

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

Лобода Сергій Сергійович

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

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

**на тему: «Вікові особливості тривожних та депресивних розладів у
військовослужбовців»**

Керівник:

Казміренко Вячеслав Петрович

доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного
права НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Дроботько Ірина Дмитрівна

доктор філософії, в.о. Зав. кафедри практичної психології та соціальних
технологій ПВНЗ "Європейський університет"

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

_____ Е.В. Тітко
(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов
(підпис)

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Лобода С.С. Вікові особливості тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців. 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 вивченню особливостей тривожності та депресивних розладів у військовослужбовців з метою розробки ефективної корекційно-профілактичної програми для зниження їх впливу на психічний стан. У роботі охарактеризовано ключові симптоми тривоги та депресії, а також специфічні прояви цих станів у військовослужбовців. Визначено залежність між рівнем тривожності та депресії у вікових групах, проведено аналіз впливу віку на інтенсивність психічних розладів.

У дослідженні використано клінічні, експериментально-психологічні та статистичні методи. Здійснено оцінку рівня тривожності за методикою GAD-7 і рівня депресії за шкалою PHQ-9 серед 40 респондентів, розділених на дві вікові групи. Виявлено, що тривожність має вищий рівень у молодшій групі (22–39 років), тоді як у старшій групі (40–59 років) спостерігається переважання помірної депресії.

Розроблено корекційно-профілактичну програму, яка включає 8 групових занять, спрямованих на зменшення тривожних і депресивних станів, розвиток емоційної стійкості, профілактику порушень емоційної сфери військовослужбовців. Програма побудована на особистісному, когнітивному та поведінковому підходах, які акцентують увагу на самооцінці, розумінні емоцій та контролі поведінкових реакцій. Науково обґрунтовано та запропоновано практичні рекомендації щодо впровадження програми в роботу психологів для підвищення ефективності корекції тривожних і депресивних станів у військовослужбовців, а також запобігання їх розвитку.

Ключові слова: військовослужбовці, тривожність, депресія, корекційно-профілактична програма, психічне здоров'я.

ABSTRACT

Loboda S.S. Age-Related Characteristics of Anxiety and Depressive Disorders in Military Personnel. Manuscript.

Qualification paper submitted for the Master's degree in specialty 053 "Psychology". Shupyk National Healthcare University of Ukraine. Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2024.

The qualification paper is devoted to studying the peculiarities of anxiety and depressive disorders in military personnel to develop an effective correctional and preventive program aimed at reducing their impact on mental health. The study characterizes key symptoms of anxiety and depression, as well as specific manifestations of these conditions in military personnel. The relationship between anxiety and depression levels across age groups was determined, and the influence of age on the intensity of mental disorders was analyzed.

The study employed clinical, experimental-psychological, and statistical methods. Anxiety levels were assessed using the GAD-7 methodology, and depression levels were measured using the PHQ-9 scale among 40 respondents divided into two age groups. It was revealed that anxiety levels were higher in the younger group (22–39 years), whereas moderate depression prevailed in the older group (40–59 years). A correctional and preventive program was developed, consisting of eight group sessions aimed at reducing anxiety and depressive states, enhancing emotional resilience, and preventing emotional disorders in military personnel. The program is based on personal, cognitive, and behavioral approaches, focusing on self-assessment, understanding emotions, and controlling behavioral responses. Scientifically substantiated practical recommendations were proposed for integrating the program into psychologists' work to enhance the effectiveness of correcting anxiety and depressive states in military personnel and preventing their occurrence.

Keywords: military personnel, anxiety, depression, correctional and preventive program, mental health.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	8
1.1 Характеристика тривожних та депресивних розладів.....	8
1.2 Вікові особливості переживання тривожних та депресивних розладів...18	
1.3 Прояв тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців.....	27
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	36
2.1 Характеристика вибірки та методи дослідження.....	36
2.2 Аналіз результатів дослідження.....	39
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ.....	45
3.1 Корекційно - профілактична програма з подолання тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців.....	45
3.2 Практичні рекомендації щодо профілактики виникнення тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців.....	55
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ.....	79

ВСТУП

Актуальність дослідження. У зв'язку з початком повномасштабного вторгненням російської федерації, разом із одержанням досвіду воєнного характеру учасники бойових дій безпосередньо зазнають психологічних і фізичних травм. Для них необхідна психологічна реабілітація і психологічна допомога, яка носить вагоме значення не тільки для самих захисників України, а і для всього суспільства. Згідно з проведеними дослідженнями вчених для 98% військових може бути потрібна висококваліфікована психологічна допомога. Про дане свідчить і міжнародний досвід. Наприклад, після війни у В'єтнамі в США було втрачено людей більше, чим коли були бойові дії (у зв'язку з наркоманією, самогубством, алкоголізмом, криміналізацією колишніх військових). В 1970-х роках в США у 25% військових, що приймали участь у воєнних діях, які навіть зовсім не мали каліцтва, з часом значною мірою загострилися різні психологічні і психічні порушення, а з поміж покалічених і поранених чисельність таких була рівною 42 %.

Десь приблизно 100 тис. ветеранів на протязі 2010 – 2020 років самі себе погубили, а близько 45 тис. до нашого часу ведуть замкнутий спосіб життя.

Такі факти здійснюють актуалізацію проблеми відносно підвищення рівня уваги з боку органів військового управління, заступників командирів з морально-психологічного забезпечення, командирів, медичних працівників, військових психологів і здійснення пошуку дієвих методів та засобів діагностики тривожних та депресивних станів та проведення психологічної реабілітації військових.

В останні роки проблемою вивчення тривожних і депресивних розладів військовослужбовців приділена доволі значна увага.

Серед закордонних вчених, що займаються вивченням тривожних та депресивних розладів військовослужбовців можна виокремити таких

військових психологів, як Алексопулос Г., Олін Дж.,Брохман Е., Феррарі А., Геллис З., Кім Е., Норман Р. та інших. В Україні різними аспектами даної важливої науково-прикладної проблематики займаються такі фахівці, як Н. Агаєв, Р. Вовин, В. Зливков, О. Кокун, М. Мушкевич, В. Ягупов та деякі інші.

Мета дослідження – дослідити вплив тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців різних вікових категорій.

Завдання дослідження:

- навести характеристику тривожних та депресивних розладів;
- охарактеризувати вікові особливості переживання тривожних та депресивних розладів;
- дослідити прояв тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців;
- провести емпіричне дослідження вікових особливостей тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців;
- здійснити аналіз результатів дослідження;
- розробити програму корекції тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців різних вікових категорій.

Об'єкт дослідження – тривожні та депресивні розлади.

Предмет дослідження – формування, прояв, наявність та рівень вираженості тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців різних вікових категорій.

Методи дослідження:

теоретичні: теоретико-методологічний аналіз літературних джерел, узагальнення, систематизація теоретичних даних;

емпіричні: бесіда, психодіагностичне тестування із використанням комплексу методик: Тест на тривожність (GAD-7) та опитувальник стану здоров'я (PHQ-9).

методи статистичної обробки даних: кількісний та якісний аналіз результатів діагностики з відбиттям результатів у табличному та графічному

варіантах, що дало змогу здійснити об'єктивну діагностику та забезпечити вірогідність результатів.

Наукова новизна. Було проаналізовано формування, прояв, наявність та рівень вираженості професійного вигорання у тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців різних вікових категорій у період воєнного стану.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що матеріали цього дослідження можуть бути застосовані в роботі практичних психологів, а також для розробки різних психокорекційних тренінгових програм для військовослужбовців з подолання тривожних та депресивних станів.

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота складається із вступу, 3-х розділів, висновків, списку використаної літератури у кількості 33 та 3 додатків.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1 Характеристика тривожних та депресивних розладів

Тривожність є абсолютно не новиною для сучасних людей. Багато хто має розуміння що це таке, вмiє виявити цей певний не дуже приємний стан і в залежності від ситуації може собі надати допомогу. Деякі люди приходять до допомоги спеціалістів і медикаментозних засобів з метою врівноваження психічного стану. Існує ще певна категорія осіб: вони знають що таке тривожність, але нормально не сприймають, не вважають це проблемою та ніяк не надають ради собі в даному питанні. Також, звичайно, існують особи, що знають про термін тривожності, мають її, але не усвідомлюють дане [11 с.83].

Тривожністю є адекватна та природна реакція організму на стрес, пережитий людиною. Передчуття чогось поганого, відчуття страху, постійні нав'язливі думки та душевний дискомфорт – ось як можна лаконічно трактувати дане явище.

Тривожність, це психологічний термін, що застосовується з метою опису почуття напруження, нервовості і страху, що можуть виникати в різноманітних ситуаціях. Це є нормальною реакцією організму на стресові подразники, та тривожність може мати як короточасний, так і тривалий характер. Але, коли тривожність стає надмірною та постійною, вона може перерости в психологічний розлад. Людина з тривожним розладом постійно переживає почуття тривоги, в незалежності від ситуації, і дане може здійснити суттєвий вплив на їх повсякденне функціонування і рівень якості життя [11, с.84].

Тривожність це поширений стан, який здійснює вплив на велику кількість людей всіх вікових груп. Даний стан може мати різноманітні

детермінанти, і для кожної людини вони можуть бути унікальними. Основними детермінантами тривожності є [23, с.266]:

Генетична спадковість: Дослідження демонструють, що тривожність може бути спадковою та передаватися від покоління до покоління;

Стрес: Сильні стресові ситуації, наприклад як постійний розподіл уваги, конфлікти в сім'ї чи на роботі, фізичний дискомфорт та недосипання можуть стати причиною тривожності;

Травми: Великі травми, що були в минулому, наприклад насильство, військові дії, злочини чи небезпечні ситуації, можуть викликати тривожність та паніку у майбутньому.

Існує 2 типи тривоги [26, с.267]:

Адаптивна чи адекватна тривожність є нормальною реакцією людини на певний подразник. Людина нервує, хвилюється, але зберігає здоровий глузд і не накручує себе після вирішення ситуації. Стан людини надалі стає нормальним. Одночасно існують випадки, коли така тривога виступає є і дезадаптивною. Людина турбується та страшисться за все підряд з потужною силою, надає тривозі всі людські ресурси і в деяких проявах такий вид тривоги може здійснити блокування навіть звичайних буденних дій в житті особи;

Другий тип - підвищена тривога. Їй ще можна надати назву «фонові тривога». Даний вид тривоги може вкорінитись в спосіб життя особи та стає специфічною рисою особистості. Вона провокує людину завжди про щось непокоїтись, у цілком безпечних ситуаціях вона може бачити справжню небезпеку, перебуває дуже часто чи завжди в постійному нервовому напруженні.

Тривога є негативно забарвленою емоцією, яка виражає відчуття невизначеності, очікування негативних подій, важко визначенні передчуття. У відмінності від детермінант страху, детермінанти тривоги зазвичай є неусвідомленими, але вона надає сигнал про участь особи в потенційно шкідливій поведінці, або здійснює стимулювання її до вчинків з метою

збільшення ймовірності щасливого кінця. Її нерідко пов'язують з безпричинним страхом тому, що оскільки вона є пов'язаною з неусвідомлюваним джерелом небезпеки.

Тривога не тільки дає сигнал щодо можливої небезпеки, а й здійснює спонукування щодо пошуків та конкретизації її джерел, до активного дослідження обстановки. Вона може проявлятися у вигляді відчуття безпорадності, невпевненості в собі, безсилля перед небезпекою яка насувається, перебільшення загрози. Зі всього кола емоцій, що переживає особа, тривога є не найприємнішою, але вона безперечно потрібна тому, що дає змогу наперед відчутти небезпечну ситуацію, підготуватися до неї, ймовірно, в даний же час прийняти рішення та намітити план своїх майбутніх дій. У здорової людини тривога є тимчасовим відчуттям.

Тривожність має належність до найважливіших сигнальних систем організму людини, її метою є здійснення мобілізації ресурсів організму та адаптація щодо функціонування за екстремальних умов. Але, хронічна тривожність втрачає своє позитивне сигнальне значення і здійснює порушення нормального функціонування організму (патологічна тривога). Вона втрачає зв'язок із реальною загрозою та виявляється тривалим безпричинним неспокоєм. У відмінності від фізіологічної патологічна тривога зумовлює виснаження, а не посилення адаптаційних змог організму.

В умовах війни і тривалої постійної загрози тероризму українські військові відчують вкрай інтенсивні емоції. Неспокій, гнів і смуток, що є характерними для великої кількості осіб, є здоровою і нормальною реакцією на бойові дії. Але деякі військові можуть мати значно глибші реакції на бойові дії. Час перебування в зоні бойових дій створює більший ризик розвитку тривожного розладу.

Симптоми тривожного розладу [23, с.270]:

Постійний страх і невпевненість;

Проблеми зі сном (людині часто сняться чи ввижаються страшні події, що вона вже пережила, тобто флешбеки);

Втрата апетиту або навпаки – заїдання стресу;

Підвищення голосу або покрикування в ситуації, що цього абсолютно не варта;

Збільшена емоційна нестабільність: сльози або сміх;

Збільшена тактильна необхідність: людині важко когось від себе відпускати та їй постійно хочеться обіймів;

Швидке серцебиття і недостатність кисню при вдиханні, перепад тиску і головні болі;

Запаморочення і туман в голові, сильне потовиділення.

Депресивні розлади мають низку характерних проявів: постійне пригнічення настрою, незмога у одержанні задоволення, апатія, нейровегетативні розлади, значне зменшення рівня енергії, що проявляються за результатами дисфункціонального порушення соціальної і професійної діяльності, надмірне відчуття провини, зменшений рівень здатності щодо концентрації уваги і утворення суїцидальних думок. В деяких випадках у особи може бути не пригнічений стан, а протилежний, активний – збільшена дратівливість, тривожність, емоційна нестабільність.

За даними Американської психіатричної асоціації (АРА), великий депресивний розлад, що часто має назву депресія, може бути від легкого до важкого, а симптоми, на додаток до вище зазначених, можуть включати втрату чи збільшення ваги, проблеми з недостатнім часом сну чи занадто великим часом сну, відчуття втоми, почуття нікчемності чи безнадійності [3, с.46].

На сучасному етапі медичної практики застосовують 2 підходи щодо класифікації депресивних станів. Перший підхід має основу на Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10), що відповідною до критеріїв ВООЗ. Його застосування є обов'язковим в медичній практиці Хорватії, України, Австралії тощо. В американській системі здоров'я застосовують критерії, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Вони являються базою у більшості кількості випадків

дослідження депресивних станів, що є стають детермінантною формування і розвитку депресивних розладів [4, с.4].

Систематика за депресивними розладами в МКХ-10 суттєво є відмінною від інших класифікацій. Основні її відмінності є сукупність особливостей, які можна сформулювати таким чином [5]:

- 1) не застосований дихотомічний розподіл депресій за варіантом на «ендогенні» і «невротичні» або «реактивні»;
- 2) за категорією «полярності» представлено за новою класифікацією;
- 3) центральним за категорією діагностики визначений термін, що має назву «депресивний епізод», що позначає сполучення певних ознак психічного та соматичного змісту;
- 4) в підґрунті класифікації депресій є наступні критерії як чисельність за симптоматикою; тяжкість розладів; змога затяжного перебігу; варіанти перебігу.

У таблиці 1.1 наведена скорочена характеристика категорії МКХ-10, які включають депресивний стан.

Таблиця 1.1

Низка основних категорій МКХ-10, що є відповідними до депресивних станів [5]

Афективні розлади	Шизофренія, шизотипічні і маревні розлади	Невротичні, стресові і соматоформні розлади
F31 Біполярний афективний розлад; F32 Депресивні епізоди; F33 Рекурентний депресивний розлад; F34 Стійкі афективні розлади; F34.0 Циклотимія; F34.1 Дистимія; F38 Інші афективні розлади; F38.10 Рекурентний короткочасний розлад; F39 Афектні розлади неуточнені	F20.4 Постшизофренічна депресія; F25 Шизоафективні розлади; F25.1 Шизоафективний розлад, депресивний тип; F25.2 Шизоафективний розлад, змішаний тип.	F41.2 Змішаний тривожний і депресивний розлад; F43.2 Розлади адаптації; F43.20 Короткочасна депресивна реакція; F43.21 Довготривала депресивна реакція; F43.22 Змішана тривожна і депресивна реакція.

В таких науково-літературних джерелах [6, 8] зазначаються наступні діагностичні критерії за типами депресії А або Б [6, с.47]:

Тип А:

- 1) тривалість 2 тижні;
- 2) в анамнезі ніяк та ніколи не було зафіксовано симптоматик за показниками маніакального та гіпоманіакального синдромів;
- 3) явище не можна пояснити у зв'язку з вживанням психоактивної речовини або будь-яким психічним розладом органічної основи.

