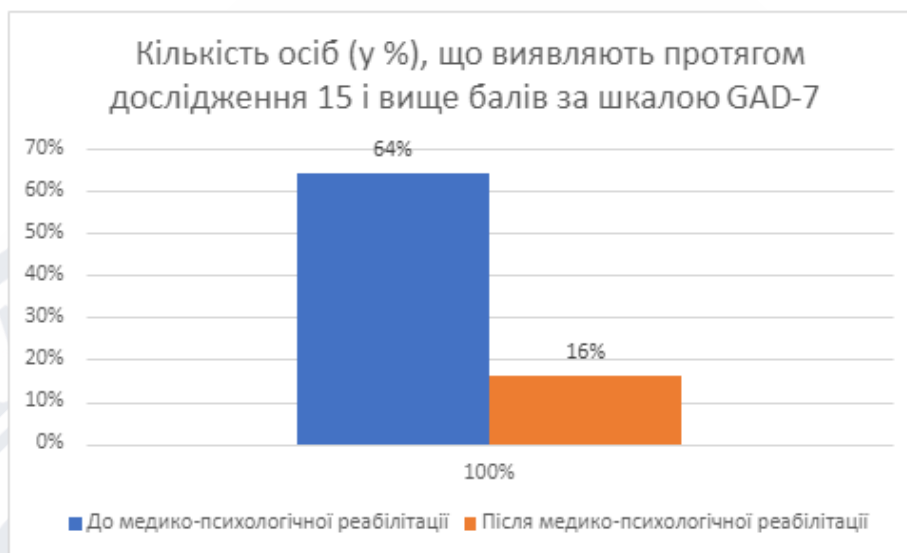
Так, кількість осіб (у %), що виявили під час дослідження 15 і вище балів за шкалою Опитувальника пацієнта про стан здоров'я PHQ-9 зменшилась з 44% (11 пацієнтів з 25) до 12% (3 пацієнта з 25). Дані відображені на діаграмі 1.



Кількість осіб (у %), які мали під час дослідження показник на рівні 38 і вище балів за шкалою самооцінки наявності ПТСР PCL-5 зменшилась з 32% (8 пацієнтів з 25) до 12% (3 пацієнта з 25). Дані відображені на діаграмі 2.



Кількість осіб (у %), що мали під час дослідження 15 і вище балів за шкалою Опитувальника вираженості тривожності GAD-7 зменшилась з 64% (16 пацієнтів з 25) до 16% (4 пацієнта з 25). Дані відображені на діаграмі 3.



Також покращення стану пацієнтів досліджуваної групи відслідковувалось і за показниками шкали нейроповедінкових проявів NSI на рівні, кращому за показники контрольної групи. Однак, оскільки показники двох груп різнились на 5,25 бала, визнано, що доповнення лікувальних заходів запропонованою програмою психокорекції покращувало нейроповедінкове функціонування і мало статистично значущий ефект, проте не досягало рівня клінічної значущості.

Учасники контрольної групи також отримували відповідну медико-психологічну допомогу. Така допомога надавалась в межах індивідуальних консультацій, а також групових занять з біосугестивної терапії, занять з арт-терапії та сеансів VR-терапії, інших щоденних загальнодоступних активностей Центру. Результати прогресу контрольної групи виявились нижчими за результати досліджуваної групи, зокрема це виявилось в тому, що за повторним тестування за шкалами PHQ-9 та GAD-7 середній рівень тривоги та депресії впав до позначки 10,27 (тобто депресії та тривоги помірної тяжкості). Натомість учасники контрольної групи в більшості своїй перетнули позначку 8, що свідчить про те, що рівень тривоги та депресії став легким ("субклінічним") (Додаток 5).

Згідно з наданими вище рекомендаціями щодо структури та змісту програми психокорекції для осіб зрілого віку, які мають симптоми емоційного розладу, програма запропонована як короткострокова, тому, може бути застосована під час перебування особи в реабілітаційному стаціонарі; програма є комплексною та націлена одразу на когнітивні та емоційні компоненти; містить в собі психоосвітній компонент та практичні заняття з тренування конкретних навичок.

Сесії є нетривалими (55-60 хвилин), а інформація, яка подається, викладена у доступній формі та спрямована на компенсаторні механізми психіки. Метою програми психокорекції є опанування пацієнтом теоретичних знань і практичних навичок, необхідних не лише для тимчасового покращення психічного стану, а й таких, що можуть слугувати фундаментом для подальшого відновлення та зробити досягнуті результати стійкими в часі.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

На підставі аналізу наукових джерел, присвячених дослідженню впливу тих чи інших корекційних вправ на зменшення симптомів емоційних розладів та на покращення загального психоемоційного стану пацієнта, та програм психокорекції/реабілітації осіб з симптомами емоційних розладів, зроблено висновок, що комплексний вплив на когнітивні процеси та емоційну компоненту (а саме емоційний контроль, позитивні емоції та стрес-менеджмент) є найбільш результативним підходом для психокорекції емоційних розладів.

Розроблено практичні рекомендації щодо змісту психокорекційної програми в межах психологічної допомоги особам зрілого віку з емоційними розладами, пов'язаними з військовими діями в Україні. Зокрема, програма запропонована як короткострокова, тому, може бути застосована під час перебування особи в реабілітаційному стаціонарі; програма є комплексною та націлена одразу на когнітивні та емоційні компоненти; містить в собі

психоосвітній компонент та практичні заняття з тренування конкретних навичок.

Сесії є нетривалими (55-60 хвилин), а інформація, яка подається, викладена у доступній формі та спрямована на компенсаторні механізми психіки. Метою програми психокорекції є опанування пацієнтом теоретичних знань і практичних навичок, необхідних не лише для тимчасового покращення психічного стану, а й таких, що можуть слугувати фундаментом для подальшого відновлення та зробити досягнуті результати стійкими в часі.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз теорій походження та сутності емоцій показав, що емоції є невід'ємною складовою психічної діяльності, яка забезпечує здорове сприйняття, проживання та відображення дійсності. Досліджені наявні в теорії психології характеристики та функції емоцій дозволили визначити їх як *психофізіологічні реакції людини, забезпечені механізмом імпульсивної регуляції поведінки, заснованим на відображенні значущості зовнішніх впливів, їх сприятливості або шкідливості для життєдіяльності людини, які знаходять відображення у свідомості та зумовлені рівнем розвитку особистості та її віковими особливостями.*

Виявлено, що емоційний розлад особи зрілого віку являє собою психічно-емоційний стан, за якого спостерігається порушення нормальних емоційних реакцій, та який характеризується інтенсивністю, стійкістю та тривалістю симптомів, обмежувачим впливом на повсякденне життя та перешкоджанням нормальному функціонуванню особи, викликаний станом афекту або певною травматичною подією та пов'язаним із нею стресом.

