

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
кафедра практичної психології**

**Психологічні особливості прояву депресивних станів у
військовослужбовців**

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:

студентка 2 курсу, 622 групи

Романюк Інга Ігорівна

Керівник:

асистент, канд. псих. наук, **Чорней М.П.**

*До захисту допущено
на засіданні кафедри
протокол № 4.1 від 3 листопада 2023 р.
Зав. кафедрою _____ доц. Радчук В.М.*

Чернівці - 2023

Романюк Інга. Психологічні особливості прояву депресивних станів у військовослужбовців. Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра зі спеціальності 053 Психологія. – Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича. – Чернівці, 2023. – 65 с.

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню теоретичних основ та емпіричному дослідженню психологічних особливостей прояву депресивних станів у військовослужбовців. У першому розділі роботи проводиться аналіз поняття «депресія» в психологічній літературі, розглядається механізм та прояв депресивної симптоматики у військовослужбовців.

Другий розділ складається з характеристики вибірки та методів дослідження. Описано організацію дослідження.

Третій розділ містить результати емпіричного дослідження, яке вивчає психологічні особливості прояву депресивних станів в осіб, які проходять військову службу. Описано аналіз та інтерпретацію отриманих результатів.

Кваліфікаційна робота містить висновки, які узагальнюють отримані результати, а також список використаних джерел та додатки. Робота допоможе зрозуміти і вивчити проблему психологічних особливостей прояву депресивних станів у військовослужбовців.

Ключові поняття: депресія, бойова психічна травма, психотерапія, психокорекція, психічне здоров'я, соматичні захворювання, психічна діяльність, синдром виживання.

Romanyuk Inga. Psychological features of depressive states in military personnel. Master's thesis for the degree of Master's Degree in Psychology (specialty 053 Psychology) - Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University - Chernivtsi, 2023. 65 p.

The qualification work is devoted to the study of theoretical foundations and empirical research of psychological features of depressive states in military personnel. The first chapter of the work analyzes the concept of "depression" in the psychological literature, considers the mechanism and manifestation of depressive symptoms in military personnel.

The second section consists of a description of the sample and research methods. The organization of the study is described.

The third section contains the results of an empirical study that examines the psychological characteristics of depressive states in persons performing military service. The analysis and interpretation of the results are described.

The qualification paper contains conclusions summarizing the results, as well as a list of references and appendices. The work will help to understand and study the problem of psychological features of depression in military personnel.

Key words: depression, combat trauma, psychotherapy, psychocorrection, mental health, somatic diseases, mental activity, survival syndrome.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	
1.1.Теоретичні підходи до вивчення депресивних станів у військовослужбовців.....	8
1.2.Механізм виникнення депресивних станів у військовослужбовців, як наслідок проходження військової служби.....	12
1.3.Психологічні особливості прояву депресивних станів у військовослужбовців.....	19
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	
2.1.Характеристика вибірки та методів дослідження.....	23
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ В ОСІБ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ВІЙСЬКОВУ СЛУЖБУ.....	
3.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження	26
3.2.Профілактика виникнення депресивних станів у військовослужбовців.....	46
3.3. Роль психотерапії у подоланні депресивних станів.....	48
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	56
ДОДАТКИ.....	62

ВСТУП

Актуальність дослідження. Бойова діяльність потребує високої підготовленості військовослужбовців до дій у ризиконебезпечних ситуаціях. Результативність цієї діяльності проявляється виконанням поставлених завдань на основі їх професійної надійності, яка визначається особистісно-індивідуальними особливостями суб'єкта, насамперед, його психоемоційною стійкістю. Тривалий вплив екстремальних умов призводить до психоемоційних змін. Так, у військовослужбовців, які перебували у бойових умовах, можливе виникнення негативних психічних станів, що вказує на необхідність дослідження у них психоемоційних функцій.

Вивченням динаміки психофізіологічного стану військовослужбовців займались багато українських та зарубіжних вчених, зокрема Ю. І. Погодіна, І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, Т. О. Перцева та Р. П. Федоренко.

Участь у бойових діях, як активна (у складі військових формувань), так і пасивна (цивільні особи, що перебувають у зоні конфлікту), є серйозним стресом. Згідно із результатами досліджень, ризик розвитку депресивних порушень у таких осіб значно вищий, ніж у загальній популяції.

Події, які відбуваються в Україні останніх два роки, зокрема, протистояння української армії повномасштабній російській агресії, зумовлюють необхідність у військових психологів до посиленої уваги та вияву у військовослужбовців негативних психічних станів, як наслідок впливу бойових, екстремальних чинників службової діяльності. У даному напрямі важливість досліджень спричинена, з одного боку, у запобіганні виникнення у військовослужбовців подібних станів, а з іншого – цілковитою нестачею характеристики особливостей вияву таких станів в українських військовослужбовців, які залучаються до виконання службових завдань у місцях ведення бойових дій. З огляду на неповне дослідження вищезначеної проблеми, а також її актуальність та соціальну значущість, було здійснено

вибір теми дипломного дослідження «**Психологічні особливості прояву депресивних станів у військовослужбовців**».

Об'єкт дослідження – психоемоційна сфера військовослужбовців.

Предмет дослідження – прояв депресивних станів в осіб, які проходять військову службу.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості прояву депресивних станів у військовослужбовців.

Задля реалізації мети дослідження і перевірки сформульованої гіпотези потрібно вирішити такі **завдання**:

1. Здійснити аналіз теоретичних підходів до вивчення депресивних станів у військовослужбовців;
2. Визначити механізми формування депресивних станів в осіб, що проходять військову службу;
3. Емпірично дослідити психологічні особливості прояву депресивних станів у військовослужбовців;
4. Запропонувати заходи з профілактики виникнення депресивних станів у військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження: існують відмінності прояву депресивних станів у військовослужбовців залежно від віку, виду несення служби та відсутністю чи наявністю бойового досвіду.

Методики та методи дослідження:

Для розв'язання поставлених завдань та перевірки гіпотези було використано такі методи: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення та систематизація інформації з досліджуваної проблеми); емпіричні: (тестування «Шкала депресії» А.Т.Бека, «Опитувальник з депресії PHQ-9», «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)», «Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану» О.М. Кокуна); статистичні (аналіз відсоткових співвідношень).

Вибірка дослідження. У дослідженні взяли участь 30 військовослужбовців військової частини міста Чернівці.

Структура роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, списку використаних джерел та додатків. Роботу викладено на 73 сторінках, із яких 45 сторінок основного змісту. Робота містить 11 рисунків, 6 таблиць, 62 літературних джерела, 4 додатків.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Теоретичні підходи до вивчення депресивних станів у військовослужбовців

У наш час розвиток реформування Збройних Сил України (ЗСУ), участь армії в повномасштабній війні, змушує розв'язувати завдання нового рівня з підвищення бойової та психологічної готовності особового складу.

Н. Даців зазначає, на передовій, в сукупності з бойовим досвідом відбуваються зміни і у психіці військовослужбовців, що значною мірою впливає на виконання бойових завдань, виникає процес деформування типової лінії поведінки людини, її реакції на зовнішні подразники. В результаті без належної психокорекції такі тенденції можуть спровокувати значне погіршення психічного стану[15].

В. Алещенко, О. Сафін, Є. Потапчук виділяють наступні фактори, які здатні чинити вплив на якість психічного здоров'я військовослужбовця: психічні стани, які опосередковують перебіг психічних процесів (спокій, зосередженість або стан фрустрації, апатії, стресу тощо); психічні процеси (критичність, сприйняття, точність відображення дійсності, планування майбутньої діяльності); психічні властивості, що опосередковують поведінку (адекватна самооцінка і рівень домагань, впевненість у собі, комунікабельність, доброзичливість); рівень саморегуляції (саморегуляція, самоконтроль), що дозволяє здобувати поставлену мету; відсутність шкідливих звичок [4].

На думку Д. Волкова та О. Черних розширене вивчення особистості військовослужбовця є надзвичайно актуальним, однак обмежене рядом соціально-економічних, методологічних і матеріальних причин. До того ж, фахівці наголошують, що психічне здоров'я військовослужбовців аналізувати складно через особливість військової діяльності, неоднорідність стану їх

психічного здоров'я та неоднаковий рівень факторів та навантажень, які здатні опосередковувати їх стан[13].

Як відмічає Р. Федоренко, в стані гострого чи хронічного стресу і за обставин емоційної напруженості, звичайний тип поведінки або реагування на зовнішні подразники спроможний змінюватися залежно від внутрішніх умов психічної діяльності. Зазвичай, за умов екстремальних чи суб'єктивно екстремальних умов шкала індивідуальних психологічних і психофізіологічних відмінностей збільшується за рахунок сильних і слабких стеничних та астенічних якостей людини[51]. Результатом цих внутрішніх особистісних процесів нерідко стають негативні психічні стани. До них відноситься стрес, нервовопсихічна напруга, стомлення, депресія, тривога[21].

В загальній сукупності та у сукупності хворих, які адресовані за допомогою до лікарів загальної медичної практики, психологів і до психіатрів, з'ясувалося, що найпоширенішим психічним захворюванням вважається депресія [20]. Її відносять до захворювань емоційної сфери, де основною ознакою є постійний пригнічений настрій, з яким поруч відбувається спад усіх ресурсів організму.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я здійснили оцінку і встановили, що по всьому світі депресивні стани проявлені близько у 500 мільйонів осіб. Окремо статистика свідчить про те, що найбільше депресією страждають люди віком 20–59 років, однак максимальне число вказаного стану відносять до періоду 20-39 років[18]. Депресивні стани різко зростають і на Україні. Алже за даними МОЗ України основою психічної патології 65% складають психічні розлади неспихотичного рівня, серед яких домінує депресія[41].

В стародавні часи депресію називали меланхолією, а сам термін почали вже застосовувати у 14 столітті. Англійський дослідник Р. Бартон у 17 столітті написав книгу, і подав розгорнуту характеристику депресії того часу. Його погляди на цю недугу виявилися дуже схожі до новітніх уявлень[9].

За А.В. Снежневським, депресія – це стан, що характеризується меланхолійністю, уповільненням інтелектуальної і моторної діяльності, зниженням вітальних спонук, песимістичними судженнями про себе і своєї ролі в зовнішньому світі[42].

У науковій літературі депресія позначається як психологічний розлад, якому характерна одна з головних когнітивних складових: руйнівна та негативна оцінка себе як індивідуума, навколишнього світу і свого майбутнього[8].

Депресія являє собою змінну комбінацією афектів і афективно-когнітивних взаємодій. Слід наголосити, що під час депресії активується більше емоцій, а тому виникає більше шансів для розгортання конфліктів в емоційній динаміці[17]. Ця недуга найбільшу небезпеку передбачає в тому, що здатна довгий період залишатися без відповідної уваги збоку хворого, і з боку його оточення. Тому виникає проблема у наданні якісної психологічної допомоги, тому що така прихованість з часом може набувати найтрагічніші наслідки, розпочинаючи серйозними психічними розладами і закінчуючи самогубством[42].

Г. Абрамов пише, що депресивні прояви досягають широке коло феноменів, депресія тісно поєднана з порушенням біохімічних реакцій в головному мозку, а саме, з дефіцитом речовин, які беруть участь у перебігу нервових процесів. На сьогоднішній день цілком не встановлено причинно – наслідковий характер цього зв'язку: тобто він тільки односторонній – спричиняють депресію безпосередньо біохімічні порушення, або можливо психотравмуючі соціальні та фізичні фактори можуть насамперед спричинити емоційні, психічні, депресивні переживання, які в свою чергу пізніше викликають біохімічні розлади[1].

О. Хаустова, аналізуючи нещодавно опублікований метааналіз досліджень щодо психічних розладів (2021р.), асоційованих із війнами та збройними конфліктами, зазначила, що загальна поширеність депресії складала 27,8%, тривоги – 32,5% та ПТСР – 22,4% . Огляд інших підгруп

виявив вагому різницю у поширеності тривоги та депресії, однак не ПТСР, між військовослужбовцями та цивільними ($p < 0,001$), а саме: депресія – 38,6% проти 20,2%; тривога – 39,3% проти 15,3%; ПТСР – 27,5% проти 20,8% відповідно. Загальна поширеність депресії під час війни сягає 38,7%. Сукупна поширеність тривоги під час війни 43,4%. На основі даних цього метааналізу з'ясовано наступне, підвищення рівня тривоги було пов'язане з високою вразливістю до дистресу війни. В свою чергу, соціально-економічні фактори відігравали роль провісника депресії[52].

Немало наукових зібрань було присвячено вивченню впливу дистресу війни на психічне здоров'я як цивільного населення, так і військовослужбовців та ветеранів. В одному з довгострокових досліджень (1993-2004) проводили оцінку під час війни та у післявоєнний період у Хорватії психосоматичних скарг та симптомів депресії серед солдатів, цивільних і біженців. Як показали результати, тривала напружена ситуація мала довгострокові наслідки у вигляді насамперед психосоматичних ознак для здоров'я біженців і солдатів. Високе навантаження найчастіше призводить до того, що на основі нервово-психічної нестійкості формуються психічні розлади (непсихотичні і психотичні). Наслідком психічних розладів непсихотичної форми є психопатії та психогенії, які можуть супроводжуватись алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією. В разі розвитку даних психічних розладів у військовослужбовців, вони можуть стати небезпечними для навколишніх[4].

Зарубіжні вчені Д.Вестбрук, Г.Кеннерлі, Дж. Кірк пишуть, що у бойових умовах нажитими змінами особи є загострене почуття справедливості, гіпотимія, тривожність, ранимість, афективна нестабільність, сторожкість, імпульсивність і підозрілість, схильність до самоти, почуття спустошеності, напруженість міжособистісних стосунків, постійна готовність до реактивних утворень, вибухів люті, само ушкоджень. Можуть спостерігатися втрата уваги і зміна зовнішності, втрата ваги, швидке сп'яніння. Ці зміни трактуються як «синдром виживання», або апатична депресія. Трансформація особистості

може виникнути після першого вбивства ворога або після загибелі побратима. Первинна реакція на таку травму може бути зовні непомітною або супроводжуватися гострою психічною дезорганізацією. Після повернення з війни залишаються звичка оцінювати те, що оточує з точки зору потенційної небезпеки, і щонайменша провокація може несподівано викликати агресію[12].

Досвід тривалого перебування у гострій стресовій ситуації може значно ускладнити якість життя людини у мирному, цивільному населенні. Адже учасники збройних конфліктів вважаються специфічним контингентом, який потребує багатопрофільної реабілітації, а категорія інвалідів з їх числа виділена в групу особливої соціальної значимості, тому що серед ветеранів, які були вперше визначені як інваліди, понад половини - особи працездатного віку[22].

1.2. Механізм виникнення депресивних станів у військовослужбовців, як наслідок проходження військової служби

До теперішнього часу науковцями було висунуто немало гіпотез та теорій на рахунок вивчення депресивних розладів, серед яких вагомими вважають біолого-психіатричний та психолого-соціологічний підходи. Також відокремлюють третій підхід, який має назву біопсихосоціального. На основі якого біологічні, психологічні та соціальні фактори чинять загальний вплив на особистість, тим самим викликаючи у неї депресію[7].