Тип Б сюди можна віднести певні особливості, що спостерігаються мінімально в 2-х з наступних 3-х ознак [8, с.92]:

- 1) депресивність настрою є зменшеною до ступеня, що може бути визначений явно ненормальним для цього пацієнта, виявляє більшу частину дня майже кожного дня 2 тижні та більше і, в абсолютній більшості та в основному, не являється залежним від ситуації;
- 2) виражене зменшення інтересу чи задоволення від діяльності, що раніш була приємною;
- 3) зменшення або втрата енергійності, активності і збільшений рівень втомлюваності.

Так, виокремлена ще сукупність додаткових симптомів, які формують тип В [17, с.103]:

- 1) зменшення показників за впевненістю в собі і самооцінкою;
- 2) безпричинний самоосуд та надмірність, неадекватність у почутті провини;
- 3) нав'язливі ідеї про смерть чи суїцид, а також наявні ознаки суїцидальної поведінки;
- 4) зменшення змоги у різносторонньому аналізі ситуації, метафоричних порівнянь, роздумів ;
- 5) розлади за психомоторною активністю з додаванням тривожного збудження чи загальмованості (у суб'єктивних чи об'єктивних обставинах);

б) порушення сну за будь-яким типом (проблеми у засинанні, прокиданні за 2 години до звичайного часу, часті випадки пробудження вночі та систематична настанча або незадоволеність від сну);

7) різкі перепади апетиту, які супроводжується відповідними змінами у вазі тіла.

З метою встановлення епізоду за легким рівнем потрібно мати мінімум 2 симптоми за критерієм Б та не менше за 4 симптоми в сумі критеріїв Б та В. Щодо епізоду середнього за ступнем тяжкості повинно бути мінімум 2 симптоми за показниками Б та не менше за 6 симптомів в сумі критеріїв Б і В. Для важкого за складністю епізоду має бути 3 симптоми за показниками Б і не менше, чим 8 симптомів у сумі показників Б і В. При цьому, депресивний епізод (важкий) з психотичними симптомами може супроводжуватися мареннями (провиною) та галюцинаціями (слуховими, глузуючими чи засуджуючими)

Для депресивних розладів є такі типові ознаки [19, с.151]:

- постійне пригнічення настрою;
- нездатність одержувати задоволення;
- апатія;
- нейровегетативні розлади;
- значне зменшення ступеня енергії, яке виявляються за результатами дисфункціонального порушення соціальної і професійної діяльності;
- надмірне відчуття провини;
- зменшена змога щодо концентрації уваги;
- утворення суїцидальних думок і інше.

У моделі DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) здійснений опис видів основних депресивних розладів і їх симптоматика.

Першим видом є стійкий депресивний розлад (також він має назву дистимія) - депресивний розлад, який зазвичай має тривалість мінімум 2 роки. Особа у якої є такий діагноз стійкий депресивний розлад може мати

епізоди великої депресії (Major depression) разом із періодами менш виражених, але симптоми будуть приблизно на протягзі 2-х років, саме дане є стійким депресивним розладом [22, с.122].

Другим видом є сезонний афективний розлад. Початок депресії приходить на зиму/осінь, коли природного сонячного світла стає менше. Дана депресія зазвичай зникає весною або літом. Зимова депресія, супроводжується зазвичай суспільними відмежуванням, збільшенням часу на сон і збільшенням ваги, передбачувано повертається кожен рік як сезонний афективний розлад [22, с.122].

Третім видом є порушення регуляції настрою чи «Розлад дисрегуляції настрою» (DSMDD). Він є новим діагнозом у DSM-5, який також можна включити до ICD-.9. Ключові характеристики стійка дратівливість чи зменшений настрій, який супроводжується відносно частими і сильними спалахами настрою, які мають свій початок в дитинстві [22, с.123].

Ключовим моментом є низка підтипів великої депресії, які в основному мають підґрунтя на тяжкості і поєднанні різноманітної симптоматики. Дані підтипи відрізняються в прогнозі і відповіді на лікування.

Четвертим видом є великий депресивний розлад. Симптоми великого депресивного розладу повинні показати зміни типової поведінки особи і бути відносно стійкими майже кожен день на протязі щонайменше 2 тижнів (DSM-5) до місяця (ICD-0). За симптомами також повинні бути функціональні порушення, з метою гарантування діагнозу великої депресії [22, с.124].

Деякі вчені досить критично ставляться до загально прийнятих стандартів класифікацій депресії за таких умов. Так, наприклад відносно депресивних розладів, то й тут МКБ-10 (1994) і DSMIV (1994), незважаючи на застосування операційних діагностичних критеріїв, недостатньо можуть відобразити все наявне різноманіття клінічних фенотипів депресії. А саме, найбільш класифікаційну і клінічну увагу приділено великій депресії, для якої одним із основних діагностичних показників є час депресивної

симптоматики 2 тижні та більше. У той же час короткі депресивні епізоди з часом менше 2 тижнів залишилися без уваги, не приймаючи на своє суттєве клінічне значення через досить виражений вплив на функціонування відповідних пацієнтів та збільшений суїцидальний ризик. Рекурентний короткочасний депресивний розлад (РКДР) може утворитися несподівано, спонтанно чи у зв'язку з легкими психосоціальними стресорами, можна охарактеризувати повною ремісією та можна вважати найрозповсюдженим психічним розладом з виразним порушенням соціального функціонування і збільшеним суїцидальним ризиком. Доказом даного слугували факти, що виявлені під час епідеміологічних досліджень, відповідно до яких «коротка депресія» може поєднуватися з великою депресією. Дане має назву «комбінованої депресії», яка, за епідеміологічними дослідженнями, має більш високий рівень потенційного суїцидального ризику. Також було виявлено, що окрім подвійної депресії є і «потрійна депресія», коли відбувалося поєднання (рис. 1.1). На сучасному етапі концепція рекурентної короткої депресії серйозно змінилася та розповсюдилася до концепції «короткої депресії», коли стали прийматися до уваги випадки коротких депресивних епізодів, які мають повторення щонайменше 12 разів на рік спостереження, а й клінічні випадки з більш рідкісною (1-11 разів на рік) частотою коротких депресивних епізодів [24, с.100].

Найбільш тривожний поведінковий прояв депресії, це суїцидальність. Самогубство, це жахливе постійне розв'язання тимчасової проблеми, що піддається лікуванню. Особи з великою депресією мають високий ступінь самогубств, при цьому ризик на протязі життя складає десь 8%; чоловіки з депресією в 5-7 разів частіше здійснюють самогубство, чим жінки, хоча жінки роблять більшу кількість спроб. Особи, що не здійснюють лікування, мають до 5 разів вищий ризик самогубства, чим ті, хто одержує допомогу. Безнадія також здійснює підвищення ризику самогубства.



Рис. 1.1. Клінічні варіанти комбінування депресій [24, с.101]

Отже, депресія є складним, багатofакторним захворюванням з цілою низкою специфічних проявів та симптомів. Це захворювання внесено до міжнародних класифікаторів Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) та The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), що показує серйозність відношення світової наукової спільноти щодо захворювання і його вагомий вплив на життя сучасних людей. Є декілька класифікацій депресивних розділів, їх симптоматика складна і неоднозначна.

Таким чином, тривожністю є адекватна та природна реакція організму на стрес, що пережила людина. Передчуття чогось поганого, відчуття страху, постійні нав'язливі думки і душевний дискомфорт так можна лаконічно охарактеризувати дане явище.

Тривогою є негативно забарвлена емоція, яка виражає відчуття невизначеності, очікування негативних подій, важко визначенні передчуття.

Тривога буває 2-х типів: адаптивна чи адекватна тривожність; підвищена тривога.

Симптоми тривожного розладу: постійний страх і невпевненість; проблеми зі сном (особі часто сняться чи ввижаються страшні події, що вона

вже пережила – флешбеки); втрата апетиту чи навпаки – заїдання стресу; збільшення голосу або покрикування в ситуації, яка цього абсолютно не варта; підвищений рівень емоційної нестабільності: сльози або сміх; підвищений рівень тактильної потреби: людині важко когось від себе відпускати і їй постійно хочеться обіймів; швидке серцебиття і недостатність кисню при вдиханні, перепад тиску та головні болі; запаморочення та туман в голові, сильне потовиділення.

Депресивні розлади мають низку проявів: постійне пригнічення настрою, незмога одержувати задоволення, апатія, нейровегетативні розлади, значне зменшення ступеня енергії, що виявляються за результатами дисфункціонального порушення соціальної і професійної діяльності, надмірне відчуття провини, зменшена змога до концентрації уваги і утворення суїцидальних думок.

На сьогодні у медичній практиці застосовують 2 підходи до класифікації депресивних станів. Перший підхід має основу на Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10), що є відповідною до критеріїв ВООЗ. В американській системі здоров'я застосовують критерії, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR).

1.2 Вікові особливості переживання тривожних та депресивних розладів

Згідно досліджень в більшій чисельності випадків переживання досвіду тривоги, депресії та тривожних і депресивних-розладів, передбачають великі зміни у структурі досвіду особи, з точки зору якої різні симптоми, наприклад: відчай, фізичний дискомфорт, апатія, почуття провини, почуття нікчемності, тривога та самотність, для особистості, яка переживає чи переживала досвід депресивних розладів чи великої депресії, набуває нового значення. Дослідник назвав дане «екзистенційними змінами», тобто всеосяжну зміну почуття «приналежності до спільного світу». В багатьох випадках

відноситься до всіх думок, переживань та діяльності, змога сприймати їх як належне. Можна сказати, що деякі види знайомих людям переживань стають сильніше під час депресії, а інші знижуються: людина відчуває себе менш щасливою, більш втомленою, більш тривожною, менш активною та інше. Існують люди, що мають депресивні розлади, постійно стверджують на те, що депресія має відмінності від того, що велика чисельність вважає «повсякденними» емоціями і переживаннями. Дослідник звертає увагу на те, що особа з депресією опиняється як в іншому «світі», в ізольованому, відрізаному від консенсусної реальності, де люди мають більш повсякденний досвід відчуття, чим зазвичай [7, с.8].

Також, особи з діагнозом депресивних розладів, часто стверджують, що опис даного досвіду надзвичайно важко чи навіть неможливо здійснити. Таку складність можна частково пояснити впливом депресії на когнітивні змоги особи. Але особам все ще важко передати свій досвід навіть після одужання. Дослідник стверджує, що в депресію входять порушення чогось, що являється фундаментом для нашого життя, чогось, що залишається непоміченим, якщо не ушкоджено. Те, що відбувається розмиття чи втрата, - це «відчуття» комфортного занурення у світ: почуття, що втрачено саме життя. Особа у якої депресивний розлад, може відчувати, що «втратила придатну для життя землю». Втратила те, про що люди навіть не знають. Ось чому дане так важко пояснити. Дуже важко здійснити опис почуттів, які викликає депресія, словниковий запас - коли справа доходить до розмови про депресію є як дуже обмежений. В процесі дослідження, на інтерв'ю, люди кажуть: «Я прокинулася в іншому світі. Наче все змінилося, коли я спала: я прокинулася не в нормальній свідомості, а в кошмарі». Особи часто згадують щодо дивності ті глибини того, що з ними відбулося [21, с.44].

Окрім глибини почуттів та зміну емоційного фону, в якому знаходиться людина, тривожні і депресивні розлади за результатами здійснюють вплив на соціальне життя особи, охоплюючи всі спектри її життя. Наприклад, якщо говорити щодо впливу на фізичне здоров'я, у

дослідженні Національного спільного центру психічного здоров'я, описані наступні симптоми у тілі, як: фізична млявість, важкість та біль - як один із чинників впливу на людину і її життя. Тіло стає більш схильним до хвороб. Дане певною мірою відноситься і до феноменології депресії. Взагалі, можна зазначити, що не буває принципової різниці серед переживаннями «соматичних» та «психічних» захворювань. У своїх роботах Кенделл, зазначав [32, с.426]: найбільш характерним для всіх психіатричних розладів, є депресивна хвороба, демонструє неможливість здійснити виокремлення фізичних та психічних захворювань. Автор пояснював дане тим, що неможливо чітко здійснити визначення характерних ознак, симптоматики чи етіології психічних захворювань, які можуть відрізняти їх від фізичних. Депресію не потрібно розрізняти на підставі її «психологічної» чи «фізичної» феноменології, не потрібно розділяти дані види. Переживання серйозних хронічних захворювань, в більшості, відрізняють від депресивних розладів, на рахунок даного Національний спільний центр психічного здоров'я, здійснив спостереження, що депресія іноді, але не завжди є супутньою з хронічними захворюваннями [32, с.428].

Окрім особливостей емоційних переживань і фізичних хвороб, тривога та депресія також зачіпає такі психологічні аспекти особистості як само стигма та зіткнення особистості зі стигмою від суспільства, що її оточує. Результати дослідження Брохан Е., Долорес Дж., Норман Сорторіус Дж., Сорнікрофт Т., говорять про те, що приблизно 1/5 частина людей з депресивними розладами відчують помірний чи високий ступінь само стигми в 13 європейських державах [28].

Зв'язок між само стигмою та збільшенням прав людини та її змог, чисельністю суспільних контактів, працевлаштуванням і освітою утворює гіпотезу стосовно того, що втручання, які мають за ціль посилення даних чинників, можуть відігравати важливу роль у зменшенні само стигми. Необхідні майбутні дослідження, з метою вивчення і опису впливу різноманітних видів діяльності, що направлені на широку громадськість і

осіб з депресивними розладами, на зниження само стигми. Наприклад, кампанії в ЗМІ, направлені проти соціальної стигми, надають змогу здійснити вивчення рівня зниження стигми соціуму пов'язане зі зниженням само стигми і усвідомленої стигми в певний проміжок часу [18, с.130].

Депресивні і тривожні розлади здійснюють вплив також і на змогу людини робити робочі справи, досягнення у кар'єрі тощо. Часто саме робота людини, перевантаження на ній чи зайнятість, яку людина не любить, і є детермінантною утворення тривожності і депресії. Приблизно 50% осіб, що повідомили про велику депресію, були робітниками. У даному дослідженні якщо порівняти з незайнятими тривожними і депресивними людьми, працюючі тривожні і депресивні люди, в більшості були: молодими, були чоловіками, мали хорошу освіту, мали вищий дохід, жили самі, а також жили у місті або приміському районі. Такі особи рідше ідентифікували себе з непрацездатними чи людьми з інвалідністю, а також зазначали свій фізичний стан як «здоровий», також вони були менш ураженими соціально, чим їхні незайняті особи. Люди з депресією, які професійно зайняті і професійно не зайняті, відрізнялися за станом здоров'я, соціально-демографічними чинниками, чинниками інвалідності і функціональними чинниками. Розуміння чинників, що пов'язані з роботою і непрацездатністю осіб з депресивними розладами, може допомогти роботодавцям і клініцистам більш вірно сформувати пакети медичних послуг, програми допомоги людям з інвалідністю, програми лікування та ін. [18, с.140].

До всіх вище сказаних чинників, депресивні і тривожні розлади здійснюють вплив на особисті відносини особи. Романтичні, дружні і сімейні відносини можуть в значному ступені змінюватися в процесі переживання особою тривожних і депресивних розладів. Зосереджуючись саме на романтичних відносинах між партнерами, коли у одного парі стоїть діагноз депресії, у роботі Маргарет Остман, було прохання дослідити, як тривожні і депресивні розлади здійснюють вплив на сексуальність хворих і їх партнерів. А також, їх необхідності у підтримці зі сторони психіатричних служб. У

вище зазначеному дослідженні провели якісні і глибинні інтерв'ю 10 людей, що встали на облік до психіатричного стаціонару, який здійснює спеціалізацію на афективних розладах, і їхніх партнерів. Здійснений аналіз даних методом тематичного аналізу [14, с.110].

Під час дослідження утворилися наступні напрямки: аспекти, які відносяться до медичної допомоги, аспекти, які відносяться до самого пацієнта, аспекти, які відносяться до самого партнера, аспекти у відносинах з партнером і аспекти відносно психіатричних послуг. Пацієнти та їх партнери здійснювали опис відчуття покинутості, відсутності підтримки, відсутності ініціативи щодо лікування зі сторони психіатричних служб. Парами було висловлено незадоволення щодо лікування терапевта, що зосереджений на терапії сам на сам, залишаючи партнерів у відчутті відстороненості. За їх думкою, не приділялася увага на партнерів в напрямку більш інтерактивної ролі під час лікування. За результатами дослідження була показана складна природа дисфункціональної сексуальності, залучаючи не тільки пацієнтів, що мають депресивні розлади, а і їх партнерів.

Отже, можна зазначити, що тривожні і депресивні розлади здійснюють вплив майже на всі сфери життя особи. Дослідження показують, що у великій кількості, переживання досвіду депресії і депресивних розладів, передбачають глобальну зміну структури досвіду особи, зі сторони якої різні симптоми, одержують нове значення. Особам, які пережили депресивні розлади часто буває важко здійснити опис свого досвіду через специфічний вплив депресії на психіку особи і складність симптомів. Особи у яких депресивні розлади чи депресія часто стикаються з стигмою і не одержують належного рівня уваги від оточуючих чи не приділяють достатній рівень уваги на свою хворобу.

