

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Мельниченко Анна Вікторівна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: «Особистісні особливості осіб, які страждають на
посттравматичний стресовий розлад: диференційна психологічна
діагностика»**

Керівник:

Михайлов Борис Володимирович,

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології
НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Омелянович Віталій Юрійович,

доктор медичних наук, професор
професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та
психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані
здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ А.В. Мельниченко

(підпис)

Робота допущена до захисту 06 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов

(підпис)

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Мельниченко А. В. Особистісні особливості осіб, які страждають на посттравматичний стресовий розлад: диференційна психологічна діагностика. Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. МОЗ України, Київ, 2024.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню особистісних особливостей осіб з посттравматичним стресовим розладом, що може сприяти покращенню діагностики даного розладу, індивідуалізувати сучасні медико-психологічні підходи до лікування, оптимізувати підтримку та адаптацію даної категорії осіб.

Відповідно в роботі проаналізовано наслідки впливу травматичних подій на особистість, природу виникнення ПТСР, симптоми та перебіг, основні аспекти діагностики та лікування розладу відповідно до сучасних підходів та теоретичні основи вивчення особистості.

Виявлено переважаючі особистісні риси у осіб з діагностованим посттравматичним стресовим розладом. Доведено, що особи з ПТСР, мають характерний комплекс особистісних особливостей такий як нейротизм, емоційна лабільність, інтроверсія.

Проведено диференціацію особистісних характеристик серед груп осіб з числа військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб та цивільних осіб, які пережили травматичні обставини, відповідно до наявності чи відсутності посттравматичного стресового розладу.

Сформовано психодіагностичний інструментарій для вивчення особистісних особливостей та акцентуацій характеру.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, особистісні особливості, акцентуації, психологічна діагностика, особистість.

ANNOTATION

Melnichenko A. V. Personal characteristics of persons suffering from post-traumatic stress disorder: differential psychological diagnosis. Manuscript.

Qualification work for a master's degree in speciality 053 «Psychology». Shupyk National University of Healthcare of Ukraine. Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2024.

The qualification work is devoted to the study of personal characteristics of people with post-traumatic stress disorder, which can help improve the diagnosis of this disorder, individualise modern medical and psychological approaches to treatment, and optimise support and adaptation of this category of people.

Accordingly, the paper analyses the consequences of the impact of traumatic events on the personality, the nature of PTSD, symptoms and course, the main aspects of diagnosis and treatment of the disorder in accordance with modern approaches and the theoretical foundations of personality study.

The predominant personality traits in individuals with diagnosed post-traumatic stress disorder are identified. It is proved that people with PTSD have a characteristic set of personality traits such as neuroticism, emotional lability, and introversion.

The article differentiates personality characteristics among groups of people from among military personnel, internally displaced persons and civilians who have experienced traumatic circumstances, according to the presence or absence of post-traumatic stress disorder.

A psychodiagnostic toolkit for studying personality traits and character accentuations has been developed.

Keywords: post-traumatic stress disorder, personality traits, accentuation, psychological diagnostics, personality.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТОСТІ	11
1.1 Поняття ПТСР: сутність розладу, симптоми	11
1.2 Історичний огляд проблематики ПТСР в Україні та світі	26
1.3 Фактори, які впливають на ризик розвитку ПТСР. Наслідки впливу травматичних подій на особистість.....	30
1.4 Підходи до діагностики ПТСР	36
1.5 Принципи та методи надання психологічної допомоги пацієнтам з ПТСР в Україні. Лікування розладу.....	39
1.6 Теоретичні підходи до вивчення особистості та їх зв'язок з ПТСР	47
Висновки до розділу 1	52
РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ З ПТСР	55
2.1 Організація емпіричного дослідження та характеристика вибірки	55
2.2 Методи дослідження.....	60
Висновки до розділу 2	67
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ З ПТСР	70
3.1 Аналіз результатів дослідження	70
3.2 Опис отриманих результатів та їх інтерпретація	81
Висновки до розділу 3	84

ВИСНОВКИ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	89
ДОДАТКИ	99

ВСТУП

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним станом, який може виникнути внаслідок травматичної події та має виснажливий у всіх сферах перебіг для особистості. ПТСР досить сильно впливає на повсякденне життя, соціальну взаємодію, загальний стан здоров'я.

Питання дослідження ПТСР в Україні стало найбільш актуальним з 2014 року у зв'язку з виникненням воєнного конфлікту з Росією. Кількість осіб постраждалих від травматичних подій та зокрема осіб з встановленим діагнозом ПТСР різко почала зростати протягом наступних років. За даними Національної служби здоров'я України протягом останніх двох років з початку повномасштабного вторгнення спостерігається збільшення чисельності пацієнтів зі діагнозом ПТСР, але є вірогідність, що кількість людей значно більша, адже не всі звертаються за спеціалізованою допомогою.

За даними електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) у 2023 році кількість пацієнтів з встановленим діагнозом ПТСР майже в чотири рази зросла в порівнянні з 2021 роком. Більше того кількість пацієнтів з діагнозом ПТСР за перші два місяці 2024 року фактично такий як за весь 2021 рік. За роками показники кількості осіб з встановленим діагнозом виглядають так:

- 2021 – 3167 пацієнтів;
- 2022 – 7051 пацієнтів;
- 2023 – 12494 пацієнтів;
- 2024 – 3292 пацієнтів (станом на 06.03.2024 р.)

Поширеність розвитку ПТСР зазвичай зростає в місцях із підвищеним рівнем небезпеки та стосується не тільки військовослужбовців, а й цивільного населення. Важливим показником ризику розвитку не лише

ПТСР, а також гострої реакції на стрес та порушення адаптації є сила власне травматичної події, її тривалість, характер та роль люди в цій ситуації.

ПТСР може розвинути в будь-якому віці, тому особистісні властивості, акцентуації пацієнтів можуть не лише бути основою для розвитку ПТСР, а й впливати на перебіг розладу, ефективність лікування та прогноз пацієнта, що є важливою складовою для комплексного надання ефективної допомоги та запорукою вчасного виявлення осіб з розладом.

Зазвичай не у всіх осіб, хто пережив травматичну подію, розвивається ПТСР, що може свідчити про те, що особистісні особливості, а саме типологічні, диференційно-психологічні відмінності можуть схилити до розвитку ПТСР, або навпаки протистояти йому. Вивчення особистості є ключовим для розуміння того, як ці характеристики впливають на виникнення ПТСР. Особистісні особливості, розглядаються як значні складові, що визначають поведінку, цінності, мотивацію та реакції.

На даний час наукові дослідження ПТСР ще тривають, з кожним роком підвищується рівень зосередження на покращенні діагностики та вивченні індивідуальних особливостей, емоційної сфери даної категорії осіб, що дає можливість подальшого вивчення проблематики виникнення та лікування ПТСР, зокрема для покращення життя та благополуччя людей, підвищення працездатності, функціонування у сфері соціальних контактів.

Диференційна психодіагностика особистісних особливостей людей з ПТСР являється важливою складовою для покращення результатів психотерапії та забезпечення ефективного відновлення пацієнтів після травматичних подій, враховуючи не лише специфіку симптомів, а й індивідуальні характеристики особистості.

Мета дослідження полягає у визначенні характерних особистісних особливостей осіб з ПТСР та їх диференціація з особливостями осіб без розладу, які пережити психотравмуючі ситуації.

Для досягнення поставленої мети в кваліфікаційній роботі використані такі методи дослідження:

1. Теоретичні: аналіз, систематизація та конкретизація літератури; узагальнення та порівняння теоретичних та експериментальних даних.

2. Емпіричні: проведення дослідження за допомогою психологічних опитувальників.

3. Математичні методи: первинна описова статистика; для обробки даних використовувалося програмне забезпечення MSExcel; порівняльний аналіз за допомогою критерію Манна-Уїтні.

Об'єктом дослідження є особистість осіб з ПТСР.

Предмет дослідження: особистісні особливості осіб, які пережили травматичні події.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблематики ПТСР, факторів виникнення та перебігу розладу, основних аспектів надання допомоги.

2. Дослідити актуальність проблеми ПТСР та перебігу розладу в історичному аспекті.

3. Сформулювати релевантний темі дослідження психодіагностичний інструментарій для проведення дослідження особистісних особливостей.

4. Провести психологічне вимірювання та аналіз результатів, переважаючих властивостей досліджуваних осіб.

5. Оцінити отримані дані для диференціації характерних особистісних особливостей пацієнтів з ПТСР, встановлення психологічних різниць з особами без розладу.

6. Провести аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

Гіпотеза дослідження: особи з ПТСР мають комплекс особистісних особливостей, який відрізняється від особливостей осіб, які перебували в психотравмуючих ситуаціях та ознак розладу не мають, що можна виявити за допомогою проведення диференційної психологічної діагностики.

Вибірка дослідження складала 48 осіб з числа військовослужбовців, вимушено переміщених осіб та цивільних, які перебували в зоні бойових дій, з них 25 осіб основної (особи з посттравматичним стресовим розладом) та 23

контрольної групи (особи, які проживали або перебували в зоні бойових дій та були переміщені в безпечний регіон).

Дослідження проводилось конфіденційно, в гугл-формі респондентам пропонувалось заповнити комплекс методик для діагностики особистості.

Застосовано низку психодіагностичних методів:

- Опитувальник визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда, модифікований С. Шмішеком;
- Опитувальник Г. Айзенка (EPI);
- Фрайбургський багатфакторний особистісний опитувальник (FPI);
- Шкала тривожності Ч.Д. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна.

Практичне та наукове значення дослідження. Матеріали роботи можуть внести нові знання в область психологічних знань, зокрема диференційної психології, психодіагностики особистості та військової психології, можуть бути практично застосовані в діяльності практичних психологів, військових психологів, клінічних психологів. Застосування на практиці результатів дослідження сприятиме кращому розумінню проблематики ПТСР, доцільності впровадження методик дослідження особистісних рис в діагностику розладу, подальшому формуванню нових підходів психологічного супроводу, відповідно з урахуванням особливостей пацієнтів з ПТСР, прогнозуванню реакцій на стресові фактори.

Публікації. Часткові положення кваліфікаційної роботи відображено у збірнику матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю YOUNG SCIENCE 5.0 (для молодих вчених) 24 травня 2024 року, секція «Клінічна психологія та психологічна допомога», тема доповіді «Історичний огляд виникнення та формування симптомів ПТСР».

Структура та обсяг магістерської роботи: складається із вступу, 3 розділів, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел та додатків.

Дипломна робота містить 8 рисунків, 7 таблиць та 4 додатки.

Основний зміст роботи викладений на 83 сторінках.

Загальний обсяг роботи – 118 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) ТА ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Поняття ПТСР: сутність розладу, симптоми

Війна, бойові дії, катастрофи, стихійні лиха є надзвичайно загрозливими не лише для фізичного стану, а й провокують психічні порушення, які в подальшому можуть мати значні наслідки для людей. Посттравматичний стресовий розлад, порушення адаптації, гостра реакція на стрес – це все відноситься до результатів впливу психотравмуючих подій на людину.

Наслідком травматичних подій можуть бути також депресивні, тривожні розлади, панічні розлади та інші. Перелік наслідків для психічного здоров'я може бути незчисленним. Тяжкість їх залежить не лише від сили пережитої ситуації, а й від індивідуальних характерологічних особливостей, статі, віку, рівня адаптації до попередніх обтяжливих подій.

Переживання травматичних подій є нелегким випробуванням для людини, які часто виснажують та заважають нормальному функціонуванню, ослаблюють внутрішні та зовнішні ресурси для стабілізації та відновлення, порушують життєдіяльність та соціальне благополуччя.

Вплив ситуацій екстремального походження будується не тільки з прямої (безпосередньої) загрози для життя людини, а також із опосередкованої, пов'язаної з очікуванням загрози, при цьому реакції на ці події можуть не мати специфічного характеру, відрізняючись лише глибиною та частотою на раптовість та інтенсивність екстремальної ситуації.

Теоретичні аспекти проблеми виникнення стресу, порушень адаптації, гострої стресової реакції та посттравматичного стресового розладу розглядається в рамках напрямків та концепцій представлених в дослідженнях зарубіжних та українських науковців, з них яскравими представниками є Л. Лазарус, Г. Сельє, А. Кардинер, М. Горовіц, Н.

Тарабріна, В. Омелянович, Б. Михайлов, В. Мішиєв, О. Чабан та інші. Ці вчення були спрямовані на вивчення стресу, стресових реакцій на травматичні події, механізмів розвитку ПТСР, його симптомів, фаз та причин розвитку, провадження знань в психологічну практику подолання травматичних наслідків.

Посттравматичному стресовому розладу приділяється велика увага, адже він порушує всі сфери життя людини, кількість робіт та досліджень з тематики наслідків психотравмуючих подій та ПТСР досить значна, завдячуючи кропіткій роботі вчених, психологів, психіатрів та інших спеціалістів.

Особливий інтерес становлять дослідження травми та ПТСР проведені Н. В. Тарабріною, які вказують на те, що розвиток даного розладу та його прояви у людей значно різняться, в залежності від смислового значення травматичних подій і контексту, в яких ці події відбуваються. В значній кількості випадків особам з ПТСР доводиться фактично заново відтворювати свою структуру життєвого простору, зокрема самоставлення, самооцінки і життєвих орієнтацій [80].

Психотравмуючі ситуації завжди детерміновані зовнішніми умовами, а характер прийняття негативних зовнішніх чинників залежить від суб'єктивного сприйняття, віку, індивідуально-типологічних особливостей та набутого життєвого досвіду [70].

Згідно з дослідженнями психогенні розлади, які спостерігаються внаслідок травматичних подій, зокрема бойових дій об'єднують у чотири групи (рис. 1.1.)

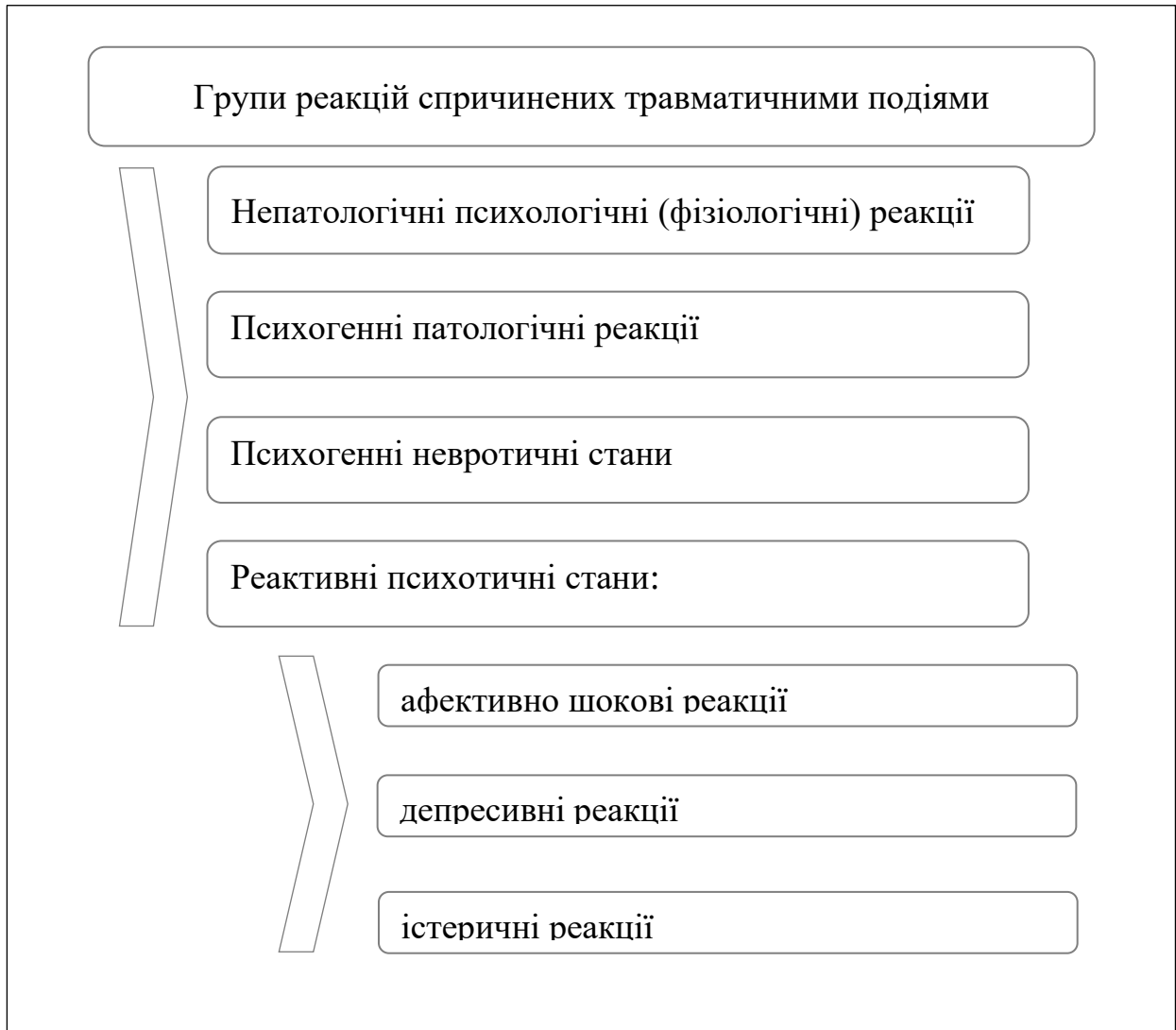


Рис. 1.1. Групи реакцій спричинені травматичними подіями

Розглянемо кожну з груп детальніше [39]:

1. Непатологічні психологічні (фізіологічні) реакції. Ця група характеризується переважанням емоційної напруженості, психомоторних, психовегетативних, гіпотимічних проявів, також типовими є виникнення почуття тривоги, страху, пригніченості, працездатність та цілеспрямованість до діяльності зберігаються. У Міжнародний класифікатор хвороб 10 перегляду (МКХ-10) такі реакції визначаються за діагностичною рубрикою Z65.5 (переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин).

2. Психогенні патологічні реакції. Характеризується гострим виникненням, зниженням критичної оцінки подій, що відбуваються. Після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки небезпеки, у людей

виникає розгубленість, уявлення про відсутність ресурсів для виходу із ситуації, можливе порушення мови (запинання, порушення темпу), відзначається мобілізація волі, зниження фіксації навколишнього, зміна відчуття часу (можливе сповільнення) або простору (спотворення відстані, розміру чи форм). Суміжно з психопатологічною симптоматикою часто відмічаються соматовегетативні – нудота, запаморочення, тремор, озноб. Дані симптоми можуть зберігатись декілька годин або днів. В МКХ-10 психогенні патологічні реакції діагностуються в межах рубрики F43.0 (гостра реакція на стрес).

3. Психогенні невротичні стани. Стабілізовані невротичні розлади, які характеризуються втратою критичного розуміння того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності. Важливою особливістю є збереження інтелекту і найважливіших характеристик особистості, а також зворотність патологічної симптоматики. Клінічна картина неврозів формується поступово, має тривалий характер. У хворих повністю зберігається критичне відношення до навколишнього і свого захворювання. За МКХ-10 ідентифікуються F4 (невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади).

4. Реактивні психотичні стани. Серед реактивних психозів в ситуації масових катастроф найчастіше спостерігаються:

- афективно-шокові реакції (виникають при раптовому потрясінні із загрозою для життя, завжди нетривалі, від декількох хвилин, годин, до декількох днів, проявляються у формах раптового хаотичного збудження, або раптового знерухомлення, ступору);
- депресивні реакції (виникнення збігається з психічною травмою, з'являються відчуття пригніченості, суму, думки можуть бути надцінними, деталізованими, також може бути присутня психомоторна загальмованість);
- істеричні реакції (характеризуються наявністю виразної симптоматики, можуть спостерігатися у формі істеричних порушень свідомості,

Ганзерівського синдрому, псевдодеменції, пуерілізму та переходити з однієї форми в іншу).

Загалом екстремальною може бути ситуація, яке має різне значення для кожної окремої людини та визначає те, що не у всіх осіб, які пережили травматичну подію розвивається посттравматичний стресовий розлад.

У віддаленому періоді в постраждалих внаслідок бойових дій можуть розвиватися розлади психіки у вигляді посттравматичного стресового розладу, або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофічної, психотравмуючої ситуації [58].

ПТСР є психогенним за походженням захворюванням, комплексним порушенням психічної діяльності, реакцією на пережиту травматичну ситуацію. Розлад викликається зовнішніми обставинами та виникає часто у учасників бойових дій, а також і в інших осіб, які піддавались впливу травматичних подій.

Відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» посттравматичний стресовий розлад визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-якої людини [71].

Більша частина досліджень із медичного та медико-психологічного профілю вчень про ПТСР стосується етіології, діагностики та терапії. При цьому кількість досліджень присвячених вивченню соціально-психологічних особливостей особистості та подолання розладу враховуючи властивості особистості менше вивчена. Для надання комплексної допомоги із зібраними сучасними та ефективними методами діагностики та лікування розроблена лікарями-психіатрами, лікарями-психологами, клінічними психологами та іншими спеціалістами Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес.

Посттравматичний стресовий розлад. «Порушення адаптації» затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2024 року, що дозволяє визначити основні аспекти роботи з особами, що страждають на ПТСР.

ПТСР діагностується через місяць, після перенесеної травматичної події. В більшості випадків він виникає після гострої реакції на стрес, який зазвичай може тривати від декількох днів до місяця, або зрідка тривати довше, ПТСР також може виникнути без попередньої пережитої гострої реакції на стрес.

Відзначимо, що період перебігу посттравматичного стресового розладу може бути гострим, хронічним та відстроченим (рис. 1.2.)

