

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ОСОБАМИ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ	6
1.1. Процес прийняття рішення як предмет психологічного дослідження	6
1.2. Процес прийняття рішення при невротичних та афективних розладах...	12
1.3. Особливості прийняття рішення особами з ПТСР	19
Висновки до розділу 1	28
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	30
2.1. Емпірична модель та методичний інструментарій дослідження	30
2.3. Опис вибірки та організація дослідження	37
Висновки до розділу 2	39
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	41
3.1. Первинний аналіз результатів дослідження	41
3.2. Зв'язок між симптомами ПТСР та стратегіями прийняття рішення.....	54
3.3. Зв'язок між особистісними характеристиками та стратегіями рішення у хворих на ПТСР	65
Висновки до розділу 3	75
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80
ДОДАТОК А. МЕЛЬБУРНСЬКИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ	107
ДОДАТОК Б. PCL-5	109
ДОДАТОК В. TEN ITEM PERSONALITY INVENTORY	111

ВСТУП

Актуальність даної роботи обумовлена двома факторами. Перший з них стосується стрімкого приросту хворих на посттравматичний стресовий розлад, що спровокований збройною агресією Російської Федерації проти України (Chudzicka-Czurapa et al., 2023). Другий аспект полягає у складному психоемоційному становищі хворих, що в цілому негативно впливає на поведінкові характеристики, зокрема на процес прийняття рішення. В повсякденному житті такі аспекти захворювання призводять до порушень у соціальній, фінансовій, особистій та інших сферах життєдіяльності (Sareen, 2014).

Наразі поведінкові зміни та порушення прийняття рішень у хворих на ПТСР пов'язують з когнітивним дефіцитом, що виникає та посилюється разом з основними симптомами ПТСР. Такі висновки базуються на дослідженнях загальних поведінкових патернів військовослужбовців та цивільного населення, у яких виник ПТСР внаслідок участі або перебування в зоні бойових дій у іракській війні. За результатами досліджень виявилось, що поведінкові зміни у хворих на ПТСР тісно пов'язані з проявом симптомів когнітивного дефіциту та емоційних порушень (Marx et al., 2009). Такі ж порушення знайдено у правоохоронців з ПТСР, які демонстрували ухвалення нерациональних рішень та зниження продуктивності (Bisson Desrochers et al., 2021).

В Україні зміни процесу прийняття рішення досліджувалися у залежних людей, які загалом демонстрували дезадаптивні моделі поведінки, орієнтовані на задоволення наявних, короткочасних потреб та неврахування довготривалих наслідків від подібних стратегій ухвалення рішень (Наріман, 2019). Крім того, проводилися дослідження стосовно дослідження стосовно впливу пандемії Covid-19 на процес прийняття економічних рішень серед Українців (Moiseenko et al., 2021). Однак наразі не досліджувався вплив

посттравматичного стресу на процес прийняття рішення серед українців упродовж повномасштабного вторгнення.

Враховуючи, що процес прийняття рішення означає процес вибору людиною певного варіанту з-поміж численних альтернатив, окремі симптоми ПТСР, що стосуються негативного психоемоційного стану, можуть негативно на нього впливати. Такими симптомами можуть бути надмірна пильність та настороженість, почуття провини та страху, а також підвищена чутливість до стимулів з навколишнього середовища, що сприймаються як загрозові та загальна поведінка уникнення. (Ross et al., 2017).

У науковій психологічній та нейрофізіологічній літературі є певна кількість інформації щодо впливу посттравматичного стресового розладу на когнітивні функції людини, що є основою механізму прийняття рішення. Однак, незважаючи на стрімке поширення захворювання, особливо в умовах російсько-української війни, психологічні кореляції та стратегії процесу прийняття рішення не є достатньо вивченими. Також залишається відкритим питання зв'язку кожного окремого кластера симптомів ПТСР з процесом прийняття рішення.

З огляду на стрімке поширення посттравматичного стресового розладу на території України, його складну симптоматику та можливий негативний вплив на поведінку та рішення людини, поглиблення знань та навичок у цьому проблемному полі набуває особливої актуальності та вимагає залучення додаткових ресурсів для комплексного дослідження цього питання.

Об'єктом дослідження є процес прийняття рішення як психологічний феномен.

Предмет дослідження: стратегії прийняття рішення у осіб з посттравматичним стресовим розладом.

Метою дослідження є вивчення стратегій прийняття рішення у осіб з посттравматичним стресовим розладом.

У відповідності з поставленою метою, визначено **наступні завдання дослідження:**

1. Здійснити аналіз наукових джерел щодо проблеми прийняття рішення особами з психічними розладами внаслідок переживанням травматичного стресу;
2. Встановити рівень прояву симптомів та визначити стратегії прийняття рішення у досліджуваних трьох груп досліджуваних.
3. Встановити зв'язок стратегій прийняття рішення з симптомами ПТСР та особистісними факторами;
4. Порівняти стратегії прийняття рішення у осіб, які мають посттравматичним стресовим розладом з контрольними групами.

Практичне значення отриманих результатів дозволяє імплементувати науковий підхід щодо зв'язку посттравматичного стресового розладу з процесом прийняття рішення у повсякденну практику психологів, які працюють із пацієнтами та клієнтами із психічними розладами або захворюваннями, що виникли внаслідок переживання стресової ситуації.

Новизна дослідження полягає у недостатній кількості актуальної та релевантної наукової інформації щодо процесу прийняття рішення особами з посттравматичним стресовим розладом.

Базою дослідження є Комунальне некомерційне підприємство «Київської міської клінічної наркологічної лікарні «Соціотерапія» (відділення №4, вул. Качалова 5А).

Характеристики вибірки: У дослідженні взяли участь 60 осіб (n=60), серед яких 20 пацієнтів з діагнозом посттравматичний стресовий розлад – група №1; 20 пацієнтів з діагнозом депресія – група №2; а також група умовної норми, що не мали скарг на погане ментальне самопочуття – група №3.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМА ВИВЧЕННЯ ПРОЦЕСУ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ОСОБАМИ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ

1.1. Процес прийняття рішення як предмет психологічного дослідження

Прийняття рішення це абстрактний термін, що означає процес вибору людиною однієї альтернативи серед певної кількості інших. Ці альтернативи можуть мати як фізичний прояв (якийсь товар або фізична річ), так і бути абстрактним поняттям, наприклад, дією. Відповідно до цього, такий процес використовується для опису широкого спектру поведінкових патернів, що проявляються в ситуаціях різної суб'єктивної та об'єктивної складності (D. Lee, 2013).

Наразі розроблено ідеалістичну концепцію процесу прийняття рішення. Вона має назву директивний підхід у процесі прийняття рішення та означає пошук найкращого, найбільш оптимального та раціонального рішення (von Neumann & Morgenstern, 2007). Найбільш вдалим прикладом директивного підходу прийняття рішення є принцип максимізації корисності в економіці, що означає пошук суб'єктом найбільш раціонального рішення серед усіх доступних варіантів для досягнення певної мети (Santos & Hughes, 2009).

Недоліками директивного підходу є те, що людина, по-перше, не здатна бути раціональною на 100%, оскільки вона весь час знаходиться під впливом власних переконань, минулого досвіду, позитивних та негативних емоцій, соціуму, його законів та звичаїв тощо (Serrano-Gemes et al., 2021). По-друге, людина не є здатною об'єктивно оцінити усі контекстуальні фактори кожного з окремих доступних варіантів та правильно їх оцінити, оскільки завжди є фактори, що неможливо врахувати або передбачити (Barrett, 2012)

Здатність ухвалювати рішення є результатом складних біологічних та психічних процесів, на котру має вплив навколишнє середовище та внутрішній стан людини (Finucane & Gullion, 2010).

Щодо навколишнього середовища то це, в першу чергу, стосується тієї інформації про можливі альтернативи, що людина має змогу отримати із зовнішніх джерел. Наразі існують дві стратегії пошуку інформації – компенсаторна та некомпенсаторна (Johnson, 1990)

Компенсаторний пошук це вичерпна стратегія, що опирається на фактичне вирахування та мисленнєве усереднення ознак для кожної альтернативи. Таким чином, компенсаційний пошук вимагає значних психологічних зусиль, оскільки щоденно ми отримуємо велику кількість інформації, що має бути інтегрованою, порівняною та оціненою згідно нашого бачення або відчуття об'єкту вибору (Gitlin et al., 2017).

Некомпенсаційні стратегії дозволяють різко зменшити кількість альтернатив, але вони з'являються лише у той момент, коли інформаційне навантаження перевищує здатність людини таку інформацію обробляти. Некомпенсаційні стратегії досягають зменшення інформації за рахунок того, що індивід зосереджується виключно на альтернативах, що мають високі значення необхідних атрибутів для ухвалення бажаного чи необхідного рішення. З цієї причини, некомпенсаційні стратегії пошуку інформації для ухвалення рішення є більш ефективними, ніж компенсаційні стратегії (Queen et al., 2012).

Для фізіологічного пояснення процесу прийняття рішення було використано методи нейровізуалізації. За допомогою використання фМРТ було виявлено, що у процесі прийняття рішення, зокрема визначення ступеню корисності або шкоди від майбутніх дій, беруть участь різні відділи головного мозку (Dorris & Glimcher, 2004). Наприклад, нейрони, що пов'язані з очікуванням невизначеної винагороди (тобто очікуванням чогось позитивного, але не конкретизованого) за потенційно прийняте рішення

знаходяться в базальних гангліях, задній тім'яній корі, премоторній корі та медіальній префронтальній корі (Cai et al., 2011).

За результатами серії досліджень було визначено вентромедіальну префронтальну кору та вентральне полосате тіло як генератори процесів прийняття рішення, що базуються на очікуванні визначеної нагороди (Luhmann et al., 2008). Активність у вентромедіальній префронтальній корі та полосатому тілі відображає характеристики ціннісних сигналів, що є основою для прийняття того чи іншого рішення. Тобто активність нейронів в цих зонах присутня в моменти очікування як негативних наслідків від прийняття рішення, так і позитивних, однак в другому випадку ця активність є суттєво вищою (Luhmann et al., 2008).

Активність нейронів мигдалеподібного тіла упродовж виконання завдань go/not go демонструє, що ці нейрони залучені в процес прийняття рішення, а саме визначають статус подразника та надають йому оцінку (D. Lee et al., 2012). Нейрони дорзально-латеральної префронтальної кори беруть участь як в наданні оцінки стимулам, так і в порівнянні їх між собою (S. Kim et al., 2012).

Однак на процес прийняття рішення людиною впливає не тільки її фізіологічний стан, але і психологічний. Надважливий вплив на процес прийняття рішення мають емоції (Kozlowski et al., 2017).

В останні десятиліття активно досліджується збуджуюча та мотиваційна роль емоцій в процесі прийняття рішення. Традиційно, емоційність вважається фактором, що є протилежним до таких понять як ефективність або раціональність. І на це є свої причини. Зокрема та, що людські емоції та почуття є фактором упередженості, що спотворюють процес прийняття рішення (Seo & Barrett, 2007). Це відбувається завдяки тому, що емоції змінюють ставлення індивіда до змісту інформації, що необхідно обробити перш ніж прийняти рішення. Тобто навіть позитивні стимули сприймаються негативно, якщо в даний конкретний момент людина переживає негативні емоції (Cortes et al., 2023).

Було встановлено такі поняття як «ефект конгруентності настрою» та «ефект конгруентності судження». Ефект конгруентності настрою означає схильність людей пригадувати події, що відповідають їхньому емоційному стану в момент згадування. Пригадування негативного досвіду та інтеграція його в теперішні події змінюють процес прийняття рішення (Faul & LaBar, 2022).

Ефект конгруентності судження визначає схильність людей робити висновки та судження під впливом їхнього афективного стану, тобто опираючись на власні емоції а не на події, що об'єктивно відбуваються (Díaz & Prinz, 2023). Це може призвести до того, що інтенсивні неприємні емоції змушують людину ухвалювати рішення зосереджуючись на короткострокових покращеннях в моменті, незважаючи на можливі довгострокові негативні наслідки (Hitchcock et al., 2023).

Однак емоції не лише негативно впливають на процес прийняття рішення. Існує припущення, що афективна реакція запускає процеси модуляції уваги та розподілу робочої пам'яті. Це когнітивні ресурси, що беруть активну участь в процесах прийняття рішення (Tryon, 1997).

Поширеною є теорія стосовно того, що людина, яка має ухвалювати рішення, упродовж цього процесу стикається з потенційно нескінченною кількістю варіантів, що мають свої переваги та недоліки, що мало б максимально ускладнювати або навіть унеможливити процес прийняття рішення. В такому випадку емоції і є рушійним механізмом, опираючись на який виникає можливість зупинитися на одному з варіантів (Raghunathan & Pham, 1999). Ця теорія підтверджується тим, що емоції як такі є адаптивним ресурсом, що допомагають краще орієнтуватися в навколишньому середовищі (Wyszomirska et al., 2023).

Позитивні афективні стани підвищують такі якості як креативність, сміливість, рішучість та гнучкість. Це допомагає ухвалювати більш ефективні рішення, що пов'язані з творчою або мисленневою діяльністю. Негативні афективні стани мобілізують усі ресурси організму, тому вони є

корисними тоді, коли вимагаються точні, неупереджені та реалістичні судження (Seo & Barrett, 2007).

Здатність контролювати власні емоційні реакції є важливою складовою для ухвалення раціонального рішення. Прикладом цього є дослідження, що демонструє стрімку емоційну реакцію залежної від азартних ігор людини, яка опинилася в складному середовищі, наприклад, казино. В такому випадку, нездатність контролювати власні емоції призводить до утворень дезадаптивних моделей поведінки, спрямованих на підкріплення власної залежності та ризику понести значні матеріальні втрати (Wulfert et al., 2016).

Інші дослідження з залежністю виявили, що індукований зовнішніми сигналами потяг до наркотичних речовин пов'язаний з підвищенням негативних емоцій (Weiss, 2005), в той час як психотерапія та навчання контролювати власні емоції знижували кількість вживання серед обстежуваних з залежністю (Volkow et al., 2010).

Було проведено серію досліджень, за результатами яких виявилось, що контроль емоцій значно підвищує суб'єктивне почуття задоволення від ухваленого рішення, оскільки обстежувані вважають його ефективнішим. Також контроль емоцій позитивно впливає на прийняття втрат щодо рішення, що виявилось невдалим, оскільки в такому разі зменшується інтенсивність емоційної реакції (Sokol-Hessner et al., 2009).

Враховуючи, що наслідки ухвалених рішення не завжди є позитивними, важливим чинником емоційної регуляції є вміння реінтерпретації наслідків від ухваленого негативного рішення. Такий процес інакше називається переоцінкою. Суть цього інструменту полягає в тому, що фізично стимул залишається тим самим, але у індивіда змінюється суб'єктивне ставлення до значення такого стимулу у власному житті. Якщо розглядати переоцінку з точки зору психології, то це процес зниження емоційної реакції стосовно якого предмета або явища, що раніше модулював інтенсивну емоційну відповідь. Інструментами такого процесу можуть бути зосередження на

альтернативах, усвідомлення потенційного ризику втрати та прийняття такої можливості, а також переоцінка стимулу як такого (Ochsner et al., 2002).

Наразі активно вивчається процес прийняття ризикованого рішення. Ризик визначається як висока ймовірність стикнутися з небажаними наслідками або втратами як результатом ухвалення того чи іншого рішення. Наразі визначено категорії втрат, що потенційно можуть з'являтися внаслідок ухвалення ризикованих рішень. До них належать: фінансові втрати (втрата рухомого або нерухомого майна); психологічні втрати (зниження самооцінки, психологічна травма, негативні емоції); втрати, що пов'язані із здоров'ям людини (від тимчасового дискомфорту до смерті); соціальні втрати (втрата поваги від інших людей, втрата стосунків); та втрата часу (Brand et al., 2007).

У поведінковій психології, нейробіології та економіці особливу увагу приділяють процесу прийняття ризикованого рішення. Попередні дослідження продемонстрували, що сумніви та вагання, що виникають у людини упродовж прийняття ризикованого рішення є спадком, що передався людській популяції упродовж еволюції (Hintze et al., 2015). Прикладом цього є поведінка тварин, що намагалися уникати певних місць та локацій, якщо не були впевнені, що гарантовано зможуть знайти там їжу (Kacelnik & Bateson, 1996).

Тварини намагаються використовувати поведінку уникнення ризикованих ситуацій з-причини того, що в таких ситуаціях можливість загинути є вищою (Poethke & Liebig, 2008). Тварини йдуть на прийняття ризикованого рішення лише у випадках, коли корисність від таких рішень переважає інші фактори, як-от напад задля самозахисту, проникнення на чужу територію задля втечі або в пошуку їжі та води тощо (Poethke & Liebig, 2008).

Суб'єктивна оцінка ризикованої ситуації людиною часто може не збігатися з її реальними, об'єктивними характеристиками. Наразі існує дві психологічні парадигми оцінювання ризикованих ситуацій та рішень, що пов'язані з ними (Vlek, 2004). Перша з них – аналітична, що є усвідомленим

психологічним конструктом та базується на логічних, наукових, раціональних та виражених уявленнях людини про себе, інших та навколишнє середовище. Друга – парадигма досвіду, що є неусвідомленим психологічним конструктом та базується на інтуїтивних відчуттях людини, її власному досвіді та інстинктивних реакціях (Liang et al., 2022). Процес ухвалення ризикованого рішення завжди поєднує ці парадигми між собою, намагаючись відтворити найбільш безпечний та оптимальний варіант, що базується і на аналітичному мисленні, і на внутрішніх відчуттях людини (Gal & Rucker, 2021)

Оцінювання ризикованих ситуацій також утворює синтез так званої «схильності» ухвалення ризикованого рішення. Такий процес знижує психічні гальмівні процеси. Особливість цього феномену полягає в тому, що з часом така поведінка розширюється на всі сфери життя людини та є психологічно-горизонтальною (de-Juan-Ripoll et al., 2021). Неправильна оцінка ризикованої ситуації, що виникає під впливом внутрішніх факторів людської психіки, призводить до упередженого ставлення до самої ситуації та впливає на прийняття рішення (Miu & Crişan, 2011).

1.2. Процес прийняття рішення при невротичних та афективних розладах

Цілеспрямована поведінка та процес ухвалення рішення залежить від багатьох психічних функцій людини, зокрема когнітивного контролю. Когнітивний контроль можна охарактеризувати як набір психічних дій та навичок, що дозволяють індивіду усвідомлено керувати своїми когнітивними здібностями (Quinn et al., 2018) Важливо є те, що для функціонування когнітивного контролю необхідні залучення зусиль, тобто цей процес не є автоматичним. До ресурсів когнітивного контролю відносять: робочу пам'ять, модуляцію уваги, концентрації та мотивації, здатність протистояти імпульсивній поведінці, здатність контролювати власні емоції та думки, а також здатність приймати рішення (Young et al., 2017). Когнітивний контроль

це адаптивна функція психіки людини, що дозволяє коригувати своє самопочуття та поведінку відповідно до щоденних викликів та завдань (Friedman & Miyake, 2017).

Маніфестація симптоматики, що пов'язана з порушеннями когнітивного контролю присутня майже у 100% хворих на психічні розлади. Серед них найпоширенішими є різке зниження уваги, мотивації та концентрації, а також стан втоми (Kamenov et al., 2016).

Когнітивні порушення у хворих на психічні розлади є послідовними, відтворювальними, неспецифічними та клінічно значущими. Відповідно до цього, прояви когнітивного дефіциту є індивідуальним параметром, що потребує спеціальної терапії при роботі з психологом (Zuckerman et al., 2018). Такої кількості уваги когнітивний дефіцит потребує з причини того, що має високу стійкість до терапії, зберігається упродовж ремісії інших симптомів та продовжує негативний вплив на щоденну продуктивність людини (Hasselbalch et al., 2011).

Когнітивний дефіцит у хворих на психічні розлади також може проявлятися у вигляді порушень пам'яті, а саме нерівномірній пропорції між негативними та позитивними спогадами. Інакше кажучи, хворі акцентують увагу лише на негативному досвіді, ігноруючи при цьому будь-який позитив із власного минулого (Rhodes et al., 2019). З психологічної точки зору, це пояснюється теорією розподілу ресурсів. Твердження цієї теорії полягає в тому, що, процес усвідомленого згадування вимагає великої кількості когнітивних ресурсів, але у хворих немає можливості їх повноцінного використання, оскільки вони вже зайняті для обробки неадаптивних моделей мислення (Gotlib & Joormann, 2010).

Також існує біологічне пояснення погіршення пам'яті при психічних розладах. Воно полягає в тому, що стресова реакція супроводжується секрецією великої кількості цитокінів, що, окрім іншого, запускають нейродегенеративні процеси в мозку, впливаючи таким чином на пам'ять, однак ця модель потребує подальшого вивчення (Slavich & Irwin, 2014).

Найпоширенішим психіатричним розладом у світі є депресія. Депресія це поширене психічне захворювання, що зачіпає усі сфери життєдіяльності людини та характеризується пригніченням фізичних, психічних та когнітивних ресурсів людини (Bains & Abdijadid, 2022).

Від депресії щорічно страждають 4,4% населення планети. Захворювання може бути легкого, середнього та складного ступеню (Verduijn et al., 2015).

Головними симптомами депресії є: апатія або негативні емоції; зниження інтересу щодо діяльності, що раніше приносила задоволення та загальний стан ангедонії; зниження когнітивного контролю (швидка втомлюваність, зниження мотивації, уваги, порушення пам'яті) тощо (Christensen et al., 2020).

Як було сказано раніше, депресивні симптоми знижують когнітивні здібності людини. Тому досить поширеним явищем є те, що хворі з депресією переживають стан нерішучості, що має вплив на процес прийняття рішення (Leykin et al., 2011). Виникає такий стан з причини того, що песимістичний стиль мислення хворих призводить до нав'язливого передчуття потенційного розчарування та різко знижує мотивацію або волюві якості до будь-яких дій (Horne et al., 2021).

Депресивна модель поведінки провокує ухвалення більш легкого рішення, оскільки в момент переживання симптомів захворювання таке рішення здається найбільш оптимальним. Часто відбувається так, що рішення, прийняте упродовж переживання депресивних симптомів не відповідає справжнім інтересам людини та є помилковим (Benke et al., 2021). Прикладом цього є відмова від нової кращої роботи через симптоми депресії, зокрема втому та страх не впоратися з новими посадовими обов'язками. Після завершення депресивного епізоду настає усвідомлення, що такі побоювання були марними (Alnazly et al., 2021).

Апатія також є значущим симптомом депресії, що впливає на процес прийняття рішення. Зниження зацікавлення призводить до загального

зниження будь-якої активності, оскільки докладання зусиль вважатися марними і неперспективним (Steffens et al., 2022).

Посилене почуття жалю упродовж процесу прийняття рішення є характерним для депресії. Взагалі, обережність це захисний механізм психіки, що запобігає ухваленню необдуманого або необережного рішення (Monroe et al., 2005). Але надмірна обережність, що є наслідком спотвореного світосприйняття, а також втрата усвідомлення свого «Я» заважає ухваленню активного рішення (Schwartz et al., 2002).

Нездатність впоратися з негативними думками призводить до зниження вмотивованої поведінки, оскільки майбутнє розглядається лише з точки зору наповненості негативними явищами, через що виникає мотиваційний дефіцит (Crocker et al., 2013). З посиленням основних симптомів депресії, когнітивний а отже і мотиваційний дефіцит доходять до такого стану, що людина втрачає можливість ухвалювати активні рішення. Наслідками таких явищ є формування пасивної поведінки, що заважає нормальному функціонуванню індивіда в професійній, соціальній, освітній, особистій та інших сферах життя (Braver et al., 2014).

Тривожний розлад це ментальне захворювання, що характеризується постійним почуттям страху, занепокоєнням та пригніченим настроєм. До основних симптомів тривожного розладу належить: надмірне занепокоєння та хвилювання протягом шести місяців та більше; труднощі з контролем емоцій; безпричинна тривога та неспокій, почуття емоційної та м'язової напруги; швидка втомлюваність; дратівливість (Munir & Takov, 2019)

Вплив тривожного розладу на процес прийняття рішення базується на почуттях страху та неспокою (Beuke et al., 2003). Симптоми тривожного розладу призводять до утворення копінг-стратегій уникання, що негативно впливають на соціальні комунікації (Wu et al., 2013). Це підтверджується дослідженнями, що вивчали фізіологічні та поведінкові аспекти процесу прийняття рішення у тривожних осіб. Так, (C. S. Stripada et al., 2009) виявила, що активація медіальної префронтальної кори, що відповідає за менталізацію

та соціальну взаємодію, була зменшена у пацієнтів з тривожним розладом. Інше дослідження виявило, що почуття тривоги є предиктором поведінки уникнення спілкування з незнайомцями (Samochowiec & Florack, 2010).

Також, тривога має негативні наслідки щодо обробки інформації, що надходить ззовні, а також має вплив на когнітивні функції людини. За результатами досліджень виявлено, що у осіб з тривожним розладом можуть бути присутніми упередження стосовно інтерпретації зовнішніх стимулів, а саме: упереджене ставлення до стимулів, що можуть нести загрозу та упереджена інтерпретація нейтральних стимулів (Gambetti et al., 2022).

У дослідженнях, що намагалися дослідити процеси уваги та час реакції на загрозові та нейтральні стимули, результати виявилися неоднозначними. У таких дослідженнях тривожні особи виявляли загрозові цілі або пов'язані з ними стимули за короткі проміжки часу, хоча його вимагалось більше упродовж ідентифікації нейтральних стимулів (Cisler & Koster, 2010). Це підтверджує теорію про вплив тривоги на когнітивні функції людини, а саме зміни в процесі модуляції уваги, що концентрується на більш загрозових або негативних стимулах (Armel et al., 2008).

Особи з тривожним розладом схильні негативно оцінювати подразники з більш ніж двома потенційними інтерпретаціями. Це призводить до утворення поведінкового шаблону, що спрямований на уникання ухвалювати рішення через почуття страху та нереалістичну оцінку альтернатив (Morvan & Jenkins, 2017).

Комплексно, вплив тривоги призводить зміни бачення загальної картини світу. Людина з тривожним розладом нездатна ухвалювати рішення адекватно, оскільки не може правильно інтерпретувати інформацію, що підлягає аналізу упродовж процесу ухвалення рішення, а також намагається уникати цей процес. Виникає такий вплив за рахунок порушення функціонування когнітивних нейромереж, що діють дисфункціонально внаслідок неправильної роботи значущих для процесу прийняття рішення

відділів головного мозку, зокрема мигдалеподібного тіла та кори великих півкуль (Tom et al., 2007).

Обесивно-компульсивний (ОКР) це психічний розлад, що посідає одне з провідних місць за поширеністю у світі. ОКР характеризується наявністю так званих obsesій та/або компульсій. Obsesії це нав'язливі думки, візуальні образи або бажання, що спонукають до ухвалення певних, частіше за все повторювальних рішень. Компульсії – нав'язливі моделі поведінки, що мають вираз у формі повторювальних дій (Robbins et al., 2019).