Відносно впливу тривожних і депресивних розладів і їх властивостей щодо людей похилого віку, також є велика чисельність літературних джерел і досліджень. А також щодо використання антидепресантів у осіб похилого віку. в контексті даного дослідження вчені частково звернулися до чинних

літературних джерел, досліджуючи як і лікування антидепресантами яке вже є певний часовий проміжок, так і сучасні симптоми депресії і депресивних розладів під час лікування. Вчені дослідили чи депресивні симптоми лікуються методом фармакології, чи пов'язані вони з супутніми захворюваннями, а також з тривогою і когнітивними порушеннями у осіб похилого віку [12, с.119].

Було досліджено, що особи літнього віку, які мають тривожні і депресивні розлади, у них частіше нижчий рівень життя, були жінками, мали зменшені когнітивні функції. Лікування завдяки антидепресантам у осіб з депресією і без депресії мало зв'язок з нижчим рівнем життя, погіршенням когнітивного статусу і певною чином з наявністю соматичних супутніх захворювань. Симптоми депресії були у 22% осіб, які приймали участь у дослідженні. Вищими є показники тривожності і когнітивні порушення раніше вважалися незалежними чинниками депресії у похилому віці [27, с.543]. У вибірці дослідження десь у 1/5 частина (20,4%) був діагноз легкого рівня депресії і тільки 1,8% – тяжкий рівень депресії. Дані висновки дають підтвердження минулим дослідженням людей первинної ланки і серед осіб літнього віку, що знаходяться в соціумі. Легкий чи помірний рівень депресії у даній популяції частіше зустрічається, чим важкий [27, с.545].

Кількість легких і помірних симптомів тривожності і депресії у популяції дослідження мала динаміку у посиленні з віком. Такі висновки дають підтвердження зв'язку людей середнього віку з більшим ступенем поширеності тривожності і депресії в похилому віці. Також крім вікових змін головного мозку, автори пропонують підвищити чисельність соматичних супутніх захворювань депресивних розладів, а також поліпрагмазію з метою сприяння тривожності і депресії, особливо в похилому віці [27, с.550].

Велика кількість вчених у своїх дослідженнях здійснюють опис різного досвіду переживання депресії людиною в залежності від її гендеру. Жінки в 2 рази частіше мають діагноз тривожних і депресивних розладів, чим чоловіки. У дослідженні говориться, що дане є постійним висновком психіатричної

епідеміології, а не за результатами того, що жінки частіше повідомляють, чи звертаються за допомогою при симптомах депресивних розладів. Також, зазначається, що до настання статевої зрілості, хлопчики частіше, чим дівчата, мають ризик одержати діагноз депресивних розладів, але у віці від 11 до 13 років дана тенденція піддається змінам. Кількість дівчат у даній статистиці починає переважати хлопчиків у 2 рази. І протягом 35-40 років життя осіб дана тенденція зберігається. В підлітковому віці гормональні зміни та різкі зміни в суспільному оточенні і стосунках стимулюють розвиток більших афелійної необхідності у жінок. Таких як перевага інтимності та емоційної чуйності. Одним із таких факторів є те, що дівчата-підлітки можуть бути більш вразливими щодо негативних життєвих подій, особливо тих, які мають взаємостосунки [10, с.137].

Було здійснено дослідження для того, щоб дослідити різницю здійсненого впливу тривожних і депресивних розладів серед жінок і чоловіків. Дослідження мають основу на вивченні приматів та гризунів, вони вказують на відігравання великої ролі жіночих гормонів, такі як естроген, при депресії. Стверджується, що одним з найбільш реалістичних досліджень депресії на сучасному етапі є дослідження ролі жіночих гормонів на підставі вивчення самок приматів. За результатами видно, що ризик депресії підвищується під час менопаузи. У самок макак були досліджені чутливі до стресу зміни в їх менструальних циклах та продемонстрували поведінку, що пов'язана з депресією, і зменшенням функції мозкової системи, пов'язаної з серотоніном [32, с.430]. Також, дослідження дало результати, що жінки, які повідомили про застосування оральних контрацептивів, показали менший ступінь великої депресії і тривоги у порівнянні з тими, хто їх не застосовував. Взявши разом дані дослідження, можна сказати, що естроген може мати захисну дію відносно патології, яка покладена в основу депресії, що знижує естроген, коли збільшуються ризики утворення симптомів депресії [10, с.139].

Науковці у своєму дослідженні поставили собі питання: «Чому ж тоді у чоловіків, у яких відсутній системний естроген нижчий ступінь тривожності і депресії, чим у жінок?». Вивчені дослідження продемонстрували, що в чоловічому мозку тестостерон перетворюється в естроген завдяки ендогенній ароматази (CYP19). Естроген може опосередковувати захисні дії через естроген рецептори, експресовані в всьому чоловічому мозку (особливо рецептор естрогену β) [30, с.425]. Наявність андрогенних рецепторів у чоловіків можуть здійснювати захист, наприклад в нейронах гіпокампу. Беручи до уваги те, що тестостерон не циклічний у чоловіків, як естроген у жінок, у чоловіків може бути більш послідовний захист від депресивних розладів. Але, у чоловіків є і статеві диморфні ядра мозку, наприклад в гіпоталамусі, це також може дати пояснення меншій розповсюдженості депресії у чоловіків. Існує ймовірність того, що зменшені ризики появи депресії у чоловіків пояснюється більш комплексно, внаслідок не лише гормональних відмінностей, а й до відмінності в розвитку мозкових схем [30, с.426].

У фундаментальному плані статева відмінність у ризику прояву тривожності та депресії показує той факт, що чоловіки і жінки різні: у жінок 2 копії Х-хромосоми, а у чоловіків по 1 копії Х і Y хромосом. Останнє відсутнє у жінок. Розуміння як дана фундаментальна генетична відмінність надає статеві відмінності в схильності щодо психічних захворювань, це комплекс питань, які продовжують вивчатися [30, с.430].

Також, необхідно сказати, що чинники ризику розвитку тривожності та депресії у жінок, в значній мірі можуть бути скеровані соціумом. Вони мають на увазі: біологічне походження, наприклад, відмінності у фізичній силі і рис особистості, що призводить до більшої чисельності розповсюдження депресії у жінок. Суспільне відношення щодо сприяння рівності і тиск, що відчують жінки відносно своєї суспільної ролі.

Відповідно до даних World Health Organization, частина світового населення, яка має діагноз депресії чи тривожних і депресивних розладів в

2015 році оцінювалася в 4,4%. Депресія та тривожність має динаміку частіше зустрічатися у жінок (5,1%), чим чоловіків (3,6%). Проте її розповсюдженість становить в залежності від регіону ВООЗ, починаючи від низької 2,6% серед чоловіків у західній частині Тихого океану до 5,9% серед жінок в Африці [33].

Дані показники розповсюдженості змінюються в залежності від віку, досягаючи свого піку в похилому віці (приблизно 7,5% серед жінок у віці 55-74 роки і вище 5,5% серед чоловіків). Депресія і тривожність зустрічається також у дітей і підлітків віком до 15 років, але має нижчий ступінь, чим у старших вікових групах. Загальна чисельність осіб, що мають депресію чи тривожні і депресивні розлади у світі складає 322 млн. Десять 50% таких осіб живе в Південно-Східній Азії Регіон і Західно-Тихоокеанський регіон, це може бути зумовлено відносно великою розповсюдженістю даних 2-х регіонів (Індія та Китай) (World Health Organization) [33]. Приблизна чисельність людей з тривожними і депресивними розладами збільшилася на 18,4% з 2005 по 2015 рр (GBD) [31]. Як стверджують вчені, дане свідчить про те, що відбувається загальне збільшення світового населення, в той же час збільшення вікових груп у яких депресія є поширенішою. Частка світового населення, яка має тривожні розлади у 2015 році становила 3,6%. Тривожні розлади частіше зустрічаються у жінок, чим у чоловіків (4,6% проти 2,6% на світовому рівні). В Америці, за даними World Health Organization, 7,7% у жіночого населення є діагноз тривожних розладів (чоловіки, 3,6%) [33].

Показники розповсюдженості тривожних розладів немає великої різниці серед вікових груп, але помічається динаміка до зменшення розповсюдженості серед більш старших вікових категорій. Загальна орієнтовна чисельність осіб з тривожними розладами у світі - 264 млн.осіб. (GBD) [31].

Згідно глобальних оцінок, у 4,4% населення планети є депресивні розлади, а 3,6% тривожні розлади. Організація стверджує, показники депресії поміж населення становить від 3,6% у західно-Тихоокеанському регіоні до

5,4% у Африканському регіоні. Для тривожних розладів показники становлять від 2,9% у західній частині Тихого океану до 5,8% в регіоні Америки (World Health Organization) [33]. Зважаючи на те, що часто люди відчують обидва розлади одночасно (адже це є супутні захворювання), вчені стверджують, що буде невірно просто складати дані 2 показники разом з метою загального висновку. У низці даних загальних оцінок розповсюдженості, також є діапазон тяжкості розладів [29, с.10].

Отже, тривожність і депресія мають різний вплив на особу в залежності від її гендеру і віку. Хоча симптоми у певній мірі є достатньо схожими, їх вплив на суспільні аспекти життя, інтенсивність перебігу хвороби і зміна фізичного стану мають різний рівень вираженості із-за даних факторів.

Частота легких і помірних симптомів депресії у розповсюдженні дослідження мала динаміку посилюватися у віці. Дані висновки підтверджені зв'язком людей середнього віку з більшою розповсюдженістю депресії в похилому віці.

Жінки в 2 рази частіше мають діагноз тривожних і депресивних розладів, чим чоловіки.

Динаміка розповсюдження тривожних розладів немає великої різниці серед вікових груп, але є динаміка до зменшення розповсюдженості поміж більш старших вікових груп.

1.3 Прояв тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців

Тривожність у військовослужбовців є специфічна. Вона є пов'язаною з збільшеним рівнем небезпеки, фізичними і психологічними перевантаженнями, з конкретними фруструючими чинниками, високим рівнем напруженості і інтенсивністю, потребою оволодіння бойовою технікою і зброєю, підготовкою до діяльності, яка несе в собі реальну загрозу для життя. Високий рівень тривожності здійснює негативний вплив на

мотиви і цілі діяльності військовослужбовців на здійснення ним потрібних дій [29, с.86].

Підтвердженням даного існує дослідження щодо кореляції ступеня тривожності і ефективності військової діяльності. Тривожність підміняє мотив діяльності завдяки власній спонукальній силі, зменшує мотивацію щодо успіху, сприяє втраті вихідної цілі, зумовлює нерациональний вибір вектору діяльності, уповільнює розумові дії, сприяє втраті контролю за складними довільними рухами і порушує координацію мимовільних дій [29, с.89].

Стан тривожності у військовослужбовців може супроводжуватись як на психологічному (напруження, стурбованість, нервозність, почуття невизначеності, безсилля, незахищеності, самотності, неможливості прийняти рішення, тощо), так і фізіологічному (посилення серцебиття, зростання частоти дихання та загальної збудливості, підвищенні артеріального тиску, зниження порогів чутливості) ступенях [1, с.134].

Говорячи щодо детермінант утворення стану тривожності у військовослужбовців, що часто перебувають в стресових чи екстремальних умовах, необхідно сказати, що даний стан є мінливим та найчастіше сприяє усвідомленню людиною власного становища в навколишньому світі. Але виявляється в регулярній схильності щодо переживань тривоги в різноманітних життєвих обставинах. Вона визначена станом неусвідомленого відчуття загрози, готовністю сприйняти будь-яку подію у вигляді несприятливої чи в настороженому та пригніченому настрої, у неї є страх контакту з навколишнім світом.

Результати досліджень вчених із медичної школи в Єрусалимі показують, що в процесі війни реакція психіки людини є різною: від помірного та тимчасового стресу, до важких психічних травм, що мають негативні наслідки для здоров'я, в тому числі і депресію, зловживання психотропними речовинами і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Та більше, дослідження здійснене вченими із США показують, що

травматичні події війни можуть здійснювати довгостроковий вплив на здоров'я і благополуччя особи. Проект науковців із Огайо (США) демонструє, що велика кількість осіб, що пережили війну, поступово пристосовуються до нової реальності, відновлюються, а деякі у відповідь на стрес відчують піднесення, немовби у них відкрилося «друге дихання». Даний феномен пояснений теорією Хобфолла, згідно з якої травма може призвести як до втрати, так і до одержання важливих ресурсів [2, с.6].

Умови, які викликають неспокій і тривогу це: несподівані зміни обстановки, невдачі і помилки в процесі виконання завдань, ймовірність утворення проблем, що пов'язані із специфікою діяльності тощо. Менш впливовими формами тривожності є сигналами з метою усунення недоліків, виховання рішучості, сміливості, впевненості у власних силах. Якщо тривожність утворюється з невагомих на те детермінант, є неадекватною щодо ситуації, яка утворилася, то такий стан здійснює негативний вплив на успішність військової діяльності.

Знаходження на війні можна віднести саме до тієї екстремальної ситуації, коли військовий знаходиться в найсильнішому стресі психоемоційного характеру, і тут же долаючи його певними волевими зусиллями.

Все дане обходиться досить за високу ціну. Так майже в усіх хто приймав безпосередню участь в бойових діях неминуче простежуються відповідні зміни у психічному і фізичному стані. Міжнародна статистика показує, що кожен 5-ий учасник бойових за умов відсутності фізичних ушкоджень страждає нервовими психічними розладами, а з поміж тих, хто був ранений та покалічений – кожен 3-ій. Але це лише певна частина «айсберга», який безпосередньо утворюється після певних впливів екстремального змісту. Другі наслідки розпочинають безпосередньо виявлятися через декілька місяців після безпосереднього повернення до сприятливих і нормальних умов для життя. Це можуть бути різні захворювання психосоматичного характеру відносини [9, с. 279].

Головні проблеми військових, це демонстративність поведінки (50%), страх (57%), підозрілість (75,5%) та агресивність (58,5%). До їх основних властивостей поведінки можна віднести певну конфліктність в сім'ї, з колегами по роботі, родичами, зловживання наркотиками та алкоголем, спалахи гніву.

Разом з тим, відмічається [13, с.134]:

- психічна складова, при якій навіть самі не великі труднощі, втрати нашкоджують особу здійснити самогубство;
- боязкість нападу ззаду;
- особливі види агресії;
- ідентифікація себе із убитими;
- почуття провини за те, що вижив.

Для всіх учасників бойових дій характерними також є емоційна відособленість і емоційна напруженість, збільшена агресивність і дратівливість, безпричинні спалахи гніву, напади тривоги і страху. Відмічаються повторювані досить яскраві нічні кошмари і сни бойових ситуацій, певні нав'язливі спогади щодо подій психотравмуючого змісту, що супроводжуються досить важкими переживаннями, раптові емоційні сплески з «поверненням» в ситуації психотравмуючого змісту. Досить часто також присутні відповідні думки щодо самогубства, що в інших випадках завершуються реальною реалізацією відносини [15, с.182].

До другими психічними явищами, що є у ветеранів війн, є відповідний песимізм, відчуття певної занедбаності другими; недовіра до інших; неспроможність сказати щодо воєнних подій; втрата власного життєвого сенсу; невпевненість у власних силах; відчуття деякої нереальності саме того, що мало місце на війні; відчуття саме того, що загинув «ти» під час війни; відчуття нездатності здійснювати безпосередній вплив на хід подій; нездатність бути відкритим в процесі спілкування з іншими; необхідність носити із собою зброю; неприйняття ветеранами інших війн; тривожність; бажання зігнати на комусь злість за те, що був відправлений на війну, і за

все, що там відбулося; негативне ставлення до влади; ставлення до жінок тільки як до об'єкта сексуального задоволення; потреба приймати безпосередню участь в досить небезпечних «пригодах»; спроба одержати відповідь на питання, чому саме загинули твої бойові товариші, а не ти сам [16, с.156].

Всі ці прояви, які науковці назвали депресивними розладами. Виділяють наступні головні клінічні симптоми при депресивних розладах [20, с. 220]:

1. Занадто велика збудливість виявляється саме в тому, що певна особа досить пильно проводить спостереження за всім тим, що проходить навколо неї, яка саме загрожує їй небезпека. Ця небезпека не тільки екзогенна, а й ендогенна. Основна детермінанта має підґрунтя у певній боязні, що відповідні небажані враження травматичного змісту, які мають силу руйнування, прорвуться до самої свідомості. Досить часто надмірна збудливість проявляється як фізичне постійне напруження, що не дає можливість у відпочинку і розслабленні, може утворити значну чисельність проблем. Для підтримки цього високого ступеня пильності необхідна постійна увага і значні енергетичні витрати. Але, особі починає здаватися, що це і є її головна проблема і як лише цю напругу вдасться зменшити або розслабитися, все буде добре. В реальності фізичне напруження виконує захисну функцію (захищає свідомість), і не можна повністю «прибирати» психологічний захист, до тієї пори поки не знизиться загальна інтенсивність всіх переживань. В момент коли дане буде, фізичне напруження зникне саме по собі.

