

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА:

**ЗВ'ЯЗОК САМОТНОСТІ ТА ПТСР У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ
ВІЙСЬКОВИХ**

на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр»

з напрямку «психологія»

Студентки 4 курсу 4 групи
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

Богдан Олександр Юрївни

Науковий керівник:

кандидат медичних наук

Діденко Сергій Васильович

Допустити до захисту в ДЕК
кафедра психодіагностики та
клінічної психології

Протокол № _____ від
_____ завідувач кафедри:

доктор психологічних наук,
професор Бурлачук Леонід
Фокович

(підпис)

Київ–2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНИХ КАТЕГОРІЙ “ПТСР” ТА “САМОТНІСТЬ”	
1.1 Післятравматичний синдром: зміст та особливості.....	7
1.2 Поняття самотності та її психологічні аспекти.....	14
1.3 Взаємозв'язок між відчуттям самотності та посттравматичним стресовим розладом.....	24
Висновки до першого розділу.....	26
РОЗДІЛ 2	
ПРОЦЕС ТА ЗАСАДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1 Завдання та гіпотези дослідження. Методичний інструментарій для дослідження.....	29
2.2 Характеристики досліджуваної вибірки.....	36
Висновки до другого розділу.....	40
РОЗДІЛ 3	
РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР ТА САМОТНОСТІ	
3.1 Показники за власним опитувальником.....	43
3.2. Результати за методикою SCL-90-R.....	47
3.3. Показники за методикою «Самотність» Корчагіної.....	49
3.4. Показники за методикою «F-SOZU-22».....	52
3.5. Математична обробка результатів за методиками.....	54

Висновки до третього розділу.....	57
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	62
ДОДАТКИ.....	66

ВСТУП

Актуальність теми дипломної роботи пов'язана з тим, що на даний момент самотність не широко вивчалася в контексті проявів психопатологічних симптомів у людей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад.

Озброєне протистояння є екстраординарною ситуацією, внаслідок якої можуть виникати різні психогенні розлади у будь-кого з його учасників. ПТСР стає особливо актуальною у зв'язку з ситуацією тривалої психотравми, яка склалася в Україні. Можна спостерігати незвичне раніше зростання стресових розладів викликане бойовими діями на Сході країни. На превеликий жаль, достовірна статистика по Україні відсутня. Однак, згідно світовій статистиці близько 30% ветеранів у різних країнах стикаються з серйозними психологічними труднощами. Громадське життя переповнене суцільними труднощами для звільнених зі служби бійців, адже життєвий устрій у військовому та цивільному товаристві має суттєві відмінності. Багато чоловіків та жінок відчувають проблеми з працевлаштуванням, отриманням допомоги та непорозумінням у міжособистісних стосунках. Загалом з 2014 року понад тисячу українських військових, які брали участь у бойових діях на Донбасі, наклали на себе руки через фінансове становище, наслідки посттравматичного синдрому та інших психічних розладів. Зрозуміло, що тема бойового стресу й на сьогоднішній день гостро стоїть для учасників АТО. Можливо саме самотність відіграє важливу роль у розвитку складного ПТСР та у збереженні його симптомів. Адже самотність може сильно впливати на фізичне та психологічне здоров'я людини. Тривала та глибока самотність послаблює запас психічного здоров'я людини та може погіршувати наявні психічні розлади. В свою чергу встановлення такого зв'язку може бути

дуже корисним для розробки схем адаптації ветеранів та лікування посттравматичного розладу особистості.

Слід також зазначити, що незважаючи на зростаючу в останні десятиліття кількість досліджень, які присвячені вивченню психологічних наслідків для людини через перебування людини в травматичній ситуації, велика кількість її теоретико-методологічних аспектів залишаються дискусійними чи зовсім не вирішеними. Що також підкреслює необхідність різнобічно досліджувати дане питання.

Мета дослідження: встановлення зв'язку між рівнем вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу та почуттям самотності у воєннослужбовців.

Об'єкт – самотність як патологічний стан.

Предмет – Зв'язок самотності з ПТСР у військових, що були демобілізовані.

Завдання дослідження:

1) Визначити теоретичні складові таких понять як посттравматичний стресовий розлад та самотність;

2) Дослідити взаємозв'язок між проявами психопатологічної симптоматики при ПТСР та відчуттям людиною самотності;

3) Зробити статистичний аналіз та узагальнити отримані результати дослідження.

1. Методи наукового дослідження: 1) **теоретичні:** теоретико-методологічний аналіз, синтез та узагальнення наукової літератури по проблемі дослідження ПТСР та самотності; 2) **емпіричні:** опитувальник «Самотність» С. Г. Корчагіної; Опитувальник

вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R); Опитувальник соціальної підтримки «F-SOZU-22»; Також була створена власна анкета; 3) **статистичної обробки даних**: критерій Колмогорова-Смирнова, U-критерій Манна — Уїтні та коефіцієнт кореляції Спірмена.

Наукова новизна та практична значущість роботи, рекомендації стосовно їхнього використання. Було поглиблено уявлення стосовно психологічного стану людей, що брали участь в антитерористичних операціях на Сході України. Також особлива значущість полягає в можливості використання результатів у якості орієнтирів у процесі розв'язання завдань лікування колишніх бійців. Адже не дивлячись на наявність значної кількості досліджень в межах піднятої теми, вона залишається недостатньо вивченою. Особливо це є важливим для кращого розуміння людей, що при поверненні з військової служби мають проблеми з адаптацією та міжособистісними стосунками. Отримані результати можуть бути використані у подальшій дослідницькій діяльності.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з розділів, загальних висновків, 3 додатків, списку використаної літератури (42 найменування, з них 16 – іноземною мовою). Повний обсяг дипломної роботи становить 70 сторінок, основний зміст викладено на 60 сторінках тексту. Робота містить 7 таблиць, загальним обсягом 2.5 сторінки; 9 рисунки, загальним обсягом 4 сторінки.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТЬ ПТСР ТА САМОТНОСТІ

1.1. Післятравматичний синдром: зміст та особливості.

Посттравматичний синдром (або згаданий у вступі ПТСР), - це розлад психіки, який може розвинути у людини після того, як вона пережила або побачила подію, що сильно її вразила. Це може бути смертельно небезпечна ситуація, наприклад, бойові дії, стихійне лихо, дорожньо-транспортна пригода або сексуальне насильство [1]. Відомі також випадки коли на посттравматичний розлад страждали свідки певних подій, таких як працівники аварійних служб та правоохоронці. Це може статися навіть у друзів або членів сім'ї тих, хто пережив справжню травму. Серед осіб, що перенесли травму ПТСР виявляється близько у 8% чоловіків та 20% жінок. Слід брати до уваги, що далеко не всі потрапляють в поле зору спеціалістів та не звертаються за психологічною допомогою. У деяких вибірках поширеність ПТСР перевищує 50% навіть серед осіб, які не шукають психіатричної чи психологічної допомоги. Патофізіологія розладу не повністю зрозуміла. Даний стан вимагає не тільки медикаментозного, а й психотерапевтичного лікування. Успішно використовується широкий спектр психотерапевтичних методів. Також часто використовуються СІЗЗС або інші лікарські засоби. [2,4]

У ранніх публікаціях симптоматика посттравматичних стресових розладів позначалася як «солдатське серце», «невроз бою», «посттравматичний реактивний стан», «військовий невроз» (А.Оппенгейм, 1889), «травматичний невроз» (Л.О. Даршкевич, 1916; Е. Блейлер, 1920; О. Бумка, 1928), «травматичні неврози війни» (А. Кардінер, 1941), «посттравматичний реактивний стан» (М.О. Гуревич, 1949).

Загальновідомим терміном, який використовували для визначення психічних розладів у воєнних був термін «військовий невроз». [7]

Поняття «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) - відносно нова діагностична одиниця. Відповідно діагностичним критеріям МКБ-10, ПТСР відноситься до розділу F-43 «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації», підтемі F43.1 «Післятравматичний стресовий розлад». Відповідно до критеріїв МКБ-10 діагностика ПТСР заснована на наявності відставленої або віддаленою реакцією на стресову подію (короткочасну чи навпаки тривалу) загрозливого та катастрофічного характеру, які в цілому можуть викликати загальний дистрес у індивіда [28].

Хоча ПТСР у більшості постраждалих пов'язаний саме з екстраординарними психологічно травмуючими подіями, це не означає, що той самий розлад не може виникнути у деяких людей в ситуаціях, що не відносяться до “надзвичайних”, але в силу особистих причин є достатньо серйозною психологічною травмою.

Існує пряма залежність між важкістю психологічної травми, ступенем загрози життю або здоров'ю, психічним станом на момент стресу з одного боку і ймовірністю розвитку посттравматичного стресового розладу – з іншого. Нижче представлені травматичні ситуації, які можуть викликати посттравматичний стресовий розлад, а саме:

- воєнні дії;
- переживання особистої катастрофи, викликані смертю близької людини;
- насилля в родині;
- сексуальне насильство;

- залученість до дій, пов'язаних із ризиком для життя, наприклад, терористичних акцій;
- катастрофічні ситуації (аварії), які могли призвести до летального результату;
- важке фізичне каліцтво, фізична травма. [6]

Переживання, що передують даний розлад, супроводжуються нестримним страхом, тривогою. Воно характеризується нав'язливими спогадами про травматичну подію, які починаються приблизно протягом півроку після події, що спричинила травму та зберігаються протягом (мінімум) одного місяця. Симптоми включають також уникнення будь-чого, пов'язаного з травматичною ситуацією, нічні кошмари, так звані флешбеки. Діагноз ставиться на підставі анамнезу. Лікування полягає в терапії експозицією і лікарської терапії.

ПТСР має свої стадії розвитку, а саме:

1. Гостра криза, реакція на стресс. Ця фаза настає відразу після травмуючих подій. Постраждалий намагається впоратися, перебуває в стані психологічного шоку від того, що трапилось. Зараз людина може відчувати нестерпний страх, оціпіння, мати ознаки дисоціації, бути розгубленою, неспроможною спокійно та логічно мислити, болісно реагувати на поради та слова, відчувати відразу та правину. Можуть спостерігатися і соматичні прояви, наприклад нудота, тремор кінцівок, рясне потовиділення, головний біль, втрата апетиту чи сну.

2. Власне етап ПСТР. Те, як протікає ця стадія повністю залежить від того які саме були прояви на першій стадії та чи була надана психологічна допомога. Це довготривалий стан, якому характерні симптоми, що будуть представлені нижче. При

негативній динаміці та відсутності лікування симптоми розладу можуть значно погіршуватись.

3. Початок етапу відновлення. Людина, яка страждає на ПТСР, намагається поступово пристосуватися до повсякденного життя, повернути свій звичний ритм. На цій фазі нерідко можуть продовжуватися нічні кошмари та негативні спогади. Зберігаються також і фобії, тривожно-депресивні стани, відчуття страху чи гніву, занурення в себе та власні переживання. Людина на цьому етапі може як активно шукати допомоги від інших людей, так і навпаки, ізолюватися від оточення, відчуваючи недостатньо ефективну для них підтримку.

4. Пролонгований етап відновлення. Виходячи з назви, особа з ПТСР продовжує боротися з наслідками травмуючої події. Досить довго можуть зберігатися такі симптоми як тривога та флешбеки. Однак при лікуванні ці негативні симптоми можна зменшити та згодом повністю подолати.

Характерні для ПТСР симптоми зазвичай починаються незабаром після травматичної для індивіда ситуації, але вони також можуть проявлятися лише через місяці чи роки, посилюючись чи послаблюючись у різні проміжки часу, протягом багатьох років. В тому випадку коли симптоми тривають більше ніж чотири тижні, продовжують викликати сильний дистрес або заважають роботі чи домашньому життю, можливо, у вас є ПТСР [14].

Всього існує чотири типи симптомів при ПТСР, але вони можуть дещо відрізнятися. Кожна людина відчуває симптоми по-своєму. Деякі можуть не спостерігатися зовсім [2].

1. Повторні переживання події (так звані флешбеки). Спогадання про травматичну подію можуть виникати у будь-який час. В такі

моменти людина відчуває той самий жах, що й в перший раз, коли з нею щось трапилось. Наприклад, з'являються повторюванні нічні кошмари, як наслідок нерідко спостерігається безсоння. Але сни на відміну від флешбэків скоріше не точно відтворюють події, а мають символічну форму, лише віддалено нагадують про те, що відбулося в момент психологічної. Людині часто здається, що вона знову переживає подію (ретроспекція). Під час таких яскравих спогадів людина може бачити, чути або навіть відчувати схожі запахи, звуки та інше, що змушує переживати травмуючу ситуацію повторно. Те, що викликає сильне переживання називається тригером. Навіть розмови близькими, випуски новин, подібні сцени у фільмах чи випадкове спостереження за схожим випадком (наприклад стати свідком автотрощі, якщо травмуючою подією в минулому була аварією) можуть стати запусковими механізмами реалістичних та болючих переживань. Нерідко саме з цієї причини людина починає уникати усього, що певним чином нагадує про подію, що травмувала.

2. Уникання. Спостерігається уникання місць, речей або людей, які пов'язані з пережитою особистою катастрофою. Людина починає усіяко сторонитися власних думок чи розмов з іншими, якщо це стосується травмуючої події. Будь-якої ситуації, яку особистість розцінює як небезпечну для себе. Наприклад, якщо людина стала жертвою сексуального насилля з боку особи чоловічої статі, вона може активно уникати спілкування чи інтимних стосунків з чоловіками. Можуть з'являтися різні фобії. Саме через нестерпний біль при згадці про травмуючу ситуацію існує велика кількість людей, які не шукають психологічної допомоги, адже їм важко розмовляти та згадувати те, що спричинило ПТСР.