Психологи біолого-психіатричного підходу зазначають, що причина депресії лежить у дисбалансі таких гормонів, як норадреналін, серотонін та допамін. Вагомим детермінантом зумовленості даного недуга вважають наявність в анамнезі черепно-мозкових травм і захворювання головного мозку. Гормональні зміни та затяжні соматичні захворювання також постають пусковим механізмом у появі депресивного стану.

А згідно з психолого-соціологічним підходом депресію можна встановити методом дослідження глибинно-психологічних та соціокультурних аспектів.

Важливо наголосити, що саме Дж. Ейнджел вирішив об'єднати біологічні, соціальні та психологічні фактори виникнення депресії, задля кращого розуміння даної хвороби. Вчений вказує, що початковими є біологічні фактори, на основі яких з'являються психологічні, а соціальні постають у ролі стимулів [33].

О. Назаренко звертає увагу, що на психіку чинять вплив різні стресові фактори зумовлені проходженням військової служби. Психотравмуючий характер, а також тривалість впливу цих стресорів призводять до виникнення змін у психіці військовослужбовців, які понижують ефективність проходження служби[36].

Для визначення ймовірності прогресу психічних і фізичних порушень важливу роль відіграє врахування суб'єктивного ставлення військовослужбовця до ситуації, спроможність до об'єктивної оцінки власних сил, ресурсів, і співвіднесення із минулим досвідом, рівень значущості ситуації [16]. Свою роль, звичайно, відіграє і певна конституційна слабкість, яка має такі характеристики нервової системи, як: низький темп, низька активність та інтровертованість, які навіть при незначному ускладненні ситуації призводять до значного виснаження, накопичення негативних самооцінок на свою адресу і, як наслідок, до формування астено-депресивної симптоматики[19].

Проте О. Тімченко вважає головним та об'єднувальним критерієм виникнення в особистості під час процесу виконання діяльності різних негативних психічних станів-невідповідність її індивідуальних особливостей та кваліфікації умовам та завданням цієї діяльності. Чинники, які в процесі виконання військово-професійної діяльності можуть зумовлювати стресовий вплив розподіляють на специфічні і неспецифічні. До першого розподілу належать: обставини, що несуть загрозу життю та фізичній цілісності

військовослужбовців; травми, каліцтва, поранення, контузії; смерть товаришів по службі в результаті виконання бойових дій; жахливі картини людських мук і загибелі; події, внаслідок яких деморалізовані честь і гідність військовослужбовця. До другого розподілу відносять: високий рівень безперервної потенційної загрози для життя; довготривала напружена діяльність; затяжна депривація основних біологічних і соціальних потреб; несподівані та різкі зміни умов несення служби; важкі погодні умови для життєдіяльності; висока відповідальність за свої дії; нестача спілкування з близькими; неможливість повпливати на умови свого життя; тривалі та інтенсивні міжособистісні конфлікти; потенційна можливість страждань фізичних і моральних, задля досягнення мети, незрозумілої для військовослужбовця[49].

Тому одним з найважливіших механізмів виникнення негативного психоемоційного стану є зрив адаптаційних і компенсаторних механізмів на різних рівнях організації функціональних систем організму за рахунок індивідуально екстремальних чинників зовнішнього середовища[34]. «Людські страждання, масові травми, війна – це все здійснює вплив на психічне здоров'я. Перебуваючи в осередку таких подій, військовослужбовець зазнає безпосередніх психічних травм, стаючи свідком насильства[52]. Динаміка переживання воєнно-травматичних стресових обставин включає в себе фазу депресії. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття сенсу життя. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування[30].

Згідно з поглядами О. Кокун, І. Пішко та Н. Лозінської, депресивні тенденції під час бойових дій природним чином призводять до зниження у військовослужбовців рівня стійкості до бойового стресу. Подібний вияв внаслідок бойового стресу, починає проявлятися через деякий час після дії стресора і здатен тривати довгий період – місяці й роки[23].

Виділяють п'ять етапів військової діяльності:

- 1) допризовний період;
- 2) призов та адаптація до армійських умов;
- 3) професійне несення військової служби;
- 4) очікування демобілізації;
- 5) демобілізація;
- 6) післядемобілізаційна життєдіяльність.

У ситуації допризовного періоду молоді люди приходять з незадовільною установкою щодо служби, з “Я-концепцією”, яка направлена або на конфронтацію, або на пристосовництво, прислужництво. Також може супроводжуватись відчуттям байдужості, безініціативність, пасивним виконанням, відбуттям терміну. Вагомим є і те, що більшість призовників мають слабе здоров'я, низькі фізичні показники, недостатній інтелектуальний рівень, соціопатичні нахили.

Курс молодого бійця - так формально позначається початкове включення в армійське середовище (тривалість 14–30 днів), вимагає внутрішньофізіологічних змін організму новоприбулого військовослужбовця на всіх структурних рівнях його біологічної та психологічної організації. Чинники, які діють на військовослужбовця за таких незвичайних умов, за наявності слабких місць у структурі особи, стають стресовими або психогенними і здатні призводити до прояву психосоматичних захворювань, що не виявлялися за умов спокійного, цивільного життя[51].

Як вважає В. В. Кирилін, у випадку проходження військової служби психологічно-соціальними детермінантами негативного психоемоційного стану вважають:

- неякісну підготовленість новоприбулих до несення військової служби;
- неналежні умови для нормального функціонування;
- залучення до господарчих робіт, не пов'язаних зі службою;

-низька культура стосунків у системі керівництва-підлеглості, неефективне керівництво, порушеннями статутних правил, а також вимог зберігання зброї та боєприпасів, матеріальних цінностей, харчових продуктів;

-недоліки в організації дозвілля, а саме відсутність можливості для творчих видів діяльності;

-використання безглузких форм виховної, тренувальної і загартовувальної діяльності;

-зловживання наказовими висловленнями, які не супроводжуються поясненням змісту та значення конкретного наказу[35].

Буває, що у військовослужбовця виникає думка про непридатність до служби. Професійно-психологічна непридатність може відчуватися солдатами в умовах екстремальних, коли вимоги командирів і товаришів різко зростають. Характерними проявами такої непридатності є нездатність запам'ятати положення статуту і невміння застосовувати ці положення у поведінці. Такого бійця частіше залучають на підсобні роботи, вважають другим «сортом», можуть кепкувати як з невдахи, що в результаті незадовільно позначається на психологічному стані військовослужбовця[51].

С. Яковенко зазначає, що ситуація змінюється при очікуванні звільнення в запас. Своєрідним для цієї стадії є сформований Я-образ «старого», з вимогою поваги до власної особи, особливо від «молодих». Перспективні плани на життя після демобілізації призводять до обережної і запобігливої поведінки, задля того, аби не скоїти певних вчинків, через які можуть затримати звільнення в запас.

У деяких ситуаціях, офіцери, помічаючи готовність покомандувати, передають сержантові свої виховні функції та повноваження, вимагаючи лише кінцевого результату. У свою чергу сержант, може застосовувати свої «виховні заходи», не маючи достатнього рівня підготовки офіцера, які базуються на погрозах, залякуванні, іноді на грубій фізичній силі, а також на численних каральних санкціях. Перераховані форми «виховної роботи», які прапорщики (рідше офіцери) застосовують до молодих, можна назвати як

аморальні, або такі, що порушують норми статуту, а іноді як карні, злочинні[57].

У структурі особистості створюють умови для визначення «вузьких місць» згадані раніше психолого-соціальні фактори ситуації допризовного періоду і строкової служби, які можуть зумовлювати розвиток депресивного стану. В цьому знаходить відображення відома психологічна закономірність, у відповідності з якою в буденних обставинах життя та роботи (навчання) людина діє в оптимальному для себе режимі, який слугує врівноваженню, компенсації різних особистісних властивостей, нівелюванню їх крайньої вираженості[51].

Вчені Д. Волков та О. Черних узагальнюючи аналіз ситуацій, в яких опиняється військовослужбовець, виділяють ряд неналежних факторів, які передають своєрідність та складність умов проходження військової служби:

- вимогливе регламентування взаємовідносин;
- потенційна небезпека для здоров'я і життя;
- надмірне фізичне тренування;
- обмеження в харчуванні;
- обмеження в матеріально-економічній сфері;
- депривація в сексуальних потребах;
- недостатнє спілкування з рідними, близькими, друзями;
- неможливість у виборі партнера для спілкування;
- примусова взаємодія;
- безумовна підлеглисть старшим та залежність від них;
- недостатність вибору в ухваленні рішень;
- знаходження в умовах, бідних на інтелектуальні стимули;
- вимушена відкритість у всіх сферах життєдіяльності (неможливість бути наодинці, перебування під постійним наглядом, часте «вторгнення» в особисте середовище);
- навіювання суворих та жорстких «чоловічих» засад у поведінці;

- стимулювання до пригнічення індивідуальності, ініціативності;
- умови в яких є ймовірність впливу соціопатичних особистостей.

Також важливим фактором, що сприяє розвитку депресивних тенденцій, є порушення режиму сну:

-вже після однієї безсонної ночі боекдатність помітно знижується, швидко зменшується обсяг пам'яті, в першу чергу, короткочасної, що призводить до зменшення засвоєння інформації та ускладнює прийняття рішень у відповідальні моменти;

-депривація сну веде до зниження толерантності військовослужбовців до стресу і до збільшення загальної кількості «психологічних втрат» під час бойових дій;

-знижується реакція на раптові критичні ситуації, вчасно не використовується адекватний захист і заходи безпеки, збільшується кількість «фізичних втрат» серед військовослужбовців[13].

Як і кожна повноцінна особистість, так і військовослужбовці прагнуть до реалізації соціального комфорту, поважливих взаємовідносин у військовому колективі, нагоди побути на самоті, спілкування з протилежною статтю, здійснення потреб біологічного характеру, які на жаль в умовах депривації неможливо реалізувати. З одного боку, актуалізація цих потреб, а з іншого, перешкоди для їх задоволення, викликають у військовослужбовців стан хронічної фрустрації, що може спровокувати розлад захиснокомпенсаторних механізмів. Невротизація, соматизація або девіація поведінки може виникати внаслідок Порушення нервовопсихічного балансу особистості [51].

С. Грилюк пише, що кожна людина має строго індивідуальну межу опору, по досягненню якої психоемоційні перенапруження, перевтоми або порушення функцій організму є чинниками зривів психічної діяльності[14].

1.3. Психологічні особливості прояву депресивних станів у військовослужбовців

Слід зауважити, що В. Алещенко, О. Сафін та Є. Потапчук вважають, що стресові ситуації, умови та завдання військової служби впливають на фізіологічний стан організму, функціональні зрушення, знижені показники когнітивних функцій, такі як: уваги, пам'яті, розумової працездатності, і в результаті виникнення депресивного стану. Далі, коли підвищується нервово-психічна напруга, то з'являються руйнівні внутрішньоособистісні конфлікти. Охарактеризовані зрушення фізичного стану посилюють зниження життєвого тону, який включає в себе головний біль, м'язове напруження, переживання тривалого психоемоційного стресу, органічні та психосоматичні хвороби [4].

А. Бек та А. Елліс вагомим фактором депресії вважали почуття власної малозначущості і пригніченості. Натомість А.М. Селігман, А. Бандура вказували на почуття особистісного падіння і безпомічності [6].

Депресія проявляється у різних видах та формах, проте її наслідки є завжди незадовільні, що відображається на психічному та соматичному рівнях [18].

Н. Пасічняк виділяє три основні складові частини депресії: сумний настрій; зниження когнітивних функцій (загальмованість психічної активності, темпу мислення, мови); психомоторна затримка (збіднені рухливість, жестикуляція, міміка, одноманітність поз) [42]. До емоційного компоненту депресії відносять сумний настрій, втрата інтересів та енергійності, невпевненість в собі, схильність до самозвинувачень, страх невдачі, перебільшення своєї провини, відчуття неповноцінності і «заслуженого» відторгнення, надмірна самокритичність [38]. В розумовій сфері - депресії притаманне ускладнення концентрації уваги, уповільнення асоціативного процесу, погіршення результатів службової діяльності (навчання), відчуття безпорадності та нездатність до роботи. В свою чергу тілесні симптоми охоплюють: головні болі, болі в животі, розлади травлення, розлади сну, значне зниження статевого потягу [47].

Л. Юр'єва зазначає що, деякі депресивні симптоми мають особливе клінічне значення і позначаються як «соматичні» (біологічні, вітальні, меланхолійні або ендогеноморфні). Їх наявність робить депресію ближче до «психотичної» (важкої та більш складної у лікуванні). Ступінь вираженості депресії обумовлює порушення адаптаційних можливостей від деяких труднощів при виконанні звичайної роботи і підтримці соціальної активності, до обмеження або повного припинення їх виконання [56]. Депресія дуже тривала і глибока. Вона паралізує волю людини. Їй важко через заниження самооцінки формувати нові стосунки; вона впевнена: якщо одна людина відмовилася від неї, те ж зроблять й інші[51].

За даними Т. Семикіної, при депресивному стані у військовослужбовців проходить процес повного переоцінення власного соціального статусу та ролі в суспільстві, суспільно та особистісно вагомих цінностей. Суцільна невизначеність сприяє зниженню вольових якостей і витривалості, перевага надається безініціативній стратегії в поведінці. Вона підштовхує до перегляду «Я-концепції», і підсилює такі особистісні риси, як нерішучість, конформізм, підозрілість. За цими ж ознаками може більше, ніж раніше, поєднуватись сприятливість до суспільних станів, як фрустрація або психічне зараження. Коли описані властивості переживань будуть розширюватись, тоді почнуть слабнути бойові та дисциплінарні якості особового складу, знизиться рівень керівництва військовими підрозділами і як результат – поширяться нестатутні відносини[51].

Привертає увагу той факт, що у науковій літературі диференціюють депресивний епізод та депресивний розлад[25]. Перший можна описати за такими ознаками як:

1) прояв на протязі двох тижнів щонайменше п'яти нижчезазначених симптомів:

- тривале виснаження та відчуття втоми;
- сумний настрій;
- знижений інтерес до раніше улюблених справ;

- зміни у вазі;
 - зміни апетиту;
 - порушення сну;
 - сповільненість рухів та мовлення або навпаки надмірна метушливість;
 - відчуття власної нікчемності;
 - постійно присутнє почуття провини;
 - зниження когнітивних функцій (пам'яті, уваги)
 - постійне відчуття невпевненості у власних діях;
 - думки про те, що було б краще померти;
- б) психологічний стан тільки погіршується.

Депресивний розлад охоплює: прояв депресивного епізоду та виключення з анамнезу маніакальних або гіпоманіакальних епізодів.

Симптоми депресії розподіляють на основні та додаткові. Основні симптоми спостерігаються в кожного, хто має депресивний стан (легкій, середній чи важкій мірі). Додаткові симптоми здатні приєднуватись до загальної картини хвороби.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), яка відповідає критеріям ВООЗ [10], основними проявами депресивного стану є:

- не характерне для людини пониження настрою, яке триває протягом двох тижнів;
- стрімке зниження відчуття задоволення від приємних справ;
- швидка втомлюваність та відсутність енергії.

