

Міністерство освіти та науки України
Національний університет “Острозька академія”
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему :
“ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПЕРМАНЕНТНОЇ ВІЙНИ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ”

Виконала студентка ІІ курсу, групи - ЗМПс -2
напрямку підготовки 053 “Психологія”
Ганаба Світлана Олександрівна

Керівник :
доктор психологічних наук, професор,
Балашов Едуард Михайлович
Рецензент : кандидат психологічних наук, доцент
Волошина-Нарожна Вікторія Олександрівна

Допущено до захисту

Завідувач кафедри: _____
О. МАТЛАСЕВИЧ

Острог — 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СТАНУ ПЕРМАНЕНТНОЇ ВІЙНИ.....	12
1.1. Етимологія поняття “стан перманентної війни” у психології.....	12
1.2. Концептуальні підходи у розумінні психотравми як основи стану перманентної війни.....	18
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРМАНЕНТНОЇ ВІЙНИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	31
2.1. Організація та опис методики дослідження.....	31
2.2. Аналіз вираженості наслідків стану перманентної війни в учасників бойових дій.....	37
2.3. Особливості копінг-стратегій учасників бойових дій.....	43
2.4. Аналіз ступеню вираженості та можливостей посттравматичного зростання, самоефективності та рівня задоволеності від життя учасників бойових дій.....	50
Висновки до другого розділу.....	58
РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК МЕДІАТОР ОСОБИСТІСНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ ТА ПОДОЛАННЯ СТАНУ ПЕРМАНЕНТНОЇ ВІЙНИ.....	61
3.1. Міжнародний досвід соціально-психологічного супроводу військовослужбовців.....	61
3.2. Психологічна підтримка як основа процесу подолання стану перманентної війни.....	70
3.3. Відновлення та посттравматичне зростання особистості: внутрішні ресурси.....	77
Висновки до третього розділу.....	86
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	92
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Постановка проблеми. Воєнні реалії сьогодення є великим суспільним потрясінням, яке впливає на усі сфери буття людини, її емоційний стан, міжлюдські взаємини тощо. Загалом, мова йде про розлади у соціальній адаптації й поведінці людини, які наносять шкоду її психоемоційному благополуччю й рівню працездатності та зумовлюють девальвацію низки світоглядних й морально-ціннісних орієнтирів тощо. Поширення конфліктогенних явищ у суспільстві, масштабні руйнування житла й інфраструктури, емоційно-психологічне травмування усіх вікових й професійно-соціальних груп населення вносять серйозний дисонанс у світовідчуття й розуміння людиною світу довкола та себе у ньому, посилюють тривожність, страх, невпевненість тощо. Проте, найбільш стресогенними й емоційно небезпечними воєнні реалії є для військовослужбовців. Виконання складних бойових завдань, специфіка служби в умовах, ускладнених впливом надзвичайних психоемоційних й фізичних навантажень, що супроводжуються зниженням психологічних резервів організму, зумовлюють порушення у повсякденній життєдіяльності, зумовлюють несприятливі особистісні зміни у характері та поведінці, що у подальшому негативно позначається на загальному стані здоров'я, працездатності, стосунках з оточенням тощо.

Повернувшись до мирного життя, військовослужбовці переживають нові стреси, пов'язані із соціальною адаптацією, труднощами у спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізацією, створенням родини тощо. Первинний стрес, отриманий під час бойових дій, підсилюється вторинним, що виникає після повернення до мирного життя й отримує, досить часто перманентний характер. Посттравматичні стресові розлади, високий відсоток суїцидів, депресії та розвиток залежності від алкоголю й наркотиків, загальне психологічне неблагополуччя є чинниками, які не сприяють можливості

військовослужбовцям максимально реалізувати свій особистісний потенціал у мирному житті.

З огляду на окреслену вище ситуацію, актуалізується проблема дослідження психологічних особливостей стану перманентної війни у військовослужбовців, які можуть стати основою у розробці низки продуктивних методик та технік у наданні психологічної, соціальної, медичної та інших видів допомоги.

Ступінь наукової розробки проблеми. Осмисленню проблеми стану перманентної війни присвячено широке коло психологічних, соціологічних, педагогічних, культурологічних досліджень. Концептуальні засади поняття “стан перманентної війни” представлено розмаїтою палітрою досліджень. Так, розгляд цієї дефініції в онтологічному вимірі війни та миру представлено у працях О. Лисенка, Б. Парахонського, Т. Яворської та інших. Вплив культурно-історичного підґрунтя на психологічні та фізичні розлади проаналізовано у науковій розвідці Е. Джонса “Історичні підходи до бойових розладів”. Аналіз впливу низки соціокультурних факторів на подолання негативних наслідків психоемоційного стану військових презентовано у праці Р. Моріна “Складний період військового до цивільного життя”. Загалом дослідження засвідчують потребу міждисциплінарного підходу в осмисленні проблем стану перманентної війни. Екстраполяція комплексного розуміння цієї проблеми у психологічних дослідженнях знайшла відображення у працях Т. Вайта, К. Гербер, Р. Корнум, М. Меттюса, М. Мюллера, П. Левіна, М. Селігмана та інших. Дослідження стану перманентної війни як прояву колективної травми презентовано у працях П. Горностаї, І. Магрицької, О. Чабана, О. Хаустової.

Наступна група досліджень присвячена аналізу впливу бойових дій на психологічний стан військовослужбовців. У дослідженнях О. Блінова, В. Горбунової, Д. Зубовського, О. Колесніченко, О. Корольчука, В. Климчука, О. Туриніної визначено засади, особливості та наслідки бойової психологічної

травматизації учасників бойових дій. Різні аспекти реабілітаційної роботи з військовослужбовцями у подоланні психологічної травми досліджували О. Вознесенська, О. Колісніченко, О. Корольчук, О. Кокун, І. Пішко, Є. Потапчук, В. Остапчук. Особистісне зростання людини у умовах посттравматичного стресового розладу розглядають Д. Зубовський, З. Комар, В. Осьодло, М. Лук'яненко та інші. Психодіагностиці особистості у кризових життєвих ситуаціях присвячено наукові розвідки В. Зливкова, Н. Лозінської, С. Лукомської, О. Федан. Особливості соціально-психологічної адаптації ветеранів розглянуто у працях В. Горбунової, Л. Карачевського, В. Климчука, О. Нетлюха, О. Романчука.

Аналіз внутрішніх ресурсів у відновленні та посттравматичному зростанні особистості презентовано у С. Ставицької, Р. Микатенка, О. Черних, Н. Улько та інших. Аналіз ресурсів за моделлю BASIC RH розглянуто О. Гершановим, А. Кучеров, М. Лук'яненко, Н. Макієнко. З метою просвітницької функції у розумінні поширених проблем у сфері психічного здоров'я започатковано серію “Сам собі психотерапевт”. Це спільне видання Інституту Українського католицького університету та Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії за підтримки фахівців Оксфордського центру когнітивної терапії. Теоретико-методологічні та практичні проблеми психологічної реабілітації учасників бойових дій презентовано у матеріалах щорічної Міжнародної науково-практичної конференції “Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи”, яка щороку проводиться Київським національним університетом імені Тараса Шевченка.

Попри різноманіття дослідницьких зацікавлень, релевантними залишаються проблеми комплексного вивчення стану перманентної війни учасників бойових дій й шляхи виходу з цього стану й актуалізуються потреби створення ефективних програм психологічної реабілітації та ресоціалізації військовослужбовців.