3. Поведінкові порушення. Також можуть спостерігатися негативні зміни у переконаннях чи почуттях. Сприйняття себе та навколишнього світу змінюється через травму. Цей симптом також має декілька варіантів, а саме: дисфорія, ангедонія, дереалізація, дисоціація, деперсоналізація, проблеми з самооцінкою. Часто люди не можуть відчувати позитивних чи романтичних почуттів, сексуального бажання. Таких людей часто описують як холодних та відлюдькуватих. Тож нерідко це призводить до розлучень, чи “добровільної” ізоляції особистості від близьких. В деяких випадках людина може мати близькі взаємини з іншими, але не відчуває достатньої підтримки чи сама має проблеми з емпатією. Ці порушення можуть також включати спалахи люті та саморуйнівну поведінку. Сюди ж відносяться стійкі негативні уявлення про себе, відчуття себе приниженим, переможеним, нічого не вартим. Нерідко супроводжується всеохоплюючим почуттям сорому, власної провини за те, що трапилось або слабкістю (наприклад, командир бригади може страждати через розуміння неможливості подолати смертельно небезпечні перешкоди або запобігти стражданню інших членів команди).

4. Психологічна перезбудженість. Світ для людей з ПТСР здається абсолютно небезпечним, а люди навколо не вартими довіри. Людина починає бути дуже пильною, постійно очікуючи небезпеки. Сюди ж входить надмірна дратівливість, постійне відчуття тривоги, спалахи агресії, безсоння, бурхлива реакція на різні чинники, здригання при гучних звуках (наприклад фейерверк, що може нагадати звуки пострілів). Також часто спостерігаються проблеми з концентрацією уваги, проблеми з пам'яттю. Особистість з розладом може забути про певні частини травмуючої події або не мати змоги про них розповідати та обговорювати з іншими.

В залежності від того, які саме симптоми переважають, можна виокремити наступні типи ПТСР: астеничний, тривожний, соматоморфний, дисфоричний [9].

Люди з ПТСР, досить часто можуть мати проблеми із близькими сімейними стосунками чи дружбою. Їх симптоми можуть спричинити проблеми з довірою, близькістю, спілкуванням та вирішенням проблем, що може вплинути на те, як людина з розладом поводить себе з іншими. У свою чергу, те, як кохана людина реагує на цей стан, впливає на тих, хто пережив травму. Може скластись кругова схема, яка може завдати шкоди стосункам. Наявність розуміння та підтримки з боку близьких є одним із головних факторів у переживанні людиною власної травми [12].

Висновки:

Основною умовою виникнення ПТСР вважається фактор залучення індивіда в екстраординарні події з надпотужним впливом на психіку. Після травматичного досвіду людина перебуває в стані гострого шоку та потерпає від таких різного роду симптомів. Але якщо вони не зникають згодом це може свідчити про наявність посттравматичного стресового розладу. З часом його ознаки можуть як поступово зникати, так і погіршуватися, приймаючи хронічну форму. Далеко не всі люди, що пережили травмуючу подію страждають на даний розлад, однак, таких випадків достатньо. Серед потенційних травмуючих подій - воєнні дії є найбільш відомим фактором. Саме у бійців вперше встановили схожі симптоми та почали досліджувати дану проблему. Однак, людині навіть не обов'язково бути самою залученою у небезпечну ситуацію, нерідко на ПСТР страждають свідки чи родичі тих, хто пережив травмуючу подію. Особливо, якщо вона відчувається непередбачуваною та неконтрольованою. Цей стан вимагає не тільки медикаментозного, а й

психотерапевтичного лікування. За останнє десятиліття, швидкий прогрес у вивченні психічних та біологічних основ ПТСР привів вчених до висновку про необхідність зосередити увагу саме на профілактиці. Наприклад, з метою пошуку шляхів запобігання ПТСР, при фінансуванні NIMH проводяться дослідження з розробки нових ліків, спрямованих на боротьбу з основними причинами хвороби. Наразі успішно використовується широкий спектр психотерапевтичних методик, а також антидепресанти типу СИЗС, транквілізатори та інші лікарські засоби.

1.2 Поняття патологічної самотності.

Людина - це цілком соціальна істота. Вживання людини у важких фізичних умовах, було б абсолютно неможливим без вигідної взаємодії з іншими людьми. В психології визначення самотності найчастіше звучить як психогенний фактор, що полягає в ізоляції від інших, відсутності фізичного або дружнього та довірливого спілкування. На фоні цього в особистості виникають проблеми такі як: тривожність, нудьга, спустошеність, відчуття покинутості, депресія, а інколи психічні розлади (наприклад галюцинації) та інше. [36, с. 142].

Початок зацікавленості з боку дослідників до феномену самотності з боку саме психології - доводиться на кінець 30-х та середину 80-х р минулого століття. Можна сказати, що це час фундаментальних досліджень в області психології самотності. Саме в цей період відбувається закладка концептуальних основ феноменологічного дослідження. В цей же період значною мірою зросла кількість й художньої літератури, головною темою яких була самотність особистості. (Е. М. Ремарк, Г. Г. Маркес, А. Камю, і інші).

На сьогоднішній день переважна більшість авторів, які досліджують дану проблему, сходяться на тому, що самотність пов'язана з переживанням особистості відсторонення від суспільства, своєї родини та навколишнього світу загалом. Нерідко трапляються і згадки про те, що сучасна людина найгостріше відчуває себе самотньо в ситуаціях так званого насильницького спілкування (розвиток тези Рісмена «самотній натовп»).

Самотність - це неприємні переживання, які виникають, коли людина сприймає соціальні відносини як менші за кількістю, а особливо за якістю, ніж того хочеться. Досвід самотності є абсолютно суб'єктивним: людина може бути фактично самотньою, без людей навколо постійно, не відчуваючи себе при цьому погано, а може відчувати себе самотньо, навіть коли знаходиться у компанії чи натовпі. Психологи, як правило, вважають самотність стабільною ознакою. Це означає, що люди мають різні фактори почуття самотності й вони коливаються навколо цих значень, залежно від певних життєвих обставин. Рівень самотності у людей зазвичай залишається більш-менш постійним у дорослому віці. Але після семидесяти років, ці показники часто збільшуються. Тривала самотність асоціюється з депресією, поганою соціальною підтримкою та інтроверсією. [27]

Розглядаючи самотність як психічний феномен, більшість дослідників підкреслюють його відмінності з такими поняттями, як «самість» та «ізоляція», вважаючи, що самотність має специфічний внутрішній контекст. Ізоляція більшою мірою пов'язана з фізичним відстороненням, тимчасовим відокремлення себе по відношенню до соціального оточення та частіше є зовні зумовленою ситуацією, а не певним психічним переживанням. Як приклад можна згадати карантин 2020 року через

пандемію COVID-19, коли більшість людей примусово чи добровільно уникали активних соціальних контактів. У той час як патологічна самотність викликана саме низькою внутрішніх, психологічних причин. Крім того слід звернути увагу на той факт, що деякі соціально відособлені особи (наприклад люди які називають себе самотниками й живуть в малозаселених місцях) можуть відчувати себе в безпеці, самодостатніми, потрібними та коханими певною псевдо спільнотою (можливо онлайн групи, чати, ком'юніті за спільними інтересами) чи духовно, почуттям близькості з Богом, природою, духами, ангелами, іншими святими чи надприродними явищами. Самотність та ізоляція не мають тлумачитися однаково [11,21]. Багато людей насолоджуються своєю ізоляцією та спеціально шукають її, адже це призводить до нових відкриттів у собі, та є цілком ефективною методикою для розвитку свого індивідуального простору. Вона нерідко розглядається як значущий компонент для досягнення духовності та росту особистості. Згадати той же карантин - люди, що переважно знаходилися вдома почали активніше займатися різними хобі, практикувати медитації, прибирати оселі та робити безліч того, що відкладали довгий час. Тоді як самотність - це відчуття порожнечі, відокремленості та непотрібності іншим. Цей стан приносить особистості болісні переживання та не спонукає до розвитку та досягнення духовності. Така самотність та її переживання стають токсичним коктейлем для людини та згодом викликає погіршення самопочуття, дистрес. [17]

Існує два основних підходи для тлумачення та судження проблеми самотності на даний момент:

- Перший більше відноситься до радянського розуміння самотності як стан, що суперечить самій суті людської природи, як істоти від початку соціальної. Тобто визначається таким чином: від

об'єктивної ізолюваності воно відмінне тим, що відображає саме внутрішній розлад людини зі своїм Я, сприймається людиною як своєрідна неповноцінність, скупість власних відносин із навколишнім світом. Як велика втрата та розчарування в будь-якій перспективі.

- З іншої точки зору, ми маємо амбівалентне ставлення до поняття самотності. Тобто з одного боку воно визнається як трагічний та важкий стан із сильними переживаннями, у той час як виділяються й певні можливості та користь, якою наділене усамітнення. Адже це може допомогти людині бачити себе та краще зрозуміти свій стан, свої істинні бажання. У тиші людина навіть може пізнати сенс свого буття, досягти так званого катарсису. Але, звісно, крім спокійного та приємного усамітнення існує болісне та виснажливе. Це абсолютно індивідуальне переживання. Хтось сприймає вимушену ізоляцію як шанс для самоактуалізації, а хтось буде відчувати дисфорію та прагнути відновити соціальні зв'язки, духовну близькість з кимось [20].

Самотність досі можна вважати нагальною психологічною проблемою сучасності, що не втрачає своєї актуальності. Так, компанія TheRichest у 2014 році опублікувала статистику самотніх людей у різних країнах. Перше місце належить Швеції, в якій майже кожен другий громадянин країни страждає через почуття самотності. Серед дослідників, наприклад, Н. Е. Покровський називає це почуття «чумою ХХ століття, що вимагає серйозного осмислення, теоретичних та експериментальних наукових досліджень». В. Франкл вважав, що людина відчуває себе в стані самотності, втративши власні цінності та сенс життя [24].

В.І. Сіляєва визначає самотність як «важке емоційне переживання, пов'язане з руйнуванням глибинних очікувань особистості з приводу

реалізації своїх можливостей, які визнаються важливою складовою людського буття». [8]

Д. Янг дає таке визначення: «Самотність - це відсутність або уявне відсутність задовільних соціальних відносин, що супроводжується симптомами психічного розладу, яке пов'язане з дійсним або уявним відсутністю таких».

У контексті саме проблем спілкування самотність розглядається в роботах таких авторів як: К. А. Абульхановой-Славської, А. Г. Амбраумовой, Г. П. Орлова; І. С. Кона, А. А. Леонтьєва та інших.

Відомий психолог Дж. Янг виділяв такі типи самотності [33]:

1. Хронічна - настає у той час, коли людина протягом тривалого періоду не має можливості встановити задовільні для неї взаємини зі важливими для себе людьми.

2. Ситуаційна - ця самотність проявляється внаслідок конкретних стресових подій в житті індивіда. Це можуть бути як розрив тривалих романтичних/інтимних стосунків (можливо розлучення), раптова смерть близької людини, сварка з друзями у компанії як наслідок вилучення з неї.

3. Швидкоплинна - даний тип самотності виражається в так званих короткочасних хвилях накопчування почуття самоти, яке в більшості випадках безслідно проходить, не залишаючи негативних слідів (найчастіше трапляється в нічний час).

Деякі дослідження показали, що самотність є попередником когнітивного спаду.

Вплив самотності на пізнання вдалося знайти під час огляду літератури. Мабуть, найбільш важлива знахідка в цій літературі - це широта емоційно-пізнавальних процесів та результатів самоти. Таким

чином самотності була пов'язана з різноманітними розладами особистості, психозами, самогубствами, значними порушеннями працездатності та когнітивним зниженням. А інколи навіть з підвищенням ризику виникнення хвороби Альцгеймера у літніх людей, зменшенням уважності при виконанні задач та посилення депресивних симптомів. Крім того, експериментальні дані, в яких почуття самотності (і соціальної відчуженості) були спричинені гіпнотично, вказують на те, що самотність не тільки посилює депресивні симптоми, але й збільшує сприйняття стресу, страх негативної оцінки, тривожність і гнів, зменшує самооцінку. Ці дані говорять про те, що почуття соціального зв'язку служить своєрідним ешафотом для самоті. Стан самотності дійсно не варто ігнорувати, адже це дуже небезпечно для людини та її здоров'я. Саме самотність є однією з основних причин самогубства [22].

Самотність важливо не плутати з самотою. Ці два поняття інколи плутають, однак між ними є величезна різниця. Самотність (loneliness) визначають саме як болісне переживання, пов'язане з нестачею спілкування та довірливих, близьких контактів з іншими людьми. Під самотою (solitude) ж розуміють ситуації, коли людина добровільно залишається на самоті певний проміжок часу. Останній зовсім не страждає через ізольованість від соціальних контактів. Наодинці з собою, людина може використовувати весь свій час з користю для себе, наприклад, зайнятися творчістю або самопізнанням, реалізацією своїх планів, при цьому відчувати себе комфортно. Поділяти ці поняття в емпіричних дослідженнях почали досить нещодавно (близько 20 років тому). До цього в психології розглядалося тільки поняття самотності виключно як негативний феномен. Однак про використання самоті як позитивний ресурс для особистості, говорило досить багато філософів та психотерапевтів, але в науковій психології ця тема майже не розвивалася.