До додаткових ознак відносять:

- погіршення здатності до фіксації уваги та запам'ятовування;
- тривале почуття власної малоцінності та низької самооцінки;
- наявність тривалого, безпідставного почуття провини та сорому;
- негативна оцінка майбутнього;
- ідеї або дії, які направлені на заподіяння собі шкоди;
- порушений сон та апетит.

Вчена Н.В. Самоукіна зауважує, що особа яка страждає на депресію різного ступеня, повинна вказувати на те, що:

- 1)щоранку їй важко прокидатися та вставати з ліжка;
- 2)вона здатна пропускати прийоми їжі;
- 3)у неї перманентне відчуття безсилля і байдужості до виконання навіть легких справ;
- 4)супроводжують такі відчуття як безнадійність, безвихідність;
- 5)ніщо у її житті не приносить задоволення;
- 6)постійно присутній стан тривоги, невизначеності, страху і невпевненості в собі [48].

РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження

Проходження військової служби, як згадувалося вище у дослідженні, а особливо участь у бойових діях зазвичай поєднуються з травматичними ситуаціями, які представляють собою критичні події, які характеризуються сильним негативним впливом і потребують від особистості енергетичних затрат, задля їх вгамування. Часто такі події можуть бути короткочасними, однак дуже потужними за силою впливу, або довготривалими. Тому бойову психічну травму вважають патологічним становищем роботи центральної нервової системи, який виник внаслідок дії бойового стресу і перевищив адаптаційний потенціал організму[24].

Емпіричне дослідження спрямоване на виявлення психологічних особливостей прояву депресивних станів у військовослужбовців. В якому взяли участь 30 військовослужбовців військової частини міста Чернівці.

Оскільки діагностична частина проводилась на території військової частини, респондентів-військовослужбовців було розміщено в одному з навчальних класів. Задля їх розуміння щодо важливості здійснення даного дослідження, попередньо з кожним військовослужбовцем було здійснено обговорення в ході якого, ми проінформували про характеристики, причини та механізми виникнення депресії, а також її вплив на усі сфери життя особистості. Наступним кроком було роздавання військовослужбовцям бланків для написання відповідей пізніше озвученим методикам. Перед початком кожного тестування оголошувалась інструкція по заповненню кожного бланку. Важливо нагадати, що військовослужбовцям між проведенням наступних методик надавалась десятихвилинна перерва, з метою отримання якісних результатів дослідження.

Посилаючись на завдання дослідження було підібрано такі методики:

«Шкала депресії» (А.Т.Бека), «Опитувальник з депресії PHQ-9», «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)», «Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна».

«Шкала депресії (А.Т.Бека)» [1]

Даний опитувальник, включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які відповідають специфічним проявам/симптомам депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомого внеску симптому в загальний ступінь важкості депресії. Відповідно до ступеня вираженості симптому, кожному пункту присвоєні значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Деякі категорії включають в себе альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу. Показник по кожній категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 згідно з наростанням важкості симптому. Сумарний бал складає від 0 до 62 і знижується відповідно до поліпшення стану.

«Опитувальник з депресії PHQ-9» [2]

Короткий опитувальник, який складається з 9-ти діагностичних критеріїв депресії (DSM-IV). Досліджуваним потрібно оцінити, наскільки часто протягом останніх двох тижнів вони переживали порушення настрою, інтересу, сну, апетиту, концентрації, втомлюваність, наявність поганих думок про себе, зміну відчуття власної динаміки, наявність суїцидальних думок.

В опитувальнику є такі варіанти відповідей: ніколи (0 балів), кілька днів (1 бал), більше половини часу (2 бали), майже щодня (3 бали). Показник за PHQ-9 розраховується як сума балів за відповідними твердженнями.

«Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)» [3]

Шкала призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії. При формуванні шкали HADS автори виключали симптоми тривоги і депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головні болі та інше). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку скарг і симптомів, що найчастіше зустрічаються і відображають

переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

«Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокуна)» [4]

Методика шкалової самооцінки на зорово-аналогових шкалах дає можливість швидко і досить точно отримувати оцінку респондентами різних складових їх психофізіологічного стану. Найважливішими перевагами даної методики є її зручність, універсальність, інформативність, надійність, експрес-характер, можливість класифікації та зіставлення отриманих показників, що робить її однією з найбільш придатних методик для вирішення завдань моніторингу психофізіологічного стану. Методика дає можливість достатньо легко діагностувати параметри не тільки “традиційних” станів самопочуття, активності й настрою, але й інших показників, які характеризують специфічний психофізіологічний стан людини за певної діяльності, в тому числі емоційний, мотиваційний та інші компоненти.

Діагностична процедура полягає в тому, що респонденту пропонується оцінити різні характеристики свого стану на даний момент, відмітивши відповідне місце на неградуйованій шкалі (яка являє собою пряму лінію довжиною 100 мм) вертикальною рисою, з урахуванням того, що лівий край шкали означає мінімальне, а правий – максимально можливе для респондента виявлення певної характеристики.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ В ОСІБ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ВІЙСЬКОВУ СЛУЖБУ

3.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження

Для дослідження особливостей прояву депресивних станів у військовослужбовців було використано методику «Шкали депресії» (А.Т.Бека). Найбільша кількість позитивних відповідей (від 1 до 3 балів) була дана військовослужбовцями на групу тверджень про бачення безпросвітнього майбутнього, тривале відчуття втоми або роздратування, зниження працездатності та порушення сну. Найменша кількість позитивних відповідей була надана військовослужбовцями на твердження про бажання померти, порушення апетиту і зниження сексуального потягу.

Здійснивши аналіз результатів за вибіркою, ми виявили, що високий рівень депресії присутній в 58% досліджуваних, середній в 26% і низький у 16%.

Кількісні показники рівнів депресії подано на рисунку 3.1.



Рис. 3.1. Рівні депресії за вибіркою у досліджуваних

Здійснивши аналіз результатів за віком військовослужбовців, ми виявили, що у представників молодого віку (від 18 до 35 років) спостерігається високий ступінь прояву депресії у вигляді 12%, середній ступінь – у 25 %, низький ступінь депресії - 63%. У досліджуваних зрілого віку (від 35 і до 55 років) спостерігається, що 67% військовослужбовців мали високий ступінь депресії, 18% мали середній ступінь, 15 % низький ступінь вираженості.

Отже, як помітно за показниками вікових особливостей, військовослужбовці віком від 18 до 35 років, на противагу військовослужбовцям, які мають вік від 35 та до 55 років мають менший відсоток у ступенях вираженості депресії. Оскільки перша категорія швидше адаптується до умов військового середовища, швидко оволодіває загальновійськовими знаннями, охоче виконує свої функціональні обов'язки, навіть за умови, коли були призвані під час мобілізації в особливий період.

Кількісні показники проілюстровані на рисунку 3.2.

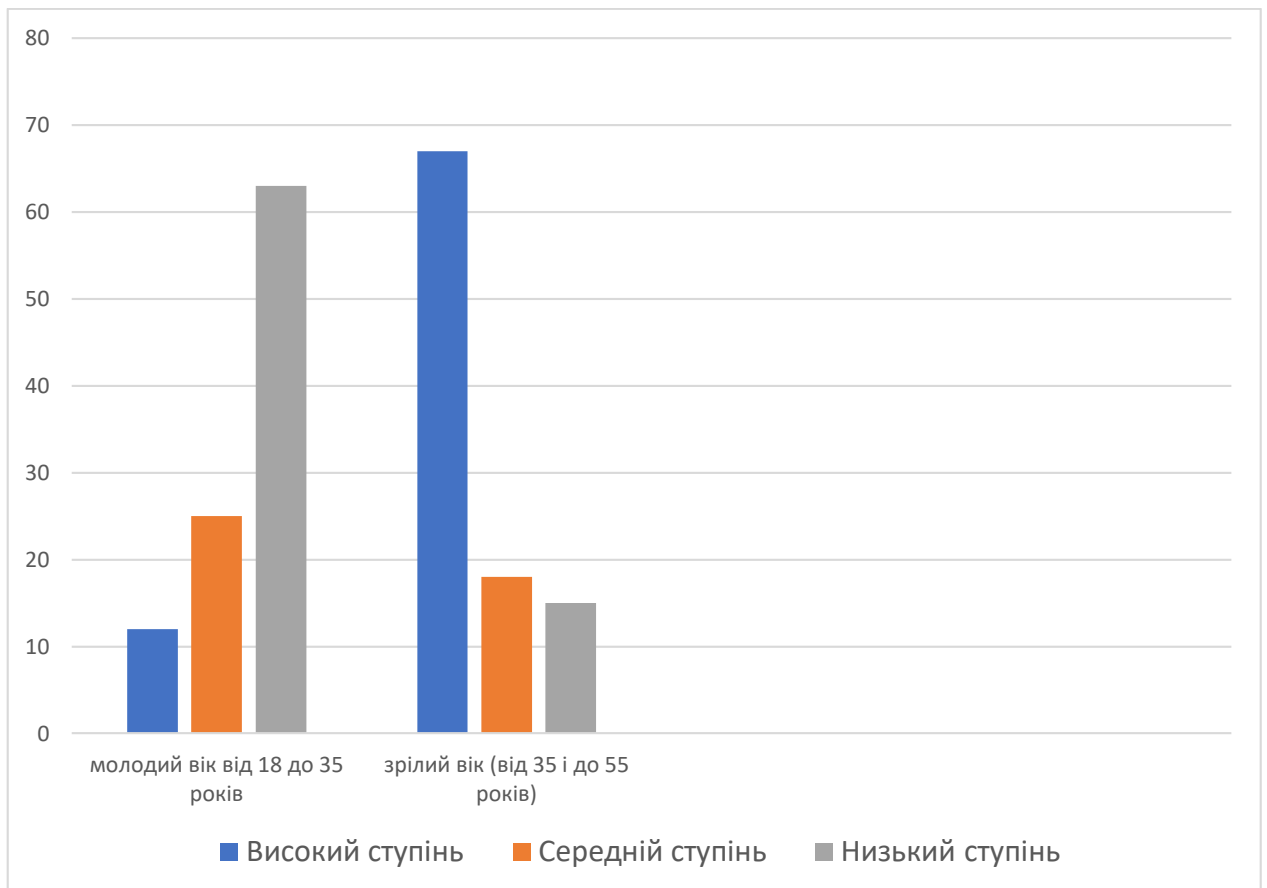


Рис. 3.2. Ступені вираженості депресії у досліджуваних різного віку

Якщо аналізувати результати залежно від виду несення військової служби, то можемо спостерігати такі результати дослідження. З-поміж тих, хто служить за контрактом 12 % мають високий ступінь депресії, 24% середній ступінь, 64% низький ступінь. Серед військослужбовців за призовом по мобілізації в особливий період, бачимо, що 61% військовослужбовців мають високий ступінь депресії, 28% середній ступінь, 11% низький ступінь.

Результати відображені на рисунку 3.3.

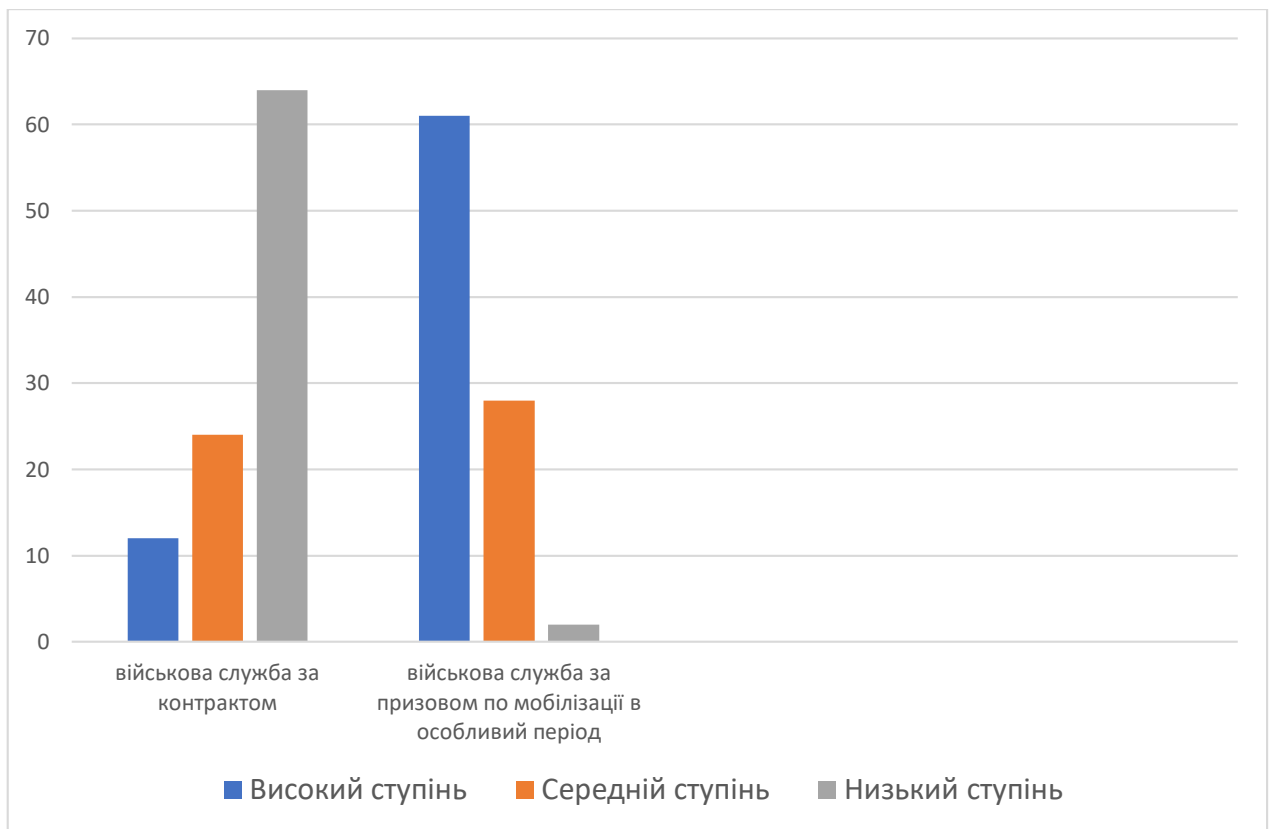


Рис. 3.3. Ступені вираженості депресії у досліджуваних залежно від виду несення служби

Такі відмінності на нашу думку, можна пояснити раптовою необхідністю військовослужбовцям за призовом по мобілізації в особливий період, без належного досвіду, на відміну від військовослужбовців, які служать за контрактом, виконувати обов'язок на захист Батьківщини. Адже останні у зв'язку з довготривалістю перебування на службі мають високий рівень бойової підготовки, більше повноважень, оскільки займають високі

посади, краще справляються з вимогами, які диктує командування та загалом мають розуміння всієї специфіки військової служби.