Емпіричне дослідження дозволило діагностувати такі типові емоційні розлади осіб зрілого віку в умовах воєнного часу:

- 1) афективні розлади, а саме розлади настрою (зокрема, депресивні епізоди);
- 2) емоційні розлади, пов'язані зі стресом:
 - фобічні тривожні розлади;
 - тривожні розлади (в тому числі генералізований тривожний розлад та депресивно-тривожні розлади);
 - гостра реакція на стрес;
 - посттравматичний стресовий розлад;
 - порушення (розлади) адаптації.

Дослідження здійснювалось у 5 основних етапів. Етап 1 полягав у аналізі актуальної наукової літератури за темою дослідження, зарубіжного досвіду, сучасних теоретичних моделей емоцій, прототипних програм психокорекції, дослідження питань взаємозв'язку емоційної та когнітивної компоненти як ключових об'єктів впливу в процесі психологічної реабілітації та психокорекції у осіб з емоційними розладами. Етап 2 полягав у вивченні симптомів та особливостей кожного виду емоційного розладу осіб зрілого віку, які пов'язані із військовими діями в Україні. Етап 3 у розробці та аналізі особливостей психологічної реабілітації при емоційних розладах, дослідженні існуючих методик психокорекції, а також розробці власної програми психокорекції на основі аналізу прототипів. Етап 4 полягав у безпосередньому емпіричному дослідженні, яке було проведено на базі Комунального некомерційного підприємства Київської обласної ради “Київський обласний центр ментального здоров'я”. Етап 5 у оформленні результатів наукового та емпіричного дослідження.

Основними методиками діагностики, використаними в ході емпіричного дослідження стали клінічні шкали оцінки, зокрема “Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)” (PCL та PCL-M); Анкета структурованого діагностичного інтерв'ю (тесту) для дорослих осіб на ПТСР; Опитувальник респондента про стан здоров'я (RHQ-9) – шкала самооцінки депресії; Опитувальник нейроповедінкових симптомів; Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI); Опитувальник з генералізованої тривоги - GAD-7.

На підставі аналізу наукових джерел, присвячених дослідженню впливу тих чи інших корекційних вправ на зменшення симптомів емоційних розладів та на покращення загального психоемоційного стану пацієнта, та програм психокорекції/реабілітації осіб з симптомами емоційних розладів, зроблено висновок, що комплексний вплив на когнітивні процеси та емоційну компоненту (а саме емоційний контроль, позитивні емоції та стрес-

менеджмент) є найбільш результативним підходом для психокорекції емоційних розладів.

Розроблено практичні рекомендації щодо змісту психокорекційної програми в межах психологічної допомоги особам зрілого віку з емоційними розладами, пов'язаними з військовими діями в Україні. Зокрема, програма запропонована як короткострокова, тому, може бути застосована під час перебування особи в реабілітаційному стаціонарі; програма є комплексною та націлена одразу на когнітивні та емоційні компоненти; містить в собі психоосвітній компонент та практичні заняття з тренування конкретних навичок.

Сесії є нетривалими (55-60 хвилин), а інформація, яка подається, викладена у доступній формі та спрямована на компенсаторні механізми психіки. Метою програми психокорекції є опанування пацієнтом теоретичних знань і практичних навичок, необхідних не лише для тимчасового покращення психічного стану, а й таких, що можуть слугувати фундаментом для подальшого відновлення та зробити досягнуті результати стійкими в часі.

Гіпотеза дослідження полягала в тому, що цілеспрямована психокорекційна робота з емоційними розладами у осіб зрілого віку в умовах воєнного стану сприятиме їх подоланню та відновленню психологічного благополуччя у цієї категорії осіб. В ході дослідження підтверджено, що одночасний вплив на когнітивні та емоційні компоненти психічного стану особистості зрілого віку з діагностованим емоційним розладом є клінічно значущим та значно покращує здатність особи переживати позитивні емоції, її когнітивне функціонування, а також клінічно значущо зменшує симптоми емоційного розладу порівняно із використанням лише стандартних методів психологічної реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Роменець В. А., Маноха І. П. Історія психології ХХ століття: навч. посібник. К.: Либідь, 1998. 992 с.
2. Дмитріюк Н. С. Вплив емоцій на формування та становлення особистості (2010). Проблеми сучасної психології. №8. С. 261–271.
3. Гуд Г. О. Емоційна сфера особистості: теоретико-методологічний аспект дослідження. Актуальні проблеми психології : зб-к наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. Т. 14. Вип. 1. С. 84-94.
URL: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v14/i1/10.pdf>
4. Сліпецька В.Д. Лінгвістика емоцій: етапи становлення (дослідницькі теорії, школи, персоналії) (2019). Проблеми гуманітарних наук: збірник наукових праць Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Серія «Філологія», № 44. С. 83–92.
5. Макарова І. В. Общая психология: конспект лекций. М.: Издательство Юрайт, 2013. 182 с.
6. Кокун О.М. Психофізіологія. Навчальний посібник. К: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
7. Літвякова І.А., Ханецька Н.В. Дослідження впливу емоцій на стан особистості (2017). Молодий вчений. № 11 (51), листопад.
<http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2017/11/195.pdf>
8. Анохин П. К., Гиппенрейтер Ю. Б., Вилюнас В. К. Психология эмоций. М: Изд-во МГУ, 1984. 288 с.
9. Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги: навчально-методичний посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія». Запоріжжя, 2017. 72 с.
http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/5913/1/Sarzhevs%27kyjSN17_Psyho_tpevu.pdf
10. Марчук С. В. Теоретичний аналіз поняття емоційного інтелекту в психології (2021). Серія Психологія. Випуск 3. Науковий вісник

Ужгородського національного університету, 2021. С.20-23.
<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/42499/1/22-.pdf>

11. Лазуренко О. О. Проблема емоційності в психології. Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Київ, 2004. Т. VI, вип. 4. С. 170–176.

12. Веракіс А.І. Основи психології: навч. посібник для студентів вищих навч. закладів / А.І. Веракіс, Ю.І.Завалевський, К.М.Левківський. Х.; К., 2005. 416 с.

13. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психологічний розвиток особистості. К., 1999. 412 с.

