

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА ДИПЛОМНА РОБОТА

магістерський

Освітній рівень

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ
ПОРАНЕНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Назва теми

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Шифр : назва галузі знань

Спеціальність 053 «Психологія»

Шифр : назва спеціальності

Шифр 24215

номер НДП

Виконала: студентка 2 курсу, ППмз 23-2 С. Капелюшна Світлана КАПЕЛЮШНА

Підпис

Ім'я ПРІЗВИЩЕ

Керівник доктор психол. наук, проф. Роман ПОПЕЛЮШКО

Науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ім'я ПРІЗВИЩЕ

До захисту допускаю:
Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психол. наук, професор

Т. Комар
Підпис

Таїсія КОМАР

Ім'я ПРІЗВИЩЕ

01 грудня 2024 р.

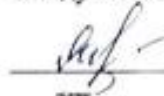
Хмельницький 2024

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
 Кафедра психології та педагогіки
 Освітній рівень Магістерський
 Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
 Спеціальність 053 Психологія
 Освітня програма Освітньо-професійна програма Психологія

педагогіки

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Завідувач кафедри психології та

 Таїсія КОМАР

протокол № 5 від 14 грудня 2023 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ ДИПЛОМНУ РОБОТУ Світлани КАПЕЛЮШНОЇ

Ім'я, ПРІЗВИЩО (обов'язково)

Тема кваліфікаційної дипломної роботи: «Особливості психоемоційних станів поранених військовослужбовців»

Керівник кваліфікаційної дипломної роботи: Роман ПОПЕЛЮШКО, доктор психол. наук, професор

Ім'я, ПРІЗВИЩО, науковий ступінь, вчений звання

Затверджено наказом ректора університету від 26 серпня 2024 р. № 60

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 10 грудня 2024 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: діагностика емоційного стану: «Шкала диференціальних емоцій (ШДЕ)» К. Ізарда, «Тип емоційної реакції на вплив стимулів» В. Бойка; діагностика психічних станів: «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)», «Експрес-діагностика невроту»; діагностика посттравматичного зростання: «Опитувальник посттравматичного зростання» розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М. Магомед-Еміновим.

4. Зміст кваліфікаційної дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1. Аналіз психологічних студій щодо вивчення емоцій та емоційних станів людини, емоційна сфера людини, нейропсихологічні аспекти емоцій, психоемоційні стани особистості, їхня характеристика, вплив кризи на психоемоційні стани комбатантів, поранення як психотравма, висновки до розділу; розділ 2. дослідження особливостей психоемоційних станів поранених військовослужбовців, аналіз результатів

емпіричного дослідження особливостей емоційних переживань поранених, аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей психічних станів поранених, дослідження рівня посттравматичного зростання у військовослужбовців, висновки до розділу 2; висновки; перелік джерел посилання.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) 10 таблиць, 7 рисунків.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної дипломної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 14 грудня 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної дипломної роботи	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 01.02. 2024 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 10.02. 2024 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної дипломної роботи.	До 20.02. 2024 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної дипломної роботи.	До 10.03. 2024 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної дипломної роботи.	До 10.04. 2024 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 10.05. 2024 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної дипломної роботи.	До 01.06. 2024 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної дипломної роботи.	09 11. 2024 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної дипломної роботи (відповідно графіку)	20 12. 2024 р.	виконано

Здобувач Світлана КАПЕЛЮШНА

Керівник роботи Роман ПОПЕЛЮШКО

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної дипломної роботи: «Особливості психоемоційних станів поранених військовослужбовців»

Здобувач **Світлана КАПЕЛЮШНА**

Керівник **Роман ПОПЕЛЮШКО**

Кваліфікаційна дипломна робота включає 66 сторінок, 10 таблиць, 7 рисунків, перелік джерел посилання складає 60 найменувань, 3 додатки.

Ключові слова: комбатанти, військовослужбовці, поранення, психоемоційні стани, психотравма, особливості проявів емоцій.

Об'єктом дослідження є психічна діяльність комбатантів, які зазнали поранення.

Предметом дослідження є психоемоційний стан поранених військовослужбовців, їхні особливості.

За результатами дослідження здійснено аналіз теоретичних та практичних досліджень психоемоційних станів поранених військовослужбовців, їхні особливості, патогенезі та динаміці, апробовано експериментально-методичний комплекс для вивчення психоемоційних станів поранених військовослужбовців, проаналізовані та узагальнені зв'язки психоемоційних станів з пораненнями військовослужбовців, розроблено рекомендації до програми покращення психоемоційних станів поранених військовослужбовців.

Одержані результати можуть бути рекомендовані для використання у професійній підготовці студентів, практичній роботі психолога, працівників Психологічної служби закладів вищої освіти, куратора академічної групи.

Дипломник



Світлана КАПЕЛЮШНА

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 10 грудня 2024 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТУДІЙ ЩОДО ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙ ТА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛЮДИНИ	9
1.1. Емоційна сфера людини. Нейропсихологічні аспекти емоцій	9
1.2. Психоемоційні стани особистості, їхня характеристика	16
1.3. Вплив кризи на психоемоційні стани комбатантів. Поранення як психотравма	25
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПОРАНЕНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	32
2.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей емоційних переживань поранених	32
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей психічних станів поранених	40
2.3. Дослідження рівня посттравматичного зростання у військовослужбовців	48
2.4. Рекомендації щодо розробки і впровадження програми покращення психоемоційних станів поранених військовослужбовців	52
Висновки до розділу 2	57
ВИСНОВКИ	62
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	67
ДОДАТКИ	75
Додаток А Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	75
Додаток Б Шкали диференціації емоцій за К. Ізардом	79
Додаток В Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory)	81

ВСТУП

Актуальність теми. Емоційне реагування є найдавнішою психічною функцією людини. Воно супроводжується вегетативно-соматичною симптоматикою і впливає на мислення і рухову діяльність. Емоції відіграють значну роль у всіх проявах діяльності людини. З психологічної точки зору людські емоції можна інтерпретувати як переживання, настрої, специфічні відчуття, афекти та почуття.

Емоційний фон багато в чому відображають загальний, цілісний підхід людини до поточної ситуації, до себе. Він пов'язаний з індивідуальними особливостями особистості. Базові, фундаментальні емоції (інтерес, радість, здивування, смуток, огида, презирство, страх, сором, провина), призводять до різних переживань і можуть взаємодіяти одна з одною, створюючи комплекси емоцій.

Серед багатьох психічних явищ психічні стани займають одне з головних місць. Питання про психічні стани має велике значення в антропології, оскільки вони визначають характер діяльності людини. Вчені виокремлюють психоемоційний стан особистості як реакцію на конкретну ситуацію.

Особливої уваги заслуговують психоемоційні стани, які виникають у кризові періоди життя людини. Поранення під час несення військової служби відносять до кризового періоду життя особи. Оскільки поточна ситуація в Україні спричиняє виникнення кризового стану у значній кількості людей, тому актуальним видається вивчення психоемоційних станів у комбатантів, які отримали поранення у ході російської збройної агресії на нашу державу.

Сучасна зарубіжна та вітчизняна психологія має значну кількість публікацій з проблем психоемоційних станів особистості. Проблема вивчення емоційних станів різнобічно представлена в українських та західних дослідженнях (М. Боришевський, Б. Вяткін, В. Ганзен, Л. Дика, Е. Ільїн, Л. Куліков, М. Левітов, С. Максименко, В. Моляко, М. Наєнко, Т. Немчин, О. Прохоров, І. Чеснокова та ін.). Теоретичними основами нашого дослідження стали роботи Ю. Олександровського, Р. Лазаруса, Г. Сельє, Л. Китаєва-Смика, Н. Наєнка, Ф. Василюка, В. Семиченко та інших.

В українській науці питання психоемоційних станів військовослужбовців розглядається, насамперед, у рамках психологічної допомоги постраждалим внаслідок кризових травматичних подій (Л. Гребінь, З. Кісарчук, Л. Царенко тощо). Останнім часом це питання набуває більшої актуальності стосовно розкриття різних аспектів психологічної роботи з військовослужбовцями загалом (О. Буковська, О. Бойко, І. Гузенко, А. Романишин), з учасниками АТО (А. Єна, М. Мушкевич, О. Тополь, а також з інвалідами військової служби (В. Могільов, Л. Царенко).

Метою дослідження є вивчення особливостей проявів психоемоційних станів у військовослужбовців, які зазнали поранення.

Об'єктом дослідження психічна діяльність комбатантів, які зазнали поранення.

Предмет дослідження. – психоемоційний стан поранених військовослужбовців, їхні особливості.

Гіпотезою представленого дослідження є припущення, що психоемоційний стан поранених військовослужбовців має особливості у порівнянні з цивільними особами, які перебувають на лікуванні.

Завдання дослідження:

1. Ознайомитися з актуальними дослідженнями, що стосуються станів особистості, зокрема психоемоційних станів.
2. Провести аналіз наукових студій стосовно зазначеної проблематики.
3. Виявити й дослідити особливості психоемоційного стану поранених комбатантів.
4. Експериментально довести відмінності переживання емоційних станів у поранених комбатантів і цивільних, які перебувають на лікуванні.

Методи дослідження. Для досягнення мети наукової розвідки використані загальні наукові методи теоретичного дослідження (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація) та методи емпіричного дослідження (спостереження, аналіз тестових методик), методи обробки (кількісні та якісні) – порівняльний аналіз емпіричного матеріалу, математичні методи обробки статистичних даних.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть використовуватись психологами під час психологічного супроводу поранених комбатантів та їх відновлення з метою корекції актуальних станів та покращення їх психоемоційного стану, а також викладачами і студентами психологічних факультетів при підготовці до навчальних занять.

Експериментальна база дослідження – Старокостянтинівський військовий госпіталь (в/ч А-1067) У дослідженні брали участь виключно чоловіки, вік досліджуваних – від 23 до 47 років.

Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилання та додатків.

РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТУДІЙ ЩОДО ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙ ТА ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЛЮДИНИ

Події, які відбуваються на території України у зв'язку з повномасштабною збройною агресією Росії, зумовлюють актуальність проблеми психоемоційних станів, психічного та фізичного здоров'я людини, емоційної безпеки в суспільстві. Тому дослідники починають звертати увагу не лише на фізичне здоров'я військовослужбовців, а й на емоції, які вони переживають під час лікування після поранення, та на їхні емоційні стани у цей період.

1.1. Емоційна сфера людини. Нейропсихологічні аспекти емоцій

Різноманітність емоційних проявів людини виявляється емоційними реакціями, емоційними процесами, почуттями, емоційними станами, відношенням і стійкими властивостями особистості. Термін «емоції» в широкому розумінні об'єднує всі ці поняття. Емоційні явища і зовнішній прояв емоцій давно стали об'єктом практичного і наукового інтересу психологів. Емоційні стани – це цілий клас емоційних явищ, які є предметом галузі психологічної науки – психології станів, а також великої галузі психологічного знання – психології емоцій. Вивчення емоційного стану як самостійного психологічного феномену можливе на стику психології емоцій і психології станів. Емоційний стан також розглядається в інженерній психології, професійній психології, психології розвитку, клінічній психології та спеціальній психології.

Емоції (емоційні явища) – це психофізіологічна сукупність процесів і станів, основною складовою яких є емоційне переживання, тобто процес суб'єктивної оцінки у формі безпосереднього переживання (радості, страху тощо) значимості ситуацій, їх зв'язок з потребами індивіда. Окрім суб'єктивного елементу, пов'язаного з переживаннями, емоції вміщують низку фізіологічних симптомів (зміни частоти серцевих скорочень, дихання, діаметра зіниць тощо), експресивні зміни (вираз обличчя, пантоміміка, голос тощо). Крім того, в результаті емоційної оцінки організм автоматично обробляє процеси підвищення або зниження готовності до дії, посилення або припинення поточної активності.

Поєднання психологічного, соматовегетативного і моторного компонентів в емоціях зумовлене тим, що лімбічна система є філогенетично стародавньою системою мозку, яка включає частини кори головного мозку (древню і стару кору – гіпокамп, поясну звивину тощо) і проміжний мозок (таламус, гіпоталамус), який має широкі зв'язки як з іншими відділами кори (неокортекс), так і з вегетативною нервовою системою.

Емоції виникли в процесі еволюції як спосіб визначення біологічної значущості зовнішніх впливів і стану організму. Перш за все це відбивається на емоційному тоні відчуттів. Наприклад, смак смачної їжі супроводжується

приємними враженнями, хворобливі відчуття неприємні. Вже на цьому рівні емоції поділяються на два полярні класи: позитивні, спричинені корисними впливами, які заохочують суб'єкта до досягнення та увічнення, і негативні, які стимулюють дії для уникнення шкідливих впливів.

Пізніше, разом з еволюційним розвитком нервової системи, емоції почали все більше диференціюватися на різні типи, кожен з яких має свої психофізіологічні особливості. У людей, крім емоцій, безпосередньо пов'язаних із фізіологічними потребами їхнього організму, так звані низькі емоції (голод, спрага, самозбереження тощо), розвиваються і займають певне місце високі емоції, пов'язані із задоволенням соціальних потреб (естетичних, моральних, інтелектуальних та ін.). Ці складні емоції виникають за участю свідомості (кори головного мозку) в результаті соціокультурних впливів, вони можуть значною мірою контролювати та гальмувати нижчі емоції. Вплив емоцій на інтелект і волю широко варіюється в залежності від інтенсивності емоційного збудження, яке виявляється в емоційних проявах.

У своєму індивідуальному розвитку (онтогенезі) людина повторює етапи еволюційного розвитку емоцій. У новонародженої дитини чітко проявляються емоції задоволення або незадоволення, пов'язані із задовольнянням його фізіологічних потреб. Наприклад, голод, біль і холод викликають у дитини невдоволення з характерними зовнішніми проявами, гримасами страждання і плачем. Коли дитина дорослішає, разом із розвитком мозку у неї поступово формується емоційна сфера з її індивідуальними особливостями, що відображають поєднання стереотипів, набутих у суспільстві, і вроджених, біологічно зумовлених особливостей. Тому почуття (і воля) багато в чому визначають характерологічні особливості індивіда, його особистості.

Емоції виконують низку функцій. До них зараховують:

- оціночну – у процесі переживання емоції оцінюють і виражають значимість предметів і ситуацій задля досягнення мети і задоволення потреби суб'єкта. Емоції є сигналом, з якого суб'єкт дізнається про значимість ситуації стосовно власних потреб;
- спонукальну – після оцінки того, що відбувається, слідує спонукування до дії. Залежно від знака оцінки (позитивний чи негативний) дія може бути спрямована або на здійснення, або на припинення;
- організуючу – здатність емоцій здійснювати цілеспрямовану діяльність;
- підкріплюючу – емоційна забарвленість є однією з умов, що визначає мимовільну увагу і запам'ятовування;
- регулюючу – минулий досвід успішного чи неуспішного виконання дій дозволяє людині визначити вибір дій у ситуації;
- синтезуючу – забезпечує можливість цілісного та структурованого відображення різних діючих подразнень;
- активаційну – емоції забезпечують оптимальний рівень діяльності ЦНС та її структур, що призводить до численних змін у стані внутрішніх

органів та організму загалом, коли відбувається мобілізація органів та енергетичних ресурсів;

- пристосувальну – забезпечення можливості ефективно пристосуватись до навколишніх умов;

- експресивну – часто емоції супроводжуються органічними змінами периферичного характеру. Завдяки виразним рухам міміки, пантоміміки людина точно сприймає та оцінює зміни в емоційному стані оточуючих. Забезпечує невербальну комунікацію[56].