Метою дослідження є теоретично-експериментальне дослідження психологічних особливостей стану перманентної війни учасників бойових дій як основи корекційних програм психологічної реабілітації.

Об'єкт дослідження — стан перманентної війни в учасників бойових дій.

Предмет дослідження — психологічні особливості стану перманентної війни в учасників бойових дій.

Окреслена мета реалізується через низку **завдань дослідження**:

- конкретизувати сутність поняття “стан перманентної війни” та окреслити його дослідницьке поле у психології;
- визначити концептуальні підходи у розумінні психологічної травми як основи стану перманентної війни;
- емпірично виявити психологічні фактори прояву стану перманентної війни у військовослужбовців;
- з'ясувати особливості соціально-психологічного супроводу військових як медіатора особистісних трансформацій;
- охарактеризувати міжнародний досвід з питань соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій;
- визначити внутрішні ресурси відновлення та посттравматичного зростання учасників бойових дій.

Гіпотеза дослідження - визначення психологічних особливостей стану перманентної війни учасників бойових дій дозволить з'ясувати рівень впливу травмивних подій та можливостей посттравматичного зростання в учасників бойових дій, їх здатності до самоефективності та очікування успіху від реалізації конкретної життєвої ситуації. Окреслення шляхів поєднання нового досвіду з отриманим й осмисленим раніше передбачає початок одужання. Відновлення, попри травми та потрясіння, узвичаєних координат свого життя, передбачає побудову нової моделі життя, яка включатиме досвід травми та дозволить керувати своїм життям.

Методологічна основа дослідження. У роботі застосовано комплексний методологічний підхід, який передбачає використання низки методів і прийомів, що відповідають завданням дослідження. Основу підходу складає структура тривірневого аналізу С. Максименка й І. Пасічника [32]. Перший рівень пов'язаний з теоретичними побудовами і включає загально пояснювальні моделі, що стосуються природи людської психіки, її генези та особливостей прояву тощо. Так, феноменологічний підхід уможливив етимологічне пояснення поняття “стану перманентної війни” у психології, аналіз психотравми як стану страху та безсилля. Соціально-філософський аналіз використано з метою концептуалізації підходів у розумінні психотравми як основи стану перманентної війни; розуміння віри як екзистенціалу людського буття. Теоретичне осмислення проблем міжнародного досвіду з питань соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій здійснено на основі компаративістського аналізу. З позицій аксіологічного підходу пояснено ціннісні переживання та категорії сенсу та наповненості життя. Другий рівень аналізу передбачав дослідження специфіки предмету. Так, у роботі використано концепції загального адаптаційного синдрому Г. Сельє; розуміння ресурсів особистості А. Кардінера; постратматичного зростання Р. Тадеші, Л. Калхаун; емоційного інтелекту Дж. Мейєра, П. Селовея, Д. Карузо; письмового та усного самовираження В. Осьодло, Д. Зубовського; концептуальні ідеї салютогенного підходу А. Антоновського; психоаналітичної теорії травми З. Фрейда; логотерапії В. Франкла; терапевтичної моделі нейропсихологічного підходу Б. Ткач; багатовимірної модель психологічного виживання людини після сильного стресу BASIC Ph M. Лаада тощо. Третій рівень аналізу здійснено на основі сукупності конкретних методів та технічних дослідницьких прийомів.

Методи дослідження. Для вирішення окреслених завдань дослідження застосовано комплекс теоретичних та емпіричних методів.

Теоретичні: аналіз літератури, систематизація та узагальнення зібраних даних.

Емпіричні: методи експертної оцінки, анкетування та тестування для оцінки ступеня вираження симптомів стану перманентної війни в учасників бойових дій та впливу травмівних подій на їх здатність соціальної адаптації до реалій мирного життя використано методики “Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях” розроблена С. Норманом, Д. Ендлером, Д. Джеймсом, М. Паркером в адаптації Т. Крюкової, “Шкала оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності” розроблена Ч. Д. Спілбергом й модифікована Ю. Л. Ханіним, “Опитувальник посттравматичних когніцій” розробленим Е. Фoa, А. Елерсом, Д. Кларком, Д.Толіном, С. Орсілло. Рівень посттравматичного відновлення діагностувався за методиками: “Шкала задоволеності життям” (*Satisfaction with Life Scale, SWLS 1985*) Е. Дінера, адаптована Д. Леонтьєвим та Є. Осіновим, “Опитувальник посттравматичного зростання” (*Post Traumatic Growth Inventory*) розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун й адаптований М. Магомед-Еміновим.

Математично-статистичні методи: статистичний аналіз даних результатів емпіричних досліджень на основі кореляційного аналізу r-Пірсона дозволив визначити наявність статистично значущого позитивного зв’язку між рівнем задоволеності життям та показниками посттравматичного зростання.

До емпіричного дослідження було залучено учасників бойових дій — членів громадських організацій “Ветеранський простір” (м. Кам’янець-Подільський), “Кам’янець-Подільська міська спілка ветеранів Афганістану”, військовослужбовців, які знаходяться на лікуванні у Клеванському медично-реабілітаційному центрі (Рівненська область) та військовослужбовців Збройних сил України, які повернулися із зони бойових дій, але продовжують проходити військову службу у військових частинах Хмельницької області. Вибірка становила 112 осіб.

Новизна дослідження полягає в осмисленні феноменологічної природи поняття “стан перманентної війни” як психосоціальної травми й виокремленні психологічних особливостей цього стану, що слугуватиме теоретичним підґрунтям у розробці ефективних програм психосоціальної реабілітації та посттравматичного зростання.

Теоретичне значення роботи — проаналізовано концептуальні основи психології стану перманентної війни, показано трансформацію міркувань дослідників в історичній динаміці цього феномена; теоретично обґрунтовано підходи науковців, що дало змогу з’ясувати сутність поняття та його психологічні особливості, визначено стан перманентної війни як психічний стан, який має інтегративний зміст й діагностується за допомогою оцінки низки показників та факторів.

Практичне значення роботи — результати дослідження психологічних особливостей стану перманентної війни у військовослужбовців дозволять ефективно планувати та проводити практичні заходи з соціальної адаптації та посттравматичного зростання, спираючись на наявні ресурси та реальні потреби військовослужбовців. Результати дослідження можуть бути використані установами та організаціями, які планують і здійснюють процес соціальної адаптації військовослужбовців. Робота може стати основою для подальших наукових досліджень у сфері психосоціальної адаптації учасників бойових дій.

Апробація результатів дослідження. Основні положення й практичні рекомендації викладено у тезах та доповідях автора на конференціях: III Міжнародна науково-практична конференція “Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів” (31 жовтня 2022р., м. Київ); Всеукраїнська міжгалузева науково-практичній онлайн-конференція “Україна на шляху відновлення: завдання науки і освіти в європеїзації держави” (17-19 травня 2023р., м. Київ); Міжнародний психологічний форум “Особистість, суспільство, війна” (7 квітня 2023р., м.