Ми можемо впевнено стверджувати те, що самотність це непростий та досить унікальний досвід для кожного. У цього стану не існує єдиної загальновідомої причини, а тому профілактика чи лікування цього стану може значно відрізнятись та не є універсальною. Тобто, наприклад, підліток, який має труднощі у спілкуванні з однолітками, потребує інших стратегій вирішення своїх проблем, ніж значно доросліша людина, яка повернулася з фронту та страждає через брак порозуміння з іншими. Таким чином стан самотності необхідно уважніше розглянути в окремому випадку, зрозуміти що саме має на увазі людина коли говорить про це почуття. Адже різні причини, симптоми можуть потребувати абсолютно різного підходу до способів лікування чи просто подолання цього стану. Чим довше особистість перебуває в такому стані, тим більше ризики виникнення різних біологічних дисфункцій, дистресу та різноманітних поведінкових проблем (аутоагресія, схильність до підозрливості, тривожність та інше) Саме такий стан ми можемо охарактеризувати як патологічна самотність.

Загалом самотність можна розділити і на такі три типи саме за її причинами: [36].

1. Ситуаційна самотність: окремі соціально-культурні та екологічні чи політичні фактори можуть сприяти ситуативній самотності. Різні фактори навколишнього середовища, такі як епідемії хвороб, забруднення навколишнього середовища, міграція населення, міжособистісні конфлікти, аварії, катастрофи призводять до самотності у будь-якому віці. Слід також відзначити, що збільшена тривалість життя та фемінізація літнього населення також може стати суттєвим фактору розвитку саме цього типу самотності у жінок похилого віку.

2. Самотність на етапах розвитку: якщо брати до уваги те, що усі ми є соціальними істотами та маємо вроджене бажання бути в

близькості з іншими, то можна зробити заключення, що ця потреба є дуже важливою на будь-якому етапі розвитку індивіда. Звісно, що окрім цього є потреба в індивідуалізмі, становленні себе як окремої людини, самоактуалізації. Це можна пов'язати з поступовим розвитком власного Я, що означає необхідність мати власний простір, вимагає певної самотності. Яскраво це прослідковується у дітей та підлітків. Отже для оптимального розвитку особистості між ними має бути баланс. Коли цього не відбувається, то людина може потерпати від почуття не свободи, чи власної недостатності, дефіциту розвитку. До цього ж ефекту можуть призвести бідність та соціальна маргінальність.

3. Внутрішня глибока самотність: сама по собі самотність (тобто відсутність достатньої для окремого індивіда соціальних контактів) не обов'язково робить людину самотньою. А саме сприйняття цього факту самотності з негативної точки зору (тобто коли людина страждає через це почуття) робить індивіда самотнім. Було встановлено, що люди з низькою самооцінкою відчують себе значно самотнішими за інших в своєму оточенні. Причинами цього типу переживань можна назвати різні особистісні фактори, локус контролю, викликаний чимось дистрес, власне низька самооцінка чи погані стратегії подолання труднощів. [29]

Крім того, труднощі з налагодженням особистих контактів, викликані, наприклад, непорозумінням та недостатньою підтримкою від інших, також додають погіршення та загострення відчуття самотності. Як приклад, люди, що після воєнних дій повертаються додому нерідко відчують себе відчуженими та відстороненими від друзів та родини. Разом з можливою отриманою психологічною травмою на фронті довге відчуття самотності може призводити до фатальних наслідків.

Дані британських військових благодійних організацій свідчать про те, що самотність та соціальна ізоляція являють собою основні проблеми для ветеранів будь-якого віку [19]. Наразі велика кількість благодійних організацій для ветеранів по всьому світу почали визнавати та активно намагалися боротися із проблемою самотності та соціальної ізоляції у людей, що повернулися з фронту. Але все ще бракує перевірених доказів, які б могли допомогти синтезувати дослідження явища соціальної ізоляції ветеранів. Проблема в тому, що досвід роботи окремих військових в значній мірі різниться через певні фактори (наприклад відпрацьований час) а тому досить важко зробити якесь узагальнення яке було б актуальним для всієї групи військових. Але неможливо проігнорувати той факт, що практично кожен другий військовослужбовець потерпає від труднощів чи дискомфорту при поверненні до цивільного життя. Цей перехід вимагає від людини деяких зусиль для встановлення своєї ідентичності після закінчення своєї служби. Також причиною труднощів, що виникає у ветеранів після служби може бути наступне. Річ у тім, що воєнні сили мобілізуються далеко від місця проживання більшості людей, що служить. Звісно, географічна мобільність та часті виїзди не стануть значною проблемою для всіх, люди здатні легко адаптуватися в нових умовах та звикають до такого “переселення”. Але це може значною мірою вплинути як на почуття самотності, так і на соціальну ізоляцію для деяких осіб. Адже ці процеси означають порушення тісних дружніх (чи навіть романтичних) стосунків, що склалися між воєнними під час строку служби. Це і не дивно, бо вони вимушені довгий час знаходиться поруч, допомогти один одному. Так наприклад Вудворд і Дженкінгс [38] підкреслили значимість дружніх зв'язків, що утворюються на фронті, що може стати каменем спотикання при соціальній адаптації вдома. Автори ввели такий термін як "оманлива спорідненість", щоб описати явище

своєрідної “родини” на фронті. Тобто капітан чи унтер-офіцер команди може сприйматися як своєрідний батько, а колег по службі як братів та сестер [31].

Все це робить самотність значною проблемою для охорони здоров'я. Адже даний стан призводить до болісних почуттів, горя, ангедонії, страху за себе та майбутнє, банально втоми та виснаження як ментально так і фізично. Таким чином, глибоке почуття самотності робить людину фактично хворою та негативно впливає на її в повсякденне життя, перешкоджає одужанню від інших наявних розладів чи хвороб. Самотність з її епідеміологією, етіологією, критеріями діагностики, негативними наслідками та впливом на організм слід вважати серйозним відхиленням та включити в класифікації психічних розладів. [36,37]

Висновки:

Самотність як процес це поступова втрата здатності особистості сприймати та реалізовувати наявні в суспільстві норми, принципи, цінності. В результаті процесу переживання самотності відбувається втрата особистістю свого статусу як об'єкта соціального життя. У психологічних словниках самотність трактується як один з психогенних факторів, що впливають на психічне здоров'я людини. Умовами для виникнення цього стану найчастіше є фізична чи емоційна ізоляція. В таких умовах може (але не обов'язково) актуалізуватися потреба в близькому спілкуванні. Якщо ця потреба не задовольняється, то людина може почати страждати через такі негативні стани як надмірна напруженість, тривожність, ангедонію, деперсоналізацію, депресію, тощо.

Глибоке почуття самотності може бути вкрай небезпечним для особистості, а разом з симптомами після травматичного розладу мати катастрофічні наслідки. Тому так необхідно надавати своєчасну допомогу людям, які знаходяться у списку ризику. Так наприклад дані британських

військових благодійних організацій свідчать про те, що самотність та соціальна ізоляція являють собою основні проблеми для ветеранів будь-якого віку.

1.3 Взаємозв'язок між відчуттям самотності та посттравматичним стресовим розладом.

ПТСР може призвести до інших розладів, або виникати одночасно з іншими порушеннями. Наприклад, разом із тривожним розладом (ГТР). Патологічний стан самотності, звісно, не можна відносити саме до розладів особистості, однак, можливий її вплив на протікання симптомів посттравматичного розладу. Цей стан слід розуміти як затяжний та болючий період важкого переживання відчуття самотності із характерними депресивними та поведінковими розладами. Причиною виникнення є розрив тривалих взаємин з близькими людьми з неспроможністю задоволення потреби спілкування з ними [27].

Грунтуючись на аналізі існуючої літератури та на власних спостереженнях, ми можемо лише припустити, що самотність та посттравматичний стресовий розлад, можуть мати двосторонню взаємодію. Причому кожне з них здатне посилювати негативний характер протікання іншого за допомогою шкідливих, пов'язаних між собою циклів із зворотнім зв'язком. Самотність може бути посередником ПТСР. Тобто як посередник, самотність є чинником уразливості, посилюючи наявний тягар травм, сприяючи ускладненню протікання розладу особистості. Наприклад, відомі випадки коли жертви сексуального насилля потерпали від повторних нападів саме в період самотності у порівнянні з іншими періодами життя. Також самотність може виступати значною перепорою для людей конструктивно вирішувати проблеми, які були викликані післятравматичним розладом. Не рідкість, що самотні люди просто не

здатні шукати або якісно користуватися соціальною підтримкою оточуючих. Як приклад, відчуття самотності може значною мірою посилюватися в нічний час, коли ми не маємо саме фізичного контакту з іншими спілкування вночі. Як наслідок людина може страждати через підвищений рівень тривоги. Це призводить до певних труднощів із засипанням, нав'язливі думки з відчуттям повторного переживання психотравми [5].

Неспроможність отримати доступ до позитивних та корисних соціальних контактів, щоб полегшити прояви емоційного стресу, може збільшувати ризики безрозсудної поведінки, спровокувати суїцидальні думки. Комбінації почуття патологічної самотності в поєднанні з асоціальною поведінкою у людини є типовим проявом посттравматичного стресового розладу. При цьому саме відчуття покинутості може значною мірою знижувати можливість сприймати позитивні переживання, активувати процес посилення та подальшого розвитку низької самооцінки, ненависті до себе, депресивних симптомів та суїцидальних думок [30].

З іншого боку ПТСР може суттєво погіршити стан патологічної самотності та знизити здатність особистості справлятися з нею. Наприклад особа, що зазнала зради на фронті, чи була покинута напризволяще іншими членами команди, чи просто пережила жорстоке поводження від тих, кому довірилася, як результат може мати післятравматичний розлад з характерною недовірою до інших та постійним почуттям себе в небезпеці. Порушення відносин з іншими, які проявляються в почутті відчуження та схильності уникати стосунків через страх, що вони знову можливо будуть не здоровими, логічно пов'язані зі страхом довіри людини та нездатності відчувати себе в безпеці. Але в той же час вони сприяють ще більшому розриву з соціумом, призводять до соціальної ізоляції та

погіршують стан самотності. Крім того проблеми з самооцінкою, гнівом, відчуття провини чи сорому, безпорадність та слабкість, а також часто присутні при ПТСР сильний страх, високий рівень тривожності із надмірною пильністю, уникнення всього, що нагадує про травму (в деяких випадках це уникнення саме пов'язаних з подією людей) також можуть сприяти погіршенню патологічної самотності у людини. [20,25]

Висновки:

Було встановлено що патологічна самотність згубно впливає як на фізичне, так і на психологічне здоров'я та пов'язана із збільшенням смертності від суїцидальної поведінки. На сьогоднішній день патологічна самотність недостатньо вивчалася в контексті саме ПТСР. На основі доступних наразі праць різних дослідників можна лише припустити, що відчуття людиною самотності відіграє одну з головних ролей у розвитку складного посттравматичного стресового розладу та в довготривалому збереженні його симптомів. Однак, досліджень, що вивчають симптоми самотності та посттравматичного стресу розладу наразі є досить дефіцитними.

Висновки до першого розділу

1. На даний момент, проблеми діагностики та корекції негативних психологічних станів, що виникають в результаті впливу певних стресогенних чинників, джерелами яких є різні травмуючі події (автокатастрофи, катастрофи, військові дії, насильство, загрози середовища), відноситься до числа найбільш актуальних. Це змушує психологів активно займатися проблемами реабілітації постраждалих. Особливої уваги потребують учасники збройних конфліктів, так як у всьому світі, й в Україні в тому числі, наявні певні конфлікти, що супроводжуються активними бойовими діями.

Достатньо велика кількість військовослужбовців бере участь у бойових діях сьогодні. Досвід воєнних конфліктів свідчить, що персонал воєнної служби, крім фізичних втрат, несе також відчутні психологічні втрати. Вони пов'язані з отриманням військовослужбовцями бойових психічних травм, які в свою чергу призводять до психічних порушень, часткової а інколи й повної втрати боєздатності. Якщо брати до уваги дані світової статистики, можна наочно побачити зростаючу актуальність проблеми психологічних втрат під час бойових дій. Нерідко на фоні збройних конфліктів та війн у людей, що приймають в них участь може виникнути ПТСР.

2. Посттравматичний синдром - це розлад психіки, який може розвинути у людини після того, як вона пережила або побачила подію, що сильно її вразила. Він має типові ознаки, які включають нав'язливі спогади у вигляді епізодів повторюваних переживань події, що спричинила травму (так звані флешбеки). Тривожних думках або страхах, що з'являються на тлі емоційної загальмованості. Відчуженість від близьких та соціуму загалом. Постійні намагання уникнути дій, людей, ситуацій, що можуть нагадати про травму. Також нерідко мають місце так зване перезбудження НС, підвищений рівень настороженості (інколи паранойя), підвищена реакція гучні звуки (людина здригається через дрібниці) та проблеми із сном. Часто з цими симптомами пов'язані й тр депресивні стани, не рідкістю є думки про самогубство. Довгий час розлад вважали виключно проблемою військових. Хворобу так і називали «солдатською серцевою», «бойовою втомою», тощо. Зараз ПТСР входить до МКБ як «реакція на важкий стрес і порушення адаптації».

3. Одним із наслідків ПТСР є те, що людина відсторонюється від своїх близьких. Чим більша та триваліша ця дистанція між людиною та соціумом - тим глибше може ставати рівень відчуття самотності. І тим складніше стає самотійно вийти з цього стану.

4. Самотність же як процес - це поступова втрата здатності особистості сприймати та реалізовувати наявні в суспільстві норми та цінності. Існує багато теорій та концепцій, присвячених цій проблемі. Кожна з цих теорій може допомогти розглянути самотність з різних сторін, збагачуючи наше розуміння феномену. Дані британських військових благодійних організацій свідчать про те, що самотність та соціальна ізоляція являють собою основні проблеми для ветеранів будь-якого віку. Наразі велика кількість благодійних організацій для ветеранів по всьому світу почали визнавати та активно намагатися боротися із проблемою самотності у людей, що повернулися з фронту.