Американський психолог К. Ізард виокремив десять якісно різних «базових» емоцій: цікавість – збудження, радість, гордість, смуток – страждання, злість, відраза, презирство, страх, сором, провина – каюття. Перші три класифікуються як позитивні, решта сім – як негативні. Тому в людини можуть проявлятися як позитивні, так і негативні психоемоційні стани [17].

Існує ще одна класифікація емоцій, де всі вони поділяються за впливом на фізіологічні процеси та діяльність людини. У цьому сенсі вони можуть бути стенічними і астенічними.

До стенічних зараховують радість, цікавість, гнів, які стимулюють, посилюють м'язову напругу і силу.

Астенічні емоції пригнічують, гальмують життєдіяльність особи (смуток, сором).

Також, за модальністю емоції поділяють на позитивні та негативні.

На думку К. Ізарда, кожна людина має свій емоційний склад, схильність до прояву тієї чи іншої емоції у різних ситуаціях. Емоції необхідні як для організації поведінки, заснованої на інстинктах, так і для отримання індивідуального досвіду: діючи як позитивні та негативні підкріплювачі, вони полегшують набуття корисних та уникнення некорисних моделей поведінки. Крім того, емоції забезпечують таку форму мислення та поведінкової адаптації, коли загальний досвід усього виду та набутий індивідуальний актуалізується через емоційні переживання дозволяють людині швидко приймати рішення і вживати необхідних дій у ситуації без раціонального обґрунтування їх доцільності. Таке «емоційне», «інтуїтивне» мислення має місце не тільки у нижчих тварин, але навіть у людини, незважаючи на її розвинену здатність до раціонального пізнання.

Тож, емоції – це безпосереднє ситуативне переживання події, вони мають виражений ситуативний характер. Вони є одним з головних механізмів внутрішньої регуляції психічної діяльності й поведінки людини, спрямованих на задоволення її потреб [59].

Фізіологічною основою емоцій є спільна діяльність коркових і підкіркових утворень. Емоційні стани людини знаходять відображення в електроенцефалогрими [20].

Основними структурами, відповідальними за прояви емоційних реакцій, є елементи лімбічної системи, лобові та скроневі частки. До

коркових областей лімбічної системи відносяться гіпокамп, парагіпокампова звивина, поясна звивина, гіпоталамус, мигдалеподібне тіло.

На кору великих півкуль емоційний розряд із лімбічних структур виходить генералізовано, тобто емоційне збудження – це інтегроване збудження всього мозку. Для лімбічної системи характерні численні ланцюги збудження.

Експерименти з самозбудженням емоційних центрів дозволили скласти карту мозку з позитивними (початкові зони) і негативними (стоп-зони) розташуваннями в мозку. Початкові зони зосереджені всередині і навколо гіпоталамуса, нюхової області мозку, різних відділів гіпоталамуса, барабанної перетинки і хвостатого ядра. Під час експериментів пацієнти відчували гнів, страх, дезорієнтацію і здивування при стимуляції переднього і заднього гіпоталамуса, ретикулярного ядра таламуса та деяких інших ділянок. Стимуляція передньої поверхні скроневої частки викликає відчуття страху. Негативні емоції гніву і люті виникають при стимуляції мигдалини і скроневої кори правої півкулі під впливом поясної звивини, а позитивні – при активації лобової кори лівої півкулі, на яку також впливає поясна звивина.

Перед появою емоцій у свідомості (на рівні кори головного мозку) інформація, отримана від зовнішніх рецепторів, обробляється на рівні підкірки, гіпоталамуса і гіпокампу, досягаючи поясної звивини. Система гіпоталамуса і мигдалини забезпечує реакцію організму на рівні найпростіших, основних форм поведінки [21].

Відповідно до сучасного уявлення про емоції, лімбічна система має двонаправлені зв'язки з підкірковими структурами і різними ділянками кори великих півкуль і виконує роль координатора різних систем мозку, які беруть участь у забезпеченні емоцій. Однією з основних структур лімбічної системи є гіпоталамус. Саме в гіпоталамусі ссавців виявлені ділянки, умовно названі «центрами задоволення і болю».

Активация мигдалини відбувається, коли людина чує емоційні звуки, які виражають задоволення, смуток, щастя та гнів, пригадує емоційно значущі події. Стимуляція мигдалеподібного тіла електричним струмом через імплантовані електроди викликає мімічні та поведінкові реакції, які викликають почуття гніву, страху або тривоги. При пошкодженні правої мигдалини людина втрачає здатність співати, передавати мелодійну інформацію, правильно висловлювати тонкощі думки словесним способом. Двостороннє ураження мигдалеподібного тіла порушує здатність визначати та розпізнавати мотиваційну та емоційну значущість подій, соціально-емоційні особливості поведінки інших людей, а також здатність вибирати адекватну поведінку в існуючому соціальному контексті [57].

Інші фізіологічні механізми також беруть участь у розвитку емоцій. Через вегетативну і гормональну системи відбуваються зміни з боку внутрішніх органів, які в другу чергу впливають на стан емоційного фону. Існує чіткий зв'язок між емоціями і нейрохімічними процесами, що відбуваються в структурах мозку. Вважається, що якість емоцій та їх

інтенсивність визначаються взаємовідносинами медіаторів та пептидів. Через надлишок або недолік багатьох з них виникає почуття задоволення, страху, агресії, або паніки. Один і той же медіатор, а саме гормон або біологічно активна речовина, в залежності від конкретних умов і поточного стану організму здатен сприяти утворенню різних переживань. Так, зі зростанням концентрації серотоніну в мозку настрій у людини покращується, його зменшення спричиняє стан депресії та тривоги. Дефіцит норадреналіну призводить до депресії та стану туги.

Знак емоцій (позитивний чи негативний), на думку Р. Девідсона [52] та В. Геллера [53], залежить від співвідношення активності лівої фронтальної кори (ЛФК) та правої фронтальної кори (ПФК) головного мозку. Права півкуля, більш чутлива до емоційно-негативних стимулів, а ліва – до емоційно-позитивних [47].

Отже, емоції виникають неусвідомлено, проте вони усвідомлюються в процесі їх переживання людиною.

Студіювання наукової літератури виявило, що в психології виокремлюють такі типи емоційних явищ:

емоційні реакції (власне емоції) – це безпосереднє переживання будь-якої емоції. Вони короточасні і пов'язані з ситуацією, яка їх викликала. Емоційні реакції можуть мати різний ступінь вираженості, поведінкові та фізіологічні симптоми;

почуття є результатом узагальнення ряду вищих емоційних реакцій, пов'язаних з певною ситуацією або об'єктом. Сформовані почуття стають детермінантами емоційного життя людини, визначаючи виникнення та зміст нових емоційних реакцій (наприклад, із почуття кохання може виникати захоплення об'єктом кохання, ревності тощо). Сильне домінуюче почуття називається пристрасстю;

емоційні стани набагато стійкіші та триваліші, ніж емоційні реакції. Існує чотири основні форми емоційних станів, що відрізняються силою та тривалістю: настрій, афект, стрес, фрустрація, пристрассть;

емоційні властивості – це стійкі особливості емоційної сфери особистості, своєрідність емоційного реагування, характерна для даної людини загалом протягом усього життя або значної його частини. Емоційні властивості можна оцінювати за різними параметрами, наприклад, за реактивністю і збудливістю (швидкість і сила емоційної реакції), нестійкістю («рухливість» емоцій, їх мінливість) і ригідністю (стійкість емоцій) тощо[49].

1.2. Психоемоційні стани особистості, їхня характеристика

Поведінка і діяльність людини в будь-який проміжок часу залежать від того, які саме особливості психічних процесів і психічних властивостей особистості виявляються протягом цього періоду, тобто від її психічного стану.

Психічним станом прийнято вважати загальний функціональний рівень психічної діяльності, який залежить від умов діяльності людини та її особистісних особливостей. Це наявний на даний час відносно стійкий рівень психічної діяльності, що проявляється в підвищеній або пониженій активності особистості [33].

Психічні стани можуть бути короткочасними, ситуативними і тривалими, особистісними. Всі психічні стани утворюють чотири види:

- мотиваційні (бажання, прагнення, інтереси, потяги, пристрасті).
- емоційний (тон відчуттів, емоційне реагування на явища дійсності, настрої, стрес, афект, фрустрація).
- вольові стани (ініціативність, цілеспрямованість, рішучість, наполегливість (їх класифікація пов'язана зі структурою складної вольової діяльності).
- стани різних рівнів організації свідомості (проявляються на різних рівнях уважності)[37].

Психоемоційні стани – це особлива форма психічних станів людини, в яких переважає домінуючий тип емоційного реагування. До них, здебільшого, зараховують настрої, афект, стрес, фрустрацію, пристрасть. На відміну від емоційних процесів, які важко диференціювати за часом, емоційні стани більш стійкі явища. Ще однією особливістю емоційних станів є їх переживання через різноманітні емоції. Так, настрої може бути радісним, сумним. Афект також переживається у вигляді різноманітних емоцій. Наприклад, радість у стані афекту – це нестримна радість, а страждання у стані афекту схоже на безумство. За допомогою різноманітних емоцій переживається стрес. Зазвичай, за допомогою позитивних емоцій – тріумф, захоплення, задоволення, і негативних, коли переживається дистрес. У стані фрустрації емоційне тло, як правило, негативне: агресія, гнів, лють, невдоволення тощо [28].

Настрій – переважно стійкий, тривалий, необ'єктний (тобто, не спрямований на певний об'єкт чи подію) емоційний стан людини, який на деякий час забарвлює всі її переживання, формуючи загальний емоційний фон. Настрій так чи так впливає на всі психічні процеси, що відбуваються в даний період життя людини, на загальний нервово-психічний тонус і поведінку. На відміну від почуттів, які завжди спрямовані на певний об'єкт, настрої, навіть якщо він зумовлений деякими причинами, відображає узагальнену емоційну оцінку того, що відбувається з людиною. Настрій може бути класифікований за різними критеріями. Один із найчастіше використовуваних критеріїв – це тонусність настрою, тобто його позитивність чи негативність. За цим критерієм можна виділити два основні типи: позитивний та негативний.

Позитивний настрій – стан радості, задоволення, оптимізму, ентузіазму, подяки. Негативний – це стан смутку, тривоги, роздратування, провини, страху, злості.

Проте тонуєність настрою людини не є єдиним параметром, яким можна його описати. Інший важливий параметр – це інтенсивність, тобто сила чи глибина. За цим параметром можна виділити чотири рівні настрою: слабкий, середній, сильний та екстремальний.

Настрій може бути змішаним, коли людина відчуває кілька емоцій одночасно або переходить від однієї емоції чи почуття до іншого.

Емоційний фон людини – це особливий вид настрою, що характеризується низькою інтенсивністю, тривалістю та неясною причинністю. Це те, що ви відчуваєте, коли немає яскравих емоцій і почуттів, або коли вони вже згасли. Він часто визначає загальний тон життя людини, задоволеність чи незадоволеність собою та навколишнім світом [32].

Емоційне тло може бути позитивним або негативним.

Позитивне емоційний фон – це стан спокою, гармонії, рівноваги, впевненості та комфорту.

Негативний – це стан напруги, дисгармонії, дисбалансу, невпевненості та дискомфорту.

Фон може бути і нейтральним, у цей час людина не відчуває ні позитивних, ні негативних емоцій та почуттів. Він може часто змінюватись в залежності від часу доби, пори року, життєвого циклу та інших обставин.

Настрій – це не випадкове чи довільне явище, а результат роботи та взаємодії безлічі чинників, які можна розділити на дві групи: внутрішні і зовнішні.

Внутрішні чинники обумовлені самою людиною, її біологічними та психологічними особливостями. До них зараховують:

- генетичні: визначають спадкову схильність до певних типів настрою чи реактивності;
- фізіологічні: обумовлені фізичним станом організму людини, його здоров'ям та функціонуванням різних систем;
- психологічні: обумовлені психікою людини, її особистісними рисами, цінностями, настановами, переконаннями, емоціями, почуттями тощо.

Зовнішні чинники зумовлені оточенням людини, її соціальними та культурними умовами життя. До них зараховують:

- ситуативні: обумовлені конкретними подіями чи обставинами, які у житті;
- соціальні: обумовлені спілкуванням людини з іншими людьми, її соціальним статусом, ролями та стосунками;
- культурні: пов'язані з приналежністю людини до певної культури, її цінностей, норм, традицій та звичаїв: релігія чи ідеологія, свято чи будній день, мода чи стиль тощо[8].

Афекти, або афективно-шокові реакції – гранично виражені емоційні реакції, що виникають у людини при зіткненні з екстремальними (у тому числі загрозливими для життя) ситуаціями і відрізняються великою силою, здатністю гальмувати інші психічні процеси (навіть раціональне мислення),

нав'язуючи певний, закріплений еволюцією спосіб «аварійного» подолання ситуації. У стані афекту змінюється перебіг усіх психічних процесів, змінюються фізіологічні реакції організму. Такі реакції, зазвичай, короточасні і завершуються в міру запобігання небезпеці. Виокремлюють як мінімум три варіанти такої інстинктивної поведінки, які можна означити формулою «бий, біжи чи замри» [23].

Переживання серйозної небезпеки людиною виникає в ситуаціях, які спричиняють безпосередню загрозу життю, здоров'ю та звичному устрою її життя та близьких їй осіб, наприклад під час природних та техногенних катастроф, пожеж, при нещасних випадках, бойових діях, терористичних атаках, насильстві з боку злочинців, сексуальному насильстві тощо [6].

Типові риси фізіологічного афекту зазначені Т. Сисоєвою:

- високий ступінь емоційної напруги та інтенсивність внутрішніх фізіологічних процесів;
- раптовість та несподіванка переживання;
- бурхливий прояв та інтенсивність переживання;
- зниження рівня свідомості, звуження поля сприйняття навколишнього середовища;
- глибока захопленість усієї психіки та організму загалом;
- короточасність перебігу [43].

Дослідники виокремили три етапи перебігу афекту:

- 1) початок афекту;
- 2) афективний вибух, перезбудження, що супроводжується різкими, великою силою, автоматичними, погано контрольованими діями;
- 3) спад нервової напруги, згасання афекту [4].