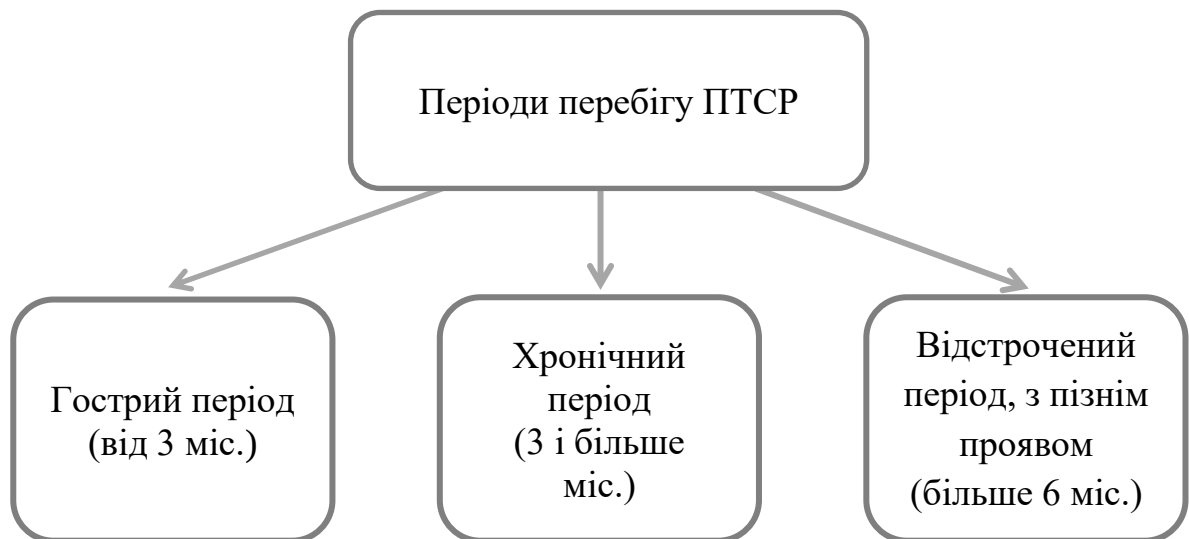


Рис. 1.2. Періоди перебігу ПТСР

Розглянемо детальніше кожен з періодів перебігу ПТСР [80]:

1. Гострий період може тривати до трьох місяців та супроводжується значним рівнем небезпеки. Поведінка людини характеризується вираженим ступенем напруги та сильним почуттям страху, що пов'язане із загрозою для життя. Такі емоційні реакції є природними до певного моменту, які сприяють психічній та фізичній мобілізації, необхідним для збереження власного життя.

2. Хронічним ПТСР визначається коли симптоми спостерігаються три і більше місяця, відповідно для нього більшою мірою характерним є порушення поведінкової сфери та повсякденного життя.

3. Відстроченим є ПТСР який спостерігається через 6 місяців після травматичної події, можуть бути присутні такі симптоми як підвищена втомлюваність, денна сонливість поряд з розладом нічного сну, підвищена вразливість, очікування нової травматичної ситуації, наростаюча депресія, почуття безсилля.

Перебіг ПТСР часто може супроводжуватися загостренням психосоматичної проблематики, таких як, виразка шлунку, коліту, бронхіальної астми, гіпертонії та інших.

ПТСР характеризується хвилеподібним перебігом, при якому періоди покращення можуть змінюватися загостренням. У певних випадках пацієнти одужують, особливо перебуваючи у сприятливому сімейному середовищі, при підтримці та соціальній стабільності. Однак у деяких випадках розлад може затягнутися на багато років після пережитого травматичного досвіду, та призвести до стійких змін особистості. Тривалий перебіг ПТСР може супроводжуватися епізодами асоціальної поведінки, зловживанням алкоголю чи наркотичними речовинами [14].

Як було зазначено вже ПТСР викликається зовнішніми чинниками. Серед травматичних подій, які значною мірою можуть впливати на ризик розвитку розладу є воєнні дії, природні катастрофи, фізичні травми, зокрема події пов'язані з насильством, загалом всі катастрофічні ситуації глобального чи приватного характеру, які представляють безпосередню чи опосередковану загрозу.

Ймовірність ризику розвитку ПТСР значною мірою залежить від характеру отриманої травми. Відповідно з положеннями Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», найбільшу небезпеку в цьому контексті становлять травми, що

виникають в результаті міжособистісного насильства. Особливо високий ризик розвитку ПТСР у випадку сексуального насильства, яке часто призводить до серйозних наслідків [71].

ПТСР не завжди є єдиним або основним психічним розладом, який може виникнути внаслідок пережитої травматичної події. Така ситуація може спровокувати розвиток інших психічних або неврологічних порушень. Часто спостерігаються супутні розлади, зокрема панічні атаки, депресивні стани та розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами, такими як алкоголь або наркотики. Ці стани можуть значно ускладнювати перебіг переживання травми.

ПТСР може мати різні варіанти розвитку, відповідно до переважання певних симптомів. У опрацьованій літературі окреслено такі варіанти розвитку ПТСР [18; 80]:

1. Тривожний, який характеризується високим рівнем соматичної та невмотивованої тривоги з переживанням мимовільних нав'язливих уявлень, що відображають психотравмуючу ситуацію.
2. Астенічний, переважає відчуття млявості та слабкості, на фоні зниженого настрою та байдужості наявні прояви пасивності та ангедонії у поведінці.
3. Дисфоричний, відтворюється в переважному невдоволенні, роздратуванні, до спалахів люті при пригнічено-похмурому настрої.
4. Соматоформний, що виявляється в соматоформних розладах з локалізацією на кардіологічній, гастроентерологічній і церебральній сферах, що демонструє витіснення психотравмуючих переживань.

Також виділяють комплексний посттравматичний стресовий розлад – стан, який розвивається у осіб внаслідок пролонгованої в часі психічної травми. Комплексний ПТСР характеризується симптомами, пов'язаними глибиною, тривалістю пережитого травматичного досвіду. Він виникає внаслідок тривалого або повторюваного впливу травматичних подій, що призводить до глибоких змін у психіці людини.

Комплексний ПТСР є новою діагностичною категорією, яка замінила охоплену категорію F62.0 «Стійка зміна особистості після переживання катастрофи», згідно з МХК-10. У класифікації МХК-11 критерії комплексного ПТСР доповнені симптомами, такими як проблеми в регуляції емоцій, відчуття себе як приниженої особи та своєї меншовартості, проблеми у підтримці взаємовідносин [14].

За даними окремих відкритих опублікованих даних, в Україні рівень поширеності ПТСР варіюється від 11.1 % до 50.8 %. Водночас поширення комплексного ПТСР становить від 9.2 % до 14.6 % [71].

Формування повної клінічної картини ПТСР зазвичай відбувається відстрочено, коли травматичні події та переживання вже минули, а відчуття загрози втрачає актуальність. В таких випадках розвивається поєднання важких неврозоподібних симптомів та психопатоподібних поведінкових порушень. Цей прояв нерідко поглиблений внаслідок вживання психоактивних речовин [13].

Після пережитої травматичної ситуації, виникають симптоми ПТСР, які можна розділити на чотири групи, відомі як кластери симптомів, що можуть варіюватись та порядок їх виникнення може змінюватись (рис. 1.3.)

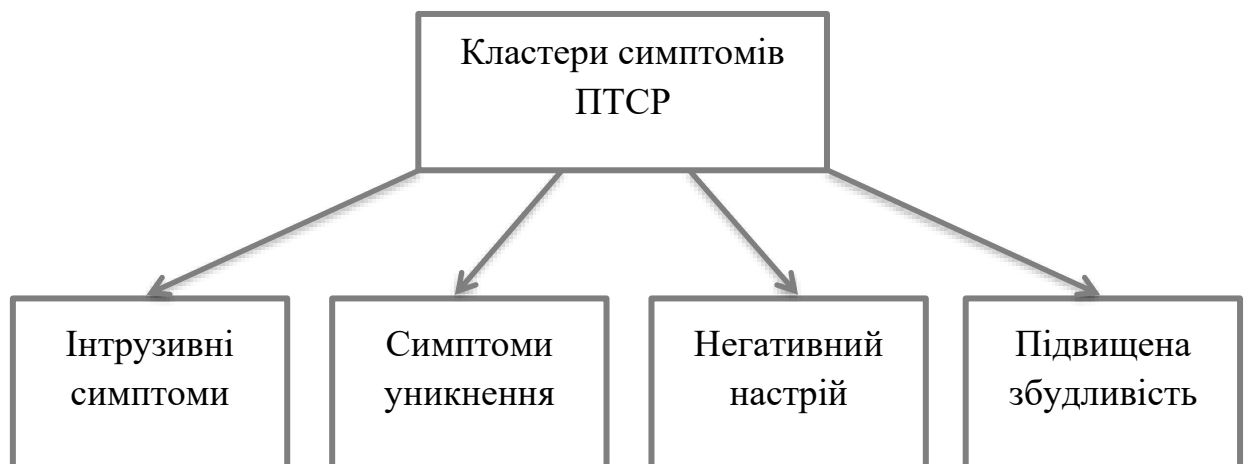


Рис. 1.3. Кластери симптомів ПТСР

Зупинимось детальніше на розбірі симптомів посттравматичного стресового розладу [12; 14; 71; 72]:

1. Інтрुзивні симптоми, проявляються у вигляді нав'язливих, неконтрольованих спогадів про травматичну подію, що включає повторювані дистресові образи, нічні кошмари та тривожні думки, які повертають людину до пережитого досвіду. Ці симптоми часто виникають раптово, або внаслідок тригерів, таких як схожа ситуація, розмова про подію, згадка оточуючих про моменти пережитої події чи без будь-яких причин згадування про подію. Ці спогади можуть бути настільки сильними, що може втрачатись зв'язок з реальністю.

2. Симптоми уникання – це дії, які людина вживає, щоб уникнути думок, почуттів, емоцій, які пов'язані з травматичними подіями. Таке уникання значно обмежує активність людини в повсякденному житті. Уникання може стосуватись не лише подій і почуттів, а й оточуючих, близьких людей, відсутність участі у соціальному житті. Задля уникнення спогадів людина може розпочати вживати алкоголь чи наркотичні засоби.

3. Негативний настрій – сукупність емоцій, які охоплюють почуття провини і самозвинувачення, що виникають внаслідок пережитих травм. Людина може відчувати, що навколишній світ є постійною загрозою для її життя, думки чи відчуття можуть бути ірраціональними, нав'язливими та мають тенденцію до перебільшення. Ця група симптомів може виражатися у відчутті відгородженості від оточення та ускладненням в переживанні позитивних емоцій, а також втратою інтересу до приємних раніше видів діяльності. Присутньою може бути депресивна симптоматика, що супроводжується почуттям дисфорії, незадоволенням власним життям, схильністю до агресії. Часто можуть розвиватися тривожно-депресивні розлади.

4. Симптоми підвищеної збудливості охоплює ряд негативних станів. Вони можуть проявлятися у вигляді порушень сну, спалахів гніву, дратівливості, постійному відчутті напруженості та настороженості, проблемами з концентрацією уваги. Посилюється відчуття загрози, постійна

мобілізація внутрішніх ресурсів, яка не дає відчуття заспокоєння. Може виникати сильна реакція на неочікувані звуки чи раптові рухи.

В Міжнародному класифікаторі хвороб 11 перегляду (МКХ-11) виділяють такі підгрупами симптомів ПТСР [14; 58]:

- повторне переживання травми в теперішньому, який виявляється у виражених яскравих нав'язливих спогадах, які супроводжуються страхом, жахіттям, у вигляді флешбеків та нічних кошмарів;
- уникнення травматичних нагадувань, думок та спогадів чи ситуацій, що нагадують про травматичні події;
- стійке відчуття поточної загрози, що проявляється перебільшеним переляком і підвищеною пильністю, гіпернастороженістю.

У військових які страждають на ПТСР, симптоми підвищеної збудливості становлять особливу проблему, оскільки можуть призвести до надмірної реакції на страх, підвищеної настороженості, викликати труднощі із наміром розслаблення. Додатковий стрес може посилювати симптоми збудливості, що ускладнює регулювання емоційних і фізіологічних реакцій [33].

У осіб з ПТСР відбувається важкість засинання внаслідок страху перед напливом спогадів та кошмарних сновидінь з нічним пробудженням в збудженому стані. Внаслідок чого може виникати стан хронічної втоми та різке зниження функціональності [14].

Особливим є ПТСР у дітей, тому що дитячі реакції протікають триваліше та можуть бути емоційно забарвленими. Діти, які пережили травматичні події, мають складності з розумінням того, що з ними відбувається, своїх переживань. Вплив психотравматичних подій може бути досить інтенсивним. Характерним для дитячого ПТСР є повторне переживання, уникання та фізіологічна гіперактивація. Спектр симптомів у дітей включає в себе такі зміни [77]:

- на фізіологічному рівні, може бути порушення сну, болі в шлунку або головні болі, тремтіння;
- на емоційному рівні, можуть розвиватись страхи, фобії, розлади тривожної розлуки (сепараційної тривоги), почуття провини, страх засинати наодинці, або в темній кімнаті, можуть виникати часті сльози, дратівливість;
- на когнітивному рівні, може погіршуватись концентрація уваги, пам'ять, тяжко пригадувати повсякденну інформацію, або моменти стресових подій;
- на поведінковому рівні, може виникати ворожість та конфліктність до оточуючих, проявлятись впертість, агресивність.

За результатами українських та зарубіжних вивчень посттравматичного стресового розладу, жінки складають одну з найбільших груп, які страждають на даний розлад, порівняно з чоловіками відповідно від 33 % до 83 % жінок відповідають діагностичним критеріям ПТСР. Проведені в США дослідження показують, що ризик виникнення ПТСР після психотравматичних подій у жінок в двічі вищий ніж у чоловіків, що корелює з гендерними відмінностями та виникненням депресивної симптоматики. Також особливістю ПТСР у жінок є їх резистентність до терапії і триваліший перебіг. До чинників виникнення ПТСР у жінок найчастіше відносять насильство, зокрема переважає саме сексуальне [54].

ПТСР має значний вплив на психологічне благополуччя особи, що може негативно позначатися на якості життя та стосунках з близькими. Часто це призводить до того, що людина відчуває себе соціально ізольованою, втрачаючи зв'язок з оточенням та підтримку близьких.

Клінічні прояви ПТСР включають специфічні порушення пам'яті, що проявляються в здатності відтворювати найдрібніші деталі, пов'язані з психотравмуючою подією, водночас здатність до запам'ятовування нової, актуальної інформації може погіршуватися. Часто такі спогади виникають

спонтанно і можуть відтворюватися яскраво, в найменших деталях. Здатність до концентрації та переключення уваги може значно погіршуватися, а обсяг зменшуватися [14].

Нав'язливі спогади про ситуації, пов'язані з психотравмуючими подіями, можуть проявлятися у вигляді флешбеків, ремінісценцій або нічних кошмарів. Флешбеки представляють собою відтворення подій, що мало місце під час психотравмуючих обставин. У складних випадках може спостерігатись афективне звуження свідомості, при якому яскраві та насичені спогади домінують над реальним сприйняттям дійсності. Може супроводжуватися психомоторним збудженням або агресією. Страх перед ремінісценціями може бути настільки сильним, що навіть незначне нагадування про травматичні обставини може викликати панічні реакції [13].

Складність та багатовимірність ПТСР вимагає мультидисциплінарного підходу. Це зумовлено моделлю вразливості до стресу, яка базується на біопсихосоціальному підході, що охоплює комплексні відносини між генетичною схильністю, вимірами особистості та впливом соціального середовища. Згідно з цією моделлю індивідуальні особливості, такі як стійкість або чутливість до стресу, визначаються біологічною схильністю під впливом стресового досвіду на протязі всього життя – від дитинства до старості. Це формує різноманітні психологічні, емоційні, когнітивні та поведінкові реакції. Низький рівень біологічної стійкості до стресу не завжди призводить до виникнення психопатологічних поведінкових патернів, якщо людина не зазнає багаторазової дії стресових подій протягом життя. І навпаки, висока вроджена стійкість до стресу не забезпечує психічного благополуччя, якщо особа постійно піддається значному впливу стресових ситуацій. Таким чином, модель вразливості до стресу дозволяє зрозуміти, чому навіть у схожих умовах люди абсолютно по-різному реагують на стресові події [27].

У етіології ПТСР головну роль відіграють три групи чинників [54]:

1. Спадково-конституційні чинники включають конституційно-типологічні характеристики центральної нервової системи та акцентуації особистості. В цій групі важливу роль відіграють особистісно-типологічні особливості, зокрема характерологічні риси астеноїдного кола з надмірною сенситивністю, боязкістю, підвищеною виснажливістю. Важливим є афективно-дистимічні і істероїдні риси, які відіграють суттєву роль у загальному функціонуванні. Нейрофізіологічні особливості центральної нервової системи визначаються слабкістю неспецифічних активуючих систем, таких як ретикулярна формація.

2. Психоемоційні або психогенні – це зовнішні чинники, які можуть бути як гострими, так і хронічними, що впливають на психічну сферу особистості. Ці фактори мають когнітивну та емоційну значущість та відіграють роль психогенії. Виділено варіанти психогенних чинників: масивні, раптові, надактуальні або неактуальні для особистості, які можуть коливатися по мірі значущості для особистості; ситуаційні гострі, несподівані, що багатопланово залучають особистість; пролонговані ситуаційні чинники, які змінюють умови життя, всередину яких можуть бути закладені психічні травми, це призводить до усвідомлення потреби в психічному напруженні, що викликаються обставинами, надмірним рівнем домагань особистості.

3. Психоорганічні чинники охоплюють різні органічні передумови, що можуть впливати на інтеграцію церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все, лімбіко-ретикулярного комплексу. Це можуть бути травматичні, інфекційні та токсичні впливи. У цій групі мають значення пренатальні і постнатальні травми та хронічні інфекції.

Відповідно до наукових досліджень в монографії «Технології психотерапевтичної роботи постраждалими у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу» [66] визначено декілька теоретичних моделей ПТСР, зокрема психологічно орієнтованих: психодинамічної, когнітивної та психосоціальної, де розглядається природа, механізми бойової

травми, фактори та умови, що сприяють успішному подоланню ПТСР. Розглянемо кожну модель окремо:

1. Психодинамічна теорія. Психопатологічні симптоми, пов'язані з витісненням спогадів про травматичні події, які пояснюються через призму дисоціації, що виникає внаслідок перенавантаження свідомості під час переживання травматичних подій, внаслідок чого недостатньо оброблені елементи травми відокремлюються від інших усвідомлюваних спогадів. Дана захисна стратегія є виправданою в гострий період травматизації, оскільки допомагає людині впоратися з її наслідками. Проте згодом дисоційовані спогади можуть проявлятися через різні емоційні, поведінкові, тілесні чи образні патологічні стани. Повторне пригадування травматичних подій таким чином являє собою спробу опрацювати травму та переглянути сформовані механізми захисту. Збалансоване співвідношення між витісненням травматичних подій із свідомості, їх подальшою обробкою та інтеграцією є ключовим чинником успішної адаптації.

2. Когнітивна теорія травми акцентує увагу на важливості когнітивної оцінки стресових ситуацій, яку здійснює людина. Ця оцінка стає основою для формування певних типів копінг-стратегій – способів впоратися зі стресом, або навпаки, уникнути. Деякі сучасні когнітивні концепції розглядають психічну травму з точки зору її впливу на особистість, зокрема на зміну базових переконань щодо довіри до навколишнього світу, цінності і значимості власного «Я». Внаслідок травматизації переконання зазнають руйнації, що призводить до сприйняття світу як ворожого. У цьому контексті завданням психотерапії стає допомога у відновленні здатності адекватно оцінювати реальність та усвідомлювати цінність власної особистості.

3. В психосоціальних моделях акцент приділяється соціальним факторам, зокрема характеристикам навколишнього середовища, що можуть визначати ступінь проявів ПТСР та рівень адаптації. Важливим аспектом є те, що неприйняття травматичного досвіду з боку оточуючих може негативно позначитися на адаптації потерпілого. Збереження чи поліпшення

попереднього соціального статусу, наявність підтримки близьких та рідних, виступають позитивними чинниками, що сприяють подоланню наслідків травми. Компульсивне повторне переживання травматичних подій, уникання емоцій, дистанціювання від участі в соціальному житті, ослаблює взаємозв'язки, руйнує стосунки з оточенням та знижує можливість адаптації.

1.2 Історичний огляд проблематики ПТСР в Україні та світі

Вивчення впливу травматичних подій та посттравматичного стресового розладу охоплює визначний період часу та відображає еволюцію розуміння людських реакцій на травматичні та екстремальні ситуації. Описані симптоми ПТСР, можна знайти в літературі та документах, що описують наслідки воєнних подій, ще з давніх часів.

За даними офіційних джерел термін «посттравматичний стресовий розлад» вперше зустрічається в США в Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-III) з 1980 року, в подальшому критерії розладу було уточнено та доповнено в DSM-III-R і DSM-IV, а в Міжнародному класифікаторі хвороб (МКХ) з 1995 року. Це стало важливим етапом визнання ПТСР як окремого розладу [60].

Відповідно перші ознаки ПТСР датовані ще в 1300-609 р. до н.е. в стародавній Ассирії, де воїни розповідали, що «чують і бачать примар, які розмовляють з ними», що схоже на повторні переживання тих подій. В поемах Гомера «Іліада», «Одіссея» зустрічається опис післявоєнних розладів та відповідних симптомів. Опис симптомів та ознак травматичного розладу Гомера був настільки вдалим, що одна з сучасних книг у якій описуються наслідки травматичного стресу у американських солдатів, які повернулися з В'єтнаму носить назву: «Одісей в Америці: Стрес воєнний і спроби повернутися додому». В п'єсах Вільяма Шекспіра, зокрема «Генріх IV» також можна спостерігати симптоми, після повернення з війни головний герой мав нічні кошмари і уникав будь-яких згадок про війну та всього що

там відбувалось. Симптоми відзначалися і у інших літературних персонажів, які переживали травматичні події та мали різноманітні емоційні та поведінкові зміни [16]. В художній літературі, яка стосується воєнних та післявоєнних подій описується симптоми розладу, що дозволяють скласти уявлення про еволюцію посттравматичного розладу.

В історичному розрізі виникнення ПТСР прослідковується закономірність частих згадувань таких симптомів як порушення сну, постійних спогадів про травматичні події, спалахи гніву, порушення пам'яті, уникнення інших людей та інші.

У «Щоденнику» Самюеля Піпса, зробленому через 6 місяців після того як він був свідком великої пожежі в Лондоні, автор зазначав, що в нього прослідковуються симптоми такі, як нав'язливі спогади про перенесену подію, порушення сну та обтяжливі сновидіння.

Визначалось що фізичні травми не завжди є єдиною проблемою в лікуванні, постають ще й психологічні проблеми, негативні емоції, страх, тривога та виснаження. Але дослідження психологічних факторів на той час був обмеженим.

У 1882 році британський хірург Джон Ерік Еріксен опублікував свою працю під назвою «Залізничні та інші травми нервової системи». У цій роботі він детально описав посттравматичні симптоми, що виникають у пасажирів, які пережили залізничні аварії, такі як нав'язливі думки про катастрофу, страхи.

Е. Крепелін, характеризуючи травматичний невроз, вперше вказав на те, що після тяжких психічних травм залишаються постійні розлади, що посилюються з його плином.