Харків); Міжнародна науково-практична конференція “Соціальні аспекти військово-професійної діяльності сектора безпеки і оборони: виклики сьогодення” (31 травня 2023р., м. Вінниця); Міжнародна богословська наукова конференція “Війна в Україні: релігійні, геополітичні та культурні виміри ціннісно-світоглядних зіткнень початку ХХ століття” (15 червня 2023р., м. Луцьк); V Міжнародна науково-практична конференція “Спільні дії військові формування і правоохоронних органів держави: проблеми та шляхи вирішення в умовах воєнного стану” (22 жовтня 2023р., м. Одеса); Всеукраїнська науково-практична конференція “Психологічні особливості фахівця в умовах воєнного часу та повоєнної реабілітації” (27 жовтня 2023р., Львів), під час навчання за тренінговою програмою надання першої психологічної допомоги та пом’якшення синдрому вигорання й втоми (березень-липень 2023р., Коаліція травми, Ізраїль) (сертифікат № FH 442911, липень 2023р.).

Ідеї та результати дослідження відображено у фахових виданнях:

1. Ганаба С. О., Балашов Е. М. Емпіричний аналіз вираженості прояву посттравматичного зростання учасників бойових дій. *Психологічні студії*. № 3. 2023. С. 22-29;

у інших наукових виданнях та матеріалах доповідей:

1. Ганаба С. О. Ресурси емоційної стійкості та успішної адаптації до надзвичайних ситуацій військовослужбовців: резилієнс підхід. *Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів (м. Київ, 31.10. 2022р) : зб мат-лів III Міжнародної науково-практичної конференції*. Київ. Вид-во “Людмила”, 2022. С.65-68.

2. Ганаба С. О. Самоцінність як умова розвитку резилієнсу. *Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (7 квітня 2023р. м. Харків, Україна) / МВС України, Харків. Нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2023. С.54-57.*

3. Ганаба С. О. Розвиток емоційного інтелекту як проблема психологічних досліджень. *Соціальні аспекти військово-професійної діяльності сектора безпеки і*

оборони: виклики сьогодення: мат-ли міжнар. наук-практ конф-ції / під ред. Міршук О.Є. (31.05.2023р.). Вінниця, НАНГУ, 2023. С. 193-195.

4. Ганаба С. О. Посттравматичне зростання як концептуальний підхід в організації психокорекційної роботи військовослужбовців. *“Спільні дії військові формування і правоохоронних органів держави: проблеми та шляхи вирішення в умовах воєнного стану”* : мат-ли V Міжн. наук. -практ. конф. (22 жовтня 2023р., м. Одеса). Одеса, Вид-во ВДКСМ, 2023. С.34-36.

5. Ганаба С. О. Евристичний потенціал міжнародного досвіду соціально-психологічного супроводу військовослужбовців. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєної реабілітації* : матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції (27 жовтня 2023 року) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2023. С. 77-79.

Структура дослідження. Структура та обсяг дослідження зумовлені метою та завданнями. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку та списку використаних джерел (102 найменування, з них — 40 іноземною мовою), додатків.

РОЗДІЛ 1. ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СТАНУ ПЕРМАНЕНТНОЇ ВІЙНИ

1. 1. Етимологія поняття “стан перманентної війни” у психології

Поняття “перманентний” (від англ. *permanent* – означає постійний) використовують у науковому дискурсі та повсякденному мовленні для позначення об’єкта чи явища, що максимально розтягнуте у часі чи триває великий відрізок часу [51, с. 346]. У суспільствознавчих науках ця дефініція використовується як міждисциплінарне поняття. У широкому розумінні, науковці ним позначають ситуацію “перманентного конфлікту у вигляді боротьби за виживання” [42, с. 128]. Воно розуміється як багатоаспектне й складне явище, що “відштовхується не від однієї центральної ідеї, що йде від влади, вождя, партії, а від багатьох раціональностей, стратегій, втілюваних спільнотами, соціальними групами, родинами, індивідуумами” [42, с. 129]. У вузькому значенні цим поняттям позначають порушення звичного порядку життя людини у тривалій часовій перспективі, що виникає внаслідок низки різноманітних кризових подій.

Це трактування корелюється із поясненням, яке використовується у психології. Зокрема, науковці ним позначають психологічний стан особистості, який характеризується низкою психологічних розладів, що виникають внаслідок травматичної події й ускладнюють соціально-психологічну адаптацію людини, негативно позначаються на її психоемоційному самопочутті, зачіпаючи усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особистісний, міжособистісний та соціальної взаємодії), зумовлюючи як особистісні зміни, так й впливаючи на членів родини травмованих осіб [23; 25].

Зауважимо, що під травматичною розуміють незвичну подію, яка зумовлює важкий психологічний стан, який супроводжується почуттям страху, агресії, жаху чи безпорадності тощо. Її результатом є виснаження (дистрес), важкий емоційний стрес, психотравма. У контексті цих міркувань, варто зазначити, що попри смислову схожість понять стрес та психотравма, які засвідчують зміну усталеного способу життя людини та її особистісної

цілісності, дослідники розмежовують ці поняття. Так, стрес розуміється як подія, яка несе додаткові навантаження на психіку людини та її ментальне здоров'я, а психотравма трактується як сукупність зовнішніх подразників, які діють на людину болісно та патогенно й викликають страждання [17, с. 7].

Стрес є необхідною умовою життєдіяльності людини. Він допомагає організму адаптуватися до змін довкілля, активізує роботу імунної системи, поліпшує пам'ять, збільшує швидкість регенерації клітин тощо. Завдяки стресу організм отримує нові імпульси у розвитку. Зокрема, в умовах трагічних для людини подій, ситуація стресу дозволяє їй віднайти ресурси для “опрацювання” внутрішніх переживань, переосмислення свого духовного життя тощо. Як результат вона особистісно зростає, змінюючи свої переконання й життєві пріоритети, плекаючи власну систему морально-ціннісних координат.

Стрес відображає нагальну потребу людини у адаптації до мінливих умов життя. “Це завжди напруга захисних сил, мобілізація внутрішніх ресурсів організму, що виникає задля енергетичного забезпечення рішення нових завдань” [48, с. 40]. Але коли стресова ситуація затягується на тривалий період чи є занадто інтенсивною для організму, то вона може перейти у дистрес. Ресурси людського організму та адаптивна енергія зменшуються, а дія стресору не зникає. У результаті організм виснажується, спостерігаються процеси дисгармонії у його розвитку. За таких умов стрес розуміється як психотравматичний фактор для організму. Жоден із живих організмів не може перебувати у стані постійної тривоги, оскільки втрачається збалансованість у витратах ресурсів адаптації. Травмувальна стресова подія зумовлює виникнення й поглиблення у людини психотравми. Під час травмувальної події людина вважає, що існує реальна небезпека для її життя, фізичного чи психічного здоров'я чи для життя й здоров'я близьких їй людей.

Поширеною реакцією при психологічній травмі є небажані надокучливі спогади про подію чи певний її фрагмент. Пам'ять про подію зберігається для того, щоб захистити людину “у тому випадку, якщо подібне трапиться знову” [13, с. 21]. Отож, стрес стає психотравмою, коли наслідком дії стресора є порушення

психологічної сфери людини аналогічне порушенням у соматичних процесах. У таких випадках стресором стає травмувальна подія [17, с. 8-9]. Психологічними симптомами психотравми є: перепади настрою, дратівливість, почуття вини та сорому, відчуття безнадійності, труднощі з концентрацією уваги, спалахи гніву, шок, стійка нездатність відчувати позитивні емоції й обмежений діапазон відчуттів тощо. Фізичними симптомами психотравми є безсоння або нічні жахи, труднощі із засипанням та тривалістю сну, підвищена пітливість, напруження м'язів, сильне серцебиття, знервованість, втома, біль тощо [17, с. 12-13]. Інтенсивність та тривалість дії цих симптомів є індивідуальною і може зумовлювати розвиток їх непрацездатності.