Варіантами афективно-шокових реакцій є:

- агресивна поведінка, спрямоване активне усунення загрози (реакція «бий»);
- психомоторне збудження, «рухова буря» (реакція «біжи»). Характеризується руховим збудженням з нецілеспрямованими, погано усвідомлюваними діями;

• руховий ступор (знерухомленість), «уявна смерть» (реакція «замри»). Випадки, коли емоції «паралізують» дії людини, необхідні для того, щоб уникнути або мінімізувати наслідки небезпеки, що загрожує їй. Будучи не в змозі впоратися з емоціями, що її охопили, людина залишається лише пасивним спостерігачем погрозових подій, що відбуваються навколо неї [12].

Стрес – емоційний стан, що раптово виникає у людини під впливом екстремальної ситуації, пов'язаної переважно з небезпекою для життя або діяльністю, що вимагає великої напруги. Стрес, передусім, виникає лише за наявності екстремальної ситуації, він не тільки дезорганізує психіку людини, а й мобілізує захисні сили організму для виходу з надзвичайної ситуації.

Стресовий стан може бути як короткочасним, так і довготривалим, який часто називають хронічним. До того ж, чим довше людина відчуває стрес, тим серйознішими будуть наслідки[12].

Стрес поділяють на фізіологічний та психоемоційний. Фізіологічний стрес проявляється внаслідок дії фізичних чинників. Наприклад, сильна втома, перенапруга, голод чи спрага.

Психоемоційний стрес виникає під дією досить сильних емоційних факторів і поділяють на інформаційний та посттравматичний. До основних причин виникнення емоційного стресу відносяться: почуття провини та образи, обману, відчуття небезпеки чи явної загрози самому собі чи близьким людям, зміна соціального статусу та умов праці (звільнення, новий колектив, підвищення на посаді), хвороба, скоєння злочину, техногенні катастрофи, бойові дії. Важливою особливістю психологічного стресу є той факт, що перші клінічні прояви серйозного психічного потрясіння виникають через деякий час після події [55].

Інформаційний стрес – виникає внаслідок надлишку інформації, перенасичення даними, які неможливо обробити та засвоїти.

Посттравматичний стрес – розвивається внаслідок пережитої психічної травми. Наприклад, внаслідок втрати близької людини, насильства тощо [27].

Стресом називають стан надмірно сильного і тривалого психологічного напруження, яке виникає в людини, коли його нервова система отримує значне емоційне навантаження. Стрес дезорганізує діяльність людини, порушує нормальний перебіг її поведінки. Поняття стресу пояснює ситуацію, що викликає потребу в адаптації організму.

Існує кілька видів стресу. Зазвичай використовуючи поняття «стрес», маємо на увазі дистрес («надзвичайний стрес») – стан, який негативно впливає на організм людини. Еустресс – так званий «корисний стрес», в результаті якого підвищується функціональний резерв організму, відбувається його адаптація[26].

В науковій літературі виокремлено три основні стадії стресу: стадія тривоги, стадія адаптації та стадія виснаження.

1. Стадія тривоги проявляється як реакція організму на подразники. У формуванні цієї реакції беруть участь гормони надниркових залоз (адреналін і норадреналін), імунна та травна системи. Проблеми із травленням та зростання простудних захворювань можна уникнути, якщо є можливість швидко вирішити ситуацію або виявити природну реакцію (наприклад, фізичну активність).

2. Стадія адаптації передбачає збалансовану витрату резервів організму. У цій стадії стресу продовжується функціонування та мобілізація захисних систем організму, зникають психологічні прояви стресу, такі як тривога, агресія.

3. Стадія виснаження. На цій стадії розвиваються соматичні захворювання, з'являються психологічні розлади. Якщо стрес триває, він може спровокувати розвиток серйозного захворювання [47].

Фрустрація – це психологічний стан, що виникає у людини, коли вона не може задовольнити свої потреби або бажання внаслідок наявності перешкод. Слово «фрустрація» означає розчарування, невдачу чи провал. У сучасній мові це поняття використовується для позначення почуття розчарування, тривоги чи безсилля, яке виникає у людини, коли вона не може досягти бажаної мети або задовольнити свої потреби. Людина може відчувати фрустрацію короткочасно, і протягом тривалого часу [29].

Для фрустрованого стану характерні такі прояви:

- необґрунтована агресія;
- апатичність;
- гіперактивність;
- негативне сприйняття оточення;
- зацикленість на проблемі;
- замкнутість;
- погіршення самопочуття;
- порушення сну;
- нервові рухи тіла (наприклад, постійне постукування пальцями);
- відчуття тривоги та занепокоєння [41].

Індивід, який знаходиться у стані психічної фрустрації, називається фрустрантом. Об'єкт, що викликає психоемоційний стан – фрустратор.

Фрустрація може бути викликана внутрішніми або зовнішніми факторами, такими як обмеження зовнішнього середовища, особисті невдачі, конфлікти тощо. У роботах американського психолога Саула Розенцвейга виокремлено три типи причин фрустрації: труднощі, втрати, конфлікти [36].

Труднощі. До цієї категорії належать засоби, необхідні для досягнення мети. Вони можуть бути внутрішніми чи зовнішніми. Наприклад, людина хоче заробляти більше грошей. Але отримати бажане неможливо, оскільки немає вигідних пропозицій (зовнішні) або тому, що не впевнена у власних силах (внутрішні).

Втрата. Також класифікується на зовнішню та внутрішню. До першої відносяться втрата житла, розставання з коханим, загибель значимої людини. До внутрішніх – втрата статусу, погіршення відносин із родичами тощо.

Конфлікт. Зовнішня конфліктна ситуація може бути пов'язана зі спробою забрати з сім'ї чоловіка/дружину, внутрішня – неможливість радіти покупці через відчуття сорому перед тими, хто не має такої можливості [30].

Фрустраційні реакції можуть проявлятися по-різному, вони реалізуються через:

- агресію – вияв гніву та роздратування у відповідь на неприємності чи перешкоди;
- регресію – повернення до більш примітивних способів поведінки, які були властиві людині у більш ранньому віці;
- фіксацію – зациклювання на проблемі та неможливість рухатися далі;

- заміщення – заміна незадоволених потреб іншими, менш значущими для особи;
- відхід від внутрішнього бар'єру – відмова від досягнення мети чи пошуку альтернативного шляху, уникнення ситуацій, які можуть спричинити фрустрацію;
- конструктивну реакцію – пошук альтернативних способів вирішення проблеми, посилення зусиль задля досягнення мети, перегляд своїх цінностей та очікувань, щоб пристосуватися до нових умов[24].

Загалом, фрустрація може мати позитивний вплив у деяких ситуаціях. Вона здійснює:

- стимулювання до дії: фрустрація може стимулювати людину до дії, пошуку нових рішень і підходів до вирішення проблеми;
- поліпшення мотивації: фрустрація може посилити мотивацію людини для досягнення своїх цілей, оскільки невдача може спонукати її до більш ретельного і ретельного підходу до роботи;
- розвиток терплячості: певний рівень фрустрації може допомогти людині розвинути терпіння та вміння опановувати себе у складних ситуаціях;
- поліпшення креативності: фрустрація може стимулювати креативність та уяву, оскільки людина шукатиме нові шляхи досягнення цілей;
- підвищення рівня впевненості: якщо людина справляється з фрустрацією і досягає своєї мети, це може посилити її впевненість у собі та своїх здібностях[42].

Особливою формою емоційного переживання є *пристрасть*. Пристрастю називають сильне, стійке, всеохоплююче почуття, що визначає напрямок думок та вчинків людини. Пристрасть, зазвичай, вибіркова і предметна. По інтенсивності емоційного впливу пристрасть наближається до афекту, а по тривалості і стійкості нагадує настрій. Пристрасть відрізняється від афекту за іншими характеристиками – вона більш тривала, потужна і стійка, значно впливає на свідомість, думки й дії особи. Причини виникнення пристрасті різноманітні, вони можуть визначатися усвідомленими переконаннями, можуть виходити з тілесних потягів або мати патологічне походження. У будь-якому разі, пристрасть пов'язана з потребами та іншими властивостями особистості [46].

Отже, особа може знаходитись під впливом п'яти психоемоційних станів.

1.3. Вплив кризи на психоемоційні стани комбатантів. Поранення як психотравма

Аналізуючи емпіричні події в житті людини, які можуть призвести до кризи, кризового стану особистості, багато досліджень розглядають його через поняття травми, стресу та посттравматичного стресового розладу. Теоретично життєві події кваліфікуються як кризові події, якщо вони становлять потенційну або реальну загрозу задоволенню базових потреб, і водночас стикають людину з проблемою, яку вона не може уникнути і не може вирішити в короткий термін і звичайним способом [35].

Наразі на території України відбувається збройна агресія, тож, комбатанти (громадяни країни, які проходять службу в її Збройних силах) знаходяться в екстремальних, кризових умовах, коли рівень відповідальності дуже високий, коли є постійна загроза їхньому життю. Перебування в зоні бойових дій – це екстремальна ситуація, коли військовослужбовці постійно відчувають найсильніше психоемоційне напруження, для подолання якого використовують надмірну силу волі. Надзвичайні або екстремальні ситуації здійснюють значний вплив на психіку людини, викликають у неї травматичний стрес. Травматичний стрес – це стан, що виникає у особи, яка пережила подію, яка виходить за межі звичайного людського досвіду; психічний стрес високої інтенсивності, що супроводжується відчуттям сильного страху, жаху та безпорадності. Стресовим фактором є травматичні події – екстремальні кризові ситуації, що мають потужні негативні наслідки; ситуації, що загрожують життю, порушують почуття безпеки особистості.

Психологи виокремлюють чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес (В. Г. Ромек) [27]: 1) подія, що сталася, усвідомлюється, тобто людина знає, що з нею сталося і через що в неї погіршився психологічний стан; 2) цей стан зумовлений зовнішніми причинами; 3) пережите руйнує звичний спосіб життя; 4) подія, що сталася, викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля щось зробити або вжити заходів. Тобто, війна сама по собі, ведення бойових дій та участь у них розглядаємо як травматичну кризову ситуацію для особи. Якщо комбатант зазнав поранення, то має місце ще одна кризова ситуація, яка посилює попередню. Поранення на війні – це негативна кризова ситуація або подія, яка впливає на все подальше життя військовослужбовця [5].

Психологічні студії виокремлюють чотири етапи кризи: 1) початкове зростання напруги, що стимулює нормальні методи вирішення проблем; 2) подальше підвищення напруги в умовах, коли застосовані методи неефективні; 3) ще більше зростання напруги, що вимагає мобілізації зовнішніх і внутрішніх ресурсів; 4) якщо виявляється, що попередні дії були неефективними, настає четверта стадія, яка характеризується наростанням тривоги та депресії, відчуттям безпорадності та безнадійності, дезорганізацією особистості. Криза може закінчитися на будь-якій стадії, якщо загроза зникне або буде знайдено вихід [9].

Криза, або кризовий стан – це стан емоційно-поведінкового реагування в ситуації кризи, що полягає в загальній дезорганізації особистості та порушенні емоційного балансу, що настають під впливом зовнішньої загрози чи перешкод у звичному перебігу життя [15]. Кризовий стан виникає у відповідь на суб'єктивно значущу для людини психотравмуючу ситуацію, яка вже відбулася, відбувається чи існує загроза її розгортання.

У виникненні кризових станів беруть участь декілька груп факторів, а саме:

1. Наявність стресорів. При цьому стресор – це не об'єктивно небезпечна ситуація, а ситуація, яка оцінюється особою як загрозна, що означає наявність елемента діяльності (активності) суб'єкта кризової ситуації.

2. Обмежене або спотворене сприйняття, яке майже завжди присутнє в незнайомих ситуаціях. Наслідком такого сприйняття може бути відчуття власної неповноцінності, почуття провини за відсутності реальних підстав, параноїдалне сприйняття дійсності (в межах однієї, провідної ідеї), відчуття безнадії тощо.

3. Відмова від адаптивних механізмів, які зазвичай використовує людина для вирішення проблем, що виникають у повсякденному житті. По-перше, кризові ситуації не мають аналогів в досвіді, а по-друге, стереотипність мислення людини, переважно не дозволяє їй ефективно і в найкоротші терміни скорегувати раніше використовувані адаптивні механізми.

4. Відсутність або відмова від системи підтримки близьких, що посилює відчуття самотності та ізоляції людини, яка опинилася в кризовій ситуації [19].

Кризовий психічний стан можна визначити за такими ознаками у поведінці людини [1]:

1. Фізіологічні: проблеми зі сном, втрата апетиту, апатія. Поява залежностей.

2. Когнітивні: Зниження розумової працездатності. Погіршення пам'яті. Проблеми з висловленням власних думок чи осмисленням чужої мови. Погіршення концентрації уваги. Порушується сприйняття часу.

3. Емоційні: Пригнічений чи пригнічений настрій та соціальна дезадаптація (неможливість адекватно взаємодіяти з оточуючими. Емоційна відстороненість від світу. Стан самотності. Відчуження). Песимістичне ставлення до майбутнього, втрата сенсу життя. Відчуття безвиході, безнадійності, розпачу. Втрата почуття безпеки. Постійна тривожність, плач. Дискомфорт від усього, що відбувається навколо. Жалість до себе. Постійне звернення до минулого та спогадів про той час, коли було добре та чудово. Поява комплексу неповноцінності («не цінують»). Порівняння себе з друзями та знайомими, які досягли успіху. Почуття провини за якусь поведінку/вчинок, що доходить до докорів сумління, самопокарання.

Аутоагресивний настрій (наявність деструктивних копінг стратегій, бажання припинити переживання та страждання, роздуми про суїцид) [59].

4. Поведінкові: небажання самореалізовуватись (різке зниження бажання виявляти себе в соціумі та творчо самовиражатися. Втрата інтересу до будь-яких занять. Втрата задоволеності від того, що тішило раніше. Нудьга, апатія). Різкі зміни у зовнішності та поведінці. Регулярний збуджений або агресивний стан. Бажання все кинути та виїхати на край світу[2].

Ситуація труднощів, з якими стикається людина через відсутність у неї відповідних ситуації форм поведінки, є стимулом для прояву її діяльності. Таким чином, спосіб поведінки людини в кризовій ситуації пов'язаний як мінімум з такими моментами: ступенем сприйняття зовнішніх вимог – ступенем мотивації до задоволення цих вимог. Незалежно від визначення змісту кризових ситуацій, дослідники сходяться на думці, що існує два основних варіанти виходу людини з кризи. Перший (конструктивний) пов'язаний з підвищенням адаптаційних можливостей особистості, яка в результаті активної взаємодії з кризою набула нового життєвого досвіду, що зробило її більш зрілою. Сьогодні досліджень, що розглядають особливості суб'єктів, що використовують цей варіант поведінки, дуже мало [48]. Як правило, є характеристики, які унеможливають вибір такого типу поведінки. Другий (деструктивний) варіант поведінки розвивається, коли вихід із кризи не знайдено, що затягує депресивний стан і штовхає особу до виходу із ситуації.