РОЗДІЛ II

2.1. Методичний інструментарій дослідження

Отже метою дослідження є встановлення зв'язку між рівнем вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу та почуттям самотності у воєннослужбовців.

Відповідно до мети було сформовано наступні завдання:

- 1) Визначити теоретичні складові таких понять як посттравматичний стресовий розлад та самотність;
- 2) Дослідити взаємозв'язок між проявами психопатологічної симптоматики при ПТСР та відчуттям людиною самотності;
- 3) Зробити статистичний аналіз та узагальнити отримані результати дослідження.

Нульова гіпотеза 1: самотність не впливає на рівень вираженості психопатологічної симптоматики при ПТСР.

Альтернативна гіпотеза 1: самотність впливає на рівень вираженості психопатологічної симптоматики при ПТСР.

Альтернативна гіпотеза містить в собі низку аспектів:

1. Самотність погіршує майбутнє протікання психопатологічної симптоматики при ПТСР, а саме міжособистісну сензитивність;

2. Глибина самотності погіршує протікання психопатологічної симптоматики, а саме депресивний стан.

Дослідження проходило за чітко розробленим планом, поділеним на декілька етапів. Спочатку треба було проаналізувати та обрати підходящі до цілей нашого дослідження методики.

На сьогоднішній день існує не так багато методик які дозволяють визначити наявність ПТСР у людини. Рекомендовано в першу чергу проводити спостереження та структуроване інтерв'ю, однак через ситуацію з COVID-19 в Україні, даний етап стає неможливим. Окрім цього до основних діагностичних методик які зараз використовують для психодіагностики даного розладу відносять:

- Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale– CAPS);
- Опитувальник травматичного стресу Котеньова (ОТС);
- Шкала оцінки тяжкості впливу травмуючої події Горовіца (Impact of Event Scale – IOES);
- Шкала Міссісіпі для діагностики посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale);

Нерідко також використовують стандартизовані особистісні опитувальники типу ММРІ, СМІЛ, опитувальник Кеттела. Проективні методики дослідження особистості (Кольоровий тест Люшера, тест Роршаха, ТАТ). Опитувальники які допомагають діагностувати психічний стан людини (САН, шкала депресивності Бека, опитувальник тривожності Спілбергера-Ханіна) та інші.

Згідно з цілей дослідження та з метою емпіричної перевірки гіпотези було обрано наступні психологічні методики:

Першою методикою став опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R).

Дана методика дозволяє нам визначити не тільки загальний рівень такої симптоматики, а також виявити її характер. Опитувальник призначений для оцінки патернів психологічних ознак у пацієнтів з наявними розладами та здорових осіб. Первісна версія опитувальника була розроблена на підставі клінічної практики та психометричного аналізу, але потім була модифікована в доступному нині варіанті. Російськомовна версія була адаптована та зараз успішно використовується на різних вибірках. Результати по SCL-90-R можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях. Це загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал опитувальника та вираженість окремих симптомів. Всього опитувальник містить 90 питань, де досліджуваний має обрати наявність та ступінь вираженості тих чи інших симптомів у себе.

Структура методики має наступний вигляд:

1. Шкала соматизація (Somatization - SOM). Виділяє соматичні порушення, що відображають дистрес, детермінований відчуттям тілесної дисфункції.

2. Шкала obsесивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive - O-C). Відображає симптоми, які тотожні тому ж клінічному синдрому. Сюди включені питання, які стосуються поведінки або переживань когнітивних.

3. Шкала міжособистісна сензитивність (Interpersonal Sensitivity - INT). Може висвітлювати почуття неповноцінності, дискомфорт при

міжособистісній взаємодії. А також негативних очікуваннях щодо контакту з іншими людьми.

4. Шкала депресія (Depression - DEP). Відображає широкий спектр проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії та афекту. Також сюди відносяться суїцидальні думки та інші корелянти депресії.

5. Шкала тривожності (Anxiety - ANX). Відображає загальні ознаки тривожності, такі як нервозність, психологічна напруга, тремтіння, а також панічні атаки, страхи.

6. Шкала ворожості (Hostility - HOS) Включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості.

7. Шкала фобічних проявів (Phobic Anxiety - PHOB). Сюди відноситься страх людей, місць або ситуації, який неадекватний стимулу.

8. Шкала симптомів параної (Paranoid Ideation - PAR). Визначає ступінь проявів ворожості, підозрливості та страху втрати власної свободи.

9. Шкала психотизму (Psychoticism - PSY). У цю шкалу включені питання, які показують унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя (або на симптоми шизофренії).

Також присутні додаткові питання (Additional Items - ADD), які не потрапляють під вищезазначені визначення розладів. Додаткові питання беруть участь в загальній обробці SCL і використовуються «конфігурально».

Ця методика була обрана як за валідизацію результатів на вибірці, подібній нашій так і за наявності декількох субтестів та шкал у них, що дозволяють більш широко поглянути на проблему вираженості психопатологічних симптомів у досліджуваних. Особливо значущою для

нас була шкала міжособистісної сенситивності, що може мати пряме відношення до відчуття самотності.

Не дивлячись на те, що на даний момент питанню самотності присвячують матеріали для дослідження сутності феномену, обчислюють першопричини виникнення, особливості в проявах і вплив на психологію різного вікового контингенту людей. Залишається проблемою впровадження психодіагностичного інструментарію в практику виявлення ознак самотності, і гальмується через недостатню розробки методів, що сприяють якісному визначенню

Таким чином другою методикою став діагностичний опитувальник «Самотність» С. Г. Корчагіної

Метою методики є діагностика глибини переживання самотності. Тест адаптовано для будь-якої вікової категорії.

Випробуваному пропонується 12 питань і 4 варіанти відповідей на них. Тож досліджуваному необхідно вибрати той, який найбільше відповідає його уявленню про себе.

Основним фактором вибору саме цієї методики стала її повна відповідність меті нашого дослідження.

Також вагомим фактором при виборі даної методики, є її невеликий розмір. Це було виправдано розмірами першого тесту, який містив у собі 90 питань. Тобто це дозволить зменшити вплив побічної зміни у вигляді втоми на загальний результат опитування.

Третьою методикою яку ми обрали для нашого дослідження стала Опитувальник соціальної підтримки «F-SOZU-22»

Даний опитувальник був розроблений Г. Соммером та Т. Фідріхом у 1993 році. Згодом була адаптована А.Б. Холмогоровою, Н.Г. Гараняном, Г.А. Петровою.

Методика дозволяє нам виявити рівень вираженості в житті досліджуваного різної форми соціальної підтримки, а також задоволеність людини соціальною підтримкою загалом.

Респондентам дається інструкція: «Вкажіть згодні ви чи ні з запропонованими твердженнями. Для цього необхідно поставити хрестик у відповідній клітинці навпроти».

Структура опитувальник складається з 22 тверджень та 4 шкал:

1. Емоційна підтримка;
2. Інструментальна підтримка;
3. Соціальна інтеграція;
4. Загальна задоволеність соціальною підтримкою.

Дана методика була обрана нами для кращого розуміння соціального життя наших респондентів. А саме життя онлайн. Адже одним із важливих аспектів міжособистісних відносин є саме соціальна підтримка. Її наразі легко знайти у соціальних мережах, де є безліч груп та чатів людей з спільними інтересами та труднощами. Тобто можна розглядати як форму підтримки, що забезпечується саме соціальними мережами. Це може допомагати індивіду подолати життєві труднощі, не відчувати себе самотнім.

Також нами була розроблена анкета яка включає наступні неспецифічні питання:

- 1) Питання про вік досліджуваного з розподілом від 18 до 60+ років;
- 2) Питання про стать досліджуваного з можливістю вибрати чоловічу, жіночу чи іншу стать;
- 3) Питання про сімейний статус досліджуваного.

Далі були представлені специфічні для обраної нами теми питання. Якщо узагальнити їх значення для дослідження, то можна сказати, що вони допомагають оцінити суб'єктивне відчуття самотності у людини, дізнатися більш детально про її скарги, виділити симптоми, які можуть виникати на тлі ПТСР чи патологічного стану самотності:

- 1) Питання про наявність у досліджуваного поставленого діагнозу ПТСР;
- 2) Питання про наявність для досліджуваного суб'єктивно достатньої підтримки після травмуючої події;
- 3) Питання про відчуття тиску чи дискомфорту в своєму оточенні після повернення зі служби;
- 4) Питання про те, чи зверталась особа за психологічною допомогою сама, чи їй допомагали близькі;
- 5) Питання про те, чи відчуває досліджуваний “накочування” почуття самотності у нічний час;
- 6) Питання про те, чи насолоджується досліджуваний часом проведеним на самоті. Таким чином ми можемо дізнатися, чи впливає на стан досліджуваного час проведений на одинці на його почуття самотності;
- 7) Питання про те, чи відчуває досліджуваний труднощі у фізичному контакті з іншими. Часто після фізичного чи сексуального насилля може виникнути специфічна фобія

(Гаптофобія). Дане питання допомагає встановити чи може досліджуваний мати її;

8) Питання про те, чи має досліджуваний підтримку через онлайн спілкування. Це також дозволяє дізнатися більше про соціальне життя людини;

Після збору всієї необхідної інформації отримані дані піддавалися первинному аналізу, потім результати були оброблені за допомогою програми SPSS.

З метою аналізу отриманих результатів досліджуваних було застосовано наступні методи. Для первинного аналізу ми використали програму EXCEL, адже на основі відповідей респондентів можна створити діаграми, які яскраво ілюструють кількість певних відповідей та їх співвідношення у відсотках.

Для обробки даних отриманих з обраних нами методик було використано тест Колмогорова-Смирнова (або також відомий як “КС-тест”). Це поширений інструмент в статистиці запропонований А. Н. Колмогоровим і Н. В. Смирновим. Він застосовується для перевірки існуючої гіпотези про залежність вибірки певному закону розподілу. Класичний критерій використовується для перевірки простих гіпотез. Може бути застосованим і для перевірки складних гіпотез (коли по досліджуваним вибірці оцінюються параметри теоретичного закону, приналежність до якого й перевіряється).

Також було проведено аналіз за допомогою U критерія Манна Уїтні, розроблений Френком Уїлкоксоном, Дональдом Уїтні та Генрі Манном. Він відноситься до числа непараметричних критеріїв та достатньо легкі у використанні. Використовуючи їх можна не обчислювати будь-які параметри розподілу. Даний інструмент є необхідним для оцінки

відмінностей між двома незалежними вибірками за рівнем наявної певної ознаки.

Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена також був застосований у нашому дослідженні. Це непараметричний метод, який використовується для статистичного вивчення зв'язку між обраними явищами. Був запропонований Чарльзом Едвардом Спірменом для кореляційного аналізу. Коефіцієнт Спірмена використовується для виявлення та оцінки повноти зв'язку між двома кількісними показниками, що зіставляються.

Отже, якщо підсумувати, з метою статистичної обробки даних було обрано наступні інструменти: критерій Колмогорова-Смирнова, U-критерій Манна — Уїтні та коефіцієнт кореляції Спірмена.

2.2. Організація дослідження. Характеристика вибірки досліджуваних

Вибірка формувалася зимою-весною 2021 року. Було зібрано загальні демографічні свідчення про вибірку. Вибірка досліджуваних включала в себе 70 осіб віком від 18 до 60+ років. Результати щодо розподілу вибірки за віком представлені на рисунку нижче.

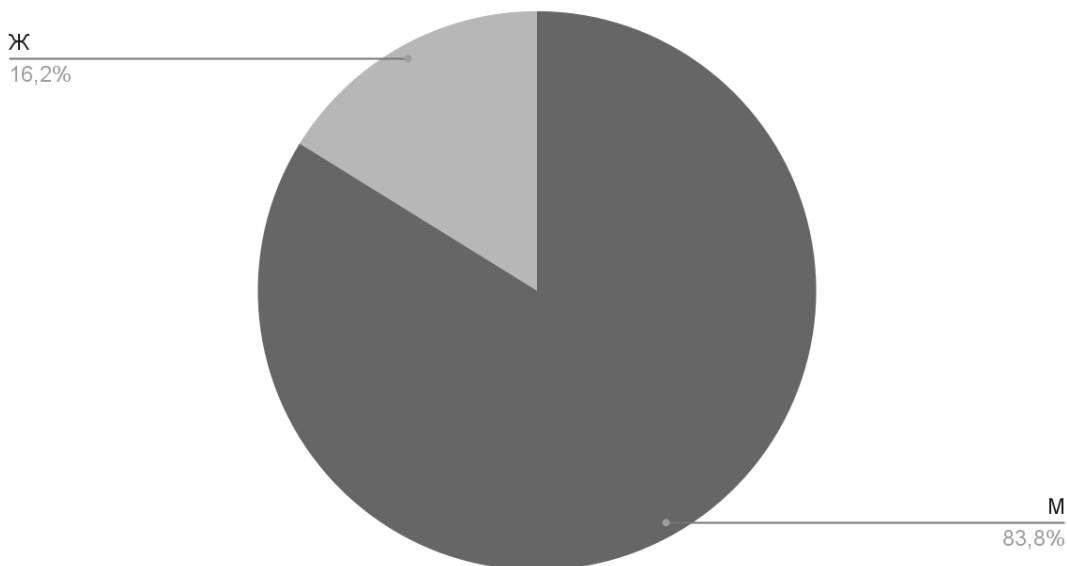
Рисунок 1.1



Гіпотеза нашого дослідження не включає у себе гендерні особливості, проте, ми виокремлювали показники серед обох статевих груп. Отже вибірка досліджуваних включала в себе 60 осіб чоловічої статі та 10 осіб жіночої статі. Результати щодо розподілу вибірки за статтю представлені на рисунку нижче.