2. Перебільшене реагування – при самій найменшій несподіванці людина робить досить стрімкі швидкі рухи (падає на землю, коли чує звук літака, що досить низько пролітає, приймає бойову позу різко обертаючись, коли, якась інша особа наближається до неї з-за спини, здригається раптово, кидається бігти, голосно кричить).

3. Емоційне притуплення. Велика чисельність військових безпосередньо скаржаться на те, що з після травмуючих подій їм стало досить важко відчувати значну чисельність відповідних почуттів. Частково або повністю втрачена відповідна змога щодо проявів емоцій. Досить важче стає встановлювати дружні і близькі зв'язки з оточуючими, недоступними виявляються любов, радість, грайливість, творчий підйом та спонтанність.

4. Агресивність проявляється у відповідному прагненні вирішувати проблеми з застосуванням активної грубої сили. Досить часто, дане має відношення до силового фізичного впливу, але також зустрічається емоційна, психічна і вербальна агресивність. Тобто, особа є більш схильною застосовувати силовий тиск на оточуючих осіб кожного разу, коли прагне домогтися власного, навіть коли дана мета не є життєво значимою.

5. Порушення концентрації уваги і пам'яті з'являються саме тоді, коли утворюється відповідна потреба безпосередньо щось згадати або зосередитися, принаймні, за деяких умов. В певні життєві моменти концентрація може бути чудовою, але необхідно виникнути певному фактору стресу, як відповідна особа безпосередньо втрачає власну змогу у зосередженні.

6. Депресія досягає безпросвітних і найтемніших глибин відчаю особи, в ситуації коли здається, що все є марним і безглуздим. Характерною для депресії є апатія, нервові виснаження і негативне ставлення щодо життя.

7. Власне загальна тривожність проявляється як на ступені фізіологічному (спазми шлунку, ломота в спині, головний біль), так і в сфері психічній (стурбованість та постійне занепокоєння, параноїдальні явища – для прикладу, необґрунтований страх певного переслідування), а також у відповідних переживаннях емоційного змісту (невпевненість у собі, постійне відчуття страху, комплекс провини).

8. Напади люті. Велика чисельність ветеранів повідомляють, що відповідні напади вибухової люті досить часто утворюються за впливом наркотичних сильнодіючих речовин, особливо під впливом алкоголю. Але ці

напади можуть бути і без безпосереднього вживання наркотиків, тому є не вірним вважати стан алкогольного сп'яніння основною детермінантною цих явищ.

9. Зловживання лікарськими і наркотичними речовинами. В спробі знизити інтенсивність симптомів посттравматичного змісту велика чисельність ветеранів починають зловживати алкоголем, курінням і наркотичними речовинами (в меншій мірі). В цьому випадку з поміж ветеранів – жертв посттравматичного синдрому можна виділити 2 значні групи: ті, хто приймає лише лікарські препарати, що прописав лікар, і ті, хто зовсім не приймає ні наркотиків, ні ліків.

10. Непрохані спогади є найбільш вагомим симптомом, що дає безпосереднє право стверджувати щодо наявності відповідних стресових посттравматичних порушень. В пам'яті ветерана можуть досить раптово з'являтися досить моторошні сцени, що безпосередньо є пов'язаними із подією травмуючого змісту, причому такі спогади можуть з'являтися як уві сні, так і під час неспання. Наяву вони виникають у тих випадках, коли оточуюче середовище якимось нагадує те, що було під час відповідної травмуючої події: образ, запах, звук. Досить яскраві образи минулого утворюють сильний стрес і повністю обрушуються на психіку. Основна відмінність непрошених посттравматичних спогадів від звичайних спогадів це те, що для перших характерними є доволі сильні почуття страху і тривоги.

Непрохані спогади, які приходять уві сні, мають назву нічними кошмарами. У осіб, що побували на війні ці сновидіння доволі часто (але не постійно) є пов'язаними з бойовими діями. Такого роду сни бувають, досить часто, 2-ох видів: перші передають травмуючу подію з точністю відеозапису, так, як вона закарбувалося в пам'яті військового; в снах ж другого виду персонажі та обстановка можуть бути іншими, але принаймні певні із складових (ситуація, особа, відчуття) схожі до тих, що були в події травмуючого характеру. Особа прокидається від такого сну розбитою, м'язи її є напруженими, вона вся в сильному поту. Власне потіння буде саме як

реакція на сновидіння, в незалежності від того, закарбувалось воно або ні. Велика чисельність ветеранів і їх близькі стверджують, що в процесі сну особа в ліжку кидається і прокидається із затиснутими кулаками, немов хоче з кимось битися. Такі сновидіння є, напевно, самим страшним аспектом стресових посттравматичних порушень для особи, і рідко люди погоджуються про дане сказати [25, с. 368].

11. Галюцинаційні переживання є особливим видом непрошених спогадів щодо події травмуючого характеру, які відрізняється тим, що пам'ять про те, що відбулося виступає дуже яскраво, а самі події цього часу відходять на другий план і видаються менш реальнішими, чим самі спогади. В даному «галюцинаційному», стані відчуження військовий веде себе так, ніби він тільки що пройшов травмуючу подію. Військовий гадає, діє і відчуває так само, як тоді, коли йому прийшлося рятувати власне життя. Але галюцинаційні переживання не є властивими для всіх тому, що це всього на всього тільки певний вид спогадів непрошеного характеру, для котрих є характерною особлива хворобливість і яскравість. Вони досить часто з'являються під впливом речовин наркотичного характеру, а саме алкоголю, але переживання галюцинаційного змісту мають змогу виникати в особисто і в тверезому стані, а також у того, хто зовсім ніколи не вживав наркотиків.

12. Проблеми із засипанням (переривчастий сон та труднощі з засинанням). Коли особу відвідують нічні кошмари, є підстави вважати, що вона сама мимоволі протриває засипанню, і саме в даному детермінанта її безсоння: особа має страх заснути та знову побачити такий сон. Постійне недосипання призводить до крайнього нервового виснаження.

13. Виникаючі думки щодо відповідного самогубства. Коли життя представляється ветерану значно болючішим чим сама смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може бути досить привабливою. У час коли особа доходить до тієї межі відчаю, коли не видно зовсім ніяких методів виправити власне становище, військовий починає думати щодо самогубства. Велика чисельність ветеранів повідомляють, що в певний момент досягали

такої межі. Ті ж, що безпосередньо знайшли в собі життєві сили, приходять до висновку: потрібно завзятість і бажання – і з плином часу будуть більш світліші перспективи.

14. «Провина за те, що вижив». Потрібно сказати, що почуття провини через те, що вижив у досить важких випробуваннях, що вартували життя іншим, досить часто притаманне тим, хто страждає від «емоційної глухоти» (неспроможності пережити любов, радість, співчуття тощо). З часу утворення травмуючих подій велика чисельність жертв посттравматичного синдрому готові на що завгодно, лише б уникнути нагадування щодо загибелі товаришів, про трагедію. Сильне почуття провини може часом спричиняти певні напади самозневажливої поведінки.

Отже, стан тривожності у військовослужбовців може супроводжуватись як на психологічному (напруження, стурбованість, нервозність, почуття невизначеності, безсилля, незахищеності, самотності, неможливості прийняти рішення, тощо), так і фізіологічному (посилення серцебиття, зростання частоти дихання та загальної збудливості, підвищенні артеріального тиску, зниження порогів чутливості) ступенях.

Прояви депресивних розладів у військовослужбовців: велика збудливість; перебільшене реагування; емоційне притуплення; агресивність; порушення концентрації уваги та пам'яті; депресія; тривожність; напади люті; зловживання лікарськими та наркотичними речовинами; непрохані спогади; галюцинаційні переживання; проблеми із засипанням; виникаючі думки про відповідне самогубство та провина за те, що вижив.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Характеристика вибірки та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі КНП КОР «Київський обласний центр ментального здоров'я» в рамках магістерського дослідження протягом 18-22 листопада 2024 року.

В ході дослідження за період з 18 по 22 листопада 2024 року, було обстежено 40 респондентів, що були розподілені на 2 групи. Перша група становла 22-39 років (20 осіб), друга група 40-59 років (20 осіб).

Методи дослідження: клінічний метод, що включає напівструктуроване інтерв'ю (клініко-анамнестичний, клініко-пато психологічний, клініко-патогенетичний), експериментально-психологічний метод і статистичний методи.

I. Клінічний (клініко-анамнестичний, клініко-пато психологічний, клініко-патогенетичний) метод. Проводилася клінічна та психопатологічна оцінка стану, включалося спостереження, збір анамнестичних відомостей, проведення напівструктурованого інтерв'ю, заповнення реєстраційної картки).

II. Експериментально-психологічний метод був представлений наступними методиками:

1. Емпіричні: Тест на тривожність (GAD-7).

Метою застосування GAD-7 є оцінка рівня враженості різних ознак тривожного розладу у військовослужбовців.

GAD-7, це модуль Шкали IAPT, що була розроблена з метою діагностування генералізованого тривожного розладу (ГТР). GAD-7 має 7 пунктів, що показують рівень враженості різноманітних ознак GAD згідно з повідомлених категорій відповіді з присвоєними балами. Пункти GAD-7:

- 1) нервозність;
 - 2) незмога перестати турбуватися;
 - 3) надмірний рієнь занепокоєння;
 - 4) неспокій;
 - 5) труднощі щодо розслаблення;
 - 6) легке роздратування;
 - 7) страх перед чимось жахливим.
- 7 питань мають 4 варіанти відповідей:

«жодного разу» (0б),
 «кілька днів» (1б),
 «більше тижня» (2б),
 «майже щодня» (3б).

Оцінювання відбувається за загальним балом, що є сумою балів 7 пунктів. Загальна сума балів по 7 питаннях є показником шкали GAD -7 та може коливатись в рамках від 0-21 балів. Ступінь тривожності визначений за такою класифікацією:

- 1) 0-4 – мінімальний;
- 2) 5-9 – помірний;
- 3) 10-14 – середній;
- 4) 15-21 – високий.

Нормативні дані дають змогу користувачам GAD-7 здійснити визначення, чи є показник тривожності у людини за останні 2 тижні нормальним, м'яким, помірно або сильно збільшеним. GAD-7, це дійсний і ефективний інструмент з метою скринінгу на GAD і оцінки його тяжкості в клінічній практиці і дослідженнях (Додаток А).

II. Оцінка ступеня важкості депресії PHQ-9.

Метою застосування PHQ-9 – оцінка рівня вираження діагностичних критеріїв депресії відповідно до DSM-V у військовослужбовців.

Шкала депресії PHQ-9, це модуль Шкали базової психологічної оцінки IAPT (стандартизованої методики), що була розробленв Національною

службою охорони здоров'я Англії (NICE) в рамках програми «Покращення доступу до психологічних терапій» (IAPT) для того, щоб виявити психопатологічні порушення.

Скринінгова методика PHQ-9 застосовується з метою оцінки рівня вираження діагностичних критеріїв депресії відповідно до DSM-V. Шкала має 9 питань на які можна обрати 1 із 4-х відповідей:

«жодного разу»,

«кілька днів»,

«більше тижня»,

«майже щодня»

та одне питання з такими відповідями:

«зовсім не важко»,

«трохи важко»,

«дуже важко»

«надзвичайно важко».

Для кожній відповіді присвоюється бали (від 0 до 3), значення по шкалі рахується у вигляді загальної суми балів. Респондент може набрати від 0-27 балів. За чисельністю балів можна сказати щодо наявності та рівня важкості депресії. В залежності від суми балів за відповідями, у респондента може мати:

- 1) мінімальну депресію (0-4): не потребує лікувальних процедур;
- 2) легкий ступінь депресії (5-9): рекомендується спостереження і повторення діагностики;
- 3) модервану (помірну) депресію (10-14): необхідний план лікування (консультування, спостереження або фармакотерапія);
- 4) модервану середньої важкості депресію (15-19): необхідне активне лікування (фармакотерапія або психотерапія);
- 5) вкрай важку депресію (20-27): потрібна негайна психофармакотерапія.

У випадку якщо порушення є важкими або погана відповідь на терапію – пришвидшити направлення до психотерапевта для сумісного ведення (Додаток Б).

III. Статистичний метод дослідження застосовувався для визначення взаємозв'язку показників і її статистичної значущості. Статистичний аналіз був проведений з використанням пакету програм Excel.

Отже, дослідження проводилося на базі КНП КОР «Київський обласний центр ментального здоров'я» в рамках магістерського дослідження протягом 18 по 22 листопада 2024 року.

В ході дослідження за період з 18 по 22 листопада 2024 року, обстежено 40 респондентів, що були розподілені на 2 групи. Перша група становла 22-39 років (20 осіб), друга група 40-59 років (20 осіб)..

Методи дослідження: клінічний метод, що включає напівструктуроване інтерв'ю (клініко-анамнестичний, клініко-атопсихологічний, клініко-патогенетичний), експресериментально-психологічний метод Тест на тривожність (GAD-7) та оцінка ступеня важкості депресії (PHQ-9)) і статистичний методи.

2.2 Аналіз результатів дослідження

Завдяки діагностичному обстеженню за скринінговою методикою GAD-7, направленої на визначення ступеня тривожності, були одержані такі показники (Додаток В, табл.2.1-2.2, рис. 2.1).

Таблиця 2.1

Рівень тривожності (GAD-7) військовослужбовців 22-39 років, (n = 20)

Кількість балів	Рівень тривожності	%	Стать	Кількість осіб
0-4	Мінімальний	5	Ч	1
5-9	Помірний	5	Ч	1
10-14	Середній	15	Ч	3
15-21	Високий	75	Ч	15

Отже, аналіз отриманих результатів показав, що в групі (22-39 років), мінімальний рівень тривожності становить 5%, тобто 1 особа. Помірний рівень також спостерігається у 1 особи. Середній рівень у 3 осіб (15%), а високий рівень у 15 осіб (75%).

Таблиця 2.2

Рівень тривожності (GAD-7) військовослужбовців 40-59 років, (n = 20)

Кількість балів	Рівень тривожності	%	Стать	Кількість осіб
0-4	Мінімальний	20	Ч	4
5-9	Помірний	20	Ч	4
10-14	Середній	15	Ч	3
15-21	Високий	45	ч/ж	9

Отже, аналіз отриманих результатів показав, що в групі (40-59 років), мінімальний рівень тривожності становить 20%, тобто 4 особи. Помірний рівень також спостерігається у 4 осіб. Середній рівень у 3 осіб (15%), а високий рівень у 9 осіб (45%).

На рис. 2.1 зображена динаміка рівня тривожності за двома віковими групами (22-39 та 40-59 років).

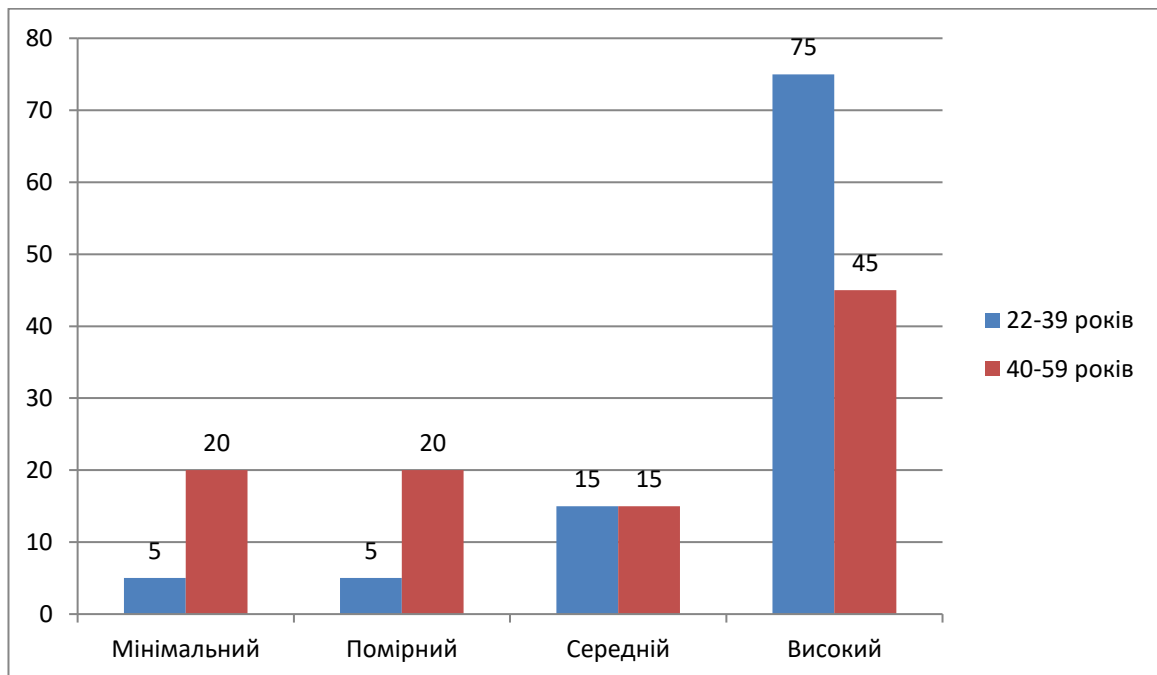


Рис. 2.1 Рівень тривожності за двома віковими групами (22-39 та 40-59 років),%

Отже, ми бачимо, що більші показники за рівнем тривожності спостерігаються у групі 22-39 років (середній вік 31,75 років). Загальний середній показник за рівнем тривожності становить 15,8, тобто високий рівень. А в групі 40-59 років (середній вік 48 років) загальний середній показник за рівнем тривожності становить 11,55, тобто середній рівень.