Також ми здійснили аналіз отриманих даних в респондентів за критерієм наявності/відсутності бойового досвіду. Так, військовослужбовці, які не мають досвід виконання бойових завдань переважно мають високий ступінь вираженості депресії був встановлений у 52%, середній ступінь депресії у 37%, низький ступінь у 11% військовослужбовців. Військовослужбовці, які мають досвід виконання бойових завдань продемонстрували показник у вигляді 31% високого ступеня депресії, 29 % середнього ступеня та 40% низького ступеня депресії.

Отримані показники подано на рисунку 3.4.

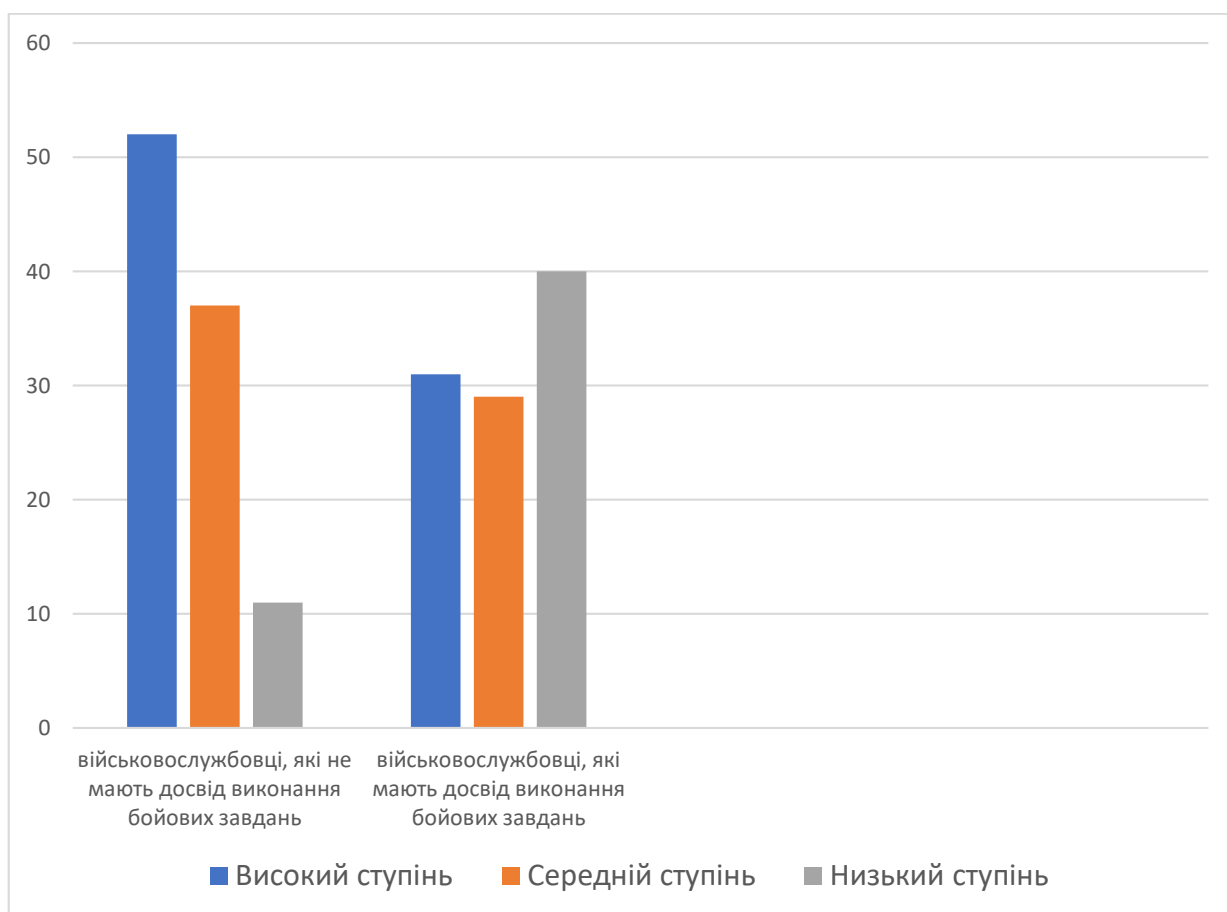


Рис. 3.4. Ступені вираженості депресії залежно від наявності/відсутності бойового досвіду

За анкетною PHQ-9 військовослужбовці повинні були відповісти на дев'ять запитань шляхом визначення балу у залежності від тривалості симптому – від 0 (проблема взагалі не турбувала хворого) до 3 (проблема турбувала майже щоденно). Результати показали, що мінімальна депресія складала 71 % військовослужбовців, легка – 12% військовослужбовців, помірна – 13% військовослужбовців, а помірно-тяжка депресія – 4% військовослужбовців.

Отримані результати подано у таблиці 3.1.

Рівень вираженості депресії	Кількість респондентів (%)
Мінімальна депресія	71%
Легка депресія	12%
Помірна депресія	13%
Помірно-тяжка депресія	4%

Табл. 3.1. Рівень вираженості депресії у військовослужбовців за «Опитувальником депресії PHQ-9»

Найчастіше військовослужбовці обирали бали від 1 до 3 балів у трьох групах тверджень про порушення сну, постійне відчуття втоми та труднощі з концентрацією уваги. Найменшу кількість ствердних відповідей військовослужбовці надали у твердженні про порушення апетиту та відчуття себе невдахою. Твердження про бажання померти підтвердило двоє військовослужбовців.

Здійснивши аналіз результатів за віком військовослужбовців, ми виявили, що у представників молодого віку (від 18 до 35 років) найбільше спостерігається мінімальний рівень депресії – 73%, легкий рівень – 24%, помірний рівень – 3%. Помірно-тяжкий рівень виявлений не був.

У досліджуваних зрілого віку (від 35 і до 55 років) спостерігається, що 16% військовослужбовців мали мінімальний рівень депресії, 27% легкий рівень, 34 % помірний рівень і 23% помірно-тяжкий рівень депресії.

Результати відображені на рисунку 3.5.

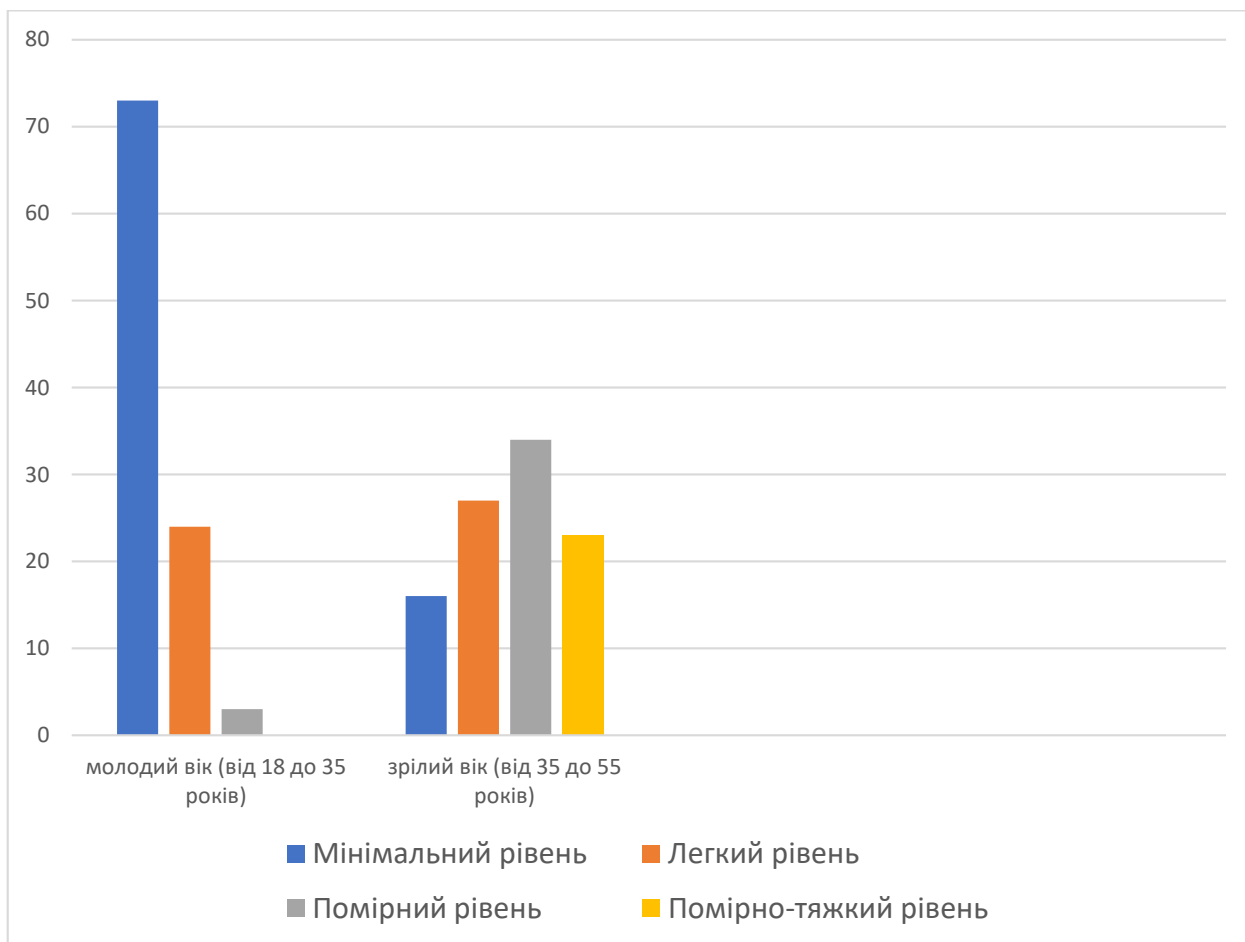


Рис. 3.5. Рівні прояву депресії у військовослужбовців різного віку

Проаналізувавши результати залежно від виду несення військової служби, то можемо спостерігати такі результати дослідження. З-поміж тих, хто служить за контрактом 48% мають мінімальний рівень депресії, 37% легкий рівень, 11% помірний рівень та 4% помірно-тяжкий рівень депресії. Серед військослужбовців за призовом по мобілізації в особливий період, бачимо, що 17% військовослужбовців мають мінімальний рівень депресії, 34% легкий рівень, 28% помірний рівень та 21% помірно-тяжкий рівень депресії.

Результати відображені на рисунку 3.6.

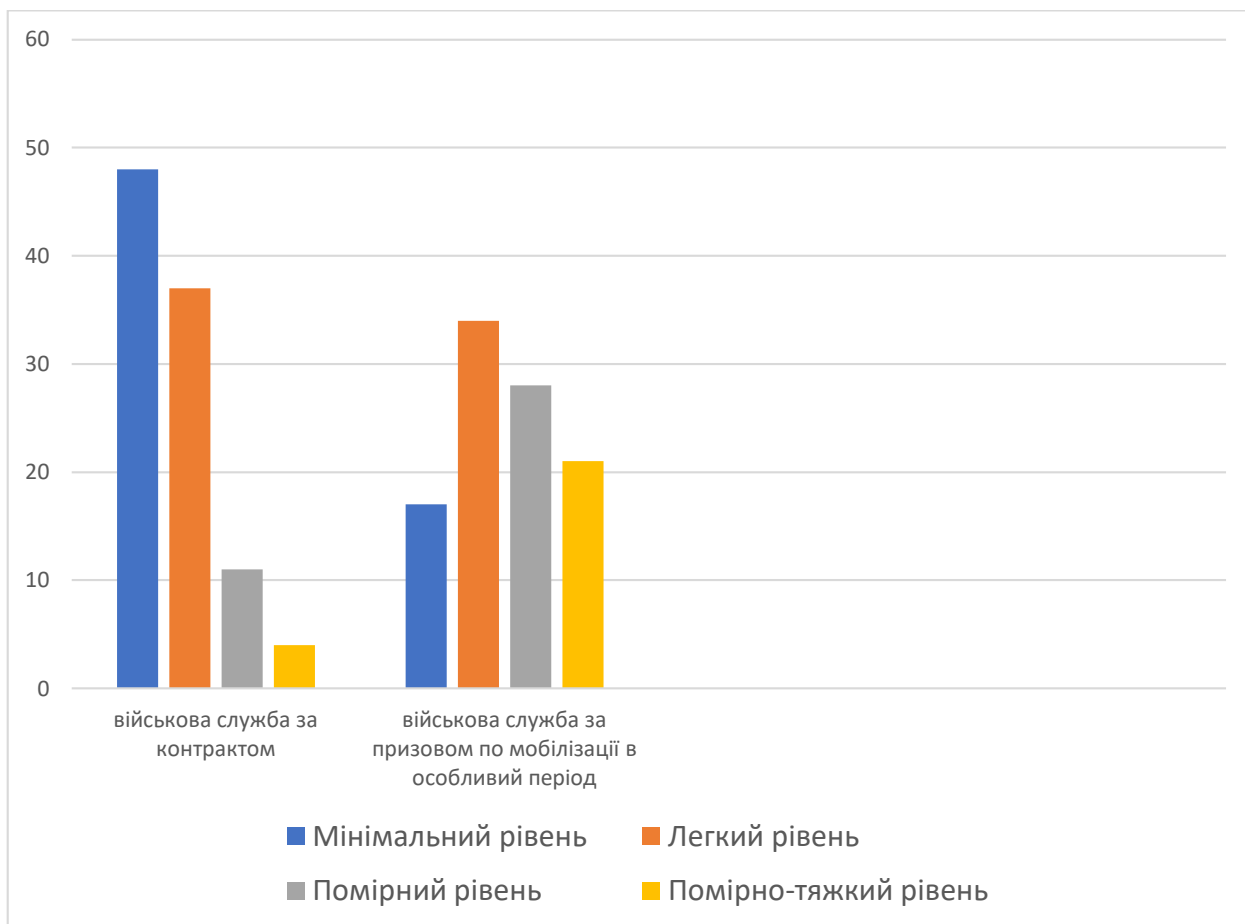


Рис. 3.6. Рівні прояву депресії у досліджуваних залежно від виду несення служби

Здійснивши аналіз отриманих даних в респондентів за критерієм наявності/відсутності бойового досвіду, ми встановили, що військовослужбовці, які не мають досвід виконання бойових завдань мали мінімальний рівень прояву депресії у вигляді 25%, легкий рівень у вигляді 51%, 14% помірною рівня та 10% помірно-тяжкого рівня. Військовослужбовці, які мають досвід виконання бойових завдань продемонстрували показник мінімальної депресії – 59%, легкої – 33%, помірної – 8%. Відсоток помірно-тяжкого рівня депресії не виявлений.

Отримані показники подано на рисунку 3.7.