Найбільш поширеним симптомом ОКР є саме поведінка та нав'язливі думки. Такі думки та поведінка спрямовані на дотримання певних ритуалів для того, аби уникнути загрозованої ситуації. До таких ритуалів може належати: постійне слідкування за чистотою в приміщенні, розстановка предметів в одному й тому ж порядку, слідкування за провітрюванням, перевірка, чи зачинені двері або вікна у приміщенні тощо. У разі невиконання таких ритуалів, загроза для хворої людини здається неминучою (Bloch et al., 2008). Однак нав'язливі думки, в рідких випадках, можуть мати більш загрозовану форму для хворого або його оточення, оскільки можуть містити агресивний або сексуальний нав'язливий контент (Taylor et al., 2014).

Симптоми уникання та накопичення, потяг до постійного перерахунку, скрупульозність, ревності та навіть залежність від прослуховування музики також належать до симптомів ОКР, хоча не є дуже поширеними (Greenberg & Nuppert, 2010).

Порушення процесу прийняття рішення у хворих на ОКР відіграє центральну роль в етіології захворювання, оскільки пацієнти демонструють постійні нав'язливі сумніви та очевидну нездатність приймати рішення вчасно та систематично (Nisticò et al., 2021). Головним чинником, що впливає на процес прийняття рішення у хворих на ОКР є їх недовіра до себе, а точніше довіра до власної пам'яті та уваги (Nestadt et al., 2016). Такі сумніви у власних когнітивних здібностях породжують недовіру до власного досвіду, що змушує хворого постійно ухвалювати рішення про повторення однакових

дій, хоча вони не мають жодної користі, оскільки завжди вже є завершеними (Sachdev & Malhi, 2005).

Порушення когнітивного контролю, що виявляється у формі нездатності контролювати власні думки, емоції та переживання, що призводить до розвитку дезадаптивної поведінки, також має значний вплив на процес прийняття рішення (Remijnse et al., 2006).

Поведінкові аспекти процесу прийняття рішення у хворих на ОКР вивчалися за допомогою психологічної задачі Айова. За результатами цього дослідження виявлено, що хворі на ОКР демонструють високий рівень реверсивного дефіциту, що заважає вибудовувати ефективну стратегію для досягнення найбільш оптимального рішення. Реверсивний дефіцит було пов'язано з нездатністю хворих гальмувати або зупиняти реакцію в момент, коли вона вже не є корисною (Grassi et al., 2015). Хоча у схожому дослідженні з використанням гри Айова, хворі на ОКР не виявили такого рівня неефективності. Тому це питання вимагає подальшого вивчення (H. W. Kim et al., 2015).

Було проведено дослідження, метою якого було дослідити процес прийняття рішення у хворих на ОКР, що різняться за віком. Результатами цього дослідження є те, що суб'єкти старше 18 років демонструють більш швидкий темп навчання та адаптації поведінки щодо завдань дослідження порівняно з суб'єктами, яким не виповнилося 18 років. Хворі молодшого віку, упродовж всього дослідження, демонстрували більш імпульсивні стратегії ухвалення рішення (Kodaira et al., 2012).

З точки зору нейрофізіології, порушення у хворих на ОКР упродовж процесу прийняття рішення були виявлені в зоні вентральної, медіальної та орбітофронтальної кори головного мозку, а саме недостатню кількість активації нейронів під час селекції однієї з можливих альтернатив (Norman et al., 2018).

1.3. Особливості прийняття рішення особами з ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – один з найбільш розповсюджених психічних розладів, що виникає внаслідок переживання людиною стресової події. Найчастіше, це захворювання виникає внаслідок бойових дій, сексуального або побутового насилля, природніх катаклізмів дорожньо-транспортних пригод тощо. За інформацією, отриманою з останніх наукових джерел, внаслідок захворювання спостерігаються значні порушення в усіх сферах життєдіяльності (SK & R., 2022). За статистикою, ПТСР є більш поширеним серед жінок порівняно з чоловіками (Fava et al., 2010).

До основних симптомів посттравматичного стресового розладу відносять: постійні нав'язливі спогади стресової події (флешбеки), що передують негативним емоційним та фізіологічним реакціям, а також нав'язливі думки та нічні кошмари (Prajjwal et al., 2022). Також розповсюдженими симптомами вважаються: проблеми зі сном та засинанням, підвищена збудливість та підозрливість, дратівливість, намагання уникати ситуацій, явищ та подій, що можуть нагадувати травматичний досвід, тривожність, втрата віри в себе недовіра до навколишнього середовища, почуття сорому та провини, зневіра, ангедонія, загальне погіршення стану здоров'я (Carvajal, 2018).

Симптоматика ПТСР має багато схожих характеристик з симптоматикою гострого стресового розладу (ГСР). Основною відмінністю між вказаними розладами є термін маніфестації симптомів. У ГСР він коливається від 3 діб до одного місяця, у ПТСР починається з 1 місяця (Bryant et al., 2011).

Існує дві парадигми діагностики ПТСР (Cao et al., 2020). Перша з них закріплена у Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSM), що розроблений Американською психіатричною асоціацією, та був оновлений до 5 видання. Дана парадигма включає 20 ознак ПТСР та вимагає для постановки діагнозу наявність хоча б одного з п'яти симптомів інтрузії, одного з двох симптомів уникнення, два з шести симптомів порушень

когнітивної сфери, а також два з шести симптомів реактивності (Sharma. N et al., 2015). Ця класифікація надає особливого значення наявності стресора (критерію A1), як такого, що несе реальну загрозу для життя для здоров'я людини. Також DSM-5 для діагностування ПТСР включає симптоми емоційного оніміння, виділяючи їх в окрему категорію (Pai et al., 2017).

Інша парадигма – International Classification of Diseases – Міжнародна класифікація хвороб, була оновлена до 11 видання (МКХ-11). Важливо відмітити, що на території України є чинною саме ця класифікація. Її було розроблено та оновлено Міжнародною організацією охорони здоров'я. Ця парадигма включає в себе 6 кластерів симптомів ПТСР, що визначаються наступним чином: як мінімум один з двох симптомів інтрузії, один з двох симптомів уникнення, один з двох симптомів тривожності (Maercker et al., 2013).

Традиційно, стрес визначається як почуття емоційного напруження, що з'являється внаслідок суб'єктивно складної ситуації. Проявляється стрес у вигляді фізіологічних та поведінкових реакцій, що спрямовані на підтримку або відновлення нормального функціонування людського організму та психіки. Психологічний стрес є адаптивною реакцією людської психіки, що більшою мірою залежить від стану нервової та ендокринної системи організму людини (Tsigos et al., 2000).

Наразі зв'язок стресу та процесу ухвалення рішень в науковій літературі розглядається з точки зору того, що індивід в стресовому стані упереджено оцінює стимули з навколишнього середовища, ідентифікує їх як більш небезпечні, ніж вони є насправді та вибудовує більш адаптивні моделі поведінки. Такий процес вимагає залучення більшої кількості ресурсів організму людини (Berghorst et al., 2013).

Дослідження з використанням методів нейровізуалізації виявили, що стрес негативно впливає на передчуття позитивних наслідків від ухваленого рішення. Активність нейронів у людей, що перебували в стресовому стані та обдумували позитивні наслідки від ухваленого рішення була зменшеною в

області смугастого тіла, орбітофронтальної та медіальної кори (Porcelli & Delgado, 2017). Також, завдяки методам нейровізуалізації виявлено, що кумулятивний стрес в дитинстві здатний негативно впливати на процес прийняття рішення в зрілому віці, а саме пригнічувати почуття винагороди від ухваленого рішення. Це підтверджується тим, що у людей з дитячою психологічною травмою знижується активність нейронів вентрального смугастого тіла у дорослому віці упродовж процесу прийняття рішення (Hanson et al., 2016).

Також проведено ряд досліджень, що були спрямовані на пошук гендерних відмінностей у процесі прийняття рішення під впливом стресової ситуації (Preston et al., 2007). За результатами цих досліджень виявлено, що внаслідок переживання гострих психосоціальних стресових факторів, чоловіки схильні ухвалювати більш ризиковані, імпульсивні рішення, тоді як жінки обирали більш безпечні моделі поведінки (Lighthall et al., 2009).

Однак, інше дослідження, що було повністю створено в лабораторних умовах, виявляє інші результати. Завданням цього дослідження було вибір для обстежуваних, що знаходяться в стані стресу, між ризикованим варіантом з високою винагородою та більш безпечним рішенням з нижчою винагородою. Результати дослідження виявили, що жінки частіше ухвалювали ризиковані рішення (Dreyer et al., 2022).

Таким чином, можна констатувати, що стрес негативно впливає на процес ухвалення рішення, оскільки індивід змінює модель своєї поведінки та оцінку тих стимулів, що отримує з навколишнього середовища. Більшою мірою, це пояснюється саме біологічними змінами організму, але має значний психологічний вплив на життя людини. Також, дитячі стресові реакції здатні впливати на поведінку людини та її процес ухвалення рішення навіть у дорослому віці, що підтверджується низкою досліджень (Pabst et al., 2013).

Після пережитої психологічної травми, у людини можуть періодично з'являтися сенсорно-перцептивні відчуття, що мимовільно або під впливом зовнішніх факторів «вриваються» у свідомість та містять тотожний зміст до

травматичної події. Такі симптоми в науковій літературі мають назву «нав'язливі спогади» або «флешбеки». Флешбеки це, зазвичай, візуальні образи, але вони також можуть включати в себе звуки, запахи, тілесні та смакові відчуття. В рамках діагностичного критерію для ПТСР, однією з основних характеристик нав'язливих спогадів є те, що вони завжди супроводжуються негативним емоційним навантаженням (Iyadurai et al., 2019).

Варто відмітити, що не всі спогади про стресову подію згодом перетворюються на флешбеки. Флешбеки це, скоріше, певні відрізки спогадів про стресову ситуацію, що тривають декілька секунд та мають високий негативний психоемоційний ефект, що може тривати протягом декількох годин або діб (Bourne et al., 2013). Одним з найбільш шкідливих факторів нав'язливих спогадів є те, що вони здатні несподівано з'являтися та вводити людину в стан дистресу навіть тоді, коли інші симптоми ПТСР в анамнезі відсутні. В такому випадку встановлюється діагноз субклінічний посттравматичний стресовий розлад, а хворий може отримувати медичну та психологічну допомогу (Bourne et al., 2013).

Візуальні образи, що мимовільно та раптово спливають у свідомості хворого здатні співіснувати з звичайними спогадами про травматичний досвід, що можуть бути свідомо відтвореними. Ця інформація спровокувала розвиток теорії подвійної репрезентації ПТСР, яка визначає окремі механізми відтворення інформації, що лежать в основі появи нав'язливих спогадів та не стосуються звичайних процесів відтворення автобіографічної та іншої інформації в пам'яті людини (Whalley et al., 2013).

Нав'язливі спогади негативно впливають на процес прийняття рішення, оскільки вони потенціюють стан тривоги. Тривога потенціює негативне ставлення до інформації, що надходить та надання навіть нейтральним стимулам загрозливого статусу (Cisler & Koster, 2010). Крім того, когнітивні та регуляторні процеси у тривожних осіб порушуються під впливом

афективних емоцій, що також має вплив на процес прийняття рішення (Koizumi et al., 2011).

Також, одним з широко поширених симптомів інтрузії для ПТСР є нав'язливі думки. Нав'язливі думки це повторювальні, неприємні думки, образи чи імпульси. Нав'язливі думки при ПТСР з'являються тоді, коли автоматичні процеси нейрокогнітивного контролю, пов'язані з регуляцією мислення, пригнічуються або гальмуються. Внаслідок цього відбувається поява та збереження нав'язливих думок (Bomyea & Lang, 2016). Нав'язливі думки при ПТСР носять негативний емоційний характер, здатні провокувати тривогу, зниження самооцінки та зневіру в себе, власні сили та майбутнє, що, серед іншого, негативно впливає на процес ухвалення рішення (Morina et al., 2016).

Одним з широко розповсюджених симптомів ПТСР є екстремальні дисфоричні сновидіння, що виникають внаслідок переживання стресової ситуації (El-Solh, 2018). Такі сновидіння можуть з'являтися протягом всієї ночі, однак частіше вони виникають на більш глибоких стадіях сну. Клінічними ознаками нав'язливих сновидінь ПТСР є реплікативність, що часто зберігається протягом років та є стійкою до терапії, а також зв'язок зі стресовою ситуацією, що відтворюється протягом сну (Skeie-Larsen et al., 2022)

Кошмарні сновидіння у хворих на ПТСР призводять до нічних пробуджень з відчуттями страху або тривоги, що заважає подальшому засинанню. Наслідками таких процесів є погіршення психологічного та фізіологічного стану людини, зокрема з'являються втомлюваність, сонливість, порушення когнітивних здібностей, відчуття безпорадності тощо (Davis, 2009).

Наявність хронічних кошмарів у хворих на ПТСР пов'язують з більш складним перебігом захворювання, оскільки внаслідок відсутності якісного сну та постійного повернення до стресової ситуації, що є емоційно

значущою, нервова система людини отримує більше навантаження та менше відпочинку (Bryant et al., 2010).

Нічні кошмари здатні посилювати інші симптоми ПТСР, особливо симптоми уникнення. В науковій літературі описані випадки уникнення хворими сну та виконання певних ритуалів, наприклад, постійне тримання світла увімкненим, аби вберегти себе від кошмарних сновидінь. Така поведінка неминуче призводить до інсомнії, порушень біологічних ритмів та навіть підвищує ризик виникнення суїцидальної поведінки (Panagioti et al., 2012).

Оскільки нав'язливі спогади, думки та сновидіння є предикторами інтенсивного тривожного відчуття, у людини в такому стані виникають, окрім порушення когнітивних та вищих психічних функцій, також фізіологічні маркери захворювання. До них відносять: проблеми з ЖКТ, підвищення артеріального тиску, тахікардію тощо (Silver et al., 2018).

Іншим патерном симптомів ПТСР є патерн уникання. Він характеризується тим, що хворий обирає таку модель поведінки та ухвалює такі рішення, щоб максимально уникати будь-якого контакту з будь-якими стимулами, що нагадують стресову подію. До зовнішніх стимулів відносять елементи навколишнього середовища, тобто місця, явища, події, інші люди тощо, що мають спільні ознаки зі стресовою подією. До внутрішніх нагадувань відносять власні спогади, думки та почуття хворого, що асоційовані зі стресовою подією. Нездатність пригадати певні аспекти стресової ситуації, втрата інтересу до певних видів діяльності, суб'єктивне відчуття відстороненості від інших людей та відсутність планів на майбутнє також належать до патерну уникання в контексті діагностики ПТСР, хоча розглядаються як його наслідки (Fitzpatrick et al., 2023).

Стратегія уникання використовується задля того, аби мати змогу відсторонитися від нав'язливих спогадів та думок про стресову подію та хоча б частково звільнитися від психоемоційних страждань, що виникають внаслідок повторного переживання травми (Catarino et al., 2015). Хоча це

певною мірою працює, тобто уникнення та придушення думок здатні короткочасно знизити рівень дистресу хворого, стратегія уникнення вважається дезадаптивною, оскільки заважає нормальній інтеграції та консолідації стресової події в довготривалу пам'ять, що посилює симптоми інтрузії (Miethe et al., 2023).

Клінічні дослідження продемонстрували, що серед інших, симптоми уникання є найбільш шкідливими саме для успішного соціального функціонування (R. K. Sripatha et al., 2013). Причиною цього є те, що, згодом, хворий починає нести наслідки від ухваленого рішення, що спрямовані на зниження соціальних контактів та уникнення їх. Симптоми уникання здатні відчутно посилюватися з часом, що прямо впливає на соціальне та емоційне життя людини (Sheynin et al., 2017).

З огляду на вище вказане, одним з наслідків ПТСР є зниження соціальних контактів, хоча соціальні ресурси, такі як живе спілкування та емоційна підтримка є необхідною умовою для більш швидкого або ефективного лікування ПТСР (Forbes et al., 2020).

Емоційне оніміння – поширений симптом ПТСР, що описується як втрата будь-якої можливості відчувати емоції як такі. Характерними особливостями емоційного оніміння є втрата інтересу до діяльності, що раніше приносила задоволення, а також до активності, що пов'язана з інтимною частиною життя людини (Litz & Gray, 2002).

Емоційне оніміння відіграє ключову роль в теоретичній моделі, що намагається пояснити зв'язок між переживанням стресової події в дитинстві та делінквентною, агресивною поведінкою в дорослому віці. Згідно цієї теорії, емоції, що спочатку ігноруються, а отже не усвідомлюються - не зникають, а лише приховуються. Через деякий час вони з'являються знову, вже у формі агресії по відношенню до інших людей (Kerig et al., 2016).

На відміну від емоційного оніміння, ангедонія, що також є субкомпонентом ПТСР, характеризується як нездатність відчуватися саме приємні, позитивні емоції, а також суттєво знижує мотивацію при виконанні

корисних дій чи занять (Vinograd et al., 2022). Однак необхідно зазначити, що симптоми ангедонії має не лише ПТСР, але також і депресія, шизоафективні розлади та розлад особистості (Guillot et al., 2016).

Окрім очевидного негативного впливу на соціальне життя (Risbrough et al., 2018), клінічно доведено, що патерн ангедонії посилює суїцидальні думки та наміри у хворої людини (Acheson et al., 2022).

Існують підтвердження, що ангедонія є предиктором розвитку ПТСР як хронічного захворювання (Feeny et al., 2000) та є основою саморуйнівної поведінки, що виявляється як потяг до вживання психоактивних речовин (Leventhal & Zvolensky, 2015). Початок вживання (або рецидив, якщо вже відбувалася боротьба з залежністю) продукується ангедонією з причини того, що людина намагається компенсувати відсутність позитивних емоцій психоактивними речовинами (Werth Cook et al., 2004).

Таким чином, емоційне оніміння та ангедонія негативно впливають на процес прийняття рішення, оскільки потенціуює різні типи залежності та посилює тягу (не лише до психоактивних речовин, а також, наприклад, азартних ігор чи інтернет-залежність) (Hatzigiakoumis et al., 2011), абстинентний синдром (Janiri et al., 2005), та пролонгує стан залежності в часі (Hatzigiakoumis et al., 2011).

Також ангедонія впливає на мотиваційну компоненту психіки людини, оскільки пригнічує почуття задоволення та нівелює почуття винагороди від діяльності, що раніше була приємною. Результатом цього є вибір пацієнтом пасивної поведінки та відмова від будь-якої, навіть буденної діяльності, що призводить до дезадаптивних наслідків та зрештою може призвести до ухвалення рішення про скоєння суїцидального акту (Skumlien et al., 2023).

Концептуалізації ПТСР фокусуються на відчуттях страху та тривоги як головних емоційних маркерах розладу. Попри те, науковці також визначають почуття сорому та провини як значущу складову клінічної картини ПТСР (Berfield et al., 2022).

Почуття сорому є соціально значущим відчуттям, що характеризується як тотальне знецінення себе (Budiarto & Helmi, 2021). Сором є складною емоцією, оскільки для його формування необхідне залучення фронтальних відділів кори головного мозку на відміну від простих емоцій, що формуються лімбічною системою (Lanius et al., 2010) Почуття сорому виникає у момент хибного самозвинувачення, тобто представлення себе або того, з чим пов'язане власне «Я» як першопричину стресової ситуації (Leonard et al., 2020).

Поведінка людини з почуттям сорому керується бажанням максимально уникати суспільство, оскільки є уявна загроза бути викритим, покараним тощо. У випадку розвитку захворювання, така поведінка є підкріпленням симптомів уникнення та має різкий негативний вплив на соціальне життя індивіда (Seah & Berle, 2022)

Вплив сорому на процес прийняття рішення пояснюється теорією соціометрії (Leary et al., 1995). Згідно цієї теорії, згодом почуття сорому викликає стійку мотивацію діяти лише згідно норм та правил суспільства (навіть якщо вони є аморальними (Smith-Crowe & Warren, 2014), в якому знаходиться індивід для того, аби не справляти негативне враження на оточуючих та ще більше не порушувати власні соціальні комунікації. Також, при плануванні своїх наступних дій, людина з почуттям сорому опирається на нього, та ухвалює лише ті рішення, які прийнятними в соціумі, уникаючи ті, що є неприйнятними. Хоча останні можуть бути для неї корисними (Bonavia & Brox-Ponce, 2018).

Сучасні когнітивні моделі позиціонують почуття сорому у хворих на ПТСР як одну з причин відсутності коректної когнітивної та афективної обробки стресової ситуації (López-Castro et al., 2019). Також, почуття сорому є одним з надважливих предикторів розвитку ПТСР у жінок та дітей, особливо у випадку переживання міжособистісного, сімейного або сексуального насильства (Ford et al., 2006).

Почуття провини це стійке емоційно-моральне порушення, що з'являється внаслідок оцінки власних дій (або бездіяльності) та визначанням їх як причину травми (Tilghman-Osborne et al., 2010). Відмінністю між почуттям сорому та провини є те, що в першу варіанті об'єктом рефлексії є індивід як такий, в другому – його поведінка (Bub & Lommen, 2017). Також відмінністю є пролонгація двох симптомів. Почуття провини, на відміну від сорому, може зберігатися протягом багатьох десятиліть після стресової події та важко піддається лікуванню або терапії (Herbert et al., 2020).

Почуття провини як складова загальної симптоматики ПТСР має декілька значень. Як головне з них виділяють те, що почуття провини може стати рушійним фактором для розвитку захворювання (Beck et al., 2011). Причиною таких можливих наслідків є те, що і почуття провини і ПТСР є продуктами пережитої травми. Але провини з'являється набагато раніше ніж ПТСР та є дезадаптивною емоцією, що може призводити до розвитку психічних розладів (Kip et al., 2022).

Важливою характеристикою почуття провини у контексті прийняття рішення є її мотиваційна складова, тобто імпульсивне ухвалення рішення щодо дій для виправлення ситуації, за котру відчувається провини (Stotz et al., 2015).

Висновки до розділу 1

1- Процес прийняття рішення є процесом вибору однієї альтернативи серед багатьох інших та залежить від зовнішніх та внутрішніх факторів. До внутрішніх факторів належать фізіологічний та психологічний стан людини. Зовнішніми факторами є ті обставини, в яких людина опинилася.

2- Вплив внутрішніх факторів на процес прийняття рішення може бути як позитивним, так і негативним. Прикладом цього є різні афективні стани, що виникають без наявності будь якої патології. Однак найбільш раціональні рішення утворюються у момент психологічного спокою та рівноваги.

Вивчення процесу прийняття рішення вимагає комплексного підходу, що базується на поведінкових та фізіологічних дослідженнях.

3- Вплив невротичних розладів, до яких належить і ПТСР, на процес прийняття рішення не є однорідним. Порушення роботи різних відділів головного мозку, наслідком чого є велика кількість когнітивних порушень, що заважають нормальній інтерпретації та інтеграції інформації про альтернативи, призводить до унеможливлення ухвалити найбільш оптимальне рішення.

4- Патерн симптомів уникнення ПТСР спонукає хворих ухвалювати такі рішення, що здатні короткостроково покращити ситуацію, але довгостроково не є корисними. Прикладом цього є дезадаптивна поведінка, така як вживання алкоголю чи психоактивних речовин.

5- Вплив афективних розладів на процес прийняття рішення базується на змінній емоційній обробці інформації, що надходить, а також її нереалістична інтерпретація. Ухвалення рішення в стані афекту вважається імпульсивним, та часто не є найбільш оптимальним, а іноді навіть є шкідливим. Афективні розлади характеризуються зневірою в себе та власних можливостях, що також різко негативно впливає на процес прийняття рішення.

РОЗДІЛ 2 МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Емпірична модель та методичний інструментарій дослідження

Як було вказано раніше, процес прийняття рішення це психічний інструмент, що постійно використовується людиною у повсякденному житті для вирішення завдань з різною суб'єктивною складністю. Процес прийняття рішення засновується на таких механізмах як узагальнення інформації щодо кожної з альтернатив, дослідження цієї інформації, її порівняння та надання їй певної оцінки (Jin et al., 2019).

Для того, аби такі механізми відбувалися нормально, є необхідним адекватне функціонування психіки людини. Наприклад, одним з основних симптомів ПТСР є нав'язливі спогади про травматичний стрес та значна кількість негативних емоцій, що виникають внаслідок таких спогадів. Враховуючи це, людина не здатна адекватно порівнювати та оцінювати зовнішні стимули, оскільки у неї порушується система адекватної інтеграції нової інформації в попередній контекст (Ehlers & Steil, 1995). Беручи до уваги таку інформацію, ми вважаємо, що симптоми інтрузії ПТСР опосередковано можуть мати позитивні кореляції з стратегіями прийняття рішення, зокрема з прокрастинацією та надпильністю.

Крім того, поширеним симптомом ПТСР є поведінка уникнення. Така поведінка виникає внаслідок високої психоемоційної значущості травматичного стресу для хворої людини, а також високого ступеню страху пережити його знову. Симптоми уникнення спонукають людину до виконання набору дій, що потенційно можуть допомогти зменшити кількість контактів з елементами зовнішнього середовища, що нагадують травмуючу ситуацію (Yehuda et al., 2005).

З психологічної точки зору, уникнення це намагання людини адаптуватися до умов навколишнього середовища, що підкріплюється

постійним переживанням негативних емоцій, таких як страх, та постійним переживанням тривоги (O'Donnell et al., 2007). З огляду на це, ми вважаємо, що симптоми уникнення можуть бути пов'язаними з такими стратегіями прийняття рішення, як уникнення, надпильність та прокрастинація.

Вважається, що симптоми негативних змін у настрої та когніціях, що є наслідком інших симптомів ПТСР, мають комплексний вплив на процес прийняття рішення. Перший аспект такого впливу може стосуватися надання неадекватної оцінки щодо інформації про зовнішні стимули внаслідок переживання негативних емоцій та спотвореного функціонування когнітивних ресурсів (Byllesby et al., 2017). Інший аспект стосується власне негативних емоцій, зокрема страху, тривоги, почуттів сорому або провини, а також загального пригніченого настрою. Часто у хворих такі симптоми є комплексними, що може стати на заваді нормальному процесу прийняття рішення. Зважаючи на це, ми передбачаємо, що симптоми негативних змін у настрої та когніціях можуть мати позитивні кореляції зі стратегіями уникнення, прокрастинації та надпильності.

Симптоми збудження та підвищеної реактивності у хворих на ПТСР означають постійний стан напруження центральної нервової системи людини, що призводить до порушень сну, втоми, погіршення психічного та фізіологічного самопочуття (Kay & Buysse, 2017). Крім того, симптоми надзбудження впливають на процес прийняття рішення таким чином, що підвищують емоційну реакцію на стимули з навколишнього середовища (McTeague et al., 2010). Тому ми вважаємо, що симптоми надмірної збудливості та реактивності можуть мати позитивні кореляції зі стратегією прийняття рішення надпильність.