Завдяки психодіагностичному обстеженню за скринінговою методикою PHQ-9, направленої на визначення ступеня депресії у військовослужбовців, були одержані такі показники (Додаток В, табл. 2.3-2.4 та рис. 2.2).

Таблиця 2.3

Рівень депресії за скринінговою методикою PHQ-9 військовослужбовців 22-39 років, (n = 20)

Кількість балів	Рівень депресії	%	Стать	Кількість осіб
0-4	Мінімальна	5	ч	1
5-9	Легкий ступінь	5	ч	1
10-14	Модерована (помірна)	5	ч	1
15-19	Середньої важкості	35	ч	7
20-27	Вкрай важка	50	ч	10

Отже, аналіз отриманих результатів показав, що в групі (22-39 років), мінімальний рівень депресії становить 5%, тобто 1 особа, що не потребує лікувальних процедур. Легкий ступінь депресії також спостерігається у 1 особи, тобто рекомендується спостереження і повторення діагностики. Модерована (помірна) депресія також у 1 особи, тобто необхідний план лікування (консультування, спостереження або фармакотерапія). Середньої важкості у 7 осіб (35%), тобто необхідне активне лікування (фармакотерапія або психотерапія). Вкрай важка депресія у 10 осіб (50%), тобто потрібна негайна психофармакотерапія.

Таблиця 2.4

Рівень депресії за скринінговою методика PHQ-9 військовослужбовців 40-59 років, (n = 20)

Кількість балів	Рівень депресії	%	Стать	Кількість осіб
0-4	Мінімальна	10	ч	2
5-9	Легкий ступінь	10	ч	2
10-14	Модерована (помірна)	35	ч	7
15-19	Середньої важкості	40	ч/ж	8
20-27	Вкрай важка	5	ч	1

Отже, аналіз отриманих результатів показав, що в групі (40-59 років), мінімальний рівень депресії становить 10%, тобто 2 особи, що не потребує лікувальних процедур. Легкий ступінь депресії також спостерігається у 2 осіб, тобто рекомендується спостереження і повторення діагностики. Модерована (помірна) депресія у 7 осіб, тобто необхідний план лікування (консультування, спостереження або фармакотерапія). Середньої важкості у 8 осіб (40%), тобто необхідне активне лікування (фармакотерапія або психотерапія). Вкрай важка депресія у 1 особи (5%), тобто потрібна негайна психофармакотерапія.

На рис. 2.2 зображена динаміка рівня депресії за двома віковими групами (22-39 та 40-59 років).

Отже, ми бачимо на рис. 2.2, що більші показники за рівнем депресії спостерігаються у групі 22-39 років (середній вік 31,75 років). Загальний середній показник за рівнем депресії становить 18,5, тобто середньої важкості. А в групі 40-59 років (середній вік 48 років) загальний середній показник за рівнем тривожності становить 12,45, тобто модерована (помірна) депресія.

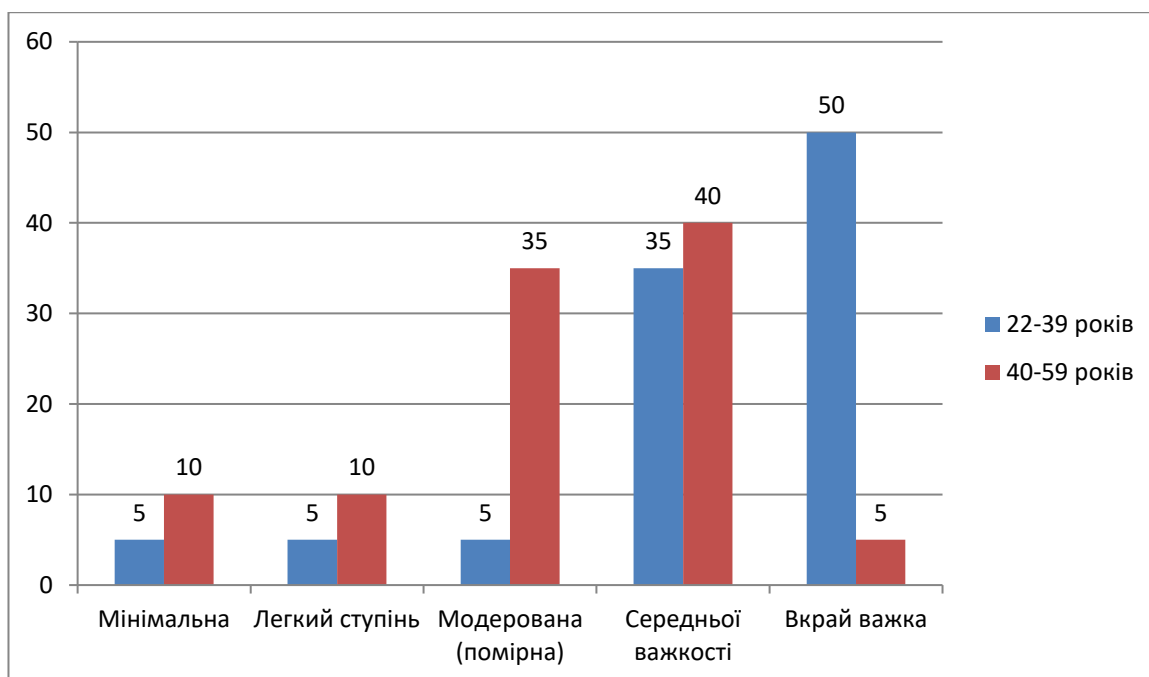


Рис. 2.2 Рівень депресії за двома віковими групами (22-39 та 40-59 років),%

Отже, з метою перевірки кореляційного зв'язку між даними за GAD-7 та PHQ-9 була використана програма MS Excel були введені дані за двома методиками в різних вікових групах (22-39 та 40-59 років) (рис. 2.3-2.4).

Столбец 1		Столбец 2	
Столбец 1	1		
Столбец 2	0,838406		1

Рис. 2.3 Корелція даних за методиками GAD-7 та PHQ-9 (22-39 років)

Отже, за розрахунками на рис.2.3 ми бачимо, що залежність між показниками становить 0,838406, це свідчить про те, що залежність між показниками результатів діагностик становить 84%.

Столбец 1		Столбец 2	
Столбец 1	1		
Столбец 2	0,831183		1

Рис. 2.4 Корелція даних за методиками GAD-7 та PHQ-9 (40-59 років)

Отже, за розрахунками на рис.2.4 ми бачимо, що залежність між показниками становить 0,831183, це свідчить про те, що залежність між показниками результатів діагностик становить 83%.

Таким чином, оцінка рівня тривожності за скринінговою методикою GAD-7 показала, що в групі 22-39 становить 15,8, тобто високий рівень. А в групі 40-59 років (середній вік 48 років) загальний середній показник за рівнем тривожності становить 11,55, тобто середній рівень.

Загальний середній показник за рівнем депресії становить 18,5, тобто середньої важкості. А в групі 40-59 років (середній вік 48 років) загальний середній показник за рівнем тривожності становить 12,45, тобто модерована (помірна) депресія.

Залежність між показниками в групі 22-39 років становить 0,838406, це свідчить про те, що залежність між показниками результатів діагностик становить 84%.

Залежність між показниками в групі 40-59 років становить 0,831183, це свідчить про те, що залежність між показниками результатів діагностик становить 83%.

Таким чином, потреба в зниженні рівня тривожності та депресії обумовлює необхідність розробки і реалізації програми психологічної корекції, спрямованої на зниження рівня тривожності та депресії військовослужбовців.

РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ

3.1 Корекційно - профілактична програма з подолання тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців

Беручи до уваги результати здійсненого дослідження була розроблена корекційно-профілактична програма з подолання тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців.

Мета корекційно-профілактичної програми – розвинути емоційну стійкість; зменшити ступінь прояву тривожного і депресивного стану; здійснити профілактику порушень емоційно-чуттєвої сфери військовослужбовців.

Згідно з метою, були сформовані такі завдання програми:

Збільшення ступеня емоційної стабільності;

Формування контролю емоційних перепадів;

Формування вмінь протистояти впливу стресу на утворення тривожності та депресії.

Низка методів та форм діяльності, що будуть застосовуватися в процесі занять: активні методи і групова форма роботи.

Обладнання: клубок ниток, піктограми, картки із зображеннями, м'яч, папір А-4, маркер, мішечок, газета, подушка, квітка з пелюстками.

Очікувані результати:

Збільшення ступеню контролю над негативними емоціями;

Зменшення ступеню тривожного та депресивного стану;

Збільшення ступеню емоційної стабільності як у повсякденному житті, так і за умов стресу;

Організація занять: програма розрахована на 8 занять по 35-40 хв. на кожне. Заняття відбуваються 2-3 рази на тиждень. Форма занять: групова.

Таблиця 3.1

Тематичний план

№	Структура заняття	Обладнання	Тривалість, хв.
1	2	3	4
1	Привітання Вправа «Знайомство» Вправа «Правила роботи» Вправа «Настрій» Вправа «Персоніфікація» Підсумки	Клубок ниток Папір А-4, маркер. М'яч.	5 5 10 10 5
2	Привітання Вправа «Мішечок» Вправа «Який я?» Вправа «Фото» Вправа «Міміка та стан людини» Підсумки	Мішечок Фотографії	5 5 5 10 5
3	Привітання Вправа «Емоції» Вправа «Подивись один на одного» Вправа «Вгадай емоцію» Вправа «Згадай свій страх» Підсумки	Картки із зображенням Картки з емоціями	5 10 10 10 5
4	Привітання Вправа «Тренажер емоцій» Вправа «Містечко емоцій» Вправа «Піктограми» Вправа «Квітка - семицвітка» Підсумки	Піктограми Піктограми Пелюстки, маркер	4 10 10 5 5
5	Привітання Вправа «Подихай як...» Вправа «Геть злість» Вправа «Зміна обличчя» Вправа «Море хвилюється» Підсумки	Газета, подушка	5 10 10 10 5
6	Привітання Вправа «Добрий струмочок» Вправа «Назад в минуле» Вправа «Уяви собі» Вправа «Навіть якщо я...» Підсумки		5 10 10 10 5
7	Привітання Вправа «Викинь втому» Приєм «Асоціація і дисоціація» Приєм «Рефреймінг» Підсумки	Аркуш А4, маркер	5 10 10 5

Продовження табл.3.1

1	2	3	4
8	Привітання	М'яч	5
	Вправа «Настрій»		10
	Вправа «Компліменти»		10
	Вправа «Я минулий, Я сучасний»		10
	Підсумки		5

Заняття №1

Привітання

Вправа «Знайомство»

Метою є надання змоги кожному учаснику представити себе.

Хід вправи. Учасники знаходяться у колі. Тренер здійснює передачу учасникам м'яча і зазначає, що з ним необхідно робити. Один із учасників здійснює крок вперед, називає своє ім'я та коло інтересів і передає м'яч наступному.

Вправа «Правила роботи»

Мета: прийняття правил роботи групи.

Хід вправи. Учасники читають інструкцію на плакаті і дізнаються щодо правил роботи в групі.

Правила роботи

1. Звертайтеся одне за ім'ям.
2. Не критикуйте.
3. Правило піднятої руки.
4. Будьте щирими.
5. Не оцінюйте одне одного.
6. Дотримуйтесь принципу «конфіденційності».
7. Дотримуйтесь запропонованих правил.

Вправа «Настрій»

Метою є формування умінь розпізнавати різні емоції.

Хід вправи: Учасники сідають в коло та передають один одному м'яч. Ведучий кидає його одному з учасників та говорить про будь-який настрій чи

емоцію. Учасник повертає м'яч та дає назву протилежного настрою. Потім після даного відбувається визначення настрою, що буде панівним в процесі всієї корекційної програми.

Вправа «Персоніфікація»

Метою є збільшення рівня самооцінки, впевненості у собі.

Хід вправи: Учасник бере на себе якості, які у нього відсутні, і намагається здійснити розіграш ситуації вже з новими особистісними характеристиками.

Підсумки

Заняття №2

Привітання. Вправа «Мішечок»

Метою є вироблення вміння здійснювати контроль своїх емоцій і дій.

Хід вправи: Необхідно обговорити з учасниками їх настрій, потім пропонується скласти всі негативні емоції в мішечок і викинути його.

Вправа «Я який?»

Метою є розвиток навичок аналізу свого емоційного стану, образу свого «Я» .

Хід вправи: Ведучий надає пропозицію учасникам здійснити висловлення свого емоційного стану, свого самопочуття, себе взагалі як особистості завдяки епітетам і порівнянням.

Вправа «Фото».

Метою є з'ясувати детермінанти утворення депресії, подолання їх, збільшення впевненості у собі.

Хід вправи: Серед фото із різними зображеннями, учасники здійснюють обирання будь-якого фото та кажуть, що вони там бачать та що це для них значить.

Вправа: «Міміка і стан людини»

Метою є розвиток довіри до інших, трансформація ендogenous стану завдяки міміці, вмінню розрізняти стан інших.

Хід вправи: Учасникам пропонується здійснити зображення ендогенного стану завдяки міміці. Інші мають вгадати, що це за емоція. Але під час гри учасники подумки або погоджуються з даною емоцією, чи здійснюють протест. Особа, що зображує, повинна обрати когось одного та відгадати думку цього учасника. Тільки після того як було відгадано, особа називає чи саме так вона вважала або ні.

Підсумки

Заняття №3

Привітання. Вправа «Емоції»

Метою є формування вмінь здійснювати невербальну передачу емоцій.

Хід вправи: Ведучий демонструє учасникам картинки із зображенням емоцій: радість, сум, подив, злість, страх, сором, цікавість.

Завданням є визначити, яке почуття зображено на картинці. Потім необхідно зобразити кожну з емоцій.

Вправа «Подивись один на одного»

Метою є формування вмінь встановлення емоційного контакту з іншими.

Хід вправи: Учасники поділяються на пари, беруться за руки. Ведучий пропонує наступне: «Дивлячись лише в очі та тримаючись за руки, спробуй мовчки здійснити передачу різних емоцій. Потім все це обговорюється, у якому випадку яка емоція передавалася та сприймалася.

Вправа «Вгадай емоції»

Метою є формування вмінь розпізнавати емоції завдяки невербальних засобів.

Хід вправи:

На столі картинкою вниз викладені схематичні зображення емоцій. Учасники по черговому беруть будь-яку картинку не показуючи її іншим.

Завданням є за схемою вгадати емоцію, настрій та зобразити її завдяки міміці, пантоміміки, голосових інтонацій. Інші – повинні відгадати, яку емоцію переживає, показує людина.

Вправа «Згадай свій страх»

Метою є навчання визначати детермінанту страху та сприймати її з позитивної сторони.

Хід вправи: Учасники стають у коло, ведучий почергово передає клубочок, пропонуючи згадати ситуації, коли вони відчували страх та перевести його в більш позитивну сторону.

Підсумки

Заняття №4

Привітання. Вправа «Тренажер емоцій»

Метою є тренування позитивних і негативних емоцій, їх порівняння.

Хід вправи: Учасникам надається пропозиція здійснити зображення різних емоцій у ролях різних предметів, тварин і людей. Далі обговорити, які емоції легше демонструвати: негативні або позитивні?

Вправа «Містечко емоцій»

Метою є збільшення уявлення особи щодо емоцій, навчати розуміти детермінанти, що призводять до того або іншого настрою.

Хід вправи: Ведучий розкладає по колу піктограми всіх відомих емоцій і каже, що сьогодні вони потрапили в містечко емоцій. «Як ви думаєте, які емоції можуть стати другом одне одному, а які назавжди будуть одні?» Після відповідей кожному учаснику пропонується подружити емоції завдяки якої-небудь історії. Той, хто швидко здійснить завдання, починає розповідати свою історію, а інші уважно слухають.

Вправа «Піктограми»

Метою є навчання розпізнавати емоційний стан (піктограми радості, подиву, страху, задоволення, злості, сорому, провини, відрази, спокою).

Хід вправи: Ведучий називає приклади з життя, що демонструють ті або інші переживання особи, пропонує обрати з великої кількості піктограм ті, що найбільше їм є відповідними, охарактеризувати відповідні міміку, жести, пози.