Зазначимо, що дослідники виокремлюють два типи психотравмувальних подій: короткотривалі та довготривалі. Незважаючи на ту обставину, що короткотривалі розуміються як одиничні, рідкісні чи несподівані психотравмувальні події, а довготривалі характеризуються пролонгованістю, повторюваністю, варіативністю обидва типи зумовлюють значне психофізіологічне потрясіння у людини, залишають глибокий слід у її психіці, який характеризується загальним психічним напруженням з переважанням почуття відчаю та страху при загостреному сприйнятті. Результатом є істотне погіршення самопочуття та психоемоційного стану людини з переважанням стану розгубленості, панічних реакцій, зниженням рівня ефективності діяльності та мотивації до неї, депресивними тенденціями.

Упродовж року після події, особливо у перші три місяці, симптоми травматичних реакцій суттєво знижуються [70, с. 320]. Проте за умови, що симптоми не зникають й не зменшується їх інтенсивність, вони стають хронічними й сприяють формуванню стійких психогенних розладів у людини. Як результат, у людини, яка отримала психологічну травму, розвивається стан перманентної війни. Стресорами можуть слугувати різноманітні чинники, як-то: насильство й фізичні ушкодження, серйозна загроза життю, травми зумовлені з професійною діяльністю, катування, вимушене вбивство людини, війна та політичні конфлікти тощо.

На думку дослідників, війна та суспільні конфлікти є найбільшими стресогенними ситуаціями для людини [30, с. 24]. За статистикою 70% людей, тих що побували на війні, піддаються психічним розладам [8, с. 47]. Зауважимо, що стан перманентної війни може розвиватися у людей, які зазнали воєнного лихоліття перебуваючи у різних життєвих ситуаціях. Проте, найчастіше цей стан виникає у військовослужбовців, які перебувають чи повертаються із зони бойових дій. Постійна психологічна напруженість й надмірні емоційні навантаження роблять військовослужбовців уразливими у моральному та фізичному відношенні [49, с. 3]. У результаті вони позбавляються свого “психологічного захисту й відчувають себе настільки пригніченими загрозою, що є безсилами їй протистояти або дистанціюватися від неї, їх охоплює почуття повної безпорадності та тривоги. У цьому стані військові становлять небезпеку для себе та підрозділу та не завжди можуть належно виконувати військові обов’язки”[99, с. 11].

На думку фахівців, на сьогодні кожен п’ятий військовослужбовець, який повертається із зони бойових дій отримав психологічну травму, яка зумовила формування психогенних розладів й сприяла розвитку стану перманентної війни. Дослідники вважають, що в осіб, які пережили психотравмувальну подію, проблеми з психічним здоров’ям виникають не одразу, а можуть з’явитися через певний час. Ці проблеми можуть виявитися у формі різних розладів, як то: посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР), депресії, тривожні розлади, порушення самоконтролю, спалахи злості тощо [22, с. 4].

Слід зазначити, що поняття “стан перманентної війни” використовується не лише для позначення впливу психотравми на психофізіологічний стан конкретної людини. Науковці використовують цей термін для характеристики наслідків травмувальних подій також для усього суспільства. Мова йде про колективні травми, які зачіпають населення, породжують почуття страху, викликаючи порушення ритму у повсякденному житті, професійній діяльності, родинних стосунках тощо. Особливостями колективної травми, на думку О. Чабана та О. Хаустової, є її “необмеженість у просторі, розтягнутість у часі й

охоплення як прямих, так й непрямих учасників подій травматизації, але об'єднаних єдиною територією, культурою, ментальністю та між інституціональними взаємодіями” [59, с. 2].

Перманентний характер її полягає у тому, що світоглядні переконання та психічні установки, які сформувалися під час травмувальної події можуть мати відлуння у наступних поколіннях. Як ілюстрація політика Голодомору та інших репресивних заходів радянської влади. Ці події вплинули на формування в українському суспільстві іншого психоемоційного культурного коду. Внаслідок голоду у людей деформувалася низка психічних процесів. Ментальне знищення української нації, позбавлення почуття національної солідарності й громадянської гідності, на думку І. Магрицької, зламало традиційну систему родичання, взаємодопомоги. Метастази геноцидів та рабського ідолопоклоніння спричинили глибокі психологічні та соціокультурні наслідки, оскільки продовжують жити у пам'яті та свідомості нащадків. “Саме тому українці будуть з легкістю давати хабарі за незаконні пільги й посади, зовсім не замислюючись над тим, скільки їхніх співгромадян унаслідок цього не отримають їх законно”, - зазначає дослідниця [31].

Вплив наслідків колективних травмувальних подій на наступні покоління, за твердженням науковців, залежить від масштабу, рівня несправедливості, неможливості протистояти та нездатності емоційно реагувати на них [28, с.175]. Зокрема, В. Лазарюк звертає увагу на суттєвий часовий вимір колективної травматизації українського суспільства внаслідок російської агресії з 2014 року. До особливостей травматизації населення подіями російсько-української війни він відносить також “соціальну фрустрацію, охоплення усього населення, неможливість надання швидкої психологічної допомоги, колективне відчуття несправедливості, наявність особливих соціальних груп жертв цілих міст Бучі, Ірпеню, Мощуна, Гостомеля, Бахмута, Авдіївки, Маріуполя, Харкова” [28, с.175].

Аналізуючи масштаби та глибину впливу дистресових наслідків війни на українське суспільство дослідники звертають увагу, що військові події у поєднанні із ситуацією постковіду та факторами економічної та політичної

нестабільності у суспільстві є ідеальним інкубатором для зростання психічних розладів [80; 93]. Тенденції до зростання психічних розладів вони аналізують, спираючись на світовий досвід сучасних воєнних подій.

Так, розмірковуючи над формуванням стану перманентної війни серед населення Сирії, науковці звернули увагу на те, що майже половина цивільного населення повідомила про наявність у них симптомів важкого й середнього психічного розладу. Дослідження виявили, що наслідками психологічного навантаження населення були боязливість, гнівливість, неврозність, розлади сну, відсутність надії на майбутнє, періоди паніки та жаху [84]. Науковці вважають, що високий рівень поширення ларингофарингеального рефлюксу, константація майже у половини населення алегрічного реніту також спричинені прямими й непрямими наслідками війни [84].

Для суспільства, де війна закінчилася на полі бою, вона продовжується у душах та мізках людей. Колективна травмувальна подія тісно пов'язана із функціонуванням групової свідомості та групового несвідомого. Очевидно, що її подолання не може відбуватися чітко за рецептами досвіду інших країн чи лише завдяки реалізації низки закордонних грантових програм. Подолання наслідків трагедій можливе радше за умови засвоєння громадянами “спільного травматичного досвіду” й пошуку ексклюзивних шляхів та орієнтирів подальшого розвитку української спільноти. На думку П. Горностай, для суспільства, яке зазнало колективної травматизації й продовжує після неї жити у стані “перманентної війни” релевантним у зціленні є роль групових переживань. Однією із форм групового несвідомого, у якій втілилася колективна травма є групова міфологія, яка має суттєве значення у процесі трансформації травми у нетравматичний наратив [15, с.111].