Рисунок 1.2

Розподіл респондентів за статтю



Усі досліджувані заповнювали анкети добровільно та повністю анонімно. Слід зазначити певні труднощі, що виникли на даному етапі. Багато колишніх учасників бойових дій відмовилися від проходження дослідження, або погодилися лише після особистої бесіди, відчуваючи надмірну тривогу стосовно анонімності та сумніву щодо цілей нашого дослідження. Цей аспект значно ускладнює процес отримання потрібної кількості респондентів. Тому зважаючи на необхідну велику кількість респондентів вибірка була зібрана з різних місць, а саме: центр соціально-психологічної реабілітації населення” у м. Коростені; центр реабілітації та реадaptaції учасників АТО та ООС “ЯРМІЗ”. Обидва центри надають безкоштовну психологічну допомогу учасникам бойових дій та їх родичам. Також серед програм центрів доступні спортивна адаптація у школі бойових мистецтв та танців, психологічно-соціальна адаптація бійців АТО, тренінги різного характеру, культурні вечори, медитативні практики, тощо.

Під наявністю у респондентів посттравматичного стресового розладу розумівся чітко встановлений діагноз психотерапевтом, лікарем-психіатром або лікарем-невропатологом.

Рівень об'єктивності дослідження засвідчують наступні виконані нами умови, а саме: процедура проведення опитування була одноманітною для всіх респондентів. Інструкція та бланк з тестами також були однаковими.

Спосіб збору даних відбувався за допомогою онлайн опитування. Основною платформою для дослідження було обрано «Google Forms». Головною перевагою цього сервісу були такі фактори як:

1. Багатьом відомий інтерфейс та простота використання для обох сторін;
2. Легкість поширення анкети за допомогою посилання.
3. Анонімність. Респондентам не потрібно ні з ким взаємодіяти та навіть створювати обліковий запис.
4. Зручність для дослідника у вигляді можливості попередньої простої обробки даних у вигляді автоматично створення діаграм для кожного питання.

Сама анкета мала наступну форму:

1. Сторінка з інформаційною анкетною завдяки якій ми дізналися про вік, стать, сімейний стан, наявність поставленого діагнозу ПТСР, суб'єктивне почуття самотності та відношення до самоти у досліджуваного;
2. Другу сторінку займав опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Також на сторінці була розміщена інструкція проходження тесту;
3. Третю сторінку займав «Самотність» С. Г. Корчагіної;

4. Четверту сторінку займав опитувальник соціальної підтримки «F-SOZU-22»;

5. Остання сторінка була призначена для подяки усім хто пройшов наше опитування.

Наступним кроком була обробка отриманих даних. Для підрахунку буде використовуватись програма для статистичної обробки даних SPSS.

Висновки до розділу II:

2. Було проаналізовано різні методики для дослідження ПТСР та самотності;

3. Найбільш адекватними та відповідними до цілей даного дослідження виявились опитувальник «Самотність» С. Г. Корчагіної та опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R). Опитувальник соціальної підтримки «F-SOZU-22» Також була створена власна анкета, що допомогла краще дізнатися про стан респондентів;

4. Було використані наступні методи математично-статистичної обробки даних: первинні описові статистики (медіана, середнє арифметичне значення та стандартне відхилення) кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмена); А також застосовано критерій Колмогорова-Смирнова для аналізу нормальності розподілу, та U-критерій Манна — Уїтні.

5. Були зібрані загальні демографічні відомості про вибірку, що складалася із 70 осіб віком від 18 до 60+ років. Середній вік респондентів становив близько 35 років. Вибірка досліджуваних включала в себе 10 осіб жіночої, та 60 осіб чоловічої статі;

Вибірка формувалася зимою-весною 2021 року.

РОЗДІЛ ІІІ

3.1. Первинний аналіз даних

Основною формою дослідження було опитування, тому саме його результати ми аналізуємо. В першу чергу аналізуємо результати отримані з нашого бланку опитування.

Так як нам було необхідно бути впевненими у тому, що всі респонденти мають встановлений діагноз «післятравматичний стресовий

розлад» це питання стояло першим у списку. Всі хто не відповів «Так» були виключені з вибірки, адже це порушувало сутність нашого дослідження.

Далі ми аналізуємо результати за питанням про відчуття досліджуваних дискомфорту після повернення додому зі служби. Результати представлені на рисунку нижче.

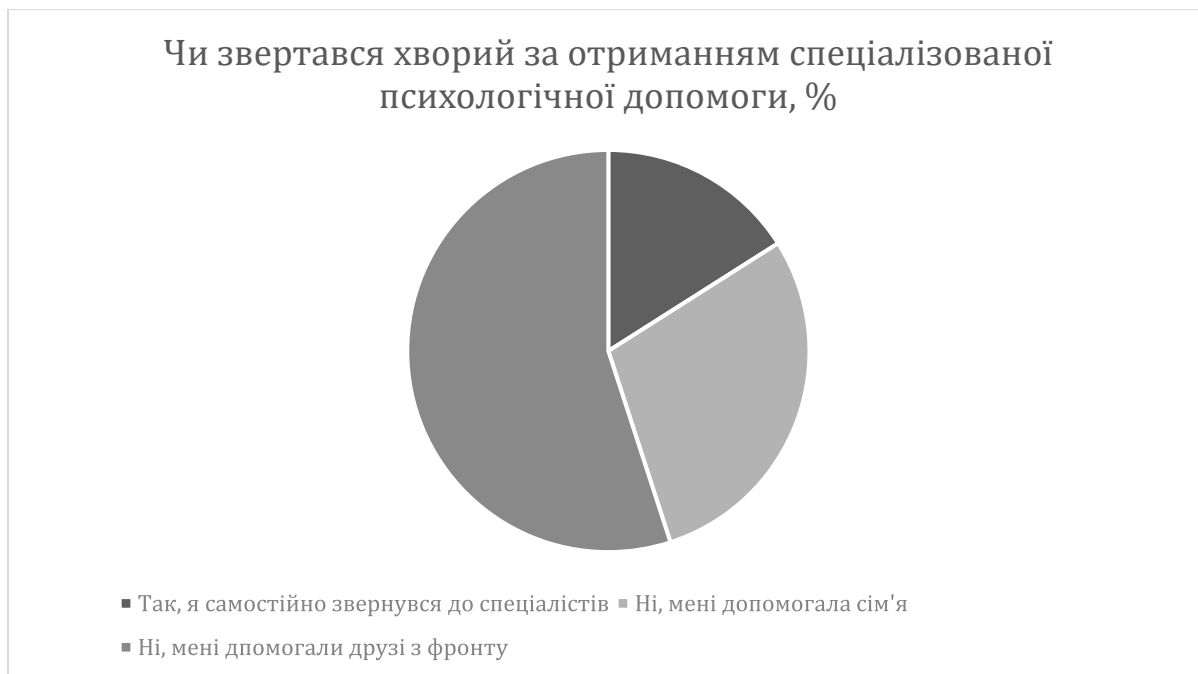
Рис 3.1



За результатами опитування, 64 % респондентів відчувають значний дискомфорт навіть при спілкуванні з близькими людьми після того, як повернулися додому, 30% стверджують про помірний дискомфорт і лише 6 % опитуваних не відчувають різниці зовсім.

Далі, на рисунку нижче, представлені результати які надали опитувані на запитання про те, чи зверталися вони за психологічною допомогою самостійно.

Рис 3.2.



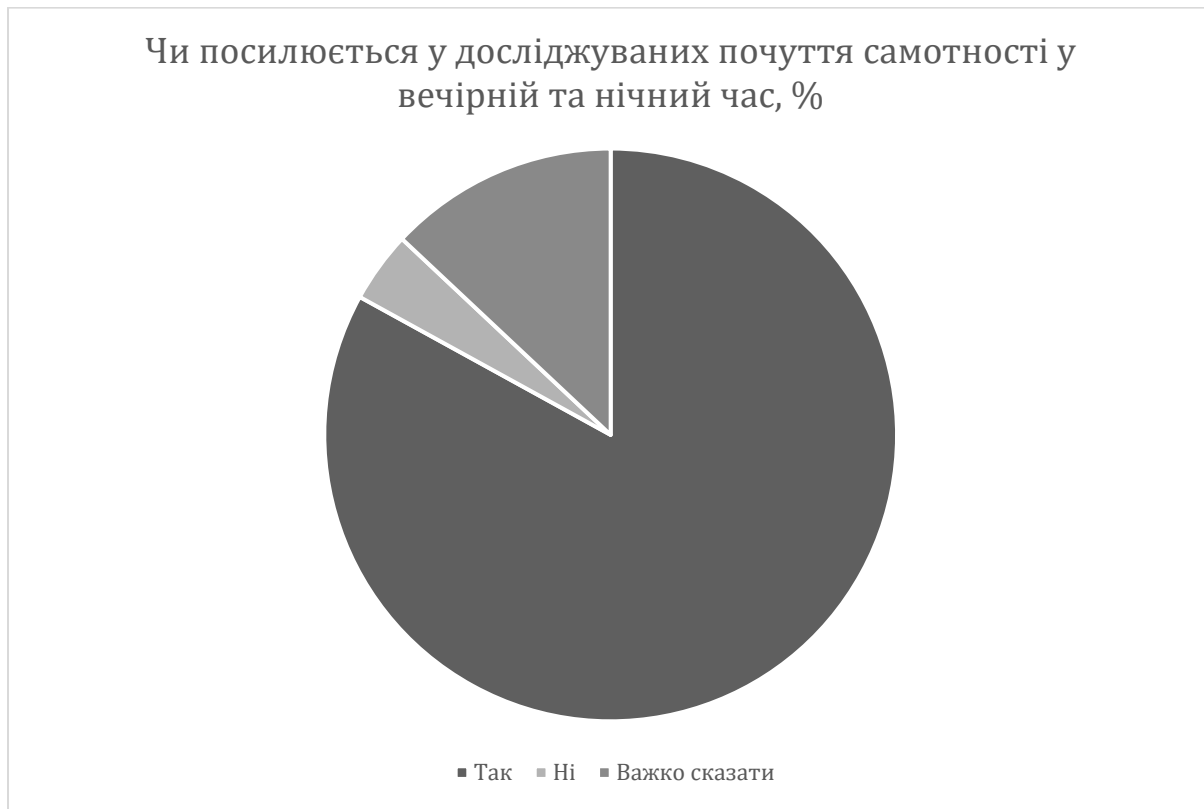
Як бачимо 71% респондентів відповіли, що вони не самостійно знайшли психологічну допомогу від спеціалістів, їм допомагали друзі та колеги зі служби. 29 % людей відповіли, що їм у пошуку допомагала родина та тільки 16 % респондентів відповіли – так, вони шукали допомогу такого характеру самостійно.

Таким чином ми можемо спостерігати, що люди які мають певні труднощі з адаптацією та своїм психологічним станом після служби дуже рідко готові шукати допомогу психологів самостійно. Вони потребують участі близьких людей для вирішення проблем. Інколи причина у тому, що люди, які мають післятравматичний розлад певний час можуть не розуміти, що з ними відбувається та повністю бути зануреними у власні почуття. Деякі не йдуть до фахівця через страх осуду, непорозуміння, сорому чи навіть певного покарання. Звісно, ми не можемо встановити конкретні причини без особистого інтерв'ю з респондентами, однак ми можемо підкреслити наявність такої проблеми у бійців.

Під час аналізу літератури було виокремлено можливу особливість у людей які мають післятравматичний розлад, а саме погані думки та

відчуття самотності можуть посилюватися в нічний час. Ми вирішили перевірити це припущення за допомогою питання в анкеті.

Рис 3.3.

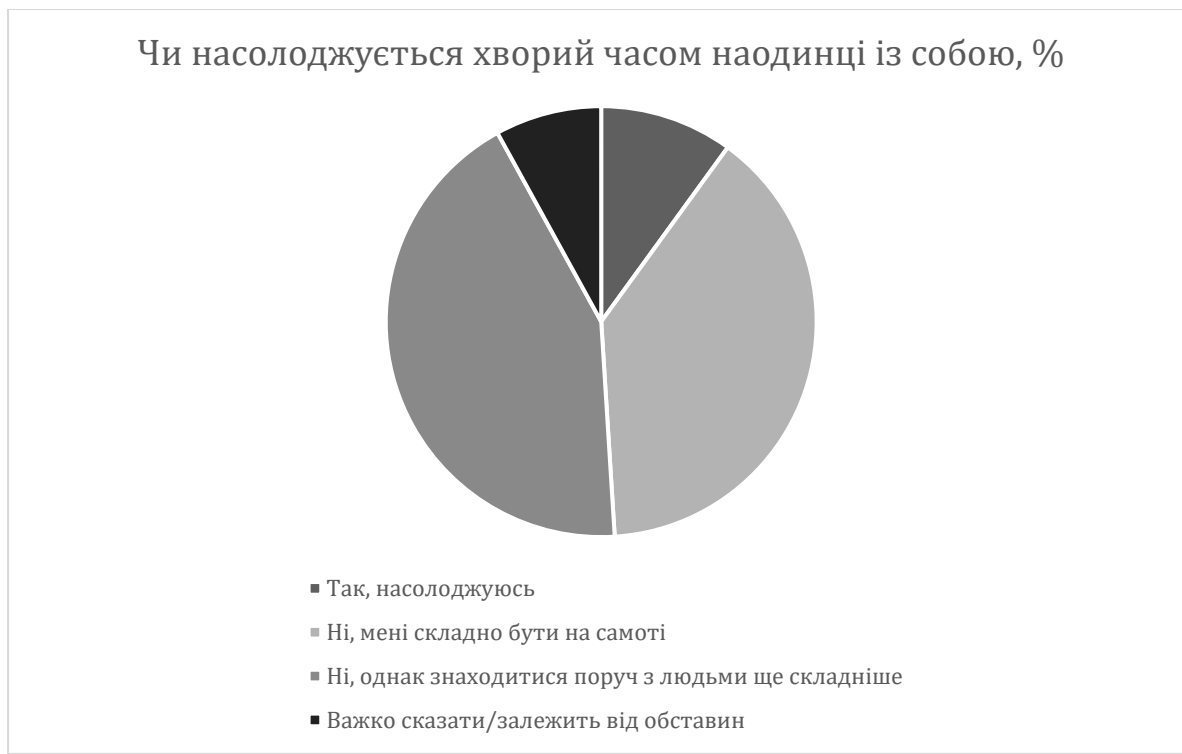


83% відповіли так, 13% респондентів не змогли чітко виділити наявність такої проблеми і лише 4% респондентів дали відповідь – ні.