Вправа «Квітка – семицвітка»

Метою є формування визначення головної емоції та співвідносити її з реальністю, формування вміння працювати в команді.

Хід вправи: Кожен учасник одержує пелюсток від квітки на якій написана та емоція, яку вважає провідною в собі. Потім кожен прикріплює її до серединки, утворюючи цілісну квітку. Після даного відбувається обговорення, чому саме дана емоція та чи є вона відповідною до дійсності.

Підсумки

Заняття № 5

Привітання. Вправа «Подихай як...»

Метою є розвиток вмінь застосовувати емоції згідно з ситуацією.

Хід вправи: Ведучий просить подихати як:

- Спокійна людина
- Розлючена людина
- Перелякана людина
- Людина перед сном
- Здивована людина
- Втоплена людина.

Вправа «Геть злість»

Метою є навчання проектувати агресію з людини на певну річ, здійснювати виплеск негативних емоцій.

Хід вправи: Ведучий надає пропозицію взяти газету та зім'яти її, уявивши особу на яку злий, потім викинути. А також пропонує вдарити подушку, на місці котрої необхідно уявити ту особу, що нанесла образу.

Вправа «Зміна обличчя».

Метою є здійснення корекції негативного емоційного стану, розвиток невербальної знакової системи.

Хід вправи: Одна особа сидить на стільчику та робить сумне обличчя. Інші підходять до даного учасника доторкаються та кажуть приємні слова. Коли людина посміхнеться – інший учасник посідає її місце.

Вправа «Море хвилюється».

Метою є визначення емоційного стану та передання його невербальним методом; утворення позитивного емоційного клімату; корекція нетерплячості.

Хід вправи: Група здійснює обрання ведучого, що повертається спиною до інших та каже наступні слова: «Море хвилюється раз». На рахунок «3» учасникам необхідно завмерти в незвичайній позі. Ведучий почергово підходить до кожного учасника гри, «включає» його та намагається відгадати, кого й у якому емоційному стані він зобразив. Потім кожен гравець сам здійснює пояснення того, чого він хотів зобразити.

Підсумки.

Заняття №6.

Привітання. Вправа «Добрий струмочок»

Метою є формування емпатії, розвиток навичок підбадьорювання.

Хід вправи: Учасники стають у коло. Всі вони «квіточки», а один із них «струмочок». Кожна «квіточка» каже «струмочку» про будь-яку свою образу. «Струмочок» повинен заспокоїти її.

Вправа «Назад в минуле»

Метою є забезпечення аналізу власного минулого для того, щоб його усвідомити та активізувати механізм самозміни.

Хід вправи: Учасники почергово повертаються назад у минуле, розказують, що на їх думку стало детермінантою утворення депресії, як поводити себе рідні і інше.

Вправа «Уяви собі».

Метою є розвиток вмінь уявити емоційний стан в різноманітних умовах, змодельовати власну реакцію.

Хід вправи: Особі пропонується уявити та зобразити, як би вона злякалась, якщо б сиділа на даху. Задають питання: «Що Ви побачили?» Потім надається пропозиція уявити собі та продемонструвати, як би вона здивувалась, якби побачила ведмедя; як би вона злякалась, якби побачила

дракона. Запитання: «Кого зустрів?», «Кого проводив?», «На кого розсердився?»

Вправа «Навіть якщо я...»

Метою є ознайомлення з «трансформацією» негативу в позитив у вигляді методу реагування на неприємні ситуації.

Хід вправи: Ведучий. Давайте будемо разом навчитися створювати гарний настрій. Для даного необхідно, щоб наші думки також стали гарними, веселими. Навіть якщо сьогодні у Вас була сварка з начальником... , то - Навіть якщо я ще не можу стримуватись в деяких випадках та ситуаціях, то... - Навіть якщо мені важко заговорити з незнайомою людиною, то...

Підсумки.

Заняття №7.

Привітання Вправа «Скинь утому»

Метою є розвиток вміння управляти своїми реакціями і формування вмінь перелаштовуватись.

Хід вправи: Психолог надає наступний інструктаж: «Устань, розстав широко ноги, зігни їх трохи в колінах, зігни тіло і вільно опусти руки, розправ пальці, схили голову до грудей, відкрий рот. Злегка погойдайся в сторони, уперед, назад. А зараз різко трусни головою, руками, ногами, тілом. Ти стряхнув всю утому, ледь залишилося, повтори ще». І надалі коли ти відчуваєш, що ти не здатен адекватно реагувати на події, здійсни дану вправу.

Прийом «Асоціація і дисоціація».

Метою є усвідомлення зв'язку емоцій і дій; виявлення ймовірних методів зміни своєї реакції.

Хід вправи: Психолог надає наступний інструктаж: «Все, що є з нами в житті, збільшує нас неоцінним досвідом. З метою збереження в пам'яті приємних емоцій, черпати в них силу необхідно використати прийом - асоціація.

Згадуючи радісну подію (наприклад, мить, коли ви чогось досягли та пишалися собою), необхідно пригадати відчуття, що тоді було.

У житті відбуваються і неприємні моменти, які викликають сильні негативні емоції, інколи вибивають із колії, змушують страждати. В даних випадках особі необхідно відсторонитися, подивитися на ситуацію зі сторони, з точки зору стороннього спостерігача. У даній ситуації переживання будуть не такими гострими, і ми вже матимо змогу здійснити аналіз цієї ситуації. Даний прийом має назву дисоціація.

Тому я пропонується вам зараз згадати якусь неприємну ситуацію та використати прийом дисоціації.

Прийом «Рефреймінг»

Метою є формування вмінь подивитися на ситуацію з іншого боку, пошук позитивного, передбачення можливих реакцій.

Хід вправи: У нестандартних ситуаціях, її необхідно сприймати не як проблему, а як змогу. Тому вам необхідно пригадати неприємну ситуацію та виокремити змоги, котрі вона вам надала. Скласти з них низку та подумати над тим якби все було, якщо б дана ситуація не утворилася.

Підсумки.

Заняття № 8.

Привітання. Вправа «Настрій».

Метою є розвиток змоги до емоційного зараження.

Хід вправи: Кожен учасник називає свій настрій, а потім вже колективно обрається настрої для всієї групи.

Вправа «Компліменти».

Метою є узагальнення позитивного настрою, розвиток вмінь робити компліменти іншим.

Хід вправи: Учасники одержують написані на папірцях приємні слова, що можуть залишити собі чи подарувати комусь: Ти – весела людина. У тебе добрі очі. У тебе дуже гарна усмішка. З тобою дуже весело. Ти добра і чуйна людина. Ти сміливий. З тобою дуже цікаво.

Вправа «Я сучасний, я минулий»

Метою є здійснення порівняння емоційного стану, що був провідним раніше та який є зараз; узагальнення змін, що відбулись.

Хід вправи: Ведучий надає пропозицію кожному учаснику розказати яким був емоційний стан на початковому етапі занять та яким він став під час корекції. Також повідомити щодо змін, що вже відбулись і про те, що особа ще планує змінити.

Підсумки.

По закінченню роботи військовослужбовці разом з психологом обговорюють, що їм сподобалось в процесі проведення занять та які були труднощі.

Отже, беручи до уваги результати здійсненого дослідження була розроблена корекційно-профілактична програма з подолання тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців.

Мета корекційно-профілактичної програми – розвинути емоційну стійкість; зменшити ступінь прояву тривожного і депресивного стану; здійснити профілактику порушень емоційно-чуттєвої сфери військовослужбовців.

Організація занять: програма розрахована на 8 занять по 35-40 хвилин кожне. Заняття проводиться 2-3 рази на тиждень. Форма занять: групова.

3.2 Практичні рекомендації щодо профілактики виникнення тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців

Одержані результати дослідження дали змогу нам здійснити розробку практичних рекомендації щодо профілактики утворення тривожності та депресії у військовослужбовців за різноманітними напрямками: особистісний, когнітивний та поведінковий.

Мета особистісного напрямку – це формування наступних складових як: самооцінка, ступінь домагань, образ «Я». За формуванням самооцінки передбачається її нормалізація, яка включає в себе об'єктивне оцінювання власних змог на підставі наявних змог, адекватне сприйняття оцінювання власної персони іншими. Від даних чинників має залежність емоційний стан особи, процес взаємодії з оточуючими як в професійному, так і в особистісному оточенні. Від ступеня самооцінки має залежність і поведінки людини, при неадекватній самооцінці відбувається порушення поведінки людини взагалі. Не меншої уваги заслуговує формування ступеня домагань, що являє собою динаміку чи необхідність, які проявляються у важкості цілі, що військовий ставить перед собою. Ступінь домагань має залежність від того наскільки особа вірить у власні сили, здібності і змоги. При нормальній самооцінці та ступені домагань особа має змогу ставити перед собою мету та досягати її, вірно здійснюючи оцінку власних змог і бажань. В даній ситуації військовослужбовець може досягти успіх у професійній діяльності і знаходиться поза зоною ризику дисбалансу емоцій.

Формування образу «Я» має за ціль сходження «Я - реального» та «Я – ідеального» в єдине. Тобто, це є мотивацією особи до дій з метою досягнення поставленої цілі. Це є постійним саморозвитком військовослужбовця, задоволення його потреб, що в майбутньому знижує можливість утворення депресії завдяки адекватному сприйняттю як успіхів, так і невдач.

З метою формування вище наведених характеристик необхідно заастосовувати наступні вправи:

1) Вправа «В променях сонця».

Метою є розвиток відчуття ендогенної стійкості, гармонізації і довіри до самого себе.

Кожен член групи на протязі 2-3 хв. на аркуші паперу зображує сонце. В центрі кола учасник пише власне ім'я (можна написати займенник «Я»), а на променях – свої сильні сторони, або те, що любить, цінує і приймає в собі,

чи ті якості, що надають відчуття ендогенної впевненості та довіри до себе в різних випадках.

За бажанням учасники групи здійснюють презентацію «сонечка».

Під час обговорення вправи учасникам групи потрібно надати відповідь на питання: «Чому виконувалась ця вправа?», «Що вона нам дала?».

2) Вправа «Всесвіт».

Метою є вироблення вмінь здійснювати аналіз своєї «Я»-концепції; розвиток позитивної «Я»-концепції.

Учасникам дають аркуші для малювання. В центрі аркушу необхідно зобразити сонце і в центрі сонячного кола написати велику букву «Я». Потім від цього «Я» - центру всього всесвіту - намалювати лінії до зірок і планет: моє улюблене заняття; мій улюблений колір; моя улюблена тварина, гра, одяг, музика; мій улюблений звук, запах; мої улюблені пори року; що я більше за все на світі люблю робити; місце, де я більше всього на світі люблю бути; мій улюблений співак чи група; мої улюблені герої; я відчуваю в собі здібності до ...; людина, від якої я в захопленні більше всього на світі; краще всього я вмію; я знаю, що я зможу; я впевнений в собі, тому що...

Психолог стверджує те, що «зоряна карта» кожного показує - у всіх велику кількість змог, багато того, що робить кожного із нас унікальними, і того, що для всіх нас є загальним. Тому ми необхідні одне одному, і кожна особа може добитись в житті успіху.

3) Вправа «Мій дракон, мої недоліки».

Метою є вироблення вмінь здійснювати аналіз і виокремлювати негативні сторони своєї особистості і обирати методи боротьби з ними, збільшення ступеня домагань.

Учасникам пропонується зобразити «свого дракона» та дати йому назву в цілому та кожному голові окремо. Після здійснення завдання учасники

придумують історію про те, як вони одержать перемогу над своїми драконами.

З метою попередження утворення депресії у військовослужбовців необхідно здійснювати розвиток вмінь розуміти власні емоції і співвідносити їх із тими подіями, які є навколо. Тому, що емоції здійснюють вплив на судження особи і виходячи з даного особистість має змогу викривляти дійсність, переживання чого може здійснювати деструктивний вплив на ендогенний світ людини та призвести до утворення депресивного стану.

З метою формування вище наведених якостей необхідно застосовувати наступні вправи:

1) Вправа « Я такий як ...»

Метою є саморозкриття, поглиблення емоційного самоусвідомлення завдяки метафорам, розвиток інтересу щодо емоційних переживань.

Попросити учасників здійснити опис найбільш відповідну до їхнього характеру погоду чи назвати тваринку, з якою вони себе ідентифікують, та надати пояснення з якої причини. Основне в даній вправі, це розповідь якомога більше про себе через описання погоди чи тваринки. Можна допомагати першим учасникам у пошуку та розкритті метафор.

2) Вправа «Фантом»

Метою є усвідомлення тісного взаємозв'язку між думками, емоціями та тілесними проявами, збільшення ступеню емоційного самоусвідомлення, ознайомлення з технікою ідентифікації емоцій.

Психолог надає пропозицію учасникам почергово підійти до аркуша паперу із схематичним зображенням людського тіла та заштрихувати ділянки тіла на малюнку так: чорним кольором ті місця, що здійснюють реагування на почуття страху (наприклад, холоне в шлунку – замальовуємо область живота); синім кольором – місця, що здійснюють реагування на смуток, жовтим – на радість, червоним – на злість.

Обговорення. Які частини тіла найбільш здійснюють реагування на страх, смуток, злість, радість? Що відбувається, якщо дані емоції

повторюються часто? Де знаходиться радість, і як вона здійснює вплив на організм?

3) Вправа «Заборона на емоції»

Метою є усвідомлення відповідальності за власні почуття, розвиток готовності щодо управління емоційними реакціями.

Попросіть зголоситися та вийти у центр кола одного добровольця. Завдяки хусткам, шарфам «заблокуйте» йому послідовно всі канали сприйняття і передачі інформації: рот – щоб не сварився та не кричав (зав'яжіть хусточкою рот); очі – щоб не бачили нічого недостойного, не виказували ненависть, гнів, невдоволення, щоб не плакали (пов'яжіть хусточку на очі); вуха – щоб не чули нічого зайвого (затуліть шарфом вуха); ноги – щоб не копалися і не ходили в погані компанії (перев'яжіть хусточкою ноги); душу – щоб не страждала (пов'яжіть шарф на тулуб в ділянці серця). Після завершення такої процедури запитайте учасників: «На що спроможна така особа? Чи може вона здійснити висловлення своєї думки? Спостерігати, бачити прекрасне? Творити, обіймати, висловлювати радість? Поступово звільняйте учасника, супроводжуючи свої дії оптимістичними висловлюваннями. Наприклад: «Розв'яжемо очі, з метою того, щоб ви могли бачити прекрасне та насолоджуватися ним» тощо.

Обговорення. «Як ви себе зараз відчуваєте? Що відчували на протязі здійснення вправи?» Потім перейдіть до обговорення усією групою. Що робити з негативними емоціями? Що нас очікує, коли ми будемо стримувати емоції, тобто забороняємо собі їх виказувати? (Невисловлені емоції породжують страх і руйнують душу). Якщо пригнічувати емоції недоцільно, тоді як бути?

Відносно формування поведінкового аспекту, то тут необхідно сказати, що емоції особи здійснюють вплив на поведінку людини, тому знаходячись під дією негативних емоцій, особа має змогу чинити імпульсивно та їй важко здійснювати контроль власних дій. Тому необхідно навчитись здійснювати контроль як емоцій, так і поведінкових реакцій на них тому, що коли

військовий постійно перебуває в стані емоційного напруження, то це в свою чергу здійснює виснаження нервової системи та людина стає більш вразливою до утворення депресії.

З метою формування контролю поведінкові реакції можна застосовувати наступні вправи:

1) Вправа «Помінятися місцями».

Метою є усвідомлення взаємозв'язку емоцій з діями, виявлення стереотипних емоційних реакцій.

Учасники сідають на стільці у коло. Стільців є на один менше, чим учасників. Психолог починає вправу словами «Поміняйтесь місцями ті, хто, коли (емоція) робить (дія)....». Учасники, які мають названу ознаку, швидко встають та міняються місцями. Той, хто не встигає зайняти вільне місце, стає ведучим. Наприклад: Поміняйтесь місцями ті, хто коли злиться, гримає дверима. Поміняйтесь місцями ті, хто коли ображається, не дивиться в очі. Поміняйтесь місцями ті, хто коли радіє, готові обняти весь світ. Обговорення. Які емоційні реакції характерні для більшості з вас? Чи є взаємозв'язок між емоціями і діями? Надайте обґрунтування своєї відповіді.

2) Психологічна гра «Чарівний базар»

Метою є стимуляція щодо саморозвитку та самовдосконалення.

Умови гри: було з'ясовано, що є якості, які нам надають допомогу, і ті, які заважають. Пропонуємо здійснити обмін якостями. Для даного на великому аркуші паперу напишіть «Куплю» і поруч якості, які б хотіли купити. Приколiть даний листок на груди. На маленьких папірцях напишіть по одній якості, які б ви можете продати чи обміняти.

Тепер відправляйтесь на базар.

Пройдіться по ньому, подивіться на товар, познайомтеся, кому які якості необхідні, хто що продає.