Отож, поняття “стан перманентної війни” є складним й багатоаспектним. Це поняття використовується у дослідженнях, які пов'язані з людиною та її соціальним життям. У психології ним позначають наслідки травмувальних подій, які характеризуються порушенням звичного порядку життя людини у тривалій часовій перспективі, ускладненням її соціально-психологічної адаптації,

негативно позначаються на психоемоційному самопочутті, зачіпаючи усі рівні людського функціонування, впливаючи на членів родини травмованих осіб, соціум та наступні покоління. Травмувальна стресова подія зумовлює виникнення й поглиблення у людини психотравми, оскільки жоден із живих організмів не може перебувати у стані постійної напруги й тривоги не втрачаючи збалансованість у витратах ресурсів та енергії. Пам'ять про подію зберігається для того, щоб захистити людину у тому випадку, якщо подібне трапиться знову. Стан перманентної війни включає й колективне психотравмування, яке породжує почуття страху, порушення ритму повсякденного життя, вносить дисбаланс у професійну діяльність, родинні стосунки, викликає низку психосоматичних захворювань тощо.

1.2. Концептуальні підходи у розумінні психологічної травми як основи стану перманентної війни

Засадничим в осмисленні проблем стану перманентної війни є розгляд психосоціальної природи психологічної травми. Зауважимо, що поняття “психологічна травма” не має усталеного, чітко визначеного пояснення серед дослідників. У науковій літературі спостерігаються випадки понятійно термінологічної непорядкованості та різновекторності. Така ситуація обумовлена низкою суттєвих відмінностей у концептуальних підходах й міркуваннях представників різних наукових шкіл. Загалом, стан справ відображає суб'єктивність у розумінні сутності понять, які “є характерними у вивченні для всіх психологічних напрямів підсвідомого рівня активності психіки” [23, с.17].

Ще однією обставиною відсутності загально прийнятого трактування цієї дефініції є її міждисциплінарний характер. Так, особливості психологічного травмування людини та шляхи його подолання є предметом наукових зацікавлень дослідників, які працюють у психологічній, медичній, культурологічній, соціологічній, філософській тощо царинах. Попри смислові відмінності у

трактуванні сутності та змісту поняття засадничим є розуміння цієї дефініції як сукупності зовнішніх подразників, які діють на людину патогенно та хворобливо й у результаті спричиняють страждання й болісні переживання. Мова йде про використання поняття “психологічна травма” для опису критичного стану людського організму на патопсихологічному рівні його існування зумовленого низкою зовнішніх факторів. У “метафоричному плані психологічна травма – це будь-який “струс” психіки, що здійснює вплив на функціонування особистості та подальший її розвиток” [23, с.18].

У сфері психології це поняття також оперує термінами: життєва активність особистості, саморегуляція, що тлумачиться “як природна здатність людини до самоцілення за допомогою внутрішніх ресурсів організму, активізація та тілесне усвідомлення цієї здатності сприяє подоланню психотравмуючої ситуації” [23, с.17-18]. Слід зазначити, що аналіз різноманітних підходів та концептуальних ідей у розумінні цієї дефініції дозволяє визначити особливості її виникнення й перебігу та відповідно розробити ефективні діагностичні методи і корекційні програми реабілітаційної і соціальної роботи з військовослужбовцями та їх родинами, усвідомити цілі та мотиви їх поведінки тощо.

Зауважимо, що у психології концептуальні обриси поняття “психологічна травма” з’явилися завдяки ідеям психоаналізу. Психоаналітична теорія травми З. Фрейда розглядала це явище як глибоко вкорінений у сферу несвідомого афект, що має патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям для низки невротичних розладів. Джерелом травми є не зовнішні події, а особливості функціонування психіки людини.

Психічна травма може мати інтрапсихічну природу. Йдеться про здатність психіки травматизувати саму себе, продукуючи певні переживання, спогади, думки та афекти. Дослідник назвав цей процес феноменом “нав’язливого повторення”. Отож, на його думку, жертви психотравми часто страждають не стільки від її інтенсивності та сили впливу травмувальних факторів, скільки від власної вразливості, підготовленості чи не підготовленості психіки до їх сприйняття. Варто зазначити, що психотравма не завжди проявляється у вигляді

болісного спогаду чи хворобливого переживання, так би мовити у “чистому вигляді”. Вона може постати каталізатором низки фізіологічних захворювань й здатна викликати низку симптомів, як-то: фобії, заїкання, obsесії тощо [71].

Отож, екстремальна ситуація для людини може стати травматичною для її психіки. Порушення у психічній сфері зумовлюють фізіологічний дисбаланс й розвиток низки захворювань у соматичній. Ілюстрацією міркування можуть слугувати дослідження Джекоба Мендоса Да Кости. Науковець проаналізував психологічний стан фізично здорових ветеранів громадянської війни у США й виявив, що значна частина скаржилася на зростаючий біль у ділянці серця, часте серцебиття, тахікардію, підвищену тривогу, запаморочення й головний біль, погіршення зору та ослаблення слуху. У більшості випадків дослідник не виявив симптоматику серцевих захворювань й дав їм узагальнену назву - “хворобливе чутливе серце” (згодом стало відоме як синдром Da Costa) [5, с. 56].

Загалом, дослідники трактують поняття психологічної травми як стан сильного страху, який виникає, за умови, що людина неочікувано зіткнулася з подією, яка має потенційну загрозу для її життя та здоров'я. Ця сила страху перевершує можливості людини контролювати й ефективно реагувати на ситуацію [81]. Феноменологічно така подія може характеризуватися надзвичайним відчуттям безсилля, а також руйнуванням життєвих переконань і очікувань. Людина втрачає контроль над ситуацією й певною мірою стає жертвою обставин та/або інших людей (кривдників). Самоочевидність життя для неї зникає. Натомість виникає спустошеність світу, яка обумовлена руйнуванням думок про його доброзичливість й нівелюванням почуття невразливості та здатності довіряти іншим людям. Уявлення людини про себе та навколишнє середовище більше не відповідають новим для неї реаліям дійсності [79].

Ці думки почасти корелюються із міркуваннями П. Левіна, який стверджував, що психологічна травма виникає, зазвичай, через брак індивідуальних ресурсів людини для її подолання. Релевантну роль у визначенні руйнівного потенціалу психотравми для людини є ступінь її захищеності та здатність до саморегуляції. До прикладу, для частини людей стандартні медичні

процедури можуть мати досить травматичний характер, хоча насправді вони ніякої загрози чи небезпеки не становлять [82].

Результати Всесвітнього дослідження психічного здоров'я дорослих, яке було проведено під егідою ВООЗ засвідчили, що 70,4% опитаних респондентів у своєму житті пережили хоча б один вид травматичної події (сексуальне насильство; нещасний випадок, травмування; хворобу рідної людини; події, пов'язані із війною, техногенними катастрофами; терористичним актом; несподіваною смертю близької людини тощо) [78]. Попри те, що результати дослідження показують, що для людини є досить нормально піддаватися бодай один раз дуже сумній події упродовж її життя, усе ж варто зважати, що екстремальні ситуації мають деструктивний вплив на психіку людей, особливо у професійній сфері.