Це можна легко пояснити як відсутністю суб'єктів для спілкування в пізню годину так і частим симптомом виникаючим у людей з ПТСР - поганим сном або навіть безсонням зовсім. Довгі ночі без сну можуть здаватися дуже самотніми особливо для тих, хто живе один. Як наслідок, самопочуття людини у нічний час може значно погіршуватися. Не слід також відкидати можливі структурні порушення мозку.

Далі ми дізналися, чи можуть респонденти насолоджуватися часом проведеним наодинці. Результати наступні:

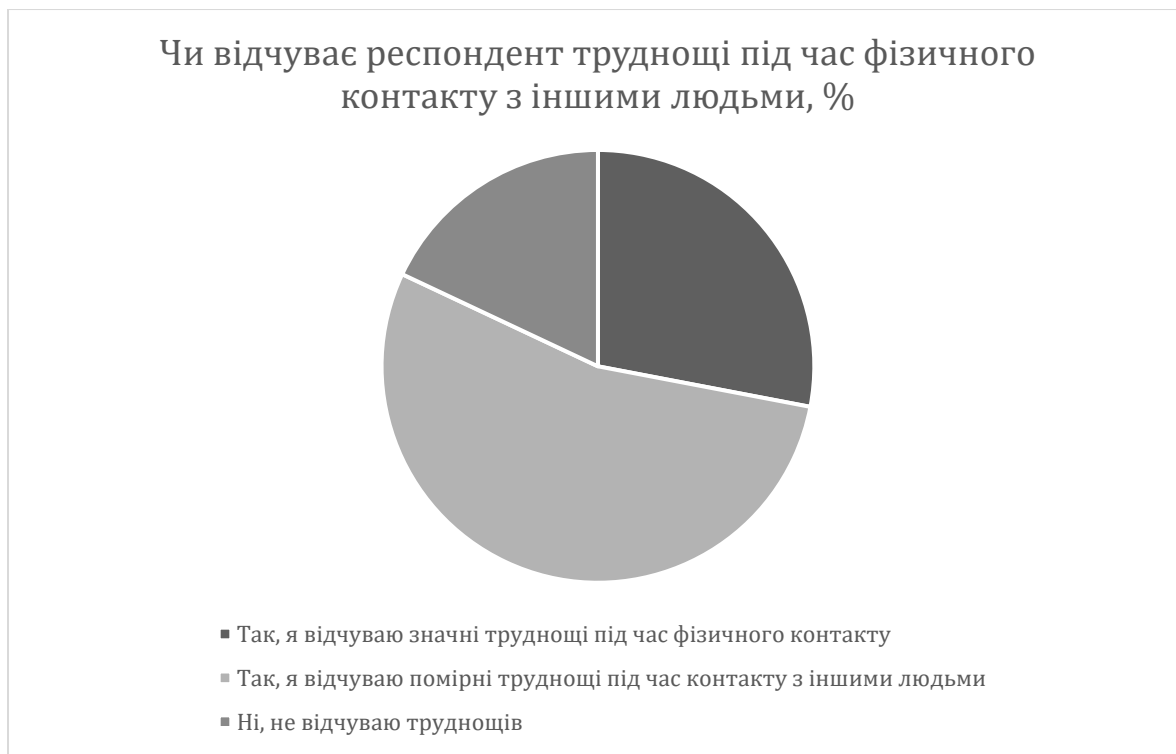
Рис 3.4



Лише 10% відповіли – так. 39% респондентів дали відповідь – ні. Ні, однак знаходитися поруч з людьми ще складніше – 43% респондентів та 8% досліджуваних дали відповідь - важко сказати/залежить від обставин 8%

Нижче представлені відповіді респондентів на питання щодо труднощів у фізичному контакті з іншими людьми.

Рис 3.5.

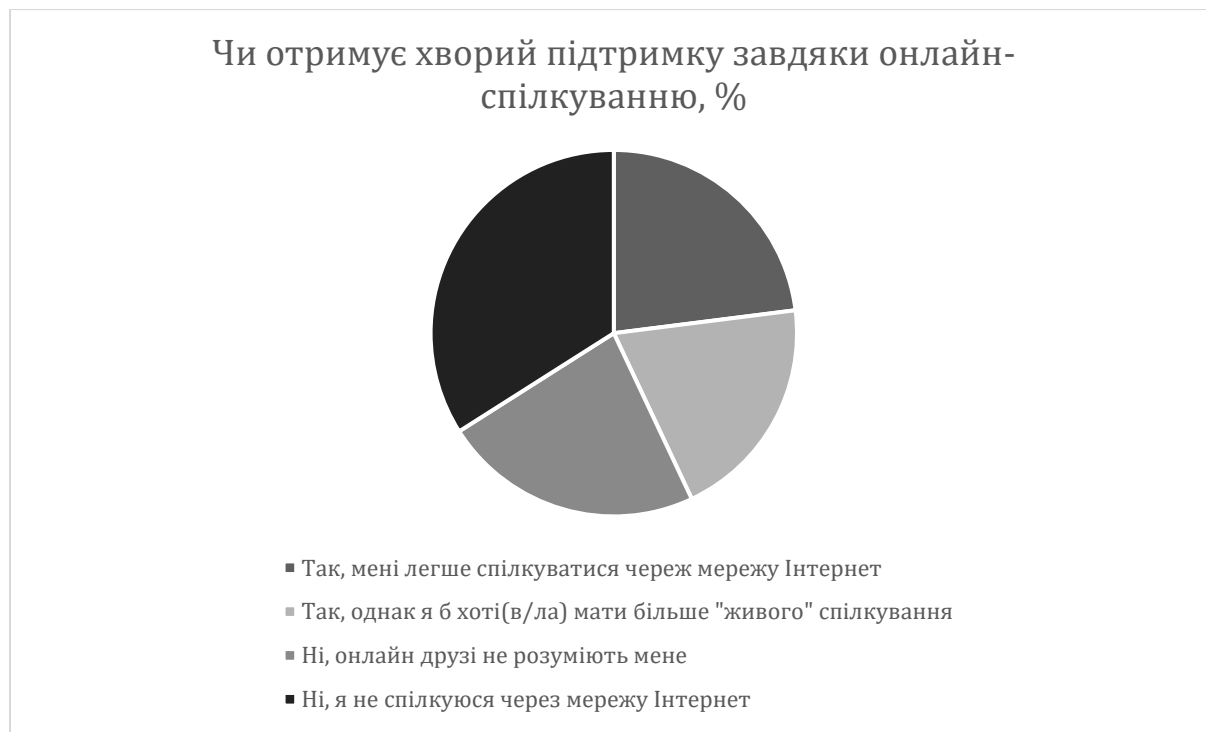


Так, я відчуваю значні труднощі під час фізичного контакту відповіли 28% респондентів. Так, я відчуваю помірні труднощі під час контакту з іншими людьми відповіли 54% респондентів. Та 28% респондентів дали відповідь - ні, не відчуваю труднощів. У респондентів також була можливість описати що саме вони мають на увазі під труднощами, та як саме це проявляється. Досліджуванні, що відповіли двома першими варіантами по різному описують свої тілесні та емоційні прояви. До фізичних відносяться: відчуття нестерпного жару, поколювання, холод та навіть легкий біль, тремтіння в тілі. Один з респондентів відмітив відчуття нудоти під час обіймів. До емоційних: сильний страх, паніка, пригнічення. Деякі відмітили, що це дуже залежить від їх настрою та від того, з ким саме має відбутися контакт. Ще один респондент розповів, що має такі труднощі через подію сексуального характеру, через яку йому важко, але помірно, бути в близькому контакті. Аналізуючи отримані результати можна зробити припущення, що частина респондентів має

специфічну фобію – гаптофобію. Без належного лікування подібні фобії можуть прогресувати, та приводити до соціальної ізоляції.

Та останню схему за відповідями на нашу анкету можна побачити нижче.

Рис 3.6



Так, мені легше спілкуватися через мережу Інтернет – відповіли 23% респондентів. Так, однак я б хоті(в/ла) мати більше "живого" спілкування – відповіли 20% респондентів. Ні, онлайн друзі не розуміють мене - дали відповідь 23 % респондентів. Та відповідь «ні, я не спілкуюся через мережу Інтернет» обрали 34% респондентів.

3.2. Результати за методикою SCL-90-R.

Було підраховано міри центральної тенденції для шкал соматизації, нав'язливості, сензитивності, депресії, тривожності, ворожості, нав'язливих страхів, параноїдності та психотизму.

Найвищі результати було отримано за критеріями депресії (середнє значення дорівнює 10,1 з 12 можливих, мода – 8 та 10, середньоквадратичне відхилення – 3,4), ворожості (середнє значення дорівнює 5,5 з 6 можливих, мода 5, середньоквадратичне відхилення 2,9), міжособистітної сензитивності (середнє значення дорівнює 7,3 з 9 можливих, мода 6, середньоквадратичне відхилення 4,1). У табл. 3.1 нижче ми бачимо середні значення військовослужбовців за використанною методикою.

Таблиця 3.1

Дескриптивні статистики шкал SCL-90-R

Шкала	Сер. знач.	Мода	Сер. відх.	Мін.	Макс.
Соматизія	7,5	5	3,1	6	10
Нав'язливі ть	4,8	4	2,8	2	9
Тривожніст ь	6,2	4; 5	3,9	1	9
Психотизм	3,1	6	4,7	4	9
Ворожість	5,5	5	2,9	4	6
Нав'язливі страхи	3,1	3	2,7	2	6
Параноїдні сть	2,4	2; 4	4,5	1	5
Депресія	10,1	8; 10	3,4	7	12
Сензитивні сть	7,3	6	4,1	4	9

Варто звернути увагу на показники стандартного відхилення, які за всіма шкалами складають більше 2,5, що вказує на високу різноманітність відповідей респондентів. Однак з цієї причини можемо припустити, що розподіл вибірок є ненормальним.

Загальний індекс тяжкості симптомів також був високим (0,65), що говорить про актуальність психосоматичних симптомів для наших досліджуваних.

Також ми виділили загальну кількість відповідей респондентів за кожною шкалою та розподілили за вираженістю отриманих показників. Результати представлені нижче у відсотках на таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Розподіл відповідей респондентів за вираженістю показників

Шкала	К-сть респондентів з вис. показ., %	К-сть респондентів з сер. показ., %	К-сть респондентів з низьк. показ., %
Соматизія	33%	67%	0%
Нав'язливість	15%	56%	29%
Тривожність	21%	22%	57%
Психотизм	27%	32%	41%
Ворожість	6%	76%	18%
Нав'язливі страхи	43%	22%	35%
Параноїдність	20%	33%	47%
Депресія	41%	59%	0%
Сензитивність	56%	44%	0%

Далі нами було також перевірено гіпотезу щодо розподілу вибірок за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова, однак за всіма шкалами

критерій значущості $p < 0,05$, що свідчить про ненормальний розподіл вибірок. З цієї причини було вирішено використовувати надалі непараметричні критерії.

Отже, можемо зробити висновок, що найбільш значущими проблемами для респондентів є депресивний стан, проблеми з міжособистісною сферою та високий рівень ворожості. Високий рівень сензитивності, значно перешкоджає процесу соціальної адаптації, оскільки людина вважає, що весь світ налаштований проти неї. Людина може відчувати себе гіршою за інших, а тому не наважуватися на нові знайомства чи виступи на публіці. Їй значно легше уникати соціальних ситуацій, ніж терпіти їх. Високий рівень ворожості та агресивності означає, що у респондентів присутні реакції здатні провокувати негативні почуття та негативні оцінки людей чи загалом подій. Все це може стати причиною соціальної дезадаптації у бійців та мати значний вплив на глибину переживання самотності.

3.3. Показники за методикою «Самотність» Корчагіної.

Далі було підраховано результати за опитувальником «Самотності».

Таблиця 3.3

Дескриптивні статистики показників за методикою «Самотність»

Сер. знач	Мода	Медіана	Сер. відх.	Мін. знач.	Макс. знач.
39	37; 40	38,5	1,3	18	45

Середнє відхилення наближене до одиниці (1,3), що говорить про високу репрезентативність нашої вибірки;

Середнє значення (39), мода (37 та 40), а також медіана (38,5) є наближеними один до одного. Враховуючи значення середнього відхилення можемо робити припущення, що розподіл вибірки є

нормальним. Гіпотезу підтверджує аналіз за критерієм Колмогорова-Смирнова ($p = 0,7$).

Це дозволяє використовувати показник середнього значення з метою аналізу відповідей респондентів, він є достатньо репрезентативним.