До проявів деструктивної поведінки людини в цих умовах віднести наступне: девіантну поведінку; асоціальну поведінку; нервово-психічні розлади; психосоматичні розлади; суїцидальну поведінку [11].

Військовослужбовці, які зазнали поранень, зазвичай демонструють прояви дезадаптації. Дослідники поділяють думку, що дезадаптація значною мірою пов'язана з індивідуальним досвідом посттравматичного стресового розладу, прояви якого свідчать про те, що військовослужбовці переживали надзвичайно сильний бойовий стрес. Це викликало як внутрішню, так і зовнішню дисгармонізацію у взаємодії особистості [7].

Поведінкові розлади у поранених комбатантів зазвичай не виявляються в ранньому післяопераційному періоді, коли найважливішим є боротьба з інфекцією, підтримання метаболічного балансу та лікування інших ушкоджень. Крім того, нещодавно поранені бійці в ейфорії та щасливі, що вижили [60].

Найпоширенішими формами емоційного стресу у людей із втратою кінцівок є тривога та депресія. Ці захворювання проявляються відчуттям напруги, розладами сну, соматичними скаргами, фобіями (страх впасти або пошкодитись). Крім того, спостерігаються типові прояви дратівливості, ворожості, спалахи гніву, агресії, почуття безглуздості. Якщо травма пов'язана з досвідом смерті або каліцтва інших людей, ступінь емоційного

стресу може бути особливо високим [3]. Дуже ймовірний розвиток посттравматичного стресового розладу.

Науковці вважають, що такі психотравмуючі чинники, як втрата кінцівки та участь у бойових діях, у той момент взаємно обтяжують дію на пораненого бійця, що подвоює негативний психологічний вплив втрати і наслідки [50].

Проте, дослідження доводять, що наявність надійної соціальної підтримки, особливо від сім'ї, має значний позитивний вплив на процес адаптації після втрати кінцівки [51].

Військові по-різному реагують на зміни зовнішнього вигляду внаслідок бойових поранень. Багато з них в тій чи іншій мірі пригнічені і стурбовані наявністю шрамів або опіків. У результаті цього виникає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [45]. Депресія може розвинути в будь-який час, як на початку травми, так і через тижні чи місяці. Початок депресії пов'язується з усвідомленням того, що власний зовнішній вигляд комбатанта змінився. Важка депресія виявляється через почуття безнадії, суїцидальними думками, безсонням, апатією тощо [22].

Дослідження реакцій військовослужбовців, зовнішність яких змінилась унаслідок участі в бойових діях, показали наявність страху від негативної оцінки з боку інших людей, через змінений або незвичайний зовнішній вигляд, що підвищує ризик соціальної тривожності і, як наслідок, соціального уникнення, ізоляції з метою приховати шрами чи протези [54].

Наслідки втрати зору на емоційному рівні проявляються у вигляді усвідомленого або неусвідомленого постійного занепокоєння, підвищеної дратівливості, нездатності зосередитися. Неминуче виникає відчуття втрати контролю над ситуацією та власною поведінкою, що викликає відчуття безпорадності, провини чи безнадії, страху, паніки та депресії [58].

Отже, участь у збройному конфлікті та отримане поранення є потужним кризовим фактором, що призводить до різнопланових функціональних порушень організму, в тому числі й психологічних, зокрема виявляється в деструктивних психоемоційних станах.

Висновки до розділу 1

Емоції виникли в процесі еволюції як спосіб визначення біологічної значущості зовнішніх впливів і стану організму. Вони вміщують низку фізіологічних проявів в організмі людини, експресивні зміни та суб'єктивне ставлення. У результаті емоційної оцінки організм автоматично обробляє процеси підвищення або зниження готовності до дії, посилення або припинення поточної активності.

До функцій емоцій відносять: оціночну, організуючу, спонукальну, підкріплюючу, синтезуючу, регулюючу, активаційну, пристосувальну, експресивну.

Фізіологічною основою емоцій є спільна діяльність коркових і підкіркових утворень. Основними структурами, відповідальними за прояви емоційних реакцій, є елементи лімбічної системи.

Різноманітність емоційних проявів людини виявляється емоційними реакціями, емоційними процесами, почуттями, емоційними станами, відношенням і стійкими властивостями особистості.

Психоемоційні стани – це особлива форма психічних станів людини, в яких переважає домінуючий тип емоційного реагування. До них, здебільшого, зараховують настрій, афект, стрес, фрустрацію, пристрасть.

Війна та участь у бойових діях розглядаємо як травматичну кризову ситуацію для особи. Якщо комбатант зазнав поранення, то має місце ще одна кризова ситуація, яка посилює попередню. Зазвичай подібні кризові ситуації, що настають під впливом зовнішньої загрози чи перешкод у звичному перебігу життя, спричиняють негативні психоемоційні стани у особи, такі як кризовий стан, що означає емоційно-поведінкове реагування, який виявляється через загальну дезорганізацію особистості та порушенні емоційного балансу, афективні розлади, фрустрованість, наявність емоційного стресу, ПТСР, поганий настрій тощо.

РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ПОРАНЕНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей емоційних переживань поранених

Теоретичне узагальнення даних дозволило констатувати, що емоційні реакції можна розглядати як один із факторів психічного стану особистості, що детерміновано різними життєвими ситуаціями. Емпірична перевірка гіпотези передбачає дослідження та порівняння психоемоційних станів та типів реагування військових, що мають поранення та знаходяться на лікуванні (експериментальна група у кількості 35 осіб) та осіб, що мають операційне втручання різного характеру, але не мають військового досвіду (контрольна група у кількості 35 осіб). Експериментальна та контрольна група складалась виключно із чоловіків, вік досліджуваних – від 23 до 47 років. Діагностика проводилась на базі Старокостянтинівський військовий госпіталь (в/ч А-1067) протягом травня-жовтня 2024 року.

Дослідження здійснювалось за допомогою наступних методик:

1. Діагностика емоційного стану: «Шкала диференціальних емоцій (ШДЕ)» К. Ізарда[17], «Тип емоційної реакції на вплив стимулів» В.В. Бойка;
2. Діагностика психічних станів: «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)» [16], «Експрес-діагностика невроту» [19];
3. Діагностика посттравматичного зростання: «Опитувальник посттравматичного зростання» розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М.Ш. Магомед-Еміновим[16].

При визначенні емоційної сфери особи в умовах поранення або соматичного захворювання необхідно враховувати також зміни об'єктивного стану пацієнта, можливості та перспективи відновлення, життєві обставини, в які пацієнти потрапляють у зв'язку з хворобою, наявність або відсутність турботи рідних. Значення цих детальних обставин має суб'єктивний індивідуально-неповторних характер, що може відобразитись і на результатах діагностики психоемоційних станів. Тому отримані дані містять суб'єктивні значення та носять індивідуальний характер, через це не можуть бути перенесені із вибірки на генеральну сукупність.

«Шкала диференціальних емоцій (ШДЕ)» К. Ізарда використовується для діагностики домінуючого емоційного стану, це методика самозвіту, яка створена для оцінки виразу індивідом фундаментальних емоцій або їхніх компонентів. Тестовий матеріал представляє собою набір емоційних термінів, які згруповані навколо основних емоцій, які К. Ізард [17]

інтерпретував як основні: інтерес, радість, подив, горе, гнів, відраза, презирство, сором, страх і провина.

На думку автора будь-яка емоція – це завжди складне відчуття, що складається із декількох базових проявів, при цьому, наприклад, страх зазвичай є провідною складовою тривожності тощо (С. Izard, S. Fine, D. Schultz, A. Mostow, B. Ackerman, E. Youngstrom, 2001) [17]. Методика К. Ізарда передбачає активність та відвертість досліджуваних, задля того, щоб результати були достовірними. В Україні переважно використовується перша редакція «Шкали», тоді як у західних країнах – четверта (DES-IV, 1993), суттєвою відмінністю якої є діагностика 12 базових емоцій: інтерес, радість, сум, здивування, гнів, презирство, відраза, вороже ставлення до себе, страх, сором, сором'язливість і почуття провини.

Респонденти експериментальної та контрольної груп оцінювали власний емоційний стан за 4-бальною шкалою. Обрахунок середнього арифметичного значення для визначених емоцій у кожного пацієнта дозволив представити результати у вигляді графіку (рис.2.1).

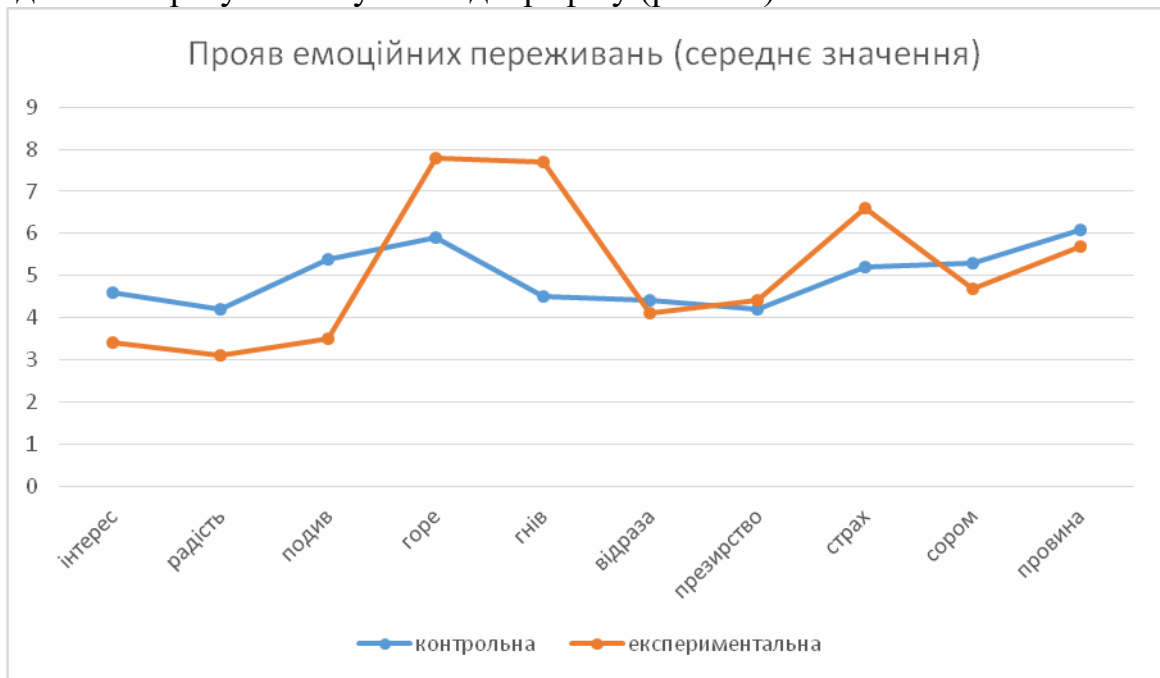


Рис. 2.1. – Прояв основних емоцій за «Шкала диференціальних емоцій» К. Ізарда досліджуваних

Аналіз показників середніх даних, що представлений на рисунку 2.1. дозволяє констатувати:

- у досліджуваних із контрольної групи прояв емоційних переживань виражений більш рівномірно (коливання у межах 2 одиниць – мінімальне значення 4,2 – максимальне – 6,1 бали).

- військовослужбовців коливання емоцій більші – 4,6 балів – від 3,1 до 7,7. Яскраво виражені емоційні переживання у поранених військових – горе, гнів, провина, що відносяться до негативних проявів емоційної сфери.

Найбільша різниця між середніми показниками контрольної та експериментальної групи такі: гнів – 3,2 бали, горе і подив – різниця у 1,9 балів, страх – 1,4 бали.

На другому етапі обробки даних за методикою К. Ізарда підраховуються узагальнені показники по укрупнених групах емоцій:

1. *Індекс позитивних емоцій*(ІПЕ) – характеризує міру позитивного емоційного відношення суб'єкта до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по трьох перших блоках базових емоцій: інтерес, радість, здивування. Значення можуть коливатися в діапазоні від 9 до 45 балів.

2. *Індекс гострих негативних емоцій*(ІГНЕ) – відображає загальний рівень негативного емоційного відношення респондента до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по чотирьох блоках наступних емоцій: горе, гнів, відроза, презирство. Значення можуть коливатися в діапазоні від 12 до 60 балів.

3. *Індекс тривожно-депресивних емоцій*(ІТДЕ) – вимірює рівень відносно стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу, що вказують на суб'єктивне відношення до актуальної ситуації. Підраховується як сума балів по трьох блоках: страх, сором, вина. Бали можуть коливатися в діапазоні від 9 до 45.

Представимо дані за індексами, обраховані як сума середніх арифметичних значень в контрольній та експериментальній групах (табл. 2.1):

Таблиця 2.1. – Різниця результатів за індексами емоційних станів досліджуваних

Індекс	Контрольна група	Експериментальна група	Різниця
позитивних емоцій	14,2	10	4,2
гострих негативних емоцій	19	24	5
тривожно-депресивних емоцій	16,6	17	0,4

Обрахування різниці констатує, що в експериментальній групі переважають пацієнти із індексом гострих негативних емоцій та меншою кількістю осіб із індексом позитивних емоцій. Індекс переживання тривожно-депресивних емоцій майже не має відмінностей. Результати представимо на рисунку 2.2.