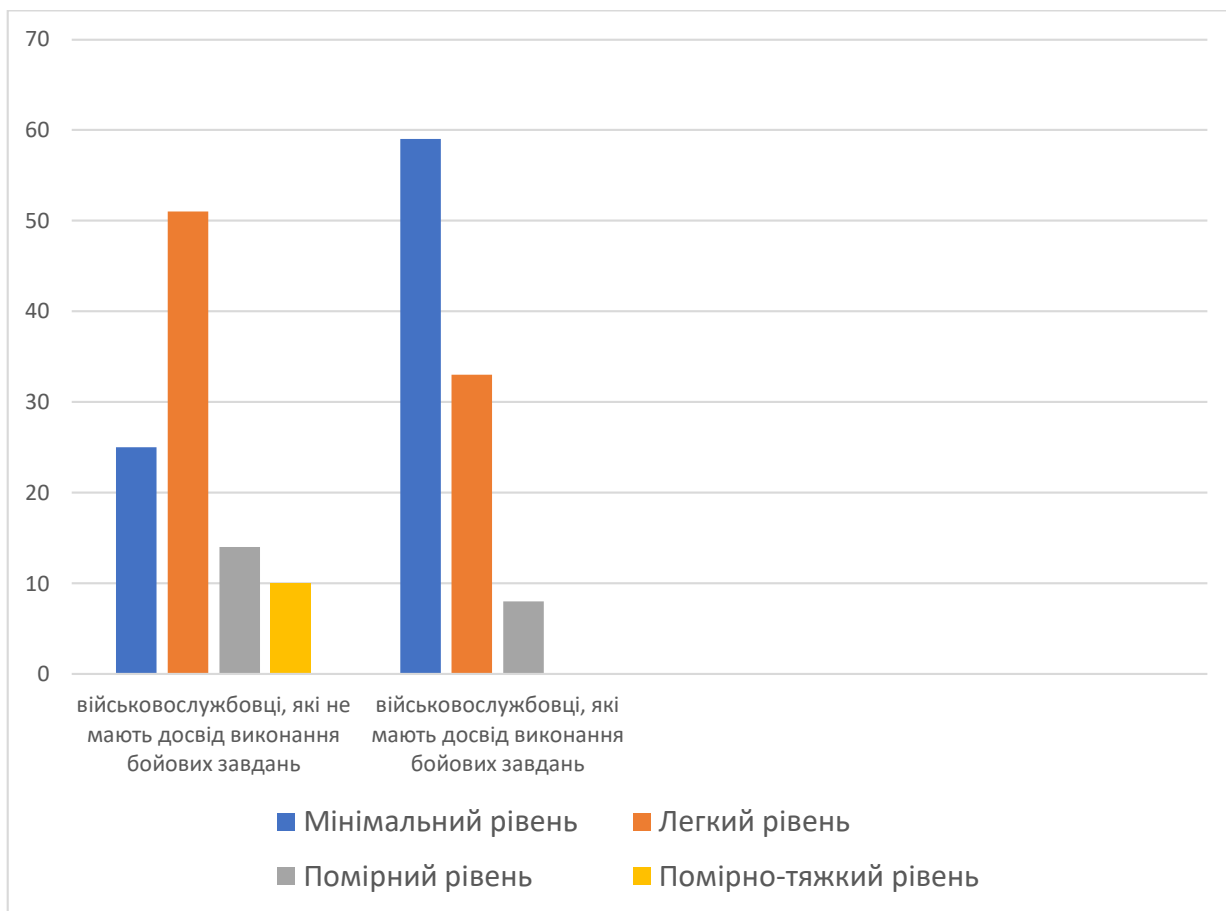


Рис. 3.7. Рівні вираженості депресії залежно від наявності/відсутності бойового досвіду

Порівняння діагностичних результатів між досліджуваними показує, що військовослужбовці, які мають вік від 18 до 35 років та військовослужбовці, які були учасниками виконання бойових завдань найбільшу кількість балів відводили твердженням про порушення сну і відповідно відчуття втоми, а також твердженню про несхвальні думки щодо себе. Ці дані свідчать про неналежність умов у відновленні сил під час проходження служби для військовослужбовців молодшого віку, які мають досвід виконання бойових дій. Іншу ситуацію можна спостерігати у військовослужбовців віком від 35 і до 55 років та військовослужбовців служби за призовом під час мобілізації в особливий період. Респонденти обирали високий бал найчастіше у співвідношенні тверджень, які стосувалися зниження інтересу та задоволення від виконання дій, відчуття пригніченості та труднощів у концентрації уваги.

Військовослужбовці, які були учасниками виконання бойових завдань і військовослужбовці, які служать за контрактом здійснили свій вибір в обранні високого балу твердженням про порушення сну, постійне відчуття втоми, труднощі з концентрацією уваги та наявність суїцидальних думок, що не може не привернути уваги.

Таким чином, при детальному вивченні відповідей кожного військовослужбовця на запитання опитувальника нами було встановлено, що певні симптоми зустрічаються у респондентів особливо часто, тоді як інші – дуже рідко або взагалі не зустрічаються. Так, найчастіше зустрічалися ствердні відповіді на запитання про важкість зосередження на будь-якій справі; запитання про порушення сну; запитання щодо підвищеної втоми. Останнє виступає наслідком посиленого графіку несення, незадовільними умовами для якісного відпочинку після добових чергувань.

Отримані дані можна переглянути на рисунку 3.8.

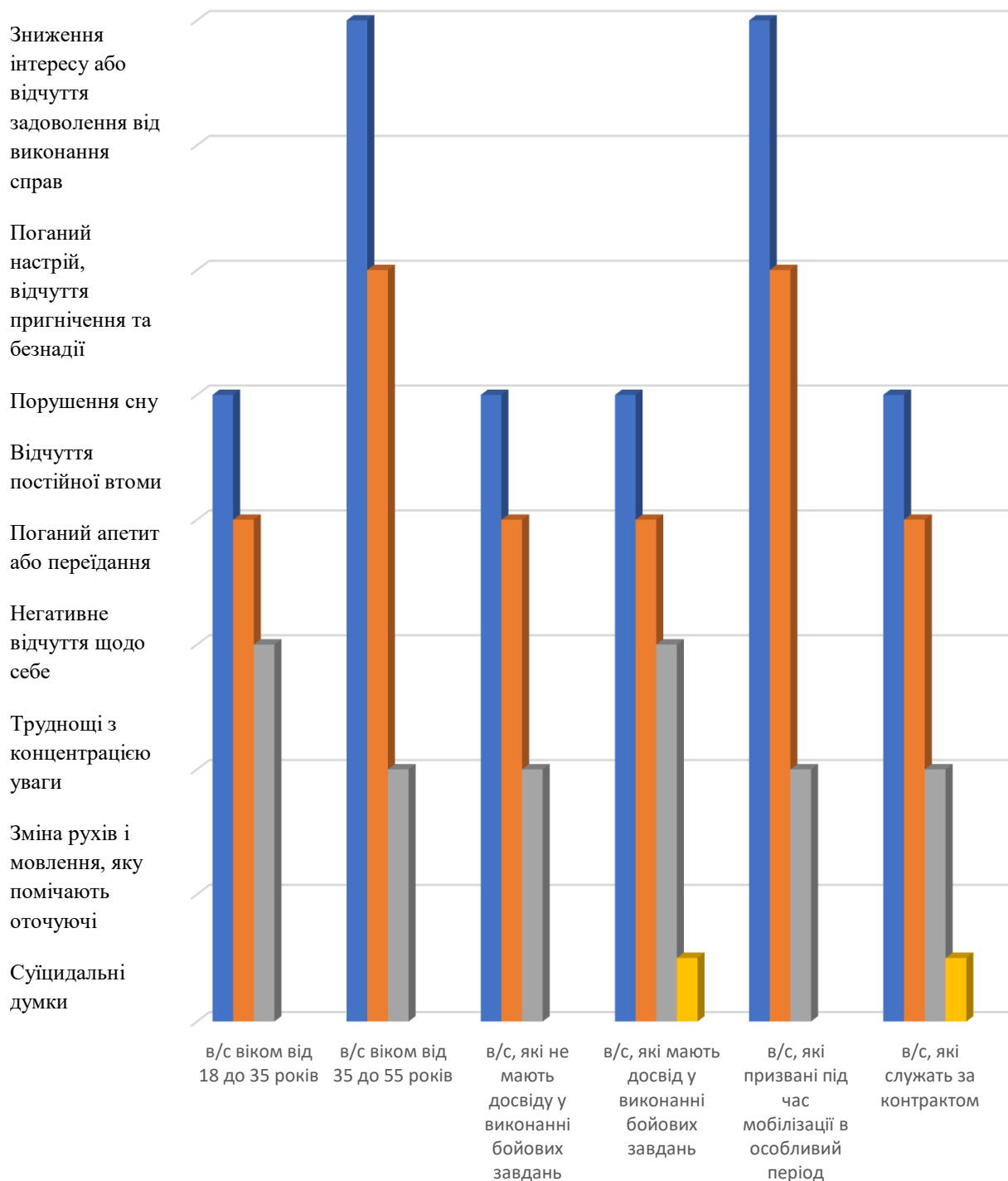


Рис. 3.8. Порівняльні показники за «Опитувальником депресії PHQ-9»

За отриманими результатами «Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)» можна зазначити, що рівень депресії у межах норми знаходиться у 52% військовослужбовців. Інші мають її субклінічне (35%) та клінічне (13%) вираження. Рівень тривоги має ще менша кількість військовослужбовців –

лише 66% у межах норми. Ще 29% мають її субклінічне та 5% клінічне вираження.

Кількісні показники продемонстровані у таблиці 3.2.

Шкала	Діагностичні значення		
	норма (0-8 балів)	субклінічне вираження (8-11 балів)	клінічне вираження (вище 11 балів)
Депресія	52%	35%	13%
Тривога	66%	29%	5%

Табл. 3.2. Кількісні показники діагностики за «Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS)»

Здійснивши аналіз результатів за віком військовослужбовців, ми з'ясували, що у представників молодого віку (від 18 до 35 років) діагностичне значення депресії у нормі складає - 55%, у субклінічному вираженні - 41%, у клінічному вираженні - 4%. Діагностичне значення тривоги у нормі спостерігається у 33%, у субклінічному вираженні 52% та у клінічному вираженні 15%. У досліджуваних зрілого віку (від 35 і до 55 років) спостерігається, що діагностичне значення депресії у нормі складає 29%, у субклінічному вираженні 63%, у клінічному вираженні 8%. Натомість тривога у нормі сягає 20%, в субклінічному вираженні – 63%, в клінічному вираженні – 17%.

Результати подані у таблиці 3.3.

Шкала	Діагностичні значення	Молодий вік (від 18 до 35 років)	Зрілий вік (від 35 до 55 років)
Депресія	норма (0-8 балів)	55%	29%

	субклінічне вираження (8-11 балів)	41%	63%
	клінічне вираження (вище 11 балів)	4%	8%
Тривога	норма (0-8 балів)	33%	20%
	субклінічне вираження (8-11 балів)	52%	63%
	клінічне вираження (вище 11 балів)	15%	17%

**Табл. 3.3. Діагностичні значення депресії та тривоги у
військовослужбовців різного віку**

Проаналізувавши результати залежно від виду несення військової служби, то можемо спостерігати такі результати дослідження. З-поміж тих, хто служить за контрактом діагностичне значення депресії у нормі складає - 68%, у субклінічному вираженні - 29%, у клінічному вираженні - 3%. Діагностичне значення тривоги у нормі спостерігається у 13%, у субклінічному вираженні 65% та у клінічному вираженні 22%. Серед військовослужбовців за призовом по мобілізації в особливий період, бачимо, що діагностичне значення депресії у нормі складає 16%, у субклінічному вираженні 48%, у клінічному вираженні 36%. Натомість тривога у нормі сягає 15%, в субклінічному вираженні – 71%, в клінічному вираженні – 14%.

Результати відображені у таблиці 3.4.

Шкала	Діагностичні значення	Служба за контрактом	Служба за призовом по мобілізації в особливий період
Депресія	норма (0-8 балів)	68%	16%
	субклінічне вираження (8-11 балів)	29%	48%
	клінічне вираження (вище 11 балів)	3%	36%
Тривога	норма (0-8 балів)	13%	15%
	субклінічне вираження (8-11 балів)	65%	71%
	клінічне вираження (вище 11 балів)	22%	14%

Табл. 3.4. Діагностичні значення депресії та тривоги у досліджуваних залежно від виду несення служби

Здійснивши аналіз отриманих даних в респондентів за критерієм наявності/відсутності бойового досвіду, ми встановили діагностичне значення депресії серед військовослужбовців які мають досвід виконання бойових дій у нормі складає – 78%, у субклінічному вираженні - 13%, у клінічному вираженні - 9%. Діагностичне значення тривоги у нормі спостерігається у 29%, у субклінічному вираженні 45% та у клінічному вираженні 26%. У досліджуваних, які не мають досвіду виконання бойових завдань

спостерігається, що діагностичне значення депресії у нормі складає 29%, у субклінічному вираженні 63%, у клінічному вираженні 8%. Натомість тривога у нормі сягає 20%, в субклінічному вираженні – 63%, в клінічному вираженні – 17%.

Отримані показники подано у таблиці 3.5.

Шкала	Діагностичні значення	Військовослужбовці, які мають досвід виконання бойових завдань	Військовослужбовці, які не мають досвід виконання бойових завдань
Депресія	норма (0-8 балів)	78%	29%
	субклінічне вираження (8-11 балів)	13%	63%
	клінічне вираження (вище 11 балів)	9%	8%
Тривога	норма (0-8 балів)	29%	20%
	субклінічне вираження (8-11 балів)	45%	63%
	клінічне вираження (вище 11 балів)	26%	17%

Табл. 3.5. Діагностичні значення депресії та тривоги залежно від наявності/відсутності бойового досвіду

Здійснивши аналіз результатів по методиці «Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)» варто зазначити, що субклінічне та клінічне вираження тривоги було встановлено у військовослужбовців, які не мають досвіду виконання бойових завдань і які були призвані на службу по мобілізації в особливий період. Що логічно можна пов'язати з постійним, тривожним очікуванням наказу на відправку у зону виконання бойових дій, без належної, неповної бойової або особистісної підготовки.

Субклінічне та клінічне вираження депресії в свою чергу мали ті військовослужбовці, які мали досвід виконання бойових завдань. Їх стан є наслідком отримання поранення або ж травмування.

За «Методикою шкалою самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна» було встановлено, що показник самопочуття респондентів відображається у 11%, показник активності у 10%, показник настрою у 12%, показник працездатності у 17%, показник зацікавленості в участі у бойових діях у вигляді 19%, показник бажання виконувати бойові завдання - 16%, показник впевненості у своїх силах – 15%.

Отримані результати подано у таблиці 3.6.

Показник	Кількість у %
Самопочуття	11%
Активність	10%
Настрій	12%
Працездатність	17%
Зацікавленість в участі у бойових діях	19%
Бажання виконувати бойові завдання	16%
Впевненість у своїх силах	15%

Табл. 3.6. Кількісні результати показників психофізіологічного стану

Здійснивши аналіз за віковими характеристиками ми виявили, що у представників молодого віку (від 18 до 35 років) такі показники, як: самопочуття сягають 18%, активність – 20%, настрій – 19%, працездатність – 26%, зацікавленість в участі у бойових діях – 7%, бажання виконувати бойові завдання – 7% та впевненість у своїх силах – 3%.