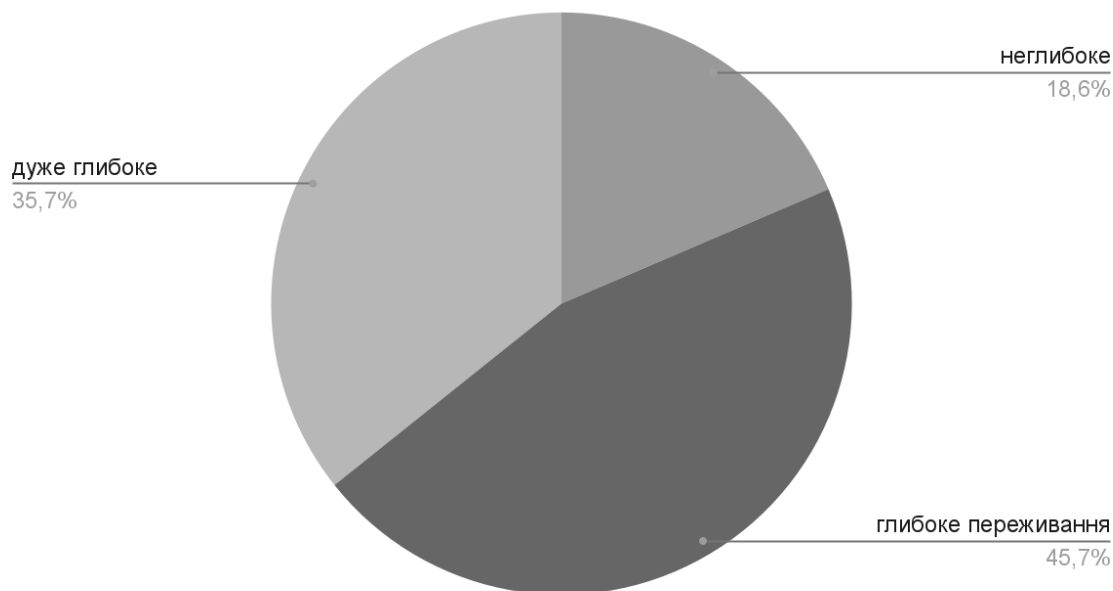
Інтерпретація шкали глибини самотності наступна:

- 12-16 – людина не переживає стан самотності;
- 17-27 – неглибоке переживання можливої самотності;
- 28-38 – глибоке переживання актуальної на даний момент самотності;
- 39-48 – дуже глибоке переживання самотності.

Обрані варіанти відповідей у відсотках представлені на рисунку нижче:

Рис. 3.7

Відповіді



Отриманий середній результат (39) є достатньо високим та означає, що більша частина респондентів відчувають себе глибоко самотніми та занурені в цей стан.

Мінімальне значення 18, з чого можна робити висновок, що серед респондентів немає осіб, які б зовсім не відчували себе самотньо.

Максимальне значення дорівнює 45 з 48, що є дуже високим показником. Але слід також зазначити, що респонденти схильні не обирати самі високі значення під час опитування, тож це також може впливати на отримані результати.

Загалом, такі високі показники є достатньо логічними. Люди, що страждають на ПТСР мають значні проблеми з міжособистісними стосунками, а інколи зовсім не мають ефективної підтримки. Це може призводити до стану важкої самотності. Також, на нашу думку, слід зазначити, що цей стан може бути також погіршено нинішнім становищем у світі через пандемію COVID-19 та вимушену самоізоляцію багатьох громадян України. Адже залишаючись наодинці з собою та не маючи можливості проводити час у соціумі відчуття самотності може значно погіршуватися та відчуватися значно глибше. Однак, ми не можемо точно стверджувати таку детермінацію без жодного наукового підкріплення.

3.4. Показники за методикою «F-SOZU-22».

Ще на етапі першого бланку відповідей більшість респондентів зазначали, що відчували недостатній рівень підтримки від інших після психотравмуючої події. В деяких аналізованих нами дослідженнях також відмічалася незадоволеність соціальною підтримкою у людей, що страждають на даний розлад. Щоб детальніше дослідити зв'язок глибини самотності та тяжкості протікання ПТСР у військовослужбовців, було також проведене анкетування за опитувальником F-SOZU-22, який дозволяє виявити якої саме підтримки не вистачає досліджуваним.

Після первинної обробки отриманих результатів за методикою соціальної підтримки ми виділили високі, середні та низькі показники за наявними шкалами. Результати у відсотках представлені у табл. 3.5 нижче.

Таблиця 3.5

Розподіл відповідей респондентів за вираженістю показників

Шкали	К-сть респондентів з вис. показ., %	К-сть респондентів з сер. показ., %	К-сть респондентів з низьк. показ., %
соціальної підтримки			
Емоційна підтримка	3%	33%	64%
Інструментальна підтримка	5%	27%	68%
Соціальна інтеграція	1%	41%	58%
Задоволеність соціальною підтримкою	2%	38%	60%

3.5. Математична обробка показників

З метою пошуку кореляцій між рівнем тяжкості симптомів хворих з ПТСР та глибиною переживання самотності було проведено розрахунок коефіцієнта кореляції Спірмена. Задля інтерпретації отриманих результатів була використана шкала Чеддока. У таблиці 3.6 наведено отримані статистично значущі результати.

Таблиця 3.6

Шкали	Самотність	
	P критерій значущості	Коефіцієнт Спірмена
Депресія	0,000	0,725***
Ворожість	0,025	0,592**
Загальний індекс тяжкості симптомів	0,011	0,689**

Таким чином ми отримали наступні результати: P до $0,05$ – що є гарним показником. За Спірменом маємо високу кореляцію від $0,5$ до $0,7$ у шкалах «ворожість» та «загальну вираженість важкості психосоматичних симптомів». Та коефіцієнт $0,725$, що також є дуже високим показником. Зважаючи на отримані результати, було проведено аналіз за допомогою U критерія Манна Уїтні.

Отримані результати:

- для шкали депресії P критерій значущості = $0,0437$; U критерій Манна Уїтні = 475 ;
- для шкали ворожості P критерій значущості = $0,0361$; U критерій Манна Уїтні = 372 ;
- для загального індексу тяжкості симптомів P критерій значущості = $0,047$; U критерій Манна Уїтні = 459 .

На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що самотність може бути пов'язана з важкістю протікання психосоматичних симптомів (зазначених саме у шкалах вище) у людей, що страждають на післятравматичний стресовий розлад. Звісно, необхідно підкреслити співзалежний двосторонній зв'язок між ними. Таким чином як глибока самотність може значно погіршувати прояви ПТСР, так й характерні для розладу прояви можуть провокувати погіршення стану самотності. Тобто утворюється певне замкнуте коло, що ускладнює виявлення першопричини. Це є дуже важливим для розуміння схеми психологічної роботи з такими людьми.

Була проведена перевірка на нормальність розподілу вибірки. Ми отримали значення P менше за $0,05$, це може свідчити про те, що розподіл вибірки не є нормальним, тому ми спочатку використовуємо коефіцієнт Спірмена. Після цього ми скористалися критерієм Мана Уїтні.

Таблиця 3.7

Шкали соціальної підтримки	P критерій значущості	Коефіцієнт Спірмена
Емоційна підтримка	0,009	0,679**
Інструментальна підтримка	0,018	0,371*
Соціальна інтеграція	0,047	0,538**
Задоволеність соціальною підтримкою	0,001	0,491**

Бачимо, що значення за Спірменом є від 0,3 до 0,5 – тобто це слабка кореляція, однак ми вирішили перевірити

У залежності від результатів тесту SCL-90-R, досліджувані основної групи були розділені на три додаткові підгрупи:

- Зі слабкою вираженістю симптомів (підгрупа А)
- З помірною вираженістю симптомів (підгрупа Б)
- З суттєвою вираженістю симптомів (підгрупа В)

Таким чином маємо наступні результати:

Таблиця 3.8

F-SOZU-22

Шкали соціальної підтримки	Сума рангів групи «Б»	Сума рангів групи «В»	U критерій Манна Уїтні	P критерій значущості
Емоційна підтримка	917	1398	398	0,0212*
Інструментальна підтримка	1272,5	1341,5	548,5	0,5386
Соціальна інтеграція	937	1398	429	0,0382*
Задоволеність соціальною	959	1446	431	0,0386*

підтримкою				
------------	--	--	--	--

Виявлено відмінності в групах «Б» і «В» за шкалами емоційної підтримки ($U = 398$, $p = 0.02$), соціальної інтеграції ($U = 429$, $p = 0.04$) і задоволеності соціальною підтримкою ($U = 431$, $p = 0.04$).

Отже доведено, що група військовослужбовців з високим рівнем вираженості симптоматики ПТСР меншою мірою задоволена соціальною підтримкою, ніж група з низьким показником.

Висновки до розділу III:

1. За власним опитувальником було встановлено, що, 64 % респондентів відчують значний дискомфорт навіть при спілкуванні з близькими людьми після того, як повернулися додому. Далі 71% респондентів відповіли, що вони не самостійно знайшли психологічну допомогу від спеціалістів, їм допомагали друзі та колеги зі служби. На запитання чи погіршується почуття самотності у нічний час 83% відповіли так, 13% респондентів не змогли чітко виділити наявність такої закономірності. На запитання, чи комфортно респонденту проводити час наодинці лише 10% відповіли – так. 39% респондентів дали відповідь – ні. На запитання про наявність труднощів у фізичному контакті 28% респондентів відповіли так, я відчуваю значні труднощі під час фізичного контакту відповіли. Відчують помірні труднощі під час контакту з іншими людьми 54% респондентів. Та 28% респондентів дали відповідь - ні, не відчуваю труднощів;
2. Виявлено вагомий зв'язок між рівнем посттравматичного стресу та виразністю психопатологічної симптоматики, глибиною самотності

та наявністю необхідної соціальної підтримки серед учасників військової служби;

3. Встановлено, що найбільш значущими психосоматичними проявами у військовослужбовців є депресивний стан, проблеми з міжособистісною сферою та високий рівень ворожості.
4. Було доведено, що група військовослужбовців з високим рівнем вираженості симптоматики ПТСР меншою мірою задоволена соціальною підтримкою, ніж група з низьким показником

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретико-емпіричне узагальнення результатів дослідження післятравматичного розладу особистості та взаємозв'язку розладу з глибиною відчуття самотності та наявністю соціальної підтримки, що дало підстави сформулювати наступні висновки:

1. Післятравматичний розлад особистості (або ПТСР), є сатном, що викликаний важкою психічною травмою, який вимагає медикаментозного та психотерапевтичного втручання. Психологія післятравматичного стресу зараз є актуальним напрямком у медицині та психології, а її вивченню присвячені наукові праці та різні статті. До симптомів відносять наявність флешбеків, поганий сон, уникнення повторення травматичної ситуації, загальне погане самопочуття, підвищена тривожність та дратівливість. З часом ПТСР може як і поступово зникати, так і погіршуватися, приймаючи хронічну форму. Далеко не всі люди, що пережили травмуючу подію страждають на даний розлад, однак, таких випадків достатньо. Серед потенційних травмуючих подій - воєнні дії є найбільш відомим фактором. Саме у бійців вперше встановили схожі симптоми та почали досліджувати дану проблему. За останнє десятиліття, швидкий прогрес у вивченні психічних і біологічних основ ПТСР привів вчених до висновку про необхідність зосередити увагу саме на профілактиці, як найбільш реалістичній та важливої мети.

2. Особи з хронічною формою ПСТР нерідко самоізолюються з різних причин, однак найбільш поширена - непорозуміння з іншими, відчуття ізолюваності та віддаленості навіть близькими. Не отримуючи від соціуму потрібної підтримки такі люди відчують себе покинутими, або небезпечними для оточуючих, тож вирішують закритися від сім'ї та друзів.

Вони почуваються самотніми. Самотність - це неприємні переживання, які виникають, коли людина сприймає соціальні відносини як менші за кількістю, а особливо за якістю, ніж це необхідно. Досвід самотності є досить суб'єктивним. Переживаючи патологічну самотність особистість перебуває в психотравмуючій ситуації. На серйозну психологічну проблему вказує відчуття, що стан самотності згодом виснажує, не піддається контролю й регуляції. Людина характеризується винятковою зосередженістю на собі, на своїх проблемах й внутрішніх переживаннях, має підвищену тривожність та страх катастрофічних наслідків. Самотність є однією з найпоширеніших причин самогубства людей у світі, що також підкреслює небезпечність такого стану.

3. Виявлено вагомий зв'язок між рівнем посттравматичного стресу та виразністю психопатологічної симптоматики, глибиною самотності та наявністю необхідної соціальної підтримки серед учасників військової служби. На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що самотність може бути пов'язана з важкістю протікання психосоматичних симптомів у людей, що страждають на післятравматичний стресовий розлад. Звісно, необхідно підкреслити двосторонній зв'язок між ними. Таким чином як глибока самотність може значно погіршувати прояви ПТСР, так й характерні для розладу прояви можуть провокувати погіршення стану самотності. Тобто утворюється певне замкнуте коло, що ускладнює виявлення першопричини.

4. Також більша частина респондентів вказала, що незадоволена отриманою соціальною підтримкою та підтримкою від родичів та друзів після травмуючої події та зараз.