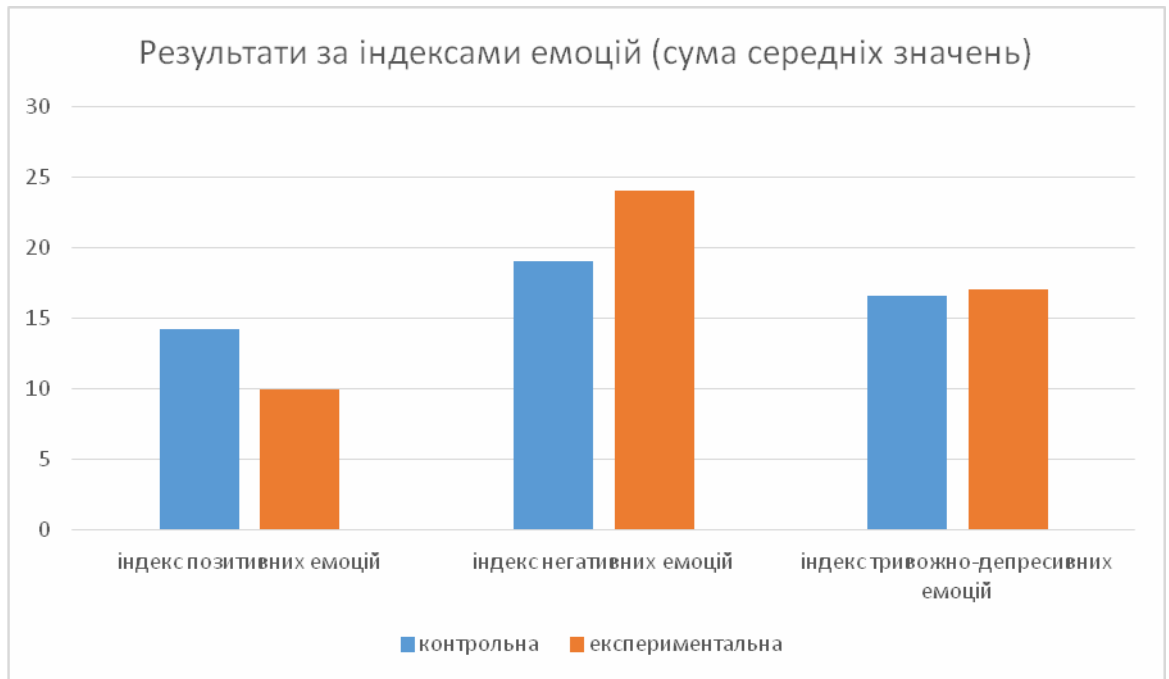


Рис.2.2. – Порівняння результатів коефіцієнту самопочуття у досліджуваних

Представимо результати діагностики типів емоційних реакцій на вплив стимулів навколишнього середовища у респондентів експериментальної та контрольної групи. Методика за авторством В. Бойко визначає такі типи емоційної реакції: ейфоричний, рефрактерний та дисфоричний. В обрахуванні даних дослідник не визначає ступінь чи рівень вираженості певного типу реакції, домінуючий тип реакції визначається завдяки найбільшому числовому значенню, яке обраховується за допомогою суми відповідей негативних, амбівалентних та позитивних стимулів. Автор методики також припускає наявність змішаних типів реакції (ейфорично-рефрактерний, дисфорично-ейфоричний тощо) у випадках, якщо два типи емоційного реагування мають однакову кількість балів [16]. Для зручності обрахування та аналізу даних нами брався до уваги домінуючий тип емоційної реакції, який мав найвищий бал, результати представимо у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2. – Співставлення результатів досліджуваних груп за типом емоційної реакції

Група	Тип емоційної реакції			Всього
	Ейфоричний	Рефрактерний	Дисфоричний	
експериментальна	8	16	11	35
контрольна	12	11	12	35
Всього	20	27	23	70

Переважаючим в експериментальній вибірці досліджуваних виявилися рефрактерний та дисфоричний типи емоційних реакцій, які вказують на те, що поранені військові фіксуються переважно на негативних та амбівалентних стимулах, реагують на зовнішні впливи здебільшого негативно (може бути застрягання на афективних станах, важких роздумів, смутку, почуття самотності, невпевненість, невідреагована агресія, відсутність життєвих перспектив тощо). Перевага даних типів емоційних реакцій формує негативні очікування, будь-яка ситуація сприймається переважно викривлено, зі схильністю до негативізму, драматизації.

Чоловіки в контрольній групі мають більш рівномірний кількісний розподіл за типами реакції. Умовна перевага ейфоричного та дисфоричного типів реакцій серед цивільних визначає, що у двох третин досліджуваних сприйняття орієнтоване на позитивні стимули, спроба переробити амбівалентні стимули в конструктивні, а також відповідає таким психічним реакціям, як впевненість у собі та майбутньому, спокій, комунікабельність, гнучкість.

Представимо результати отриманих даних у вигляді гістограми (рис.2.3).

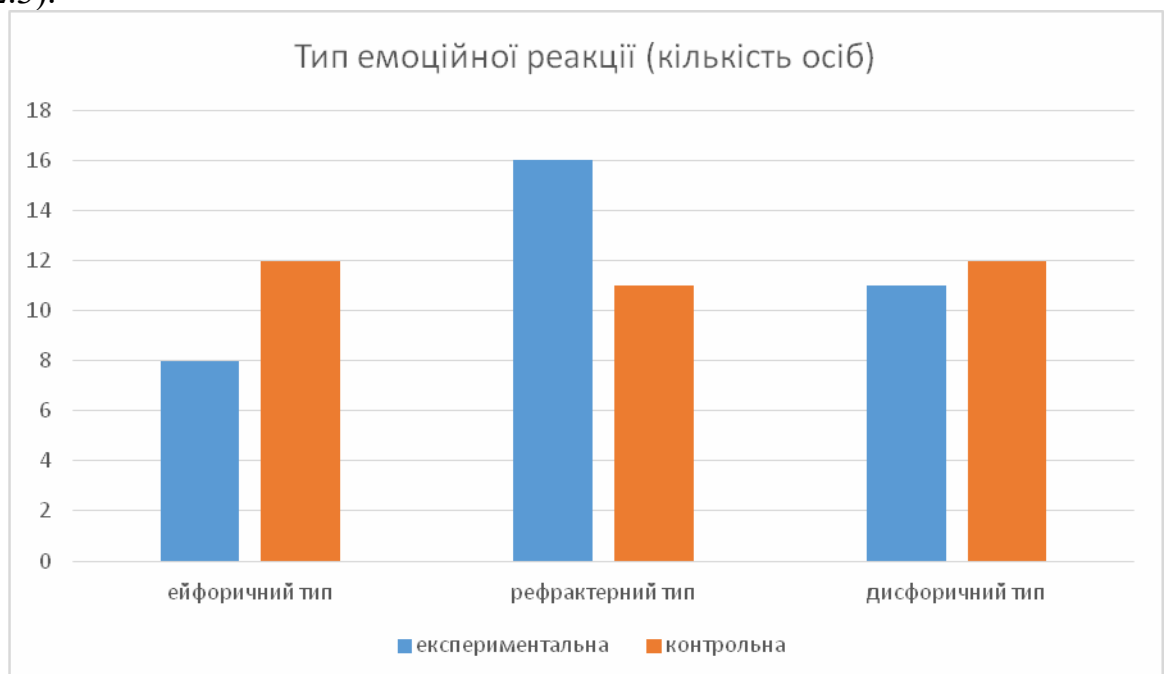


Рис. 2.3. – Результати діагностики типів емоційної реакції в контрольній та експериментальній групах

Для більшості поранених військових (16 осіб) притаманний такий тип емоційної реакції як «рефрактерна активність всередину», для 11 осіб характерний тип емоційної реакції як «дисфорична активність зовні». Для найменшого числа досліджуваних (8 респондентів) характерний тип реакції на вплив стимулів навколишнього середовища як «ейфорична активність зовні». Дані результати можуть бути пов'язані із загальною нестабільністю емоційної сфери поранених, які перебувають в ситуації переживання фізичного болю, напруження, виснаження, військові відчувають великий спектр різних станів та емоцій, але найчастіше негативних.

Таким чином, тип емоційної реакції як безпосередньої відповіді на вплив середовища, залежать не тільки від їх характеру, але й є проявом сформованих якостей особистості. Такий тип емоційної реакції може сформуватися в певний період часу, протягом якого особа зазнавала активні зовнішні впливи, а також після їх завершення тип емоційних реакцій може змінитися, наблизитися до такого типу, що є характерним індивідууму, відповідає його темпераментним та характерним ознакам. У випадку даного дослідження саме військові дії, ушкодження і отримані поранення можуть спричиняти прояв тих чи інших типів емоційних реакцій, переважаючих психічних станів військових із експериментальної групи.

Для виявлення статистичного співвідношення між показниками типів емоційних реакцій у групах досліджуваних був проведений кореляційний аналіз за допомогою U-коефіцієнта кореляції Манна-Уїтні, результати якого представлені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3. – Результати кореляційного аналізу між групами досліджуваних

	Тип емоційної реакції		
	Ейфоричний	Рефрактерний	Дисфоричний
$U_{емп}$	421*	462*	496
$U_{крит}$	$p \leq 0,01$		$p \leq 0,05$
n1, n2=35	413		471

Примітка. *- відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,05$; ** - відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,01$

Обрахунок статистичної значимості за допомогою U-коефіцієнта кореляції Манна-Уїтні дає нам можливість констатувати наявні відмінності за типом ейфоричної емоційної реакції ($U_{емп}=421$, $p \leq 0,05$) в експериментальній і контрольній групах, рефрактерний тип реакцій ($U_{емп}=462$, $p \leq 0,05$), а саме: результати тестування відрізняється за групами досліджуваних із 5% похибкою. Відсутність статистично обґрунтованої різниці між даними двох досліджуваних груп за дисфоричним типом емоційної реакції ($U_{емп}=496$). Таким чином, можемо констатувати, що у поранених військових виявлено переважно деструктивні прояви емоційних реакцій, їх показники значно відрізняються у порівнянні із результатами чоловіків із контрольної групи.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей психічних станів поранених

Представимо результати дослідження психічних станів, а саме: агресія, фрустрація, ригідність та тривожність у групах досліджуваних за допомогою тесту самооцінки психічних станів Г. Айзенка[16] (див. табл. 2.4.).

Таблиця 2.4. – Результати методики «Самооцінка психічних станів»

Рівні	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Середнє значення	Кількість осіб	Середнє значення
Тривожність				
Низький	7	11,8	9	8,1
Середній	18		19	
Високий	10		7	
Фрустрація				
Низький	6	10,7	10	8,7
Середній	21		20	
Високий	8		5	
Агресивність				
Низький	6	10,7	10	7,9
Середній	20		21	
Високий	9		4	
Ригідність				
Низький	7	11,6	9	7,2
Середній	19		22	
Високий	9		4	

Переважає більшість досліджуваних як контрольної, так і експериментальної групи мають середні результати зазначених станів, проте, аналіз середніх значень вказаних показників у військових із експериментальної групи вищі, ніж аналогічні показники у чоловіків із контрольної групи.

Рівень тривожності, за твердженнями автора методики, визначає персональні психічні особливості переживання емоційного дискомфорту особистості. Низький та середній рівні тривожності діагностовано майже в однаковій кількості чоловіків контрольної та експериментальної групи. Проте, середнє арифметичне значення даних, кількість осіб із високим рівнем тривожності відрізняються: у 10 осіб експериментальної групи виявлений

високий рівень у порівнянні із 7 чоловіками контрольної. Різниця середніх значеннях по даній шкалі ($M_1=11,8$, $M_2=8,1$) описує вищий рівень тривожності в експериментальній групі, ніж в контрольній.

Рівень фрустрації проявляється в негативних переживаннях особи: роздратування, розпач, відчай та ін. Високий рівень фрустрації діагностовано у більшій кількості респондентів експериментальної групи (8 чоловіків) у порівнянні із контрольної групи (5 чоловіків). Середній рівень фрустрації діагностовано у майже однаковій кількості, проте низькі результати мають лише 6 військовослужбовців у порівнянні із 10 особами із контрольної групи. Середні значення по даній шкалі відрізняються ($M_1=10,7$, $M_2=7,7$) та вказують на вищий рівень фрустрації в експериментальній групі.

Рівень агресивності проявляється в тенденції атакувати, спричиняти шкоду людям або речам, демонстрації власної переваги. В експериментальній групі досліджуваних рівень агресії вищий як за кількістю осіб із високим показником рівня агресивності, так і за середнім значенням у всій групі ($M_1=10,7$, $M_2=7,9$). В контрольній групі досліджуваних цивільних спостерігається менша кількість осіб із високим рівнем агресивності – 4 особи у порівнянні із 9 респондентами в експериментальній групі.

Рівень ригідності визначається Г. Айзенком як утрудненість у зміні діяльності, моделі поведінки чи думок. У військових показник ригідності вищий, ніж в контрольній групі ($M_1=11,6$, $M_2=7,2$). Респонденти контрольної групи мають більшу лабільність і варіативність у поведінці та думках.

Представимо результати середніх значень за даними показниками (рис.2.4.).

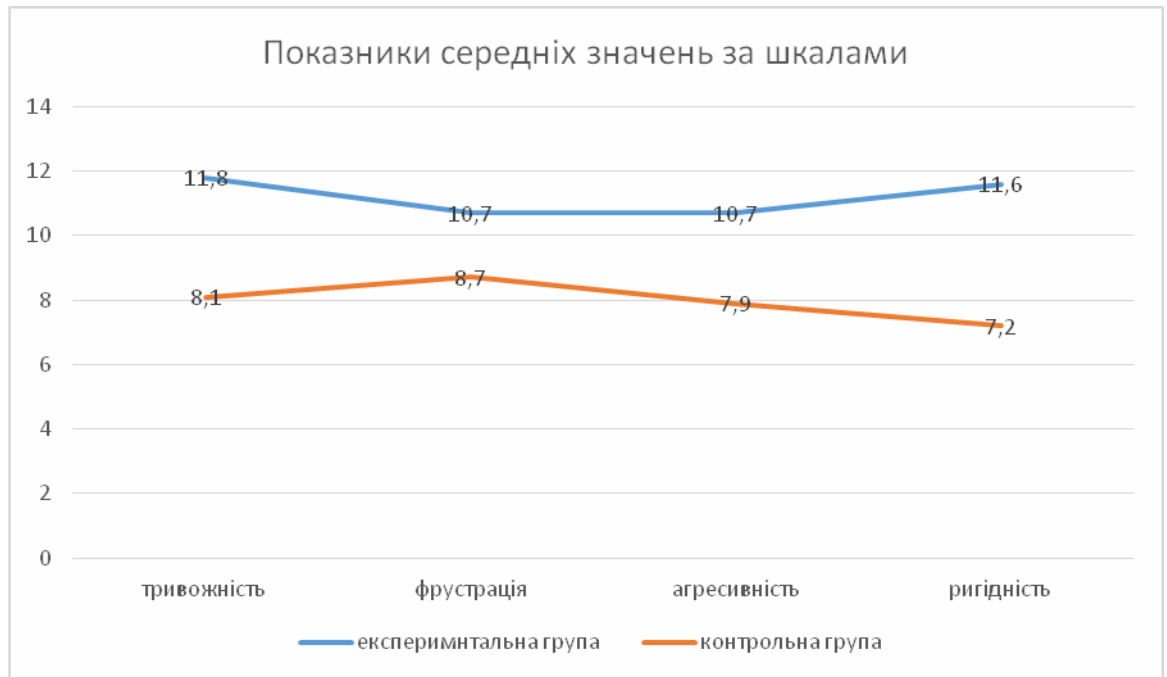


Рис. 2.4. – Результати методики «Самооцінка психічних станів» у досліджуваних груп

Для визначення статистичного співвідношення між показниками психічних станів у групах досліджуваних був застосований кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта кореляції Манна-Уїтні (U). Даний критерій використовується для оцінки різниць між двома незалежними вибірками за рівнем будь-якої ознаки, що вимірює кількісно.