Екстраверсія це риса особистості, що означає міжособистісну взаємодію, комунікації, пошук нових знайомств та можливостей. Зазвичай, людей з екстраверсією описують як енергійних, амбітних, наполегливих, комунікабельних та таких, що йдуть на зустріч новим можливостям. У таких людей низька соціальна тривожність, низький рівень нав'язливих страхів,

вони несхильні до самотності (Lai et al., 2019). На основі таких даних ми можемо зробити припущення, що у нашому дослідженні можуть бути присутніми негативні кореляції між рисою характеру екстраверсія та стратегіями прийняття рішення уникнення, надпильність та прокрастинація. Однак, можливо будуть присутні позитивні кореляції між екстраверсією та стратегією прийняття рішення пильність.

Риси характеру дружелюбність та відкритість новому досвіду означають прояв високого рівня мотивації до спілкування з оточуючими, низький рівень агресії, низький рівень соціальної тривоги, поступливість, високий рівень самоконтролю та послідовність власних дій (Laursen et al., 2002). На основі таких характеристик даних рис темпераменту, ми можемо зробити припущення, що в нашому дослідженні можуть бути присутніми негативні кореляції між відкритістю та дружелюбністю та стратегіями прийняття рішення надпильність, уникнення та прокрастинація, що передбачають протилежні напрямки поведінки.

Добросовісність та емоційна стабільність це риси характеру, що визначають високий рівень самоконтролю, вміння виконувати певні дії задля досягнення результату та стресостійкість. Головним фактором, відокремлює дані риси характеру від інших є те, що за допомогою них у людини з'являється здібність відкладати на майбутнє приємні активності у випадку необхідності виконання власних обов'язків. Така поведінка контрастує з поведінкою хворих на ПТСР (Muntean et al., 2022). Враховуючи це, ми можемо зробити припущення, що в нашому дослідженні можуть бути виявлені негативні кореляції між рисами характеру емоційна стабільність та добросовісність з стратегіями прийняття рішення прокрастинація та уникнення.

PCL-5 це стандартизований опитувальник для попереднього діагностування ПТСР, що містить 20 питань та надає можливість оцінити прояв усіх симптомів захворювання. В опитувальнику *PCL-5* визначаються наступні кластери симптомів – стресова подія (критерій А – обов'язкова

наявність стресової події є визначальною для підозри на ПТСР); симптоми інтрузії (критерій В – питання 1-5); симптоми уникнення (критерій С – питання 6-7); негативні зміни настрою та/або когніцій (критерій D – питання 8-14), симптоми збудження або реактивності (критерій E – питання 15-20); критерій F стосується тієї кількості часу, що минув після стресової події; критерій G досліджує порушення, що виникли у пацієнта в соціальній, професійній або інших сферах життєдіяльності (Orovou et al., 2021).

Важливо відмітити, що PCL-5, на відміну від свого попередника, PCL-4, не має спеціальних версій для різних прошарків населення. PCL-5 є універсальним методом попередньої діагностики на ПТСР, що використовується як у клінічній практиці, так і упродовж роботи психолога (Affairs, 2020).

Уніфікована версія діагностичного методу стала можливою завдяки доопрацюванню опитувальника порівняно з попередньою версією, та кардинальною зміною погляду на захворювання як таке, що дозволяє залучити додаткові кластери симптомів та питання щодо них (Pai et al., 2017).

Надійність та валідність опитувальника для попередньої діагностики ПТСР PCL-5 встановлювалися у ряді досліджень з різними прошарками населення. Серед них особливо важливими для досліджень, що відбуваються на території України, є результати колег з-за кордону щодо військовослужбовців (Blevins et al., 2015), рятівників та пожежників (Blevins et al., 2015), медичних працівників та цивільних, що постраждали внаслідок бойових дій (Hall et al., 2019).

Як було вказано раніше, опитувальник складається з 20 питань, кожне з яких означає певний симптом розладу. Обстежуваним пропонується оцінити прояв кожного окремого симптому за шкалою від 0 (повна відсутність) до 4 (сильний прояв) (Sveen et al., 2016).

Граничним показником норми PCL-5 вважається 31 бал. У випадку, коли загальна сума балів перевищує такий показник, у спеціаліста є підстави підозрювати наявність ПТСР у клієнта або пацієнта. Опитувальник також

дозволяє оцінити ступінь прояву симптомів, а отже допомагає психологу чи психотерапевту підібрати найбільш коректну методику терапії для кожного окремого хворого (McDonald & Calhoun, 2010).

Таким чином, враховуючи стрімкий зріст проблем з ментальним здоров'ям, що викликаний агресією Росії проти України та поширенням ПТСР серед військовослужбовців та цивільного населення, використання такого простого та уніфікованого засобу попередньої діагностики, як стандартизований опитувальник PCL-5, набуває особливої актуальності, особливо упродовж військового стану (Rizzi et al., 2022).

Мельбурнський опитувальник прийняття рішень це допрацьована версія опитувальника прийняття рішень Фліндерса, що був доповнений та адаптований у 1982 році (Mann et al., 1997).

Мельбурнський опитувальник прийняття рішень включає 22 питання, що розподіляються на 4 кластери. 1 кластер – пильність, означає уважний розгляд усіх альтернатив, та ухвалення рішення, що базується на перевагах та недоліках кожної з них. 2 кластер – уникнення, означає уникнення прийняття рішень та делегування такого обов'язку іншим, що призводить до зняття з себе відповідальності за ухвалені рішення. 3 кластер – прокрастинація, означає постійне відкладання ухвалення рішень та зайнятість іншими, незначними справами, що допомагають «відволіктися» та не думати про потребу в ухваленні рішення. Останній, 4 кластер – надпильність, означає прийняття рішень в поспіху для того, аби якнайскоріше позбавитися від такого обов'язку та хоча б частково уникнути розвитку стресу (Oguzhan & M., 2015).

Кластер пильність виражає раціональний спосіб прийняття рішень, оскільки внаслідок такої копінг-стратегії рішення ухвалюється за допомогою оцінки об'єктивних позитивних та негативних характеристик кожної з альтернатив, не враховуючи сторонні фактори (Burnett, 1991).

Кластери уникнення, прокрастинації та надпильності призводять або до уникнення прийняття рішень та намагання делегувати цей процесу іншим,

або до ухвалення імпульсивних рішень, що здатні вирішити проблему в моменті, однак загалом є нераціональними або шкідливими (Isaksson et al., 2014).

Процес опитування відбувається наступним чином: обстежуваним пропонується відповісти на 22 питань. Для відповіді на кожне з них пропонується три варіанти – «так» - зараховується як 3 бали, «ні» – зараховується як 1 бал та «інколи» – зараховується як 2 бали. Після цього, для кожного з кластерів запитань рахується сумарний бал, на основі якого робиться певний висновок про ресурси, що залучаються індивідом для процесу прийняття рішень та його модель поведінки загалом (Mann et al., 1997).

Таким чином, враховуючи чутливість Мельбурнського опитувальника прийняття рішень до різних копінг-стратегій, використання такого методу набуває особливої актуальності для дослідження процесу прийняття рішень у хворих на ПТСР (Jervis et al., 1978).

Особистісні риси є психологічними показниками, що, з-поміж іншого, впливають на людську поведінку та процес ухвалення рішень (Roberts & Yoon, 2022). Відповідно до цього, було розроблено багато психологічних методів, що покликані дослідити риси особистості людини в стані норми або при певних психологічних або психіатричних порушеннях. Серед таких методів є психологічний тест Велика п'ятірка. Велика п'ятірка містить 44 питання, що загалом формують 5 різних кластерів. Велика п'ятірка є досить великим за обсягом тестом та вимагає значну кількість часу та ресурсів для повного виконання (J. Shi et al., 2018).

На основі цього, було розроблено новий інструмент для самооцінювання *Ten Item Personality Inventory (TIPI)*, що є короткою версією опитувальника Велика п'ятірка та включає 5 кластерів рис особистості. До цих кластерів належить: екстраверсія – питання 1 та 6; соціальність – питання 2 та 7; сумлінність – питання 3 та 8; емоційна стабільність – питання 4 та 9; відкритість до нового досвіду – питання 5 та 10. Обстежуваним пропонується

самостійно відповідати на кожне питання, для цього використовується шкала від 1 (абсолютно не погоджуюся) до 7 (абсолютно погоджуюся) (Z. Shi et al., 2022).

Розробка коротшого за кількістю питань опитувальника була пов'язана зі спробою адаптувати стандартні кластери запитань опитувальника Велика п'ятірка до умов, коли обстежуваний не має змоги відповідати на велику кількість питань через брак часу або стан втоми та нудьги, що часто виникають у пацієнтів з психічними розладами або захворюванням (Gosling et al., 2003). Перед застосуванням опитувальника були проведені дослідження, упродовж яких порівнювалися психометричні показники повної та короткої версії опитувальника. Застосування коротшої версії почалося лише після встановлення співставності показників між короткою та повною версією (Mooradian & Nezlek, 1996). В тому числі і серед клінічних вибірок (Burisch, 1997).

Валідність інструменту для самооцінювання ТІРІ було апробовано у багатьох дослідженнях. Одне з найбільш відомих експериментів з використанням опитувальника ТІРІ стосується студентів медичного університету в Китаї. Студентам було запропоновано пройти опитування, після чого вивчалися їх риси особистості та вплив, що вони мають на подальшу кар'єру вказаних студентів (Hojat et al., 2013). Окрім китайської мови, опитувальник ТІРІ було перекладено ще, щонайменше, 25 мовами та використано у багатьох клінічних дослідженнях, в тому числі і з пацієнтами, що мають психологічну травму (Teel et al., 2019).

Одним з таких досліджень була спроба встановлення зв'язку між рисами особистості та вразливості до стресових факторів у медичних працівників, що працювали в одній з лікарень Нью Йорка упродовж пандемії COVID-19. За результатами цього дослідження виявилось, що риси характеру мають вплив на розвиток ПТСР (Stanislowski et al., 2023).

Таким чином, враховуючи вплив рис особистості на ризик розвитку ПТСР та процес прийняття рішень, а також можливість провести опитування

так, аби це не погіршувало стан пацієнтів, використання короткого опитувальнику ТІРІ у нашому дослідженні є найбільш оптимальним варіантом.

2.3. Опис вибірки та організація дослідження

Дослідження стратегій прийняття рішення особами з посттравматичним стресовим розладом проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Київської міської клінічної наркологічної лікарні «Соціотерапія» (відділення №4, вул. Качалова 5А).

Дослідження відбувалося з 12 жовтня 2022 року по 10 квітня 2023 року.

У дослідженні взяли участь 60 осіб (n=60), серед яких 20 пацієнтів з діагнозом посттравматичний стресовий розлад – група №1; 20 пацієнтів з діагнозом депресія – група №2; а також група умовної норми, що не мали скарг на погане самопочуття – група №3.

Характеристики 1 групи наступні: вік – від 20 до 50 років; стать – 16 чоловіків; 4 жінок; сімейний стан – 7 одружені, 4 неодружені, 9 розлучені. Дітей мають 11 досліджуваних з 20. Освіту мають 15 досліджуваних з 20. З 20 досліджуваних працевлаштовано 14. Тривалість захворювання – від 1 місяця до 8 років.

Характеристики другої групи: вік – від 18 до 55 років, стать – 8 жінок та 12 чоловіків; сімейний стан – 8 одружені, 6 неодружені, 6 розлучені. Дітей мають 11 досліджуваних. Освіту мають 17 досліджуваних. З 20 досліджуваних працевлаштовано 6. Тривалість захворювання – від 1 до місяця до 2 років.

Характеристики третьої групи: вік – від 19 до 55, стать – 14 чоловіків та 6 жінок, сімейний стан – 10 одружені, 10 неодружені. Дітей мають 2 досліджуваних. Вищу освіту мають 19 досліджуваних. З 20 досліджуваних працевлаштовано 15.

До участі у дослідженні було допущено лише таких хворих, кому кваліфікований лікар-психіатр встановив відповідний діагноз до умов дослідження.

Упродовж дослідження повністю зберігалися усі моральні, етичні та психологічні норми поведіння з хворими на психічні розлади. Досліджувані не були допущеними до обстеження без підпису спеціальної згоди на участь у дослідженні.

Основним методом, що використовувався упродовж дослідження був експериментально-психологічний метод: вивчення наявних симптомів у хворого за допомогою спеціалізованого опитувальника для діагностики посттравматичного стресового розладу PCL-5. Опитувальник було представлено для всіх досліджуваних у паперовому вигляді українською мовою.

Дослідження стратегій прийняття рішення відбувалося з використанням Мельбурнського опитувальника прийняття рішень. Опитувальник надавався обстежуваним у паперовому вигляді, українською мовою.

Короткий опитувальник для оцінки рис особистості TIPI, що також був залучений у дослідження, надавався обстежуваним у паперовому вигляді, українською мовою.

Дослідження проводилося з використанням розробленого спільно з науковим керівником шаблону експерименту, що включав наступні етапи:

1. Дослідження амбулаторних карток пацієнтів задля визначення діагнозу, що був встановлений лікарем-психіатром;
2. Клінічна бесіда з пацієнтом стосовно його скарг та особистісних факторів (вік, освіта, працевлаштування, сімейний стан);
3. Представлення обстежуваному (обстежуваним) стандартизованого опитувальника для діагностики посттравматичного стресового розладу PCL-5;

4. Представлення обстежуваному (обстежуваній) спеціалізованого опитувальника для визначення стратегій прийняття рішення Мельбурнський опитувальник прийняття рішень;

5. Представлення обстежуваному (обстежуваній) короткого опитувальника визначення рис особистості ТІРІ;

6. Аналіз отриманих результатів в програмному середовищі RStudio.

У ході виконання роботи було використано мову програмування R – потужний інструмент для статистичних обчислень та візуалізації даних із розширеним функціоналом, що підтримується більшістю операційних систем. Для впорядкування вихідних даних завантажували пакети “tidyverse” та “dplyr” статистичного аналізу використовували пакети “likert” та “multcomp”, а для їхньої візуалізації – пакет “ggplot2”.

Початковий етап аналізу даних включав завантаження в середовище R отриманих даних із трьох досліджуваних груп респондентів. Після цього, було проведено описову статистику. Для візуалізації отриманих даних по вибірках та порівняння їх між собою було побудовано графіки для кожного з опитувальників, а для попарного порівняння вибірок було використано U-критерій Манна-Уїтні. Для визначення зв'язку між кластерами опитувальників було застосовано рангову кореляцію Спірмена. Характер впливу одного кластеру питань на інший було вивчено із застосуванням лінійної регресійної моделі.

Висновки до розділу 2

1. У дослідженні взяли участь 60 осіб (n=60). До першої групи (20 осіб) увійшли пацієнти КНП «КМКНЛ «Соціотерапія» з діагнозом ПТСР. До другої групи (20 осіб) увійшли пацієнти КНП «КМКНЛ «Соціотерапія» з депресією. Третя група (20 осіб) є групою умовної норми, тобто люди, що з початку повномасштабного вторгнення Росії залишилися на території

України, однак не мають скарг на ментальне здоров'я та не зверталися за допомогою до спеціалістів.

2. Дослідження почалося 12 жовтня 2022 року та закінчилося 10 квітня 2023 року.

3. Основними інструментами, що використовувалися упродовж дослідження були: стандартизований опитувальник для діагностики посттравматичного стресового розладу PCL-5; Мельбурнський опитувальник прийняття рішень; короткий опитувальник для визначення рис особистості інструмент Ten Item Personality Inventory (TIPI); програмне середовище RStudio.

4. Статистичний аналіз інформації, отриманої за допомогою опитувальників, відбувався з використанням програмного середовища RStudio.

РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Первинний аналіз результатів дослідження

Як було вказано раніше, Мельбурнський опитувальник прийняття рішень уміщує 4 кластери питань. Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №1 (рис. 3.1.) щодо питань кластеру пильність виявив наступні результати: на питання 2 15% досліджуваних відповіли «ні», 15% відповіли «інколи», 70% відповіли «так». На питання 4 20% досліджуваних відповіли «ні», 15% відповіли «інколи», 65% відповіли «так». На питання 6 та 12 5% досліджуваних відповіли «ні», 10-15% відповіли «інколи», 80-85% відповіли «так». На питання 8 5% досліджуваних відповіли «ні», 30% відповіли «інколи», 65% відповіли «так». Особливий інтерес викликають відповіді досліджуваних групи №1 на питання 16, що звучить українською мовою наступним чином: «Я ретельно все обмірковую перш ніж прийняти рішення». На це питання переважна більшість досліджуваних групи №1, а саме 55%, відповіли «інколи», 15% відповіли «так», 30% відповіли «ні». Відповіді на це питання дуже відрізняються від відповідей на інші питання кластеру пильність.

Аналіз відповідей досліджуваних групи №1 на питання кластеру уникнення виявив наступні результати: на питання 3 та 11 35% досліджуваних відповіли «ні», 45% відповіли «інколи», 20% відповіли «так». На питання 9 35% досліджуваних відповіли «ні», 40% відповіли «інколи», 25% відповіли «так». На питання 14 20% досліджуваних відповіли «ні», 40% досліджуваних відповіли «інколи», ще 40% відповіли «так». На питання 17 та 19 25% досліджуваних відповіли «ні», 40-55% відповіли «інколи», 20-35% відповіли «так».

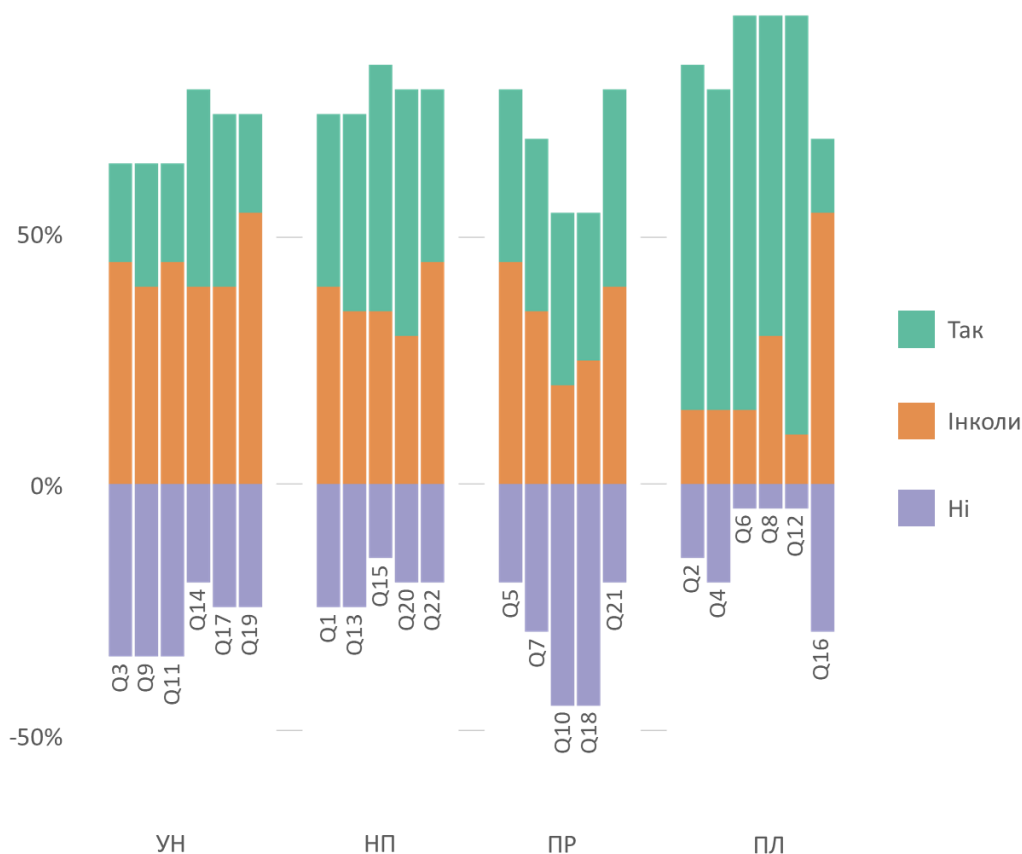


Рис. 3.1. Стратегії прийняття рішення обстежуваними групи №1:

Примітка (тут і надалі): ПЛ – кластер стратегії пильності;

УН – кластер стратегії уникнення;

ПР – кластер стратегії прокрастинації;

НП – кластер стратегії надпильності.

Аналіз відповідей досліджуваних групи №1 щодо запитань кластеру прокрастинація виявив наступні результати: на питання 5 20% досліджуваних відповіли «ні», 45%, відповіли «інколи», 35% відповіли «так». На питання 7 30% досліджуваних відповіли «ні», 35% відповіли «інколи», ще 35% відповіли «так». На питання 10 та 18 45% досліджуваних відповіли «ні», 20-25% відповіли «інколи», 30-35% відповіли «так». На питання 21 20% досліджуваних відповіли «ні», 40% відповіли «інколи», ще 40% відповіли «так».

Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №1 щодо запитань кластеру надпильність виявив наступні результати: на питання 1 та

13 25% досліджуваних відповіли «ні», 35-40% відповіли «інколи», 35-40% відповіли «так». На питання 15 та 20 15% досліджуваних відповіли «ні», 30-35% відповіли «інколи», 50% відповіли «так». На питання 22 20% досліджуваних відповіли «ні», 45% відповіли «інколи», 35% відповіли «так».

Упродовж аналізу обстежуваних групи №1 виявлено, що серед досліджуваних цієї групи частота трапляння стратегій прийняття рішення наступна: пильність – 86%, уникнення – 64%, прокрастинація – 67%, надпильність – 70%.

Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №2 (рис. 3.2.) щодо питань кластеру пильність виявив наступні результати: на питання 2, 6 та 12 5% досліджуваних відповіли «ні», 10-15% відповіли «інколи», 80-85% відповіли «так». На питання 4 25% досліджуваних відповіли «ні», 20% відповіли «інколи», 55% відповіли «так». На питання 16 20% досліджуваних відповіли «ні», 50% відповіли «інколи», 30% відповіли «так».

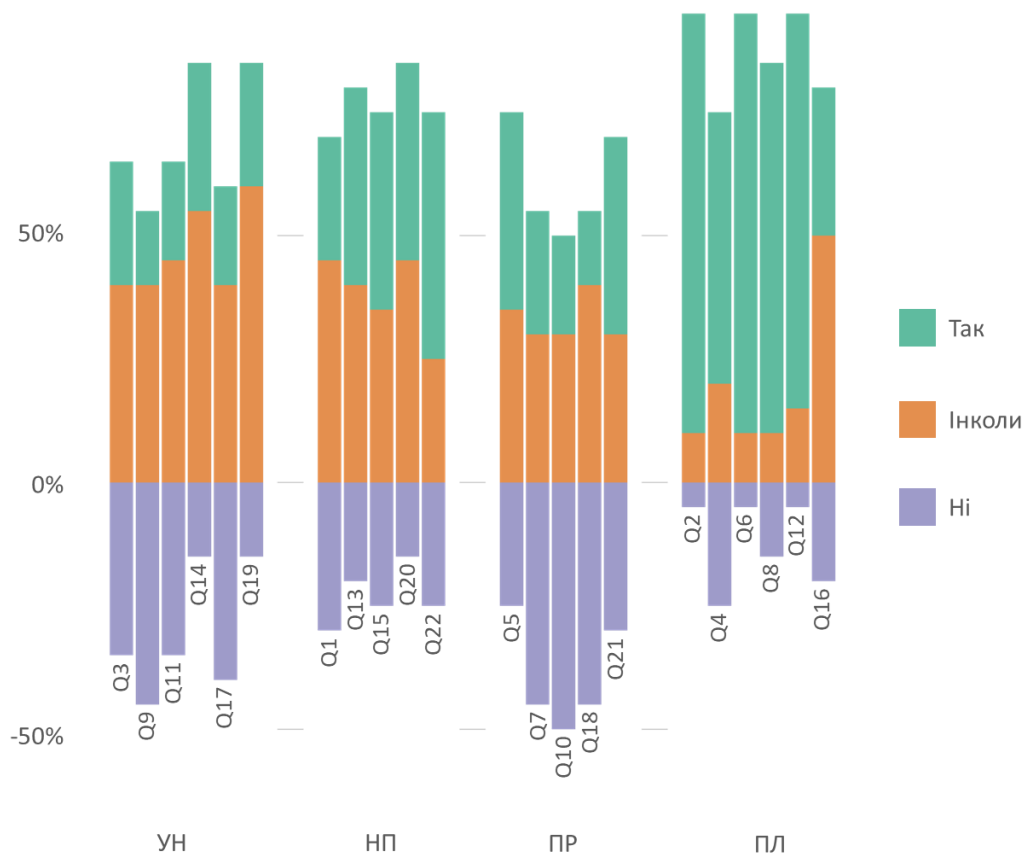


Рис. 3.2. Стратегії прийняття рішення обстежуваними групи №2.

Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №2 щодо питань кластеру уникнення виявив наступні результати: на питання 3 35% досліджуваних відповіли «ні», 40% досліджуваних відповіли «інколи», 25% відповіли «так». На питання 9 45% досліджуваних відповіли «ні», 40% відповіли «інколи», 15% відповіли «так». На питання 11 35% досліджуваних відповіли «ні», 45% відповіли «інколи», 20% відповіли «так». На питання 14 15% досліджуваних відповіли «ні», 55% відповіли «інколи», 30% відповіли «так». На питання 17 40% досліджуваних відповіли «ні», ще 40% відповіли «інколи», 20% відповіли «так». На питання 19 15% досліджуваних відповіли «ні», 60% відповіли «інколи», 25% відповіли «так».

Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №2 щодо кластеру запитань прокрастинація виявив наступні результати: на питання 5 та 21 25-30% досліджуваних відповіли «ні», 30-35% відповіли «інколи», 40% відповіли «так». На питання 7 та 10 45-50% досліджуваних відповіли «ні», 30% відповіли «інколи», 20-25% відповіли «так». На питання 18 45% досліджуваних відповіли «ні», 40% відповіли «інколи», 15% відповіли «так».

Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №2 щодо кластеру запитань надпильність виявив наступні результати: на питання 1 30% досліджуваних відповіли «ні», 45% відповіли «інколи», 25% відповіли «так». На питання 13 та 15 20-25% досліджуваних відповіли «ні», 35-40% відповіли «інколи», 40% відповіли «так». На питання 20 15% досліджуваних відповіли «ні», 45% відповіли «інколи», 40% відповіли «так». На питання 22 25% досліджуваних відповіли «ні», ще 25% відповіли «інколи», 50% відповіли «так».

Упродовж аналізу обстежуваних групи №2 виявлено, що серед досліджуваних цієї групи частота трапляння стратегій прийняття рішення наступна: пильність – 89%, уникнення – 64%, прокрастинація – 67%, надпильність – 77%.

Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №3 (рис. 3.3.) щодо питань кластеру пильність виявив наступні результати: на питання 2, 6

та 12 5% досліджуваних відповіли «ні», 5-10% відповіли «інколи», 85-90% відповіли «так». На питання 4 25% досліджуваних відповіли «ні», 20% відповіли «інколи», 55% відповіли «так». На питання 8 5% досліджуваних відповіли «ні», 25% відповіли «інколи», 70% відповіли «так». На питання 16 20% досліджуваних відповіли «ні», 10% відповіли «інколи», 70% відповіли «так».