14. Мясищев В.Н. Психология отношений: избранные психологические труды / В.Н. Мясищев. Москва : Институт практической психологии; Воронеж: НПО 'МОДЭК', 1998.

15. Психологія: Підруч. для студ. вищ. закл. освіти / Ю. Л. Трофімов, В. В. Рибалка, П. А. Гончарук, Т. С. Кириленко, Т. С. Кудріна, П. С. Перепелиця, М. Л. Смульсон, О. Б. Федоришин. Київ: Либідь, 1999. 558 с. укр.

16. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. Пер.с польского В.К. Вилюнаса. М.: Прогресс, 1979. 392 с.

17. Міхова А.Г. Емоції і прояви емоцій: історичний екскурс (стресові та стресоподібні стани) (2010). Наука і освіта. № 3.
https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2010/3_2010/23.pdf

18. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості. К.: Либідь, 2007. 256 с.

19. Мацевко Т.М., Березницька У.О., Солошенко Н.В. Психічні стани військовослужбовців після повернення із зони ведення бойових дій (2020). Вісник Національного університету оборони України. № 2(55). С. 59–67.

20. Бойко-Бузиль Ю.Ю. Негативні психічні стани та методи їх попередження. Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників

міжнародного психологічного форуму (7 квіт. 2023 р., м. Харків, Україна) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків. 2023. 262 с.
<https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/20a51c1b-c643-4bfd-af22-4a1b5f39e43c/content>

21. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів. Харків: Прапор, 2009. 782 с.

22. Миронець С.М., Тімченко О.В. Негативні психічні стани рятувальників в умовах надзвичайної ситуації: монографія. Київ: «Август Трейд», 2008. 249 с.

23. Саржевський С. Н. Психологія та патологія емоцій, волі, уваги: навчально-методичний посібник для студентів 4 курсу медичних факультетів зі спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія». Запоріжжя, 2017. 72 с.

24. Терещук А.Д. Психологічні проблеми виникнення афективної поведінки особистості. Всеукраїнська науково-практична конференція „Практична психологія освіти XXI століття: проблеми та перспективи”, 20-21 травня 2014 року, Умань. С. 157-161.

25. Терещук А. Д. Емоційні розлади як одна з причин виникнення афективних станів (2011). Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. № 8. С. 206-214.
http://nbuv.gov.ua/UJRN/apnvlop_2011_8_26

26. Про затвердження методичних рекомендацій "Кодування захворюваності та смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду" Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2008 року N 503.

27. Підтримка ментального здоров'я в часи війни (2023). Національний інститут стратегічних досліджень України (27.06.2023)
<https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>

28. Солохіна Л.О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень (2022). Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.). Харків: ХНУВС, 2022. С. 116-121.

29. World health report 2001 - Mental health : new understanding, new hope (2001) Geneva: Switzerland : World Health Organization.

30. Massad, S.G., Shaheen, M., Karam, R. et al. (2016) Substance use among Palestinian youth in the West Bank, Palestine: a qualitative investigation. BMC Public Health. 16, 800. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3472-4>

31. Zoya Wazir Contributor (2021) In Gaza, Childhoods Lost to the Trauma of War Israel's May siege leaves the majority of children in Gaza with deep emotional scars, a new study shows. U.S.News. By Aug. 5. Джерело: <https://www.usnews.com/news/best-countries/articles/2021-08-05/palestinianchildrenface-constant-and-unique-trauma-in-gaza-experts-say>].

32. Comtesse, H., Powell, S., Soldo, A. et al. (2019) Long-term psychological distress of Bosnian war survivors : an 11-year follow-up of former displaced persons, returnees, and stayers. Comtesse et al. BMC Psychiatry. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1996-0>].

33. Офіс першої леді, МОЗ та партнери запускають Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Урядовий портал. 20.06.2022. <https://www.kmu.gov.ua/news/ofis-pershoyi-ledi-moz-ta-partneri-zapuskayut-nacionalnu-programu-psihichnogo-zdorovya-ta-psihsocialnoyi-pidtrimki>

34. Фісунов А. Посттравматичний синдром: прихована загроза (2022) <https://tyzhden.ua/posttravmatychnyj-syndrom-prykhovana-zahroza/>

35. Хаустова О.О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні (2022). Консиліум «Проблеми психічного здоров'я у військовий час». Здоров'я України, № 4. С. 22–24. <https://health-ua.com/article/71710-trivozhnodepresivn-rozladi-vumovah-distresu-vjni-vukran>

36. Терещук А. Д. Критерії діагностики афективних станів особистості. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2012. № 9. С. 225-235. http://nbuv.gov.ua/UJRN/apnvlop_2012_9_27
37. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера; Пер. с англ. Д. Полтавца. Киев: Сфера, 2000. 464 с.
38. Малоголова О. О. Проблеми збереження особистої психологічної безпеки в екстремальних умовах. Науково-практична конференція Харківського національного університету Повітряних Сил імені Івана Кожедуба «Сучасна війна: гуманітарний аспект»: тези доповідей, 31 травня – 1 червня 2018 року. Харків: ХНУПС, 2018. С. 65-67.
39. Лукомська С.О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. Актуальні проблеми психології, Том 14, Випуск 1. 2018. С. 187-198.
40. Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (2001). Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press. Retrieved from <https://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/competency-maps/cbt/Problem%20specific%20competences/PTSD%20Foa%20and%20Rothbaum.pdf>
41. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. Перспективи та інновації науки. 2021. № 2 (2). Р. 297–304. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304).
42. Давіденко К. Посттравматичний стресовий розлад: рекомендації з профілактики та лікування. Український медичний часопис. 2019. 22 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/article/159875/posttravmatischnij-stresovijrozlad-rekomendatsiyi-z-profilaktiki-ta-likuvannya>.
43. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. 2022. № 1 (30) Юридична психологія

<file:///C:/Users/%D0%AE%D0%BB%D0%B8%D1%8F/Downloads/1500-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-3008-1-10-20221121.pdf>]:

44. Ободовська Л., Шавровська Н. Посттравматичний стресовий розлад: особливості психологічного супроводу. Науковий процес та наукові підходи: методика та реалізація досліджень : матеріали Міжнар. конф. : у 2 т. (Одеса, 23 жовт. 2020 р.) Одеса, 2020. С. 89–91.

45. Роджерс К. Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы. М.: Эксмо-Пресс, 2008. 512 с.

46. Синопис діагностики критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків. Київ, Видавництво Свічадо. 2014. 112 с.