Таблиця 2.5. – Результати кореляційного аналізу між групами досліджуваних

	тривожність	фрустрація	агресія	ригідність
$U_{\text{емп}}$	430*	486	421*	387**
$U_{\text{крит}}$	$p \leq 0,01$		$p \leq 0,05$	
$n_1, n_2=35$	413		471	

Примітка. *- відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,05$; ** - відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,01$

Якщо отримане значення $U_{\text{емп}}$ менше критичного значення, зазначеного в таблиці або дорівнює йому, можемо констатувати наявність суттєвої різниці між рівнями вимірюваної ознаки у вибірках (приймається альтернативна гіпотеза), достовірність відмінностей у групах тим вища, чим менше значення. Якщо отримане емпіричне значення більше критичного, то приймається нульова гіпотеза, а саме: про відсутність різниці даних у вибірках.

Отримані результати констатують відмінності між даними експериментальної та контрольної груп за шкалою «ригідність» ($p \leq 0,01$), відмінності із 5% похибкою за шкалами «тривожність» та «агресія» ($p \leq 0,05$). Відсутність статистично обґрунтованої різниці між показниками двох груп виявлена за шкалою «фрустрація». Таким чином, констатуємо, що у поранених військовослужбовців діагностовано наявність проявів таких

психічних станів, як тривожність, агресія та ригідність, їх показники значно вищі у порівнянні із результатами контрольної групи.

Представимо результати діагностики рівнів тривоги і депресії, обрахованої за допомогою «Госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)». Дана скрінінгова методика була розроблена в 1983 році двома авторами (A.S. Zigmond і R.P. Snaith) з метою визначення прояву симптомів депресії та тривоги пацієнтів в умовах загальномедичної практики. Перевага методики полягає в простоті застосування та швидкої обробки даних, що дозволяє використовувати її для первинного виявлення зазначених станів [16]. Шкала HADS допомагає медичному персоналу, психіатрам і психологам краще зрозуміти емоційний стан та самопочуття пацієнта. Для поглибленої діагностики емоційного стану пацієнта рекомендується використовувати інші, більш деталізовані методики, зокрема: шкалу Гамільтона для оцінки тривоги та шкалу Гамільтона для оцінки депресії.

Бланк методики видається пацієнту для самостійного заповнення, респонденти відзначають ту відповідь, яка відображає їх стан протягом останніх 7-10 днів. Результати до 7 балів свідчать про відсутність вказаних емоційних розладів, від 8 до 10 балів – субклінічне вираження депресії / тривоги, від 11 балів – клінічні вираження депресії та тривоги.

Таблиця 2.6. – Результати діагностики рівнів тривожності та депресії

рівень	Тривога		Депресія	
	контрольна	експериментальна	контрольна	експериментальна
низький	9	5	12	7
субклінічний	18	20	20	19
клінічний	8	10	3	9

Узагальнені дані за методикою HADS свідчать про більшу кількість респондентів із експериментальної групи, що мають субклінічний і клінічний рівень тривоги та депресії. При поєднанні тривоги і депресії з соматичним захворюванням стан пацієнта ускладнюється через додаткові несприятливі фактори, які погіршують процес терапії і реабілітації, негативно впливають на протікання як психічного, так і соматичного захворювання.

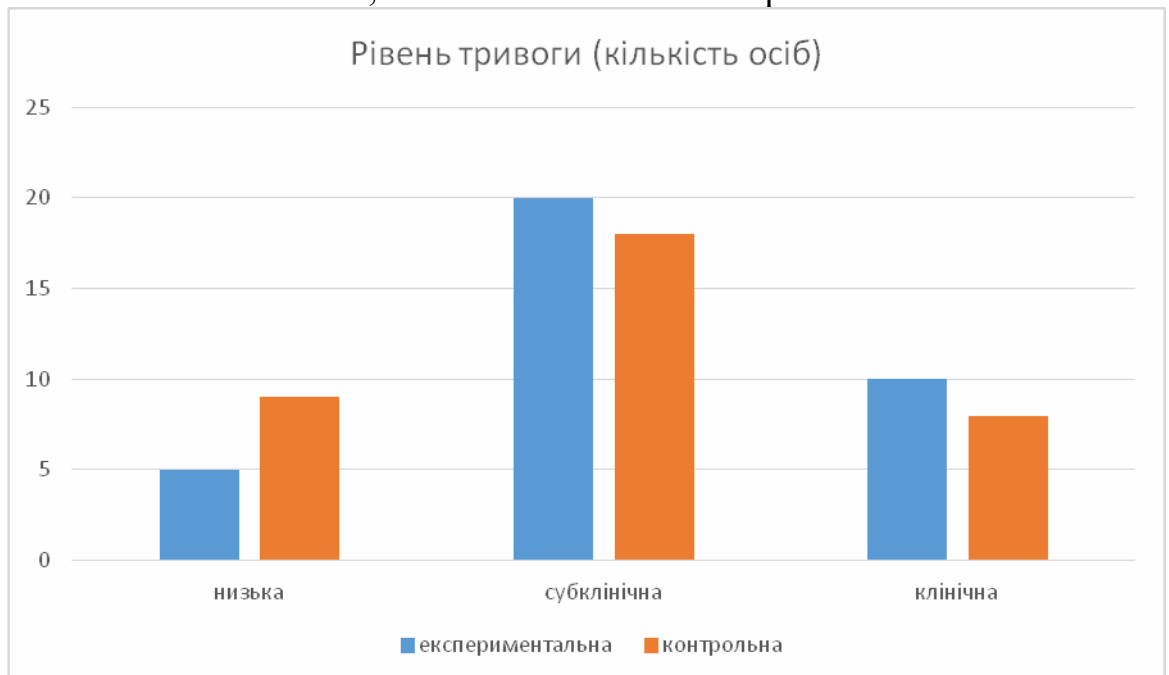


Рис.2.5. – Результати методики «Госпітальної шкали тривоги і депресії» за шкалою тривоги

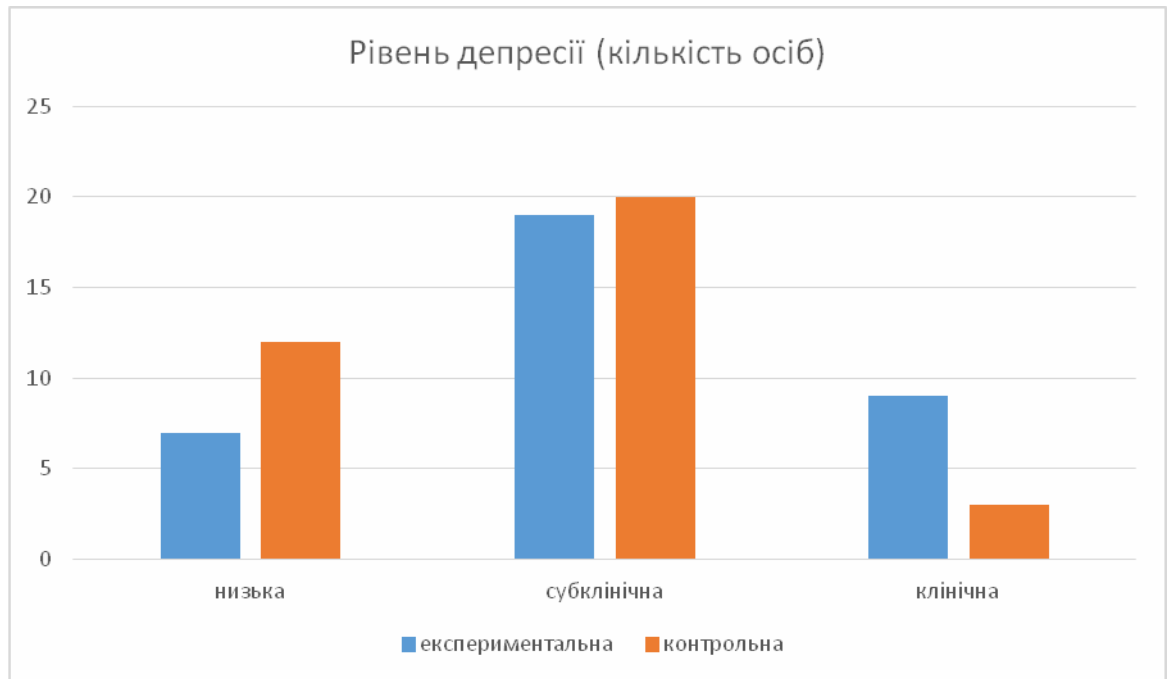


Рис.2.6. – Результати методики «Госпітальної шкали тривоги і депресії» за шкалою депресії

Депресія у військових переважає втричі від кількості респондентів із контрольної групи, такі результати можуть бути спровокованими ускладненнями поранень (наприклад, ампутації кінцівок, складні чисельні операції), психосоціальними факторами (відсутність родини та адекватний догляд і підтримка). В свою чергу соматичне захворювання може ускладнювати діагностику депресії, посилювати тяжкість його перебігу, сприяти залежностям від знеболювальних та інших психотропних речовин. Обрахуємо статистичну відмінність між результатами двох груп.

Таблиця 2.7. – Результати кореляційного аналізу між групами досліджуваних

	Шкали	
	Тривога	Депресія
$U_{\text{емп}}$	487	446*
$U_{\text{крит}}$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$
$n1, n2=35$	413	471

Примітка. * - відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,05$; ** - відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,01$

Обрахунок статистичної значимості за допомогою U-коефіцієнта кореляції Манна-Уїтні констатує відмінності лише за шкалою переживання депресії ($U_{\text{емп}}=446$, $p \leq 0,05$): результати тестування в експериментальній і контрольній групах відрізняється із 5% похибкою. Відсутність статистично обґрунтованої різниці між даними двох досліджуваних груп за тривога. Таким чином, можемо констатувати, що у поранених військових прояв депресивних ознак може зустрічатися частіше, ніж в контрольній групі.

Представимо результати респондентів за методикою «Експрес-діагностика неврозу»(шкала скарг BFB, К. Höck, Н. Hess). Методика

діагностики невроту К. Хека і Х. Хесса розроблялася як скринінговий опитувальник невроту для первинної діагностики. При створенні методики дослідники ґрунтувалися на тому, що скарги пацієнтів із невротами мають специфічний характер, на відміну від пацієнтів з соматичними хворобами, у невротичних домінують скарги щодо вегетативної симптоматики, а також є скарги психічного характеру.

Для психодіагностики зазвичай використовується спрощений варіант опитувальника, що містить 40 тверджень, на які пацієнт може відповісти «так» чи «ні». При аналізі результатів підраховується сума позитивних відповідей, сума балів більша за 24 дозволяє зробити висновок про можливий неврот у респондента.

Таблиця 2.8. Результати діагностики рівня невротизації досліджуваних

рівень	Невротизація	
	контрольна	експериментальна
низький	24	19
наявний	11	16

Низький рівень невротизації діагностовано у 24 чоловіків із контрольної групи та у 19 військових з експериментальної групи. Наявна невротизація діагностована у 11 пацієнтів контрольної групи та 16 респондентів експериментальної групи. Дані відповідають високій ймовірності розвитку невроту (невротизації) і свідчать про виражену емоційну збудливість осіб. У респондентів із невротизацією домінують негативні переживання, що ускладнює одужання і реабілітацію, а саме: дратівливість, тривожність, напруженість, висока збудливість, розгубленість, пасивність). Обрахуємо статистичну відмінність між результатами двох груп за допомогою критерію кутового перетворення Фішера, де наявна невротизація буде «наявним ефектом». Обрахування дозволяє констатувати наступне: $\varphi_{\text{емп}}=1,233$, що дорівнює $p=0,1088$ при $p(0,05)\leq 1,64$ та $p(0,01)\leq 2,31$. Приймається гіпотеза H_0 , а саме: частка осіб, у яких проявляється досліджуваний ефект, у вибірці

1 не більше, ніж у вибірці 2. Таким чином, можемо констатувати, що у поранених військових прояв невротичних ознак не більше, ніж в контрольній групі.

2.3. Дослідження рівня посттравматичного зростання у військовослужбовців

Опитувальник посттравматичного зростання розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М. Ш. Магомед-Еміновим. Тест складається з 21 тверджень з можливими шістьма варіантами відповідей, аналіз результатів описують п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя [16]. Представимо результати за шкалами та групами досліджуваних (табл. 2.9).

Таблиця 2.9. – Результати методики «Опитувальник посттравматичного зростання»

Рівні	Експериментальна група		Контрольна група	
	Кількість осіб	Середнє значення	Кількість осіб	Середнє значення
Ставлення до інших				
Низький	5	17,8	8	15,2
Середній	22		21	
Високий	8		6	
Нові можливості				
Низький	10	11,3	7	13
Середній	19		22	
Високий	6		6	
Сила особистості				
Низький	6	12,7	9	9,8
Середній	19		21	
Високий	10		5	
Духовні зміни				
Низький	3	5,6	10	3,2
Середній	26		22	
Високий	6		3	
Підвищення цінності життя				
Низький	7	9,7	10	8,3
Середній	19		22	
Високий	9		3	
Індекс посттравматичного зростання				
Низький	8	46,8	11	37,2
Середній	17		21	
Високий	10		3	

Шкала «Ставлення до інших» визначає наскільки людина стала більше стала більше цінувати інших, розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати емоції та співчувати іншим. В експериментальній групі спостерігаємо більшу кількість осіб із середнім та високим рівнем, також вищим є середнє арифметичне значення ($M_1=17,8$, $M_2=15,2$).

Шкала «Нові можливості» дозволяє виявити, чи з'явилися нові інтереси у респондентів, чи здатен він позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити. Військовослужбовці мають нижчі показники у порівнянні із чоловіками контрольної групи, середнє значення менше ($M_1=11,3$, $M_2=13$), що вказує на обмеженість (фізичну і когнітивну) позитивного сприйняття актуальної ситуації.

Шкала «Сила особистості» виявляє, чи стала людина краще розуміти, що може здолати негаразди, що вона значно сильніша, ніж вважала досі.

Дана шкала визначила, що у респондентів експериментальної групи результати значно вищі за кількістю осіб із високим рівнем (10 та 5 осіб відповідно), так і середнє значення більше ($M_1=12,7$, $M_2=9,8$). Можемо припустити, що участь у військових діях, отримані поранення дозволили досліджуванним відчути особистісну силу і впевненість.

Шкала «Духовні зміни» акцентує увагу на розумінні духовних проблем. У військових тема духовних змін також проявляється значно яскравіше, кількість осіб із середнім та високим рівнями більша, середнє значення вище ($M_1=5,6$, $M_2=3,2$).

Шкала «Підвищення цінності життя» виявляє чи змінилися життєві пріоритети у респондентів. Поранені військовослужбовці демонструють зміни щодо підвищення цінності власного життя: кількість осіб із високим рівнем втричі більша, ніж у чоловіків із контрольної групи. Середнє арифметичне значення також є більшим в експериментальній групі ($M_1=9,7$, $M_2=8,3$).

Загальний індекс посттравматичного зростання в експериментальній групі є більшим у порівнянні із даними чоловіків контрольної групи ($M_1=46,8$, $M_2=37,2$). Досліджувані з високим індексом посттравматичного зростання, а саме поранені військовослужбовці, характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до власного життя, відчувають впевненість у власних можливостях вирішувати життєві проблеми.