У 1888 році Г. Оппенгейм увів у практику відомий діагноз «травматичний невроз», у рамках якого чимало симптомів сучасного ПТСР [16].

Під час світових війн в багатьох солдатів виникала тривожність, безсоння, нав'язливі спогади, що вважалося були викликані фізичними

ушкодженнями та мали назву «шок від снаряду», «втома від бою». При цьому лікування переважно було фізичним, і лише з часом лікарі почали розуміти психологічну природу цих симптомів та спрямовувати лікування на психічне відновлення.

Чарльз Маєрс – британський психіатр, в 1915 році визначив термін «снарядний шок» і вважав його наслідком суто психологічної травми. Він був діагностованим навіть у тих солдатів, які ніколи не піддавались безпосередньому обстрілу.

У 1950-х роках травматичні розлади було розподілено на дві категорії, що виникли внаслідок бойових дій та ті, які були спричинені «цивільною катастрофою». Останні включають різні ситуації, такі як аварії, пожежі, стихійні лиха. Ця класифікація допомогла чіткіше зрозуміти різновиди травматичних подій та їх впливу на психічне здоров'я.

У 1957 році при дослідженні моряків, після вибуху танкера «Mission», у половини потерпілих було виявлені психічні розлади у вигляді нав'язливих та пригнічуючих спогадів, нападів тривоги, негативного емоційного фону, які отримали назву «посттравматичний невроз тих, хто вижив» або як «посттравматична психологічна хвороба» [54]. Також подібна симптоматика спостерігалась у осіб хто піддався насильству та був введений під поняттям «синдром зґвалтованих».

У В'єтнамі ПТСР спостерігався у 21-40 % випадків, в Афганістані – у 10-15 % всіх не поранених солдатів, а в Чечні (перша кампанія) – у 20-25 % і у 30-45 % тих, що отримали поранення. У великої кількості ветеранів після воєнних дій спостерігались проблеми психологічного та соціального характеру. Вони відчували тривогу, порушення сну та пам'яті, схильність до агресивної поведінки, депресивний стан [38].

Під час війни у В'єтнамі значна частка військовослужбовців отримали ПТСР. Зокрема Б. Колодзін, інформуючи про свій досвід роботи з ветеранами В'єтнамської війни, зазначав що у них проявляються такі симптоми, як немотивована обережність у поведінці, «вибухова» реакція на стресові події,

емоційна притупленість, схильність до агресивної поведінки, труднощі з пам'яттю та концентрацією уваги, депресивними та тривожними проявами, спалахами люті, нав'язливими спогадами, суїцидальними думками, відчуттям провини [16].

М. Горовіц систематизував спільні прояви, характерні для різних за походженням психічних травм та об'єднав їх в синдром, який отримав назву «посттравматичний стрес» або «посттравматичні стресові порушення».

А. Кардинер – американський психіатр, психоаналітик, вперше дав клінічний опис постстресових реакцій внаслідок бойових дій та виділив відповідні симптоми. У 1941 році в одному з перших досліджень, дав назву впливу травматичних подій на людину, як «хронічний військовий невроз». Він вважав, що військовий невроз має фізіологічну та психологічну природу. Вперше дав опис симптомокомплексу ПТСР:

- збудливість та дратівливість;
- нестримний тип реагування на раптові подразники;
- фіксація на обставинах травмуючої події;
- відхід від реальності;
- схильність до некерованих агресивних реакцій [18; 61].

ПТСР представляє собою комплекс нормальних реакцій людей, що потрапили в травматичні ситуації. Враховуючи унікальні характеристики цього явища та велику кількість психічних травм зазнаних ветеранами Другої світової війни, американські фахівці у 1952 році вперше розробили нову діагностичну категорію під назвою «велика стресова реакція». Це стало першим офіційним визнанням існування психічного розладу, спричиненого впливом тяжких травматичних стресорів. Даний діагноз передбачав «стан інтенсивного та незвичайного стресу», в якому «особа не здатна використовувати усталені зразки реакцій для подолання гнітючого страху» [27].

У колективній двохтомній монографії Фіглея «Травма і її наслідки», звертається увага на специфіку розвитку ПТСР зокрема пов'язаної з війною. В праці наведені результати досліджень стресу в жертв геноциду та інших трагічних подій, не пов'язаних з воєнними діями або насиллям [61].

Значна кількість досліджень симптоматики посттравматичного стресового розладу все ж таки відводилась саме жертвам безпосередньо військових дій і лише з плином часу розвитку науки та психології визначалась наявність даного розладу і в інших осіб.

Особливо тяжкі наслідки та симптоми ПТСР спостерігали після аварії на Чорнобильській атомній електростанції. У постраждалих виявляли глибоку пригніченість, тривогу, тугу, інколи з почуттям провини, думками про самогубство та нав'язливими спогадами травматичних подій, які вони пережили. Феноменологія ПТСР в учасників ліквідації аварії має свої характерні риси, зокрема присутні клінічні ознаки флешбек-ефектів, що характеризуються малою інтенсивністю відчуттів та емоцій, спрямована «гіперувага» на власне здоров'я, реалізація агресії в макросоціумі, відзначається глибокий песимізм в оцінці теперішнього і майбутнього, відчуття безперспективності у плануванні подальшого життя [22].

На сьогоднішній час ПТСР є класифікованим та більш детально вивченим, що дозволяє ефективно вибудовувати терапевтичний процес подолання розладу, особливо в теперішньому часі, в умовах воєнного стану.

1.3 Фактори ризику розвитку ПТСР. Наслідки впливу травматичних подій на особистість

Основною причиною розвитку ПТСР є травматичні, небезпечні, загрозливі для життя людини події.

Дослідження показують, що розвиток ПТСР значною мірою залежить від індивідуальної стійкості чи вразливості. На даний час ПТСР

розглядається як результат впливу зовнішніх стресових чинників, які активізують вже існуючу схильність до травматизації.

Факторами ризику ПТСР можуть поставати різні чинники, індивідуальні для кожної людини. Факторами ризику розвитку розладу можна виділити:

- інтенсивність і тривалість травматичної події;
- попередній травматичний досвід, адже люди які вже пережили травматичні події можуть мати підвищений ризик розвитку ПТСР;
- індивідуальні особливості особистості, такі як схильність до тривожності, емоційна стабільність чи нейротизм, інтроверсія чи екстраверсія та інші;
- відсутність соціальної підтримки, або недостатність її з боку сім'ї та друзів, соціального оточення;
- супутні психічні розлади, які можуть посилювати реакції на травмуючі події;
- зловживання алкоголем та наркотиками;
- фізичні травми, особливо ті, що порушують повноцінну життєдіяльність.

До важливих факторів ризику розвитку ПТСР відносяться індивідуально-типологічні властивості індивіда, включаючи наявність алкогольної або наркотичної залежності.

Додатковими факторами ризику також можуть виступати наявність попередньої психічної травми чи психічних розладів, вік та стать людини. Попередня психічна травма знижує здатність особистості до подолання травматичних стресових переживань. Особливо важко екстремальні ситуації переносяться молодими військовослужбовцями, особами похилого віку та дітьми [73].

Відповідно до літератури та статистичних даних – діти та жінки частіше страждають на розлад, ніж чоловіки.

Травматичні події часто мають глибокий та тривалий вплив на особистість, що лякає, загрожує та знаходиться поза межою контролю. Наслідки можуть бути як психологічні так і соціальні, що відображаються на поведінці людини. Травматична подія може бути одноразовою, так і повторною, що сильно загрожує повноцінному функціонуванню людини.

Травматична подія виступає провокуючим фактором, що запускає обумовлену емоційну реакцію, яка є природною та очікуваною відповіддю на ситуації загрозливого характеру. Така реакція є нормальним механізмом адаптації до стресових ситуацій, спрямованих на забезпечення захисту та виживання.

В статті «Вікові особливості особистісної піддатливості ПТСР осіб, постраждалих внаслідок бойових дій» Д.О. Александров визначає, що чим тривалішою є специфічна адаптація до умов війни, тим яскравішими можуть ставати ознаки ПТСР у військових, учасників бойових дій, зокрема: сприймання навколишнього середовища як ворожого; гіперактивація уваги; тривожна настороженість; автоматизація військових навичок; готовність до імпульсивного захисного реагування на загрозливий стимул у формі втечі або агресії; звуження емоційного діапазону; прагнення до «відходу» від реальності за рахунок переоцінки моральних проблем; постійна виснажлива готовність до миттєвої мобілізації сил, відповідної екстремальному режиму психічного функціонування нейровегетативного забезпечення [3].

Аналіз психологічної літератури, присвячений проблемі ПТСР, демонструє спільну думку дослідників щодо ключових чинників ризику розвитку розладу. Серед них особливу роль відіграють індивідуальні характеристики особистості, такі як акцентуація характеру, темпераментальні особливості, рівень особистісної тривожності, наявність соціопатичного розладу та низького рівня інтелектуального розвитку. Водночас дослідниками було встановлено, що якщо людина схильна до екстеріоризації стресу, то вона менш схильна до ПТСР.

Важливим також є віковий розріз, як один з факторів ризику розвитку ПТСР. Згідно опрацьованих джерел подолання екстремальних ситуацій важче дається молодим та особам літнього віку. Молоді люди, а також діти мають недостатній досвід, недостатньо розвинуті механізми захисту, регресійні способи реакції на стрес, недостатнє усвідомлення травматичної ситуації. Особи літнього віку володіють низьким адаптаційним потенціалом до змінених умов існування, стереотипне мислення, виснажену систему боротьби зі стресовими ситуаціями [80].

В статті «Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакцій людини на травмуючу ситуацію», автор Бондарук О.С. виділяє ще ряд умов, що впливають на розвиток ПТСР:

- наскільки ситуація суб'єктивно сприймалася як загрозлива;
- наскільки об'єктивно реальною була загроза для життя;
- наскільки близько до місця трагічних подій знаходилась людина (вона могла фізично не постраждати, але бачити наслідки травматичної події);
- наскільки в цю подію були залучені близькі, чи постраждали вони, яка була їх реакція (особливо значимим це є у дітей) [80].

ПТСР з'являється від впливом посередницьких факторів, які спричиняють ризик або опір до стресу. Ці фактори істотно впливають і на перехід з однієї форми в іншу, і провокують успіх чи невдачу в отриманні лікування. В моделі ПТСР посередницькі фактори розділені на три групи [27]:

- біологічні;
- психологічні;
- соціальні.

Біологічні фактори стосуються можливих успадкованих рис, які впливають на підвищену психічну чутливість до дії середовища, зокрема і успадковану схильність до певних психічних хвороб. Сучасні дослідження

вказують на можливість успадкування захворювань, що як обмежують потенційний вплив біологічних посередницьких факторів у появі і розвитку ПТСР так і підвищують психічну чутливість до стресорів. Кожна травматична подія розкривається передусім в контексті попереднього життєвого досвіду та минулих пережитих дій стресорів. Окремі риси особистості, інтелектуальні здібності, мотиви, ставлення, цінності та інші психологічні посередницькі фактори можуть значно полегшувати або погіршувати вплив травматичних подій. Важливим є соціальні посередницькі фактори, які проявляються у ставленні кола осіб з оточення до травмованої особи, загальних знаннях, цінностях, домінуючому ставленні суспільства до розладів та набувають великого значення у виробленні стратегій лікування людей з травматичним досвідом. Ставлення суспільства до осіб з ПТСР може значно впливати на ступінь одужання [27].

Вплив травматичної події на особистість може вирізнитись широким спектром емоцій та реакцій, які мають два варіанти розвитку, їх зникнення або посилення, погіршення стану.

Страх, тривога та паніка є нормальними реакціями на травматичні події. Тривога та занепокоєння є найпоширенішою формою нез'ясованого очікування, своєрідним сигналом про наближення загрози. Головною причиною тривоги є невідомість, зокрема очікування неприємних подій, уявлення потенційної небезпеки, які поступово підривають психологічну стабільність та проявляються через суб'єктивні відчуття (неприємності, занепокоєння, зниженої здатності до дії), виникають фізіологічні зміни (пришвидшення дихання, збільшення частоти серцевого ритму, підвищення артеріального тиску, підвищене потовиділення, тремтіння) та зміна поведінки (підвищене збудження, нервові рухи, уникання соціальної взаємодії, безсоння) [27].

Наслідки травматичних ситуацій можуть відображатися на емоційних змінах, відчуттях страху, пригніченості настрою, спалахами гніву чи дратівливості. Також може виникати схильність до саморуйнівної поведінки

чи виникнення суїцидальних думок. Когнітивні порушення є також одним з наслідків впливу сильних травматичних подій на людину, проблеми з концентрацією уваги та порушення пам'яті, негативне сприйняття оточуючого світу та самого себе. Можуть відбуватися зміни в міжособистісних стосунках, що висвітлюється як втрата довіри до людей, надмірна підозрілість, соціальна ізоляція та інші.

Втрата інтересу до улюблених справ в минулому, зміна поглядів на життя, перевага негативних переконань є також одним з наслідків травматизації. Ці наслідки досить сильно відображаються на особистості, що призводить до розвитку розладів, зокрема і ПТСР. Як спосіб втечі від емоційного чи фізичного болю, у осіб, які страждають на ПТСР може виникати надмірна тяга до алкогольних чи наркотичних засобів, що впливають на загальний стан, викликають втому, можуть порушувати сон.

Відповідно до досліджень на психологічний стан осіб, які перебували в зоні бойових дій та під впливом психотравмуючих подій, впливають такі чинники [12]:

- спадковість – наявність спадкових захворювань у батьків, зокрема й психічних, зловживання алкоголем чи наркотиками, після впливу травматичних подій можуть спричинити дебют психічних захворювань;
- індивідуальні особливості особистості, на тлі надмірних психотравмуючих ситуацій може бути загострення преморбідний рис особистості, акцентуацій характеру, що призводить до загостреного реагування на ситуації;
- тривалість перебування під впливом психотравмуючих обставин, може посилювати виснаження енергетичного потенціалу нервової системи, що призводить до порушення адаптації особистості до травматичних подій.

Вплив на особистість психотравмуючих ситуацій може бути незчисленним. Всі вони потребують детального вивчення для якісного

надання подальшої допомоги. Вчасна комплексна медико-психологічна допомога впливає на відновлення особистості.

1.4 Підходи до діагностики ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад має свої критерії за яким діагностується даний розлад. Для постановки діагнозу ПТСР необхідно відповідати певним критеріям, які розділені на кілька категорій [14; 58]:

А. Хворий піддався дії стресової події чи ситуації (короткострокової або тривалої) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини.

Б. Хворий постійно знов переживає дії стресора, виражені у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах чи снах, що повторюються, або відчуває дистрес, опинившись в обставинах, що нагадують про перенесене потрясіння чи асоціюються із стресом.

В. Хворий уникає (або випробовує бажання уникати) обставин, що нагадують про пережите чи асоціюються зі стресором (причому до перенесеного стресу така тенденція не спостерігалася).

Г. Наявна будь-яка ознака з перенесених:

1. Нездатність пригадати (повністю або частково) деякі важливі моменти, що стосуються періоду дії стресового чинника.

2. Стійкі симптоми підвищеної психологічної чутливості і збудливості (які не спостерігалися до дії стресового чинника), представлені будь-якими двома з таких:

а) утруднення засинання або підтримки сну;

б) дратівливість або спалахи гніву;

в) утруднення концентрації уваги;

г) підвищення рівня неспання;

д) посилений чотирипагорбний рефлекс (здригання від несподіванки).

Ці критерії допомагають діагностувати ПТСР і вибрати відповідне лікування для людей, що страждають від цього розладу.

Для повноцінної оцінки пацієнтів з ПТСР важливим є ретельний аналіз історії життя, сімейного та психічного стану, наявності попередніх психотравмуючих подій, за допомогою використання структурованого клінічного інтерв'ю та шкали клінічної діагностики.

З метою діагностики ПТСР застосовуються спеціальні психологічні методики, які визначені відповідно до протоколу та являються валідними, надійними. Зокрема можна виділити такі методики [12; 14; 58; 72]:

- Міссісіпінська шкала для посттравматичного стресового розладу (цивільний або військовий варіант);
- шкала клінічної діагностики CAPS-5, для підтвердження діагнозу ПТСР та оцінки змін симптомів (Clinical-administered PTSD Scale);
- контрольний список ПТСР для DSM-V, PCL-5, для самооцінки та динаміки змін симптомів ПТСР протягом часу;
- контрольний список життєвих подій для DSM-V (LEC-5);
- CATS, для проведення скринінгу на наявність травми у дітей і підлітків (враховуючи вік пацієнтів: для 3-6 років чи для 7-17 років);
- шкала оцінювання впливу травматичної події (IES-R);
- оцінювання вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R);
- шкала депресії Гамільтона (HAM-D);
- шкала тривоги Гамільтона (HAM-A);
- методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» (С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер в адаптації Т.А. Крюкової).

Для вивчення стану пацієнтів з ПТСР доцільним також є використання таких методик [21; 40]:

- диференціальної самооцінки функціонального стану САН (Самопочуття. Активність. Настрій);

- для визначення рівня тривожності, як властивості психіки і стану пацієнтів – шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера, адаптована Ю.Л. Ханіним;
- для визначення рівня нейротизму та показників екстраверсії та інтраверсії – особистісний опитувальник Айзенка (EPI).

Важливою є психодіагностика психоемоційного, когнітивного стану, типових копінг-стратегій та наявних ресурсів для ефективного подальшого лікування. Загалом підбір діагностичних методик залежить від присутніх симптомів посттравматичного стресового розладу, а також від супутніх психічних чи психологічних проблем, які можуть утруднювати процес лікування.

Діагностика станів посттравматичних розладів має певні складності. Насамперед це пов'язано з тим, що посттравматичний синдром це комплекс симптомів, які в різних стресових ситуаціях, можуть складати різні симптомокомплекси. Тому розробити єдину універсальну методику досить складно, а запропонувати єдиний сталий набір діагностичних методик, майже неможливо. Тому діагностика ПТСР має індивідуалізуватись, виходячи з конкретної ситуації [34].

Особливе значення має проведення диференційної діагностики, що дозволяє відрізнити ПТСР від інших подібних станів. Насамперед слід розмежовувати ПТСР, гостру реакцією на стрес та розлади адаптації. Крім того, необхідно приділяти увагу психічним реакціям осіб у разі травматичних ушкоджень мозку, зокрема струсу мозку. Особливу увагу варто приділити також психічним реакціям у осіб зі струсом мозку.

У разі ПТСР поряд із характерними симптомами можуть спостерігатися прояви, притаманні іншим психічним розладам. Для ефективного та комплексного надання психологічної допомоги важливо проводити диференційну діагностику, зокрема депресивних та тривожних розладів, залежностей від вживання алкогольних чи психоактивних речовин, розладів особистості та інших розладів, відповідно до потреби.

Також важливим є визначення коморбідності зокрема з депресивними та тривожними розладами, розладами особистості, obsесивно-компульсивними та фобічними розладами.

До факторів, що сприяють позитивному прогнозу, належать гострий початок симптомів, моніторинг попередніх психічних розладів в анамнезу, своєчасне надання кваліфікованої медичної, психологічної допомоги та наявність соціальної підтримки.

1.5 Принципи та методи надання психологічної допомоги пацієнтам з ПТСР в Україні. Лікування розладу

Надання медико-психологічної допомоги при ПТСР вибудовується з урахуванням комплексу факторів, таких як особистісна характеристика особи, наявність чи відсутність розладів психічної сфери, обставини і характер психогенних факторів, освітній рівень, сімейний статус, соціальне оточення.

Облігатним є застосування психоедукації, налагодження комплаєнтних відносин, адекватна зміна терапевтичних втручань низької, середньої та високої інтенсивності. Виділяють такі етапи [58]:

1. Безпосереднє надання медико-психологічної допомоги у вогнищах надзвичайних ситуацій.
2. Надання амбулаторної допомоги постраждалим в умовах психоневрологічних диспансерів і спеціалізованих центрів охорони психічного здоров'я.
3. Надання стаціонарної допомоги за показаннями, в умовах спеціалізованих центрів охорони психічного здоров'я та інших лікувальних закладів.

4. Реабілітаційний етап – в амбулаторних умовах психоневрологічного диспансеру і спеціалізованих центрів з подальшим санаторно-курортним лікуванням.

5. Профілактичний етап – профілактика ПТСР пов'язана з попередженням впливу психогенної психотравмувальної дії.

Основними етапами надання психологічної допомоги людям з ПТСР та полегшення симптомів, відновлення психологічного балансу та покращення якості життя є перш за все створення безпечного середовища та підтримки соціального оточення, роз'яснення та інформування природи ПТСР, механізмів реакції на стрес, стабілізація емоційного стану, сприяння відновленню і зміцненню соціальних стосунків, щоб забезпечити людину підтримкою з боку інших, повернення до нормальної життєвої активності, адаптація до конкретних потреб пацієнта, врахування культурних, соціальних та індивідуальних особливостей людини.

ПТСР може мати довготривалі наслідки, тому необхідна тривала підтримка навіть після основного етапу надання допомоги, участь у групах взаємодопомоги може бути додатковим ефективним методом допомоги.

Мельничук І.Я. в монографії «Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів особистості» відзначила, що програма психологічної допомоги особам з ПТСР ґрунтується на таких вимогах:

- комплексність, тобто охоплення різних аспектів надання допомоги постраждалим особам, для ефективного надання психологічної допомоги;
- диференційованість, індивідуальний підхід до кожного пацієнта з урахуванням потреб та особливостей;
- етапність, надання психологічної допомоги поступово та адаптації пацієнта до поточних змін [34].

Також в монографії виділено базові принципи психологічної роботи з ПТСР [34]:

1. Безумовне прийняття пережитого досвіду та пов'язаних з ним спогадів, висловлювань особи з ПТСР. Особи з травматичним досвідом можуть відчувати себе неповноцінними, обділеними, вони дуже обережно діляться своїми переживаннями, бояться будь-якої оцінки своїх дій та переживань.

2. Важливо розуміти прояви ПТСР в пацієнта обумовлені природою надзвичайної події, чи іншими проблемами, щоб виключити ймовірність впливу інших факторів, насамперед, психопатологічних розладів.

3. Визнання всіх реакцій постраждалих нормальними, такими, що забезпечують адаптацію до екстремальних умов зовнішнього середовища. При цьому важливим є розуміння самого пацієнта, що при здійсненні психотерапевтичного впливу його психоемоційний стан покращиться.

4. Організація підтримки з боку соціального оточення, рідних, друзів.