47. Краснокутський М.І. Аспекти відновлення психологічного здоров'я від травматичних подій. Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.). Харків: ХНУВС, 2022. С. 128-131.

48. Малхазов О. Р. Технології емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій. Психологічні науки: проблеми і здобутки: зб. наук. вул. Київського міжнар. ун-ту у Ін-ту соц. та політ. психології НАПН України К.: КиМУ, Вип. 11, 2018. С. 132-147.

49. Климчук В. Інститут психічного здоров'я УКУ: Локальні дії для глобального впливу (2018). Журнал Української Лікарської Асоціації Північної Америки. том. 55, № 1 (159). С. 33–37.

50. Короткевич, Р. О. Емоційна стійкість особистості в умовах війни. Особистість, суспільство, війна: тези доп. учасників міжнар. психолог. форуму (м. Харків, 7 квіт. 2023 р.) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків, 2023. – С. 126-128.

51. Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., Sima, A. P., Bergquist, T. F., Johnson-Greene, D., Felix, E. R., Whiteneck, G. G., & Dreer, L. E. (2016). Resilience

Following Traumatic Brain Injury: A Traumatic Brain Injury Model Systems Study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 97(5), 708– 713. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.12.003>

52. Soendergaard, P. L., Wolffbrandt, M. M., Biering-Sørensen, F., Nordin, M., Schow, T., Arango-Lasprilla, J. C., & Norup, A. (2019). A manual-based family intervention for families living with the consequences of traumatic injury to the brain or spinal cord: a study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3794-5>

53. Donnelly, K. Z., Baker, K., Pierce, R., St. Ivany, A. R., Barr, P. J., & Bruce, M. L. (2019a). A retrospective study on the acceptability, feasibility, and effectiveness of LoveYourBrain Yoga for people with traumatic brain injury and caregivers. *Disability and Rehabilitation*, 1– 12. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1672109>

54. Church, D., Sparks, T., & Clond, M. (2016). EFT (Emotional Freedom Techniques) and Resiliency in Veterans at Risk for PTSD: A Randomized Controlled Trial. *EXPLORE*, 12(5), 355–365. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.06.012>

55. Асонов Д.О. Когнітивні та емоційні компоненти резилієнсу у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку у віддаленому періоді (психокорекція, прогнозування). Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 225 «Медична психологія» (галузь знань 22 «Охорона здоров'я»). Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, 2022.

56. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія / В. О. Климчук; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

57. Подоляк Я. В. Психологія безпеки: монографія. Харків: Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2009. 324 с.

58. Слюсаревський М.М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді Вісник НАПН України, 2022, 4(1). С.85-92.

59. Зарицька В. В. Усвідомлення власних емоцій як чинник розумної поведінки. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2022. Вип. 66. С. 95-102. DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2022.66.06>.

60. Коростій, В., Паровіна, Г., Павлов, О. (2015). Комп'ютеризований тренінг когнітивних функцій як засіб підвищення стресостійкості пацієнтів з психосоматичними захворюваннями. Український вісник психоневрології. Т. 23, вип. 3. С. 132. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2015_23_3_58

Анкета структурованого діагностичного
інтерв'ю (тесту) для дорослих осіб на
ПОСТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Автори Міхал Куронь, Пауліна Шиманік

(Клініка психіатрії, бойового стресу і психотравматології. Військовий медичний інститут,
Варшава, Польща)

| | |
|--------------------------------|--|
| Прізвище та ім'я | |
| Дата народження | |
| Стать | |
| Ліки, що приймаються | |
| Дата обстеження | |
| Обстеження (перше або чергове) | |
| Місце обстеження | |

ІНСТРУКЦІЯ

Анкета структурованого діагностичного інтерв'ю (тесту) для дорослих осіб на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розроблена на основі чинних діагностичних критеріїв Класифікації психічних та поведінкових розладів МКХ-10 та доповнена діагностичними критеріями DSM-5.

Анкета є інструментом, який дозволяє виконати повну діагностику про ПТСР.

Під травмою автори Анкети пропонують розуміти "психічний або фізичний стан, викликаний дією реальної загрози для здоров'я та життя, через вплив зовнішніх факторів (природа, люди), що часто призводить до глибоких та довготривалих змін у функціонуванні людини, які виражаються у соматичних та психічних розладах.

У процесі діагностики важливо задавати всі питання по черзі, так як подано в анкеті. Курсивом визначено запитання, які в безпосередній спосіб слід задавати обстежуваному.

Тест одночасно виконується за двома шкалами, які дають змогу оцінити поширення розладу та його інтенсивність. Для кожної відповіді визначено певну кількість балів. Необхідно підрахувати як кількість симптомів, що проявляються у даному критерії, так і всі бали симптомів, що зазначені у відповідях. Зміна кількості балів симптомів може бути показником збільшення або зменшення інтенсивності перед, під час проведення і після закінчення психотерапевтичного втручання. Це дозволяє використовувати тест для моніторингу зміни симптомів з часом.

КРИТЕРІЙ НАРАХУВАННЯ БАЛІВ

У діагностуванні ПТСР дуже важливим є не тільки сам факт появи симптомів, але також і їх частота та інтенсивність. Тому для критеріїв В, С, D, Е застосовуємо нижченаведену шкалу. Отримані результати свідчать про виконання певного критерію, а також про посилення проявів певного симптому, і можуть бути корисними для порівняння в подальшому результатів після певного проміжку часу.

Тільки результати, отримані в таблиці, є підставою для виконання критерію.

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Використовуючи анкету, в кожному питанні необхідно попросити пацієнта описати приклади появи симптомів і запитати, наскільки ці симптоми перешкоджають його функціонуванню. Кожен раз необхідно переконатись, що даний симптом є наслідком травматичної події і не був присутній раніше.

А. КРИТЕРІЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ

У запитаннях, що містить критерій А, важливо підкреслити, що вони стосуються травматичних подій, тобто таких, під час яких особа зазнала сильного стресу внаслідок ситуації, що загрожувала її життю та здоров'ю. Кожна людина вважатиме іншу ситуацію за складну, тому важливо попросити пацієнта, щоб коротко розповів про травматичну ситуацію, з якою пов'язується початок виникнення психологічних труднощів.

До травматичних подій зараховуємо також: коли ви стали свідком травматичних подій інших осіб, отримали інформацію, що член родини або друг пережив травматичний досвід, або з огляду на виконувану професію, постійно, неодноразово стикався з неприємними деталями травматичних подій (збирання людських останків, винесення обгорілих/утоплених трупів).