У досліджуваних зрілого віку (від 35 і до 55 років) спостерігається, що показник самопочуття – 13%, активність – 14%, настрій – 17%, працездатність – 8%, зацікавленість в участі у бойових діях – 15%, бажання виконувати бойові завдання – 15% та впевненість у своїх силах – 22%.

Високий ступінь показників «активності», «настрою», «зацікавленості в участі бойових дій» та «впевненості у своїх силах» у військовослужбовців (віком від 18 до 35 років) може свідчити про наявність готовності та рішучості виконувати бойові завдання, оскільки присутні сили та ресурси, які надаються молодими роками.

Кількісні показники рівнів депресії подано на рисунку 3.9.

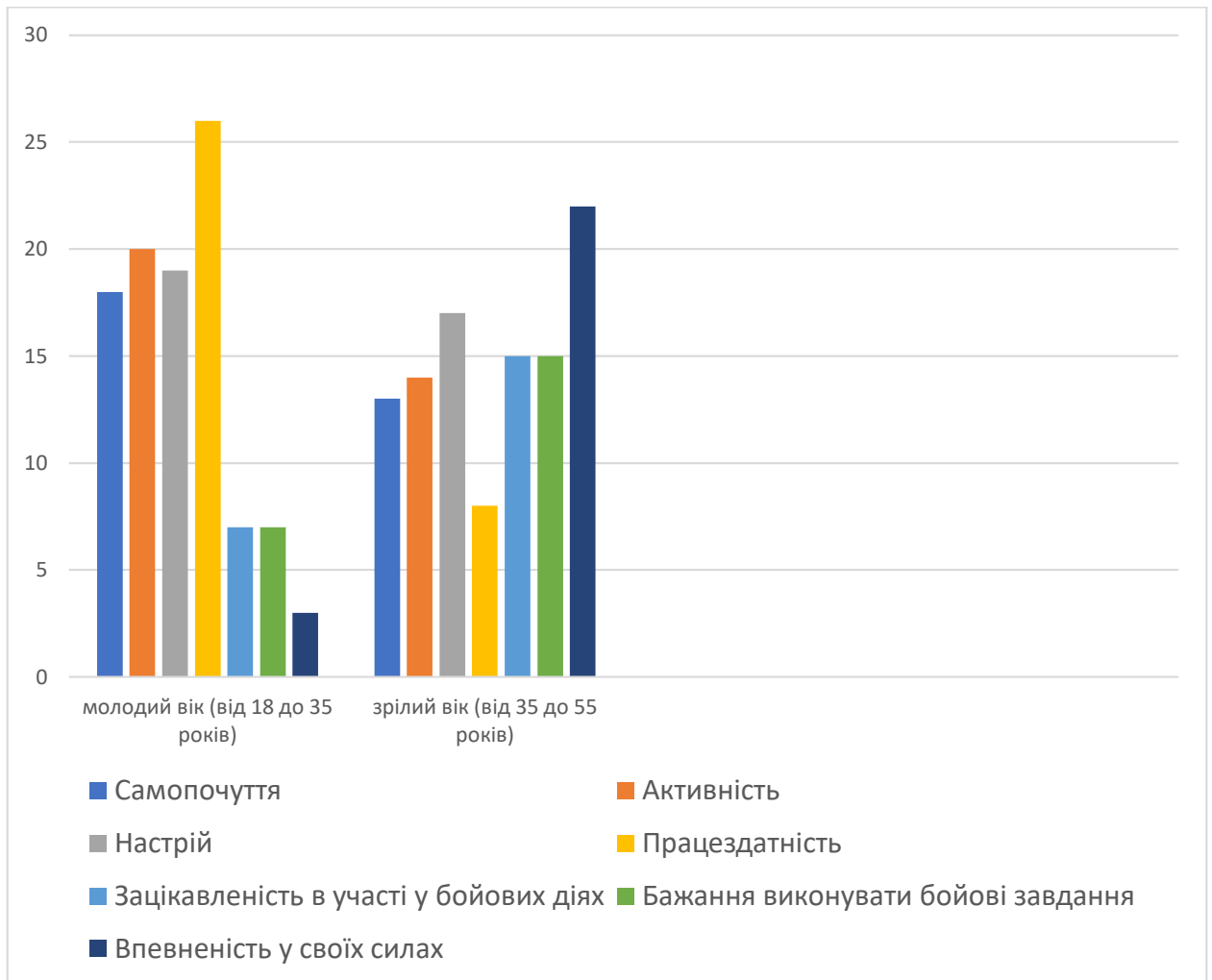


Рис. 3.9. Співвідношення показників психофізіологічного стану у досліджуваних різного віку

Проаналізувавши результати залежно від виду несення військової служби, то можемо спостерігати такі результати дослідження. З-поміж тих, хто служить за контрактом мають показники самопочуття – 9%, активність – 12%, настрій – 17%, працездатність – 13%, зацікавленість в участі у бойових діях – 8%, бажання виконувати бойові завдання – 20% та впевненість у своїх силах – 21%.

Серед військослужбовців за призовом по мобілізації в особливий період, бачимо, що показник самопочуття – 21%, активність – 16%, настрій – 17%, працездатність – 18%, зацікавленість в участі у бойових діях – 11%, бажання виконувати бойові завдання – 10% та впевненість у своїх силах – 7%.

Респонденти, які служать за контрактом позначали відповідь на низькій вираженості показників «самопочуття», «активності» і «працездатності». Що вочевидь пояснюється виснаженням організму, яке в свою чергу може бути результатом довготривалого перебування на службі.

Результати відображені на рисунку 3.10.

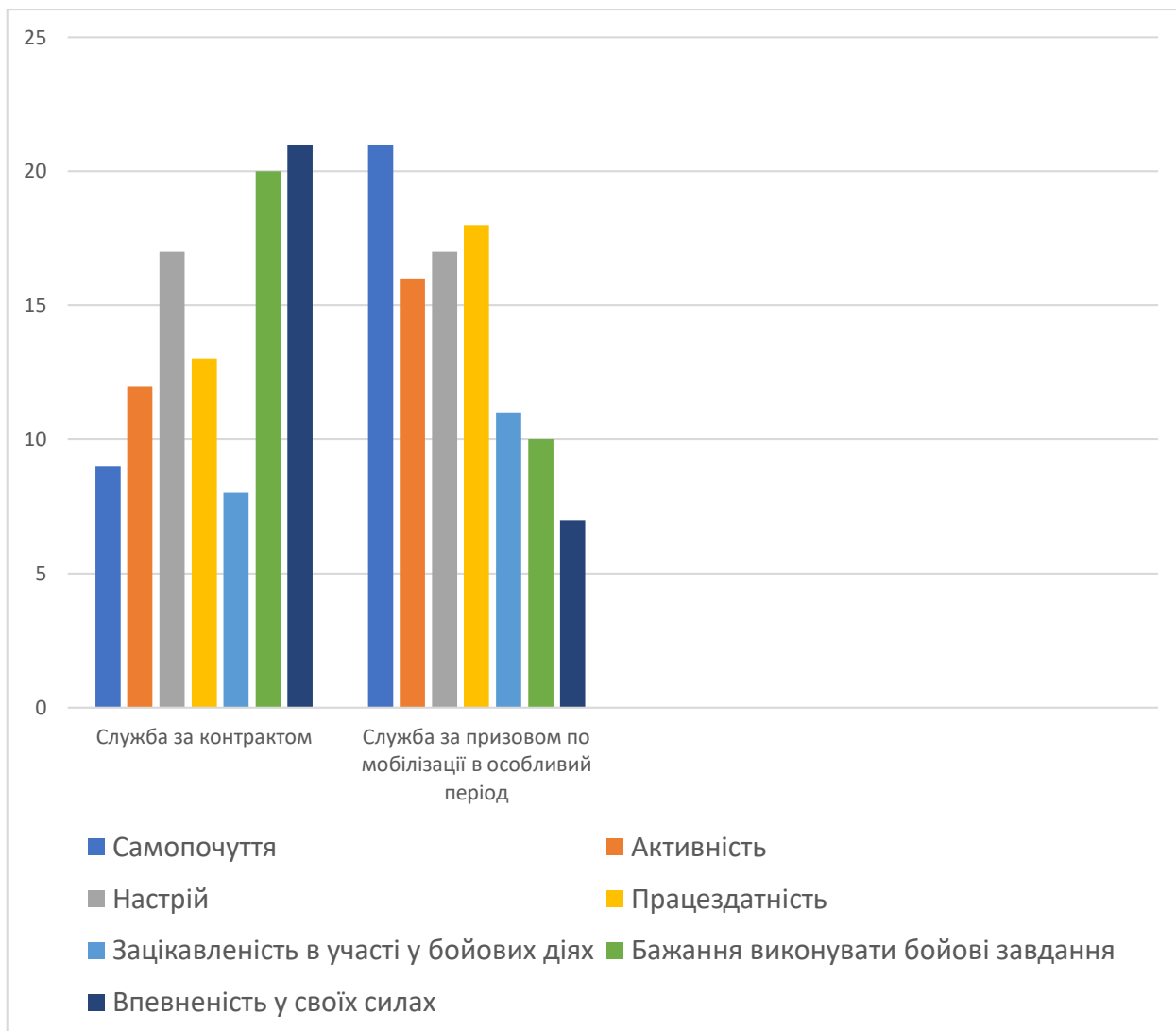


Рис. 3.10. Співвідношення показників психофізіологічного стану залежно від виду несення служби

Здійснивши аналіз отриманих даних в респондентів за критерієм наявності/відсутності бойового досвіду, ми встановили, що військовослужбовці, які не мають досвід виконання бойових завдань мають показники самопочуття – 6%, активність – 19%, настрій – 15%, працездатність

– 19%, зацікавленість в участі у бойових діях – 13%, бажання виконувати бойові завдання – 10% та впевненість у своїх силах – 8%.

Військовослужбовці, які мають досвід виконання бойових завдань продемонстрували показник самопочуття у вигляді 18%, активність – 22%, настрій – 15%, працездатність – 21%, зацікавленість в участі у бойових діях – 10%, бажання виконувати бойові завдання – 7% та впевненість у своїх силах – 7%.

Здійснивши аналіз за критерієм наявності/відсутності бойового досвіду, ми побачили, що саме представники, які мають досвід виконання бойових завдань, продемонстрували низькі показники у «зацікавленості участі у бойових діях», «бажанні виконувати бойові завдання» та «впевненості у своїх силах». Причиною чого виступає зневіра у власні сили та негативний досвід впливу різних стресогенних чинників (отримання поранення або травмування, спостереження за загибеллю побратима, нерівномірні сили із супротивником).

Результати продемонстровані на рисунку 3.11.

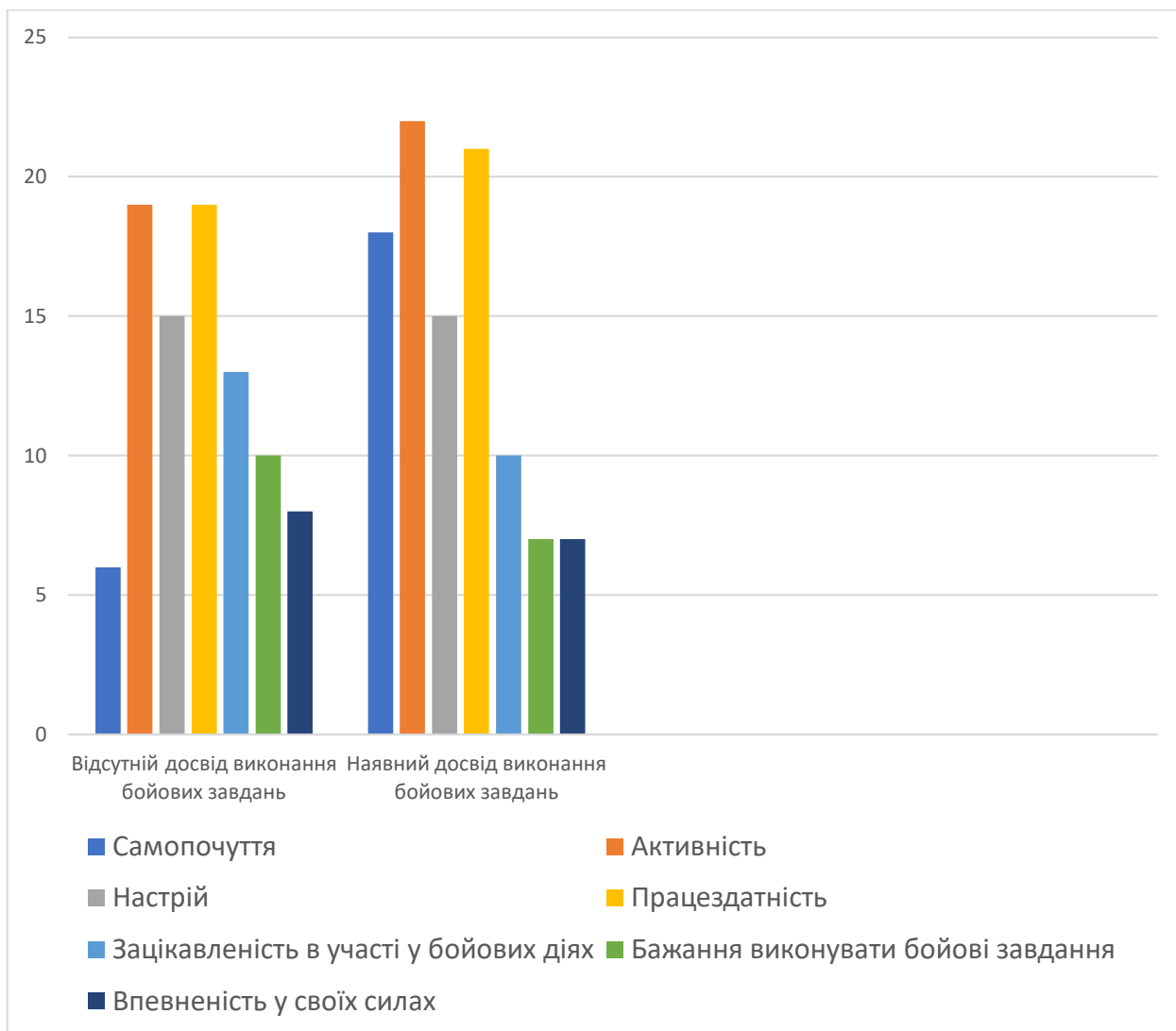


Рис. 3.11. Співвідношення показників психофізіологічного стану залежно від наявності/відсутності бойового досвіду

Отже, провівши емпіричне дослідження, ми виявили, що на високий рівень прояву депресії страждали ті військовослужбовці, які за віковими характеристиками відносились до зрілого віку (від 35 до 55 років), були призвані на службу по мобілізації в особливий період та не мали досвіду виконання службово-бойових завдань.

Субклінічне та клінічне вираження тривоги було встановлено у військовослужбовців, які також не мають досвіду виконання бойових завдань і які були призвані на службу по мобілізації в особливий період. Що логічно можна пов'язати з постійним, тривожним очікуванням наказу на відправку у

зону виконання бойових дій, без належної, неповної бойової або особистісної підготовки.