Представимо результати середніх значень за даними шкалами посттравматичного зростання (рис.2.7.).

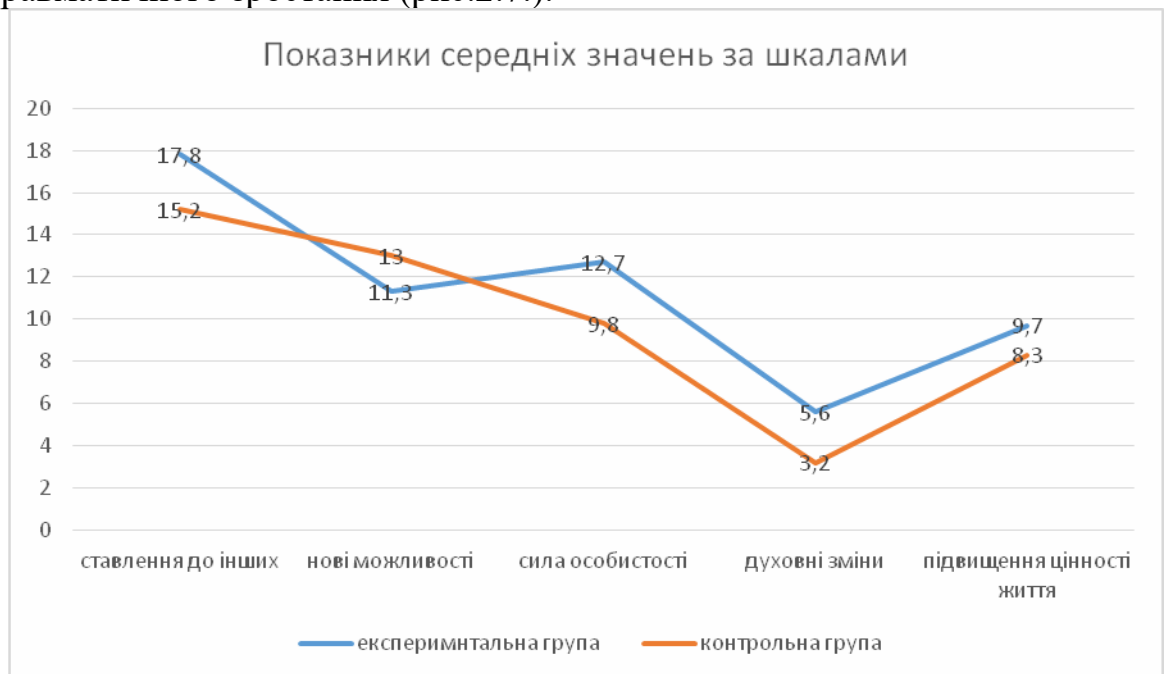


Рис. 2.7. – Результати методики «Опитувальник посттравматичного зростання» у досліджуваних груп

Зображення дозволяє наочно побачити, що в експериментальній групі вищими є середні значення за шкалами «ставлення до інших», «сила

особистості», «духовні зміни» та «підвищення цінності життя». Контрольна група має високі середні значення лише за шкалою «нові можливості».

Для визначення статистичного співвідношення між показниками посттравматичного зростання у групах досліджуваних був застосований кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта кореляції Манна-Уїтні (U) (див. табл. 2.10).

Таблиця 2.10. – Результати кореляційного аналізу між групами досліджуваних

	ставлення до інших	нові можливості	сила особистості	духовні зміни	підвищення цінності життя	Індекс посттравматичного зростання
$U_{\text{емп}}$	427*	501	439*	423*	418*	465*
$U_{\text{крит}}$	$p \leq 0,01$			$p \leq 0,05$		
n1, n2=35	413			471		

Примітка. * - відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,05$; ** - відмінності, значущі на рівні $p \leq 0,01$

Отримані результати констатують відмінності між даними експериментальної та контрольної груп за шкалою «ставлення до інших», «сила особистості», «духовні зміни», «підвищення цінності життя» та індекс посттравматичного зростання ($p \leq 0,05$). Відсутність статистично обґрунтованої різниці між показниками двох груп виявлена за шкалою «нові можливості». Отже, констатуємо, що у поранених військовослужбовців індекс посттравматичного зростання є вищим у порівнянні із результатами контрольної групи.

Емпіричне дослідження особливостей емоційних переживань поранених військовослужбовців виявило ряд характерних емоційних реакцій на отримані травми. В результатах дослідження було встановлено, що більшість поранених переживають інтенсивні емоційні стани, такі як гнів, тривогу, відчуття безпорадності, а також депресивні епізоди. Спостерігається високий рівень емоційної напруги, пов'язаний із болем та незадоволеністю результатами лікування. Одночасно, виявлено наявність позитивних емоцій, які виникають після початку процесу реабілітації, таких як надія на відновлення та підтримка з боку родини і медичного персоналу. Загалом, емоційний стан поранених характеризується вираженою нестабільністю, з коливаннями між оптимізмом і панічними настроями.

Щодо аналізу результатів діагностики і корекції психічних станів поранених військовослужбовців, то дослідження виявило значну частоту психічних порушень, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів та депресії. Високий рівень психічного стресу був зафіксований у поранених, які перебували в зоні бойових дій протягом тривалого часу або отримали тяжкі травми. Часто спостерігається когнітивна дисфункція, зниження концентрації уваги, проблеми з пам'яттю, а також зменшення соціальної активності. Зокрема, у постраждалих були виявлені симптоми гіпервагітації, флешбеків, безсоння, що вказує на необхідність не лише фізичної, але й глибокої психологічної реабілітації. Різноманітність

психічних розладів свідчить про складність та багатогранність психоемоційних реакцій на отримані травми, що вимагає індивідуального підходу в терапевтичних методах.

Дослідження рівня посттравматичного зростання (ПТСР) у військовослужбовців, які пережили поранення, показало, що хоча більшість учасників дослідження страждають від негативних психоемоційних наслідків, у деяких спостерігається позитивна адаптація до травматичних подій. У тих, хто мав належну психологічну підтримку та проходив реабілітаційні програми, виявлено покращення в таких аспектах, як особистісний розвиток, покращення міжособистісних відносин, більша вдячність за життя та посилення життєвих цінностей. Посттравматичне зростання проявляється в змінах у світогляді, посиленні духовних і моральних принципів, а також у вищому рівні самосвідомості та самоконтролю. Однак, необхідно зазначити, що рівень посттравматичного зростання сильно залежить від індивідуальних характеристик поранених, наявності соціальної підтримки, а також ефективності психотерапевтичної допомоги.

Таким чином, результати емпіричного дослідження демонструють складність і різноманітність психоемоційних та психічних переживань у військовослужбовців, що зазнали поранень. Водночас, існує можливість для позитивних змін та відновлення через належну підтримку та реабілітаційні заходи.

2.4. Рекомендації щодо розробки і впровадження програми покращення психоемоційних станів поранених військовослужбовців

Метою цієї програми є надання комплексної психологічної підтримки пораненим військовослужбовцям, сприяння їхній психоемоційній реабілітації та соціальній адаптації після травм. Програма спрямована на відновлення емоційної стабільності, зниження стресу, боротьбу з симптомами ПТСР, підвищення загального рівня психічного здоров'я та відновлення соціальних зв'язків.

1. Етапи програми

Програма включає декілька етапів, кожен з яких має свої специфічні завдання і методи впливу на психоемоційний стан поранених:

1.1. Оцінка психоемоційного стану

На початковому етапі програми необхідно провести глибоке діагностичне обстеження психоемоційного стану учасників. Це дозволить визначити рівень стресу, наявність симптомів ПТСР, тривожності, депресії, а також виявити індивідуальні особливості особистісної адаптації.

Методи:

- Використання стандартизованих психологічних тестів (наприклад, опитувальник для оцінки рівня ПТСР, тест на депресію, шкала тривожності).

- Індивідуальні інтерв'ю та психодіагностика.
- Анкетування для оцінки соціальної підтримки, адаптації та рівня самосвідомості.

1.2. Короткострокова стабілізація (психоедукація та зниження рівня стресу)

На цьому етапі метою є надання учасникам знань і практичних інструментів для розпізнавання та зниження стресу, а також покращення їх психо-соціальної стабільності.

Методи:

- Психоедукація: пояснення учасникам, що є нормальними реакціями на стрес після травми, роз'яснення симптомів ПТСР та механізмів посттравматичного зростання.
- Релаксаційні техніки: тренінги з дихальних практик, прогресивної м'язової релаксації, медитації, йоги та інших методів, які знижують рівень фізіологічного та психологічного стресу.
- Психотерапевтичні методи: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для роботи з тривожністю, депресією, негативними автоматичними думками.

1.3. Психологічна реабілітація та лікування травматичних переживань

На цьому етапі програма зосереджується на роботі з травмами, що виникли в результаті поранень, а також з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Методи:

- Індивідуальні консультації: проведення терапевтичних сесій з психологом або психотерапевтом для роботи з травматичним досвідом. Використовуються техніки когнітивно-поведінкової терапії, EMDR (метод десенсибілізації та повторної обробки травматичних спогадів), методи експозиції.
- Групова психотерапія: створення груп підтримки для обміну досвідом і взаємної підтримки. Групові сеанси надають можливість пораненим військовослужбовцям поділитися своїми переживаннями, навчитися стратегіям самопомоги і отримати емоційну підтримку від інших учасників.
- Інтеграція сімейної терапії: психологічна підтримка сімей учасників програми, навчання членів родини, як правильно підтримувати свого близького після травм. Це важливо для відновлення соціальних зв'язків та підтримки на довгостроковій основі.

1.4. Сприяння посттравматичному зростанню та адаптації до нового життя

Цей етап спрямований на допомогу пораненим у знаходженні нових можливостей і зміцненні внутрішніх ресурсів для подолання травми та подальшого розвитку.

Методи:

- Посттравматичне зростання: робота над позитивними змінами в особистості після пережитої травми. Включає в себе методи психологічного консультування, розвиток нових життєвих цінностей, зміцнення особистісної стійкості та рефлексії.

- Психотерапія на основі розвитку духовних практик: включення в програму технік, спрямованих на розвиток духовної стабільності (медитація, практики самопізнання, робота з внутрішніми переконаннями).

- Мотиваційне консультування: навчання та підтримка учасників у визначенні нових життєвих цілей, адаптація до змін у кар'єрі та соціальному житті.

1.5. Підтримка та моніторинг на етапі реінтеграції

Після основної реабілітації важливо забезпечити підтримку поранених військовослужбовців на етапі їх повернення до соціуму та праці.

Методи:

- Кар'єрне консультування: допомога у визначенні нових професійних орієнтирів, корекція кар'єрних планів з урахуванням змін в особистості та стані здоров'я.

- Соціальна реабілітація: програми, що сприяють розвитку соціальних навичок, відновленню взаємодії з родиною та суспільством.

- Підтримка в адаптації до мирного життя: організація груп підтримки, проведення психологічних тренінгів для адаптації до нових умов життя.

2. Психологічні методи та техніки

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): для зниження симптомів депресії та тривожності.

- Експозиційна терапія: для роботи з травматичними спогадами та симптомами ПТСР.

- Методики релаксації та медитації: для зменшення фізіологічного стресу та емоційної напруги.

- Техніки розвитку посттравматичного зростання: для допомоги в переосмисленні досвіду та зміцнення внутрішніх ресурсів.

- Групова психотерапія та підтримка: для створення спільноти підтримки серед учасників.

3. Структура програми

Етап програми	Опис	Методи	Часовий період
1. Оцінка психоемоційного стану	Оцінка стану учасників, визначення рівня стресу, ПТСР, соціальної підтримки	Психодіагностичні тести, інтерв'ю	1-2 тижні
2. Короткострокова стабілізація	Психоедукація, зниження стресу	Релаксація, медитація, психоедукація	2-4 тижні

3. Психологічна реабілітація	Робота з травмами та ПТСР	Індивідуальні консультації, групова психотерапія	3-6 місяців
4. Посттравматичне зростання	Розвиток позитивних змін після травми	Посттравматичне зростання, мотиваційне консультування	2-4 місяці
5. Підтримка на етапі реінтеграції	Підтримка в адаптації до нового життя	Соціальна реабілітація, кар'єрне консультування	3-6 місяців

4. Оцінка ефективності програми

Оцінка ефективності програми покращення психоемоційних станів поранених військовослужбовців може включати як кількісні, так і якісні методи.

Критерії ефективності: психоемоційні показники – зміна рівня тривожності, депресії, стресу; якість життя – оцінка загального самопочуття, соціального функціонування та задоволення життям; фізичний стан – вплив програми на соматичні симптоми, пов'язані зі стресом; соціальна інтеграція – рівень повернення до соціального, професійного чи сімейного життя.

На основі аналізу можна зробити висновки про ефективність програми, виділити її сильні сторони та аспекти, які потребують вдосконалення. Також це допоможе визначити, наскільки програма відповідає потребам поранених військовослужбовців та чи є її впровадження доцільним у ширшому масштабі.

І нарешті, є нагальна необхідність впровадження програми покращення психоемоційних станів поранених військовослужбовців...

Наші захисники і захисниці поранені військовослужбовці стикаються з численними фізичними та психоемоційними викликами, які можуть суттєво впливати на якість їхнього життя, соціальну адаптацію та здатність до подальшого функціонування в суспільстві. Впровадження спеціалізованої програми з покращення психоемоційного стану має критичне значення через такі причини: психоемоційні виклики поранених військовослужбовців, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія і тривожність, почуття ізольованості, суїцидальні ризики; фізіологічний вплив стресу, уповільнення процесів одужання через високий рівень стресу, погіршення серцево-судинного, імунного та нервового функціонування, розвиток психосоматичних розладів; соціальні та економічні наслідки, проблеми реінтеграції, витрати на охорону здоров'я, втрати для суспільства, врешті решт, це наш моральний обов'язок перед тими, хто ризикував життям заради нашої особистої безпеки і безпеки країни. Забезпечення належної реабілітації — це не лише питання соціальної політики, а й моральної відповідальності.

Висновки до розділу 2

Кваліфікаційна робота передбачала дослідження психоемоційних станів та типів реагування військових, що мають поранення і знаходяться на лікуванні (експериментальна група у кількості 35 осіб) та цивільних чоловіків, що мають операційне втручання різного характеру (контрольна група у кількості 35 осіб). Діагностика проводилась на базі Старокостянтинівського військового госпіталю (в/ч А-1067) протягом травня-жовтня 2024 року.

Дослідження здійснювалось за допомогою наступних методик: «Шкала диференціальних емоцій (ШДЕ)» К. Ізарда, «Тип емоційної реакції на вплив стимулів» В.В. Бойка, «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)», «Експрес-діагностика неврозу», «Опитувальник посттравматичного зростання» розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун.