Травматичні події можуть бути викликані іншими людьми або відбуватися незалежно від людини, наприклад перебування у районі військових подій, фізичний напад та сексуальне насильство, пограбування, викрадення, перебування у заручниках, терористичні атаки, тортури, катастрофи, серйозні дорожньо-транспортні пригоди.

Якщо цей критерій не виконується, подальші пункти тесту не виконуються!

В. КРИТЕРІЙ ПОВТОРНОГО ПРОЖИВАННЯ

У питаннях, що містяться у критерії В, важливо звернути увагу на те, в яких ситуаціях виникають конкретні симптоми і чи пов'язані вони з травматичною подією. Тим не менш слід пам'ятати, що вони не повинні бути точним відтворенням тієї події. Наприклад, нічні кошмари не обов'язково детально відтворюватимуть момент травми, інтрузивні думки можуть також стосуватись наслідків, але не тільки найгіршого моменту події, а сильні фізіологічні реакції можуть бути викликані подразниками, що тільки опосередковано нагадують травму.

Інтрузивні думки пацієнти часто описують як думки, які з'являються проти їхньої волі і стосуються травми або її наслідків. Пацієнт може мати відчуття, що не можна їх опанувати, і що вони з'являються як в ситуаціях, коли вони є реакцією на подразник, що нагадує про подію, так і без наявності безпосередньої причини. Їх можуть супроводжувати негативні емоції, такі як страх, злість, смуток. **Нічні кошмари** можуть викликати пробудження зі сну, перешкоджаючи його відновленню. Пацієнти, що відчують **флешбеки**, описують це так, немов дуже швидко перемикаються спогади про подію (як спалахи у фотоапараті). Це відчуття, котре практично переносить пацієнта у момент травми, а він почувається так, немов знову бере участь у цій події. Усі симптоми з критерію повторного переживання можуть супроводжуватись **сильними фізіологічними реакціями**, як потіння, пришвидшення серцебиття чи стискання у грудній клітці.

С. КРИТЕРІЙ УНИКАННЯ

В питаннях, що містить критерій С, необхідно звернути увагу на те, чи стосується уникання не тільки ситуації і поведінки безпосередньо пов'язаних з цією подією, але також і подразників, котрі у будь-який який спосіб з ними пов'язані. Необхідно переконатись, що дана поведінка не проявлялась раніше (наприклад, особа, котра уникає зібрань, може це робити через інші подразники, наприклад страх перед натовпом, чи відсутність можливості втечі, а не як наслідок травматичної події). Одночасно потрібно пам'ятати, що симптоми, які на перший погляд не пов'язані з травматичною подією, наприклад уникання розмов із людьми, необов'язково мають виникати через те, що хтось пережив травму, спричинену іншою особою, але як наслідок бажання уникнення розмов на тему травматичної події.

Д. КРИТЕРІЙ ЗМІН КОГНІТИВНИХ ТА ЕМОЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ

В питаннях, що містить критерій D, необхідно звернути увагу на те, чи когнітивне та емоціональне функціонування пацієнта стосується періоду після травматичної події. Необхідно відрізнити чи пацієнт, наприклад, бачить себе як безпорадну особу від моменту травми, чи так було "завжди".

Е. КРИТЕРІЙ НАДМІРНОЇ ЗБУДЛИВОСТІ

В питаннях, що містить критерій E, необхідно звернути увагу на те, чи початок появи симптомів є наслідком травматичної події або способом їх подолання.

Ф. КРИТЕРІЙ ЧАСУ

Для встановлення діагнозу ПТСР необхідна наявність симптомів В, С, D, E більше одного місяця. Якщо симптоми спостерігаються менше ніж один місяць або виникли після періоду відносно доброго функціонування, необхідно розглянути інший діагноз.

Г. КРИТЕРІЙ ВПЛИВУ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ

В питаннях, що містить критерій Г, необхідно звернути увагу на те, чи після травматичної події настала зміна у функціонуванні в професійній, суспільній чи інших важливих сферах. При появі симптомів із сфери посттравматичних розладів можемо спостерігати негативний вплив на щоденне функціонування (не тільки на словах, але також видимі приклади).

Н. КРИТЕРІЙ ВИКЛЮЧЕННЯ ІНШИХ ПРИЧИН РОЗЛАДУ

В питаннях, що містить критерій Н, необхідно виключити існування інших розладів та психічних або соматичних хвороб, що можуть призвести до таких симптомів.

ДИСОЦІАЦІЯ

Виникнення дисоціативних симптомів не є необхідною умовою для встановлення повноцінного діагнозу ПТСР.

ВІДКЛАДЕНИЙ ПОЧАТОК

Необхідно вказати, у який час після травматичної події з'явилися симптоми. Діагностичні критерії можуть не виконуватись протягом щонайменше 6 місяців від травматичної події.

А. КРИТЕРІЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ

А.1. Чи був безпосередній досвід травматичної події?

Чи Ви перебували у ситуації, коли Ваше життя чи здоров'я було під загрозою?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то коли відбулась ця подія?

| |
|--|
| |
|--|

А.2. Чи була обстежувана особа безпосереднім свідком травматичних подій для інших осіб?

Чи були Ви свідком ситуації, коли чиєсь життя чи здоров'я було під загрозою?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то коли відбулась ця подія?

| |
|--|
| |
|--|

А.3. Чи обстежувана особа отримала інформацію про те, що близький родич або друг пережив травматичний досвід?

Чи Ви отримали інформацію про те, що хтось із Ваших близьких родичів або друзів пережив ситуацію, що загрожує життю чи здоров'ю?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то коли відбулась ця подія?

| |
|--|
| |
|--|

А.4. Чи обстежувана особа піддавалась багаторазово неприємним деталям даної травматичної події (збирання людських останків, винесення обгорілих/утоплених трупів).

Чи з огляду на Вашу професію Ви неодноразово стикались з неприємними деталями травматичної події?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то коли відбулась ця подія?

| |
|--|
| |
|--|

В. КРИТЕРІЙ ПОВТОРНОГО ПРОЖИВАННЯ

Інтрузивні думки

В.1. Чи з'являються повторювані небажані, інтрузивні і стресові спогади травматичної події?

Чи протягом останнього місяця повернулись думки, що стосуються травматичної події, незважаючи на те, що Ви їх не хотіли?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Нічні кошмари

В.2. Чи бувають сни, які повторюються, турбують, зміст яких та/або їхнє емоційне забарвлення пов'язані з травматичною подією?