Однак, респонденти, які мали досвід виконання бойових завдань виявили на момент дослідження низькі показники у «зацікавленості участі у бойових діях», «бажанні виконувати бойові завдання» та «впевненості у своїх силах». Причиною чого виступає зневіра у власні сили та негативний досвід впливу різних стресогенних чинників (отримання поранення або травмування, спостереження за загибеллю побратима, нерівномірні сили із супротивником).

3.2. Профілактика виникнення депресивних станів у військовослужбовців

Одним з базових завдань психологічної служби є компетентна оцінка рівня розвитку нервово-психічної стійкості та психологічної готовності, що в подальшому вкладається в систему психологічного супроводу військовослужбовців. В даному контексті мається на увазі сукупність вроджених і придбаних якостей особистості, мобілізаційних ресурсів і резервних психофізіологічних можливостей організму, що забезпечують оптимальне функціонування індивіда в несприятливих умовах професійного середовища. Адже певна розбіжність цілей та можливостей в подальшому впливає на психічний стан військовослужбовців і на виконання ним визначених завдань[55].

До заходів психологічної роботи з профілактики виникнення депресивних станів у військовослужбовців належить:

1. Психодіагностика психоемоційного стану військовослужбовців з метою виявлення осіб, яким необхідна психологічна та/або психіатрична допомога (ознаки фізичного і розумового виснаження, виражена астенизація, гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, психічна дезадаптація; оцінка адаптаційного резерву для встановлення їх подальшої придатності).
2. Надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям, які її потребують.

3. Надання рекомендацій командирам військових частин (підрозділів) задля раціонального використання особового складу під час виконання службових (бойових) завдань з урахуванням психофізіологічних можливостей військовослужбовців.
4. При переживанні таких кризових станів, як: сором, провина, тривожність, переживання втрати, ворожість, страх смерті, депресія надавати першу психологічну допомогу (консультування).
5. Допомога у кращому розумінню себе (своєї ситуації та людей зі свого оточення).
6. Проведення занять з емоційного та психологічного розвантаження. Навчання навикам саморегуляції й самокорекції, емоційного і психологічного розвантаження, (фізичні вправи, дихальні практики, аутогенне тренування, візуалізація).
7. Мотивування до активності, спрямоване на покращення взаємовідносин.
8. Формування відповідальності за власну поведінку, навчання продуктивному спілкуванню, яке не принижує інтереси оточуючих.
9. Допомога у засвоєнні нових навичок поведінки, стилів міжособистісних та внутрішньокolleктивних відносин.
10. Активізація сильних сторін особистості під час адаптування до нової життєвої ситуації через самореалізацію у військовій діяльності чи творчості, розширення кругозору та світогляду, подолання екзистенціальних проблем.
11. Допомога в зміцненні / відновленні родинних і суспільно корисних зв'язків.
12. Допомога у відновленні соціальних контактів, особистісного статусу та соціальної ролі, втрачених в результаті складних життєвих обставин.
13. Допомога в пошуку конфліктогенів у сімейному спілкуванні, знаходження альтернативних шляхів виходу та прийняття рішень [22].

До видів надання психологічної допомоги військовослужбовцю доцільно включити підтримку зі зверненням уваги на сильні та ресурсні риси як особистості, навчання конструктивному вираженню хвилюючих питань,

направлення у сторону створення адекватної самооцінки, ознайомлення з техніками саморегуляції та релаксації [47].

3.3. Роль психотерапії у подоланні депресивних станів

Психотерапія показана як єдиний метод лікування депресії обов'язково погоджений пацієнтом у випадку помірної депресії без хронічного перебігу, а також частих рецидивів, або, психотичних симптомів, які можуть супроводжуватись суїцидальними ідеями та спробами. Результат психотерапії настає пізніше зазвичай на 6-8 тижні, і його мабуть, можна порівняти з антидепресантами. У наш час в лікуванні депресивних розладів фахівці удосконалюють свої знання по різних напрямкам психотерапевтичної діяльності. До них належать: психоаналітична, поведінкова та когнітивно-поведінкова психотерапія.

Головна мета даних напрямів психотерапії – це зміна реакцій на психотравмуючі подразники і покращення психоемоційного стану людини. Прийоми відповідно охоплюють психологічні втручання. Головною короткостроковою метою психотерапії є полегшення страждань, в свою чергу довгостроковою метою є запобігання перманентного характеру та зворотності депресивних епізодів, також мінімізація погіршення організму, що проявилось внаслідок наявності руйнуючих симптомів[2].

1. Психодинамічна терапія, хоча і залишається традиційною, і застосовується у роботі багатьма фахівцями-психологами, однак не має великих успіхів саме як метод лікування депресивних станів.
2. Поведінкова терапія доцільна при застосуванні легких форм розладів.
3. Когнітивна психотерапія є однією з найпопулярніших терапевтичних практик. Має позитивний доказовий ефект.
4. При виборі психотерапевтичного напрямку у лікуванні депресивних розладів слід взяти до уваги індивідуальні особливості клієнта, а також етап та характеристики протікання захворювання.

Як і кожен психотерапевтичний напрям, так і когнітивний напрям у своїй практиці спирається на основоположні принципи. Одним із вагомих принципів можна вважати таке, згідно якого будь-які емоції, настрої, стани є результатом пізнання і мислення особи. Або іншими словами як: «Думки викликають емоції». У вказаному принципі вкладене когнітивне розуміння природи психологічних розладів і способів їх усунення. Так як, деструктивні хвилювання, депресивні стани обумовлюються неадекватним сприйняттям навколишньої дійсності, тоді клієнту, щоб комфортніше себе почувати, необхідно навчитись бачити реальність більш об'єктивно. На думку А. Бека, депресія, як уже раніше зазначалося, поєднує в собі «когнітивну тріаду», яка в свою чергу базується на трьох основних патернах нищівних оцінок – себе, оточуючого світу та свого майбутнього. Опіраючись на перший патерн тріади, людина має думку про себе як таку, яка вважається нездарною, неповноцінною, неадекватно мислячою, непотрібною, з купою моральних та фізичних недоліків, походженням яких є вона сама. Несхвальна оцінка оточуючого світу базується на твердженні, що світ в цілому постає з надмірними вимогами, що є нездоланні перешкоди у досягненні цілей, що життя не наповнене радістю та щастям, а комунікація з навколишніми не приносить задоволення. Негативні судження про майбутнє полягають у тому, що наявні у даний час незручності або неприємності не пройдуть і майбутнє вбачається сумним та неперспективним. Перебуваючи у такому незадовільному стані, людина здатна бачити можливий вихід з безнадії у скоєнні суїциду. Як вважають науковці когнітивної терапії, такі симптоми депресії як: мотиваційний, поведінковий та фізичний виникають як результат цих когнітивних патернів. Висока залежність виникає під впливом впевненості у власній безпорадності контролювати ситуацію або вирішувати її. Поруч з депресією присутні песимізм, почуття відрази до планування майбутнього, зниження вольового компоненту і досить часто заперечення будь-якої активності. Суїцидальні думки також поєднують в собі песимізм і безнадійність, і відтворюють низьку толерантність до випробовувань світу. До

соматичних проявів депресії відносять: апатію, стомлюваність, втрату енергії, інертність, які також пов'язуються з недобрими очікуваннями. Центральний процес при депресії є негативно спрямоване мислення. Схеми такого мислення виглядають деструктивними, неадаптивними, застарілими і схильні постійно повторюватись (персеверації), далі вони трансформуються у стійкі переконання і чинять опір будь-чому новому. Очевидно, що формуючись ще у ранньому дитинстві на основі досвіду взаємодії з батьками, за допомогою імпринтингу (емоційного відображення), з часом вони створюють схоже щось на життєву філософію життя, і стають базою «життєвого сценарію», і тим самим виникає призма, яка спотворює бачення реальності. Схеми, які розміщені в основі постійних помилок мислення мають назву «когнітивних спотворень». Саме когнітивні процеси безпосередньо сприяють появі когнітивних спотворень і мають певні специфічні характеристики, які називають «депресивним стилем».

Порушення у процесі пізнання розділяють на такі види:

а) безпідставні висновки – відображаються у тому, що незначна негативна ситуація розпізнається нескінченною «чорною смугою»; висновки також затверджені на емоціях, а саме: переконання що негативні емоції віддзеркалюють реалії («Якщо я це відчуваю, отже воно існує»);

б) зайві підсумовування – створення єдиноправильного положення у поведінці за рахунок одного випадку; зловживання «ярликами» по відношенню до себе та оточуючих «Я – невдаха», «Вони – насміхаються з мене, тому хочуть принизити»);

в) часткові необґрунтовані заключення та вибіркоче абстрагування, бачення базується на окремо взятих частин події, при ігноруванні інших, більш значущих; вибіркоче абстрагування проявляється у запам'ятовуванні неуспішного досвіду і ігноруванні позитивного;

г) перебільшення або зменшення – викривлене судження ситуації, ставлення до неї як до менш чи більш вагомої, ніж вона існує. Відтак, людям з депресією притаманно недооцінювати себе як особистість, свої здобутки та

успіхи та перебільшувати невдачі й втрати. Таку тенденцію називають «асиметричною атрибуцією успіху (неуспіху)», яка трактується як звичка брати відповідальність за неуспіхи собі, а здобутки «надавати» комусь іншому, або вважати випадком везіння;

д) персоналізація – розгляд обставин як наслідку особистих зусиль, які насправді відсутні; тенденція пов'язувати події з собою, хоча в реальності це не так; розпізнавання у словах та діях навколишніх осіб незадоволення, або критику у свій бік;

е) максималізм, дихотомічне мислення (або-або) – зарахування ситуації до одного з полюсів, наприклад, абсолютно позитивна ситуація або абсолютно негативна.

Раціонально-емотивна терапія базується на таких канонах:

- Когнітивна частина є вагомим, проте не єдиним критерієм, який визначає емоційний стан людини.

- Ірраціональні судження зазвичай провокують погіршення психоемоційного стану.

- Людина має здатність думати ірраціонально і тим самими хвилювати себе, така здатність підкріплюється з оточення.

- Також людина спроможна затягувати стан емоційного дистресу і продовжувати розвивати ірраціональні судження.

- Найліпшим способом уникнути емоційного дистресу вважається зміна наших думок і дій шляхом постійного тренування.

- Розсудливе мислення відображається у зниженні вираженості, частоти і тривалості емоційних хвилювань, при цьому не ослаблюючи афект і відчуття.

А. Елліс розробив концептуальну модель для демонстрації ролі процесів мислення в емоційних розладах. Науковець назвав цю модель «АНД». У даній моделі А – Активуюча подія, це зазвичай негативні та небажані ситуації. Н – це Наслідки емоційні і поведінкові, які підштовхують людину звернутися по допомогу до психолога. Д – це Думки, які поділяють на раціональні та

іраціональні. Саме іраціональні думки в першу чергу цікавитимуть психолога. Концепція раціонально-емотивної терапії (РЕТ) розглядає проблеми клієнтів, які пов'язані з їхніми іраціональними переконаннями. Виділяють чотири групи іраціональних переконань: переконання зобов'язаності; катастрофічні переконання; переконання негайної реалізації своїх потреб. А. Елліс стверджував, що базовими негативними рисами іраціональних переконань є їхній абсолютизм та категоричність. Їх можна співвіднести до трьох основних іраціональних суджень, де головним буде слово «Повинен»: 1. Я повинен добре навчатися (в іншому випадку я постаю нікчемою). 2. Вони повинні мене поважати (в іншому випадку Вони негідники). 3. Світ повинен надавати мені те, що мені необхідно та важливо (в іншому випадку це буде жахливо). Ці три «Повинен» зазвичай призводять не тільки до оцінок, наведених вище в дужках, але і до формування інших деструктивних суджень. Головна задача для психолога постає у тому, щоб направити клієнта до усвідомлення того, що його психологічні проблеми є продуктом творення його особистих деструктивних міркувань та спотвореного сприйняття реальності.

Добра новина полягає у тому, що депресія, часто, усувається під впливом психотерапії так, як і з'явилася – симптом за симптомом. Необхідно пам'ятати і розуміти, що спочатку зменшується один симптом, наприклад, поліпшується сон, з'являються сили після сну; потім наступний, наприклад, по черзі покращується настрій, третій симптом – у людини виникає інтерес до подій, що відбуваються у її житті, її починає захоплювати те, що відбувається вдома, в оточенні, поліпшується апетит. Не часто трапляються ситуації, коли усі симптоми зникають миттєво та усі разом. Це все відбувається поступово. Тому необхідно слідкувати за окремими проявами відновлення і зникнення симптомів депресії. Саме вони будуть демонструвати результат ефективності обраного курсу та препарату і при необхідності продовження терапії[20].

Психотерапія при депресії повинна містити в собі не тільки роботу психолога, але і першочергово зацікавленість самої людини, яка звернулася по

допомогу. Задля здійснення ролі активного учасника відновлювального процесу, а також задля отримання шансу зробити своє життя кращим та отримати полегшення. Відповідно особистості потрібно докласти не аби яких зусиль. В психологічній літературі зазначається, що цілями застосування психотерапії є покращення, корекція та приведення в норму психічної діяльності людини, відхилень від оптимального рівня її особистісно-психологічних якостей та здібностей[47].

У загальному вигляді модель психотерапії містить такі послідовні кроки:

1. Взаємна адаптація психолога та пацієнта.
2. Навчання пацієнта методам саморегуляції.
3. Катарсичний етап (повторне переживання).
4. Обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій).
5. Апробація нових способів поведінки через гру.
6. Визначення життєвих перспектив[29].

ВИСНОВКИ

З метою реалізації завдань під час написання даної роботи, нами були здійснені такі висновки:

1. Виявлено, що одним із найпоширеніших психічних захворювань є депресія, а також здійснено теоретичний аналіз цього поняття в психологічній літературі. Розглянуто основні ознаки та прояви депресивної симптоматики. Так, виявлено що депресія як психологічний стан, характеризується меланхолійністю, уповільненням інтелектуальної і моторної діяльності, зниженням вітальних спонук, песимістичними судженнями про себе і своєї ролі в зовнішньому світі.

2. Розкриваючи механізм формування депресивної симптоматики у військовослужбовців, було встановлено, що для визначення ймовірності прогресу психічних і фізичних порушень у військовослужбовців, важливу роль відіграє врахування їх суб'єктивного ставлення до ситуації, спроможність до об'єктивної оцінки власних сил, ресурсів, і співвіднесення із минулим досвідом, рівень значущості ситуації. А також такі характеристики нервової системи, як: низький темп, низька активність та інтровертованість, які навіть при незначному ускладненні ситуації призводять до значного виснаження, накопичення негативних самооцінок у свій бік і, як наслідок, до формування астено-депресивної симптоматики. Тому одним з найважливіших механізмів виникнення негативного психоемоційного стану є зрив адаптаційних і компенсаторних механізмів на різних рівнях організації функціональних систем організму за рахунок індивідуально екстремальних чинників зовнішнього середовища. Динаміка переживання воєнно-травматичних стресових обставин включає в себе фазу депресії. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття сенсу життя.