5. Готовність до сильного впливу на спеціаліста процесу взаємодії з постраждалим, формування захисних механізмів до емоційного вигорання.

6. Застосування у роботі з пацієнтом моделі психотерапевтичного альянсу: емпатія, терапевтична підтримка, партнерство, формування у пацієнта відчуття відповідальності за результати терапії.

7. Готовність до перевірки спеціаліста на надійність, довіру, щирість, конфіденційність, що пояснюється страхом пацієнта бути незрозумілим, піддатися критиці.

8. Забезпечення індивідуальної переоцінки травматичного досвіду та його інтеграція у загальну систему цінностей пацієнта. Переосмислення травми на рівні поведінки та можливостей, на рівні цінностей, саморозкриття та самореалізації.

9. Нормалізація психологічної захисної поведінки пацієнта, активізація адекватних захисних механізмів.

10. Орієнтація на виявлення реальних та потенційних психологічних ресурсів пацієнта. Переробка травми, позбавлення від наслідків впливу

травматичної події може бути достатньо тривалим. При цьому стрес може активізувати залишкові явища травматичного досвіду.

Ізраїльські військові психологи визначили принцип пом'якшення наслідків та відновлення після бойового стресу, що можуть полегшити або не допустити розвитку посттравматичного стресового розладу: надання психологічної допомоги якомога раніше, раннє виявлення та реабілітація після бойового стресу запобігають спалаху симптомів та адаптують до умов; надання психологічної допомоги ближче до фронту для військовослужбовців та цивільних осіб; зміцнення довіри та надання соціальної підтримки; заохочення до вираження досвіду, своїх емоцій та роздумів, замість витіснення травматичного досвіду [27].

Для надання психологічної допомоги застосовуються насамперед травмофокусовані підходи до лікування ПТСР. Методами психотерапії осіб з ПТСР, які є найбільш ефективним та доказовими є травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та десенсибілізація та переробка рухом очей, також виділяють когнітивно-процесуальну терапію та пролонговану експозиційну терапію. Також можливим та необхідним є застосування фармакотерапії в поєднанні з психотерапією.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це психотерапевтичний метод направлений на роботу з негативними думками та спричиненими ними патернами поведінки.

Травмофокусована КПТ є короткостроковою інтервенцією, що тамує інтенсивність посттравматичних переживань. Травмофокусована КПТ проводиться з пацієнтами індивідуально, згідно певних правил, травмофокусовані втручання не вимагають початку раніше, ніж через два тижні після травматичної події. У разі якщо симптоми не піддаються лікуванню за допомогою травмофокусованого втручання, слід розглянути можливість застосування психотерапевтичних втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції, фармакотерапії. Додатково може застосовуватися групова когнітивно-

поведінкова терапія (як травмофокусована, так і нетравмофокусована), арттерапія, раціональна психотерапія як підтримуючі чи допоміжні методи лікування [67].

Когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія включає різні підходи, спрямовані на переосмислення та повторне переживання травматичних ситуацій. Основними методами таких втручань є експозиція реальна, експозиція в уяві, пролонгована експозиція, стимульна конфронтація, повторне когнітивне опрацювання, когнітивна реконструктизація та наративна реконструкція [17].

Десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR) – це психотерапевтичний метод, розроблений Ф. Шاپіро, який використовується для перероблення спогадів з високим негативним емоційним зарядом у нейтральні форми. У результаті відповідні уявлення й переконання набувають конструктивного характеру. Стандартна процедура десенсибілізації та переробки рухом очей передбачає поступове та гнучке проходження спрямоване на обробку травматичних переживань та охоплює такі етапи:

- оцінювання факторів безпеки пацієнта, історії його хвороби, планування терапії;
- підготовка, визначення предметів впливу;
- десенсибілізація;
- інсталяція позитивної думки;
- сканування тіла;
- завершення, переоцінка [58; 67].

Десенсибілізація та переробка рухом очей застосовується індивідуально та являється ефективним методом зменшення чутливості до травмуючої ситуації.

Психотерапевтичні техніки допомагають усвідомити, а також опрацювати психотравматичний досвід та сприяти активній адаптації до

зміненого стану, навчають ефективним стратегіям копіngu подолання стресових переживань.

В монографії Мельничук І.Я. представлено пояснення десенсибілізації та переробки рухом очей Ф. Шапіро: «Коли відбувається травма, то вона ніби утворює блок у нервовій системі у вигляді початкового уявлення або у вигляді звуків, думок, почуттів. Рух очей, які ми використовуємо в EMDR розблоковує нервову систему. Щось схоже відбувається під час сну – рух очей стимулює переробку неусвідомленого матеріалу. Важливо пам'ятати, що ваш власний мозок буде здійснювати процес зцілення і ви самі будете контролювати його» [34].

Відповідно до опрацьованої літератури рекомендовано застосування наративно-експозиційної терапії (НЕТ) для дорослих, у випадках коли травматичний досвід пов'язаний з такими подіями, як геноцид, громадянські конфлікти, тортури, політичні переслідування, вимушені переміщення. Цей метод спрямований на подолання наслідків психотравматичних подій, шляхом створення хронологічної розповіді про життя, зокрема травматичні переживання.

Загальною метою психотерапевтичних втручань є створення нової моделі життєдіяльності, при переоцінці травмуючого досвіду, відновлення почуття власної цінності та здатності до адаптації.

Система лікувально-реабілітаційних заходів для осіб, які страждають на ПТСР, повинна бути комплексною та включати в себе різноманітні психотерапевтичні заходи, психологічну корекцію, медикаментозну або немедикаментозну терапію. Важливим є ранній початок терапевтичного втручання, а також довготривалий процес для кращого ефекту. Вибір конкретних методів має базуватися на змісті та особливостях клінічної картини, з врахуванням індивідуальних особистісних та фізіологічних особливостей пацієнта.

Також може застосовуватися медикаментозне лікування, застосування антидепресантів, селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну

(СИЗС), а також протитривожних препаратів для зменшення симптомів тривожності та депресії. Також можуть застосовуватися альтернативні методи терапії, такі як тілесно-орієнтована терапія та групові терапевтичні заняття, які сприяють вираженню емоцій та поліпшенню соціальних навичок. Ще одним ефективним інструментом у роботі з пацієнтами з ПТСР, може застосовуватися арттерапія, як спосіб вираження емоцій та внутрішніх конфліктів через творчість, що сприяє зменшенню рівня стресу та тривоги [4].

Індивідуально і патогенетично обґрунтовано застосування таких чотирьох психотерапевтичних стратегій [12; 14; 58]:

- підтримка адаптивних навичок «Я», зокрема через техніки систематичної десенсибілізації та тренінги релаксації, для створення позитивного ставлення до терапії;
- формування «позитивного ставлення» до симптомів через доведення до пацієнта розуміння нормальності власних реакцій в екстремальних умовах, що дає змогу нівелювати вторинно психотравмуючий вплив самих симптомів та актуалізувати власні ресурси, тобто сприйняття розладу як нормального після пережитих ситуацій, допомагає запобігти подальшій травматизації;
- відмова від стратегії уникання всього, що асоціюється із психотравмою задля активнішої переробки травмуючого досвіду у рамках психотерапевтичного процесу;
- зміна атрибуції змісту стосовно травматичної ситуації та її наслідків, корекція суб'єктивного трактування психотравмуючої події, що дає змогу створити у людини відчуття контролю за ситуацією.

Обов'язковою складовою допомоги пацієнтам з ПТСР є психологічна корекція та облігатне використання методів психотерапії для подолання психотравмуючих переживань.

Ефективне лікування ПТСР має на меті включення в основу допомоги немедикаментозних методів, таких як психоедукація, рекомендації щодо здорового способу життя, проведення психосоціальних втручань, ефективне ведення супутніх гострих та хронічних станів та захворювань, а також регулярний подальший супровід [71].

Ключовим етапом у запобіганні негативному впливу травматичних подій є профілактичні заходи, спрямовані на попередження розвитку не лише ПТСР, а і гострої реакції на стрес та порушення адаптації. Це досягається шляхом проведення підготовки та попередньої психоосвітньої роботи, яка включає ефективне реагування на важкі психотравмуючі події, також емоційна підтримка та розуміння механізмів впливу стресу на організм та ефективного засвоєння способів подолання цього впливу.

Профілактика є ефективним способом запобігання негативному впливу психотравмуючих подій на психічне здоров'я людини. Профілактичні заходи складаються з таких компонентів [69]:

- психологічна підготовка – система цілеспрямованих дій з формування і розвитку психологічної готовності та психологічної стійкості, що досягається за рахунок інформування про формування стресу, особливостей перебігу психічних процесів, динаміки розвитку ПТСР, навчання методам самодіагностики, саморегуляції;
- психологічна корекція – комплекс заходів, які мають на меті подолання порушень психічних функцій або реакцій на травматичний стрес, використовуючи психологічні способи та засоби;
- психологічна реабілітація – комплекс психологічних заходів, які сприяють відновленню, корекції та компенсації порушень психічних функцій, емоційних станів та соціального статусу.

Існує також первинна та вторинна профілактика ПТСР. Під первинною розуміється робота з відносною групою здорових людей, з присутністю певної кількості з групи високого ризику, де використовується система заходів спрямована на формування позитивних стресових форм поведінки,

розвитку особистісних ресурсів. Вторинна спрямована на допомогу пацієнтам з ПТСР з метою попередження ризиків рецидиву захворювання, розвитку коморбідних розладів.

Загалом процес надання допомоги особам з ПТСР є досить важливою частиною роботи спеціалістів в сфері охорони здоров'я, задля збереження суспільного здоров'я, покращення соціального життя.

1.6 Теоретичні підходи до вивчення особистості та їх зв'язок з ПТСР

Кожній людині притаманні відповідні індивідуальні особливості. Індивід, особистість, індивідуальність – найбільш загальні поняття, які характеризують людину в цілому, поєднуючи багато якостей, особливостей. Особистісні характеристики людей вивчались досить давно та визначались широким колом теорій та підходів до визначення особливостей.

Особистість являється багатогранною. Вона проявляється різними способами, демонструючи свої унікальні риси, разом із здатністю використовувати знання, уміння, навички в різних ситуаціях. Вивчаючи особистість з різних аспектів, при вирішенні різноманітних проблем, дозволяє в свою чергу зробити припущення про переважаючі способи подолання викликів та реакцій на стресові обставини.

Важливі внески в дослідження особистості, індивідуальних та типологічних характеристик внесли С. Рубінштейн, К. Роджерс, Д. Узнадзе, Дж. Кеттел, А. Анастасі, Ф. Гальтон, К. Юнг, Г. Айзенк та інші.

Зокрема, С. Рубінштейн підкреслював, що кожна особистість має свій рівень розвитку, який дозволяє усвідомлено керувати власною поведінкою і діяльністю. К. Роджерс вважав, що сутність особистості проявляється через самосвідомість, суб'єктивність, здатність діяти свідомо і відповідально. На цій основі виділяються основні ознаки особистості:

- рівень інтелектуального розвитку;

- рівень розвитку почуття відповідальності, умінням керувати своєю поведінкою;
- здатність до автономної діяльності, зокрема прийняття самостійних рішень;
- особиста гідність, включно рівень виховання, самооцінки;
- індивідуальність [16].

Дж. Кеттел збудував структуру особистості, ґрунтуючись на теорії особистісних рис, розробив 16-факторну модель особистості. Він описував особистість як множину первинних особливостей особистості, базових характеристик, які визначають внутрішній світ та поведінку.

З часів виникнення психології та по теперішній час дослідження особистості має велике значення. Саме диференційна психологія робить акцент на вивченні індивідуально-типологічних особливостей особистості і відмінностей від інших людей.

У сучасній психології виділяють наступні напрямки дослідження особистості [37]:

- біогенетичний напрямок дослідження свідчить, що розвиток людини як особистості залежить від певних антропогенних властивостей, таких як задатки, темперамент, стать, нейродинамічні властивості, органічні потреби, потяги, які проходять різні стадії дозрівання під час реалізації філогенетичної програми виду в онтогенезі;
- соціогенетичний напрямок, завданням якого є вивчення процесів соціалізації людини, засвоєння соціальних норм та ролей, набуття соціальних настанов та ціннісних орієнтацій, формування соціального та національного характеру людини як члена тієї або іншої спільності;
- персоногенетичний напрямок реалізується дослідженням проблем активності, самосвідомості і творчої особистості, формування людського Я, боротьби мотивів, виховання індивідуального характеру

та здібностей, самореалізації і особистого вибору, пошуку сенсу життя;

- культурно-історичний напрямок розвитку особистості полягає в тому, що соціокультурне середовище є джерелом, що живить розвиток особистості, рушійною силою розвитку особистості виступають спільна діяльність і спілкування за допомогою яких здійснюється залучення особистості до культури;
- у рамках системно-діяльнісного підходу особистість розглядається як відносно стійка сукупність психічних властивостей, як результат включення індивіда у простір міжіндивідуальних зв'язків.

Особливості людини за своєю природою та походженням поділяють на дві категорії, природжені та набуті протягом життя. Вроджені характеристики включають ті фізичні особливості, з якими вона народжується. Серед них особливо важливими є типологічні особливості нервової системи, такі як сила, врівноваженість і рухливість, які становлять фізіологічну основу темпераменту. Природжені індивідуальні особливості в процесі виховання та під впливом життєвих обставин трансформуються. Набуті формуються під час навчання, виховання та активної діяльності. В цьому контексті ключовими аспектами є спрямованість особистості, її інтереси, здібності, ідеали та переконання, риси характеру. Незважаючи на те, що індивідуальні особливості, як вроджені так і набуті, під впливом виховання можуть піддаватись змінам, більшість з них є стійкими, що суттєво впливає на діяльність і поведінку особистості [32].

Загалом психологічне вивчення особистості включає в себе такі завдання, як:

- виявлення індивідуальної структури особистості, яка відрізняє одну людину від іншої;
- виявлення певної кількості підструктур (особливостей), які формують структуру людської особистості.

Отто Кернберг визначає особистість як динамічну організацію стійких моделей поведінки, пізнання, емоцій, мотивації та способів встановлення і переживання стосунків з іншими, які властиві індивіду. Особистість людини сприймає стимули та реагує на них, оцінює та адаптується до навколишнього середовища. Основними елементами особистості, які впливають на неї, можна виділити темперамент, характер, ідентичність, моральні цінності, інтелект.

Вивчення особистості людей з посттравматичним стресовим розладом полягає в тому, щоб зрозуміти, як їх досвід, травма та механізми подолання впливають на їх поведінку, емоції та стосунки.

Особистісні особистості – це індивідуальні характеристики, які визначають поведінку, емоційні реакції, взаємодію з навколишнім середовищем, реакціями на травматичні події. Вони відіграють значну роль у процесі переживання травматичних подій та їх переробку.

Загалом вивчення особистісних характеристик покращує принципи діагностики, лікування та допомагає розробляти на основі цих даних психотерапевтичні програми для значного кола розладів та захворювань.

Можна окреслити важливість вивчення особистісних рис, зокрема пов'язаних з посттравматичним стресовим розладом. Перш за все, дослідження особистості дозволяє визначити особливості людей, які в подальшому можуть провокувати розвиток ПТСР після перенесених травматичних подій та побудувати відповідну програму профілактичних дій. Розуміння особистісних рис, може допомогти точніше діагностувати ПТСР та особливості проявів симптомів для індивідуалізації підходів до майбутньої корекційної роботи. Особистісні риси можуть впливати на перебіг розладу загалом, на його тривалість та складність.

Дослідження особистісних особливостей може покращити вивчення механізмів стресостійкості та розробити нові методи орієнтовані на зміцнення механізмів захисту.

Одними з методів дослідження особистості є особистісні опитувальники, які визначають типологічні особливості, вираженість відповідних рис, мотиви, цінності, установки та інтереси. Застосування опитувальників дозволяє встановити міру вираженості тих чи інших властивостей особистості, виявити зв'язки як на рівні окремої особистості, так і індивідуально-психологічні відмінності, особливості психічних процесів, станів та властивостей груп людей, що відрізняють їх одне від одного.

Особистісне реагування на різні життєві ситуації визначає значна кількість причин та передумов. Але в основі нашої поведінки лежать перш за все визначені особливості темпераменту, емоційні відмінності, індивідуально-психологічні властивості. На становлення особливості також впливає соціальне оточення.

Важливими факторами недостатнього вміння адаптуватись, що призводять до розладів або навпаки адаптують до подій, є певні схильності, котрі проявляються в залежності від генетичних передумов, індивідуально-типологічних характеристик особистості, акцентуацій характеру, умов сімейного виховання [28].

Хоча травма є центральною причиною розвитку ПТСР, індивідуальні характеристики особистості можуть вплинути на реагування людини на травмуючі ситуації та способів боротьби з ними.

Особистісними особливостями, які можуть провокувати розвиток ПТСР можна виділити: типи акцентуацій характеру, інтровертизм або екстравертизм, переважання особистісної чи реактивної тривожності, невротичність, схильність до коливань настрою, підвищеної чутливості до стресу. Важливу роль також відіграють зовнішні фактори, такі як соціальна підтримка, інтенсивність травми та наявність інших стресових факторів. Однак вчасна психологічна допомога може значно знизити ризик розвитку розладу.

Преморбідні особистісні особливості осіб з ПТСР являються гетерогенними. Люди, які мають риси тривожності в своєму характері,

особливо піддаються ризику розвитку ПТСР. Такі розлади нерідко спостерігаються при obsесивному, залежному, а також шизоїдному типі особистості [54].

Для того щоб розуміти, які особистісні особливості постають у осіб з ПТСР, важливо визначити, які можуть бути відмінності між людьми, які постраждали від воєнних дій, для цього доцільно використовувати диференційну психологічну діагностику.

Предметом диференційної психології є індивідуальні, типологічні та групові відмінності між людьми, а також природа, джерела та наслідки цих відмінностей, закономірності психічного варіювання. У структурі диференційної психології виокремлюються основні підрозділи, що стосуються відповідно вивчення індивідуальних (похідних від аналізу загально психологічних закономірностей), типологічних (власне диференційно-психологічних) і групових (вивчається у контексті антропологічних, біологічних і соціальних наук) відмінностей [49].

Ознаками особистості можна виокремити цілісність, унікальність, здатність до самовираження, відкритість, саморозвиток та самоконтроль.

Отже, важливим аспектом діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу є дослідження особистості, виокремлення індивідуальних властивостей.

Висновки до розділу 1

В першому розділі опрацьовано наукові публікації українських та світових дослідників щодо психічної травми та розвитку посттравматичного стресового розладу.

В результаті проведеного теоретичного аналізу було встановлено, що ПТСР виступає складним розладом, яка може порушувати всі сфери життєдіяльності людини. ПТСР є наслідком впливу зовнішніх травматичних

подій, зазвичай загрозливого характеру, які порушують повноцінне функціонування та соціальне благополуччя.

ПТСР визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого. Це особливий тип реагування на травматичні події, який проявляється у вигляді таких симптомів як інтрузивні спогади, напливи повторних травмуючи образів, уникнення, яке впливає на взаємодію з особуючими, негативних думок та збудження, що порушує життєдіяльність та соціальну взаємодію, переважання негативного настрою, почуття провини чи самозвинувачення.

Загалом симптоматика посттравматичного стресового розладу спостерігалась ще з давніх часів, зокрема з періодами виникнення війн та отримувало різні назви: «солдатське серце», «травматичний невроз», «шок від снарядів», «в'єтнамський синдром». Значним поштовхом у дослідженні стала війна у В'єтнамі, адже послужила стимулом до детальнішого вивчення особливостей розладу американськими вченими. З часом ПТСР був внесений в американську класифікацію психічних захворювань DSM-III та Міжнародний класифікатор хвороб та виокремлений діагностичними критеріями та створенням діагностичного інструментарію.

ПТСР може бути гострим, який зберігається впродовж трьох місяців, хронічним коли симптоми зберігаються три і більше місяці та відстроченим який спостерігається через 6 місяців. Також виділяють комплексний ПТСР який характеризується складністю та тривалою віктимізацією.

Методами психотерапії осіб з ПТСР, які є найбільш ефективними та доказовими є травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та десенсибілізація та переробка рухом очей. Також може застосовуватися фармакотерапія.

Вплив ПТСР на особистість може бути досить великою та значною, що потребує більш детального вивчення. До основних важливих чинників ризику розвитку ПТСР належать такі особистісні особливості людини, як

акцентуація характеру, темпераментальні особливості, рівень особистісної тривожності, соціопатичний розлад, низький рівень інтелектуального розвитку.

Загалом теоретична основа вивчення ПТСР має широкий спектр досліджень та вивчається досі, адже кількість осіб з посттравматичний стресовим розладом стрімко зростає. Важливим залишається дослідження осіб з ПТСР, зокрема особистісних властивостей, психічного стану, типологічний відмінностей, для ефективного надання психологічної та медичної допомоги.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ З ПТСР

2.1 Організація емпіричного дослідження та характеристика вибірки

Диференційна психодіагностика особистості передбачає визначення і вивчення індивідуальних властивостей особистості для розрізнення їх від інших осіб, що дозволяє ідентифікувати особливості людини та допомагає в прогнозуванні її поведінки, реакцій у різних ситуаціях, зокрема після психотравмуючих подій, що в подальшому може покращити лікування розладу.

Особистісні особливості – це ті характерні властивості, що закладаються та диференціюються в процесі життя людини та визначають її поведінку та реакції.

Емпіричне дослідження особистісних особливостей пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом полягає у вивченні психологічних особливостей притаманних для осіб, які мають даний розлад.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що особи з ПТСР мають комплекс особистісних особливостей, який відрізняється від особливостей осіб, які перебували в психотравмуючих ситуаціях та ознак розладу не мають, що можна виявити за допомогою проведення диференційної психологічної діагностики.

Порівняння груп за рівнем вираженості особистісних особливостей має на меті визначення специфічних рис, що диференціюють особистість осіб з посттравматичним стресовим розладом та без розладу.

Дана дослідницька робота проводилась відповідно до таких етапів:

- підбір вибірки (осіб з посттравматичний стресовим розладом та без розладу, з числа військовослужбовців, внутрішньо переміщених

категорій осіб та цивільних, які постраждали внаслідок психотравмуючих подій);

- вибір комплексу методик: обрано 4 опитувальники, які відповідають тематиці роботи, мають просту та зрозумілу структуру, що займає не великий відсоток часу на його проходження;
- проведення відповідного дослідження особистості, за допомогою заповнення гугл-форми, що дозволяє пройти опитування у вільний час;
- опрацювання отриманих відповідей та їх інтерпретація відповідно до ключів;
- аналіз результатів, їх диференціація та формування висновків відповідно до отриманих даних.