Чи бувають у Вас нічні кошмари, які пов'язані з травматичною подією?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Флешбеки

В.3. Чи бувають дисоціативні реакції (наприклад, проблиски спогадів), під час яких обстежувана особа відчуває або поводить ся так, ніби повторно переживала травматичну подію? (інколи із втратою відчуття реальності)

Чи Ви мали відчуття або поводитись так, ніби травматична подія відбувається знову?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Підвищені емоційні реакції

В.4. Чи проявляється сильний або зтяжний психологічний стрес в ситуації впливу на внутрішні або зовнішні сигнали, що символізують або нагадують якийсь аспект травматичної події?

Чи відчуваєте Ви сильний стрес в ситуації, коли Ви піддаєтесь якомусь чиннику, що нагадує про травматичну подію?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Підвищені фізіологічні реакції

В.5. Чи є прояви сильних фізіологічних реакцій на внутрішні або зовнішні збудники, що символізують або нагадують якийсь аспект травматичної події?

Чи буває так, що в разі появи якогось фактору, що нагадує про травматичну подію, Ви відчуваєте реакції, такі як тремтіння рук, піт, калатання серця, пришвидилене дихання?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

| | | | |
|------------------|--|--------------------------|--|
| Список симптомів | | Кількість балів симптому | |
|------------------|--|--------------------------|--|

С. КРИТЕРІЙ УНИКАННЯ

Уникання думок

С.1. Чи спостерігається уникання або спроби уникання неприємних спогадів, думок або відчуттів, що стосуються чи міцно пов'язані з травматичною подією?

Чи буває, що Ви стараєтесь за будь-яку ціну уникнути неприємних спогадів, думок або відчуттів, що стосуються чи міцно пов'язані з травматичною подією?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Уникання спогадів

С.2. Чи спостерігається уникання або спроби уникання зовнішніх факторів, що нагадують про подію (люди, місця, розмови, дії, предмети, ситуації), які викликають прикрі спогади, думки або відчуття, що стосуються чи міцно пов'язані з травматичною подією?

Чи буває, що Ви намагаєтесь за будь-яку ціну уникнути подразників, які нагадують травматичну подію, таких як люди, місця, дії, предмети?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

| | | | |
|------------------|--|--------------------------|--|
| Список симптомів | | Кількість балів симптому | |
|------------------|--|--------------------------|--|

Д. КРИТЕРІЙ ЗМІН КОГНІТИВНИХ ТА ЕМОЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ

Травматична амнезія

D.1. Чи були у Вас труднощі, щоб пригадати важливі деталі травматичної події (зазвичай пов'язана з дисоціативною амнезією, але не наприклад з травмою голови, вживанням алкоголю чи наркотичних засобів)?

Чи є якийсь аспект травматичної події, який Ви не пам'ятаєте або маєте труднощі з його хронологічними відтворенням?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Негативні переконання

D.2. Чи з'являються стійкі та перебільшені переконання про себе, інших людей чи світ (наприклад, я зла людина, зі мною щось не так, світ небезпечний тощо)?

Чи після травматичної події Ви думали негативно про себе, інших людей, наприклад, що Ви ні на що не здатні, що світ є небезпечний, і що нікому не можна довіряти?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Звинувачення себе/інших

D.3. Чи з'являється стійкий та викривлений спосіб мислення щодо причин та наслідків травматичної(их) події(й), що призводить до звинувачення себе або інших?

Чи буває так, що Ви звинувачуєте себе або інших у причетності до травматичної події або в її наслідках?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Негативні емоції, пов'язані з травмою

D.4. Чи проявляється постійний, негативний емоційний стан (наприклад страх, жах, злість, відчуття провини або сорому)?

Чи останнім часом у Вас переважають негативні емоції, такі як страх, жах, злість, відчуття провини або сорому?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Втрата зацікавлень

D.5. Чи з'являється обмежене зацікавлення до важливих видів діяльності або зменшується зацікавлення до участі у важливих подіях?

Чи після травматичної події Ви значно обмежили свою участь у важливих видах діяльності або зауважили, що вони не приносять Вам такої радості, як раніше?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Відчуження

D.6. Чи з'являється відчуття відстороненості від інших людей або відчуження?

Чи бувало, що Ви відчували себе відчужено серед інших людей?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Обмежений афект

D.7. Чи проявляється стійка неспроможність відчувати позитивні почуття (наприклад, щастя, задоволення і любов)?

Чи Ви відчуваєте нездатність до переживання позитивних емоцій, таких як задоволення, щастя, любов?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

| | | | |
|-------------------------|--|---------------------------------|--|
| <i>Список симптомів</i> | | <i>Кількість балів симптому</i> | |
|-------------------------|--|---------------------------------|--|

Е. КРИТЕРІЙ НАДМІРНОЇ ЗБУДЛИВОСТІ

Роздратування/гнів

Е.1. Чи від моменту травматичної події спостерігається дратівливість та спалахи гніву, зазвичай виражені як словесна агресія або агресивна поведінка по відношенню до людей або предметів?

Чи відчуваєте Ви іноді роздратування, вибухаєте гнівом або поводити себе агресивно по відношенню до людей або предметів?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Саморуйнівна поведінка

Е.2. Чи після травматичної події спостерігається некерована або саморуйнівна поведінка?

Чи буває, що Ви деструктивно поводитесь, наприклад, дуже швидко їздите на автомобілі або зловживаєте алкоголем чи іншими психотропними речовинами?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Надмірна пильність

Е.3. Чи після травматичної події Ви надто насторожені?

Чи стали Ви більш настороженим, так ніби маєте постійно передчуття, що ось-ось станеться щось погане?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Надмірна реакція переляку

Е.4. Чи після травматичної події у Вас спостерігається підвищена реакція на неочікувані речі?

Чи реагуєте Ви зі страхом, коли Вас щось дивує, наприклад, звук дверного дзвінка або коли хтось несподівано заходить до кімнати?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Труднощі з концентрацією

Е.5. Чи після травматичної події спостерігаються труднощі з концентрацією уваги?

Чи помічали Ви у себе проблеми з концентрацією уваги?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

Порушення сну

Е.6. Чи після травматичної події спостерігаються проблеми зі сном?

Чи виникали у Вас після травматичної події проблеми зі сном, такі як труднощі із засинанням, прокидання вночі, дуже ранні прокидання або труднощі із вставанням?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

| | | | |
|------------------|--|--------------------------|--|
| Список симптомів | | Кількість балів симптому | |
|------------------|--|--------------------------|--|

Ф. КРИТЕРІЙ ЧАСУ

Ф.1. Чи симптоми А-Е проявляються більше місяця?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

З якого часу з'явилися симптоми?

| |
|--|
| |
|--|

Г. КРИТЕРІЙ ВПЛИВУ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ

Г.1. Чи з моменту травматичної події виявлені симптоми викликають у Вас значні клінічні страждання (соматичні симптоми) або викликають порушення у функціонуванні в професійній, суспільній чи інших важливих сферах?