3. За результатами узагальнення емпіричного дослідження було з'ясовано, що військовослужбовці, які мали вищий рівень вираженості

депресивної симптоматики належали до вікової групи осіб старших 35 років, не мали досвіду участі у виконанні службово-бойових завдань, і зазвичай не були штатними військовослужбовцями, а були призвані під час мобілізації в особливий період. Військовослужбовці віком від 18 до 35 років продемонстрували нижчі показники прояву депресивного стану. Однак, вони найбільшу кількість балів відводили твердженням про порушення сну і відповідно відчуття втоми, а також твердженню про несхвальні думки щодо себе.

Як засвідчує дослідження, субклінічне та клінічне вираження тривоги проявлялося у військовослужбовців, які не мали досвіду участі у бойових діях та були призвані на службу по мобілізації в особливий період. Що можна пов'язати з постійним, тривожним очікуванням наказу на відправку у зону виконання бойових дій, без належної, неповної бойової або особистісної підготовки. В свою чергу субклінічне та клінічне вираження депресії мали ті респонденти, які приймали безпосередню участь у бойових діях, внаслідок чого могли отримати поранення та травмування.

Діагностичні результати психофізіологічного стану зафіксували, що вищі ступені показників «активності», «настрою», «зацікавленості в участі бойових дій» та «впевненості у своїх силах» присутні у військовослужбовців молодого віку, а також тим, хто були учасниками виконання бойових завдань. Це говорить про наявність готовності та рішучості виконувати бойові завдання, оскільки є сили та ресурси, які надаються молодими роками.

4. З метою профілактики виникнення депресивної симптоматики серед військовослужбовців нами були запропоновані заходи психологічної роботи, які ґрунтуються на своєчасному реагуванні на негативні психоемоційні стани та постійному їх моніторингу.

Загальний аналіз отриманих результатів демонструє необхідність в запровадженні психологічної допомоги, яка надасть змогу відновити порушений психофізичний баланс військовослужбовців та успішно адаптуватись до цивільного помірною життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1.Абрамов Г.В. Вікова психологія. 1997. С. 114.
- 2.Авдєєв Д. А. Депресія – як пристрасть і як хвороба. 2002. С. 195.
- 3.Агаєв Н.А., Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. 2016. С. 234.
- 4.Алещенко, В. І., Сафін, О. Д., Потапчук Є. М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Київ, 2007.
- 5.Аршава, І. Ф. Емоційна стійкість людини і її діагностика. 2006.
- 6.Бек А., Раш А., Емері Г. Когнітивна психотерапія депресії. 2003. С. 304.
- 7.Бігун Н.І. Психологічні умови виникнення та розвитку депресивних розладів у підлітків. Проблеми сучасної психології. 2009. № 5. С. 33–45.
- 8.Блейлер Е. Посібник з психіатрії. Видавництво незалежної психіатричної асоціації. 1993. С. 215.
- 9.Богдан Т.В., Горобець Т.В. Особливості депресивних проявів у жінок з різним соціальним статусом. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2022. № 1.
- 10.Бортнікова О. Г., Охріменко І. М., Тодорова І. С. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп. Соціально-правові студії. 2021. Випуск 1 (11). С. 163-172.
- 11.Варламов Д. О. Медико-соціальні проблеми професійного стресу у військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України. Військова медицина України. 2003. № 3–4. С. 109.
- 12.Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. «Вступ у когнітивно-поведінкову терапію». Львів. 2014.
- 13.Волков Д.С., Черних О.А. Збереження психічного здоров'я військовослужбовців як соціально-психологічна проблема. Міжнародний науковий журнал «Грааль науки». 2021. № 9.

- 14.Грилюк С. Досвід організації психологічного забезпечення на початку антитерористичної операції. Вісник Національного Університету оборони України. 2019. №1(51). С. 11-16.
- 15.Даців Н.І. Особливості динаміки психоемоційного стану військовослужбовців, що перебували у зоні бойових дій. Психологія в Україні та за кордоном. Херсон. 2016. С.112.
- 16.Донець О. І., Шміголь Д. О. Патологічні зміни фізичного і психічного здоров'я військовослужбовців під впливом екстремальних умов. 2017. С.236.
- 17.Дуткевич Т.В. Загальна психологія. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2002. С. 96.
- 18.Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика № 1 (16), травень 2016.
- 19.Кислий В.Д., Найдич О.М. Стрес у військовій діяльності. Харків, 2020.
- 20.Кокурн О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. 2018. С. 310.
- 21.Кокурн О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія. 2004. С. 265.
- 22.Кокурн О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення. Методичний посібник. 2017. С. 282.
- 23.Кокурн О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Особливості негативних психічних станів військовослужбовців. Вісник Національного університету оборони України. 2014. Вип. 5 (42). С. 262.
- 24.Кокурн О.М. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО. Вісник Національного університету оборони України. 2015. Вип. 3 (46). С. 123 - 129.

25. Комер Р. Основи патопсихології. «Основи аномальної психології». 2-ге видання. 2001. С. 617.
26. Корольчук М.С. Психофізіологія діяльності. Підручник для студентів вищих навчальних закладів. 2003. С. 400.
27. Лазаренко Ю. М., Вовк В. І., Матвієнко Ж. І., Неляпіна М. М. Порушення психоемоційної сфери у військовослужбовців із зони АТО/ООС- Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2021. Випуск 17.
28. Лемак М. В., Петрище В.Ю. Психологу для роботи: Діагностичні методики. – Ужгород, 2011.
29. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів. «Психологія діяльності в особливих умовах». Хмельницький, 2008. С. 22.
30. Лукашенко М. Ю. Юридична психологія. Київ, 2017. № 2 (21).
31. Максименко С. Д. Загальна психологія : підруч. для студентів ВНЗ. 2004. С. 704.
32. Малкіна-Пих І.Г. Екстремальні ситуації: довідник практичного психолога. 2006. С. 960.
33. Мельничук І. Я. Психокорекція депресивних розладів особистості. Матеріали XI міжнародної науково-практичної конференції «Гуманітарна думка». 2017. С. 34–38.
34. Методичні рекомендації. Превентивні психофізіологічні заходи з попередження розвитку дизадаптації у військовослужбовців (невротичних та психічних розладів, пресуїцидальних форм поведінки) в умовах воєнного конфлікту та після його завершення. Київ, 2023. С. 80.
35. Москалець В. П. Психологія суїциду : Посібник. 2004. С. 286.
36. Назаренко О. Л. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців. Прикарпатський юридичний вісник. 2018. Випуск 1(22). С.76.
37. Напрєєнко О.К., Влох І.Й., Голубков О.З. Психіатрія: підручник. 2001. С. 584.

38. Ніконова О.Ю., Нестеренко В.О. Методичні рекомендації щодо організації та проведення професійно-психологічного тренінгу з профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України (розвитку психологічної компетентності та упровадження протоколу дій для офіцерів РОС). 2020.
39. Омелянович В. Ю. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. Психосоматична медицина та загальна практика. 2019. Т. 4. № 1.
40. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У двох томах пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова. 2017. Т. 1. С. 579.
41. Панько Т. В. Депресивні розлади: клініка, діагностика та диференціальний підхід до терапії. Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20. Вип. 4. С. 98–105.
42. Пасічняк Н.І. Психологічні особливості депресивних розладів. Психологія в Україні та за кордоном. Херсон. 2016. С. 112.
43. Перцева Т. О., Конопкіна Л. І., Губа Ю. В. Особливості та труднощі діагностики депресивних розладів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. Державна установа «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпропетровськ.
44. Подкоритов В.С., Ю. Ю. Чайка. Депресії сучасна терапія. 2003. С. 351.
45. Пфайфер С. Депресія : Хвороба сучасності. 2017. С. 88.
46. Рогачова Т. В., Залевський Г. В., Левицька Т. Е. Психологія екстремальних ситуацій і станів. 2015.
47. Савчук І.В. Психологічна допомога особистості юнацького віку яка переживає депресивний стан. Психологія в Україні та за кордоном. Херсон, 2016. С. 112.
48. Самоукіна Н. В. Екстремальна психологія. 2000. С. 288.
49. Тімченко О.В. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. - К.: ТОВ "Август Трейд", 2007. - 502 с.

- 50.Тополь О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. Підготовка фахівців у системі професійної освіти. 2015. № 124. С. 230–233.
- 51.Федоренко Р. П. Психологія суїциду. Навчальний посібник ВНУ ім. Лесі Українки. 2011. С. 260.
- 52.Хаустова О.О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія». 2022. № 4 (63).
- 53.Чабан О.С. Первинна допомога при глибокій депресії у дорослих. 2008. № 3 (03).
- 54.Шаронова І. В. Психічне здоров'я особистості як предмет психологічного дослідження. Проблеми сучасної психології. 2013. С. 747.
- 55.Шевченко Р.П. Актуальні питання соціально-психологічного супроводу військовослужбовців. «Практична психологія». Одеса, 2021.
- 56.Юр'єва Л. М. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. 2017. С. 174.
- 57.Яковенка С. І. Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика. 2000. С. 164.
- 58.Albright D., Thyer B., Becker B., Rubin A. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Combat Veterans. Campbell Systematic Reviews: The Campbell Collaboration. 2011.
- 59.Calhoun L. G., Tedeschi R. G. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. Handbook of posttraumatic growth: Research and practice. 2006. P. 23.
- 60.Carrie H. Kennedy, Eric A. Zillmer. Military Psychology. 2006. P. 142.
- 61.Franz Molly R., Kaiser, Anica Pless, Phillips, Rebecca J. Associations of warzone veteran mental health with partner mental health and family functioning: Family Foundations Study. Depression and Anxiety. 2020. №11. P. 1091.

62. Joseph S., Linley P.A. Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*. 2006. P. 1053.

ДОДАТКИ

Додаток А1

«Шкала депресії (А.Т.Бека)»

Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада(підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Прочитайте кожне твердження, розміщене проти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас”.

№ з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре.
 б) Мені погано.
 в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.
 г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) Майбутнє не лякає мене.
 б) Я боюся майбутнього.
 в) Мене ніщо не радує.
 г) Моє майбутнє безпросвітно.
3. а) В житті мені переважно щастило.
 б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.
 в) Я нічого не добився в житті.
 г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.
 б) Як правило, я скучаю.
 в) Що б я ні робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.
 г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.

- б) Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.
- в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.
- г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.
6. а) Я задоволений собою.
- б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.
- в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.
- г) Я абсолютно нікчемна людина.
7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання:
- б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.
- в) Я знаю, що заслуговую покарання.
- г) Я хочу, щоб життя мене покарало.
8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.
- б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.
- в) Я не люблю себе.
- г) Я себе ненавиджу.
9. а) Я нічим не гірший за інших.
- б) Деколи я припускаюся помилки.
- в) Просто жахливо, як мені не щастить.
- г) Я сію навколо себе одні нещастя.
10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.
- б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.
- в) Було краще б зовсім не жити.
- г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.
11. а) У мене немає причин плакати.
- б) Буває, що я і поплачу.
- в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакати.
- г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли

- хочеться.
12. а) Я спокійний.
- б) Я легко дратуюсь.
- в) Я знаходжуся в постійній напрузі, готовий вибухнути як паровий котел.
- г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.
13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.
- б) Іноді я відкладаю рішення на потім.
- в) Приймати рішення для мене проблематично.
- г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.
- б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.
- в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.
- г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.
15. а) Вчинити вчинок – для мене не проблема.
- б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.
- в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.
- г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.
- б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.
- в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.
- г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.
17. а) У мене збереглася колишня працездатність.
- б) Я швидко втомлююся.
- в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.
- г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.

18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.
б) У мене пропав апетит.
в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.
г) У мене взагалі немає апетиту.
19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.
б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.
в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.
г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.
20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.
б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.
в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.
г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.
21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше.
б) У мене постійно щось болить.
в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.
г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

«Опитувальник з депресії PHQ-9»

ПІП _____ Дата _____					
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «√»)		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі	0	1	2	3

	або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай				
9.	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума					
загальний бал = ____					

У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?	Зовсім не ускладнили
	Дещо ускладнили
	Дуже ускладнили
	Надзвичайно ускладнили

«Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)»

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада(підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Не звертайте уваги на цифри та літери, поміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня.

Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде більш вірною. Час заповнення 20-30 хвилин”.

1. *Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.*

3-Весь час.

2-Часто.

1-Час від часу, іноді.

0-Зовсім не відчуваю.

2. *Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.*

0-Безумовно це так.

1-Напевно, це так.

2-Лише в дуже малому ступені це так.

3-Це зовсім не так.

3. *Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може осьось статися.*

3- Безумовно це так, і страх дуже сильний.

2- Це так, але страх не дуже сильний.

1- Іноді, але це мене не турбує.

0-Зовсім не відчуваю.

4. *Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.*

0-Безумовно це так.

1-Напевно, це так.

2-Лише в дуже малому ступені це так.

3-Зовсім не здатний.

5. *Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.*

3-Постійно.

2-Велику частину часу.

1-Час від часу і не так часто.

0-Тільки іноді.

6. *Д Я відчуваю бадьорість.*

3-Зовсім не відчуваю.

2-Дуже рідко.

1-Іноді.

0-Практично весь час.

7. *Т Я легко можу сісти і розслабитися.*

0-Безумовно це так.

1-Напевно, це так.

2-Лише зрідка це так.

3-Зовсім не можу.

8. *Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.*

3-Практично весь час.

2-Часто.

1-Іноді.

0-Зовсім ні.

9. *Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.*

0-Зовсім не відчуваю.

1-Іноді.

2-Часто.

3-Дуже часто.

10. Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

3-Безумовно це так.

2-Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.

1-Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.

0-Я стежу за собою так само, як і раніше.

11. Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

3-Безумовно це так.

2-Напевно, це так.

1-Лише в деякій мірі це так.

0-Зовсім не відчуваю.

12. Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0-Точно так само, як і зазвичай.

1-Так, але не в тій мірі, як раніше.

2-Значно менше, ніж зазвичай.

3-Зовсім так не вважаю.

13. Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3-Дуже часто.

2-Досить часто.

1-Не так уже часто.

0-Зовсім не буває.

14. Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- чи телепрограми.

0-Часто.

1-Іноді.

2-Рідко.

3-Дуже рідко.

Додаток А4

«Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М.

Кокуна»

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “За допомогою нижченаведених шкал, будь ласка, оцініть різні показники свого стану на даний момент, поставивши вертикальну риску у відповідному місці, враховуючи те, що ліва сторона шкали означає найгірший можливий для Вас показник стану, а права – найкращий”.

найгірше	САМОПОЧУТТЯ	найкраще
----------	--------------------	----------

найнижча	АКТИВНІСТЬ	найвища
----------	-------------------	---------

найгірший	НАСТРІЙ	найкращий
-----------	----------------	-----------

найнижча	ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ	найвища
----------	-----------------------	---------

найнижча	ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ В УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ	найвища
----------	---	---------

найнижче	БАЖАННЯ ВИКОНУВАТИ БОЙОВІ ЗАВДАННЯ	найвище
----------	---	---------

найнижча

ВПЕВНЕНІСТЬ У СВОЇХ СИЛАХ

найвища

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



(підпис)