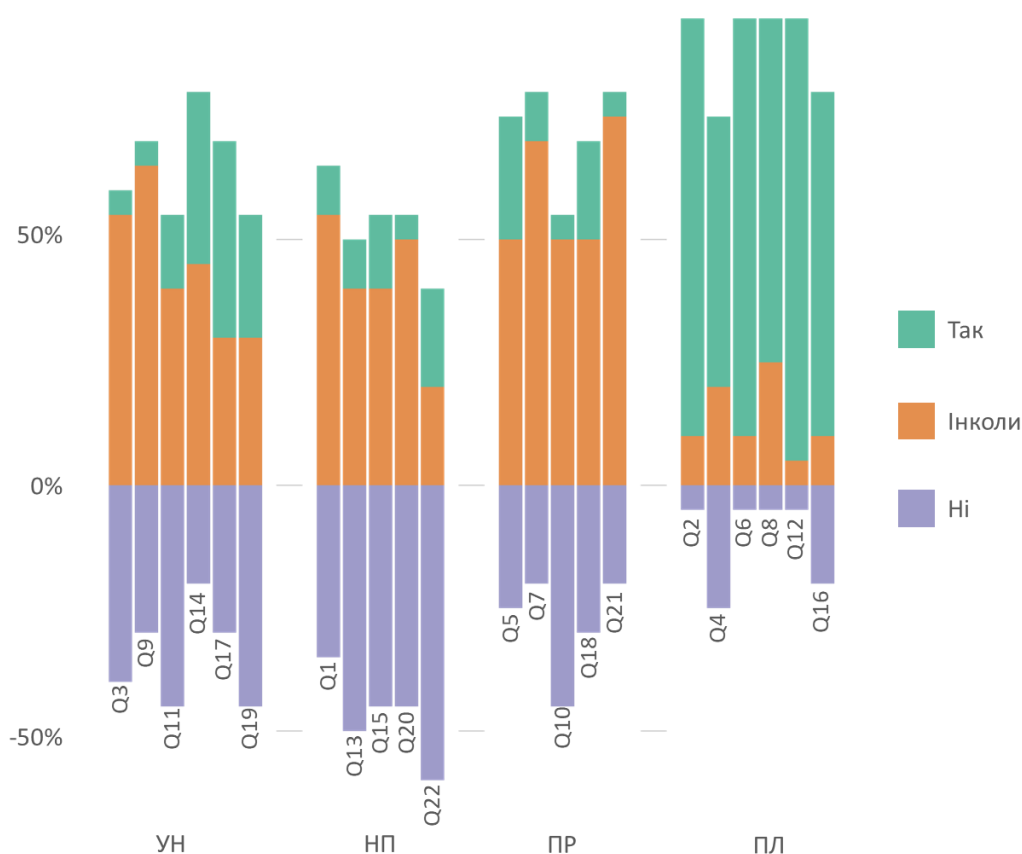


Рис. 3.3. Стратегії прийняття рішення обстежуваними групи №3.

Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №3 щодо питань кластеру уникнення, виявив наступні результати: на питання 3, 9 та 11 30-45% досліджуваних відповідали «ні», 40-65% відповідали «інколи», 5-15% відповідали «так». На питання 14 та 17 20-30% досліджуваних відповіли «ні», 30-45% відповіли «інколи», 35-40% відповіли «так». На питання 19 45% досліджуваних відповіли «ні», 30% відповіли «інколи», 25% відповіли «так».

Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №3 щодо питань кластеру прокрастинація, виявив наступні результати: на питання 5 та 18 25-30% досліджуваних відповіли «ні», 50% відповіли «інколи», 20-25% відповіли «так». На питання 7 20% досліджуваних відповіли «ні», 70% відповіли «інколи», 10% відповіли «так». На питання 10 45% досліджуваних відповіли «ні», 50% відповіли «інколи», 5% відповіли «так». На питання 21 20% досліджуваних відповіли «ні», 75% відповіли «інколи», 5% відповіли «так».

Аналіз відповідей, отриманих від досліджуваних групи №3 щодо питань кластеру надпильність, виявив наступні результати: на питання 1 35% досліджуваних відповіли «ні», 55% відповіли «інколи», 10% відповіли «так». На питання 13 50% досліджуваних відповіли «ні», 40% відповіли «інколи», 10% відповіли «так». На питання 15 45% досліджуваних відповіли «ні», 40% відповіли «інколи», 15% відповіли «так». На питання 20 45% досліджуваних відповіли «ні», 50% відповіли «інколи», 5% відповіли «так». На питання 22 60% досліджуваних відповіли «ні», 20% відповіли «інколи», 20% відповіли «так».

Упродовж аналізу обстежуваних групи №3 виявлено, що серед досліджуваних цієї групи частота трапляння стратегій прийняття рішення наступна: пильність – 89%, уникнення – 64%, прокрастинація – 63%, надпильність – 53%.

Упродовж аналізу відповідей досліджуваних групи №1 та 3 на питання Мельбурнського опитувальника прийняття рішення, було виявлено статистичні відмінності в межах стратегії надпильність ($p < 0,05$). Також, в межах стратегії надпильність було виявлено статистичні відмінності між відповідями досліджуваних групи №2 та 3 ($p < 0,05$).

Статистичних відмінностей між відповідями досліджуваних групи №1 та 2 виявлено не було.

Аналіз відповідей на питання стандартизованого опитувальника PCL-5, отриманих від досліджуваних групи №1 (рис. 3.4.), виявив наступні

результати: медіана – 59 балів, найнижчий показник загального балу – 32, найвищий показник загального балу – 72.

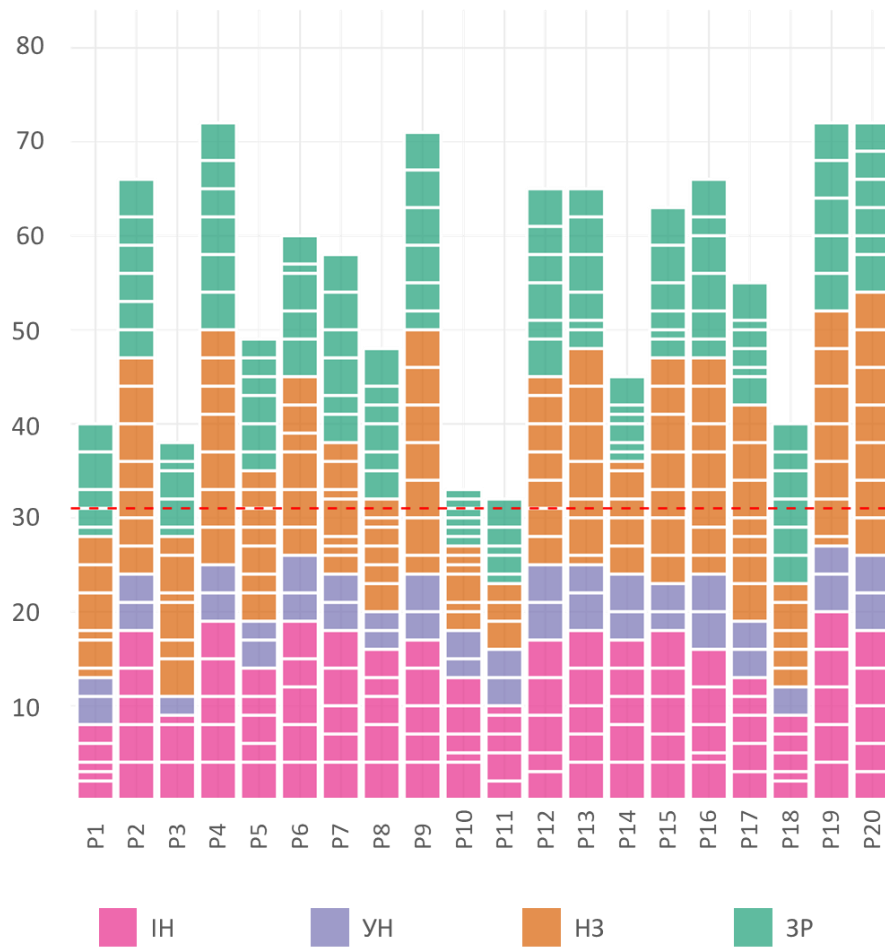


Рис. 3.4. Прояв симптомів ПТСР у досліджуваних групи №1 за шкалою опитувальника PCL-5:

Примітка (тут і надалі):

ІН – кластер симптомів інтрузії;

УН – кластер симптомів уникнення;

НЗ – кластер симптомів негативних змін у настрої на когніціях;

ЗР – кластер симптомів надмірної збудливості та реактивності.

Симптоми інтрузії (питання 1-5) – медіана серед усіх досліджуваних групи – 17 балів, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 8 балів, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 20 балів (максимум).

Симптоми уникнення (питання 6-7) – медіана для всіх досліджуваних групи – 6 балів, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 2 бали, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 8 балів.

Симптоми негативних змін у настрої та когніціях (питання 8-14) – медіана для всіх досліджуваних групи – 20 балів, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 7 балів, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 28 балів.

Симптоми надмірної збудливості та реактивності (питання 15-20) – медіана для всіх досліджуваних групи – 17 балів, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 6 балів, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 20 балів (максимум).

Аналіз відповідей стандартизованого опитувальника PCL-5, отриманих від досліджуваних групи №2 (рис. 3.5) виявив наступні результати: медіана – 34 бали, найнижчий показник загального балу – 11, найвищий показник загального балу – 66.

Симптоми інтрузії (питання 1-5) – медіана для всіх досліджуваних групи – 9 балів, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 1 бал, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 15 балів.

Симптоми уникнення (питання 6-7) – медіана для усіх досліджуваних групи – 3 бали, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 0 балів, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 8 балів.

Симптоми негативних змін у настрої та когніціях (питання 8-14) – медіана для всіх досліджуваних групи – 12 балів, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 1 бал, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 26 балів.

Симптоми надмірної збудливості та реактивності (питання 15-20) – медіана для всіх досліджуваних групи – 10 балів, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 4 бали, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 19 балів.

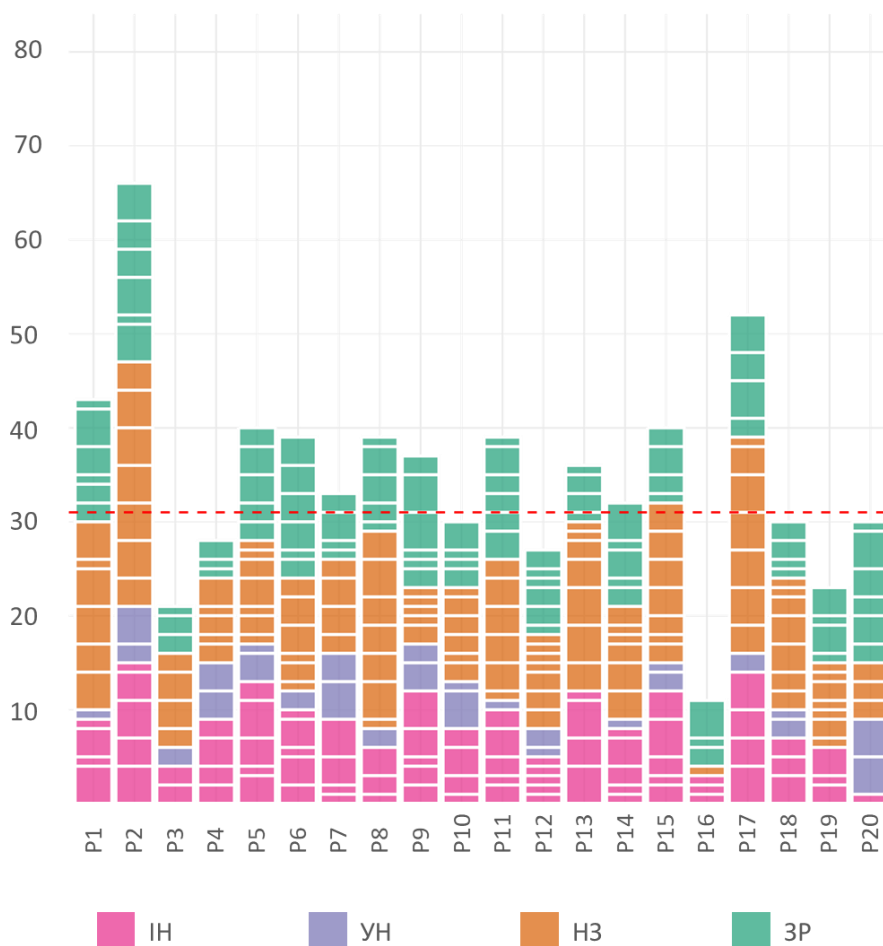


Рис. 3.5. Прояв симптомів ПТСР у досліджуваних групи №2 за шкалою PCL-5.

Аналіз отриманої інформації стандартизованого опитувальника PCL-5, отриманих від досліджуваних групи №3 (рис. 3.6.) виявив наступні результати: медіана – 3 бали, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 0 балів, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 38 балів.

Симптоми інтрузії (питання 1-5) – медіана серед всіх досліджуваних групи – 3 бали, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 0 балів, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 8 балів.

Симптоми уникнення (питання 6-7) – медіана для всіх досліджуваних групи – 2 бали, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 0 балів, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 6 балів.

Симптоми негативних змін у думках та когніціях (питання 8-14) – медіана для всіх досліджуваних групи – 5 балів, найнижчий показник для всіх досліджуваних групи – 0 бал, найвищий показник для всіх досліджуваних групи – 16 балів.

Симптоми надмірної збудливості та реактивності (питання 15-20) - медіана для всіх досліджуваних групи – 5 балів, найнижчий показник серед усіх досліджуваних групи – 0 балів, найвищий показник серед усіх досліджуваних групи – 15 балів.

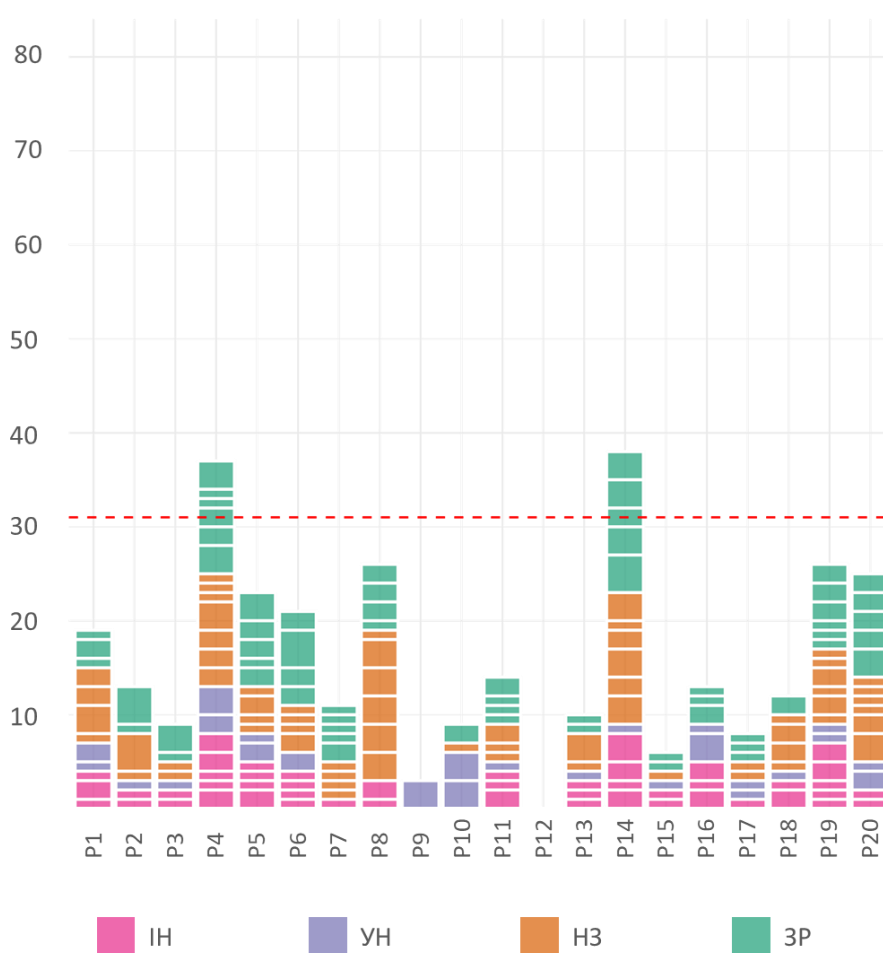


Рис. 3.6. Прояв симптомів ПТСР у досліджуваних групи №3 за шкалою PCL-5.

У ході аналізу відповідей на питання опитувальника PCL-5 щодо симптомів інтрузії, уникнення, негативних змін у настрої та когніціях, а також симптомів надзбудження, було виявлено статистичні відмінності між

усіма групами обстежуваних в межах відповідей щодо симптомів інтрузії, уникнення, негативних змін у настрої та когніціях, а також симптомів збудження та реактивності ($p < 0,05$).

Аналіз відповідей короткого опитувальника для визначення рис особистості ТІРІ серед досліджуваних групи №1 (рис. 3.7.) виявив наступні результати серед усіх досліджуваних групи: медіана кластеру екстраверсія – 5 балів, найнижчий показник – 3,5 балів, найвищий показник – 7 балів.

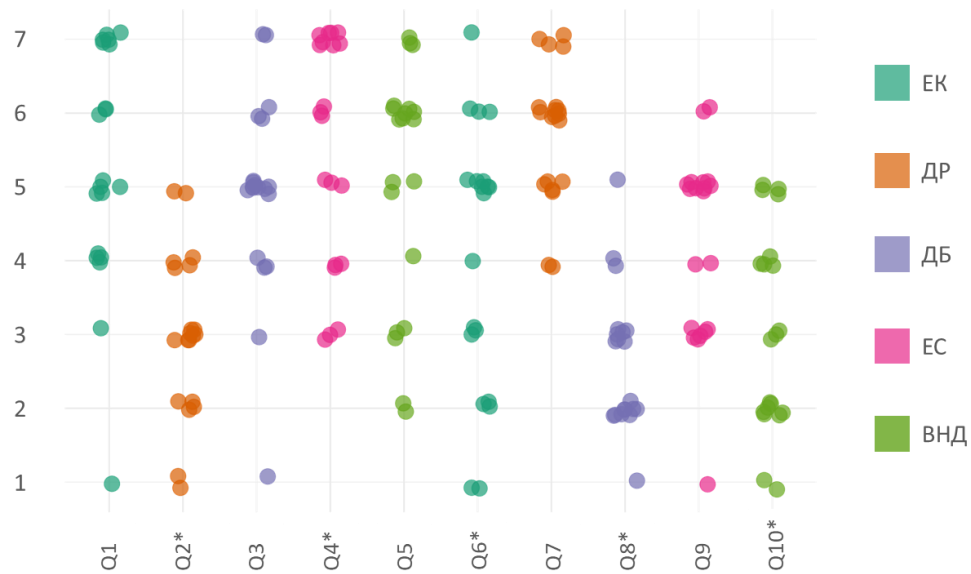


Рис. 3.7. Риси характеру досліджуваних групи №1 за шкалою оцінювання ТІРІ:

Примітка (тут і надалі): Q1-10 – питання опитувальника (зірочкою позначені питання з інверсією);

ЕК – кластер питань екстраверсії;

ДР – кластер питань дружелюбності;

ДБ – кластер питань добросовісності;

ЕС – кластер питань емоційної стабільності;

ВНД – кластер питань відкритості новому досвіду.

Медіана кластеру дружелюбність – 6 балів, найнижчий показник - 5 балів, найвищий показник – 7 балів.

Медіана кластеру добросовісність – 5 балів, найнижчий показник – 2,5 балів, найвищий показник – 6,5 балів.

Медіана кластеру емоційна стабільність – 3 бали, найнижчий показник – 2 бали, найвищий показник – 5 балів.

Медіана кластеру відкритість новому досвіду – 5 балів, найнижчий показник – 3 бали, найвищий показник – 7 балів.

Аналіз відповідей короткого опитувальника для визначення рис особистості ТІРІ серед досліджуваних групи №2 (рис. 3.8.) виявив наступні результати серед усіх досліджуваних групи: медіана кластеру екстраверсія – 5 балів, найнижчий показник – 2,5 балів, найвищий показник – 6,5 балів.



Рис. 3.8. Рисы характеру досліджуваних групи №2 за шкалою оцінювання ТІРІ.

Медіана кластеру дружелюбність – 6 балів, найнижчий показник – 2,5 балів, найвищий показник – 7 балів.

Медіана кластеру добросовісність – 6 балів, найнижчий показник – 2 бали, найвищий показник – 7 балів.

Медіана кластеру емоційна стабільність – 4 бали, найнижчий показник – 2 бали, найвищий показник – 7 балів.

Медіана кластеру відкритість новому досвіду – 5 балів, найнижчий показник – найнижчий показник – 1,5 балів, найвищий показник – 6,5 балів.

Аналіз відповідей короткого опитувальника для визначення рис особистості ТІРІ серед досліджуваних групи №3 (рис. 3.9.) виявив наступні результати серед усіх досліджуваних групи: медіана кластеру екстраверсія – 5 балів, найнижчий показник – 2,5 балів, найвищий показник – 6,5 балів.

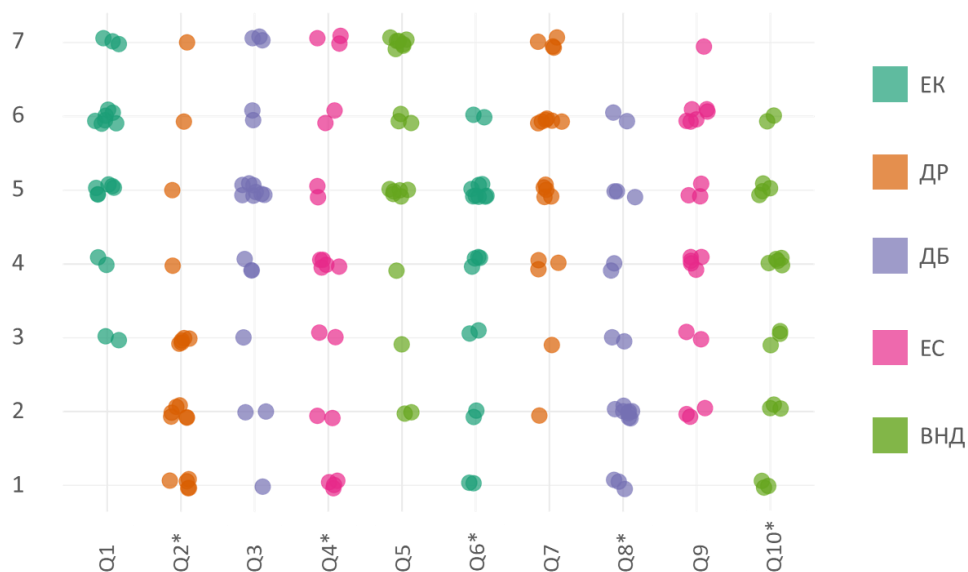


Рис. 3.9. Риси характеру досліджуваних групи №3 за шкалою оцінювання ТІРІ.

Медіана кластеру дружелюбність – 6 балів, найнижчий показник – 3 бали, найвищий показник – 7 балів.

Медіана кластеру добросовісність – 5 балів, найнижчий показник – 2 бали, найвищий показник – 7 балів.

Медіана кластеру емоційна стабільність – 4 бали, найнижчий показник – 1,5 бали, найвищий показник – 6 балів.

Медіана кластеру відкритість новому досвіду – 5 балів, найнижчий показник – 2 бали, найвищий показник – 7 балів.

Упродовж аналізу відповідей усіх 3 груп обстежуваних щодо характеристик особистості, зображених в опитувальнику ТІРІ, статистичних відмінностей виявлено не було.

3.2. Зв'язок між симптомами ПТСР та стратегіями прийняття рішення

Аналіз відповідей трьох груп досліджуваних на питання стандартизованого опитувальника для попередньої діагностики ПТСР PCL-5 та Мельбурнського опитувальника прийняття рішень, виявив кореляції різного ступеню між кластерами захворювання та стратегіями прийняття рішення.

Аналіз відповідей досліджуваних групи №1 (рис. 3.10.) виявив позитивні кореляції середнього ступеню між кластером симптомів В опитувальника PCL-5 та стратегіями уникнення ($r = 0,49^*$), прокрастинації ($r = 0,54^*$) та надпильності ($r = 0,36^*$) Мельбурнського опитувальника.

У той же час, позитивні кореляції середнього ступеню було зафіксовано між кластером симптомів С опитувальника PCL-5 та стратегіями уникнення ($r = 0,36^*$) та прокрастинації ($r = 0,35^*$) Мельбурнського опитувальника. Також було виявлено позитивні кореляції середнього ступеню між кластером симптомів D опитувальника PCL-5 та стратегією надпильності ($r = 0,59^*$) Мельбурнського опитувальника.

Між кластером симптомів Е опитувальника PCL-5 та стратегіями уникнення ($r = 0,58^*$), прокрастинації ($r = 0,56^*$) та надпильності ($r = 0,3$) Мельбурнського опитувальника аналіз виявив позитивні кореляції середнього ступеню.

Кореляції високого ступеню було виявлено між кластером симптомів D опитувальника PCL-5 та стратегіями уникнення ($r = 0,72^*$) та прокрастинації ($r = 0,9^{**}$) Мельбурнського опитувальника.

Негативну кореляцію було виявлено між кластером Е опитувальника PCL-5 та стратегією пильності ($r = -0,37^*$) Мельбурнського опитувальника.

Крім того, було виявлено позитивні кореляції середнього ступеню між різними кластерами симптомів в межах опитувальника PCL-5 та деякими стратегіями прийняття рішення в межах Мельбурнського опитувальника прийняття рішень.