В першу чергу для емпіричного дослідження було створено google-forms, яка містила питання для характеристики вибірки, тобто стать, вік, поточний статус, рівень достатку (військовослужбовець, внутрішньо переміщена особа чи цивільна особа), питання щодо пережитих травматичних подій та обрані опитувальники.

Зупинимось детальніше на характеристиці вибірки даного емпіричного дослідження.

Вибір учасників дослідження саме з числа військовослужбовців та внутрішньо переміщених осіб, цивільних осіб, які перебували в травмуючих ситуаціях обумовлене тим, що дані групи осіб є найбільш вразливими щодо наслідків психотравмуючих подій та їх впливу на особистість, зокрема розвитку посттравматичного стресового розладу, але в одній категорії осіб розлад розвився, а в іншій – ні, що може зумовлювати те, що є вірогідність того, що особистісні особливості мають значне значення та провокують сильніший психологічний вплив травмуючих подій.

Вибірка дослідження склала 48 осіб, з них експериментальна група – 25 осіб з посттравматичним стресовим розладом та 23 особи контрольної групи з числа військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб та цивільних

осіб, які переживали психотравмуючі події, постраждали внаслідок воєнних дій.

Отже, структуровану характеристику вибірки ми можемо побачити в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Характеристика вибірки дослідження

Вибірка	Кількість осіб	Вікові межі груп
Експериментальна група	25	29-46
Контрольна група	23	30-47

Вибірка є відносно вирівняною як за кількістю учасників, так і за віковими межами, що дозволяє ефективно провести дослідження та диференціювати отримані результати.

Розглянемо статистичний розподіл вибірки за статтю.

Можемо побачити, що переважаюча стать досліджуваних – чоловіча. Серед них кількість чоловіків у вибірці зіставляє – 37 (що складає 77 %), жінок – 11 (23 %). В експериментальній групі чоловіків – 19, жінок – 6; в контрольній групі чоловіків – 18, жінок – 5.

Відповідний розподіл вибірки можемо побачити на рисунку 2.1.

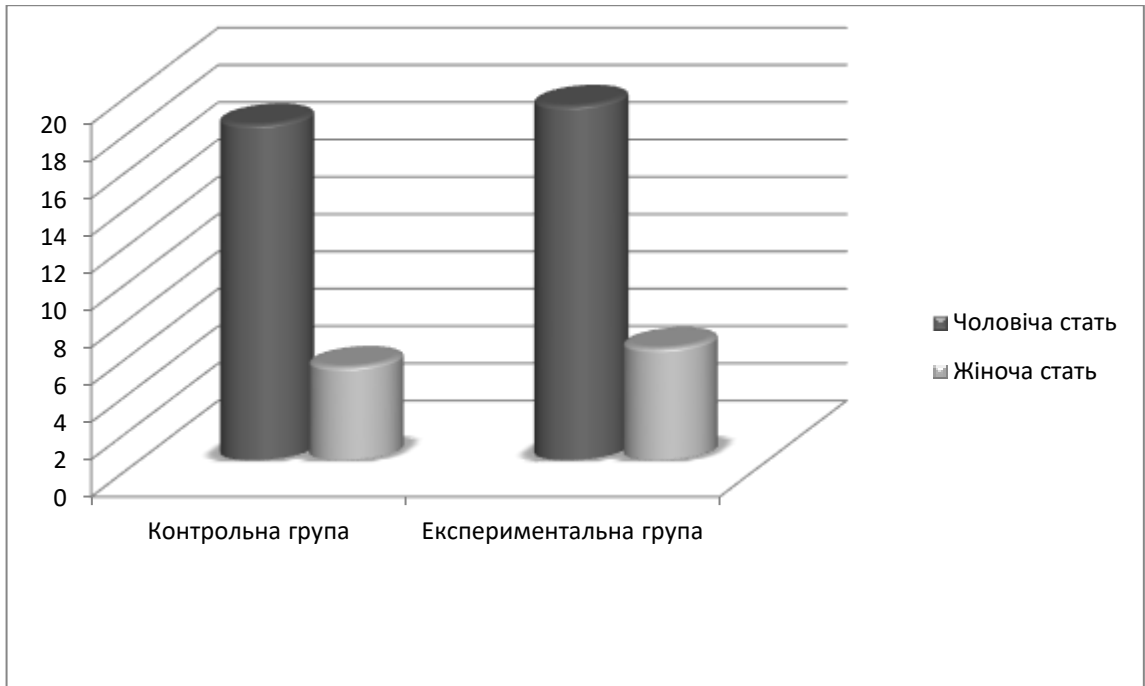


Рис. 2.1. Статистичний розподіл вибірки за статтю

Особи з числа військовослужбовців та внутрішньо переміщених, цивільних категорій осіб мають переважно середній рівень достатку.

Відповідно кількість осіб вибірки з числа військовослужбовців – 18 (37 %), внутрішньо переміщених осіб – 21 (44 %), цивільних осіб – 9 (19 %), що відображено на рисунку 2.2.



Рис. 2.2. Кількість осіб дослідження (у %)

При виборі методик діагностики особистісних особливостей перевага надавалась адаптованим україномовним варіантам опитувальників та з врахуванням таких принципів:

- відносна простота обраних методик, питання яких побудовані з мінімальною кількістю варіантів відповіді;
- швидкість проведення (хоча об'єм обраних опитувальників досить великий, час для їх проходження займає приблизно 25-30 хвилин), за потреби опитувальники можна проходити необмежену кількість часу;
- повнота вивчення особистісних особливостей, що допомагає розкрити особистість з різних сторін та визначити основні індивідуальні особливості як експериментальної так і контрольної груп;
- опитувальники мають чітко визначену структуру та процедуру оцінювання, що забезпечує надійність і валідність результатів;
- взаємна доповнюваність обраних методик.

Обрані методики здатні дати різнобічну характеристику особистості та окремих особистісних характерних особливостей.

Відповідно до завдання емпіричного дослідження було обрано такі методики:

1. Опитувальник визначення переважаючого типу акцентуацій характеру К. Леонгарда, модифікований С. Шмішеком [21; 51];
2. Тест-опитувальник Г. Айзенка (EPI) для виявлення таких властивостей особистості, як екстраверсія, інтроверсія та нейротизм [21];
3. Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник (FPI) для діагностики станів та властивостей особистості [31];
4. Шкала тривожності Ч.Д. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна для оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності [51].

Питання у використаних методиках побудовані так, що в ході вибору варіанту досліджувані повідомляють про свої типові форми поведінки в

різних ситуаціях, про своє самопочуття, оцінюють себе з різних позицій та розкривають особливості взаємовідносин з соціальним середовищем.

Математично-статистичний аналіз здійснювався за допомогою програмного компоненту MSExcel та U-критерію Манна-Уїтні. Даний статистичний критерій застосовується при оцінці відмінностей між двома незалежними вибірками.

2.2 Методи дослідження

Відповідно до мети емпіричного дослідження було використано комплекс діагностичних методик для вивчення та диференційної психологічної діагностики.

Розглянемо кожен з обраних методик детальніше.

Опитувальник визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда (модифікований С. Шмішеком) (Додаток А)

Метою даної методики є визначення переважаючого типу акцентуації особистості.

В основі розробленого опитувальника Х. Шмішеком, закладено концепцію акцентуованої особистості К. Леонгарда відповідно до якої, індивідуальні якості, риси становлять стержень особистості. Висока вираженість даних рис може призвести до структурних психологічних змін та рівня адаптації до подій, а не в сприятливих умовах до виникнення розладів. Акцентуація визначається як виражена своєрідність особистості.

Для виявлення типу акцентуації К. Леонгардом було запропоновано 10 типів акцентуацій, які в свою чергу поділяються на дві групи:

- акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, застрягаючий, збуджений типи особистості);
- акцентуації темпераменту (гіпертимний, дистимічний, тривожний, циклотимічний, екзальтований та емотивний типи).

Детальніше розглянемо кожен з типів акцентуації:

- гіпертимний тип, характеризується підвищеним фоном настрою, оптимізмом, високою активністю;
- тривожний тип, виражається в підвищеній нерішучості, полохливості, настороженості;
- дистимічний тип, є протилежністю гіпертимному та характеризуються зниженим фоном настрою, песимізмом, фіксацією на негативних сторонах життя, страх поразки, замкнутість;
- педантичний тип, вказує на ригідність, інертність психічних процесів, тривале переживання травматичних подій, надмірна увага до деталей, нерішучість;
- збудливий (неврівноважений) тип, характерним є підвищена імпульсивність, слабкий контроль над потягами та спонуканнями, схильний до конфліктів;
- емотивний тип, характеризується чутливістю, гуманністю, глибокими емоційними реакціями, вразливістю, схильністю до емпатії та співпереживання;
- застряглий (ригідний) тип, відтворюється в надмірній стійкості афекту, наполегливості, прагненні до високих досягнень, схильний до моралізації;
- демонстративний тип, визначається підвищеною здатністю до витіснення, демонстративності поведінки, орієнтації на власні інтереси, прагненням до уваги;
- циклотимічний тип, відображається в зміні гіпертимних і дистимічних фаз, періодичній зміні настрою, комунікабельності, активності;
- екзальтований тип, який характеризується діапазоном емоційних станів, від легкого захоплення від радісних подій до повного відчаю від сумних подій, мінливості настрою.

Аналіз результатів відбувається за допомогою ключа за кожною шкалою. Максимальний показник кожного типу 24 бали. Вираженим типом акцентуації вважається той, бал якого перевищує – 12.

Загальна кількість запитань за опитувальником – 88, містить закриті питання з вибором варіантів відповідей «так» або «ні».

Результати, отримані за допомогою даної методики дають можливість порівняти виявлені акцентуації у осіб з ПТСР та осіб без розладу, для визначення переважаючих, що за певних умов можуть досягати крайньої норми в позитивному та негативному напрямках та можуть мати зв'язок з вираженістю реагування на психотравмуючі ситуації та в подальшому на лікувальний ефект.

Особистісний опитувальник Г. Айзенка (EPI) (Додаток Б)

Мета методики полягає у виявленні таких властивостей особистості, як екстраверсія, інтроверсія та нейротизм.

Екстраверсія та інтроверсія являється характеристикою індивідуальних психологічних особливостей, які відповідають спрямованості особистості на світ зовнішніх факторів, або на особистий суб'єктивний внутрішній світ.

Показник екстраверсії визначає орієнтованість людини на зовнішній світ та притаманною характеристикою якого є – товариськість, гнучкість поведінки, ініціативність, соціальна пристосованість. Показник інтроверсії має орієнтованість на внутрішній світ та характеризується замкнутістю, пасивністю, труднощами соціальної адаптації.

Нейротизм описує властивість людини, що пересікається з емоційною стійкістю та характеризується значним рівнем тривожності, знервованості, нестійкості та поганою адаптованістю до будь-яких ситуацій.

Опитувальник містить 57 питань на які необхідно дати одну із запропонованих відповідей – «так» або «ні».

Розріз кількості питань відповідно до переважаючої властивості виглядає так:

- 24 питання для виявлення екстраверсії чи інтраверсії;

- 24 питання – нейротизму – емоційної стабільності;
- 9 питань для контролю вірогідності відповідей (шкала відвертості).

Підрахунок результатів відбувається за допомогою ключа з підрахунком позитивних та негативних відповідей на питання.

В інтерпретації розріз балів по вираженості інтроверсії та екстраверсії виглядає так: (табл. 2.2.)

Таблиця 2.2.

Показники балів за ступенем вираженості по опитувальнику Г. Айзенка

Інтравертованість (у межах 1-13 балів)	Екстравертованість (у межах 14-24 балів)
1-4 бали – значно виражена; 5-9 балів – виражена; 10-13 балів – помірно виражена	14-17 балів – помірно виражена; 18-22 балів – виражена; 23-24 бали – значно виражена

Рівень нейротизму оцінюється так:

- до 12 балів розцінюється як низький рівень;
- 12–15 балів – помірно виражений;
- 16–19 – виражений;
- понад 19-ти балів – значно виражений.

Також в опитувальнику присутня шкала неправди, якщо за ключем кількість балів перевищує 5, то результат дослідження вважається необ'єктивними.

Якщо показник екстраверсії й інтраверсії є досить стабільною характеристикою особистості, то показник рівня нейротизму корелює з виразністю психоемоційної напруженості пацієнта і допомагає об'єктивізувати ефективність допомоги.

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна (Додаток В)

Шкала оцінки рівня тривожності складається з двох частин, кожна зі своєю інструкцією:

- шкала реактивної (ситуативної) тривожності;
- шкала особистісної тривожності.

Загальна кількість тверджень – 40.

Кожна шкала містить по 20 тверджень, на які досліджувані повинні обрати один з чотирьох запропонованих варіантів відповідей:

- ні, це не так – 1 бал;
- мабуть, так – 2 бали;
- вірно – 3 бали;
- цілком вірно – 4 бали.

Перша частина методики передбачає визначення показників реактивної, або ситуативної тривожності, яку пацієнти відчують в даний момент, відчуття напруги, нервозності, чи занепокоєння, друга частина – передбачає вивчення показників особистісної тривожності як властивості особистості, тобто як пацієнти почувають себе зазвичай, оцінюється стабільні аспекти особистості, схильності до занепокоєння, оцінки почуття стану спокою.

Результати обраховуються відповідно до формул за показниками реактивної та особистісної тривожності окремо. Показники по шкалах відповідно перебувають в діапазоні від 20 до 80 балів.

Після обробки отриманих результатів можлива інтерпретація за рівнями вияву кожного виду тривожності:

- 0-30 бали – низький рівень тривожності;
- 31-45 бали – середній рівень тривожності;
- вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної). Зіставлення показників по обох шкалах може показати індивідуальну значимість впливу травматичних подій на особистість.

Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник (FPI)
(Додаток Г)

Фрайбургський особистісний опитувальник є багатофакторним та призначеним для обстеження дорослих осіб. Опитувальний розроблений Й. Ференбергом, Х. Зеглом та Р. Гампелом в 1963 р., а опублікований вперше в 1970 р.

Опитувальник призначений для діагностики станів та властивостей особистості, які мають значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки. Даний опитувальник надає відносно велику кількість інформації про особистісні фактори та побудований на основі застосування таких особистісних опитувальників, як 16PF, MMPI. У опитувальнику містяться питання, що стосуються способів поведінки, станів, орієнтації, навичок та труднощів.

Існує чотири форми опитувальника – А, В, С, К. В дослідженні використовується альтернативна форма – В, загальна кількість питань якої – 114.

Опитувальник складається з 12 шкал, 1-9 шкала є базовими, 10-12 – похідними:

- I шкала – невротичність, шкала свідчить про вираженість невротичного синдрому астенічного типу із значними психосоматичними порушеннями;
- II шкала – спонтанна агресивність, дозволяє виявити передумови до імпульсивної поведінки, агресивності, незлагодженості;
- III шкала – депресивність, дана шкала дозволяє виявити ознаки депресивності, невпевненості, внутрішніх страждань;
- IV шкала – роздратованість, дозволяє судити про емоційний нестійкий стан із схильністю до афективного реагування, збудливості, напруженості, схильності до імпульсивних дій;

- V шкала – товариськість, характеризує прояви соціальної активності, вираженості потреб у спілкуванні;
- VI шкала – урівноваженість, відображає стійкість до стресу, базується на впевненості, активності;
- VII шкала – реактивна агресивність, свідчить про рівень агресивності до соціального оточення у певних ситуаціях та вираженого прагнення до домінування;
- VIII шкала – сором'язливість, відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, може характеризуватися скутістю, невпевненістю, стриманістю;
- IX шкала – відкритість, характеризується ставленням до соціального оточення та рівня самокритичності, прагненням до довірливої взаємодії із оточуючими людьми, оцінки за цією шкалою можуть сприяти аналізу щирості відповідей по опитувальнику (своєрідна шкала брехні);
- X шкала – екстраверсія-інтроверсія, про екстравертованість свідчать високі бали, про інтровертованість – низькі;
- XI шкала – емоційна лабільність, характеризується стійкістю, або нестійкістю емоційного стану, коливаннями настрою;
- XII шкала – маскуліність-фемінність, протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом за наявності високих балів, за жіночим – за наявності низьких балів.

Опитувальник містить закриті питання, з двома варіантами відповідей «так» або «ні». Перше питання не входить ні в одну з шкал, має перевірочний характер.

Вивчається графічне зображення профілю особистості, виділяються високі і низькі бали. Діапазон балів:

- 1-3 – низькі бали;
- 4-6 – середні бали;
- 7-9 – високі бали.

Дані методики надають можливість виявити відмінності психологічного профілю військовослужбовців та внутрішньо переміщених осіб, цивільних осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій та дозволяють виміряти показники необхідні для здійснення подальшого аналізу.

Висновки до розділу 2

В другому розділі представлено організаційні аспекти емпіричного дослідження та основні етапи даного дослідження, характеристика вибірки та опис підібраних методик.

Всього кількість учасників вибірки становить 48 осіб з числа військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб та цивільних, які пережили психотравмуючі події. Вікові межі досліджуваних груп від 29 до 47 років. Досліджувані заповнювали гугл-форму, яка містила питання для характеристики вибірки. Переважаюча стать вибірки чоловіча що складає 77 %, жіноча – 23 %. Кількість осіб вибірки з числа військовослужбовців складає 37 %, внутрішньо переміщених осіб – 44 %, цивільних осіб – 19 %.

Основними етапами організації емпіричного дослідження є:

- підбір вибірки дослідження;
- вибір основних методик;
- проведення емпіричного дослідження, збір даних по обраних опитувальниках;
- отримання результатів дослідження;
- обробка та інтерпретація.

В якості інструментарію обрано такі методики для дослідження особистісних властивостей:

- опитувальник визначення типів акцентуацій характеру К. Леонгарда, модифікований С. Шмішеком;
- особистісний опитувальник Г. Айзенка (EPI);

- Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник (FPI);
- шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна.

Опитувальник К. Леонгарда, модифікований С. Шмішеком має на меті визначення переважаючого типу акцентуацій характеру. Містить 88 питань, з двома варіантами відповіді «так» або «ні», та визначає такі типи акцентуацій: гіпертимний, тривожний, дистимічний, педантичний, збудливий, емотивний, застрялий, демонстративний, циклотимічний, екзальтований.

Опитувальник Г. Айзенка (EPI) виявляє такі властивості особистості, як екстраверсія, інтроверсія та нейротизм. Містить 57 питань з двома варіантами відповіді «так» або «ні».

Шкала тривожності Ч. Спілбергера в адаптації Ю. Ханіна являється самооціночною шкалою визначення показників ситуативної та особистісної тривожності. Шкала містить 40 питань та 4 варіантами відповідей – «ні, це не так», «мабуть, так», «вірно», «цілком вірно». З них 20 питань – визначення показників ситуативної тривожності, як відчують на даний момент, а 20 питань – визначення показників, тобто як пацієнти почуваються зазвичай.

Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник призначений для діагностики станів та властивостей особистості. Опитувальник містить 114 питань, з двома варіантами відповіді «так» або «ні» та має такі шкали – невротичність, спонтанна агресивність, депресивність, роздратованість, товариськість, урівноваженість, реактивна агресивність, сором'язливість, відкритість, екстраверсія-інтроверсія, емоційна лабільність, маскуліність-фемінність.

Методики визначають основні особистісні особливості та можуть надати комплексну інформацію про людину, що в подальшому може допомогти в діагностиці та виборі методів лікування. Дані методики є простими у використанні (з декількома варіантами відповідей), мають чітку структуру та взаємодоповнюють один одну. Дані методики є адаптованими україномовними.

Математично-статистичний аналіз здійснювався за допомогою програмного компоненту MSExcel та критерію Манна-Уїтні. Даний статистичний критерій використовується для оцінки відмінностей між двома незалежними вибірками.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ З ПТСР

3.1 Аналіз результатів дослідження

Для вивчення особистісних особливостей пацієнтів, які страждають на ПТСР та їх диференціації з особами розладу, серед вимушено переміщених осіб, військовослужбовців, цивільних, які пережили психотравмуючі події та постраждали в наслідок воєнних дій та подальшого аналізу групового розподілу ознак застосовувались такі опитувальники:

- шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна;
- опитувальник визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда, модифікований С. Шмішеком;
- Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник (FPI);
- особистісний опитувальник Г. Айзенка (EPI).

Кожна методика має широкий спектр особистісних шкал та акцентуацій для повноцінного розкриття тематики дослідження, визначення пріоритетних, переважаючих особливостей особистості.

Інструкції до опитувальників, текст та ключі до використаних методик відображені в додатках А, Б, В, Г.

Перевагою даних опитувальників є наявність закритих питань, з декількома варіантами відповіді, що скорочує час на проходження, питання опитувальників строго та однозначно інтерпретуються відповідно до ключів.

Дані вибірки є незалежними одна від одної та надають нам інформацію про міру вираженості особистісних характеристик пацієнтів.

Порівняльний аналіз щодо вираженості характерних особливостей особистості серед двох груп респондентів здійснювався за допомогою

критерію Манна-Уїтні, що передбачає порівняння середніх значень по вибірках. Для виконання аналізу за допомогою даного критерію сформульовано дві гіпотези:

- H_0 – середні показники шкал дослідження згідно використаних методик в обох групах рівні;
- H_1 – середні показники шкал дослідження згідно використаних методик в обох групах різняться.

Отже, детальніше розглянемо результати відповідно до обраних методик.

Для початку досліджувані проходили опитувальник Ч.С. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна для оцінки, виміру реактивної та особистісної тривожності.

Тривожність розглядається як психологічна особливість. Можна диференціювати тривожність як особистісну властивість та як стан який може обумовлювати поведінку та активну діяльність людини, зокрема і реакцію на травматичні події.

На основі отриманих даних рівень тривожності по обох вибірках за шкалами особистісної та реактивної, класифікований як низький, середній та високий, що ми можемо побачити в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Показники отриманих результатів за вибірками
відповідно до шкал тривожності

Шкали	Бали	Експериментальна група	Контрольна група
Реактивна тривожність	Низький	2 (8 %)	4 (17,4 %)
	Середній	10 (40 %)	15 (65, 2 %)
	Високий	13 (52 %)	4 (17,4 %)
Особистісна тривожність	Низький	0	0
	Середній	4 (16 %)	13 (56, 5 %)
	Високий	21 (84 %)	10 (43, 5 %)

Можна побачити, що переважно всі учасники дослідження мають середній та високий бал за шкалами особистісної та реактивної тривожності.