Так, психологи, медики, психотерапевти та інші фахівці з питань ментального здоров'я людини аналізують вплив низки негативних факторів на психіку людей різних професій, зокрема військовослужбовців. Узагальнення їх досліджень, дає можливість дійти висновку, що екстремальні ситуації здатні викликати у військовослужбовців певний комплекс психічних ускладнень. Якщо тривалість стресора є тривалою у часовій перспективі, то збудження емоційних реакцій набуває хронічної форми. У цьому процесі активізуються центральні відділи вегетативної нервової системи, зумовлюючи низку психосоматичних реакцій на травмувальну для людини ситуацію й як результат сприяючи розвитку низки соматичних захворювань, зумовлюючи зміни у когнітивній моделі та емоційній сфері людини. У людини з'являються поведінкові особливості.

Травмувальні фактори набувають хронічної форми й сприяють формуванню відносно стійких психогенних форм. У результаті, як стверджує О. Олексюк, поряд із неспецифічними невротичними реакціями та станами набувають розвитку патохарактереологічні зміни, посттравматичні та соціально-стресові розлади. Вони реалізуються у реакціях двох типів: "соматизації" низки невротичних розладів або у протилежному цьому процесу "психопатизації", яка

пов'язана із усвідомленням травматичних ушкоджень та соматичних захворювань, а також реальними складнощами життя постраждалих” [38, с.139].

Слід зазначити, що результатом системних досліджень, було включення у 1952 році Американським психіатричним товариством до класифікації DSM-II “реакцію на сильний емоційний і фізичний стрес” або посттравматичний стресовий розлад (далі - ПТСР) як самостійну нозологію. Через декілька років посттравматичний стресовий розлад було включено до Міжнародної класифікації психічних та поведінкових розладів й виокремлена рубрика F43 – реакції на важкий стрес й порушення адаптації. Зазначимо, що визначення цього захворювання може бути більш гнучким для використання (з урахуванням культурних варіацій й клінічних суджень).

Згідно визначення Міністерства охорони здоров'я України від 2016 року, ПТСР є психічним розладом, що розвиваються у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) чи фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння [35].

Очевидно, що введення до наукового обігу поняття ПТСР більш чітко визначило змістові витoki дефініції “психологічна травма” й дозволило науковцям розмежувати терміни “травматичний” та “посттравматичний” стрес. Так, Н. Тарабріна вважає, критерієм для визначення терміну “посттравматичний стрес” є наявність у біографії людини травматичної події, яка пов'язана із загрозою для життя й супроводжується інтенсивними переживаннями негативних емоцій [21, с.26].

Варто звернути увагу на обставину, що результати стресу й психотравми зумовлюють кризові ситуації, які залежно від зовнішніх обставин, раптовості, інтенсивності та тривалості перебігу й особливостей психіки людини можуть мати як деструктивний характер, так й слугувати кризами особистісного

розвитку людини [50, с.6]. Ця обставина є актуальною й релевантною з огляду на те, що в українських реаліях, за твердженням О. Безверхого, психологічна допомога ветеранам обмежується подоланням радше симптомів ПТСР та наслідків пов'язаних із проблемами (вживання алкоголю і наркотиків та суїцидальною поведінкою) [3, с.25]. Натомість використання можливостей посттравматичного зростання не лише дозволить військовослужбовцям подолати деструктивні прояви психіки й вийти зі “стану перманентної війни”, а й розширить “обріи світорозуміння”, окреслить перспективи розвитку та створить ситуації життєуспіху.

Зауважимо, що у наукових колах наприкінці ХХ століття відбувається зміна дослідницьких парадигм. Науковці дедалі частіше звертають увагу на позитивні та адаптивні зміни особистості у результаті переживання психо травматичної події. Очевидно, розуміння того, що страждання можуть мати для людини позитивні наслідки не є новаторським. Ідеї про те, що страждання роблять людину духовно сильнішою й здатні наповнити її життя новими сенсами присутні у низці релігійних вчень, як-то: індуїзм, іслам, буддизм, християнство тощо. Міркування про необхідність духовних й фізичних страждань у плеканні в людини “людського” висловлювали філософи Ф. Аквінський, П. Абеляр, Ф. Ніцше, С. К'єркегор, А. Шопенгауер та інші. Ця ідея знайшла втілення у концептуальних положеннях гуманістичного (Дж. Каплан, А. Маслоу, Р. Мей, В. Франкл) та екзистенційного (І. Ялом) підходів у психології.

Безумовно, дослідники розглядали психотравмувальні події амбівалентно: як джерело потенційної небезпеки для психічного здоров'я і як джерело потенційних позитивних здобутків для особистості. Ілюстрацією є міркування психіатра В. Франкла. У своїй праці “Людина у пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі” дослідник стверджував, що життя людини ніколи не може бути безглуздим. Воно завжди має сенс, котрий тримає людину у бутті. Навіть у найтрагічніших моментах свого життя людина здатна відшукати сенс, те заради чого їй необхідно жити. Не завжди свобода від страждань, переконує науковець, приносить радість людині.

Натомість зумовлені психологічною травмою страждання надають змогу людині проявити внутрішню свободу волі, сформувати власні неповторні сенси свого буття відповідно до своїх цінностей та переконань [58, с. 37-38]. Прагнення й пошук сенсу є рушійною силою розвитку людини, яка визначає її поведінку та неповторність внутрішнього світу. Зауважимо, що у критичній екзистенціальній ситуації людина найчастіше знаходить опору у джерелах особистісних сенсів, як-то любов та турбота про інших, служіння суспільству, створення родини й народження дітей; прагнення зробити світ кращим, відданість справі й відповідальність за неї; творчість — створення чогось нового; повнокровне проживання життя; передача свого досвіду іншим людям; різноманітна соціальна активність; самоактуалізація — реалізація людиною своїх здібностей й свого потенціалу тощо [12, с.7].

Системні дослідження позитивного впливу психотравмувальних ситуацій на життя та ментальне здоров'я людини знайшли відображення у низці концептуальних підходів. Зокрема, представники концепції посттравматичного зростання Р. Тедескі та Л. Калхоун розглядають посттравматичне зростання як “досвід позитивних змін, що відбувається внаслідок боротьби з складними життєвими кризами” [100, с.1]. У своїх судженнях вони спираються на духовні практики давніх євреїв, греків, перших християн, які уважали, що велика радість та велике благо можуть прийти лише як наслідок великих страждань.

Внутрішня сила й духовна наповненість людини є результатом великої роботи над собою, над своїми слабкостями та страхами. Внутрішньо вільна та духовно розвинена людина здатна не лише долати зовнішні перешкоди та виклики світу, а й вибудовувати себе як унікальну особистість. Р. Тедескі та Л. Калхоун стверджують, що зростання — це постійний процес. Він залежить від набутого досвіду людини та її життєвої мудрості. Проміжним результатом у цьому процесі є не повернення людини до вихідного (до травматичного) рівня життя.

Релевантним визнається розвиток індивідуальних якостей на основі отриманого травматичного досвіду. Мова йде радше не просто про виживання, а

про самозміну людини (через розкриття внутрішнього потенціалу, розвитку духовної сфери, набуття життєвого досвіду), про позитивне зростання у сенсі фокусування на сильних сторонах, на ресурсах, на здатності психіки адаптуватися, справлятися з негараздами та перетворювати їх на потенціал до змін [100, с. 3-4].