Ви можете здійснити обмін свого товару на одну чи декілька якостей, здійснити подвійний або потрійний обмін.

Не можна просто віддавати якості та нічого не одержати взамін. Обов'язково необхідно обмінятися.

Обговорення:

- Чи було легко знайти необхідні якості та позбутися непотрібних?
- Що вдалося і що не вдалося реалізувати на «Чарівному базарі»?
- Що відчували та про, що думали, коли були продавцем та покупцем?
- Яка роль більше сподобалася?
- Які риси Ви придбати? Яких позбутися?
- Які змоги вони вам відкриють?

3) Вправа «Аукціон ідей»

Метою є формування умінь та навичок процесу ефективної взаємодії, емпатії, саморегуляції.

Учасники повинні об'єднатися у 4 групи. Кожна група придумує як можна більше методів, що нададуть допомогу справитися в складних випадках, подолати їх.

- 1 група: людина невпевнена, сором'язлива;
- 2 група: людина у стані роздратованості, гніву;
- 3 група: ображена, відчуває себе самотньою, нещасною;
- 4 група: сильно переживає, хвилюється.

Обговорення

- 1) Що ви відчували в процесі здійснення завдання?
- 2) Чому саме так ви були головним у своїй групі?
- 3) Що ви зрозуміли здійснюючи дане завдання?

Взагалі можна сказати, що з метою уникнення появи тривожного та депресивного стану необхідно здійснювати формування емоційно-чуттєвої сфери військовослужбовців.

Також необхідно зазначити додаткові корекційно-профілактичні рекомендації психологу відносно роботи з військовослужбовцями:

1. Здійснювати вправи на формування емоційно-чуттєвої сфери. А саме, на зниження ступеня агресивності, фрустрації і тривожності, збільшення ступеня вираження позитивних емоцій.

Зменшення ступеня агресивності можна досягти завдяки таким вправам як: «Півнячий бій», «Цирк», «Планети» та ін.

Сутність останньої полягає в тому, що учасникам пропонується уявити власні планети по яким вони згодом подорожуватимуть, продумати все до дрібниць, в тому числі і які люди там мешкатимуть. Їм необхідно придумати риси характеру жителів їх планети, а потім зрівняти яких рис більше позитивних чи негативних.

Ступінь тривожності можна знизити здійснивши наступні вправи: «Репетиція», «Уявне тренування».

Вправа «Уявне тренування» полягає в тому, що особі надається пропозиція продумати та уявити ситуацію, яка спричиняє тривогу. Ситуацію необхідно чітко уявити, спричинити її переживання та наперед ретельно продумати свою поведінку в ній. Також залучати військовослужбовців до командних видів діяльності, що сприятиме легшому встановленню контактів з іншими.

Дієвим засобом формування вмінь працювати в колективі, це командні види спорту, саме завдяки їм люди вчаться враховувати думку інших, працюючи на єдиний результат. Дане щогодом призводить до того, що з людини уходить скутість та вона стає більш відкритою для спілкування.

Ще одним засіб колективної роботи, це оформлення газети чи стіннівки. Завдяки цьому можна не тільки розвинути комунікативні вміння і подолати перешкоди у спілкуванні, а й дізнатись щодо оточуючих більше.

3. Чергувати монотонну і активну види діяльності, що буде сприятим балансуванню різноманітних емоцій та знизить шанси щодо утворення емоційного вигорання.

4. Разом з емоційно-чуттєвою сферою здійснювати розвиток вольової сфери. Емоційна сфера є тісно пов'язаною із вольовою, яку можна розвивати

наступними вправами: «Сніданок потрібно заробити», «Ледачі вісімки», «Скажи ні», «Складні ситуації».

Остання вправа має в собі програвання певних ситуацій в різноманітних місцях. Учасникам необхідно знайти вирішення проблеми не образивши когось, тобто необхідно стримувати свої негативні емоції, а також не давши образити себе. Приклади ситуацій можуть бути абсолютно різноманітними як попросити щось, так і відмовити у чомусь, як і розпочати розмову з неприємною для себе людиною, так і подякувати незнайомій людині. Основне завдання учасників, це проявити силу волі та здійснити завдання, навіть якщо воно є неприємним для них, тобто заглушити свій страх, тривогу.

5. Збільшувати ступінь рефлексивності і емпатії у військовослужбовців. Потрібно не тільки мати змогу щодо вирішення своїх проблем, здійснювати контроль своїх емоцій та розвивати їх, необхідно ще вміти зрозуміти емоції людей, що є поруч. Тому ступень емпатії необхідно збільшувати і дане є можливим завдяки наступних вправ: «З'єднувальна нитка», «Що ти зробиш, якщо побачиш...», «Іграшка», «Що трапилось з героєм?», «Зустріч».

У більшості з таких вправ учасникам необхідно назвати емоції, що переживають інші, уявити, що вони зробили б з метою того, щоб підтримати людину чи ж заспокоїти. Тобто надати розповідь як би вони вчинили в випадках, коли інша людина відчуває позитивні чи негативні емоції. А потім поділитись тим, які емоції в даний час вони самі переживали.

6. Здійснювати вправи на самоконтроль і саморегуляцію.

Важливим є не тільки вміння розпізнавати емоції і почуття, необхідно вміти їх ще й контролювати. Тому, що є низка ситуацій, коли прояви хвилинних емоцій в майбутньому створювали проблеми. Розвивати навички самоконтролю і саморегуляції можна здійснюючи різноманітні вправи, наприклад: «Опануй себе», «Що я даю людям і чого від них чекаю?», «Чарівний базар», «Аукціон ідей», «Спокійні та агресивні відповіді».

Вправа «Аукціон ідей» направлена на формування саморегуляції. Вона полягає в тому, що учасники діляться на 4 команди і кожна група одержує своє завдання.

Сутність якого полягає в тому, що команді необхідно знайти якомога більше методів, що допоможуть справитись в складних ситуаціях, подолати різноманітні емоційні стани. Наприклад: стан роздратованості чи гніву, стан невпевненості і сором'язливості, стан ображеності і стан сильного хвилювання.

Вправа «Спокійні та агресивні відповіді» має за ціль формування навичок самоконтролю. Її змістове наповнення складається з того, що кожному учаснику пропонується в заданій ситуації показати спокійні, впевнені і агресивні відповіді. Після того як всі здійснили поставлене завдання, йде обговорення відчуттів людини в процесі та після показу ситуації, визначаються плюси та мінуси кожної відповіді, здійснюється обирання найбільш вірних.

7. Розвивати у військовослужбовців позитивне мислення і вміння здійснювати акцентування уваги на хорошому.

Спокійне та легке ставлення щодо життєвих перипетій значною мірою відзначається на загальному стані організму людини, як на психічному, так і на фізичному. Тому велику роль має відношення людини до всього, що відбувається навколо та даному здійснює сприяння позитивне мислення в будь-якому випадку. Формуванню цього типу мислення можуть здійснювати сприяння наступні вправи: «Мій ідеальний день», «Мирний договір з минулим», «+5».

В процесі застосування вправи «+5» необхідно на кожну негативну подію знайти 5 позитивних сторін того, що відбулося. На початку дане буде важко, проте з часом дане буде відбуватися вже автоматично та змінюватиме відношення до негативу, що є в житті людини.

Методом профілактики утворення тривожності та депресії у військовослужбовців є тренінг.

Наприклад, воркшоп на тему: «Попередження утворення тривожності та депресії у військовослужбовців»

Мета:

- розвинути емоційно-чуттєву сфери військовослужбовців;
- збільшити ступінь самоконтролю і самодопомоги;
- попередити утворення депресивного стану у військовослужбовців.

Навчальні заходи: рольові ігри, дискусія, моделювання ситуацій, рефлексивні вправи, психодраматичні методи тощо.

Обладнання: папір А4, фломастери, таблички з написом, ватмани, маркери.

Форма заняття: групова.

Тривалість: 1,5 - 2 години.

Хід воркшопу

1. Знайомство.

Вправа «Що моє ім'я може сказати про мене» (5 хв.)

Учасники стають в коло, по чергово називають своє ім'я і рису характеру, яка має першу літеру співзвучну з першою літерою ім'я. Наприклад: Сергій - справедливий, Анна - амбіційна тощо.

Що ж ми познайомились, дізнались певні інформаційні дані один про одного, кожен мав можливість представити свою головну рису. А отже, перед тим як перейти до теми заняття, було запропоновано виконати завдання з метою того, щоб ви самі могли побачити яку оцінку даєте собі.

Вправа. «У променях сонця». (10 хв.)

Метою є визначення рівня відношення до себе (позитивно-негативно), пошук та затвердження своїх позитивних якостей. Кожний учасник на аркуші паперу зображує коло. У колі пише своє ім'я. Далі потрібно зобразити промені, що йдуть від цього кола. Утворюється сонце. Над кожним променем записується якість, яка надає характеристику цій людині. Вірних та невірних відповідей не може бути. Відповідь має бути відкритою та чесною. В процесі аналізу береться до уваги чіслість променів (ясне

уявлення себе) та переважання позитивних якостей (позитивне сприйняття себе).

Самодіагностика: не більше 8 - ховається, недооцінюєте себе. Від 9 до 10 - середній ступінь. 10 і більше - ви є відкритими, адекватно думаєте щодо себе, любите себе, не соромитеся себе. Більше 20 - ви перехитрили самі себе, завищений рівень самооцінки, висока завантаженість, існує ризик виснаження.

Тепер здійснимо якісний аналіз. Дослідимо самоопис: це є рольові, формально біографічні характеристики. Якщо даних характеристик більшість ви тільки сума суспільних ролей. У чому ж тоді ваша індивідуальність? Виокремьте рольові висловлювання. Все що залишилося це те, як ви себе відчуваєте. Кожен з нас глибоко індивідуальний і в кожному з нас є те, за що себе необхідно любити.

Отже, відбувається знайомство учасниками групи між собою і визначення своєї індивідуальності.

Інформаційний блок.

Інформаційний блок має в собі повідомлення теми воркшопу і обговорення очікуваних результатів.

Перед визначення проблеми і методів її вирішення, учасникам пропонується визначитись із тим, що вони очікують від заняття, від професійної діяльності та життя взагалі та що вони готові здійснити з метою того, щоб досягти своїх очікувань.

Вправа. З'ясування очікувань і потреб групи «4 сфери». (5 хв.)

Метою є надання можливості учасникам висловити свої очікування, збільшення ступеня мотивації .

Процедура: ведучий повідомляє, що люди звичайно вкладають енергію в різноманітні галузі свого життя, з яких можна умовно виокремити наступні - власне тіло, життєва діяльність, контакти з іншими людьми, фантазії. Ведучий пропонує подумати та написати, як учасники застосували б свою енергію та час, якщо змоги були б необмеженими; які бажання та очікування

мають учасники на найближчий день, тиждень, місяць, півроку, 5 років, розподіливши записи за такими 4-ма галузями:

- а) що робитиме учасник з метою фізичного напрямку особи - краси, фізичного здоров'я (тіло);
- б) з метою професійної кар'єри, позапрофесійних інтересів (діяльність);
- в) для родини, друзів (контакти);
- г) з метою творчості, майбутнього, наприклад, для міста, держави, людства (фантазії).

Потім група здійснює коротке обговорення записаних очікувань/бажань, намагаючись уявити, чи енергія розподілена рівномірно між даними 4-ма галузями, або рівновага відсутня, а превалюють очікування в певних галузях.

Отже, перевага очікувань в певній галузі життя, може здійснити утворення тривожного або депресивного стану відносно досягнень в іншій галузі, тобто відсутність рівноваги серед очікуваннями в 4-х галузях може утворювати порушення в емоційно-чуттєвій галузі життя і затруднити реалізацію даних очікувань.

Повідомлення теми воркшопу.

«Попередження щодо утворення тривоги та депресії у військовослужбовців».

Вправа. Повідомлення теми і мети воркшопу (метаплан): ведучий повідомляє групі мету воркшопу, розміщуючи на стіну ключові слова на картках «Проблеми», «Як вирішити?», «Засоби», «Методика».

Під час заняття, тут знаходяться відповіді на запитання, що зазначені на картках.

За метою даного учасники здійснюють певну вправу, допомогою у її розв'язанні є бесіда.

Вправа. Створення mind map (інтелектуальна карта): (15 хв.)

– кожна група створює свою карту «Попередження утворення тривожності та депресії» за технологією mind map (малюючи головну

проблему, здійснюючи групування і об'єднання їх, відгалужуючи від проблеми, показуючи зв'язки і т.д.);

– ведучий просить групу подумати над запитанням, які з даних проблем можна розв'язати та які для даного є ресурси.

Бесіда:

1. Як ви розумієте термін «триводність», «депресія»?
2. Якими вони можуть бути?
3. Що може спричинити тривожний та депресивний стан?
4. Як вони можуть проявлятися?
5. На діяльність яких психічних явищ вони мають вплив?
6. Яка роль попередження і подолання таких станів?

Завдяки обговоренню група визначає проблему, ймовірні шляхи її вирішення. Отже, поетапно заповнюються картки на дошці.

Корекційно - розвивальний блок.

Групою були визначені наступні методи попередження утворення тривожності та депресії як нормалізація самооцінки, перевага позитивних емоцій над негативними, зменшення ступеня тривожності, розвиток самоконтролю і самодопомоги, налагодження емоційних зв'язків з іншими.

Тому їм запропонували здійснити наступні вправи.

Техніка «Що заважає мені попіклуватися про себе» (20 хв.)

Метою є визначення ресурсів особистості; з'ясування, що заважає подолати проблеми; розвиток нормальної самооцінки і впевненості у собі.

Хід техніки:

Учасник групи здійснює опис партнерам своєї ситуації і всі її властивості, учасники здійснюють виконання ролі котрі їм надасть людина, що розповідала, а сам здійснюватиме роль того, що потребує допомоги та здійснює опис майбутніх дій, як можна було б це змінити.

Техніка «Стіна» (15хв.)

Метою є збільшення впевненості в своїх силах, зменшення тривожності, нормалізація самооцінки, збільшення ефективності вирішення проблемних питань.

Хід техніки: Круг учасників є символом ендогенних бар'єрів протагоніста, які відділяють його від значимої особи, роль якої здійснює учасник, який стоїть всередині кола, завдання протагоніста здійснити подолання бар'єрів і дістатись до значимої особи.

Техніка «Розмови за спиною» (10 хв.)

Метою є збільшення впевненості у власних силах, визнання власної неповторності.

Хід вправи: Протагоніст сидить на стільці в центрі кола із закритими очима. Учасники групи по чергово надають характеристику протагоніста враховуючи його позитивні якості.

Вправа «В магазині» (10 хв.)

Метою є визначення стратегії поведінки у конфлікті, збільшення ступеня самоконтролю, збільшення впевненості у собі.

Хід вправи:

Учасники розбиваються на продавців і покупців, і відпрацьовують будь-яку конфліктну ситуацію, яка може бути в магазині та здійснюють визначення шляхів виходу із конфліктної ситуації.

Вправа «Ми різні, однак...» (5 хв.)

Метою є: зняття напруги, підтримка взаємовідносин у колективі, збільшення самооцінки.

Хід вправи: Учасники знаходяться в колі та по черзгово кажуть «Ми різні, однак...». Наприклад, «Ми різні однак, ти мені подобаєшся своїм світобаченням».

Після здійснення технік, учасники групи виокремлюють засоби завдяки яким можна здійснити попередження утворення тривожного та депресивного стану. Отже, заповнюються всі картки, які знаходяться на дошці.

Підсумки.

Вправа « Не хочу хвалитись, але я..» (5 хв.)

Метою є розвиток усвідомлення власної неповторності, повага до самовираження інших сучасників.

Хід вправи: Учасники сидять у колі, і по чергово кажуть «Не хочу хвалитись, але я..» і закінчують фразу відповідно до того, що вони відкрили для себе нового під час заняття.

Обговорення:

- Чи відбулися зміни у чомусь для вас під час заняття?
- Чи утворювалися у вас труднощі в проєкті зжйснення завдань?
- Які б риси в собі ви хотіли б розвивати надалі?

Вправа «Незакінчене речення». (5 хв.)

Учасникам необхідно закінчити речення «Мої плани на майбутнє...».

Отже, з метою досягнення ще кращих показників необхідно проводити комплексну діяльність щодо профілактики і корекції утворення тривожних та депресивних станів у військовослужбовців. І дане зумовлює потребу у розробці і впровадженню практичних рекомендацій щодо попередження утворення і зменшення ступеня наявної тривожності і депресії у військовослужбовців. Так, особистісний напрямок направлений на діяльність із самооцінкою, ступенем домагань і образом Я. Когнітивний напрямок має за ціль формування вмінь розуміти власні емоції і співвідносити їх із дійсністю. Поведінковий напрям направлений на формування вмінь здійснювати контроль власних емоцій і вірно реагувати на події, що відбуваються в життєдіяльності людини. Отже, з метою формування досліджуваних параметрів були надані практичні рекомендації психологу відносно діяльності з військовослужбовцями в даному напрямку.