Особистісна тривожність розуміється як стійка характеристика, що виявляється у схильності до занепокоєння, тривожним реагуванням на пересічні ситуації. Ситуативна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоційними реакціями на стресові ситуації та визначається напругою, занепокоєнням, нервозністю.

Отримані результати серед вибірки свідчать, що показники реактивної тривожності за двома групами мають середнє значення 49,4 (експериментальна група) та 40,3 (контрольна група), за особистісною тривожністю показники виглядають так – 58,4 (експериментальна група) та 45,2 (контрольна група). Стандартне відхилення між групами по реактивній тривожності складає 6,4, а по особистісній – 9,3, що представлено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Показники відповідно до шкал особистісної та реактивної
тривожності

		Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
Середнє значення	Експериментальна група	49,4	58,4
	Контрольна група	40,3	45,2
Медіана	Експериментальна група	48	63
	Контрольна група	42	44
Стандартне відхилення по кожній шкалі		6,4	9,3

Респонденти з контрольної групи відповідно до опитувальника мають майже однакові показники реактивної та особистісної тривожності, що може свідчити про більш кращу адаптацію до травматичних ситуацій, порівняно до групи учасників з ПТСР, в яких показник особистісної тривожності значно вищий, що може утруднювати процес адаптації та процес відновлення емоційної рівноваги.

Розріз особистісної тривожності за двома групами має широкий діапазон, тобто відповідно рівень особистісної тривожності в експериментальній групі, у осіб з ПТСР значно вищий, порівняно з контрольною групою (рис. 3.1.)

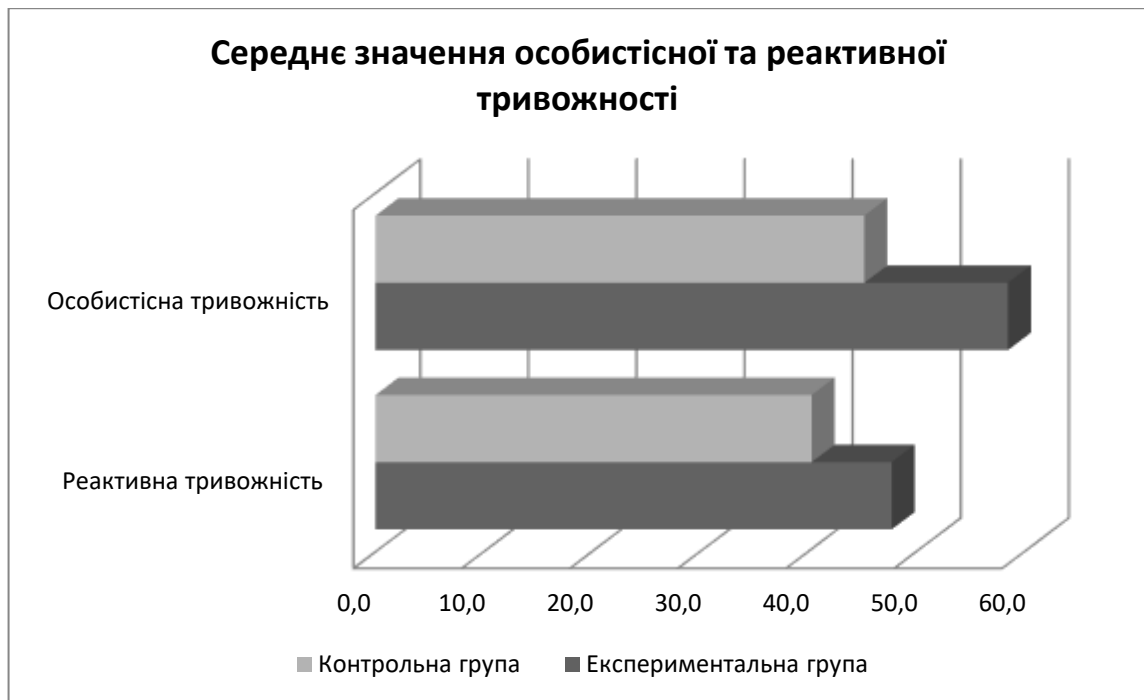


Рис. 3.1. Середнє значення особистісної та реактивної тривожності

На основі критерію Манна-Уїтні відмінності між результатами 1 та 2 групи вибірок статистично значущі $p \leq 0,01$. Результати за показниками двох шкал свідчать, що високий рівень особистісної та реактивної тривожності притаманний особам з посттравматичним стресовим розладом.

Далі розглянемо аналіз отриманих результатів за опитувальник визначення типу акцентуацій Леонгарда-Шмішека.

Середні показники за опитувальником Леонгарда-Шмішека по визначенню переважаючого типу акцентуації в розрізі по кожному типу відносно експериментальної та контрольної групи відображено на рисунку 3.2.

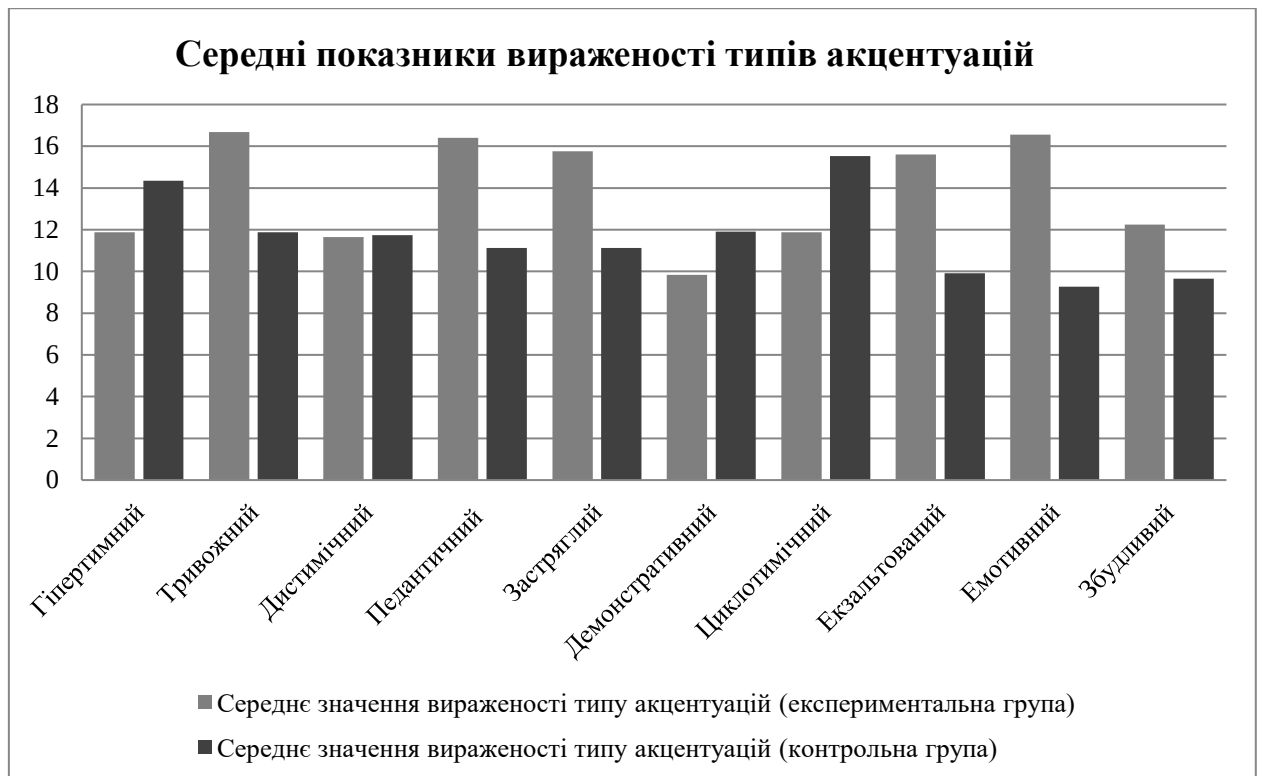


Рис. 3.2. Середні показники вираженості типів акцентуацій по групах

Як було вказано вище, показник що перевищує 12, є ознакою вираженості визначеного типу акцентуації.

В результаті можна побачити що переважаючими типами акцентуацій у осіб з ПТСР є: тривожний, педантичний, застряглий, екзальтований, емотивний, що свідчить про те, що дані особи схильні до довгих переживань щодо травматичних подій, лабільності настрою, відчуття тривожності.

У осіб з контрольної групи вираженими є: гіпертимний, циклотимічний, що характеризуються контактністю, енергійністю, товариськістю.

Стандартні показники відповідно до міри вираженості типів акцентуації можна спостерігати в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Стандартні показники відповідно до типів акцентуацій

Типи акцентуацій	Середнє значення		Середнє відхилення
	Експериментальна група	Контрольна група	
Гіпертимний	12	14,4	1,66
Тривожний	16,4	11,8	3,23
Дистимічний	12	11,7	0,18
Педантичний	16,1	11,1	3,5
Застряглий	15,9	11,1	3,39
Демонстративний	9,9	11,9	1,41
Циклотимічний	12,5	15,5	2,15
Екзальтований	15,4	9,9	3,85
Емотивний	16,3	9,3	4,99
Збудливий	12,9	9,7	2

Відповідно до використаного критерію Манна-Уїтні між вибірками є статистично значущі відмінності по таких акцентуаціях:

- тривожний тип ($p \leq 0,01$);
- педантичний тип ($p \leq 0,01$);
- застряглий тип ($p \leq 0,01$);
- циклотимічний тип ($p \leq 0,05$);
- екзальтований тип ($p \leq 0,01$);
- емотивний тип ($p \leq 0,01$);
- збудливий тип ($p \leq 0,05$).

За Фрайбургським багатофакторним особистісним опитувальником середні показники за шкалами вказують на те, що деякі особливості мають дещо підвищений рівень у групі учасників з посттравматичним стресовим розладом порівняно з учасниками контрольної групи.

До низьких відносяться бали 1-3, до середніх – 4-6, до високих – 7-9. Згідно з отриманими результатами можна визначити, що показники знаходяться переважно на середньому та високому рівні.

Результати та порівняння відповідно за шкалами показано на рисунку 3.3.

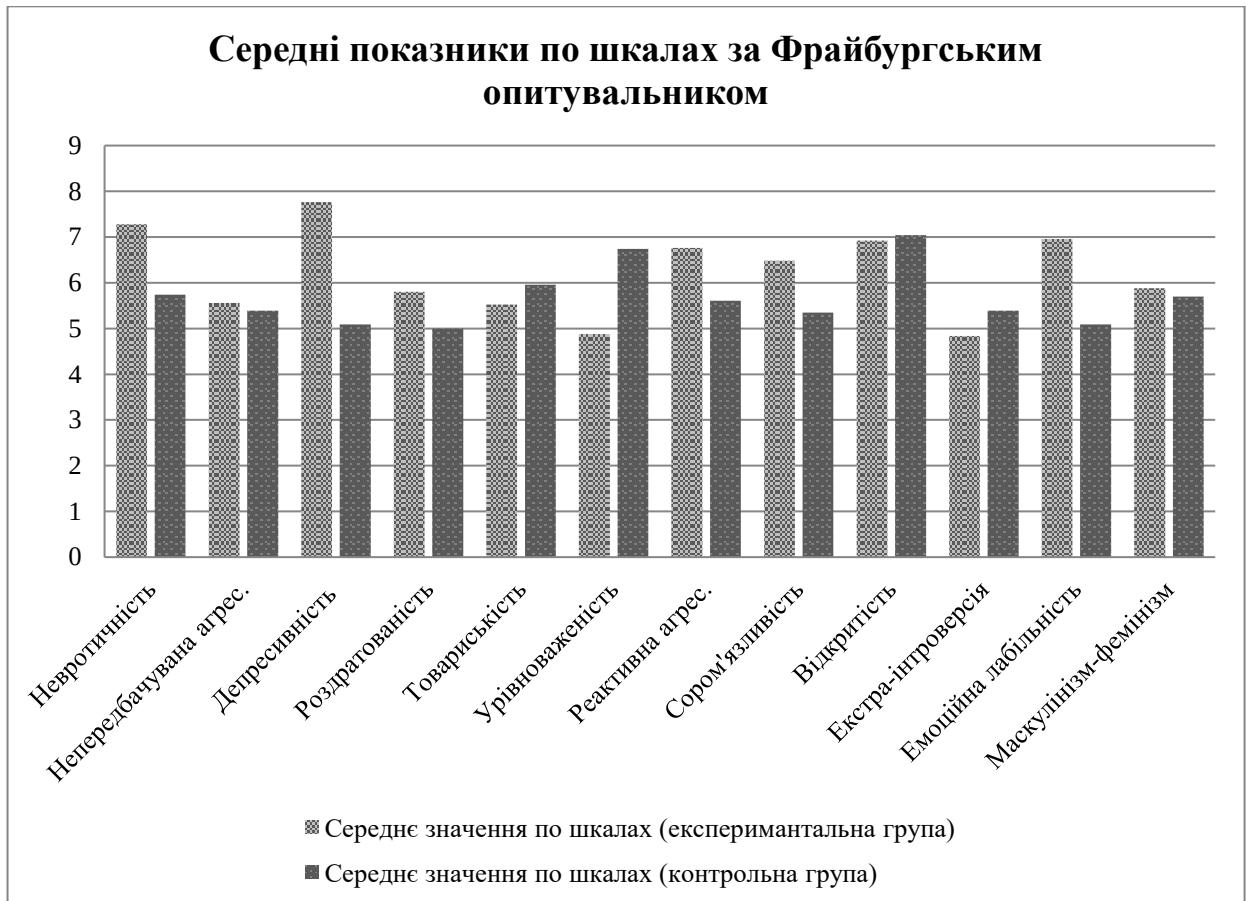


Рис. 3.3. Порівняльна характеристика середніх показників за шкалами відповідно до груп вибірок

Навіть з порівняльної характеристики середніх значень, можна побачити істотні відмінності, шкали невротичність та депресивність, емоційна лабільність у осіб з ПТСР значно перевищують показники осіб з контрольної групи.

Відповідно до використаного критерію Манна-Уїтні між вибірками є статистично значущі відмінності по шкалах:

- невротичність ($p \leq 0,01$);
- депресивність ($p \leq 0,01$);

- урівноваженість ($p \leq 0,01$);
- реактивна агресивність ($p \leq 0,01$);
- сором'язливість ($p \leq 0,05$);
- емоційна лабільність ($p \leq 0,01$).

Стандартні показники по Фрайбургському опитувальнику показані в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Стандартні показники відповідно до шкал опитувальника

Шкали	Середнє значення		Середнє відхилення
	Експериментальна група	Контрольна група	
Невротичність	7,28	5,74	1,09
Непередбачувана агресивність	5,56	5,39	0,12
Депресивність	7,76	5,09	1,89
Роздратованість	5,80	5	0,57
Товариськість	5,52	5,96	0,31
Урівноваженість	4,88	6,74	1,31
Реактивна агресивність	6,76	5,61	0,81
Сором'язливість	6,48	5,35	0,80
Відкритість	6,92	7,04	0,09
Екстраверсія-інтроверсія	4,84	5,39	0,39
Емоційна лабільність	6,96	5,09	1,32
Маскулінізм-фемінізм	5,88	5,70	0,13

Проводячи порівняльний аналіз в обох вибірках, незважаючи на наявність чи відсутність розладу, можна виявити спільні та протилежні тенденції.

Зокрема спільні тенденції, які можуть вказувати на відповідну однакову вираженість показників відповідно до шкал непередбачуваної агресивності, товариськості, маскулінності-фемінності.

Протилежні тенденції, що відрізняють представників обох груп постраждалих від наслідків психотравмуючих подій можна відобразити в розрізі:

1. Особи з ПТСР (експериментальна група) переважають результати за шкалами:

- невротичність;
- депресивність;
- реактивна агресивність;
- емоційна лабільність.

2. Особи без розладу (контрольна група) переважають показники шкал:

- товариськість;
- урівноваженість.

За методикою Г.Айзенка (EPI) можемо побачити, що відсоток людей в розрізі інтровертованості більший в групі осіб з ПТСР, переважна більшості особам з контрольної групи притаманна саме екстравертованість, що відображено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Відсоток вираженості показників за опитувальником ЕРІ Г.Айзенка

	Інтровертованість	Екстравертованість	Нейротизм
Експериментальна група	80 %	20 %	40 % - високий рівень; 40 % - середній рівень; 20 % - низький рівень.
Контрольна група	43, 5 %	56, 5 %	30, 4 % - високий рівень; 4, 3 – середній рівень; 65, 3 – низький рівень.

Відповідний типологічний розподіл особистості, що полягає в спрямованості на себе чи на зовнішнє, тобто інтровертованість та екстравертованість, є природженими особистісними властивостями, що націлюють людину на певну поведінку.

Можемо визначити що інтроверти, більше спрямовані на внутрішнє, будують свою поведінку на основі власних ідей, норм та переконань. Екстраверти спрямовані на зовнішній світ, є більш відкритими, активними встановлюють та усвідомлюють соціальні зв'язки та події, що відбуваються навколо них, значно легше.

Відповідно до використаного критерію Манна-Уїтні між вибірками є статистично значущі відмінності, що може свідчити про більшу вираженість між вибірками:

- за показниками інтраверсії-екстраверсії ($p \leq 0,01$);

- за показниками нейротизму ($p \leq 0,05$).

3.2 Опис отриманих результатів та інтерпретація

Відповідно до отриманих даних по опитувальниках, можна диференціювати особистісні особливості осіб з посттравматичний стресовим розладом.

Згідно з проведеним емпіричним дослідженням отримані результати дозволяють побачити, що існують відмінності між особистісними особливостями осіб, які страждають на ПТСР та осіб постраждалих від воєнних дій, але без посттравматичного стресового розладу. Це надає можливість провести диференціацію особливостей, для досягнення цілей даної роботи.

Відповідно до використаних опитувальників можемо засвідчити про високі результати у осіб, що мають посттравматичний стресовий розлад за показниками особистісної тривожності, невротичності, емоційної лабільності, реактивної агресивності, інтроверсії.

Згідно з отриманими результатами за методикою Спілбергера-Ханіна можемо побачити, що показники за шкалами реактивної та особистісної тривожності по обох вибірках переважно на середньому та високому рівні. Зокрема особи з ПТСР демонструють високий рівень особистісної тривожності, як стійкої індивідуальної властивості особистості, що може свідчити про наявність неспокою, відчуття невпевненості, значними переживаннями, емоційною напругою та динамічною за часом і ступенем вираженості тривожністю, що значно впливають на загальне самопочуття та реакцію на стресові подразники.

Диференціюючи отримані дані по обох вибірках можна виявити суттєві відмінності між ступенем вираженості шкал, зокрема особи з ПТСР мають виражені бали по шкалах невротичності, депресивності та емоційної лабільності, особи без розладу вирізняються значними показниками по

шкалах товариськості та урівноваженості. При вираженості шкал невротичності, депресивності, емоційної лабільності за Фрайбургським особистісним опитувальником можна відзначити, що особи з посттравматичним стресовим розладом, мають високий рівень тривожності, швидко виснаженість, підвищену чутливість. Провідною особливістю даної групи осіб є підвищена чутливість навіть до несуттєвих подій, що викликають підвищення збудливості, також може бути присутнім знижений фон настрою. Вірогідним є нестійкість емоційного стану, що проявляється у частих коливаннях настрою, недостатньою саморегуляцією. Пацієнти відповідно вирізняються чутливістю та тривожністю, ранимістю та дезорганізацією поведінки. Також характерним є прояв чуйності, старанності, нерішучості.

Тривожність погіршує не лише емоційний стан, а й соціальне благополуччя, активну діяльність, знижує активність психічних процесів, негативно впливає на використання попередніх знань та умінь, що підвищує ризик інтенсивності переживань.

За методикою визначення переважаючих типів акцентуацій Леонгарда-Шмішека можемо відзначити, що переважаючими типами акцентуацій у осіб з ПТСР є тривожний, педантичний, застряглий, екзальтований та емотивний типи, що виражається в довготривалому переживанні травматичних подій, емоційній лабільності, відчуття напруження та тривожності. Властивим є помірна товариськість, чутливість, низький рівень лідерських якостей.

Особистісні особливості при явній вираженості певних акцентуацій виявляються в тих ситуаціях, які можуть бути уразливими для людини та викликати певну реакцію чи цілеспрямовану поведінку, враховуючи обставини.

Індивідуально-психологічні особливості особистості виявляють свою специфіку через призму певних життєвих подій, де акцентуйовані риси характеру стають визначальними механізмами реагування та адаптації до

травматичних подій. Кожна акцентуація створює унікальну психологічну конфігурацію, яка по різному проявляється в стресогенних ситуаціях.

В залежності від домінування певної акцентуації особа з ПТСР може демонструвати різні стратегії подолання труднощів, специфічні моделі емоційного реагування на стресові події, індивідуальні механізми психологічного захисту.

Особи без посттравматичного стресового розладу характеризуються переважанням гіпертимного та циклотимічного типу акцентуацій, що визначається енергійністю та товариськістю, значним рівнем контактності та легковажністю, схильністю до дратівливості, важкою переносимістю монотонної діяльності, що в більшій мірі збігається з вираженням шкал Фрайбургського опитувальника. Також властивим є періодичні зміни настрою залежно від зовнішньої ситуації, характеризуються зміною гіпертимних та дистимічних станів.

Такі особистісні властивості як нейротизм-емоційна стабільність та екстраверсія-інтроверсія корелює з наявністю чи відсутністю ПТСР у респондентів дослідження, виступають відповідними індикаторами потенційної вразливості особистості до стресових, травматичних подій.

Висока емоційна нестабільність підвищує ризик виникнення ПТСР, у зв'язку з тим, що не мають відповідних адаптаційних механізмів подолання травматичного досвіду, та схильності до тривожного переживання подій.

Інтроверти частіше мають труднощі в соціальній адаптації після травми. Екстраверти демонструють вищу здатність до соціальної підтримки та комунікації, що впливає на стратегії подолання стресу.

За опитувальником Айзенка у осіб з ПТСР переважно спостерігається наявність інтроверсії, що свідчить про закритість, уникнення сильних вражень, контролю своїх почуттів, швидку втомлюваність на відміну від контрольної групи, де показник осіб з екстраверсією та інтроверсією не мають значно великої різниці (43,5 % та 56,5 %), екстравертам властиві

швидка налагодженість контактів з іншими людьми, товариськість, впевненість в собі, інтровертам – відносна замкнутість, контроль.

Також особам з ПТСР присутній виражений показник нейротизму, що свідчить про нестабільність, емоційну нестійкість, мінливість настрою та тривожність.