Чи симптоми, які Ви відчуваєте, суттєво впливають на Ваше щоденне функціонування?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, в якій мірі?

| |
|--|
| |
|--|

Використовуючи шкалу від 0 до 5, де 0 означає відсутність страждань або функціональних порушень, а 5 означає значні страждання або функціональні порушення, оцініть, будь ласка, наскільки згадані раніше симптоми впливають на різні сфери Вашого функціонування.

| Сфера | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|
| Робота | | | | | | |
| Родина | | | | | | |
| Знайомі | | | | | | |
| Загальна оцінка життя | | | | | | |

| | |
|--------------------------|--|
| Кількість балів симптому | |
|--------------------------|--|

Н. КРИТЕРІЙ ВИКЛЮЧЕННЯ ІНШИХ ПРИЧИН РОЗЛАДУ

Н.1. Чи виявлені симптоми не були викликані впливом речовини (наприклад, зловживання наркотиками, алкоголем) чи будь-яким іншим загальним захворюванням?

Чи Ви страждаєте на будь-який психічний розлад або соматичні захворювання, діагновані лікарями?

| |
|--|
| |
|--|

ДИСОЦІАЦІЯ

*За наявності критеріїв ПТСР визначте, чи присутні дисоціативні симптоми.

1) Чи відбувається деперсоналізація?

Чи виникає у Вас відчуття, ніби Ви відірвані від себе, ніби спостерігаєте за собою зі сторони?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

2) Чи є дереалізація, тобто відчуття, що світ навколо Вас нереальний або неправдивий?

Чи виникає у Вас відчуття, що світ навколо Вас нереальний, казковий, створений?

| | | | |
|-----|--|----|--|
| Так | | Ні | |
|-----|--|----|--|

Якщо так, то як часто протягом останнього місяця проявлявся цей симптом?

| Частота прояву симптому | Зазначте "X" у відповідному рядку | Оцінювання | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Зовсім ні | | 0 | Незначний результат |
| 1-4 рази на місяць | | 1 | |
| Кілька разів на тиждень | | 2 | Вагомий результат |
| Щодня або кілька разів на день | | 3 | |
| Майже постійно | | 4 | |

ПІДСУМОК

| Критерій | Кількість симптомів, необхідних для відповідності критерію | Кількість симптомів, необхідних для відповідності критерію | Виконано | Невиконано | Кількість балів симптомів |
|----------|--|--|----------|------------|---------------------------|
| A | Досвід травматичної події | Досвід травматичної події | | | _____ |
| B | Критерій повторного проживання | Щонайменше 1 симптом | | | |
| C | Критерій уникання | Щонайменше 1 симптом | | | |
| D | Критерій змін емоційних та когнітивних здібностей | Щонайменше 2 симптоми | | | |
| E | Критерій надмірної збудливості | Щонайменше 2 симптоми | | | |
| F | Критерій часу | Тривалість симптомів більше ніж місяць | | | _____ |
| G | Критерій впливу на функціонування | Наявні клінічні страждання | | | |
| H | Порушення не викликано іншими причинами | Порушення не викликано іншим медичним станом | | | _____ |
| Підсумок | | | | | |

Оздоровчий огляд (опитування) для психокорекції емоційних розладів,
пов'язаних з військовими діями в Україні

Даний блок запитань є необхідним для Заняття 2 Програми та пов'язаний із поясненням впливу фізичних вправ на організм та на психоемоційний стан людини. Відповідні вправи сенсорно-посиленої йоги спрямовані на встановлення зв'язку з власним тілом, відновлення відчуття безпеки

Наскільки правдивими є ці висловлювання для вас?

| | | | | | | | | | |
|--------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|---|
| Ніколи | 0 | Рідко | 1 | Іноді | 2 | Часто | 3 | Завжди | 4 |
|--------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|---|

| № | Питання | Оцінка |
|----|---|--------|
| 1 | Я відчуваю себе повністю пов'язаним з моїм тілом і є сприйнятливим до його сенсорних (чуттєвих) сигналів | |
| 2 | Моє тіло відчуває себе комфортно і вільне від хронічного напруження м'язів | |
| 3 | Мені подобається, як моє тіло відчуває себе, коли я рухаюся | |
| 4 | Я уважно ставлюсь до потреб мого тіла (до здорового харчування, достатнього сну, медичної допомоги, тощо) | |
| 5 | Я відчуваю зв'язок з диханням. Я насолоджуюсь повним, легким диханням | |
| 6 | Я легко можу терпіти тілесні відчуття, не дозволяю, щоб вони поглинули мене | |
| 7 | Я відчуваю міцність зв'язку із Землею | |
| 8 | Я відчуваю себе в безпеці | |
| 9 | Я залишаюсь спокійним під час стресу | |
| 10 | Я легко повертаюсь до мого балансу після стресових ситуацій | |

Загальна кількість балів _____

Оздоровчий огляд (опитування) для психокорекції емоційних розладів,
пов'язаних з військовими діями в Україні

Даний блок запитань є необхідним для Заняття 4 Програми та пов'язаний із поясненням необхідності оволодіння навичками емоційного контролю та управління стресом, вміння використовувати стратегії зниження стресу, навичок розпізнавання симптомів емоційного розладу та практичне засвоєння технік контролювання зазначених симптомів.

Відповідні вправи сенсорно-посиленої йоги спрямовані на відновлення відчуття ясності, вміння керувати емоціями і почуттями.

Наскільки правдивими є ці висловлювання для вас?

| | | | | | | | | | |
|--------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|---|
| Ніколи | 0 | Рідко | 1 | Іноді | 2 | Часто | 3 | Завжди | 4 |
|--------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|---|

| № | Питання | Оцінка |
|----|---|--------|
| 1 | Я відчуваю себе цілком присутнім у цей момент | |
| 2 | Я знаю і вітаю свої почуття і думки | |
| 3 | Я вільно висловлюю свої почуття, але обмірковано | |
| 4 | Я відчуваю зв'язок із навколишнім світом | |
| 5 | Я насолоджуюся багатьма чуттєвими переживаннями (музика, дотик, візуальне / мистецтво, природа, жваві умови, запахи тощо) | |
| 6 | Я відчуваю важкі емоції, не ототожнюючись з ними | |
| 7 | Я сприймаю життєві проблеми з душевним спокоєм | |
| 8 | Я відчуваю співчуття до себе та інших | |
| 9 | Я маю позитивну самооцінку | |
| 10 | Я повністю зайнятий своєю повсякденною діяльністю | |

Загальна кількість балів _____

Оздоровчий огляд (опитування) для психокорекції емоційних розладів,
пов'язаних з військовими діями в Україні

Даний блок запитань є необхідним для Заняття 5 Програми та пов'язаний із тренуванням технік майндфулнес, навичок культивування позитивних емоцій, технік самозаспокоєння та управління гнівом.