ВИСНОВКИ

Отже, депресія є складним, багатфакторним захворюванням з цілою низкою специфічних проявів та симптомів. Це захворювання внесено до міжнародних класифікаторів Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) та The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), що показує серйозність відношення світової наукової спільноти щодо захворювання і його вагомий вплив на життя сучасних людей. Є декілька класифікацій депресивних розділів, їх симптоматика складна і неоднозначна.

Що ж до тривожності то це є адекватна та природна реакція організму на стрес, що пережила людина. Передчуття чогось поганого, відчуття страху, постійні нав'язливі думки і душевний дискомфорт так можна лаконічно охарактеризувати дане явище.

Тривогою є негативно забарвлена емоція, яка виражає відчуття невизначеності, очікування негативних подій, важко визначенні передчуття.

Тривога буває 2-х типів: адаптивна чи адекватна тривожність; підвищена тривога.

Симптоми тривожного розладу: постійний страх і невпевненість; проблеми зі сном (особі часто сняться чи ввижаються страшні події, що вона вже пережила – флешбеки); втрата апетиту чи навпаки – заїдання стресу; збільшення голосу або покрикування в ситуації, яка цього абсолютно не варта; підвищений рівень емоційної нестабільності: сльози або сміх; підвищений рівень тактильної потреби: людині важко когось від себе відпускати і їй постійно хочеться обіймів; швидке серцебиття і недостатність кисню при вдиханні, перепад тиску та головні болі; запаморочення та туман в голові, сильне потовиділення.

Депресивні розлади мають низку проявів: постійне пригнічення настрою, незмога одержувати задоволення, апатія, нейровегетативні розлади, значне зменшення ступеня енергії, що виявляються за результатами

дисфункціонального порушення соціальної і професійної діяльності, надмірне відчуття провини, зменшена змога до концентрації уваги і утворення суїцидальних думок.

На сьогодні у медичній практиці застосовують 2 підходи до класифікації депресивних станів. Перший підхід має основу на Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10), що є відповідною до критеріїв ВООЗ. В американській системі здоров'я застосовують критерії, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR).

Тривожність і депресія мають різний вплив на особу в залежності від її гендеру і віку. Хоча симптоми у певній мірі є достатньо схожими, їх вплив на суспільні аспекти життя, інтенсивність перебігу хвороби і зміна фізичного стану мають різний рівень вираженості із-за даних факторів.

Частота легких і помірних симптомів депресії у розповсюджені дослідження мала динаміку посилюватися у віці. Дані висновки підтверджені зв'язком людей середнього віку з більшою розповсюдженістю депресії в похилому віці.

Жінки в 2 рази частіше мають діагноз тривожних і депресивних розладів, чим чоловіки.

Динаміка розповсюдження тривожних розладів немає великої різниці серед вікових груп, але є динаміка до зменшення розповсюдженості поміж більш старших вікових груп.

Стан тривожності у військовослужбовців може супроводжуватись як на психологічному (напруження, стурбованість, нервозність, почуття невизначеності, безсилля, незахищеності, самотності, неможливості прийняти рішення, тощо), так і фізіологічному (посилення серцебиття, зростання частоти дихання та загальної збудливості, підвищенні артеріального тиску, зниження порогів чутливості) ступенях.

Прояви депресивних розладів у військовослужбовців: велика збудливість; перебільшене реагування; емоційне притуплення; агресивність; порушення концентрації уваги та пам'яті; депресія; тривожність; напади

люті; зловживання лікарськими та наркотичними речовинами; непрохані спогади; галюцинаційні переживання; проблеми із засипанням; виникаючі думки про самогубство та провина за те, що вижив.

Дослідження проводилося на базі КНП КОР «Київський обласний центр ментального здоров'я» в рамках магістерського дослідження протягом 18 по 22 листопада 2024 року.

В ході дослідження за період з 18 по 22 листопада 2024 року, обстежено 40 респондентів, що були розподілені на 2 групи. Перша група становла 22-39 років (20 осіб), друга група 40-59 років (20 осіб)..

Методи дослідження: клінічний метод, що включає напівструктуроване інтерв'ю (клініко-анамнестичний, клініко-атопсихологічний, клініко-патогенетичний), експресериментально-психологічний метод Тест на тривожність (GAD-7) та оцінка ступеня важкості депресії PHQ-9)) і статистичний методи.

Оцінка рівня тривожності за скринінговою методикою GAD-7 показала, що в групі 22-39 становить 15,8, тобто високий рівень. А в групі 40-59 років (середній вік 48 років) загальний середній показник за рівнем тривожності становить 11,55, тобто середній рівень.

Загальний середній показник за рівнем депресії становить 18,5, тобто середньої важкості. А в групі 40-59 років (середній вік 48 років) загальний середній показник за рівнем тривожності становить 12,45, тобто модерована (помірна) депресія.

Залежність між показниками в групі 22-39 років становить 0,838406, це свідчить про те, що залежність між показниками результатів діагностик становить 84%.

Залежність між показниками в групі 40-59 років становить 0,831183, це свідчить про те, що залежність між показниками результатів діагностик становить 83%.

Таким чином, потреба в зниженні рівня тривожності та депресії обумовлює необхідність розробки і реалізації програми психологічної

корекції, спрямованої на зниження рівня тривожності та депресії військовослужбовців.

Беручи до уваги результати здійсненого дослідження була розроблена корекційно-профілактична програма з подолання тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців.

Мета корекційно-профілактичної програми – розвинути емоційну стійкість; зменшити ступінь прояву тривожного і депресивного стану; здійснити профілактику порушень емоційно-чуттєвої сфери військовослужбовців.

Організація занять: програма розрахована на 8 занять по 35-40 хвилин кожне. Заняття проводиться 2-3 рази на тиждень. Форма занять: групова.

З метою досягнення ще кращих показників необхідно проводити комплексну діяльність щодо профілактики і корекції утворення тривожних та депресивних станів у військовослужбовців. І дане зумовлює потребу у розробці і впровадженню практичних рекомендацій щодо попередження утворення і зменшення ступеня наявної тривожності і депресії у військовослужбовців. Так, особистісний напрямок направлений на діяльність із самооцінкою, ступенем домагань і образом Я. Когнітивний напрямок має за ціль формування вмінь розуміти власні емоції і співвідносити їх із дійсністю. Поведінковий напрям направлений на формування вмінь здійснювати контроль власних емоцій і вірно реагувати на події, що відбуваються в життєдіяльності людини. Отже, з метою формування досліджуваних параметрів були надані практичні рекомендації психологу відносно діяльності з військовослужбовцями в даному напрямку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун І.О. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ, 2016. 234 с.
2. Алещенко В. І. Посттравматичний стрес військовослужбовців – учасників бойових дій: психологічний аналіз. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2015. Вип. 1. С. 5-10.
3. Бабінець Л. С., Коцаба Ю. Я. Ключові аспекти ведення пацієнта з депресією у практиці сімейного лікаря (за досвідом Словенії та Хорватії) *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2020. №1. С. 46 – 51.
4. Бігун Н.І. Психологічні засоби формування особистісної захищеності щодо дії депресогенних факторів Н.І. Бігун *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка*. Психологічні науки / редкол.: А.І. Шинкарьок відп. ред. та ін. Кам'янець-Подільський: Кам'янець- Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2011. Вип.3. С. 3 – 7
5. Бортнікова О. Г. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових групах. URL: [http://www.sls.lvduvs.edu.ua/documents_pdf/arhiv/sps_1\(11\)_2021/22.pdf](http://www.sls.lvduvs.edu.ua/documents_pdf/arhiv/sps_1(11)_2021/22.pdf) (дата звернення 01.11.2024).
6. Блейлер Е. Посібник з психіатрії. Київ: Видавництво незалежної психіатричної асоціації, 2003 ,147 с.
7. Будницька О. А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючій ситуації: Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.01 / Нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Київ, 2001. 19 с.
8. Вовин Р. Я, Аксьонова І. О. Затяжні депресивні стани. Львів, 1982. 192 с.
9. Вишпольська А.О. Гендерні особливості прояву емоційної сфери людини. Політ. *Сучасні проблеми науки. Гуманітарні науки: тези доповідей*

XIX Міжнародної науково-практичної конференції молодих учених і студентів. Т. 1 (м. Київ, 1-5 квітня 2019 р.); Національний авіаційний університет. Київ: НАУ, 2019. С. 278-280.

10. Діденко Є. О. Гендерні особливості емоційного інтелекту особистості. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна".* 2016. № 12. С. 137-141.
11. Дзюбак А.В., Яремко Р.Я., Гродська В.М., Ільків Х.В. Теоретичне дослідження тривожності особистості у психологічній літературі. *Молодий вчений*, 5 (105), 2022. С. 83-86.
12. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
13. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник / Н.А. Агаєв, О.М. Кокур, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук, В.В. Ткаченко. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
14. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
15. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
16. Колесніченко О. С. Моніторинг психологічного стану військовослужбовців-учасників бойових дій, які повернулися до місць постійної дислокації. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки.* 2018. № 3(11). С. 156 – 162.
17. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник. Харків : Арсіс, 2011. 303 с.

18. Максименко С. Д. Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика. монографія. Суми: Вид-во Сум.ДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 430 с.
19. Подкоритов В.С., Ю. Ю. Чайка. Депресії сучасна терапія. Харків, Торнадо, 2003. 351 с.
20. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич– Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 400 с.
21. Пфайфер С. Депресія : Хвороба сучасності. Львів : Свічадо, 2017. 88 с.
22. Синицький В.М. Депресивні стани. Київ: Наукова думка, 1986. 272 с.
23. Стрілецька І.І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Серія Психологічні науки.* № 46. 2015. С. 266 – 272.
24. Томчук С.М., Томчук М.І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. 200 с.
25. Ягупов В. Військова психологія: підручник. Київ: ТанDEM, 2014. 656 с.
26. Яременко В., Рахманов В. Особливості емоційного стану військовослужбовців в умовах війни. Психолого-педагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців в умовах воєнного стану: *Матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції* (20 травня 2022 р., м. Київ). Київ: ДЗВО «УМО», 2022. 187 с.
27. Alexopoulos G.S., Buckwalter K., Olin J. et al. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. *Biol Psychiatry.* 2002; 52: P. 543–558.
28. Brohan E.; Gauci D.; Sartorius N.; Thornicroft G.; ; (n.d.). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: *The Gamian-Europe Study. Journal of*

affective disorders. Retrieved, June 11, 2022, URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20888050/> (дата звернення 01.11.2024).

29. Ferrari A.J., Charlson F.J., Norman R.E., Patten S.B., Freedman G., Murray C.J., Vos T., Whiteford H.A. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine* 2013; P.10.

30. Gellis, Z. D., & Kim, E. G.. Training social work students to recognize later-life depression: Is standardized patient simulation effective?. *Gerontology & geriatrics education*, 2017. 38(4), P.425-437

31. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global 57. Burden of Disease Study 2015.

32. Kendler K.S., Gardner C.O. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2014;171:P.426-435.

33. World Health Organization. Adolescent mental health. World Health Organization. Retrieved June 14, 2022, URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (дата звернення 01.11.2024).

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест на тривожність (GAD-7)

General Anxiety Disorder (Генералізований тривожний розлад 7 (GAD-7)) – це коротке опитування для оцінювання симптомів тривожності у людини протягом останніх двох тижнів, яке включає в себе 7 запитань, кожне з яких оцінює тяжкість симптомів за вказаний період згідно бальної системи: варіант відповіді «Ніколи» – 0 балів, «Кілька днів» – 1 бал, «Понад половину часу» – 2 бали, «Майже щодня» – 3 бали.

Загальна оцінка GAD-7 для семи пунктів коливається від 0 до 21 балу, де результат у 0–4 бали – без симптомів, 5–9 балів – легкі симптоми, 10–14 балів – помірні симптоми, більше 15 балів – клінічно значимі симптоми.

ПІБ _____

Вік _____. Стать _____

Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли наступні проблеми?

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

2. Нездатність впоратись із хвилюванням:

- ☐ Ніколи

- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

3. Надмірне занепокоєння з різного приводу:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

4. Нездатність розслабитися:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

5. Крайній рівень неспокою: «Місця собі не знаходжу»:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

6. Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

7. Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів

- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

Результат _____ балів

Опитувальник стану здоров'я – 9 (PHQ-9)

Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) - це стандартний інструмент для скринінгу, діагностики та моніторингу симптомів депресії. Цей опитувальник є адаптованою версією загального опитувальника PHQ, який включає в себе ряд питань для виявлення різних психічних розладів. PHQ-9 складається з 9 питань, які оцінюють ключові симптоми депресії протягом останніх двох тижнів. Кожне питання має відповіді в діапазоні від 0 до 3:

0 балів: Зовсім немає

1 бал: Декілька днів

2 бали: Більше половини днів

3 бали: Майже кожен день

Розшифровка результатів опитувальника PHQ-9 зазвичай виконується медичним фахівцем, але ось загальний огляд того, як можна інтерпретувати бали:

●0-4: Відсутність депресії або мінімальні симптоми. Зазвичай не потребує лікування, але стеження може бути корисним.

●5-9: Легка депресія. Слід консультуватися з лікарем для виявлення можливих причин симптомів та обговорення стратегії лікування.

●10-14: Середня депресія. Лікар може рекомендувати антидепресанти або психотерапію, або обидва варіанти.

●15-19: Виражена депресія. Зазвичай потребує медикаментозного лікування та психотерапії. Часто рекомендується консультація зі спеціалістом в області психічного здоров'я.

●20-27: Важка депресія. Зазвичай потребує інтенсивного медикаментозного лікування, психотерапії, а можливо, і госпіталізації.

ПІБ _____

Вік _____. Стать _____

Як часто за останні 2 тижні вас турбували такі проблеми?

1. Вам не хотілося нічого робити

- ☐ Жодного разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад тиждень
- ☐ Майже кожен день

2. У вас був поганий настрій, ви були пригнічені або відчували безвихідь

- ☐ Жодного разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад тиждень
- ☐ Майже кожен день

3. Вам було важко заснути, у вас був переривчастий сон, або ви занадто багато спали

- ☐ Жодного разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад тиждень
- ☐ Майже кожен день

4. Ви були стомлені або у вас було мало сил

- ☐ Жодного разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад тиждень
- ☐ Майже кожен день

5. У вас був поганий апетит, або, навпаки, ви об'їдалися

- ☐ Жодного разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад тиждень
- ☐ Майже кожен день

6. Ви погано про себе думали: вважали себе невдахою, або були в собі розчаровані, або вважали, що підвели свою родину

- ☐ Жодного разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад тиждень
- ☐ Майже кожен день

7. Вам було важко зосередитися (наприклад, на читанні газети або на перегляді телепередач)

- ☐ Жодного разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад тиждень
- ☐ Майже кожен день

8. Ви рухалися або говорили настільки повільно, що оточуючі це помічали, або, навпаки, ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися набагато більше, ніж звичайно

- ☐ Жодного разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад тиждень
- ☐ Майже кожен день

9. Вас відвідували думки про те, що вам краще було б померти, або про те, щоб заподіяти собі якоїсь шкоди

- ☐ Жодного разу
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад тиждень
- ☐ Майже кожен день

Результат _____ балів

Додаток В

Результати дослідження за методиками GAD-7 та PHQ-9

Група 22 - 39			
ім'я	вік	PHQ-9	GAD-7
Вадим	29	17	15
Микита	30	22	19
Олександр	31	24	16
Петров Роман	31	21	20
Стоднічук Максим	33	15	14
Віктор	34	17	14
Нікулін Олексій	35	15	19
Садошук Юрій	27	18	12
Савицький І.	37	27	20
Рибалка Олексій	23	27	20
Якименко Анатолій	33	20	16
Проценко Юрій	26	23	21
Іванчук Ростислав	39	16	21
Присяжнюк Сергій	39	22	21
Юлій	38	18	15
Ілля	24	3	3
Андрій	33	12	10
Гінчук Віктор	34	24	18
Шульга Євген	22	23	17
Анатолій	37	6	5
	31,75	18,5	15,8
		27	21

Група 40 - 59			
ім'я	вік	PHQ-9	GAD-7
Ігнатенко Валентин	40	11	11
Сергій	40	14	9
Олексій	40	16	15
Дмитро	47	1	2
Віктор	49	19	19
Олександр	50	12	7
Гамлет	58	15	18
Германчук Валерій	48	6	3
Ращенко Сергій	59	13	15
Журак Олександр	44	15	9
Віктор	49	20	18
Смірнов Володимир	41	7	4
Дяченко Віталій	52	12	16
Чудін Дмитро	51	13	18
Соколова Олена	50	15	17
Іван	49	19	13
Миколук Микола	44	17	16
Славик	41	12	11
Андрій	56	4	4
Петро	52	8	6
	48,00	12,45	11,55
		27	21