Із врахуванням даних результатів дослідження можна визначити, що особистісні властивості впливають на ризик розвитку ПТСР, зокрема такі як підвищений рівень тривожності та нейротизму, що може мати основу для впровадження профілактичних дій, стратегій подолання симптомів. Особистісні особливості формують індивідуальну траєкторію психологічної резильєнтності та адаптації до складних життєвих подій.

Висновки до розділу 3

В третьому розділі проведено інтерпретацію отриманих результатів за опитувальниками, визначено переважаючі особистісні особливості осіб з ПТСР та осіб без розладу, які пережили психотравмуючі події.

За опитувальником Ч.С. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна для виміру реактивної та особистісної тривожності визначено, що переважно всі учасники дослідження мають середній та високий бал, значний відсоток осіб з ПТСР мають високий рівень за шкалою особистісної тривожності.

Аналіз отриманих результатів за опитувальник визначення типу акцентуацій Леонгарда-Шмішека показав переважаючими такі типи у осіб з ПТСР це тривожний, педантичний, застряглий, екзальтований та емотивний; у осіб без розладу – гіпертимний та циклотимічний.

За Фрайбургським багатофакторним особистісним опитувальником середні показники за шкалами вказують на те, що особливості мають дещо підвищений рівень у групі учасників з посттравматичним стресовим розладом порівняно з учасниками контрольної групи. Спільні тенденції є за показниками відповідно до шкал непередбачуваної агресивності,

товариськості, маскулінності-фемінності. Протилежні тенденції, що відрізняють представників обох груп: у групі з ПТСР переважають результати за шкалами невротичність, депресивність, реактивна агресивність, емоційна лабільність; у групі без ПТСР переважають показники шкал товариськість, урівноваженість.

За методикою Г.Айзенка можемо побачити, що відсоток людей в розрізі інтровертованості більший в групі осіб з ПТСР, переважна більшість особам з контрольної групи притаманна саме екстравертованість, показник нейротизму також переважає саме в експериментальній групі.

ВИСНОВКИ

1. В результаті дослідження здійснено теоретичний аналіз проблематики посттравматичного стресового розладу, зокрема визначено симптоми, особливості та методи діагностики, особливості перебігу, специфіку надання психологічної та медичної допомоги. Було вивчено передумови виникнення розладу в історичному контексті.

2. Визначено, що посттравматичний стресовий розлад є відстроченою або затяжною реакцією на стресову подію винятково загрозливого чи катастрофічного характеру, що впливає на всі сфери людини та зумовлює сильний дистрес. ПТСР має свої діагностичні критерії та визначені симптоми, що дозволяє ефективно проводити диференційну діагностику та визначити коморбідність.

3. Загалом посттравматичний стресовий розлад порушує нормальний спосіб життя, соціальну адаптацію, заважає процесу психологічного та фізичного відновлення після травматичних подій. Методами надання допомоги особам з ПТСР є травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія та десенсибілізація та переробка рухом очей, також виділяють когнітивно-процесуальну терапію та пролонговану експозиційну терапію.

4. Емпірична частина дослідження дозволила сформувати дизайн, гіпотезу та завдання дослідження, визначення вибірки. Учасниками дослідження стали особи з посттравматичним стресовим розладом та особи, які перебували в зоні бойових дій, під впливом психотравмуючих подій є внутрішньо переміщеними особами та цивільними без ознак посттравматичного стресового розладу.

5. Сформовано психодіагностичний інструментарій вивчення особистісних особливостей, зокрема застосовано такі методики: опитувальник визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда, модифікований С. Шмішеком; опитувальник Г. Айзенка (EPI); Фрайбургський багатофакторний особистісний опитувальник (FPI); шкала

оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна.

6. За другим етапом дослідження проведено власне опитування за допомогою гугл-форми, участь в якому взяли 48 осіб з числа військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб та цивільних, які пережили психотравмуючі події внаслідок воєнних дій. Визначено, що переважна кількість осіб з ПТСР чоловічої статі.

7. За третім етапом: збір результатів, їх аналіз та інтерпретація за допомогою статистичної обробки даних та виявлення зв'язків, встановлена диференціація між особистісними особливостями осіб з ПТСР та осіб без розладу. Результати за опитувальниками особливостей показали, що є наявні відмінності та схожість між показниками за вибірками. Підвищені показники вказали на більш виражені особистісні особливості осіб.

8. Відповідно до результатів на основі критерію Манна-Уїтні визначені статистично значущі відмінності між групами осіб, які пережили психотравмуючі події, що допомагає визначити комплекс притаманних особистісних особливостей осіб з посттравматичним стресовим розладом.

9. В результаті емпіричного дослідження можна зробити висновок, що такі особистісні особливості як нейротизм, інтроверсія, емоційна лабільність корелює з наявністю чи відсутністю ПТСР у респондентів дослідження. Зокрема індивіди з ПТСР мають вищий показник нейротизму та більший відсоток саме інтровертів, ніж учасники контрольної групи.

10. Визначено, що переважаючими акцентуаціями у осіб з ПТСР є тривожний тип, педантичний тип, застряглий тип, екзальтований тип, емотивний тип, збудливий тип. Дані типи акцентуацій виражаються в довготривалому переживанні травматичних подій, емоційній лабільності, відчуття напруження та тривожності. Характерним для осіб з ПТСР є високий рівень напруженості, тривожності, чутливість до несуттєвих подій, збудливість, може спостерігатись емоційне відчуження та труднощі у вираженні позитивних емоцій.

11. Отримані дані дозволяють індивідуалізувати терапевтичні підходи, прогнозувати реакції на стресові події, із врахуванням схильності до тривожності, нейротизму та проводити відповідні профілактичні заходи, оптимізувати підтримку для постраждалих осіб, соціальну та професійну адаптацію до умов життя після пережитих травматичних подій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А. Характерні ознаки основних негативних психічних станів військовослужбовців під час ведення бойових дій. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Сер. Психологія.* 2016. Вип. 4. С. 46-53.
2. Александров Д.О., Охріменко І.М., Сербин Р.А. Психологічні чинники схильності дітей учасників бойових дій до постстресових психотравматичних переживань. *Науково-практичний журнал. Сер. Наука і освіта.* 2017. Вип. 9. С. 16-25.
3. Александров Д.О. Вікові особливості особистісної піддатливості посттравматичним стресовим розладам осіб, постраждалих внаслідок бойових дій. *Український психологічний журнал.* 2019. Вип. 1. С. 7-27.
4. Астремська І.В., Митрофанова О.М. Особливості перебігу ПТСР у українців, які під час воєнного стану перебувають в Україні або за її межами. *Науковий журнал «Габітус».* 2024. Вип. 61. С. 149-152.
5. Ананова І.В., Ващенко І.В. Особистісні особливості, що визначають схильність до переживання почуттів провини. *Проблеми сучасної психології.* 2016. Вип. 34. С. 31-45.
6. Блінов О.А., Тімкін І.Ф. Соціальна робота з пораненими військовослужбовцями в військовому госпіталі. Соціальна та освітня інклюзія: історія, сучасність, перспективи розвитку: монографія. Технодрук. 2021. С. 266-279.
7. Варій М.Й. Психологія особистості : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
8. Вінс, В. А., Суворова, А. Г. Можливості профілактики та корекції ПТСР у дорослих. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Психологія.* 2023. Вип. 4. С. 10-13. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.4.3> (дата звернення: 16.09.2024)

9. Возніцина К., Литвиненко Л. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Київ, 2023. 164 с.
10. Галян І.М. Психодіагностика: навч. посіб. : Київ : Академвидав, 2019. 464 с.
11. Гачак-Величко Л.А., Ролук О.В., Капінус О.В. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців в Україні. *Український психолого-педагогічний науковий збірник*. 2020. Вип. 21. С. 27-30.
12. Галич М.Ю., Литвин В.В. Загальна характеристика ПТСР в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія*. 2022. Вип. 1. С. 22-28.
13. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Психогенні психічні розлади : навч.-метод. посіб. Київ : ВСВ «Медицина», 2021. 208 с.
14. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. ПТСР : навч. посіб. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
15. Гільман А., Кулеша Н. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. *EUROPEJSKIE STUDIA HUMANISTYCZNE: Państwo i Społeczeństwo*. 2020. № 4. С. 133-157.
16. Гунько Б.А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2015. Вип. 19 (1). С. 216-219.
17. Горбунова В. В. Робота з посттравматичним стресовим розладом у рамках когнітивно-поведінкової терапії. *Інститут соціальної та політичної психології: збірник статей*. 2015. С. 26–35.
18. Горшков О.О., Баранов І.І., Домініченко Я.Л. Особливості клінічної діагностики ПТСР з психотичними симптомами. *Український медичний часопис*. 2024. Вип. 4 (162). С. 59-62.

19. Дадика А. Симптоми травматичної дисоціації у вимушено переміщених жінок як наслідок ПТСР. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*. 2024. Вип. 1 (7). С. 6-14.
20. Духлій П.М. Особливості емоційної сфери військовослужбовців. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії. Спец. вип.: Війна та мир: психологія на службі людини*. 2023. С. 19-20.
21. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині : навч. посіб. 5-е вид. / Михайлов Б.В. та ін. Харків : ХМАПО, 2014. 328 с.
22. Зданевич Н.А. Характеристика когнітивних порушень і нейрофізіологічних змін у постраждалих в результаті аварії на Чорнобильській АЕС із ПТСР. *Український медичний часопис*. 2015. Вип. 3. С. 106-109.
23. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : метод. посіб. / О.М. Кокун та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
24. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості в кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
25. Кардаш Є.В. Фактори поведінкових проявів у пацієнтів з розладами особистості. *Актуальні проблеми психології*. Вип. 10 (23). С. 912-923.
26. Кириченко В.В., Кротюк К.А. Динаміка ціннісно-сміслової сфери військовослужбовців в умовах бойових дій. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. Вип. 1. С. 79-84.
27. Комар З. Психологічна стійкість воїна. Київ, 2017. 184 с.
28. Кирашек Н.О. Ковальова О.В. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам. *Габітус*. 2024. Вип. 61. С. 187-190.

29. Климчук В.О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2-е вид. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 158 с.
30. Клінічна настанова «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf (дата звернення: 10.08.2024)
31. Луценко О.Л. Фрайбурзький особистісний опитувальник FPI – перевірка валідності та локальна стандартизація. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна*. 2016. Вип. 61. С. 49-54.
32. Максименко С.Д. Диференційна психологія : підручник. Київ : Вид. дім «Слово», 2013. 496 с.
33. Мащак С.О., Вихор М.Б. Особливості впливу стресу на психічне здоров'я військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2023. Вип. 3. С. 18-22.
34. Мельничук І.Я. Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів особистості. *Innovative projects and programs in psychology, pedagogy and education: Scientific monograph. Riga, Latvia: «Baltija Publishing»*, 2023. С. 443-471.
35. Мельничук О.Б., Пасічняк Р.Ф., Вольнова Л.М. Психологія особистості: хрестоматія : навч. посіб. Київ : НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2009. 532 с.
36. Міхеєва Л.В., Олійник М.П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР у військовослужбовців. *Психологічні травелогі. Науковий журнал*. 2023. Вип. 4 (7). С. 123-129.
37. Мітіна С.В. Психологія особистості : навч.-метод. посіб. Київ : Видавництво Ліра-К, 2020. 274 с.
38. Михальський А.В., Царьов Ю.О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць*. 2011. Вип. 12. С. 687-696.

39. Михайлов Б.В. Розлади психіки та поведінки екстремально-психогенного походження. *Психічне здоров'я*. 2015. Вип. 2. С. 9-18.
40. Мушкевич М.І., Стаднік І.В. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками зони антитерористичної операції (АТО). *Збірник наукових праць РДГУ*. 2015. Вип. 4. С. 244-248.
41. Музичко Л.Т. Психологічні технології подолання посттравматичного стресового розладу. *Молодий вчений*. 2019. Вип. 9 (73). С. 46-50.
42. Москвін І.О., Поліщук Л.М., Устянська О.В. (2023) Особливості функціонування психоемоційних процесів людини під час надзвичайних ситуацій у воєнний час. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Вип. 4. С. 29-34.
43. Мюллер Мартін. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / наук. ред. К. Явна. *Видавництво Українського католицького університету: Свідаго*. 2014. 120 с.
44. Наumenко Л.Ю. Посттравматичний стресовий розлад – нова проблема медико-соціальної служби. *Український вісник медико-соціальної експертизи*, 2015. Вип. 4. С. 4-7.
45. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога : метод. посіб. / Кокун О.М. та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
46. Осьодло В.І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в стресових умовах. *Проблеми екстремальної психології*, 2013. Вип. 14 (1). С. 242-252. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekp_2013_14%281%29_33 (дата звернення: 01.08.2024)
47. Орловська О.А. Емпіричне вивчення психологічних особливостей учасників бойових дій та членів їх сімей, які зазнали впливу травмуючої події. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Психологія*. 2024. Вип. 3. С. 39-43. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.3.7> (дата звернення: 28.08.2024)

48. Омельченко Я.М., Кісарчук З.Г., Гурлева Т.С., Лазос Г.П. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами ПТСР. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.
49. Паскевська Ю.А. Диференційна психологія : навч. посіб. Запоріжжя : ЗНУ, 2011. 80 с.
50. Письменний С.О. Психологічні особливості членів подружжя в умовах воєнних дій, де чоловік повернувся з фронту. *Науковий вісник Ужгородського університету. Сер. Психологія*. 2024. Вип. 2. С. 108-112. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.21> (дата звернення: 10.09.2024)
51. Прикладна психодіагностика в Національній гвардії України : метод. посіб. / за заг. ред. І.І.Приходька. Харків : НАНГУ, 2020. 388 с.
52. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету. Львів, 2015. URL: http://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2017/12/nice_2.pdf (дата звернення: 08.09.2024)
53. Прудка Л.М., Пасько О.М. Психологічні аспекти адаптації військових, які брали участь у бойових діях. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2024. Вип. 2. С. 86-92.
54. Посттравматичні стресові розлади: навч. посіб. Вид. 2-ге. / Михайлов Б.В., та ін.. Харків : ХМАПО, 2014. 223 с.
55. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців : метод. посіб. / Кокун О.М. та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
56. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / уклад. О.Ю.Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.
57. Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посіб. Київ : Вид. дім «Калита». 2014. 92 с.

58. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. / Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневич Є.Г, Омелянович В.Ю. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 127 с.
59. Ружицька М.С. Індивідуально-типологічні та особистісні властивості, що впливають на почуття когерентності суб'єкта діяльності. *Вісник Одеського національного університету. Сер. Психологія*. 2014. Вип. 19 (3). С. 100-110. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_psi_2014_19_3_12 (дата звернення: 10.09.2024)
60. Романюк О.О. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу бойового стресу на військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. Вип. 58 (5). С. 161-165. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-58-5-161-165> (дата звернення: 17.08.2024)
61. Самойлова О.В., Міщенко О.М. Історичні, клінічні та психологічні особливості формування посттравматичних стресових розладів. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2018. Вип. 2. С. 62-69.
62. Спицька Л.В. Аналіз наукових підходів до визначення соціально-психологічних особливостей стресових розладів особистості зрілого віку. *Національний вісник Харківського державного університету*. 2017. Вип. 1 (4). С. 183-187.
63. Синишина В.М. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників антитерористичної операції. *Науковий вісник ХДУ. Серія: Психологічні науки*. 2021. Вип. 4. 162-170.
64. Сандак О. С. Комплекс методик для дослідження особливостей емоційних стилів у осіб з травматичним досвідом. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Психологія*. 2022. Вип. 4. С. 12-16. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.4.2> (дата звернення: 10.09.2024)
65. Салюк М.А., Меркулов М.М. Психологічні особливості прояву ПТСР у військовослужбовців. *«Молодий вчений»*. 2024. 4 (128). С. 114-119.

66. Старков Д.Ю., Ярий В.В., Олішевський О.В. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом : науково-методичний посібник. Київ : ФОП Ямчинський О.В., 2023. 136 с.
67. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Вид. дім «Слово», 2020. 178 с.
68. Туриніна О.Л., Варлакова Є.О. Диференційна психологія. Київ : вид. дім «Персонал». 2012. 136 с.
69. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. Київ. вид. дім «Персонал». 2017. 160 с.
70. Удовенко Ю.М. Організація соціально-психологічної допомоги дітям, які пережили втрати внаслідок військових дій. *Український психологічний журнал*. 2017. Вип. 1. С. 165-176
71. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» від 19.07.2024 р. № 1265.
72. Харченко Д.М., Гурський С.О. Особливості темпераменту осіб, що пережили посттравматичний стресовий розлад. Теорія і практика сучасної психології. 2018, № 6. С. 61-65.
73. Хміляр О.Ф., Зубовський Д.С. ПТСР: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції. Технології розвитку інтелекту. 2016. № 3. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_3_6 (дата звернення: 04.09.2024)
74. Чамлай І. Психологічні підходи до тлумачення та терапії посттравматичного стресового розладу. *Науковий журнал «Психологічні травелогі»*. 2023. №. 4 С. 25-34.
75. Чала Ю.М., Шахрайчук А.М. (2018) Психодіагностика : навч. посіб. Харків : НТУ «ХПІ», 246 с.

76. Чабан О.С., Хустова О.О., Омелянович В.Ю. (2023) Психічні розлади воєнного стану : монографія. Київ : Вид. дім «Медкнига». 232 с.
77. Шаповал В. Досвід професійної реабілітації учасників війни у В'єтнамі для України. *Наука і освіта*. 2023. № 4. С. 70-74.
78. Шайхлісламов, З. Р., Ковтун, А. С. Особливості впливу бойового стресу на психологічну підготовку військовослужбовців в умовах бойових дій. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Психологія*, 2023. Вип. 3. С. 142-145.
79. Яцук Н., Говоруха О. Посттравматичний стресовий розлад та особливості класифікації його симптомів. Розробка нової класифікації симптомів для післятравматичного періоду. Поради, щодо виявлення ПТСР. *Науковий збірник «InterConf»*. 2022. Вип. 122. С. 118–124.
80. Bondaruk Y.S. Psychological features of post-traumatic stress disorder as a complex of human reactions to a traumatic situation. *Scientific Journal Virtus*. 2018. Vol. 26. P. 43-47.
81. Demchenko Y. A. Identity issues of combatants with PTSD symptoms: diagnostics and psychological correction. *Український психологічний журнал*. 2018. Vol. 4. P. 44-52.
82. Kharchenko Y., Kurytsia D. Psychoanalytical Analysis of Post-Traumatic Stress Disorders. Collection of research papers. *Problems of Modern Psychology*. 2023. Vol. 62. P. 85-105. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2023-62> (дата звернення: 10.09.2024)
83. Zasiiekina L., Zasiiekin S., Kuperman V. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury Among Ukrainian Civilians During the Ongoing War. *Journal of Community Health* 2023. Vol. 48. P. 784-792. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35697429/> (дата звернення: 10.09.2024)
84. Johnson R.J., Antonaccio O., Botchkovar E. War trauma and PTSD in Ukraine`s civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiol.* 2022. Vol. 57. P. 1807-1816.

85. Chykhantsova O., Serdiuk L. Personal Features and Their Impact on an Individual's Hardiness. Collection of research papers. *Problems of Modern Psychology*. 2023. Vol. 62. P. 23-43.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Опитувальник К.Леонгарда – Г. Шмішека

Інструкція: Вам пропонується відповісти на 88 запитань, які стосуються різних сторін Вашої особистості. Якщо ви згодні із твердженнями, дайте відповідь «так», якщо не згодні – «ні». Довго над питаннями не розмірковуйте, адже правильних чи неправильних відповідей немає.

Текст опитувальника

1. У Вас часто веселий і безтурботний настрій?
2. Ви чутливі до образ?
3. Чи буває так, що у Вас на очі навертаються сльози в кіно, театрі, в бесіді тощо?
4. Зробивши щось, Ви сумніваєтеся, чи все зроблено правильно, до тих пір, поки ще раз не переконаєтеся в тому, що все зроблено правильно?
5. В дитинстві Ви були таким же сміливим і відчайдушним, як усі Ваші однолітки?
6. Чи часто у Вас змінюється настрій від стану безпричинної радості до стану глибокого суму?
7. Чи є Ви центром уваги в колективі, в компанії?
8. Чи буває так, що Ви безпричинно знаходитеся в такому буркотливому настрої, що з Вами краще не розмовляти?
9. Ви серйозна людина?
10. Чи здатні Ви захоплюватися будь-чим?
11. Ви підприємливий?
12. Ви швидко забуваєте, якщо Вас хтось образить?
13. Чи Ви м'якосердий?
14. Опускаючи лист у поштову скриньку, чи перевіряєте Ви, проводячи рукою по щілині скриньки, що лист повністю впав?

15. Чи прагнете Ви бути в числі кращих співробітників?
16. Чи бувало Вам страшно в дитинстві під час грози або при зустрічі з незнайомим собакою, а може, таке відчуття буває і тепер?
17. Чи прагнете Ви в усьому і всюди дотримуватися порядку?
18. Чи залежить Ваш настрій від зовнішніх обставин?
19. Чи люблять Вас Ваші знайомі?
20. Чи часто у Вас буває відчуття сильного внутрішнього занепокоєння, відчуття можливої біди, неприємності?
21. У Вас часто буває дещо пригнічений настрій?
22. Чи була у Вас хоча б один раз істерика або нервовий зрив?
23. Чи важко Вам всидіти на одному місці?
24. Якщо до Вас поставилися несправедливо, чи енергійно Ви відстоюєте свої інтереси?
25. Чи можете Ви зарізати курку, вівцю?
26. Чи роздратовує Вас, якщо вдома занавіска або край скатертини висять нерівно, і чи відразу Ви прагнете поправити їх?
27. У дитинстві Ви боялися залишатися один у будинку?
28. Чи часто у Вас безпричинно змінюється настрій?
29. Чи завжди Ви прагнете бути достатньо сильним фахівцем у своїй справі?
30. Чи швидко Ви починаєте злитися або впадати в гнів?
31. Чи можете Ви бути дуже веселим?
32. Чи буває так, що відчуття повного щастя буквально пронизує Вас?
33. Як Ви думаєте, чи вийшов би з Вас ведучий, конференсьє в концерті, виставі?
34. Ви звичайно виказуєте свою думку достатньо відверто і недвозначно?
35. Вам важко переносити вид крові? Чи не викликає це у Вас неприємного відчуття?
36. Чи любите Ви роботу, де необхідна висока особистісна відповідальність?
37. Чи схильні Ви захищати тих, по відношенню до кого, на Ваш погляд, учинили несправедливо?