5. Отже, на основі нашого дослідження та доступних наразі праць різних дослідників можна лише припустити, що відчуття людиною

самотності після травмуючої події відіграє одну з головних ролей у розвитку складного посттравматичного стресового розладу та в довготривалому збереженні його симптомів. Однак, дана тема потребує подальшого більш детального та масштабного вивчення.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів розглянутої проблеми, а навпаки – лише підвищує інтерес для поглиблення знань про явище, що досліджувалося.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу: основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков. – Санкт-Петербург: Речь, 2004. – 166 с.
2. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. – Казань: Изд-во Казан, 1987. – 261 с.
3. Азарных Т.Д. Тревожность и посттравматические стрессы / Академический журнал Западной Сибири. – 2012, № 6. - С. 38-39
4. Дикая Л.Г. Становление новой системы психической регуляции в экстремальных условиях деятельности // Принципы системности в психологических исследованиях. – М.: Наука, 1990. – С. 103-104
5. Пузанова Ж.В. Философия одиночества и одиночество философа // Вестник РУДН, серия «Социология». — № 4—5. — С. 47—59.
6. Пушкарев А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – 128с.
7. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. – СПб. : Речь, 2004. – 256 с.
8. Сіляєва В. І. Психологічне вивчення та корекція образу Я у самотніх жінок : дис. канд. псих. наук : 19.00.01 / Сіляєва В. І. – Харків, 2004.
9. Сіляєва В.І. Жіноча самотність як психологічна проблема // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – № 4.
10. Сыропятов О. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Пособие для самоподготовки / О. Г. Сыропятов. – Киев: Litres, 2014. – 124 с.

11. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD) : учебник и практикум для вузов / Р. В. Кадыров. – Москва: Юрайт, 2020. – 644 с. – (Высшее образование; кн. 978).
12. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навч. посібник. – К.: Либідь, 2007. – 256с.
13. Корчагина С. Г. Психология одиночества / С. Г. Корчагина. – Москва: МПСИ, 2008. – 228 с. – (Библиотека психолога).
14. Линде Н.Д. Психологическое консультирование: теория и практика. Учебное пособие для студентов вузов / М.: Аспект Пресс, 2011. 255 с.
15. Набока М. Бійців, які повертаються з Донбасу, найбільше дратує знецінення їхнього досвіду [Електронний ресурс] / Марічка Набока // Суспільство. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.radiosvoboda.org/a/27774816.html>.
16. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых., 2000. – 4057 с.
17. Мазур Е. С. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. Спец.выпуск : работа с психической травмой. – 2003. – №1 – С.31-52.
18. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272с.
19. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с
20. Татенко В.О. Соціальна і політична психологія Євромайдану: суб'єктне і вчинкове.// Київський міжнародний університет, Ін-т соц. та політ психол. НАПН України. Серія : “Психологічні науки: проблеми і здобутки”; вип. 5. – К. : КиМУ, 2015р– С. 146 – 171.
21. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. / Пер. с англ., вступ. ст. А. Б. Хавина. – М. : Академический Проект, 2004. – 848 с

22. Покровский Н. Е. Лабиринты одиночества / Н. Е. Покровский. – Москва: Прогресс, 1989. – 624 с.
23. Психология стресса: учеб.-метод. пособие [Электронный ресурс] / сост. К.С. Карташова. – Электрон. дан. – Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2012. – 233с.
24. Роджерс К. Эллен Вест и одиночество // Московский психотерапевтический журнал. — 1993. — № 3.
25. Хоружий С. М. ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ [Электронный ресурс] / С. М. Хоружий, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: https://www.mil.gov.ua/content/other/PR_2.pdf.
26. Щербовская Д.А. Организационный стресс. особенности изучения стресса в рабочей среде // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2014, Т. 6, № 5. - С. 220-222
27. Appleton A.A., Loucks E.B., Buka S.L., Rimm E., Kubzansky L.D. Childhood emotional functioning and the developmental origins of cardiovascular disease risk. *J. Epidemiol. Community Health.* - 2013; 67 (5). – P. 405-11
28. Boelen P.A., van de Schoot R., van den Hout M. A., de Keijser J., van den Bout J. Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes // *J. of Affective Disorders.* – 2010, V. 125. – 456p.
29. Bourne P.G. *Men, stress and Vietnam.* - Boston: Little, Brown, 1970.
30. *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (1952).*
31. Epstein S. (1990). Cognitive experiential self-theory. In L. A. Pervin (Ed.) *Handbook of personality: Theory and research* - p.165-192.

32. Harrison P. Loneliness increases dementia risk among the elderly. *Medscape News-Psychiatry and Mental Health*. 2012.
33. Kahneman D. Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology // D. Kahneman, E. Diener / Russell Sage Foundation 1999.
34. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of war, in *Psychosomatic Medicine Monographs*. – N.Y.: Paul Hoeber, 1941. 258 p.
35. Little, W. J. Course of Lectures on the Deformities of the Human Frame / W. J. Little. – Lancet, 1843.
36. Munhoz C.D., Garcia-Bueno B., Madrigal J.L., Lepsch L.B., Scavone C., Leza J.C. Stress-induced neuroinflammation: mechanisms and new pharmacological targets. *Braz J Med Biol Res*. – 2008, № 41. – P. 1038-46
37. National Institute of Mental Health. Anxiety disorders – 2016
38. Schwartz A. The Complex PTSD Workbook: A Mind-Body Approach to Regaining Emotional Control and Becoming Whole / A. Schwartz., 2017. – 191 c.
39. Uruk A.C., Demir A. The Role of Peers and Families in Predicting the Loneliness Level of Adolescents // *Journal of Psychology*. — March 2003. — Vol. 137
40. Weiss R.S. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. — MIT Press, London, 1973.
41. Yeh Shu-Chuan J., Sing Kai Lo. Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly // *Social Behavior & Personality: An International Journal*. — 2004. — Vol. 32.

ДОДАТОК А

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)

	Насколько сильно Вас тревожили:	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
1	Головные боли	0	1	2	3	4
2	Нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	0	1	2	3	4
4	Слабость или головокружение	0	1	2	3	4
5	Потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6	Чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7	Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями	0	1	2	3	4
8	Ощущение, что почти во всех неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4
9	Проблемы с памятью	0	1	2	3	4
10	Ваша небрежность или неряшливость	0	1	2	3	4
11	Легко возникающая досада или раздражение	0	1	2	3	4
12	Боли в сердце или грудной клетке	0	1	2	3	4
13	Чувство страха в открытых местах или на улице	0	1	2	3	4
14	Упадок сил или заторможенность	0	1	2	3	4
15	Мысли о том, чтобы покончить с собой	0	1	2	3	4
16	То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие	0	1	2	3	4
17	Дрожь	0	1	2	3	4
18	Чувство, что большинству людей нельзя доверять	0	1	2	3	4
19	Плохой аппетит	0	1	2	3	4
20	Слезливость	0	1	2	3	4
21	Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола	0	1	2	3	4
22	Ощущение, что Вы в западне или пойманы	0	1	2	3	4
23	Неожиданный и беспричинный страх	0	1	2	3	4
24	Вспышки гнева, которые Вы не могли сдерживать	0	1	2	3	4
25	Боязнь выйти из дома одному	0	1	2	3	4
26	Чувство, что Вы сами во многом виноваты	0	1	2	3	4
27	Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28	Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29	Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30	Подавленное настроение, «хандра»	0	1	2	3	4
31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4

32	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	0	1	2	3	4
33	Чувство страха	0	1	2	3	4
34	То, что Ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35	Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли	0	1	2	3	4
36	Ощущение, что другие не понимают Вас и не сочувствуют Вам	0	1	2	3	4
37	Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39	Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40	Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41	Ощущение, что Вы хуже других	0	1	2	3	4
42	Боли в мышцах	0	1	2	3	4
43	Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
44	То, что Вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45	Потребность проверять и перепроверять то, что Вы делаете	0	1	2	3	4
46	Трудности в принятии решения	0	1	2	3	4
47	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	0	1	2	3	4
48	Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49	Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50	Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают	0	1	2	3	4
51	То, что Вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4
52	Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53	Комок в горле	0	1	2	3	4
54	Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55	То, что Вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56	Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57	Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58	Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4
59	Мысли о смерти	0	1	2	3	4
60	Переедание	0	1	2	3	4
61	Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
62	То, что у Вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64	Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65	Потребность повторять действия, прикасаться, мыться, пересчитывать	0	1	2	3	4
66	Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67	Импульсы ломать или крушить что-либо	0	1	2	3	4
68	Наличие у Вас идей, верований, которые не разделяют другие	0	1	2	3	4
69	Чрезмерная застенчивость при общении с другими	0	1	2	3	4
70	Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	0	1	2	3	4
71	Чувство, что все, что бы Вы ни делали, требует больших	0	1	2	3	4

	усилий					
72	Приступы ужаса или паники	0	1	2	3	4
73	Чувство неловкости, когда Вы едите и пьете на людях	0	1	2	3	4
74	То, что Вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75	Нервозность, когда Вы остаетесь один	0	1	2	3	4
76	То, что другие недооценивают Ваши достижения	0	1	2	3	4
77	Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми	0	1	2	3	4
78	Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте	0	1	2	3	4
79	Ощущение собственной никчемности	0	1	2	3	4
80	Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое	0	1	2	3	4
81	То, что Вы кричите или швыряетесь вещами	0	1	2	3	4
82	Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83	Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите	0	1	2	3	4
84	Нервировавшие Вас сексуальные мысли	0	1	2	3	4
85	Мысль, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи	0	1	2	3	4
86	Кошмарные мысли или видения	0	1	2	3	4
87	Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке	0	1	2	3	4
88	То, что Вы не чувствуете близости ни к кому	0	1	2	3	4
89	Чувство вины	0	1	2	3	4
90	Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное	0	1	2	3	4

Опросник социальной поддержки (F-SOZU-22)

	Совсем не соответс- твует	Немного соответс- твует	Сред не соотв етс- твует	В значи- тельной соот- ветствует	Почти по- лностью соответст- вует
1. У меня есть люди, которые в мое отсутствие могут позаботиться о моей квартире (цветах, домашних животных).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Есть люди, которые принимают меня таким, какой я есть.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Моим друзьям и родственникам важно мое мнение по определенным вопросам.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Мне хотелось бы больше внимания и понимания от других людей.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Я знаю одного человека, которому я могу полностью довериться и с его помощью решить любой вопрос.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Можете ли Вы по необходимости одолжить у кого-то бытовой прибор или продукты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. У меня есть друзья (родственники), которые умеют хорошо слушать, когда мне хочется выговориться.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. У меня нет никого, к кому бы я мог запросто и охотно зайти.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. У меня есть друзья (родственники), которые меня запросто обнимают.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Если я болен, я могу без колебаний попросить друзей или родственников купить важные для меня вещи (например, еду)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Если я сильно подавлен, я знаю - к кому мне пойти.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Я часто чувствую себя аутсайдером.
13. Есть люди, которые делят со мной горе и радость
14. С некоторыми друзьями ((родственниками) я могу полностью расслабиться.
15. У меня есть близкие люди, рядом с которыми я очень хорошо себя чувствую.
16. У меня достаточно людей, которые по-настоящему мне помогут, если я не буду знать, как быть дальше.
17. Есть люди, которые считаются со мной, даже когда я делаю ошибки.
18. Мне бы хотелось больше безопасности и близости с другими людьми.
19. Есть достаточно людей, с которыми у меня хорошие отношения.
20. Есть группа людей (компания), к которой я себя отношу.
21. С помощью друзей и знакомых я часто получаю полезную информацию (например, о хорошем враче и т.д.).
22. Есть люди, которым я могу открыть все мои чувства, не ощущая при этом неудобства.

ДОДАТОК В

Діагностичний опитувальник Самотність

Інструкція: Вам пропонується 12 питань. Виберіть відповідь, яка найбільше відповідає вашому уявленню про себе.

№	Вопросы	Варианты ответов			
		всегда	часто	иногда	никогда
1	Бывает ли так, что Вы не находите понимания у близких (друзей)?				
2	Возникает ли у Вас мысль, что по-настоящему Вы никому не нужны?				
3	Бывает ли у Вас ощущение собственной заброшенности, покинутости в мире?				
4	Испытываете ли Вы недостаток в дружеском общении?				
5	Бывает ли у Вас чувство острой тоски по чему-то безвозвратно ушедшему, потерянному навсегда?				
6	Чувствуете ли Вы перегруженность поверхностными социальными контактами, не дающими возможность истинного человеческого общения?				
7	Присутствует ли у Вас ощущение собственной зависимости от других людей?				
8	Способны ли Вы сейчас к истинному сопереживанию горя другого человека?				
9	Можете ли Вы выразить человеку свое сопереживание, понимание, сочувствие?				
10	Бывает ли так, что успех или везение другого человека вызывает у Вас чувство своей ущемленности, сожаление по поводу собственных неудач?				
11	Проявляете ли Вы свою самостоятельность в решении сложных жизненных ситуаций?				
12	Чувствуете ли Вы в себе достаточный резерв возможностей для того, чтобы самостоятельно решать жизненные задачи?				

Ключ для вимірювання вираженості самотності такий: 12-16 балів - людина не переживає зараз самотність; 17-27 балів - неглибоке переживання можливої самотності; 28-38 - глибоке переживання актуальної самотності; 39-48 - дуже глибоке переживання самотності, заглибленість в цей стан.

ДОДАТОК Г

Опитувальна анкета

1. Стать
2. Вік
3. Сімейний статус

ПТСР

1. Ви маєте офіційно встановлений діагноз ПТСР?
2. Чи відчували ви достатній рівень підтримки після травмуючої події?
3. Чи відчували певний тиск та дискомфорт в своєму оточенні після повернення зі служби?
4. Чи зверталися Ви за спеціалізованою психологічною допомогою самостійно?

Самотність

1. Чи відчуваєте Ви «накочування» стану самотності у нічний час?
2. Чи насолоджуєтесь часом проведеним наодинці?
3. Чи знаходите підтримку в онлайн спілкуванні?

Додаткове питання

1. Чи відчуваєте труднощі під час фізичного контакту? (дискомфорт, свербіж, біль, жар чи холод, нудоту, сильну тривогу, страх, тощо)