Основні напрямки зростання, на думку С. Джозера, зумовлені змінами та розвитком духовно-емоційної сфери людини. Дослідник виокремлює основні напрямки особистісного зростання. Перший пов'язаний з розвитком міжособистісних відносин, із усвідомленням та визнанням як пріоритетних цінностей — родинних відносин, стосунків із друзями, розвиток емпатії, співчуття та альтруїзму по відношенню до інших. Другий напрям передбачає зміни у сприйнятті власного Я, зосередження людини на собі, на розвитку особистісних якостей та характеристик, а саме стійкості до негараздів, відповідальності тощо. Третій напрям орієнтований на позитивні зміни у життєвій філософії, наприклад пошук позитивних моментів у кожному новому дні життя, вміння отримувати задоволення від моментів повсякденного життя, вміння визначати життєві пріоритети та дистанціюватися від дрібниць тощо [77, с.336]. Дослідник звертає увагу, що особистісний розвиток визначається не рівнем травмувальної події, а власне відношенням до неї людини. Це процес боротьби людини з подією та її наслідками. Як результат, боротьба із травмою може стати трампліном для більш вищого рівня психологічного функціонування, здатності жити осмислено, незважаючи на травматичний досвід [77, с. 340]. На переконання дослідників, позитивні зміни мають комплексний характер й виявляються як в емоційній, так і в когнітивній сферах.

Зокрема, В. Климчук проаналізувавши міркування низки зарубіжних та вітчизняних дослідників дійшов висновку, що позитивні зміни у когнітивній та емоційній сферах спостерігаються в осіб, які отримали різні психотравми, як-то: серйозні соматичні захворювання чи потрапили у складні життєві обставини, мали родинні випробування, хвороби чи смерть близької людини, а також у професійній діяльності, яка пов'язана із виснаженням нервової системи та з

ризиком й небезпекою, різноманітними катастрофами [21, с.47]. Серед професійних груп, чия діяльність зумовлена низкою ризиків та небезпек, провідне місце займають військовослужбовці. За твердженням О. Туриніної, ця професійна група, яка в “силу в бойових дій зазначає впливу широкого спектру стрес-факторів, що коливаються від стрес-факторів низької інтенсивності (перебування далеко від дому) до стрес-факторів високої інтенсивності (смерть друзів на полі бою, поранення, жорстокість та звірства)” [56. с.44].

Зауважимо, що перші наукові дослідження, присвячені проявам посттравматичного зростання серед військовослужбовців з'явилися на початку 90-х років ХХ століття. Актуальність цієї проблематики посилюється з огляду на зростання кількості соціальних ризиків та небезпек набуває. Так, аналізу впливу військових подій на психоемоційне здоров'я ветеранів присвячено роботу Глен Елдер та Елізабет Кліпп. Дослідниці проаналізували пролонговані у часі психологічні наслідки участі військових у Другій світовій війні та Війни у Кореї. Вони розглянули два питання. Перше питання стосувалося вивчення суб'єктивного досвіду отриманого ветеранами під час бойових дій у практиках мирного життя (у такий спосіб дослідниці намагалися проаналізувати взаємозв'язок між рівнем травматичності отриманого бойового досвіду та здатністю до післявоєнних адаптацій). Друге питання передбачало порівняння звітів з інформацією про психосоціальне функціонування ветеранів до війни та у подальшому мирному житті (у звітах зазначалася інформація й про родичів ветеранів та оцінки Q-сортування у підлітковому віці та у віці 40 років).

Особливістю дослідження було те, що до експерименту залучалися ветерани важких боїв. У порівнянні з не комбатантами та ветеранами легких бойових дій, ця категорія військових піддавалися більшому ризику емоційних і поведінкових проблем у післявоєнні роки. У післявоєнні роки вони зберігали змішані спогади про болючі втрати та життєві блага, пов'язані з військовим досвідом. Клінічні оцінки показали, що учасники важких бойових дій у мирному житті демонстрували більшу витривалість й стійкість у подоланні негараздів,

підвищення умінь долаючої поведінки (копінгу), збільшення самоорганізованості та самодисципліни, розширення світогляду [70].

Результати цього дослідження почати корелюються із висновками групи американських вчених на чолі з Ш. Макгвенном. Ця група науковців досліджувала наявність посттравматичного зростання серед учасників війни у Перській затоці. Релевантним у дослідженні є окреслене дослідниками проблемне поле, яке стосується визначення інтенсивності взаємозв'язку між отриманим бойовим досвідом та здатністю до посттравматичного зростання. Науковці зосередили свою увагу на тому, якої саме інтенсивності повинні бути стрес-фактори, щоб слугувати основою для позитивних змін особистості [83, с.375].

Заслуговують на увагу міркування Крістофера Петерсона. У своїй науковій розвідці він дослідив взаємозв'язок між посттравматичним зростанням та рисами характеру респондентів. Ретроспективне веб-дослідження 1739 дорослих виявило невеликий, але позитивний зв'язок між кількістю пережитих потенційно травматичних подій і низкою когнітивних і міжособистісних сильних сторін характеру. Зроблено висновок, що зростання після травми може спричинити за собою зміцнення характеру [92].

Співзвучним з низкою ідей концепції посттравматичного зростання є салютогенний підхід. Його автор Аарон Антоновський, на основі аналізу фактів життя жінок, які пережили нацистські концтабори, довів здатність людини відновлювати душевне здоров'я та життєві ресурси людини. На думку дослідника, життєві ресурси зумовлені загальними імунними засобами (своєрідні буфери для чинників ризику) та почуттям когеренції (аргументація та послідовність доказів). Загальними імунними засобами є властивості людини — біологічні (конституціональні, генетичні), психологічні (почуття самосвідомості, самоконтролю) та міжособистісні; фізичний простір (природа та штучний простір створений людиною), суспільно-культурні чинники (культура, релігія, професійне середовище, матеріальні умови) [64, с. 14]. Частина цих засобів є біологічними, однак більшість є соціальними. Очевидно, що соціальні фактори у більшості випадків є засадничими у відновленні душевного здоров'я та окреслення тенденцій посттравматичного зростання. Корегенція передбачає розуміння, що проблеми, які

виникають у житті людини мають структурний й передбачуваний характер. Ця обставина робить їх доступними для вирішення у практиках людського життя, релевантними для людини й передбачає безпосередню участь людини [64, с.16].

Варто зазначити, що почуття корегенції складається з низки взаємопов'язаних компонентів: усвідомленість (набуття, розуміння, оцінювання людиною інформації); здійсненність (ступінь здатності людини доступними для неї засобами долати виклики, що постають на її шляху); смисл (усвідомлення людиною, що її життя має смисл й бодай частину самостійності у їх вирішенні). Завдяки усвідомленості та надання своїм міркуванням та діям осмисленості людина робить свою діяльність вмотивованою [29, с. 59].

Смисл є одним із релевантних факторів теорії “салютогенезу”, оскільки допомагає віднайти людині внутрішні сили й ресурси для подолання наслідків психотравми. Людина, яка аналізує загрози, небезпеки, яким важко запобігти, й розуміє їх насамперед, як проблеми, які потребують лише додаткових витрат чи ресурсів для їх вирішення здатна давати раду собі у боротьбі з наслідками психотрауми. Мова йде про її здатність до самодопомоги й активної життєвої позиції.