Відповідні вправи сенсорно-посиленої йоги спрямовані на відновлення відчуття мудрості, вміння відступати від власних емоцій і почуттів.

Наскільки правдивими є ці висловлювання для вас?

| | | | | | | | | | |
|--------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|---|
| Ніколи | 0 | Рідко | 1 | Іноді | 2 | Часто | 3 | Завжди | 4 |
|--------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|---|

| № | Питання | Оцінка |
|----|---|--------|
| 1 | Я розглядаю ситуації об'єктивно | |
| 2 | Я можу відступити і бути свідком своїх думок і емоцій | |
| 3 | Я спостерігаю свої обмежувальні переконання, не ототожнюючись з ними повністю | |
| 4 | Я спостерігаю свої обмежувальні переконання, не ототожнюючись з ними повністю | |
| 5 | Я охоче відпускаю те, що більше не служить мені | |
| 6 | Я сприймаю складні ситуації як можливості для навчання | |
| 7 | Я відкритий для нескінченних можливостей життя | |
| 8 | Я відкритий до різних точок зору | |
| 9 | Я відкритий для змін і трансформації | |
| 10 | Я практичний щодо своїх цілей і планів | |

Загальна кількість балів _____

ДОДАТОК Д

Оздоровчий огляд (опитування) для психокорекції емоційних розладів,
пов'язаних з військовими діями в Україні

Даний блок запитань є необхідним для Заняття 6 Програми та пов'язаний питанням розвитку оптимізму та позитивного мислення. Відповідні вправи сенсорно-посиленої йоги спрямовані на пошук власних ресурсів, знаходження сенсів та шляхів власної інтеграції в майбутнє.

Метою є пошук потенційних ресурсів, які допоможуть скерувати людину у важкі часи, знайти свій власний унікальний шлях до почуття благополуччя та оновлення.

Наскільки правдивими є ці висловлювання для вас?

| | | | | | | | | | |
|--------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|---|
| Ніколи | 0 | Рідко | 1 | Іноді | 2 | Часто | 3 | Завжди | 4 |
|--------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|---|

| № | Питання | Оцінка |
|----|--|--------|
| 1 | У мене є моменти, коли я забуваю свої неприємності і відчуваю насолоду в тому, що я роблю | |
| 2 | Незважаючи на труднощі, я приймаю життя як дар | |
| 3 | Я можу використовувати свій розум, щоб генерувати позитивні спогади, образи або інші чутливі враження (наприклад, звуки, запахи), які дають почуття безпеки, спокою або навіть радості | |
| 4 | Я все ще можу сміятися над забавними речами, незважаючи на все це | |
| 5 | Те, що я відчуваю, думаю, говорю і роблю, збігаються одне з одним | |
| 6 | Я знаходжу сенс у роботі, яку я роблю для життя | |
| 7 | У мене є хобі та/або інші інтереси, які приносять мені комфорт або радість | |
| 8 | В моєму графіку є час для діяльності, яка мене надихає | |
| 9 | У мене є моменти, коли я підключаюся до чіткого розуміння напрямку і мети в житті | |
| 10 | Я відчуваю власні права та можливості у тих сферах життя, які є найважливішими для мене | |

Загальна кількість балів _____

ПРОТОКОЛ

групової психологічної діагностики

Дата (терміни) проведення: 21.09.2023 р.

Мета діагностики: визначення наявності симптомів емоційних розладів у осіб зрілого віку, які звернулись із запитом до Центру ментального здоров'я. Формулювання пропозицій щодо встановлення попереднього діагнозу.

Проблема (зміст): основні симптоми, із якими звернулись пацієнти: повторювані нав'язливі спогади, засмученість, проблеми з переживанням позитивних емоцій, низька самооцінка, негативні переконання про себе у світлі стресової події, труднощі засинання, підвищена дратівливість, спалахи гніву і вибухових реакцій, немотивована надмірну підозрілість, відчуття вираженого стомлення й нестачі енергії, підозрілості, труднощів концентрації, захопленості спогадами про війну, соціально-психологічної дезадаптації, обмеження комунікацій, асоціальної поведінки, проблеми побутового та сімейного характеру, міжособистісні конфлікти з дружиною, членами сім'ї, близькими друзями.

Діагностичний інструментарій: проведено діагностику (Опитувальник PCL, Опитувальник нейроповедінкових проявів, Опитувальник PHQ-9, Опитувальник GAD-7), проведено клінічне інтерв'ю на наявність тілесних, емоційних, поведінкових та когнітивних проявів як наслідків стресової події.

Характеристика вибірки: (кількість, вік, гендерна характеристика тощо): для дослідження обрано дослідну групу у складі 25 осіб (з них 9 жінок та 16 чоловіків; 17 цивільних осіб та 8 військовослужбовців-ветеранів бойових дій) та контрольна група 25 осіб (7 жінок та 18 чоловіків).

Результати діагностики:

За результатами діагностики виявлено 11 пацієнтів з рівнем депресії вище 15 (тобто тяжка або середньої тяжкості депресія); 16 пацієнтів з рівнем тривожності вище 15 (тобто з вираженими проявами тривожності); 8 пацієнтів з показником 38 та вище з симптоматикою ПТСР PCL-5.

Висновки: у досліджуваній групі виявлено симптоми ПТСР у 32% пацієнтів; 35% пацієнтів з розладом адаптації; 12% з депресивним розладом; 21% з тривожно-депресивним розладом.

Рекомендації: поряд з індивідуальним психологічним консультуванням та груповими заняттями з біосугестивної терапії, арт-терапії, VR-терапії, застосування технік самопомоги (глибоке дихання та м'язова релаксація), прогулянок та фізичної активності, рекомендовано відвідування сесій корекційної програми з відновлення когнітивних навичок та навичок регулювання емоційного стану.

Практичний психолог

Ю.Д.Дорожкіна