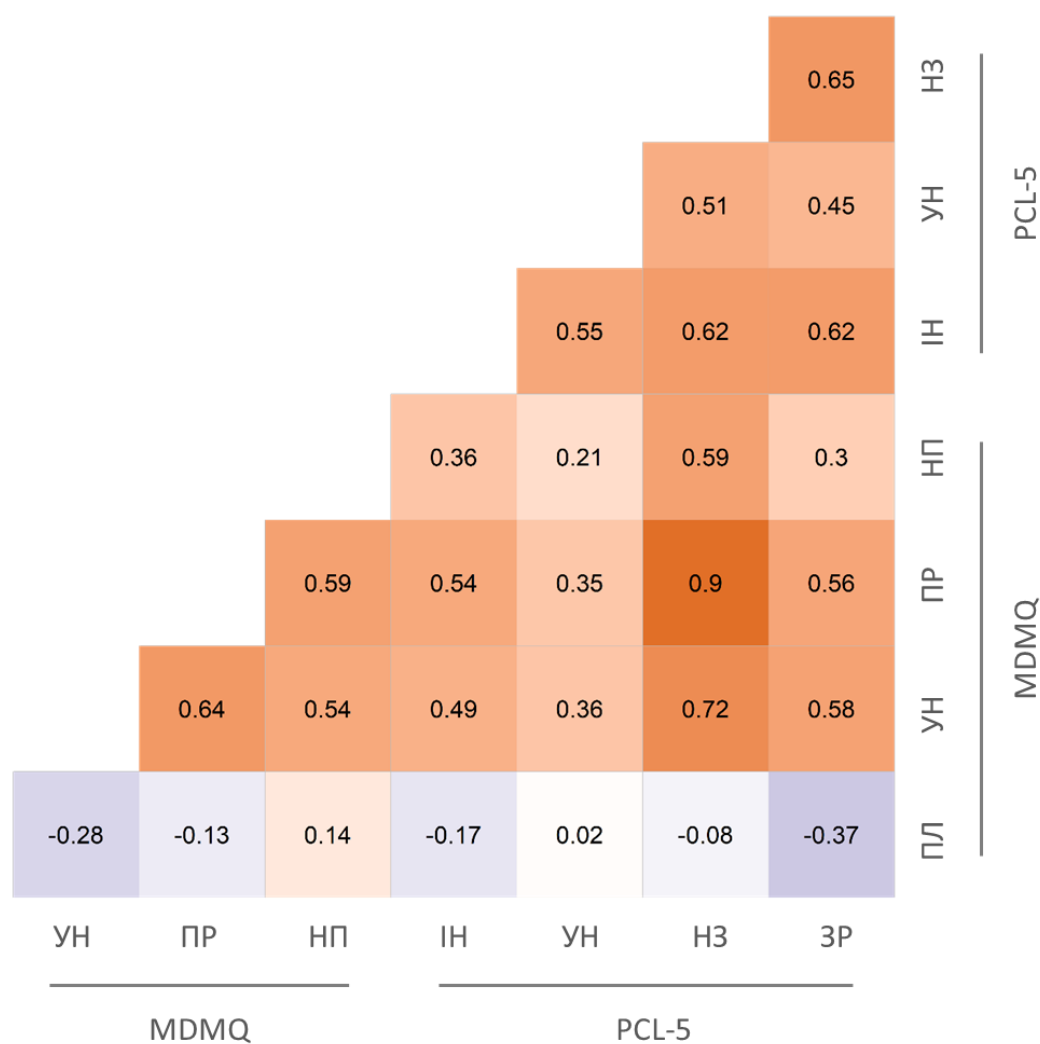


Рис. 3.10. Взаємозв'язки між симптомами ПТСР та стратегіями прийняття рішення групи №1:

Примітка (тут і надалі): ІН, УН, НЗ та ЗР – групи питань опитувальника PCL-5 щодо симптомів інтрузії, уникнення, негативних змін у настрої та когніціях, збудження та реактивності відповідно.

ПЛ – група питань щодо стратегії пильності;

УН – група питань щодо стратегії уникнення;

ПР – група питань щодо стратегії прокрастинації;

НП – група питань щодо стратегії надпильності.

За допомогою непараметричного аналізу було виявлено, що відповіді досліджуваних групи №1 (табл. 3.1.) на питання опитувальника PCL-5, що належать до кластеру симптомів В, впливають на відповіді щодо стратегій уникнення ($p = 0,024$) та прокрастинації ($p = 0,020$) Мельбурнського опитувальника. Також було виявлено, що відповіді досліджуваних на питання кластеру симптомів D опитувальника PCL-5 впливають на відповіді щодо стратегій уникнення ($p = 0,001$), прокрастинації ($p = 0,001$) та надпильності ($p = 0,005$) Мельбурнського опитувальника. Крім того, було виявлено, що відповіді досліджуваних на питання кластеру симптомів Е опитувальника PCL-5 впливають на відповіді щодо стратегій уникнення ($p = 0,015$) та прокрастинації ($p = 0,009$) Мельбурнського опитувальника. Таким чином, можна вивести формули:

Уникнення MDMQ = $4,997 + 0,142 * \text{Інтрюзія (PCL-5)} + 0,320 * \text{Негативні зміни у настрої та когніціях (PCL-5)} + 0,023 * \text{Збудження та реактивність (PCL-5)}$

Прокрастинація MDMQ = $3,040 + 0,093 * \text{Інтрюзія (PCL-5)} + 0,451 * \text{Негативні зміни у настрої та когніціях (PCL-5)} - 0,042 * \text{Збудження та реактивність (PCL-5)}$

Надпильність MDMQ = $7,308 + 0,335 * \text{Негативні зміни у настрої та когніціях (PCL-5)}$

Таблиця 3.1.

Регресійна модель впливу кластерів опитувальника PCL-5 на кластери Мельбурнського опитувальника прийняття рішень для групи №1

Модель	Шкала	R ²	Коефіцієнт	Значущість
Константа 2	MDMQ (УН)	0,421	4,997	0,054
Предиктор 1	PCL-5 (ІН)		0,142	0,024
Предиктор 3	PCL-5 (НЗ)		0,320	0,001

Предиктор 4	PCL-5 (ЗР)		0,023	0,015
Константа 3	MDMQ (ПР)	0,704	3,040	0,099
Предиктор 1	PCL-5 (ІН)		0,093	0,020
Предиктор 3	PCL-5 (НЗ)		0,451	0,001
Предиктор 4	PCL-5 (ЗР)		-0,042	0,009
Константа 4	MDMQ (НП)	0,393	7,308	0,007
Предиктор 3	PCL-5 (НЗ)		0,335	0,005

Примітка: тут і надалі враховано значення за $p < 0,05$

Аналіз відповідей досліджуваних групи №2 (рис. 3.11.) виявив позитивні кореляції середнього ступеню між кластером симптомів D опитувальника PCL-5 та стратегіями уникнення ($r = 0,64^*$), прокрастинації ($r = 0,55^*$) та надпильності ($r = 0,4^*$) Мельбурнського опитувальника.

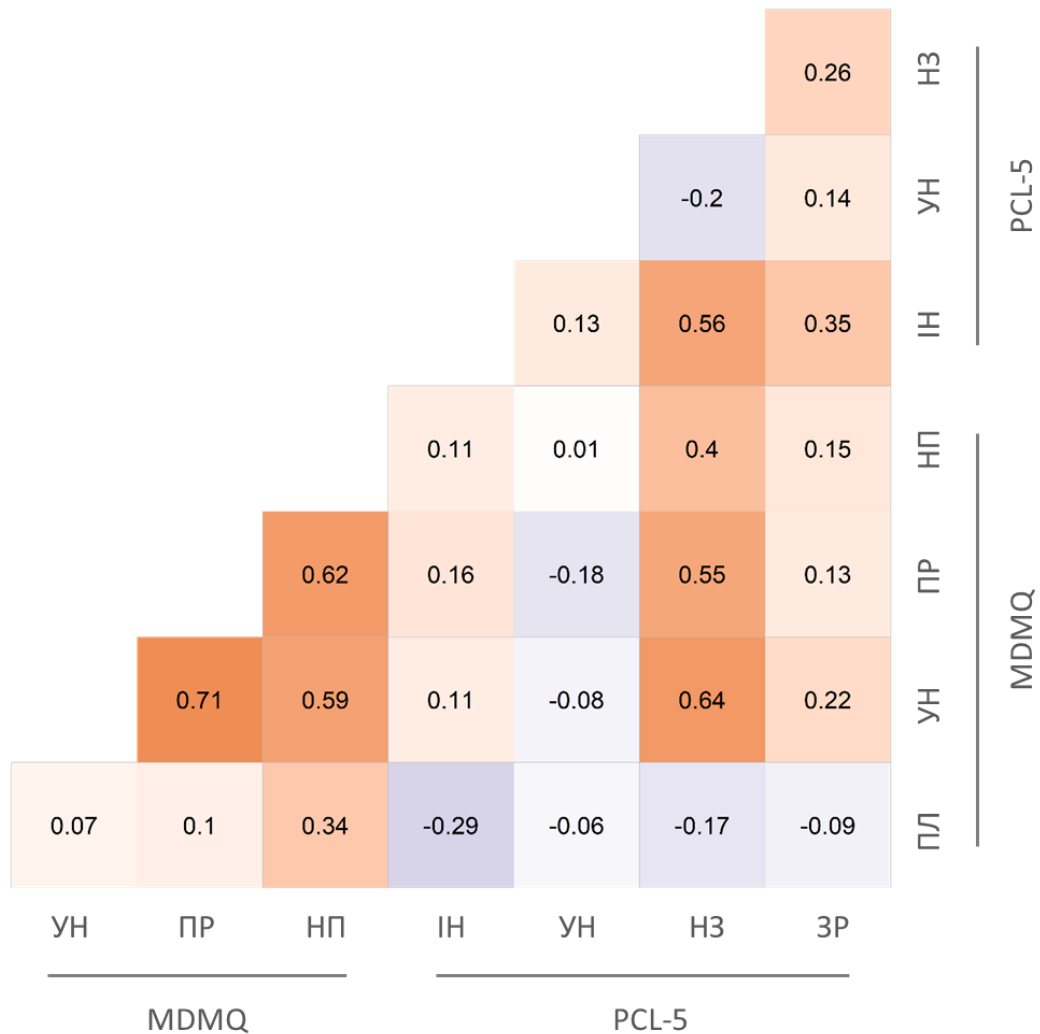


Рис. 3.11. Взаємозв'язки між симптомами ПТСР та стратегіями прийняття рішення групи №2.

Позитивних кореляцій високого ступеню та негативних кореляцій упродовж аналізу відповідей групи №2 на питання з опитувальника PCL-5 та Мельбурнського опитувальника прийняття рішень не виявлено.

Крім того, було виявлено позитивні кореляції середнього ступеню між різними кластерами симптомів в межах опитувальника PCL-5 та деякими

стратегіями прийняття рішення в межах Мельбурнського опитувальника прийняття рішень.

Непараметрична статистика продемонструвала, що відповіді досліджуваних групи №2 (табл. 3.2.) на питання кластеру симптомів В опитувальника PCL-5 впливають на відповіді щодо стратегії пильності Мельбурнського опитувальника ($p = 0,018$). Водночас, за допомогою непараметричної статистики було виявлено, що відповіді досліджуваних на питання кластеру симптомів D опитувальника PCL-5 впливають на відповіді з кластерів стратегій уникнення ($p = 0,003$), прокрастинації ($p = 0,027$) та надпильності ($p = 0,050$) Мельбурнського опитувальника. Таким чином, можна вивести формули:

$$\text{Пильність MDMQ} = 18,110 - 0,197 * \text{Інтрюзія (PCL-5)}$$

$$\text{Уникнення MDMQ} = 8,016 + 0,409 * \text{Негативні зміни у настрої та когніціях}$$

$$\text{Прокрастинація MDMQ} = 6,852 + 0,330 * \text{Негативні зміни у настрої та когніціях (PCL-5)}$$

$$\text{Надпильність MDMQ} = 7,436 + 0,245 * \text{Негативні зміни у настрої та когніціях (PCL-5)}$$

Таблиця 3.2.

Регресійна модель впливу кластерів опитувальника PCL-5 на кластери Мельбурнського опитувальника прийняття рішень для групи №2

Модель	Шкала	R ²	Коефіцієнт	Значущість
Константа 1	MDMQ (ПЛ)	0,128	18,110	0,001
Предиктор 1	PCL-5 (ІН)		-0,197	0,018
Константа 2	MDMQ (УН)	0,342	8,016	0,001
Предиктор 3	PCL-5 (НЗ)		0,409	0,003
Константа 3	MDMQ (ПР)	0,102	6,852	0,011
Предиктор 3	PCL-5 (НЗ)		0,330	0,027
Константа 4	MDMQ (НП)	0,042	7,436	0,003
Предиктор 3	PCL-5 (НЗ)		0,245	0,050

Аналіз відповідей досліджуваних групи №3 (рис. 3.12.) виявив позитивну кореляцію середнього ступеню між кластером симптомів С опитувальника PCL-5 та стратегією прокрастинації ($r = 0,47$) Мельбурнського опитувальника. Позитивну кореляцію середнього ступеню також було виявлено між кластером симптомів D опитувальника PCL-5 та стратегіями пильність ($r = 0,38^*$) та прокрастинація ($r = 0,3^*$) Мельбурнського опитувальника. Крім того, позитивну кореляцію середнього ступеню було виявлено кластером симптомів E опитувальника PCL-5 та стратегією пильність ($r = 0,37^*$) Мельбурнського опитувальника.

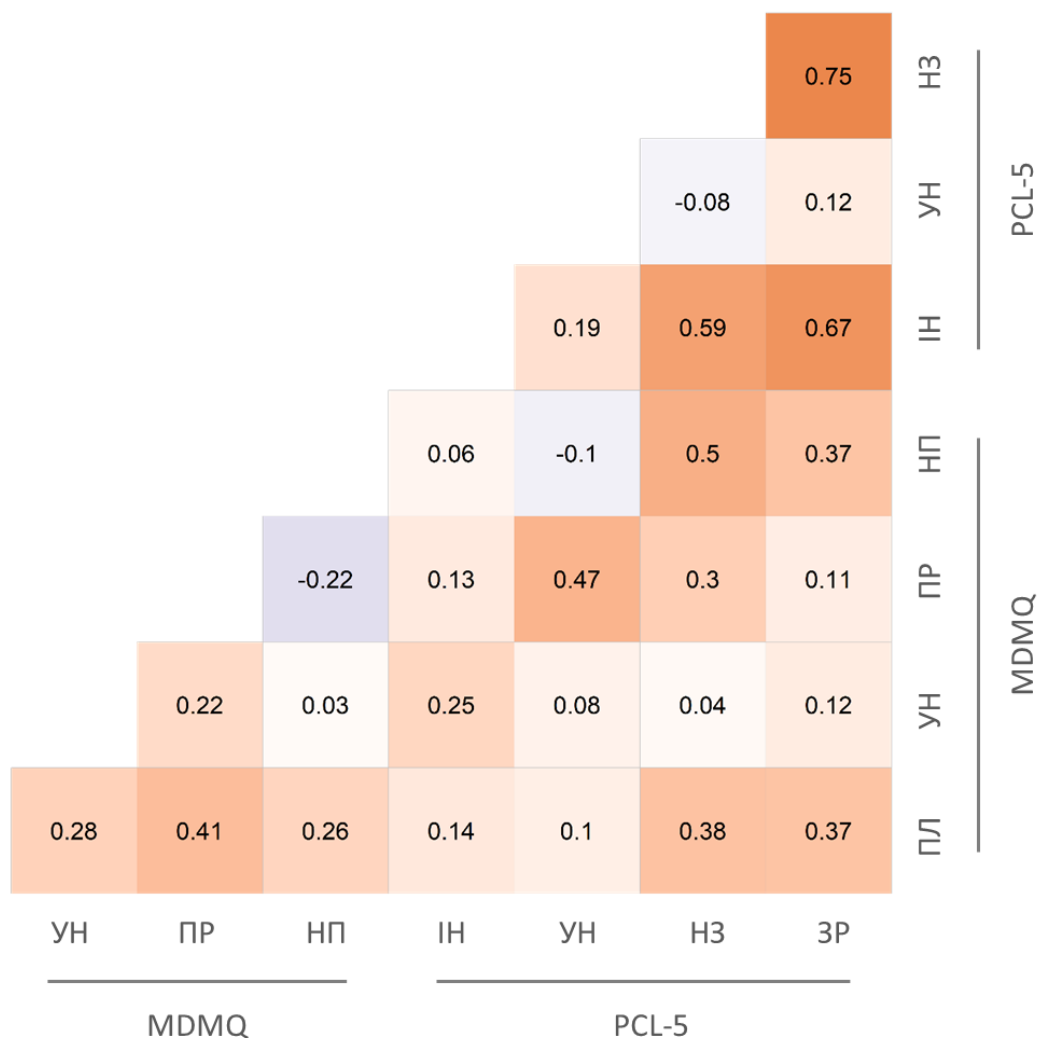


Рис. 3.12. Взаємозв'язки між симптомами ПТСР та стратегіями прийняття рішення групи №3.

Позитивних кореляцій високого ступеню та негативних кореляцій упродовж аналізу відповідей досліджуваних групи №3 на питання опитувальника PCL-5 та Мельбурнського опитувальника прийняття рішень виявлено не було.

Крім того, було виявлено позитивні кореляції середнього ступеню між різними кластерами симптомів в межах опитувальника PCL-5 та деякими стратегіями прийняття рішення в межах Мельбурнського опитувальника.

Непараметрична статистика продемонструвала, що відповіді досліджуваних групи №3 (табл. 3.3.) на питання з кластеру симптомів С опитувальника PCL-5 впливають на відповіді з кластеру стратегії прокрастинація Мельбурнського опитувальника ($p = 0,028$). До того ж, непараметрична статистика продемонструвала, що відповіді досліджуваних на питання щодо симптомів кластеру D опитувальника PCL-5 впливають на відповіді з стратегії надпильності Мельбурнського опитувальника ($p = 0,014$). Таким чином, можна вивести формули:

$$\text{Прокрастинація MDMQ} = 7,673 + 0,683 * \text{Уникнення (PCL-5)}$$

$$\text{Надпильність MDMQ} = 7,037 + 0,264 * \text{Негативні зміни у настрої та когніціях (PCL-5)}$$

Таблиця 3.3.

Регресійна модель впливу кластерів опитувальника PCL-5 на кластери Мельбурнського опитувальника прийняття рішень для групи №3

Модель	Шкала	R ²	Коефіцієнт	Значущість
Константа 3	MDMQ (ПР)	0,158	7,673	0,001
Предиктор 2	PCL-5 (УН)		0,683	0,028
Константа 4	MDMQ (НП)	0,212	7,037	0,001
Предиктор 3	PCL-5 (НЗ)		0,264	0,014

Вплив симптомів нав'язливих спогадів та думок на стратегію уникнення упродовж процесу прийняття рішення, виявлений в нашому дослідженні, можна пояснити за допомогою наукової інформації, що стосується впливу

симптомів інтрузії на когнітивні функції людини. У першу чергу такий вплив реалізується за рахунок порушення механізмів відтворення інформації у довготривалій та емоційній пам'яті. Зміни в процесах згадування відбуваються через те, що спогади про стресову подію хоча і не заважають нормальному відтворенню автобіографічної або іншої інформації у пам'яті, але викликають стійку негативну психоемоційну реакцію, що є більш суб'єктивно значущою аніж досвід, що не стосується травми, та сприймаються як головний орієнтир упродовж процесу прийняття рішення (Sumner et al., 2017).

Також зміни у когнітивних функціях призводять до пригнічення системи винагороди мозку людини, що змушує психіку реагувати на адекватні стимули як на загрозливі та уникати певних подій, дій чи явищ, що здаються негативними або небезпечними, хоча насправді таким не є (Victoria et al., 2018). Теорія щодо нав'язливих спогадів та негативних емоцій упродовж уникання прийняття рішення підтверджується дослідженнями з військовослужбовцями, які брали участь у воєнних діях в Іраці та оцінювали початково нейтральні стимули як загрозливі або потенційно загрозливі, оскільки знаходили в нейтральних стимулах схожі риси з тими, що спостерігалися упродовж стресової події. Як наслідок цього, вони намагалися уникати таких стимулів (Myers et al., 2013).

Вплив симптомів нав'язливих думок та спогадів на стратегію прийняття рішення прокрастинація, виявлений в нашому дослідженні, пояснюється зворотнім ефектом – прокрастинація це адаптивний та захисний механізм психіки що використовується для того, аби позбавитися від негативного хвилювання та нав'язливих думок. Намагання людини контролювати власні нав'язливі думки, спогади та емоції не є довільним процесом та вимагає залучення певної кількості зусиль, концентруючись на яких, індивід відкладає іншу діяльність, що і є основою для появи прокрастинації (Joseph R. Ferrari, 2001). Враховуючи, що виконання певної діяльності або необхідність ухвалювати певне рішення у хворих на психічні розлади здатні

посилювати стан тривоги та стресу (Kühn et al., 2013), прокрастинація здатна короткостроково покращити емоційне самопочуття людини та знизити рівень стресу шляхом відкладання виконання певної діяльності на певною мірою необмежений термін (Howell & Watson, 2007).

Однак, незважаючи на короткостроковий позитивний ефект, загалом прокрастинація при психічних розладах є тривожним фактором, оскільки потенціює тривогу таким чином, що індивід концентрує увагу на недостатності певних своїх характеристик задля виконання якоїсь діяльності або ухвалення якогось рішення, тому намагається їх відкласти на певний час (Joseph R. Ferrari, 2001). З посиленням психоемоційних симптомів психічних розладів, зокрема ПТСР та депресії, посилюється відчуття неготовності та нездатності до виконання певної діяльності, що також потенціює настання більш глибоких форм прокрастинації та різко негативно впливає на процес ухвалення рішення. Інакше кажучи, внаслідок знецінення власного «Я» та його ресурсів виникає стійкий страх невдачі та песимістичність стосовно того, аби успішно завершити певну діяльність або рішення, що потенціює прокрастинацію (J. R. Ferrari, 1991).

Чимало фізіологічних досліджень намагалися встановити зв'язок між ендокринними змінами організму людини, що викликані тривогою або стресом, та станом прокрастинації. Результати цих досліджень виявили, що більш стійкий стан прокрастинації пов'язаний з підвищеною кількістю кортизолу та катехоламінів. Такі результати підтверджують вплив стресу та його побічних факторів, зокрема нав'язлих думок та спогадів про стресову подію на прокрастинацію, а отже і на процес прийняття рішення (Barel et al., 2023).

Особливої уваги заслуговує прокрастинація як фактор посилення стресових симптомів. Нещодавно, для вивчення такого феномену було проведено дослідження, учасниками якого стали 3500 шведських студентів. Для проведення дослідження було відібрано студентів, які мали звичку відкладати виконання певної діяльності на необмежений термін. За

результатами даного дослідження у таких студентів упродовж 2 місяців рівень стресу досяг високих показників (Johansson et al., 2023).

Причини посилення прокрастинацією стресових симптомів не є достатньо вивченими, однак наразі присутні деякі докази того, що внутрішньоособистісні процеси оцінювання себе можуть пояснити цей зв'язок (Smyth et al., 2013).

Вплив симптомів негативних змін в настрої та когніціях на стратегію прийняття рішень надпильність, виявлений в нашому дослідженні, також базується на змінах в когнітивній обробці людським мозком стимульної інформації, що надходить з навколишнього середовища (Kleshchova et al., 2019). Стан надпильності це поведінковий, когнітивний та фізіологічний стан тривалого збудження та очікування потенційної загрози. Нейрофізіологічно такий стан обумовлюється активацією нейронної мережі виявлення загрози, що зосереджується навколо мигдалеподібного тіла (Yoon & Weierich, 2016).

У деяких ситуаціях, що можуть бути загрозливими, стан надпильності потенційно може бути корисним, оскільки він полегшує виявлення та ідентифікацію загрози. Однак при психічних розладах стан надпильності з епізодичного адекватного перетворюється на постійний нав'язливий, що призводить як до психофізіологічних та фізіологічних ускладнень, так і до негативних змін упродовж процесу ухвалення рішення (Schell et al., 2004). Нав'язливою надпильність вважається тоді, коли зберігається у людини в обставинах, коли реальна або об'єктивна загроза відсутня (Kimble et al., 2013).

Наявність позитивних кореляцій між симптомами уникнення опитувальника PCL-5 та стратегіями прийняття рішення уникнення, надпильності та прокрастинації, що виявлені в нашому дослідженні, пояснюється спільним для них тривожним станом, що є базисом для їх виникнення. Стан тривоги та занепокоєння змушує людину відкладати виконання якоїсь діяльності, уникати ухвалення певного рішення або відкладати його на потім (J. K. Lee et al., 2010).

Стратегії уникнення, надпильності та прокрастинації використовуються тривожними особами для уявної підготовки до очікуваної неприємної події, наприклад, негативних наслідків від ухваленого рішення (Borkovec et al., 1999). Стан невизначеності, що часто супроводжує процес ухвалення рішення, також потенціює психічний стан тривоги, а отже змушує шукати більш прості стратегії подолання будь-якої ситуації, зокрема стратегії уникнення, надпильності та прокрастинації (Dugas et al., 2004).

3.3. Зв'язок між особистісними характеристиками та стратегіями рішення у хворих на ПТСР

Аналіз відповідей трьох груп досліджуваних на питання короткого опитувальника для визначення рис особистості ТІРІ та Мельбурнського опитувальника прийняття рішень, виявив кореляції різного ступеню між рисами характеру досліджуваних та стратегіями прийняття рішення.

Аналіз відповідей досліджуваних групи №1 (рис. 3.13.) виявив негативні кореляції середнього ступеню між кластером питань екстраверсія опитувальника ТІРІ та стратегіями уникнення ($r = -0,38^*$), прокрастинації ($r = -0,4^*$) та надпильності ($r = -0,52^*$) Мельбурнського опитувальника.

Крім того, негативну кореляцію середнього ступеню було виявлено між кластерами питань емоційна стабільність ($r = -0,45^*$) та відкритість новому досвіду ($r = -0,41^*$) опитувальника ТІРІ та стратегією надпильності Мельбурнського опитувальника.

Також, упродовж аналізу відповідей групи №1 на питання опитувальників, було виявлено позитивні кореляції середнього ступеню. Зокрема між кластерами питань дружелюбність ($r = 0,31$) та емоційна стабільність опитувальника ТІРІ та стратегією пильності Мельбурнського опитувальника. Позитивних або негативних кореляцій високого ступеню упродовж аналізу відповідей досліджуваних групи №1 на питання Мельбурнського опитувальника та опитувальника ТІРІ виявлено не було.

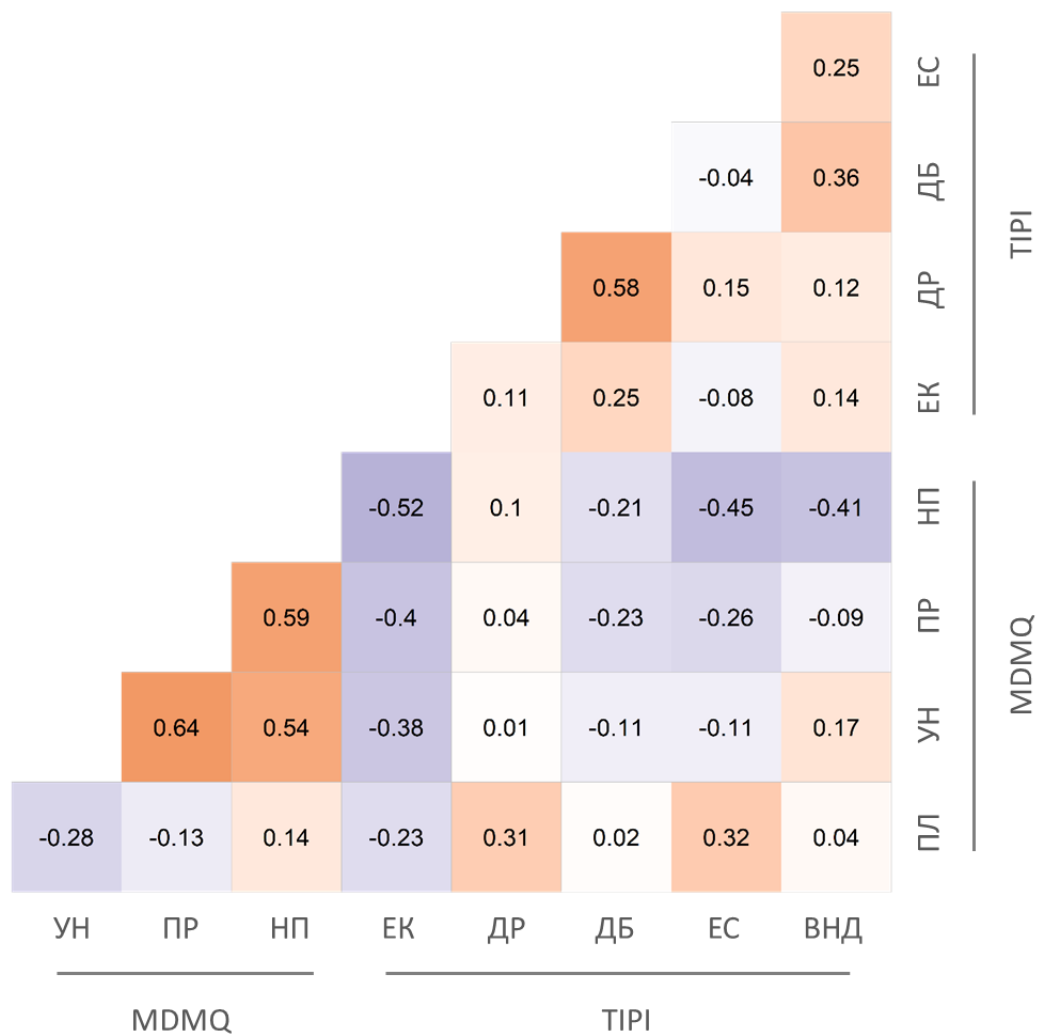


Рис. 3.13. Взаємозв'язки між рисами характеру та стратегіями прийняття рішення групи №1:

Примітка (тут і надалі): ЕК, ДР, ДБ, ЕС та ВД – групи питань опитувальника ТІРІ щодо рис характеру екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду відповідно.