Аналіз показників середніх даних за шкалою диференціальних емоцій констатував, що у військовослужбовців коливання емоцій більші, ніж у досліджуваних із контрольної групи (4,6 балів, від 3,1 до 7,7). Яскраво вираженими у поранених військових емоційні переживання – горе, гнів, провина, що відносяться до негативних проявів емоційної сфери. В експериментальній групі переважають респонденти з індексом гострих негативних емоцій та меншою кількістю осіб із індексом позитивних емоцій. Індекс переживання тривожно-депресивних емоцій в досліджуваних групах не має відмінностей. Отже, у поранених військових виявлено переважно деструктивні прояви емоційних реакцій, їх показники значно відрізняються у порівнянні з результатами чоловіків із контрольної групи.

Результати діагностики типів емоційних реакцій на вплив стимулів навколишнього середовища зазначили, що чоловіки в контрольній групі мають більш рівномірний кількісний розподіл за типами реакції. У більшості поранених військових діагностовано тип емоційної реакції як «рефрактерна активність всередину» (16 осіб) та «дисфорична активність зовні» (11 осіб). Обрахунок статистичної значимості за допомогою U-коефіцієнта кореляції Манна-Уїтні дає нам можливість констатувати наявні відмінності за типом ейфоричної емоційної реакції ($p \leq 0,05$) в експериментальній і контрольній групах, рефрактерний тип реакцій ($p \leq 0,05$).

Середні арифметичні значення даних за методикою «Самооцінки психічних станів» виявили, що такі шкали як «тривожність», «фрустрація», «агресивність» та «ригідність» є вищими в експериментальній групі, підтверджено обрахунком статистичної значимості ($p \leq 0,05$). Таким чином, доведено, що у поранених військовослужбовців прояви таких психічних станів, як тривожність, агресія та ригідність значно вищі, ніж у чоловіків з контрольної групи.

Узагальнені дані за методикою «Госпітальної шкали тривоги і депресії» свідчать про більшу кількість респондентів із експериментальної групи, що мають субклінічний і клінічний рівень тривоги та депресії. Обрахунок статистичної значимості доводить відмінності за шкалою переживання депресії ($U_{\text{емп}}=446$, $p \leq 0,05$). Отже, констатовано, що у поранених військових прояв депресивних ознак зустрічатися частіше, ніж в контрольній групі.

За методикою «Експрес-діагностика невроту» наявна невротизація діагностована у 11 пацієнтів контрольної групи та 16 респондентів експериментальної групи. Дані відповідають високій ймовірності розвитку невроту (невротизації) і свідчать про виражену емоційну збудливість осіб. Обрахунок статистичної відмінності не виявив різниці між результатами двох груп, а саме: у поранених військових прояв невротичних ознак не більше, ніж в контрольній групі.

Опитувальник посттравматичного зростання доводить, що в експериментальній групі вищими є середні значення за шкалами «ставлення до інших», «сила особистості», «духовні зміни» та «підвищення цінності життя». Контрольна група має високі середні значення лише за шкалою «нові можливості». Статистична відмінність обрхована між даними експериментальної та контрольної груп за шкалою «ставлення до інших», «сила особистості», «духовні зміни», «підвищення цінності життя» та індекс посттравматичного зростання ($p \leq 0,05$). Відсутність статистично обґрунтованої різниці між показниками двох груп виявлена за шкалою «нові можливості». Отже, констатуємо, що у поранених військовослужбовців індекс посттравматичного зростання є вищим у порівнянні із результатами контрольної групи.

За результатами використання цього опитувальника у нашому дослідженні, було виявлено суттєві відмінності між експериментальною та контрольною групами у рівні посттравматичного зростання.

У групі поранених військовослужбовців, які отримали інтенсивну психологічну та соціальну підтримку в процесі реабілітації, спостерігаються значно вищі середні значення за кількома шкалами опитувальника, зокрема:

«Ставлення до інших»: Ця шкала вимірює зміни у соціальних відносинах після травми. Вищі результати у експериментальній групі свідчать про те, що ці учасники стали більш емпатійними та відкритими до взаємодії з іншими людьми, здатні на глибші та змістовніші міжособистісні зв'язки. Після травми вони, ймовірно, стали більше цінувати підтримку родини та друзів і надають більше значення взаємопідтримці у соціальних групах.

«Сила особистості»: Вищі показники за цією шкалою свідчать про те, що учасники експериментальної групи після пережитого травматичного досвіду відчувають себе більш стійкими та впевненими у своїх силах. Вони

здатні ефективніше справлятися з життєвими труднощами, що може бути результатом процесу адаптації та внутрішнього зростання після травми.

«Духовні зміни»: Ця шкала оцінює зміни у світогляді та духовному житті особи після травми. Вищі значення свідчать про те, що поранені, які брали участь у експериментальній групі, пережили трансформацію своїх духовних переконань, можливо, змінили свої погляди на життя, почали глибше шукати сенс у пережитих труднощах, знаходячи нові способи духовної підтримки.

«Підвищення цінності життя»: Учасники експериментальної групи також демонструють вищий рівень усвідомлення цінності життя. Це може бути результатом глибшого осмислення власного існування після травми, коли пережите страждання і близькість до смерті можуть викликати більш глибоке розуміння важливості кожного моменту життя, а також усвідомлення важливості підтримки та взаємодії з іншими людьми.

У контрольній групі, де не проводилася спеціалізована психологічна реабілітація або підтримка, вищі середні значення були зафіксовані лише за шкалою «Нові можливості». Це свідчить про те, що попри відсутність значної психологічної допомоги, деякі військовослужбовці все ж відчули певні позитивні зміни у своїй здатності бачити нові можливості у житті після пережитих травм. Ці учасники змогли ідентифікувати нові шляхи для свого розвитку та адаптації, наприклад, виявили більшу відкритість до змін у кар'єрі чи взаємодії з іншими людьми, навіть без значної психотерапевтичної допомоги.

За допомогою статистичних методів була обрахована відмінність між даними експериментальної та контрольної груп за кількома важливими шкалами опитувальника ПТСР: «Ставлення до інших», «Сила особистості», «Духовні зміни», «Підвищення цінності життя» та індекс посттравматичного зростання в цілому. Це свідчить про те, що психологічна підтримка та реабілітація мають значний позитивний вплив на психоемоційний стан поранених військовослужбовців, сприяючи їх зростанню і розвитку на посттравматичному етапі.

Впровадження програми покращення психоемоційного стану є необхідним і актуальним кроком у системі реабілітації військовослужбовців. Така програма допоможе зберегти фізичне і психічне здоров'я поранених, забезпечити їхню соціальну адаптацію та інтеграцію, знизити економічні та соціальні витрати, а також виконати моральний обов'язок суспільства перед захисниками країни.

Таким чином, результати дослідження свідчать про те, що поранені, які отримують системну психологічну підтримку, демонструють значно вищі показники посттравматичного зростання в порівнянні з тими, хто не проходив відповідну реабілітацію. Виявлені відмінності підтверджують важливість спеціалізованих програм підтримки для зменшення психічних травм та сприяння позитивним змінам у житті військових після бойових поранень.

ВИСНОВКИ

1. Здійснений аналіз наукових доробок стосовно психоемоційних станів поранених військовослужбовців та проведене емпіричне дослідження дозволяє зробити низку висновків.

Переживання емоцій та емоційних станів є природнім явищем, притаманним людині. В їхньому створенні бере участь лімбічна система та кора головного мозку людини. Емоції впливають на діяльність особи, виконуючи низку функцій.

Психоемоційні стани – це особлива форма психічних станів людини, в яких переважає домінуючий тип емоційного реагування. До них, здебільшого, зараховують настрій, афект, стрес, фрустрацію, пристрасть.

Кризова ситуація, якою є бойові дії та поранення військовослужбовця, спричиняють певні психоемоційні стани, серед яких кризовий стан, афективні розлади, фрустрованість, наявність емоційного стресу, ПТСР, поганий настрій тощо. Переважно вони мають негативну модальність.

2. Дослідження здійснювалось за допомогою наступних методик: «Шкала диференціальних емоцій (ШДЕ)» К. Ізарда, «Тип емоційної реакції на вплив стимулів» В.В. Бойка, «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)», «Експрес-діагностика неврозу», «Опитувальник посттравматичного зростання» розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун. Аналіз показників середніх значень за шкалою диференціальних емоцій виявив, що у військовослужбовців коливання емоцій більші, ніж у досліджуваних із контрольної групи. Вираженими у поранених військових є: горе, гнів, провина. В експериментальній групі переважають респонденти з індексом гострих негативних емоцій та меншою кількістю осіб із індексом позитивних емоцій. Індекс переживання тривожно-депресивних емоцій в досліджуваних групах не має відмінностей. У більшості поранених військових діагностовано тип емоційної реакції як «рефрактерна активність всередину» (16 осіб) та «дисфорична активність зовні» (11 осіб). Обрахунок статистичної значимості за допомогою U-коефіцієнта кореляції Манна-Уїтні дає нам можливість констатувати наявні відмінності за типом ейфоричної емоційної реакції ($p \leq 0,05$) в експериментальній і контрольній групах, рефрактерний тип реакцій ($p \leq 0,05$).

3. Середні арифметичні значення даних за методикою «Самооцінки психічних станів» виявили, що такі шкали як «тривожність», «фрустрація», «агресивність» та «ригідність» є вищими в експериментальній групі, підтверджено обрахунком статистичної значимості ($p \leq 0,05$). Таким чином, доведено, що у поранених військовослужбовців прояви таких психічних станів, як тривожність, агресія та ригідність значно вищі, ніж у чоловіків з контрольної групи.

4. Узагальнені дані за методикою «Госпітальної шкали тривоги і депресії» свідчать, що військовослужбовці мають субклінічний і клінічний рівень тривоги та депресії. Обрахунок статистичної значимості доводить відмінності за шкалою переживання депресії ($p \leq 0,05$). Опитувальник посттравматичного зростання свідчить, що в експериментальній групі вищими є середні значення за шкалами «ставлення до інших», «сила особистості», «духовні зміни» та «підвищення цінності життя». Контрольна група має високі середні значення лише за шкалою «нові можливості». Статистична відмінність наявна за шкалами «ставлення до інших», «сила особистості», «духовні зміни», «підвищення цінності життя» та індекс посттравматичного зростання ($p \leq 0,05$).

5. Таким чином, у поранених військових виявлено переважно деструктивні прояви емоційних реакцій, їх показники значно відрізняються у порівнянні з результатами чоловіків із контрольної групи, прояв депресивних ознак зустрічатися частіше, ніж в контрольній групі. Також у поранених військовослужбовців індекс посттравматичного зростання є вищим у порівнянні із результатами контрольної групи.

Проведене дослідження надало можливість проаналізувати проблему бойових травм та окреслити перспективні напрями наших подальших наукових розвідок, а саме:

1. Аналіз наукових доробків передбачає систематичне вивчення сучасних досліджень, що висвітлюють вплив бойових травм на психоемоційний стан військовослужбовців. Це включає як теоретичні підходи до вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), так і специфічні особливості реагування на фізичні травми, які можуть супроводжувати психологічні порушення.

2. Емпіричне дослідження полягає в зборі і аналізі даних на основі практичних спостережень за військовослужбовцями, які отримали поранення, зокрема через опитування, інтерв'ю, психометричні тести або інші методи дослідження психоемоційного стану. Це дозволяє побудувати точнішу картину змін, що відбуваються в психічному стані таких осіб.

3. Висновки, що зроблено на основі проведеного аналізу і дослідження, полягають у виявленні ключових факторів, що впливають на психоемоційний стан поранених, таких як інтенсивність травм, час від отримання поранення, наявність або відсутність соціальної підтримки, ефективність лікування тощо. Також може бути визначено, які методи реабілітації та психологічної підтримки є найбільш ефективними для таких осіб.

4. Визначення впливу бойових травм на психоемоційний стан: Проведений аналіз наукових досліджень показав, що поранення військовослужбовців не тільки призводять до фізичних наслідків, а й мають значний вплив на їх психологічне здоров'я. Важливим є вивчення не тільки самого поранення, але й реакцій організму на стресові фактори, які супроводжують бойові дії. Психоемоційні стани можуть включати тривожність, депресію, агресивність, соціальну ізоляцію, що часто

ускладнюється відсутністю належної психологічної підтримки після повернення з фронту.

5. Роль соціальної підтримки та реабілітації: Одним з основних висновків є те, що рівень соціальної підтримки (від родини, колег, соціальних служб) має безпосередній вплив на швидкість та якість психоемоційної реабілітації поранених. Учасники дослідження, які отримували системну психологічну підтримку або реабілітаційні програми, демонстрували кращі результати в адаптації до мирного життя, менше піддавалися посттравматичному стресовому розладу та мали більшу мотивацію до відновлення.

6. Індивідуальні особливості військовослужбовців: Важливим аспектом є індивідуальна реакція на травму, яка може залежати від особистих рис характеру, попереднього психологічного стану до отримання поранення, рівня підготовки та досвіду бойових дій, а також наявності або відсутності психічних розладів в анамнезі. Емпіричне дослідження виявило, що деякі військовослужбовці краще адаптуються до змін і мають стійкіший психоемоційний стан, тоді як інші потребують більш тривалого лікування і реабілітації.

7. Взаємозв'язок психоемоційних станів та фізичних травм: Дослідження показало, що важкість фізичних травм, тривалість процесу лікування та необхідність подальшої хірургічної або медичної допомоги можуть значно посилювати психоемоційні порушення, зокрема депресивні стани та тривожні розлади. Природні процеси відновлення організму, часто супроводжуються больовими відчуттями та інвалідизацією, що підсилює відчуття безпорадності й безнадії.

8. Значення комплексного підходу до лікування: Отримані результати свідчать про важливість комплексного підходу в лікуванні поранених військовослужбовців. Фізична реабілітація повинна бути доповнена психологічною допомогою, включаючи психотерапію, арт-терапію, групову терапію та інші методи, які допомагають зменшити стрес і підтримати психоемоційну стабільність. Зокрема, використання таких методів, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), значно знижує рівень тривожності та депресії у військових.

9. Перспективи подальших досліджень: У ході аналізу було виявлено низку важливих аспектів, які потребують подальшого дослідження, зокрема вивчення довгострокових наслідків психоемоційних розладів у ветеранів, ефективність різних підходів до лікування та відновлення, а також розробка нових методів профілактики психічних розладів у військових. Подальші дослідження повинні зосереджуватися на вдосконаленні психосоціальної реабілітації та розширенні підтримки з боку державних і громадських організацій.

Ці етапи дозволяють отримати комплексну картину психоемоційного здоров'я поранених військовослужбовців і розробити рекомендації для подальшої роботи з цією категорією осіб.

Таким чином, проведений аналіз і емпіричне дослідження дозволяють не лише зрозуміти глибинні процеси, що відбуваються у психоемоційному стані поранених військовослужбовців, але й створити ефективні стратегії для їх реабілітації та соціальної адаптації в умовах мирного життя.