38. Вам важко, страшно спускатися в темний підвал?
39. Чи віддаєте Ви перевагу роботі, де необхідно діяти швидко, але не вимагається високої її якості?
40. Чи товариська Ви людина?
41. В школі Ви охоче декламували вірші?
42. Чи тікали Ви в дитинстві з домівки?
43. Чи здається Вам життя важким?
44. Чи буває так, що після конфлікту або образи Ви були до того засмучені, що займатися справою здавалося просто нестерпно?
45. Чи можна сказати, що при невдачі Ви не втрачаєте відчуття гумору?
46. Чи робите Ви першим кроки до примирення, якщо Вас хто-небудь образив?
47. Ви дуже любите тварин?
48. Чи повертаєтеся Ви, щоб переконатися, що залишили будинок або робоче місце в порядку?
49. Чи переслідує Вас неясна думка про те, що з Вами, Вашими близькими може трапитися щось страшне?
50. Чи вважаєте Ви, що Ваш настрій дуже мінливий?
51. Чи важко Вам доповідати, виступати перед аудиторією?
52. Чи можете Ви вдарити кривдника, якщо він Вас образить?
53. У Вас велика потреба в спілкуванні з іншими людьми?
54. Ви належите до тих, хто при розчаруванні впадає в глибокий відчай?
55. Вам подобається робота, що вимагає енергійної організаторської діяльності?
56. Чи наполегливо Ви добиваєтеся наміченої мети, якщо на шляху до неї доводиться долати масу перешкод?
57. Чи може трагічний фільм зворушити Вас так, що на очах виступлять сльози?
58. Чи часто Вам важко заснути через те, що проблеми попереднього або майбутнього дня весь час крутяться у Вас у голові?

59. У школі Ви іноді підказували своїм товаришам або давали їм списувати?
60. Чи потрібне Вам велике напруження волі, щоб вночі пройти через кладовище?
61. Чи ретельно Ви стежите за тим, щоб кожна річ у Вашій квартирі була точно на одному й тому ж місці?
62. Чи буває так, що перед сном у Вас гарний настрій, а вранці Ви встаєте похмурим?
63. Чи легко Ви звикаєте до нових ситуацій?
64. Чи бувають у Вас головні болі?
65. Ви часто смієтеся?
66. Чи можете Ви бути привітним із тими, кого явно не цінуєте, не любите, не поважаєте?
67. Ви рухлива людина?
68. Ви дуже переживаєте через несправедливість?
69. Ви настільки любите природу, що можете назвати себе її другом?
70. Йдучи з дому або лягаючи спати, Ви перевіряєте, чи вимкнута скрізь світло і чи замкнуті двері?
71. Ви дуже боязливі?
72. Чи зміниться Ваш настрій при вживанні алкоголю?
73. Раніше Ви охоче брали участь у гуртках художньої самодіяльності, а може, і зараз берете участь?
74. Чи відчуваєте Ви іноді потяг до чогось невідомого, цікавого?
75. Ви розцінюєте життя більш песимістично, ніж радісно?
76. Чи може Ваш настрій змінитися так різко, що стан радості раптом змінюється похмурою пригніченістю?
77. Чи вдається Вам під час спілкування з людьми підняти їм настрій?
78. Чи довго Ви переживаєте гнів, зберігаєте почуття образи?
79. Чи переживаєте Ви довгий час горе інших людей?
80. Чи часто Ви, будучи школярем, переписували сторінки у Вашому зошиті, якщо допускали виправлення?

81. Чи ставитеся Ви до людей більше з недовірою та обережністю, ніж із довірливістю?
82. Чи часто Ви бачите страшні сни?
83. Чи буває, що Ви остерігаєтеся того, що можете кинутися під колеса потягу, що рухається, або вистрибнути з високо розташованого відкритого вікна?
84. У веселій компанії Вам стає веселіше?
85. Чи здатні Ви відволіктися від важкої проблеми, яка вимагає обов'язкового рішення?
86. Ви стаєте менш стриманим і відчуваєте себе більш вільно, якщо приймете алкоголь?
87. У бесіді Ви скупі на слова?
88. Якби Вам необхідно було грати на сцені, Ви змогли б так увійти в роль, щоб забули про те, що це тільки гра?

Ключ до методики Леонгарда-Шмішека

Тип акцентуації	Номер запитань кожної шкали	Коефіцієнт
1. Гіпертимний	Так (+): 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77	3
2. Тривожний	Так (+): 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82. Ні (-): 5	3
3. Дистимічний	Так (+): 21, 43, 44, 75, 87. Ні (-): 30, 53, 65	3
4. Педантичний	Так (+): 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83. Ні (-): 36	2
5. Збудливий	Так (+): 8, 20, 31, 42, 52, 64, 74, 86	3
6. Емотивний	Так (+): 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79. Ні (-): 25	3
7. Застряглий	Так (+): 2, 10, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81. Ні (-): 12, 46, 59	2
8. Демонстративний	Так (+): 7, 15, 19, 29, 41, 63, 66, 73, 85, 88. Ні (-): 9, 51	2
9. Циклотимічний	Так (+): 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84	3
10. Екзальтований	Так (+): 22, 32, 54, 76	6

ДОДАТОК Б

Тест-опитувальник Г.Айзенка (ЕРІ)

Інструкція: Вам запропоновано відповісти на ряд запитань. Відповідайте «так» або «ні», відзначте знаком «+», якщо ви згодні, і знаком «-», якщо не згодні. Досліджуються тільки ваші особистісні особливості, тому правильних чи неправильних відповідей немає.

Текст опитувальника

1. Чи часто Ви відчуваєте потяг до нових вражень, до того, щоб «підбадьоритися», відчути збудження?
2. Чи часто Ви відчуваєте, що маєте потребу в друзях, які Вас розуміють, можуть Вас підбадьорити або втішити?
3. Ви людина безтурботна?
4. Чи не вважаєте Ви, що Вам важко відповісти «ні»?
5. Чи замислювалися Ви перед тим, як що-небудь зробити?
6. Якщо Ви обіцяєте щось зробити, чи завжди Ви дотримуєтеся своїх обіцянок (незалежно від того, зручно це Вам чи ні)?
7. Чи часто у Вас бувають спади та підйоми настрою?
8. Зазвичай Ви дієте та говорите швидко, не роздумуючи?
9. Чи часто Ви відчуваєте себе нещасною людиною без достатніх на те причин?
10. Зробили б Ви майже все, що завгодно, на спір?
11. Чи виникає у Вас почуття сором'язливості й зніяковілості, коли Ви хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка Вам симпатична?
12. Чи буває так, що розізлившись, Ви втрачаєте витримку?
13. Чи часто Ви дієте непомірковано під впливом хвилинного настрою?
14. Чи часто Ви тривожитеся через те, що зробили чи сказали що-небудь таке, чого не слід було б робити або говорити?
15. Чи віддаєте Ви перевагу читанню книг, а не зустрічі з людьми?
16. Чи легко Вас образити?
17. Чи любите Ви часто бувати в компанії?

18. Чи бувають у Вас іноді такі думки, які Ви хотіли б приховати від інших?
19. Чи правда, що Ви іноді настільки сповнені енергії, що все «горить» у руках, а іноді відчуваєте сильну млявість?
20. Чи надаєте Ви перевагу тому, щоб мати поменше друзів, проте особливо близьких до Вас?
21. Чи часто Ви мрієте?
22. Коли на Вас кричать, чи відповідаєте Ви тим же?
23. Чи часто Вас турбує почуття провини?
24. Чи всі Ваші звички хороші й бажані?
25. Чи здатні Ви дати волю своїм почуттям і щосили повеселитися в шумній компанії?
26. Чи вважаєте Ви себе людиною збудливою й чутливою?
27. Чи вважають Вас людиною живою та веселою?
28. Чи часто, зробивши якусь важливу справу, Ви повертаєтеся до неї подумки й міркуєте, що могли б зробити її краще?
29. Ви більше мовчите, коли перебуваєте в товаристві інших людей?
30. Ви іноді пліткуєте?
31. Чи буває, що Вам не спиться через те, що різні думки приходять у голову?
32. Якщо Ви хочете дізнатися про що-небудь, то Ви віддаєте перевагу тому, щоб прочитати про це в книзі, ніж запитати?
33. Чи буває у Вас сильне серцебиття?
34. Чи подобається Вам робота, яка вимагає від Вас пильної уваги?
35. Чи бувають у Вас напади тремтіння?
36. Чи вірно, що Ви завжди кажете про знайомих людей тільки добре навіть тоді, коли впевнені, що вони про це не дізнаються?
37. Вам неприємно знаходитися в компанії, де жартують один над одним?
38. Чи Ви дратівливі?
39. Чи подобається Вам робота, яка вимагає швидкості дії?

40. Чи хвилюєтеся Ви з приводу різних неприємностей, які могли б статися, хоча все скінчилося благополучно?
41. Ви неквапливі в рухах?
42. Ви коли-небудь запізнювалися на побачення або на роботу?
43. Чи часто Вам сняться кошмари?
44. Чи правда, що Ви так любите побалакати, що не пропустите нагоди поговорити з незнайомою людиною?
45. Чи турбують Вас які-небудь болі?
46. Ви б відчували себе дуже нещасним, якби тривалий час були позбавлені широкого спілкування з людьми?
47. Чи можете Ви назвати себе нервовою людиною?
48. Чи є серед Ваших знайомих люди, які Вам явно не подобаються?
49. Чи можете Ви сказати, що Ви дуже впевнена в собі людина?
50. Чи легко Ви ображаєтеся, коли вказують на Ваші помилки в роботі або на Ваші особисті промахи?
51. Ви вважаєте, що важко отримати справжнє задоволення від вечірки?
52. Чи турбує Вас почуття, що Ви чимось гірші за інших?
53. Чи легко Вам внести пожвавлення в досить нудну компанію?
54. Чи буває, що Ви говорите про речі, в яких зовсім не розбираєтеся?
55. Чи турбуєтеся Ви про своє здоров'я?
56. Чи любите Ви жартувати над іншими?
57. Чи страждаєте Ви від безсоння?

Ключ до опитувальника Г.Айзенка (EPI)

	Так	Ні
Екстраверсія-інтроверсія	1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 29, 29, 44, 46, 49, 53, 56	5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51
Нейротизм	2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57	
Відвертість	6, 24, 36	12, 18, 30, 42, 48, 54

ДОДАТОК В**Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна****Шкала самооцінки реактивної тривожності**

Інструкція: Уважно прочиайте кожне з наведених тверджень і оберіть відповідний варіант відповіді із запропонованих, залежно від того, як ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№	Твердження	Ні, це не так	Мабуть, так	Правильно	Цілком правильно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я перебуваю у стані напруженості	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9	Я не задоволений собою	1	2	3	4
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я заклопотаний	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: Уважно прочиайте кожне з наведених тверджень і оберіть відповідний варіант відповіді із запропонованих, залежно від того, як ви себе

почуваєте зазвичай. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№	Твердження	Ні, це не так	Мабуть, так	Правильно	Цілком правильно
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я зазвичай швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Зазвичай я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, витриманий і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі зазвичай дуже тривожать мене	1	2	3	4
29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я приймаю все надто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені бракує впевненості в собі	1	2	3	4
33	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Ключ до опитувальника Спілбергера-Ханіна

Ситуативна тривожність	прямі питання	3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19
	зворотні питання	1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20
Особистісна тривожність	прямі питання	22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40
	зворотні питання	21, 26, 27, 30, 33, 36, 39

Обробка результатів проводиться в такий спосіб. Спочатку окремо складаються результати за зворотніми та прямими запитаннями, потім із сум прямих віднімається сума зворотніх запитань і до одержаного числа додається постійне число 50 для шкали реактивної тривожності та 35 – для шкали особистісної тривожності.

ДОДАТОК Г

Фрайбургський багатofакторний особистісний опитувальник

Інструкція: Вам пропонується ряд тверджень, кожне з яких передбачає питання про те, відповідає чи ні дане твердження особливостям вашої поведінки, окремих вчинків, ставлення до людей, поглядів на життя. Якщо ви погоджуєтеся з твердженням дайте відповідь «так», якщо не погоджуєтеся – «ні».

Текст опитувальника

1. Я уважно прочитав інструкцію і готовий відверто відповісти на всі питання анкети.
2. Вечорами я віддаю перевагу розважатися у веселій компанії (гості, дискотека, кафе і т.п.).
3. Моєму бажанням познайомитися з ким-небудь завжди заважає те, що мені важко знайти підходящу тему для розмови.
4. У мене часто болить голова.
5. Іноді я відчуваю стук у скронях і пульсацію в області шиї.
6. Я швидко втрачаю самовладання, але так само швидко беру себе в руки.
7. Буває, що я сміюся над непристойним анекдотом.
8. Я уникаю про щось розпитувати і віддаю перевагу дізнаватися те, що мені потрібно, іншим шляхом.
9. Я вважаю за краще не входити в кімнату, якщо не впевнений, що моя поява пройде непоміченою.
10. Я можу так розлютитися, що готовий розбити все, що потрапить під руку.
11. Я відчуваю себе ніяково, якщо оточуючі починають звертати на мене увагу.
12. Я іноді відчуваю, що серце починає працювати з перебоями або починає битися так, що здається, готове вискочити з грудей.
13. Не думаю, що можна було б пробачити образу.
14. Я не вважаю, що на зло треба відповідати злом, і завжди дотримуюся цього.

15. Якщо я сидів, а потім різко встав, то у мене темніє в очах і паморочиться голова.
16. Я майже щодня думаю про те, наскільки краще було б життя, якби мене не переслідували невдачі.
17. У своїх вчинках я ніколи не виходжу з того, що людям можна повністю довіряти.
18. Я можу вдатися до фізичної сили, якщо потрібно відстояти свої інтереси.
19. Я легко можу розвеселити саму нудну компанію.
20. Я легко ніяковію.
21. Мене анітрохи не ображає, якщо робляться зауваження щодо моєї роботи або мене особисто.
22. Нерідко я відчуваю, що у мене німіють або холонуть руки і ноги.
23. Я буваю незграбним в спілкуванні з іншими людьми.
24. Іноді без видимої причини я відчуваю себе пригніченим, нещасним.
25. Іноді у мене немає ніякого бажання чимось зайнятися.
26. Часом я відчуваю, що мені не вистачає повітря, наче я виконував дуже важку роботу.
27. Мені здається, що в своєму житті я дуже багато робив правильно.
28. Мені здається, що інші нерідко сміються наді мною.
29. Я люблю такі завдання, коли можна діяти без довгих роздумів.
30. Я вважаю, що у мене достатньо підстав бути не дуже задоволеним своєю долею.
31. Часто у мене немає апетиту.
32. У дитинстві я радів, якщо батьки або вчителі карали інших дітей.
33. Зазвичай я рішучий і дію швидко.
34. Я не завжди говорю правду.
35. Я з цікавістю спостерігаю, коли хтось намагається виплутатися з неприємної історії.
36. Я вважаю, що всі засоби хороші, якщо треба настояти на своєму.
37. Те, що пройшло, мене мало хвилює.

38. Я не можу уявити нічого такого, що варто було б доводити кулаками.
39. Я не уникаю зустрічей з людьми, які як мені здається, шукають сварки зі мною.
40. Іноді мені здається, що я взагалі ні на що не придатний.
41. Мені здається, що я постійно перебуваю в напрузі, і мені важко розслабитися.
42. Нерідко у мене виникають болі та різні неприємні відчуття в животі.
43. Якщо скривдять мого друга, я намагаюся помститися кривдникові.
44. Бувало, я запізнявся до призначеного часу.
45. У моєму житті було так, що я дозволив собі бити тварину.
46. При зустрічі зі старим знайомим я від радості готовий кинутися йому на шию.
47. Коли я чогось боюся, у мене пересихає в роті, тремтять руки і ноги.
48. Частенько у мене буває такий настрій, що я з задоволенням би нічого не бачив і не чув.
49. Коли я лягаю спати, то зазвичай засинаю вже через кілька хвилин.
50. Мені подобається, як то кажуть, ткнути носом інших у їх помилки.
51. Іноді я можу похвалитися.
52. Я беру активну участь в організації громадських заходів.
53. Нерідко буває так, що мені доводиться дивитися в іншу сторону, щоб уникнути небажаної зустрічі.
54. У своє виправдання я іноді дещо вигадував.
55. Я майже завжди рухливий і активний.
56. Я нерідко сумніваюся, чи дійсно цікаво моїм співрозмовникам те, що я говорю.
57. Іноді я раптом відчуваю, що весь покриваюся потом.
58. Якщо я сильно розлючуся на когось, то можу його і вдарити.
59. Мене мало хвилює, що хтось погано до мене ставиться.
60. Зазвичай мені важко заперечувати моїм знайомим.
61. Я хвилююся і переживаю навіть при думці про можливу невдачу.

62. Я люблю не всіх своїх знайомих.
63. У мене бувають думки, яких слід було б соромитися.
64. Не знаю чому, але іноді у мене з'являється бажання зіпсувати те, чим всі захоплюються.
65. Я віддаю перевагу змусити людину зробити те, що мені потрібно, ніж просити її про це.
66. Я нерідко неспокійно рухаю рукою або ногою.
67. Я віддаю перевагу провести вільний вечір, займаючись улюбленою справою, а не розважаючись у веселій компанії.
68. У компанії я веду себе не так, як вдома.
69. Іноді, не подумавши, я скажу таке, про що краще б помовчати.
70. Я боюся стати центром уваги навіть у знайомій компанії.
71. Хороших знайомих у мене небагато.
72. Іноді бувають такі періоди, коли яскраве світло, яскраві фарби, сильний шум викликають у мене болісно неприємні відчуття, хоча я бачу, що на інших людей це так не діє.
73. У компанії в мене нерідко виникає бажання когось образити чи роздратувати.
74. Іноді я думаю, що краще було б не народитися на світ, як тільки уявляю собі, скільки всяких неприємностей, можливо, доведеться випробувати в житті.
75. Якщо хтось мене серйозно образить, то отримає своє сповна.
76. Я не соромлюся у виразах, якщо мене виведуть з себе.
77. Мені подобається так поставити запитання чи так відповісти, щоб співрозмовник розгубився.
78. Бувало, я відкладав те, що було потрібно зробити негайно.
79. Я не люблю розповідати анекдоти чи кумедні історії.
80. Повсякденні труднощі і турботи часто виводять мене з рівноваги.
81. Я не знаю, куди подітися при зустрічі з людиною, яка була в компанії, де я вів себе ніяково.

82. На жаль, я ставлюся до людей, які бурхливо реагують навіть на життєві дрібниці.
83. Я ніяковію при виступі перед великою аудиторією.
84. У мене досить часто змінюється настрій.
85. Я втомлююся швидше, ніж більшість оточуючих мене людей.
86. Якщо я сильно схвилюваний або роздратований, то відчуваю це як би всім тілом.
87. Мені докучають неприємні думки, які настирливо лізуть в голову.
88. На жаль, мене не розуміють ні в родині, ні в колі моїх знайомих.
89. Якщо сьогодні я посплю менше звичайного, то завтра не буду почувати себе відпочилим.
90. Я намагаюся вести себе так, щоб оточуючі побоювалися викликати моє незадоволення.
91. Я впевнений у своєму майбутньому.
92. Іноді я опинявся причиною поганого настрою когось із оточуючих.
93. Я не проти посміятися над іншими.
94. Я належу до людей, які «за словом в кишеню не лізуть».
95. Я належу до людей, які до всього ставляться досить легко.
96. Підлітком я виявляв інтерес до заборонених тем.
97. Іноді я завдавав біль коханим людям.
98. У мене досить часто виникають конфлікти з оточуючими із-за їх упертості.
99. Я часто відчуваю докори совісті в зв'язку зі своїми вчинками.
100. Я нерідко буваю розсіяним.
101. Я не пам'ятаю, щоб мене особливо засмутили невдачі людини, яку я терпіти не можу.
102. Часто я занадто швидко починаю гнівається на інших.
103. Іноді несподівано для себе я починаю впевнено говорити про такі речі, в яких насправді мало що тямлю.

104. Часто у мене такий настрій, що я готовий вибухнути з будь-якого приводу.
105. Я нерідко відчуваю себе млявим і втомленим.
106. Я люблю розмовляти з людьми і завжди готовий поговорити із знайомими та незнайомими.
107. На жаль, я дуже часто поспішно оцінюю інших людей.
108. Вранці я зазвичай встаю в хорошому настрої і нерідко починаю насвистувати або наспівувати.
109. Я не відчуваю себе впевненим у вирішенні важливих питань навіть після тривалих роздумів.
110. Виходить так, що в суперечці я намагаюся говорити голосніше свого опонента.
111. Розчарування не викликають у мене сильних і тривалих переживань.
112. Буває, що я раптом починаю кусати губи або гризти нігті.
113. Найбільш щасливим я відчуваю себе тоді, коли буваю один.
114. Іноді мене долає така нудьга, що хочеться, щоб всі пересварилися один з одним.

Ключ до Фрайбургського опитувальника

Шкали	Відповіді за номерами питань	
	Так	Ні
I Невротичність	4, 5, 12, 15, 22, 26, 31, 41, 42, 57, 66, 72, 85, 86, 89, 105	49
II Непередбачувана агресивність	32, 35, 45, 50, 64, 73, 77, 93, 97, 98, 103, 112, 114	99
III Депресивність	16, 24, 27, 28, 30, 40, 48, 56, 61, 74, 84, 87, 88, 100	-
IV Роздратованість	6, 10, 58, 69, 76, 80, 82, 102, 104, 107, 110	-
V Товариськість	2, 19, 46, 52, 55, 94, 106	3, 8, 23, 53, 67, 71, 79, 113
VI Урівноваженість	14, 21, 29, 37, 38, 59, 91, 95, 108, 111	-
VII Реактивна агресивність	13, 17, 18, 36, 39, 43, 65, 75, 90, 98	-
VIII Сором'язливість	9, 11, 20, 47, 60, 70, 81, 83, 109	33
IX Відкритість	7, 25, 34, 44, 51, 54, 62, 63, 68, 78, 92, 96, 101	-
X Екстраверсія-інтраверсія	2, 29, 46, 51, 55, 76, 93, 95, 106, 110	20, 87
XI Емоційна лабільність	24, 25, 40, 48, 80, 83, 84, 85, 87, 88, 102, 112, 113	59
XII Маскулінізм-фемінізм	18, 29, 33, 50, 52, 58, 59, 65, 91, 104	16, 20, 31, 47, 84