ПЛ – група запитань щодо стратегії пильності;

УН – група запитань щодо стратегії уникнення;

ПР – група запитань щодо стратегії прокрастинації;

НП – група запитань щодо стратегії надпильності.

Позитивних або негативних кореляцій високого ступеню упродовж аналізу відповідей досліджуваних групи №1 на питання Мельбурнського опитувальника та опитувальника ТІРІ виявлено не було.

Крім того, було виявлено позитивні кореляції середнього ступеню між різними кластерами питань в межах опитувальника ТІРІ та деякими стратегіями прийняття рішення в межах Мельбурнського опитувальника прийняття рішень.

Непараметрична статистика продемонструвала, що відповіді досліджуваних групи №1 (табл. 3.4.) на питання кластерів екстраверсія ($p=0,014$) та емоційна стабільність ($p=0,048$) опитувальника ТІРІ впливають на відповіді щодо стратегії надпильність Мельбурнського опитувальника. Таким чином, можна вивести формули:

$$\text{Надпильність MDMQ} = 20,583 - 1,118 * \text{Екстраверсія (ТІРІ)} - 1,218 * \text{Емоційна стабільність (ТІРІ)}$$

Таблиця 3.4.

Регресійна модель впливу кластерів опитувальника ТІРІ на кластери Мельбурнського опитувальника прийняття рішень для групи №1

Модель	Шкала	R ²	Коефіцієнт	Значущість
Константа 4	MDMQ (НП)	0,546	20,583	0,001
Предиктор 1	ТІРІ (ЕК)		-1,118	0,014
Предиктор 4	ТІРІ (ЕС)		-1,218	0,048

Аналіз відповідей досліджуваних групи №2 (рис. 3.14.) виявив негативні кореляції середнього ступеню між кластером питань екстраверсія опитувальника ТІРІ та стратегіями уникнення ($r = -0,37^*$), прокрастинації ($r = -0,4^*$) та надпильності ($r = -0,59^*$) Мельбурнського опитувальника. Крім того, негативні кореляції середнього ступеню були виявлені між кластером питань добросовісність опитувальника ТІРІ та стратегіями уникнення ($r = -0,35$), прокрастинація ($r = -0,59^*$) та надпильність ($r = -0,44^*$). Негативні кореляції середнього ступеню були виявлені також між кластером питань емоційна стабільність опитувальника ТІРІ та стратегіями прокрастинація ($r = -0,34$) та надпильність ($r = -0,63^*$) Мельбурнського опитувальника. Водночас, негативні кореляції середнього ступеню були виявлені між

кластером питань відкритість новому досвіду опитувальника ТІРІ та стратегіями уникнення ($r = -0,47$), прокрастинації ($r = -0,43^*$) та надпильності ($r = -0,43^*$).

Позитивних кореляцій середнього та високого ступенів, упродовж аналізу відповідей групи №2 на питання опитувальника ТІРІ та Мельбурнського опитувальника прийняття рішень, виявлено не було.

Крім того, було виявлено позитивні кореляції середнього ступеню між різними кластерами питань в межах опитувальника ТІРІ та деякими стратегіями прийняття рішення в межах Мельбурнського опитувальника прийняття рішень.

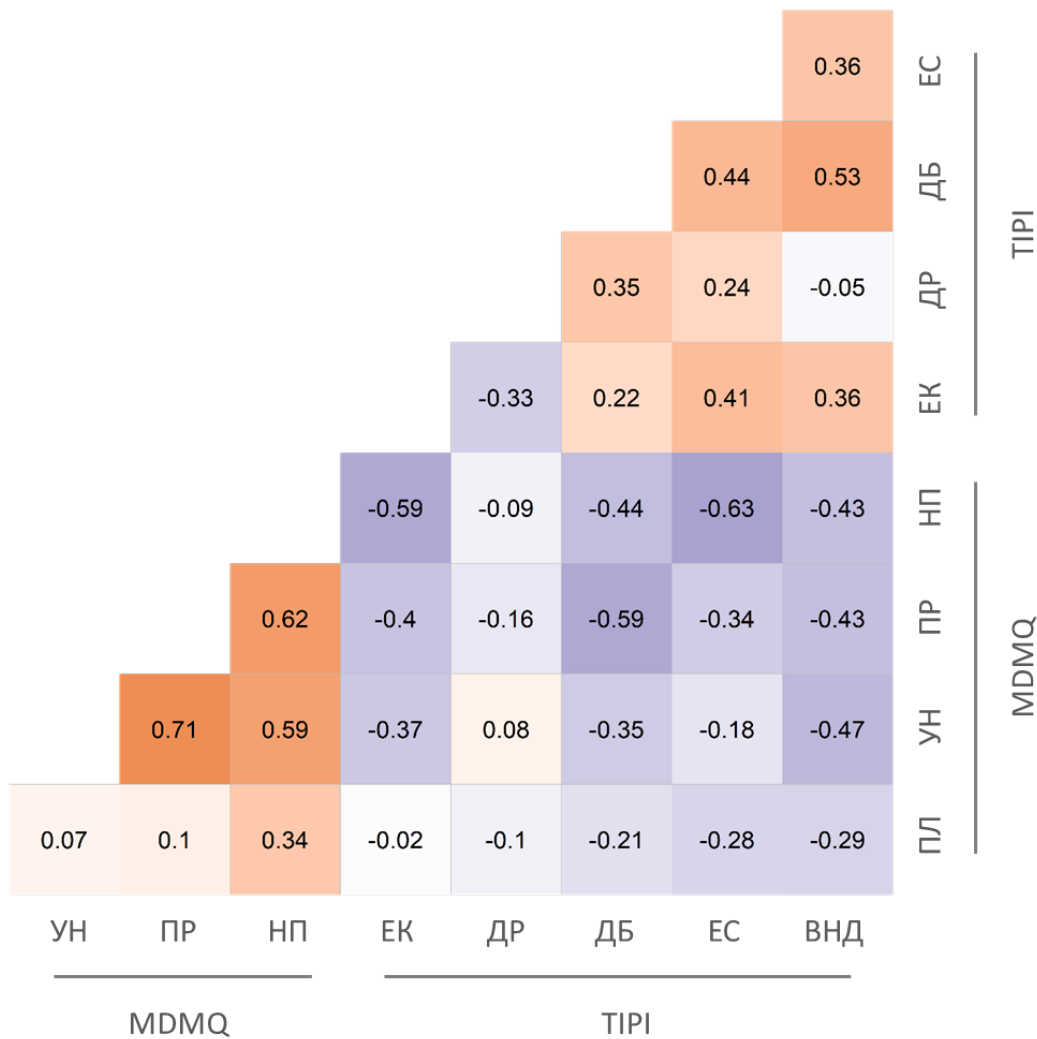


Рис. 3.14. Взаємозв'язки між рисами характеру та стратегіями прийняття рішення групи №2.

Непараметрична статистика продемонструвала, що відповіді досліджуваних групи №2 (табл. 3.5.) на питання кластерів екстраверсія ($p=0,006$), добросовісність ($p=0,036$) та емоційна стабільність ($p=0,002$) впливають на відповіді щодо стратегії надпильності Мельбурнського опитувальника. Крім того, за допомогою непараметричної статистики було виявлено, що відповіді досліджуваних на питання кластеру добросовісність опитувальника ТІРІ впливають на відповіді щодо стратегій уникнення ($p=0,034$) та прокрастинація ($p=0,001$) Мельбурнського опитувальника. Крім того, було виявлено, що відповіді на питання кластеру відкритість новому досвіду опитувальника ТІРІ впливають на відповіді щодо стратегій уникнення ($p=0,005$) та прокрастинації ($p=0,007$) Мельбурнського опитувальника. Таким чином, можна вивести формулу:

$$\text{Уникнення MDMQ} = 21,096 + 0,097 * \text{Добросовісність (ТІРІ)} - 1,560 * \\ \text{Відкритість новому досвіду (ТІРІ)}$$

$$\text{Прокрастинація MDMQ} = 19,375 - 0,906 * \text{Добросовісність (ТІРІ)} - 0,500 * \\ \text{Відкритість новому досвіду}$$

$$\text{Надпильність MDMQ} = 22,760 - 1,029 * \text{Екстраверсія (ТІРІ)} + 0,151 * \\ \text{Добросовісність (ТІРІ)} - 0,937 * \text{Емоційна стабільність (ТІРІ)}$$

Таблиця 3.5.

Регресійна модель впливу кластерів опитувальника ТІРІ на кластери Мельбурнського опитувальника прийняття рішень для групи №2

Модель	Шкала	R ²	Коефіцієнт	Значущість
Константа 2	MDMQ (УН)	0,177	21,096	0,002
Предиктор 3	ТІРІ (ДБ)		0,097	0,034
Предиктор 5	ТІРІ (ВНД)		-1,560	0,005
Константа 3	MDMQ (ПР)	0,344	19,375	0,003
Предиктор 3	ТІРІ (ДБ)		-0,906	0,001
Предиктор 5	ТІРІ (ВНД)		-0,500	0,007
Константа 4	MDMQ (НП)	0,451	22,760	0,001
Предиктор 1	ТІРІ (ЕК)		-1,029	0,006
Предиктор 3	ТІРІ (ДБ)		0,151	0,036
Предиктор 4	ТІРІ (ЕС)		-0,937	0,002

Аналіз відповідей досліджуваних групи №3 (рис. 3.15.) виявив негативні кореляції середнього ступеню між кластером питань екстраверсія опитувальника ТІРІ та стратегією пильність ($r = -0,45^*$) Мельбурнського опитувальника.

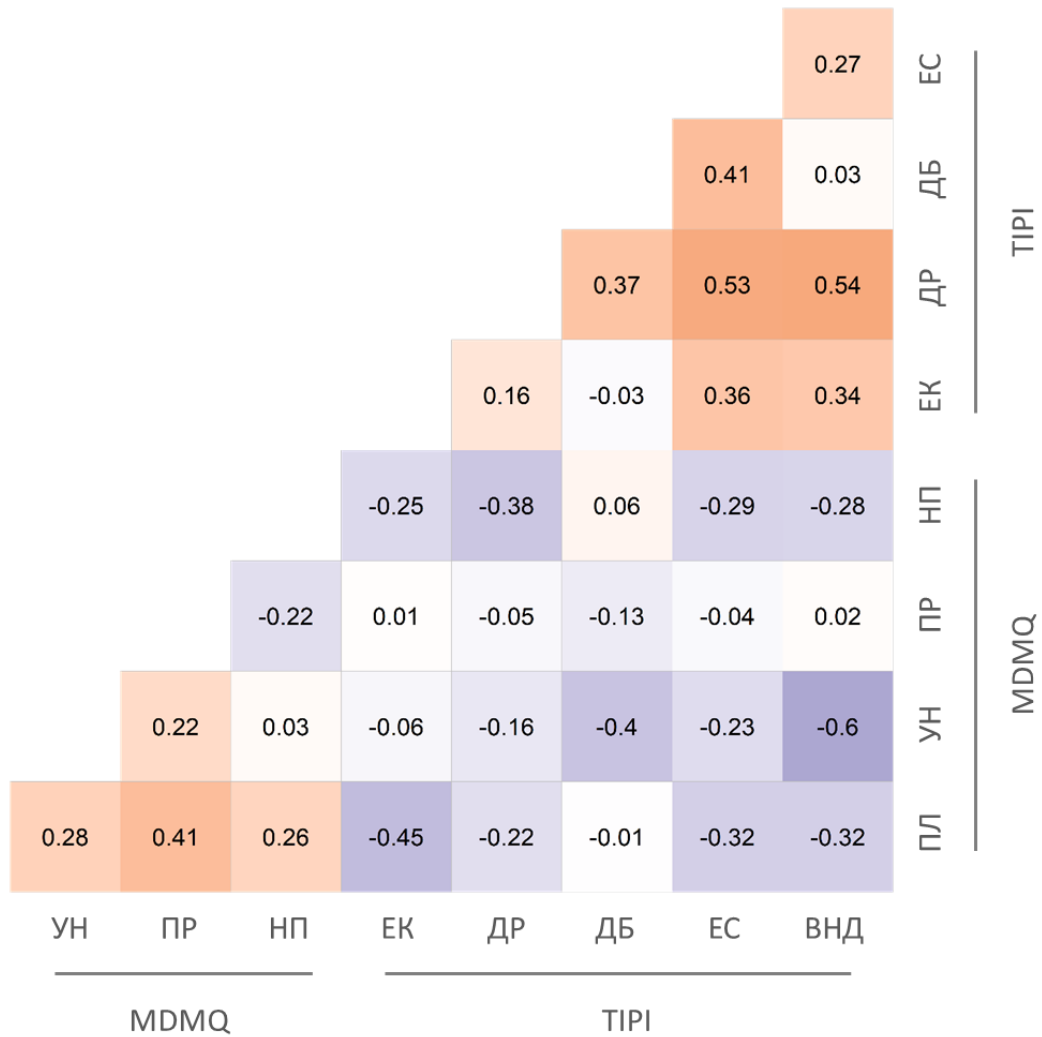


Рис. 3.15. Взаємозв'язки між рисами характеру та стратегіями прийняття рішення групи №3.

Негативну кореляцію середнього ступеню було виявлено між кластером питань дружелюбність опитувальника ТІРІ та стратегією надпильність ($r = -0,38^*$) Мельбурнського опитувальника. Також, негативна кореляція середнього ступеню була виявлена між кластером питань добросовісність опитувалька ТІРІ та стратегією уникнення ($r = -0,4^*$)

Мельбурнського опитувальника. Крім того, було виявлені негативні кореляції середнього ступеню між кластерами питань емоційна стабільність ($r = -0,32$) та відкритість новому досвіду ($r = -0,32^*$) опитувальника ТІРІ та стратегією пильність Мельбурнського опитувальника.

Позитивних кореляцій середнього та високого ступенів, упродовж аналізу відповідей групи №2 на питання опитувальника ТІРІ та Мельбурнського опитувальника прийняття рішень, виявлено не було.

Крім того, було виявлено позитивні кореляції середнього ступеню між різними кластерами питань в межах опитувальника ТІРІ та деякими стратегіями прийняття рішення в межах Мельбурнського опитувальника прийняття рішень.

Непараметрична статистика продемонструвала, що відповіді досліджуваних групи №3 на питання кластеру екстраверсія опитувальника ТІРІ впливає на стратегію пильність ($p=0,030$), в той час як відповіді на питання кластеру відкритість новому досвіду впливають на питання щодо стратегії уникнення ($p=0,003$) Мельбурнського опитувальника. Таким чином, можна вивести формули:

$$\text{Пильність MDMQ} = 19,671 - 0,602 * \text{Екстраверсія (ТІРІ)}$$

$$\text{Уникнення MDMQ} = 17,329 - 1,782 * \text{Відкритість новому досвіду (ТІРІ)}$$

Таблиця 3.6.

Регресійна модель впливу кластерів опитувальника ТІРІ на кластери Мельбурнського опитувальника прийняття рішень для групи №3

Модель	Шкала	R ²	Коефіцієнт	Значущість
Константа 1	MDMQ (ПЛ)	0,057	19,671	0,001
Предиктор 1	ТІРІ (ЕК)		-0,602	0,030
Константа 2	MDMQ (УН)	0,509	17,329	0,001
Предиктор 5	ТІРІ (ВНД)		-1,782	0,003

Перш ніж розглядати зв'язок між рисами особистості та психічними розладами, слід коротко дослідити концептуальне питання, що стосуються

побудови особистості в контексті психології. Щодо психологічного визначення терміну «особистість», то він визначається як набір біологічних стабільних індивідуальних характеристик, що виникли в ранньому дитинстві та дещо змінилися упродовж соціалізації (Watson et al., 2006).

Але все ж таки «особистість» не є статичним поняттям. Риси темпераменту людини можуть змінюватися з часом як внаслідок впливу навколишнього середовища, що змушує людину адаптуватися до нових позитивних або негативних змін, так і внаслідок внутрішньопсихічних процесів, що відбуваються у випадку розвитку як нормальних механізмів, наприклад, дорослішання, так і психопатології (Compas et al., 2004).

Негативні кореляції між рисою темпераменту екстраверсія та стратегіями прийняття рішення уникнення та прокрастинація пояснюються протилежністю даних понять. Якщо в основі поведінки уникнення та прокрастинації знаходяться негативні переконання про себе, а також про навколишнє середовище як про загрозливий фактор, що підкріплюються почуттями страху та невпевненості (Bennett et al., 2020), то основними складовими екстравертної поведінки є наполегливість, впевненість, активність, пошук нових почуттів та бажання комунікації з оточуючими (Gruda & Ojo, 2022). Люди, які мають високу екстраверсію, прагнуть до активної соціальної взаємодії та відчують сильний потяг щодо діяльності, що потенційно може принести винагороду (Smillie et al., 2015).

Також, екстраверсія, прокрастинація та уникнення мають вплив на сам процес перебігу ментального захворювання. Зокрема це проявляється у поведінкових патернах, що здатні або підкріплювати симптоми захворювання (патерни уникнення та прокрастинації) або ж допомагати впоратися з захворюванням (патерн екстраверсії) (Zelenski & Larsen, 2002).

За результатами тотожних досліджень до нашого, було виявлено схожі результати між кластером питань екстраверсії та стратегіями уникнення та прокрастинація. Так, негативні кореляції між екстраверсією та стратегіями уникнення та прокрастинація були зафіксовані у медичних працівників

реанімаційного відділення (Halama & Gurňáková, 2014). Причиною цього вважається те, що уникнення та прокрастинація є інтровертно-тривожними характеристиками характеру, протилежними до поняття екстраверсія, що означає активну, відкриту та повноцінну взаємодію з навколишнім середовищем (Heidari & Arani, 2017).

Соціальна позиція, що є прямо залежною від рис екстраверсії та інтроверсії (уникнення, прокрастинація) має значущий вплив на процес прийняття рішення не тільки через психічні мотиваційні процеси, а і шляхом підвищення або зниження кількості корисних міжособистісних комунікацій (Steenland et al., 2004). У випадку зниження кількості соціальних комунікацій, що спостерігається при таких захворюваннях як депресія та ПТСР, людина може позбавитися достатньої кількості психологічної підтримки, що, в свою чергу, неминуче потенціюватиме симптоми захворювання, модулюватиме стресовий стан та заважатиме адекватному лікуванню, а також негативно впливатиме на процес прийняття рішення та поведінку в цілому (Winkleby & Cubbin, 2003).

Крім того, зниження соціально-економічного становища, що в окремих випадках присутнє у осіб з ментальними проблемами як наслідок нездатності виконувати певну діяльність, або поведінки уникнення та прокрастинації, може негативно впливати на стан психічного та фізіологічного здоров'я людини. Це проявляється як у зниженні якості життя, так і в уявній необхідності шукати дезадаптивні методи боротьби зі стресом та ухвалювати довгостроково нераціональні або шкідливі рішення (Demakakos et al., 2008).

Ще одним дослідженням стосовно того, як екстраверсія впливає на процес прийняття рішення, є вивчення цього процесу у людей, що працюють на фондовому ринці. Як виявилось, працівники з високою екстраверсією частіше ухвалюють ризиковані рішення, а також вони є більш комунікабельними, сміливими та оптимістичними (Sartori et al., 2017).

Також, в нашому дослідженні було зафіксовано негативну кореляцію між рисою темпераменту емоційна стабільність та стратегіями надпильності та

прокрастинацією. Таке явище можна пояснити біполярністю психічних станів людини, що відповідають за кожну з вказаних характеристик.

Характерною ознакою стратегій надпильності та прокрастинації є те, що вони супроводжуються підвищеним рівнем тривоги та уваги стосовно якогось певного явища або в цілому (Miskovic & Schmidt, 2012). Наприклад, особам, які мають страх павуків чи змій, вдається знайти такі стимули швидше, ніж учасникам, які подібних страхів не мають (Öhman et al., 2001). Так само, як було вказано вище, прокрастинація використовується для того, аби подолати тривогу та налагодити психоемоційний стан (Howell & Watson, 2007).

В той самий час, емоційна стабільність характеризується рівномірністю у людській психіці різних емоційних та мисленневих процесів, світобачення, зібраності та іншим відчуттям психічного здоров'я. Якщо у тривожних осіб мислення зорієнтоване на постійний пошук загрози (частіше за все вона є нереалістичною), то у осіб з емоційною стабільністю орієнтація відбувається більшою мірою на реальні стимули, що надходять з навколишнього середовища (Chaturvedi & Chander, 2010).

Негативні кореляції між рисою характеру добросовісність та стратегіями уникнення та прокрастинації пояснюються здатністю добросовісної людини контролювати неадекватні потяги до уникнення або відкладання діяльності на майбутнє та сконцентрувати свою увагу на цілеспрямовані дії для досягнення певного результату. Крім того, добросовісна людина характеризується ще і тим, що вона може відкласти певні приємні активності на потім, аби виконувати необхідні в моменті задля досягнення результату (Jackson et al., 2010).

Також, добросовісність характеризується такими складовими, як старанність, обов'язковість та наполегливість, що також контрастують з такими поведінковими стратегіями, як прокрастинація та уникнення (MacCann et al., 2009).

Причина негативних кореляцій, виявлених між рисою характеру відкритість новому досвіду та стратегіям прийняття рішень уникнення, прокрастинації та надпильності полягає у мотивації. Мотивація відкритості новому досвіду полягає у постійному пошуку нових можливостей взаємодії з навколишньою реальністю, виконання певної діяльності тощо. На противагу пасивним формам поведінки, відкритість тісно пов'язана з отриманням нових знань, нового досвіду, креативному підходу до вирішення завдань та сміливості (Ingram et al., 2013).

Крім того, відкритість вважається характеристикою, що тісно пов'язана з такими поняттями як когнітивні здібності, емоційна стабільність та інтелект, що порушуються у осіб з психічними розладами (Fino et al., 2019).

Позитивні кореляції середнього ступеню, що продемонстровані в нашому дослідженні між рисами характеру дружелюбність та емоційна стабільність опитувальника ТІРІ та стратегією прийняття рішення пильність пояснюються загальною адаптивністю даних моделей поведінки.

Пильність це стратегія прийняття рішення, що вимагає постійного залучення значної кількості когнітивних ресурсів, серед яких головним є увага (Näsholm et al., 2014). Збільшення кількості цільових стимулів та порушення контролю емоцій упродовж їх ідентифікації може призвести до когнітивного дефіциту, що негативно впливає на стратегію пильності (Warm et al., 2008).

Висновки до розділу 3

1. Визначено, що досліджувані трьох груп демонструють високий рівень стратегії прийняття рішення пильність (86-89%), а також та підвищений рівень стратегій уникнення (64%) та прокрастинації (63-67%). У групах досліджуваних з ПТСР та депресією рівень стратегії надпильність підвищений (70-77%), в той час як у групі досліджуваних без скарг на ментальне здоров'я рівень цієї стратегії середній (53%).

2. Визначено, що у групі досліджуваних з ПТСР рівень прояву симптомів захворювання високий – медіана становить 59 балів, у групі досліджуваних з депресією рівень прояву симптомів помірний – медіана становить 34 бали, а у групі досліджуваних без скарг на ментальне здоров'я рівень прояву симптомів майже відсутній – медіана становить 5 балів.

3. Статистичні відмінності виявлено в межах стратегії прийняття рішення надпильність між відповідями досліджуваних з ПТСР та досліджуваних без скарг на ментальне здоров'я ($p < 0,05$). Також, в межах стратегії надпильність було виявлено статистичні відмінності між відповідями досліджуваних з депресією та досліджуваних без скарг на ментальне здоров'я ($p < 0,05$). Крім того, статистичні відмінності зафіксовано в межах всіх симптомів ПТСР серед трьох груп досліджуваних ($p < 0,05$).

4. Виявлено позитивний зв'язок між усіма симптомами ПТСР та стратегіями прийняття рішення уникнення, прокрастинація та надпильність у досліджуваних з ПТСР. У досліджуваних з депресією виявлено позитивний зв'язок між симптомами інтрузії, а також симптомами негативних змін у настрої та когніціях та стратегіями прийняття рішення уникнення, прокрастинація та надпильність. Також, у досліджуваних з депресією виявлено негативний зв'язок між характеристиками особистості екстраверсія, добросовісність, емоційна стабільність, а також відкритістю новому досвіду та стратегіями прийняття рішення уникнення, прокрастинація та надпильність. У досліджуваних з ПТСР виявлено негативний зв'язок між характеристиками особистості екстраверсія, емоційна стабільність, а також відкритістю новому досвіду та стратегією прийняття рішення надпильність. Водночас, у досліджуваних з ПТСР виявлено позитивний зв'язок між характеристиками особистості дружелюбність та емоційна стабільність та стратегією прийняття рішення пильність.

5. Встановлено вплив усіх симптомів захворювання на стратегії прийняття рішення уникнення, прокрастинація та надпильність у досліджуваних з ПТСР ($p < 0,05$). У досліджуваних з депресією виявлено

вплив симптомів інтрузії та негативних змін у настрої та когніціях на усі стратегії прийняття рішення ($p < 0,05$). Водночас, у досліджуваних з депресією визначено вплив характеристик особистості екстраверсія, добросовісність, емоційна стабільність, а також відкритість новому досвіду на стратегії прийняття рішення уникнення, надпильність та прокрастинація ($p < 0,05$). У досліджуваних з ПТСР виявлено вплив характеристик особистості екстраверсія та емоційна стабільність на стратегію прийняття рішення надпильність ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено узагальнення теоретичних підходів до вивчення проблеми прийняття рішення особами з посттравматичним стресовим розладом, розроблено дизайн та проаналізовано результати емпіричного дослідження цієї проблеми.

Прийняття рішення це складний мисленнєвий процес, що залежить від когнітивних функцій та психоемоційного стану людини. Вплив посттравматичного стресового розладу на процес прийняття рішення не є однорідним. Реалізується такий вплив за рахунок порушення механізмів інтерпретації інформації щодо стимулів навколишнього середовища та інтеграції цієї інформації у контекст попереднього досвіду.

1. У досліджуваних із посттравматичним стресовим розладом зафіксовано високий рівень прояву всіх симптомів захворювання, тоді як досліджувані з депресією демонструють помірний прояв симптомів, а досліджувані без скарг на ментальне здоров'я – низький прояв. Статистичні відмінності виявлено щодо всіх симптомів захворювання між усіма групами досліджуваних ($p < 0,05$).

2. Визначено, що досліджувані трьох груп демонструють високі показники щодо стратегії прийняття рішення пильність та підвищені показники щодо стратегій уникнення та прокрастинація. Крім того, у досліджуваних з посттравматичним стресовим розладом та депресією виявлено підвищені показники щодо стратегії надпильність, а у досліджуваних без скарг на ментальне здоров'я виявлено середні показники цієї стратегії. Стосовно стратегії надпильність також зафіксовано статистичні відмінності між групами обстежуваних з психічними розладами та без скарг на ментальне здоров'я ($p < 0,05$).

3. У досліджуваних з посттравматичним стресовим розладом зафіксовано позитивний зв'язок між усіма симптомами захворювання та стратегіями прийняття рішення уникнення, прокрастинація та надпильність. У

досліджуваних з депресією зафіксовано позитивний зв'язок між симптомами інтрузії, а також симптомами негативних змін у настрої та когніціях та стратегіями прийняття рішення уникнення, прокрастинація та надпильність. Крім того, у досліджуваних з депресією зафіксовано негативний зв'язок між характеристиками особистості екстраверсія, добросовісність, емоційна стабільність, а також відкритістю новому досвіду та стратегіями прийняття рішення уникнення, надпильність та прокрастинація. У досліджуваних з посттравматичним стресовим розладом виявлено негативний зв'язок між характеристиками особистості екстраверсія, емоційна стабільність, а також відкритістю новому досвіду та стратегією прийняття рішення надпильність. У той же час, у досліджуваних з посттравматичним стресовим розладом виявлено позитивний зв'язок між характеристиками особистості дружелюбність та емоційна стабільність та стратегією прийняття рішення пильність.

4. У досліджуваних з посттравматичним стресовим розладом виявлено вплив усіх симптомів захворювання на стратегії прийняття рішення уникнення, прокрастинація та надпильність ($p < 0,05$). У обстежуваних з депресією виявлено вплив симптомів інтрузії та негативних змін у настрої та когніціях на всі стратегії прийняття рішення ($p < 0,05$). Крім того, у досліджуваних з депресією визначено вплив характеристик особистості екстраверсія, добросовісність, емоційна стабільність, а також відкритість новому досвіду на стратегії прийняття рішення уникнення, надпильність та прокрастинація ($p < 0,05$). У досліджуваних з ПТСР виявлено вплив характеристик особистості екстраверсія та емоційна стабільність на стратегію прийняття рішення надпильність ($p < 0,05$).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Acheson, D. T., Vinograd, M., Nievergelt, C. M., Yurgil, K. A., Moore, T. M., Risbrough, V. B., & Baker, D. G. (2022). Prospective examination of pre-trauma anhedonia as a risk factor for post-traumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2015949>
2. Affairs, U. S. D. of V. (2020). PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) - PTSD: National Center for PTSD. In *Ptsd.Va.Gov*.
3. Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS ONE*, 16(3 March).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
4. Armel, K. C., Beaumel, A., & Rangel, A. (2008). Biasing simple choices by manipulating relative visual attention. *Judgment and Decision Making*, 3(5).
<https://doi.org/10.1017/s1930297500000413>
5. Bains, N., & Abdijadid, S. (2022). Major Depressive Disorder - StatPearls - NCBI Bookshelf. In *StatsPearls Publishing*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
6. Barel, E., Shahrabani, S., Mahagna, L., Massalha, R., Colodner, R., & Tzischinsky, O. (2023). State Anxiety and Procrastination: The Moderating Role of Neuroendocrine Factors. *Behavioral Sciences*, 13(3), 204.
<https://doi.org/10.3390/bs13030204>
7. Barrett, B. (2012). Evidence, values, guidelines and rational decision-making. In *Journal of General Internal Medicine* (Vol. 27, Issue 2).
<https://doi.org/10.1007/s11606-011-1903-6>
8. Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., Olsen, S. A., Avery, M. L., & Hagedwood, J. H. (2011). Exploring Negative Emotion in Women Experiencing Intimate Partner Violence: Shame, Guilt, and PTSD. *Behavior Therapy*, 42(4).
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.001>

9. Benke, T., Marksteiner, J., Ruepp, B., Weiss, E. M., & Zamarian, L. (2021). Decision making under risk in patients suffering from schizophrenia or depression. *Brain Sciences, 11*(9). <https://doi.org/10.3390/brainsci11091178>
10. Bennett, M. P., Roche, B., Dymond, S., Baeyens, F., Vervliet, B., & Hermans, D. (2020). Transitions from avoidance: Reinforcing competing behaviours reduces generalised avoidance in new contexts. *Quarterly Journal of Experimental Psychology, 73*(12). <https://doi.org/10.1177/1747021820943148>
11. Berfield, J. B., Goncharenko, S., Forkus, S. R., Contractor, A. A., & Weiss, N. H. (2022). The differential relation of trauma types with negative and positive emotion dysregulation. *Anxiety, Stress and Coping, 35*(4). <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1964072>
12. Berghorst, L. H., Bogdan, R., Frank, M. J., & Pizzagalli, D. A. (2013). Acute stress selectively reduces reward sensitivity. *Frontiers in Human Neuroscience, MAR*. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00133>
13. Beuke, C. J., Fischer, R., & McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: Why and how to measure their separate effects. *Clinical Psychology Review, 23*(6). [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00074-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00074-6)
14. Bisson Desrochers, A., Rouleau, I., Angehrn, A., Vasiliadis, H. M., Saumier, D., & Brunet, A. (2021). Trauma on duty: cognitive functioning in police officers with and without posttraumatic stress disorder (PTSD). *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1959117>
15. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*(6). <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
16. Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*(12). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
17. Bomyea, J., & Lang, A. J. (2016). Accounting for intrusive thoughts in

PTSD: Contributions of cognitive control and deliberate regulation strategies. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 192). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.021>

18. Bonavia, T., & Brox-Ponce, J. (2018). Shame in decision making under risk conditions: Understanding the effect of transparency. *PLoS ONE*, *13*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191990>

19. Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M. L. (1999). The Role of Positive Beliefs about Worry in Generalized Anxiety Disorder and its Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*(2). [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<126::AID-CPP193>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<126::AID-CPP193>3.0.CO;2-M)

20. Bourne, C., MacKay, C. E., & Holmes, E. A. (2013). The neural basis of flashback formation: The impact of viewing trauma. *Psychological Medicine*, *43*(7). <https://doi.org/10.1017/S0033291712002358>

21. Brand, M., Recknor, E. C., Grabenhorst, F., & Bechara, A. (2007). Decisions under ambiguity and decisions under risk: Correlations with executive functions and comparisons of two different gambling tasks with implicit and explicit rules. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *29*(1). <https://doi.org/10.1080/13803390500507196>

22. Braver, T. S., Krug, M. K., Chiew, K. S., Kool, W., Andrew Westbrook, J., Clement, N. J., Alison Adcock, R., Barch, D. M., Botvinick, M. M., Carver, C. S., Cools, R., Custers, R., Dickinson, A., Dweck, C. S., Fishbach, A., Gollwitzer, P. M., Hess, T. M., Isaacowitz, D. M., Mather, M., ... Somerville, L. H. (2014). Mechanisms of motivation-cognition interaction: Challenges and opportunities. In *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience* (Vol. 14, Issue 2). <https://doi.org/10.3758/s13415-014-0300-0>

23. Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., & McFarlane, A. C. (2010). Sleep disturbance immediately prior to trauma predicts subsequent psychiatric disorder. *Sleep*, *33*(1). <https://doi.org/10.1093/sleep/33.1.69>

24. Bryant, R. A., Friedman, M. J., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. In *Depression and Anxiety* (Vol. 28,

Issue 9). <https://doi.org/10.1002/da.20737>

25. Bub, K., & Lommen, M. J. J. (2017). The role of guilt in Posttraumatic Stress Disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1407202>
26. Budiarto, Y., & Helmi, A. F. (2021). Shame and self-esteem: A meta-analysis. *Europe's Journal of Psychology*, 17(2). <https://doi.org/10.5964/ejop.2115>
27. Burisch, M. (1997). Test length and validity revisited. In *European Journal of Personality* (Vol. 11, Issue 4). [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0984\(199711\)11:4<303::aid-per292>3.0.co;2-%23](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0984(199711)11:4<303::aid-per292>3.0.co;2-%23)
28. Burnett, P. C. (1991). Decision- Making Style and Self- Concept. *Australian Psychologist*, 26(1). <https://doi.org/10.1080/00050069108258834>
29. Byllesby, B. M., Elhai, J. D., Tamburrino, M., Fine, T. H., Cohen, G., Sampson, L., Shirley, E., Chan, P. K., Liberzon, I., Galea, S., & Calabrese, J. R. (2017). General distress is more important than PTSD's cognition and mood alterations factor in accounting for PTSD and depression's comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 211. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.014>
30. Cai, X., Kim, S., & Lee, D. (2011). Heterogeneous Coding of Temporally Discounted Values in the Dorsal and Ventral Striatum during Intertemporal Choice. *Neuron*, 69(1). <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.11.041>
31. Cao, C., Wang, L., Wu, J., Bi, Y., Yang, H., Fang, R., Li, G., Liu, P., Luo, S., Hall, B. J., & Elhai, J. D. (2020). A comparison of ICD- 11 and DSM-5 criteria for PTSD among a representative sample of Chinese earthquake survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1760481>
32. Carvajal, C. (2018). Posttraumatic stress disorder as a diagnostic entity – clinical perspectives. In *Dialogues in Clinical Neuroscience* (Vol. 20, Issue 3). <https://doi.org/10.31887/dcns.2018.20.3/ccarvajal>
33. Catarino, A., Küpper, C. S., Werner-Seidler, A., Dalgleish, T., & Anderson, M. C. (2015). Failing to Forget. *Psychological Science*, 26(5). <https://doi.org/10.1177/0956797615569889>

34. Chaturvedi, M., & Chander, R. (2010). Development of emotional stability scale. *Industrial Psychiatry Journal*, *19*(1). <https://doi.org/10.4103/0972-6748.77634>
35. Christensen, M. C., Wong, C. M. J., & Baune, B. T. (2020). Symptoms of Major Depressive Disorder and Their Impact on Psychosocial Functioning in the Different Phases of the Disease: Do the Perspectives of Patients and Healthcare Providers Differ? *Frontiers in Psychiatry*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00280>
36. Chudzicka-Czupała, A., Hapon, N., Chiang, S. K., Żywiołek-Szeja, M., Karamushka, L., Lee, C. T., Grabowski, D., Paliga, M., Rosenblat, J. D., Ho, R., McIntyre, R. S., & Chen, Y. L. (2023). Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*, *13*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>
37. Cisler, J. M., & Koster, E. H. W. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 30, Issue 2). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.003>
38. Compas, B. E., Connor-Smith, J., & Jaser, S. S. (2004). Temperament, Stress Reactivity, and Coping: Implications for Depression in Childhood and Adolescence. In *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* (Vol. 33, Issue 1). https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_3
39. Cortes, P. M., García-Hernández, J. P., Iribe-Burgos, F. A., Guevara, M. A., & Hernández-González, M. (2023). Effects of emotional congruency and task complexity on decision-making. *Cognitive Processing*, *0123456789*. <https://doi.org/10.1007/s10339-023-01129-1>
40. Crocker, L. D., Heller, W., Warren, S. L., O'Hare, A. J., Infantolino, Z. P., & Miller, G. A. (2013). Relationships among cognition, emotion, and motivation: Implications for intervention and neuroplasticity in psychopathology. In *Frontiers in Human Neuroscience* (Issue MAY). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00261>
41. Davis, J. L. (2009). Treating post-trauma nightmares: A cognitive behavioral

- approach. In *Treating post-trauma nightmares: A cognitive behavioral approach*.
42. de-Juan-Ripoll, C., Chicchi Giglioli, I. A., Llanes-Jurado, J., Marín-Morales, J., & Alcañiz, M. (2021). Why Do We Take Risks? Perception of the Situation and Risk Proneness Predict Domain-Specific Risk Taking. *Frontiers in Psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.562381>
43. Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science and Medicine, 67*(2). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.038>
44. Díaz, R., & Prinz, J. (2023). The role of emotional awareness in evaluative judgment: evidence from alexithymia. *Scientific Reports, 13*(1), 5183. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32242-y>
45. Dorris, M. C., & Glimcher, P. W. (2004). Activity in posterior parietal cortex is correlated with the relative subjective desirability of action. *Neuron, 44*(2). <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2004.09.009>
46. Dreyer, A. J., Stephen, D., Human, R., Swanepoel, T. L., Adams, L., O'Neill, A., Jacobs, W. J., & Thomas, K. G. F. (2022). Risky Decision Making Under Stressful Conditions: Men and Women With Smaller Cortisol Elevations Make Riskier Social and Economic Decisions. *Frontiers in Psychology, 13*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.810031>
47. Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. In *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*.
48. Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of Intrusive Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Cognitive Approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(3). <https://doi.org/10.1017/S135246580001585X>
49. El-Solh, A. A. (2018). Management of nightmares in patients with posttraumatic stress disorder: Current perspectives. In *Nature and Science of Sleep* (Vol. 10). <https://doi.org/10.2147/NSS.S166089>
50. Faul, L., & LaBar, K. S. (2022). Mood-Congruent Memory Revisited. *Psychological Review*. <https://doi.org/10.1037/rev0000394>

51. Fava, M., Hwang, I., Rush, A. J., Sampson, N., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2010). The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry, 15*(8). <https://doi.org/10.1038/mp.2009.20>
52. Feeny, N. C., Zoellner, L. A., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (2000). Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13*(3). <https://doi.org/10.1023/A:1007789409330>
53. Ferrari, J. R. (1991). Compulsive procrastination: some self-reported characteristics. *Psychological Reports, 68*(2). <https://doi.org/10.2466/pr0.1991.68.2.455>
54. Ferrari, Joseph R. (2001). Procrastination as Self-regulation Failure of Performance: Effects of Cognitive Load, Self-awareness, and Time Limits on “Working Best Under Pressure.” *European Journal of Personality, 15*(5). <https://doi.org/10.1002/per.413>
55. Fino, E., Agostini, A., Mazzetti, M., Colonnello, V., Caponera, E., & Russo, P. M. (2019). There is a limit to your openness: Mental illness stigma mediates effects of individual traits on preference for psychiatry specialty. *Frontiers in Psychiatry, 10*(OCT). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00775>
56. Finucane, M. L., & Gullion, C. M. (2010). Developing a tool for measuring the decision-making competence of older adults. *Psychology and Aging, 25*(2). <https://doi.org/10.1037/a0019106>
57. Fitzpatrick, S. S., Liebman, R. E., Monson, C. M., & Resick, P. A. (2023). Latent emotion profiles of PTSD and specific emotions predicting differential therapy outcomes in a dismantling study of cognitive processing therapy. *Journal of Anxiety Disorders, 95*, 102681. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102681>
58. Forbes, C. N., Tull, M. T., Xie, H., Christ, N. M., Brickman, K., Mattin, M., & Wang, X. (2020). Emotional avoidance and social support interact to predict depression symptom severity one year after traumatic exposure. *Psychiatry Research, 284*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112746>
59. Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S., & Green, B. L. (2006). Disorders of

extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11). <https://doi.org/10.1177/0886260506292992>

60. Friedman, N. P., & Miyake, A. (2017). Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. In *Cortex* (Vol. 86). <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.04.023>

61. Gal, D., & Rucker, D. D. (2021). Act Boldly: Important Life Decisions, Courage, and the Motivated Pursuit of Risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(6). <https://doi.org/10.1037/pspi0000329>

62. Gambetti, E., Zucchelli, M. M., Nori, R., & Giusberti, F. (2022). Default rules in investment decision-making: trait anxiety and decision-making styles. *Financial Innovation*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40854-021-00329-y>

63. Gitlin, L. N., Winter, L., & Stanley, I. H. (2017). Compensatory Strategies: Prevalence of Use and Relationship to Physical Function and Well-Being. *Journal of Applied Gerontology*, 36(6). <https://doi.org/10.1177/0733464815581479>

64. Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37(6). [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(03\)00046-1](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00046-1)

65. Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 6). <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>

66. Grassi, G., Pallanti, S., Righi, L., Figeo, M., Mantione, M., Denys, D., Piccagliani, D., Rossi, A., & Stratta, P. (2015). Think twice: Impulsivity and decision making in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(4). <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.039>

67. Greenberg, D., & Huppert, J. D. (2010). Scrupulosity: A unique subtype of obsessive-compulsive disorder. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 12, Issue 4). <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0127-5>

68. Gruda, D., & Ojo, A. (2022). All about that trait: Examining extraversion and state anxiety during the SARS-CoV-2 pandemic using a machine learning

- approach. *Personality and Individual Differences*, 188. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111461>
69. Guillot, C. R., Bello, M. S., Tsai, J. Y., Huh, J., Leventhal, A. M., & Sussman, S. (2016). Longitudinal associations between anhedonia and internet-related addictive behaviors in emerging adults. *Computers in Human Behavior*, 62. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.04.019>
70. Halama, P., & Gurnáková, J. (2014). Need for structure and big five personality traits as predictors of decision making styles in health professionals. *Studia Psychologica*, 56(3), 171–180. <https://doi.org/10.21909/sp.2014.03.658>
71. Hall, B. J., Yip, P. S. Y., Garabiles, M. R., Lao, C. K., Chan, E. W. W., & Marx, B. P. (2019). Psychometric validation of the PTSD Checklist-5 among female Filipino migrant workers. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1571378>
72. Hanson, J. L., Albert, D., Iselin, A. M. R., Carré, J. M., Dodge, K. A., & Hariri, A. R. (2016). Cumulative stress in childhood is associated with blunted reward-related brain activity in adulthood. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(3), 405–412. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv124>
73. Hasselbalch, B. J., Knorr, U., & Kessing, L. V. (2011). Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: A systematic review. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 134, Issues 1–3). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.011>
74. Hatzigiakoumis, D. S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & Janiri, L. (2011). Anhedonia and substance dependence: Clinical correlates and: Treatment options. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 2, Issue MAR). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00010>
75. Heidari, M., & Arani, M. R. (2017). Relationship between five personality factors with decision making styles of coaches. *Sport Science*, 10(1).
76. Herbert, M. S., Malaktaris, A. L., Lyons, R., & Norman, S. B. (2020). Trauma-related guilt and pain among veterans with PTSD. *Psychiatry Research*, 285. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112820>

77. Hintze, A., Olson, R. S., Adami, C., & Hertwig, R. (2015). Risk sensitivity as an evolutionary adaptation. *Scientific Reports*, 5. <https://doi.org/10.1038/srep08242>
78. Hitchcock, P. F., Britton, W. B., Mehta, K. P., & Frank, M. J. (2023). Self-judgment dissected: A computational modeling analysis of self-referential processing and its relationship to trait mindfulness facets and depression symptoms. In *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience* (Vol. 23, Issue 1). <https://doi.org/10.3758/s13415-022-01033-9>
79. Hojat, M., Erdmann, J. B., & Gonnella, J. S. (2013). Personality assessments and outcomes in medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79. In *Medical Teacher* (Vol. 35, Issue 7). <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.785654>
80. Horne, S. J., Topp, T. E., & Quigley, L. (2021). Depression and the willingness to expend cognitive and physical effort for rewards: A systematic review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 88). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102065>
81. Howell, A. J., & Watson, D. C. (2007). Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. *Personality and Individual Differences*, 43(1). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.017>
82. Ingram, P. B., Boan-Lenzo, C., & Vuyk, M. A. (2013). Openness/Intellect in a 50-Item IPIP Instrument. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31(6). <https://doi.org/10.1177/0734282913481448>
83. Isaksson, U., Hajdarević, S., Jutterström, L., & Hörnsten, Å. (2014). Validity and reliability testing of the Swedish version of Melbourne Decision Making Questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2). <https://doi.org/10.1111/scs.12052>
84. Iyadurai, L., Visser, R. M., Lau-Zhu, A., Porcheret, K., Horsch, A., Holmes, E. A., & James, E. L. (2019). Intrusive memories of trauma: A target for research bridging cognitive science and its clinical application. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 69). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.005>

85. Jackson, J. J., Wood, D., Bogg, T., Walton, K. E., Harms, P. D., & Roberts, B. W. (2010). What do conscientious people do? Development and validation of the Behavioral Indicators of Conscientiousness (BIC). *Journal of Research in Personality, 44*(4). <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.06.005>
86. Janiri, L., Martinotti, G., Dario, T., Reina, D., Paparello, F., Pozzi, G., Addolorato, G., Di Giannantonio, M., & De Risio, S. (2005). Anhedonia and substance-related symptoms in detoxified substance-dependent subjects: A correlation study. *Neuropsychobiology, 52*(1). <https://doi.org/10.1159/000086176>
87. Jervis, R. L., Janis, I., & Mann, L. (1978). Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment. *Political Science Quarterly, 93*(1). <https://doi.org/10.2307/2149070>
88. Jin, M., Ji, L., & Peng, H. (2019). The relationship between cognitive abilities and the decision-making process: The moderating role of self-relevance. *Frontiers in Psychology, 10*(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01892>
89. Johansson, F., Rozental, A., Edlund, K., Côté, P., Sundberg, T., Onell, C., Rudman, A., & Skillgate, E. (2023). Associations Between Procrastination and Subsequent Health Outcomes Among University Students in Sweden. *JAMA Network Open, 6*(1). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49346>
90. Johnson, M. M. S. (1990). Age differences in decision making: A process methodology for examining strategic information processing. *Journals of Gerontology, 45*(2). <https://doi.org/10.1093/geronj/45.2.P75>
91. Kacelnik, A., & Bateson, M. (1996). Risky theories - The effects of variance on foraging decisions. *American Zoologist, 36*(4). <https://doi.org/10.1093/icb/36.4.402>
92. Kamenov, K., Caballero, F. F., Miret, M., Leonardi, M., Sainio, P., Tobiasz-Adamczyk, B., Haro, J. M., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J. L., & Cabello, M. (2016). Which are the most burdensome functioning areas in depression? A cross-national study. *Frontiers in Psychology, 7*(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01342>
93. Kay, D. B., & Buysse, D. J. (2017). Hyperarousal and beyond: New insights

- to the pathophysiology of insomnia disorder through functional neuroimaging studies. In *Brain Sciences* (Vol. 7, Issue 3). <https://doi.org/10.3390/brainsci7030023>
94. Kerig, P. K., Bennett, D. C., Chaplo, S. D., Modrowski, C. A., & Mcgee, A. B. (2016). Numbing of Positive, Negative, and General Emotions: Associations With Trauma Exposure, Posttraumatic Stress, and Depressive Symptoms Among Justice-Involved Youth. *Journal of Traumatic Stress, 29*(2). <https://doi.org/10.1002/jts.22087>
95. Kim, H. W., Kang, J. I., Namkoong, K., Jhung, K., Ha, R. Y., & Kim, S. J. (2015). Further evidence of a dissociation between decision-making under ambiguity and decision-making under risk in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders, 176*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.060>
96. Kim, S., Cai, X., Hwang, J., & Lee, D. (2012). Prefrontal and striatal activity related to values of objects and locations. *Frontiers in Neuroscience, JULY*. <https://doi.org/10.3389/fnins.2012.00108>
97. Kimble, M. O., Fleming, K., & Bennion, K. A. (2013). Contributors to Hypervigilance in a Military and Civilian Sample. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(8). <https://doi.org/10.1177/0886260512468319>
98. Kip, A., Diele, J., Holling, H., & Morina, N. (2022). The relationship of trauma-related guilt with PTSD symptoms in adult trauma survivors: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 52*(12), 2201–2211. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001866>
99. Kleshchova, O., Rieder, J. K., Grinband, J., & Weierich, M. R. (2019). Resting amygdala connectivity and basal sympathetic tone as markers of chronic hypervigilance. *Psychoneuroendocrinology, 102*. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.11.036>
100. Kodaira, M., Iwadare, Y., Ushijima, H., Oiji, A., Kato, M., Sugiyama, N., Sasayama, D., Usami, M., Watanabe, K., & Saito, K. (2012). Poor performance on the Iowa gambling task in children with obsessive-compulsive disorder. *Annals of General Psychiatry, 11*. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-11-25>

101. Koizumi, A., Tanaka, A., Imai, H., Hiramatsu, S., Hiramoto, E., Sato, T., & De Gelder, B. (2011). The effects of anxiety on the interpretation of emotion in the face-voice pairs. *Experimental Brain Research*, *213*(2–3). <https://doi.org/10.1007/s00221-011-2668-1>
102. Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., Rowley, J., & Sutherland, J. (2017). The role of emotion in clinical decision making: An integrative literature review. *BMC Medical Education*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1089-7>
103. Kühn, S., Schmiedek, F., Brose, A., Schott, B. H., Lindenberger, U., & Lövdén, M. (2013). The neural representation of intrusive thoughts. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *8*(6). <https://doi.org/10.1093/scan/nss047>
104. Lai, H., Wang, S., Zhao, Y., Zhang, L., Yang, C., & Gong, Q. (2019). Brain gray matter correlates of extraversion: A systematic review and meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Human Brain Mapping*, *40*(14). <https://doi.org/10.1002/hbm.24684>
105. Lanius, R., Frewen, P., Vermetten, E., & Yehuda, R. (2010). Fear conditioning and early life vulnerabilities: two distinct pathways of emotional dysregulation and brain dysfunction in PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *1*(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v1i0.5467>
106. Laursen, B., Pulkkinen, L., & Adams, R. (2002). The antecedents and correlates of agreeableness in adulthood. *Developmental Psychology*, *38*(4). <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.4.591>
107. Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-Esteem as an Interpersonal Monitor: The Sociometer Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(3). <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.518>
108. Lee, D. (2013). Decision Making: From Neuroscience to Psychiatry. In *Neuron* (Vol. 78, Issue 2). <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.04.008>
109. Lee, D., Seo, H., & Jung, M. W. (2012). Neural basis of reinforcement learning and decision making. In *Annual Review of Neuroscience* (Vol. 35).

<https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150512>

110. Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*(2).

<https://doi.org/10.1080/16506070902966918>

111. Leonard, K. A., Ellis, R. A., & Orcutt, H. K. (2020). Experiential avoidance as a mediator in the relationship between shame and posttraumatic stress disorder: The effect of gender. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(6). <https://doi.org/10.1037/tra0000601>

112. Leventhal, A. M., & Zvolensky, M. J. (2015). Anxiety, depression, and cigarette smoking: A transdiagnostic vulnerability framework to understanding emotion-smoking comorbidity. *Psychological Bulletin, 141*(1).

<https://doi.org/10.1037/bul0000003>

113. Leykin, Y., Roberts, C. S., & Derubeis, R. J. (2011). Decision-making and depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research, 35*(4).

<https://doi.org/10.1007/s10608-010-9308-0>

114. Liang, Z., Liao, X., & Cai, H. (2022). The Impact of Specific Psychological Characteristics on Decision-Making Under the Different Conditions of Risk Self-Assessment. *Frontiers in Psychology, 13*.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.779246>

115. Lighthall, N. R., Mather, M., & Gorlick, M. A. (2009). Acute stress increases sex differences in risk seeking in the Balloon Analogue Risk Task. *PLoS ONE, 4*(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0006002>

116. Litz, B. T., & Gray, M. J. (2002). Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: Current and future research directions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(2). <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01002.x>

117. López-Castro, T., Saraiya, T., Zumberg-Smith, K., & Dambreville, N. (2019). Association Between Shame and Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress, 32*(4). <https://doi.org/10.1002/jts.22411>

118. Luhmann, C. C., Chun, M. M., Yi, D. J., Lee, D., & Wang, X. J. (2008).

- Neural dissociation of delay and uncertainty in intertemporal choice. *Journal of Neuroscience*, 28(53). <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5058-08.2008>
119. MacCann, C., Duckworth, A. L., & Roberts, R. D. (2009). Empirical identification of the major facets of Conscientiousness. *Learning and Individual Differences*, 19(4). <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2009.03.007>
120. Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3). <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
121. Mann, L., Burnett, P., Radford, M., & Ford, S. (1997). The Melbourne decision making questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of Behavioral Decision Making*, 10(1). [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0771\(199703\)10:1<1::AID-BDM242>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0771(199703)10:1<1::AID-BDM242>3.0.CO;2-X)
122. Marx, B. P., Doron-Lamarca, S., Proctor, S. P., & Vasterling, J. J. (2009). The influence of pre-deployment neurocognitive functioning on post-deployment PTSD symptom outcomes among Iraq-deployed Army soldiers. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(6). <https://doi.org/10.1017/S1355617709990488>
123. McDonald, S. D., & Calhoun, P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD Checklist: A critical review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 30, Issue 8). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.012>
124. McTeague, L. M., Lang, P. J., Laplante, M. C., Cuthbert, B. N., Shumen, J. R., & Bradley, M. M. (2010). Aversive Imagery in Posttraumatic Stress Disorder: Trauma Recurrence, Comorbidity, and Physiological Reactivity. *Biological Psychiatry*, 67(4). <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.08.023>
125. Miethe, S., Wigger, J., Wartemann, A., Fuchs, F. O., & Trautmann, S. (2023). Posttraumatic Stress Symptoms and its Association with Rumination,

- Thought Suppression and Experiential Avoidance: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s10862-023-10022-2>
126. Miskovic, V., & Schmidt, L. A. (2012). Social fearfulness in the human brain. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 36, Issue 1). <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.08.002>
127. Miu, A. C., & Crişan, L. G. (2011). Cognitive reappraisal reduces the susceptibility to the framing effect in economic decision making. *Personality and Individual Differences*, 51(4). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.04.020>
128. Moiseenko, I., Shakhovska, N., Dronyuk, I., & Datsko, O. (2021). Social and Economics Aspects of the Pandemic Influence in Ukraine. *Procedia Computer Science*, 198. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.12.304>
129. Monroe, M. R., Skowronski, J. J., Macdonald, W., & Wood, S. E. (2005). The mildly depressed experience more post-decisional regret than the non-depressed. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(5). <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.5.665>
130. Mooradian, T. A., & Nezlek, J. B. (1996). Comparing the NEO-FFI and Saucier's mini-markers as measures of the big five. *Personality and Individual Differences*, 21(2). [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)00057-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(96)00057-8)
131. Morina, N., Sulaj, V., Schnyder, U., Klaghofer, R., Müller, J., Martin-Sölch, C., & Rufer, M. (2016). Obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms among civilian survivors of war. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0822-9>
132. Morvan, C., & Jenkins, B. (2017). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. In *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. <https://doi.org/10.4324/9781912282562>
133. Munir, S., & Takov, V. (2019). Generalized Anxiety Disorder - StatPearls - NCBI Bookshelf. In *StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) In The National Center for Biotechnology Information*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/#_NBK441870_pubdet_

134. Muntean, L. M., Nireștean, A., Popa, C. O., Strete, E. G., Ghiga, D. V., Sima-Comaniciu, A., & Lukacs, E. (2022). The Relationship between Emotional Stability, Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Romanian Medical Doctors during COVID-19 Period: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052937>
135. Myers, C. E., Moustafa, A. A., Sheynin, J., VanMeenen, K. M., Gilbertson, M. W., Orr, S. P., Beck, K. D., Pang, K. C. H., & Servatius, R. J. (2013). Learning to Obtain Reward, but Not Avoid Punishment, Is Affected by Presence of PTSD Symptoms in Male Veterans: Empirical Data and Computational Model. *PLoS ONE*, 8(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072508>
136. Näsholm, E., Rohlfing, S., & Sauer, J. D. (2014). Pirate stealth or inattentive blindness? The effects of target relevance and sustained attention on security monitoring for experienced and naïve operators. *PLoS ONE*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086157>
137. Nestadt, G., Kamath, V., Maher, B. S., Krasnow, J., Nestadt, P., Wang, Y., Bakker, A., & Samuels, J. (2016). Doubt and the decision-making process in obsessive-compulsive disorder. *Medical Hypotheses*, 96. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2016.09.010>
138. Nisticò, V., De Angelis, A., Erro, R., Demartini, B., & Ricciardi, L. (2021). Obsessive-compulsive disorder and decision making under ambiguity: A systematic review with meta-analysis. *Brain Sciences*, 11(2). <https://doi.org/10.3390/brainsci11020143>
139. Norman, L. J., Carlisi, C. O., Christakou, A., Murphy, C. M., Chantiluke, K., Giampietro, V., Simmons, A., Brammer, M., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2018). Frontostriatal Dysfunction During Decision Making in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(8). <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.03.009>
140. O'Donnell, M. L., Elliott, P., Lau, W., & Creamer, M. (2007). PTSD

- symptom trajectories: From early to chronic response. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3). <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.015>
141. Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J., & Gabrieli, J. D. E. (2002). Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(8). <https://doi.org/10.1162/089892902760807212>
142. Oguzhan, C., & M, E. D. (2015). Study on the validity and reliability of Melbourne Decision Making Scale in Turkey. *Educational Research and Reviews*, 10(10). <https://doi.org/10.5897/err2015.2273>
143. Öhman, A., Flykt, A., & Esteves, F. (2001). Emotion drives attention: Detecting the snake in the grass. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130(3). <https://doi.org/10.1037/0096-3445.130.3.466>
144. Orovou, E., Theodoropoulou, I. M., & Antoniou, E. (2021). Psychometric properties of the Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) in Greek women after cesarean section. *PLoS ONE*, 16(8 August). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255689>
145. Pabst, S., Brand, M., & Wolf, O. T. (2013). Stress and decision making: A few minutes make all the difference. *Behavioural Brain Research*, 250. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.04.046>
146. Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the dsm-5: Controversy, change, and conceptual considerations. In *Behavioral Sciences* (Vol. 7, Issue 1). <https://doi.org/10.3390/bs7010007>
147. Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: The role of comorbid depression. In *Comprehensive Psychiatry* (Vol. 53, Issue 7). <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.009>
148. Poethke, H. J., & Liebig, J. (2008). Risk-sensitive foraging and the evolution of cooperative breeding and reproductive skew. *BMC Ecology*, 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6785-8-2>
149. Porcelli, A. J., & Delgado, M. R. (2017). Stress and decision making: effects

- on valuation, learning, and risk-taking. In *Current Opinion in Behavioral Sciences* (Vol. 14). <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.11.015>
150. Prajjwal, P., Inban, P., Natarajan, B., Mitra, S., Tango, T., Ahmed, A., Bansode, S., & Almushawah, A. A. (2022). Current Treatments of Post-traumatic Stress Disorder and Amygdala Ablation as a Potential Cutting-Edge Therapy in Its Refractory Cases. In *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.31943>
151. Preston, S. D., Buchanan, T. W., Stansfield, R. B., & Bechara, A. (2007). Effects of Anticipatory Stress on Decision Making in a Gambling Task. *Behavioral Neuroscience*, *121*(2). <https://doi.org/10.1037/0735-7044.121.2.257>
152. Queen, T. L., Hess, T. M., Ennis, G. E., Dowd, K., & Grünh, D. (2012). Information search and decision making: Effects of age and complexity on strategy use. *Psychology and Aging*, *27*(4). <https://doi.org/10.1037/a0028744>
153. Quinn, M. E., Stange, J. P., Jenkins, L. M., Corwin, S., DelDonno, S. R., Bessette, K. L., Welsh, R. C., & Langenecker, S. A. (2018). Cognitive control and network disruption in remitted depression: a correlate of childhood adversity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *13*(10). <https://doi.org/10.1093/scan/nsy077>
154. Raghunathan, R., & Pham, M. T. (1999). All Negative Moods Are Not Equal: Motivational Influences of Anxiety and Sadness on Decision Making COLUMBIA BUSINESS SCHOOL 1 Published in: *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *100*12.
155. Remijnse, P. L., Nielen, M. M. A., Van Balkom, A. J. L. M., Cath, D. C., Van Oppen, P., Uylings, H. B. M., & Veltman, D. J. (2006). Reduced orbitofrontal-striatal activity on a reversal learning task in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*(11). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.11.1225>
156. Rhodes, S., Greene, N. R., & Naveh-Benjamin, M. (2019). Age-related differences in recall and recognition: a meta-analysis. In *Psychonomic Bulletin and Review* (Vol. 26, Issue 5). <https://doi.org/10.3758/s13423-019-01649-y>

157. Risbrough, V. B., Glynn, L. M., Davis, E. P., Sandman, C. A., Obenaus, A., Stern, H. S., Keator, D. B., Yassa, M. A., Baram, T. Z., & Baker, D. G. (2018). Does anhedonia presage increased risk of posttraumatic stress disorder?: Adolescent anhedonia and posttraumatic disorders. In *Current Topics in Behavioral Neurosciences* (Vol. 38). https://doi.org/10.1007/7854_2018_51
158. Rizzi, D., Ciuffo, G., Sandoli, G., Mangiagalli, M., de Angelis, P., Scavuzzo, G., Nych, M., Landoni, M., & Ionio, C. (2022). Running Away from the War in Ukraine: The Impact on Mental Health of Internally Displaced Persons (IDPs) and Refugees in Transit in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph192416439>
159. Robbins, T. W., Vaghi, M. M., & Banca, P. (2019). Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects. In *Neuron* (Vol. 102, Issue 1). <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.01.046>
160. Roberts, B. W., & Yoon, H. J. (2022). Personality Psychology. In *Annual Review of Psychology* (Vol. 73). <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020821-114927>
161. Ross, D. A., Arbuckle, M. R., Travis, M. J., Dwyer, J. B., Van Schalkwyk, G. I., & Ressler, K. J. (2017). An integrated neuroscience perspective on formulation and treatment planning for posttraumatic stress disorder: An educational review. In *JAMA Psychiatry* (Vol. 74, Issue 4). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3325>
162. Sachdev, P. S., & Malhi, G. S. (2005). Obsessive-compulsive behaviour: A disorder of decision-making. In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (Vol. 39, Issue 9). <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01680.x>
163. Samochowiec, J., & Florack, A. (2010). Intercultural contact under uncertainty: The impact of predictability and anxiety on the willingness to interact with a member from an unknown cultural group. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(5). <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2010.05.003>
164. Santos, L. R., & Hughes, K. D. (2009). Economic cognition in humans and animals: the search for core mechanisms. In *Current Opinion in Neurobiology*

(Vol. 19, Issue 1). <https://doi.org/10.1016/j.conb.2009.05.005>

165. Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. In *Canadian Journal of Psychiatry* (Vol. 59, Issue 9). <https://doi.org/10.1177/070674371405900902>

166. Sartori, R., Costantini, A., Ceschi, A., & Scalco, A. (2017). Not only correlations: a different approach for investigating the relationship between the Big Five personality traits and job performance based on workers and employees' perception. *Quality and Quantity*, 51(6). <https://doi.org/10.1007/s11135-016-0406-2>

167. Schell, T. L., Marshall, G. N., & Jaycox, L. H. (2004). All Symptoms Are Not Created Equal: The Prominent Role of Hyperarousal in the Natural Course of Posttraumatic Psychological Distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2). <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.2.189>

168. Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K., & Lehman, D. R. (2002). Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5). <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.5.1178>

169. Seah, R., & Berle, D. (2022). Shame Mediates the Relationship Between Negative Trauma Attributions and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in a Trauma Exposed Sample. *Clinical Psychology in Europe*, 4(3), 1–17. <https://doi.org/10.32872/cpe.7801>

170. Seo, M. G., & Barrett, L. F. (2007). Being emotional during decision making - Good or bad? An empirical investigation. *Academy of Management Journal*, 50(4). <https://doi.org/10.5465/amj.2007.26279217>

171. Serrano-Gemes, G., Serrano-Del-rosal, R., & Rich-Ruiz, M. (2021). Experiences in the decision-making regarding the place of care of the elderly: A systematic review. In *Behavioral Sciences* (Vol. 11, Issue 2). <https://doi.org/10.3390/bs11020014>

172. Sharma, N, Mishra, R., & Mishra, D. (2015). Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). *Indian Pediatrics*, 2(52).

173. Sheynin, J., Shind, C., Radell, M., Ebanks-Williams, Y., Gilbertson, M. W., Beck, K. D., & Myers, C. E. (2017). Greater avoidance behavior in individuals with posttraumatic stress disorder symptoms. *Stress, 20*(3). <https://doi.org/10.1080/10253890.2017.1309523>
174. Shi, J., Yao, Y., Zhan, C., Mao, Z., Yin, F., & Zhao, X. (2018). The Relationship Between Big Five Personality Traits and Psychotic Experience in a Large Non-clinical Youth Sample: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Frontiers in Psychiatry, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00648>
175. Shi, Z., Li, S., & Chen, G. (2022). Assessing the Psychometric Properties of the Chinese Version of Ten-Item Personality Inventory (TIPI) Among Medical College Students. *Psychology Research and Behavior Management, 15*. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S357913>
176. Silver, K. E., Kumari, M., Conklin, D., & Karakurt, G. (2018). Trauma and Health Symptoms in a Community Sample: Examining the Influences of Gender and Daily Stress. *American Journal of Family Therapy, 46*(2). <https://doi.org/10.1080/01926187.2018.1461031>
177. SK, M., & R., M. (2022). *Posttraumatic Stress Disorder*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559129/>
178. Skeie-Larsen, M., Stave, R., Grønli, J., Bjorvatn, B., Wilhelmsen-Langeland, A., Zandi, A., & Pallesen, S. (2022). The Effects of Pharmacological Treatment of Nightmares: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010777>
179. Skumlien, M., Mokrysz, C., Freeman, T. P., Valton, V., Wall, M. B., Bloomfield, M., Lees, R., Borissova, A., Petrilli, K., Giugliano, M., Clisu, D., Langley, C., Sahakian, B. J., Curran, H. V., & Lawn, W. (2023). Anhedonia, Apathy, Pleasure, and Effort-Based Decision-Making in Adult and Adolescent Cannabis Users and Controls. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 26*(1). <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyac056>
180. Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and

- major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140(3). <https://doi.org/10.1037/a0035302>
181. Smillie, L. D., Deyoung, C. G., & Hall, P. J. (2015). Clarifying the Relation Between Extraversion and Positive Affect. *Journal of Personality*, 83(5), 564–574. <https://doi.org/10.1111/jopy.12138>
182. Smith-Crowe, K., & Warren, D. E. (2014). The emotion-evoked collective corruption model: The role of emotion in the spread of corruption within organizations. *Organization Science*, 25(4). <https://doi.org/10.1287/orsc.2014.0896>
183. Smyth, J., Zawadzki, M., & Gerin, W. (2013). Stress and disease: A structural and functional analysis. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(4). <https://doi.org/10.1111/spc3.12020>
184. Sokol-Hessner, P., Hsu, M., Curley, N. G., Delgado, M. R., Camerer, C. F., & Phelps, E. A. (2009). Thinking like a trader selectively reduces individuals' loss aversion. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106(13). <https://doi.org/10.1073/pnas.0806761106>
185. Sripada, C. S., Angstadt, M., Banks, S., Nathan, P. J., Liberzon, I., & Phan, K. L. (2009). Functional neuroimaging of mentalizing during the trust game in social anxiety disorder. *NeuroReport*, 20(11). <https://doi.org/10.1097/WNR.0b013e32832d0a67>
186. Sripada, R. K., Garfinkel, S. N., & Liberzon, I. (2013). Avoidant symptoms in PTSD predict fear circuit activation during multimodal fear extinction. *Frontiers in Human Neuroscience*, OCT. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00672>
187. Stanislawski, E. R., Saali, A., Magill, E. B., Deshpande, R., Kumar, V., Chan, C., Hurtado, A., Charney, D. S., Ripp, J., & Katz, C. L. (2023). Longitudinal Mental Health Outcomes of Third-year Medical Students Rotating Through the Wards During COVID-19. *Psychiatry Research*, 320. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115030>
188. Steenland, K., Hu, S., & Walker, J. (2004). All-cause and cause-specific mortality by socioeconomic status among employed persons in 27 US states, 1984-1997. *American Journal of Public Health*, 94(6).

<https://doi.org/10.2105/AJPH.94.6.1037>

189. Steffens, D. C., Fahed, M., Manning, K. J., & Wang, L. (2022). The neurobiology of apathy in depression and neurocognitive impairment in older adults: a review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological research. In *Translational Psychiatry* (Vol. 12, Issue 1). <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02292-3>

190. Stotz, S. J., Elbert, T., Müller, V., & Schauer, M. (2015). The relationship between trauma, shame, and guilt: Findings from a community-based study of refugee minors in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25863>

191. Sumner, J. A., Hagan, K., Grodstein, F., Roberts, A. L., Harel, B., & Koenen, K. C. (2017). Posttraumatic stress disorder symptoms and cognitive function in a large cohort of middle-aged women. *Depression and Anxiety*, 34(4). <https://doi.org/10.1002/da.22600>

192. Sveen, J., Bondjers, K., & Willebrand, M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for dsm-5: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30165>

193. Taylor, S., McKay, D., Miguel, E. C., De Mathis, M. A., Andrade, C., Ahuja, N., Sookman, D., Kwon, J. S., Huh, M. J., Riemann, B. C., Cottraux, J., O'Connor, K., Hale, L. R., Abramowitz, J. S., Fontenelle, L. F., & Storch, E. A. (2014). Musical obsessions: A comprehensive review of neglected clinical phenomena. In *Journal of Anxiety Disorders* (Vol. 28, Issue 6). <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.003>

194. Teel, J., Reynolds, M., Bennett, M., Roden-Foreman, J. W., McShan, E., Hamilton, R., Driver, S., Powers, M. B., & Warren, A. M. (2019). Secondary traumatic stress among psychiatrists treating trauma patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 32(2). <https://doi.org/10.1080/08998280.2018.1559694>

195. Tilghman-Osborne, C., Cole, D. A., & Felton, J. W. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. In *Clinical*

- Psychology Review* (Vol. 30, Issue 5). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.007>
196. Tom, S. M., Fox, C. R., Trepel, C., & Poldrack, R. A. (2007). The neural basis of loss aversion in decision-making under risk. *Science*, *315*(5811). <https://doi.org/10.1126/science.1134239>
197. Tryon, W. W. (1997). Cognitive Science Perspectives on Personality and Emotion. *Advances in Psychology*, *124*.
198. Tsigos, C., Kyrou, I., Kassi, E., & Chrousos, G. P. (2000). Stress, Endocrine Physiology and Pathophysiology. In *Endotext*.
199. Verduijn, J., Milaneschi, Y., Schoevers, R. A., Van Hemert, A. M., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2015). Pathophysiology of major depressive disorder: Mechanisms involved in etiology are not associated with clinical progression. *Translational Psychiatry*, *5*(9). <https://doi.org/10.1038/tp.2015.137>
200. Victoria, L. W., Gunning, F. M., Bress, J. N., Jackson, D., & Alexopoulos, G. S. (2018). Reward learning impairment and avoidance and rumination responses at the end of Engage therapy of late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *33*(7). <https://doi.org/10.1002/gps.4877>
201. Vinograd, M., Stout, D. M., & Risbrough, V. B. (2022). Anhedonia in Posttraumatic Stress Disorder: Prevalence, Phenotypes, and Neural Circuitry. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, *58*(December 2021), 185–200. https://doi.org/10.1007/7854_2021_292
202. Vlek, C. (2004). Environmental Versus Individual Risk Taking: Perception, Decision, Behavior. In *Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set*. <https://doi.org/10.1016/B0-12-657410-3/00949-1>
203. Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Telang, F., Logan, J., Jayne, M., Ma, Y., Pradhan, K., Wong, C., & Swanson, J. M. (2010). Cognitive control of drug craving inhibits brain reward regions in cocaine abusers. *NeuroImage*, *49*(3). <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.10.088>
204. von Neumann, J., & Morgenstern, O. (2007). Theory of games and economic behavior. In *Theory of Games and Economic Behavior*.

<https://doi.org/10.1086/286866>

205. Warm, J. S., Parasuraman, R., & Matthews, G. (2008). Vigilance requires hard mental work and is stressful. In *Human Factors* (Vol. 50, Issue 3).

<https://doi.org/10.1518/001872008X312152>

206. Watson, D., Kotov, R., & Gamez, W. (2006). Basic Dimensions of Temperament in Relation to Personality and Psychopathology. *Personality and Psychopathology*, January 2006.

207. Weiss, F. (2005). Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. In *Current Opinion in Pharmacology* (Vol. 5, Issue 1).

<https://doi.org/10.1016/j.coph.2004.11.001>

208. Werth Cook, J., Spring, B., McChargue, D., & Hedeker, D. (2004). Hedonic capacity, cigarette craving, and diminished positive mood. *Nicotine and Tobacco Research*, 6(1). <https://doi.org/10.1080/14622200310001656849>

209. Whalley, M. G., Kroes, M. C. W., Huntley, Z., Rugg, M. D., Davis, S. W., & Brewin, C. R. (2013). An fMRI investigation of posttraumatic flashbacks. *Brain and Cognition*, 81(1). <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.10.002>

210. Winkleby, M. A., & Cubbin, C. (2003). Influence of individual and neighbourhood socioeconomic status on mortality among black, Mexican-American, and white women and men in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(6). <https://doi.org/10.1136/jech.57.6.444>

211. Wu, T., Luo, Y., Broster, L. S., Gu, R., & Luo, Y. J. (2013). The impact of anxiety on social decision-making: Behavioral and electrodermal findings. *Social Neuroscience*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/17470919.2012.694372>

212. Wulfert, E., Harris, K., & Broussard, J. (2016). The role of cross-cue reactivity in coexisting smoking and gambling habits. *Journal of Gambling Issues*, 2016(32). <https://doi.org/10.4309/jgi.2016.32.3>

213. Wyszomirska, J., Bąk-Sosnowska, M., & Daniel-Sielańczyk, A. (2023). Anxious and Angry: Early Emotional Adaptation of Medical Students in a Situational Crisis on the Example of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3).

<https://doi.org/10.3390/ijerph20031847>

214. Yehuda, R., Bryant, R., Marmar, C., & Zohar, J. (2005). Pathological responses to terrorism. *Neuropsychopharmacology*, 30(10).

<https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300816>

215. Yoon, S. A., & Weierich, M. R. (2016). Salivary biomarkers of neural hypervigilance in trauma-exposed women. *Psychoneuroendocrinology*, 63.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.09.007>

216. Young, C. B., Raz, G., Everaerd, D., Beckmann, C. F., Tendolkar, I., Hendler, T., Fernández, G., & Hermans, E. J. (2017). Dynamic shifts in large-scale brain network balance as a function of arousal. *Journal of Neuroscience*, 37(2).

<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1759-16.2016>

217. Zelenski, J. M., & Larsen, R. J. (2002). Predicting the future: How affect-related personality traits influence likelihood judgments of future events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(7).

<https://doi.org/10.1177/014616720202800712>

218. Zuckerman, H., Pan, Z., Park, C., Brietzke, E., Musial, N., Shariq, A. S., Iacobucci, M., Yim, S. J., Lui, L. M. W., Rong, C., & McIntyre, R. S. (2018). Recognition and Treatment of Cognitive Dysfunction in Major Depressive Disorder. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 9).

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00655>

219. Наріман, Д. (2019). Особистісні риси і прийняття рішень у залежних від психоактивних речовин осіб. *Проблеми Сучасної Психології*, 88–113.

<https://doi.org/10.32626/2227-6246.2019-46.88-113>

12. Я намагаюся мати чітке уявлення про свої цілі до того, як зробити вибір
Так Ні Інколи
13. Можливість того, що якась дрібниця піде «не за планом» змушує мене різко змінити рішення.
Так Ні Інколи
14. Якщо рішення може бути прийняте мною чи іншою людиною, я дозволяю прийняти його іншій людині
Так Ні Інколи
15. Коли я стикаюся з важкою проблемою, я зазвичай песимістичний щодо можливості знайти гарне рішення.
Так Ні Інколи
16. Я ретельно все обмірковую, перш ніж прийняти рішення
Так Ні Інколи
17. Я не приймаю рішення, хіба що це мені потрібно
Так Ні Інколи
18. Я відкладаю прийняття рішень до останнього моменту
Так Ні Інколи
19. Я волію аби люди, які більш інформовані, ніж я, вирішували за мене
Так Ні Інколи
20. Після прийняття рішень, я витрачаю багато часу на переконання самого (самої) себе в тому, що воно було правильним
Так Ні Інколи
21. Я відкладаю прийняття рішень
Так Ні Інколи
22. Я не можу ясно мислити, коли рішення треба прийняти у поспіху
Так Ні Інколи

ДОДАТОК Б
PCL-5

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували:	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць тощо), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували: стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

ДОДАТОК В

TEN ITEM PERSONALITY INVENTORY

Нижче наведено перелік якостей, які можуть бути, або можуть не бути характерними особисто для Вас. Поставте, будь ласка, біля кожного твердження позначку, наскільки Ви погоджуєтесь із кожним із них. Оцініть, в якій мірі запропонована пара характеристик стосується Вас особисто, навіть якщо одна з них підходить Вам більше, аніж друга.

абсолютно не погоджуюсь	1
не погоджуюся	2
швидше не погоджуюся	3
важко сказати	4
швидше погоджуюся	5
погоджуюся	6
абсолютно погоджуюся	7

Бачу себе як людину, яка:

Товариська, активна

Критична, конфліктна

Сумлінна, дисциплінована

Тривожна, схильна перейматися

Відкрита до нового, різностороння

Стримана, тиха

Тактовна, співчутлива, приязна

Неорганізована, легковажна

Спокійна, емоційно стабільна

Не любить змін і пошуку нових рішень