Людина, яка творить своє життя, приймає для себе важливі рішення й окреслює свою унікальну траєкторію життя. Результати її власних рішень розвивають у неї переконання й смисл того, що вона робить, як робить й для чого робить. Ресурси людина може віднайти не стільки зосереджуючись на причинах й факторах протікання захворювання, а й на внутрішньому потенціалі й готовності активно діяти з метою повернення до стану гомеостазу (рівноваги). Якщо людина може щось робити, то вона мусить це робити. У широкому сенсі цей підхід розглядає психологічну реабілітацію як створення умов у суспільстві для відновлення й розвитку здібностей та навичок людей у ліквідації наслідків психотравми й розумінні того, що відбувається “тут і зараз”, а не лише того, що було у минулому чи станеться у майбутньому. Людина не є безпорадною.

Зауважимо, що заохочення травмованих людей покладатися, насамперед, на себе та свої внутрішні сили, може зменшити необхідність використання заходів зовнішнього психо реабілітаційного впливу. Посттравматичне зцілення та зростання пов'язане із відкритістю людини до нового досвіду, оптимізмом та вірою.

Як приклад, дослідники продемонстрували взаємозв'язок між посттравматичним зростанням та силою духу, хоробрістю людини [92, с. 215].

Отож, травматичні події презентують людині абсолютно новий досвід, який зрозуміти, осмислити чи до якого підготуватися вона не мала часу й можливостей. Цей досвід опрацьовується людиною після самої травми. Окреслення шляхів поєднання нового досвіду з отриманим й осмисленим раніше передбачає початок одужання. Відновлення, попри травми та потрясіння, узвичаєних координат свого життя, “передбачає побудову нової моделі життя, яка включатиме досвід травми та дозволить керувати своїм життям” [13, с.20].

Термін “посттравматичне зростання” стверджує, що перспективним є зростання особистості й вихід її на нові рівні розвитку. Зростання відбувається у результаті надзвичайної стресової події (травматичної), а не внаслідок будь-якого іншого незначного стресу або природного процесу розвитку. У сучасній науці кількість емпіричних досліджень, спрямованих на вивчення психологічних проявів перебування людини в травматичних та стресових ситуаціях, за останні десятиліття швидко збільшується, проте значний масив теоретичних, методологічних та практичних аспектів цієї теми залишається дискусійними.

Висновки до першого розділу

Поняття “стан перманентної війни” є багатоаспектним й міждисциплінарним. Воно використовується у дослідженнях, які пов'язані з людиною та її соціальним життям. У психології ним позначають психологічний стан людини, який характеризується низкою психологічних розладів, що мають пролонгований характер й виникають внаслідок травматичної події, яка ускладнює соціально-психологічну адаптацію людини, негативно позначається на її психоемоційному самопочутті, зачіпаючи усі рівні людського буття. Пам'ять про подію зберігається для того, щоб захистити людину у тому випадку, якщо подібне трапиться знову.

Стресовими травматичними подіями можуть слугувати різноманітні чинники, як-то: насильство й фізичні ушкодження, серйозна загроза життю, травми зумовлені

особливостями професійної діяльності, катування, вимушене вбивство людини, війна та політичні конфлікти тощо. Війна та суспільні конфлікти є найбільшими стресогенними ситуаціями для людини, які зумовлюють травмування психіки. В осіб, які пережили психотравмувальну подію, проблеми з психічним здоров'ям можуть виникати не одразу, а з'явитися через певний час у формі різних розладів, як то: посттравматичний стресовий розлади, депресії, тривожні розлади, порушення самоконтролю, спалахи злості тощо.

Поняття “стан перманентної війни” використовується й для характеристики наслідків суспільних травмувальних подій, тобто колективних травм, які зачіпають населення певної країни чи регіону, породжують почуття страху, викликаючи порушення ритму у повсякденному житті, професійній діяльності, родинних стосунках тощо. Її перманентний характер полягає у тому, що світоглядні переконання та психічні установки, які сформувалися під час травмувальної події можуть мати відлуння у наступних поколіннях.

Засадничим в осмисленні проблем стану перманентної війни є розгляд психосоціальної природи психологічної травми. Феноменологічно вона може характеризуватися надзвичайним відчуттям у людині безсилля, а також руйнуванням її життєвих переконань і очікувань. Результати психотравми зумовлюють кризові ситуації, які залежно від зовнішніх обставин, раптовості, інтенсивності та тривалості перебігу й особливостей психіки людини можуть мати як деструктивний характер, так й слугувати кризами особистісного розвитку людини. Використання можливостей посттравматичного зростання не лише дозволяє подолати деструктивні прояви психіки й вийти зі “стану перманентної війни”, а й сприяє розширенню “обріїв світорозуміння”, окреслює перспективи розвитку та створить ситуації життєуспіху.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПЕРМАНЕНТНОЇ ВІЙНИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Організація та опис методів дослідження

З метою дослідження та емпіричної перевірки визначених у дослідженні завдань було розроблено програму психодіагностичного дослідження. Її реалізація передбачала вирішення наступних завдань :

- підбір психодіагностичних методик для визначення рівня вираженості симптомів стану перманентної війни в учасників бойових дій, впливу травмівних подій на здатність військовослужбовців до соціальної адаптації у реаліях мирного життя;

- визначення психодіагностичних методик для з'ясування можливостей та рівня посттравматичного зростання в учасників бойових дій, їх здатності до самоефективності як усвідомлення ефективності власних дій та очікування успіху від їх реалізації конкретної життєвої ситуації;

- збір психодіагностичного матеріалу та визначення вибірки учасників дослідження;

- аналіз отриманих результатів на основі якісного аналізу отриманих емпіричних даних та кількісного аналізу (статистична обробка отриманих результатів за допомогою програми SPSS 21.0.).

Для дослідження рівня вираження симптомів стану перманентної війни в учасників бойових дій та впливу травмівних подій на здатність військовослужбовців до соціальної адаптації у реаліях мирного життя використано методики “Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях” розроблена С. Норманом, Д. Ендлером, Д. Джеймсом, М. Паркером в адаптації Т. Крюкової, “Шкала оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності” розроблена Ч. Д. Спілбергом й модифікована Ю. Л. Ханіним, “Опитувальник посттравматичних когніцій” розробленим Е. Фоа, А. Елерсом, Д. Кларком, Д.Толіном, С. Орсілло (*Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI*) (Додаток А).

Рівень посттравматичного відновлення діагностувався за методиками: “Шкала задоволеності життям” (*Satisfaction with Life Scale, SWLS 1985*) Е. Дінера, адаптована Д. Леонтьєвим та Є. Осіновим, “Опитувальник посттравматичного зростання” (*Post Traumatic Growth Inventory*) розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун й адаптований М. Магомед-Еміновим (Додаток А).

Опитувальник посттравматичних когніцій, створено у 1999 р. Е. Фoa, А. Елерсом, Д. Кларком, Д.Толіном, С. Орсілло для оцінки трьох видів посттравматичних когніцій: 1) негативних думок про себе; 2) негативних думок про оточуючий світ, 3) самоїдства (самозвинувачення). Теоретичною основою методики є визнання провідної ролі негативних і дисфункціональних когніцій в етіології і перебігу ПТСР. Автори методики вважають, що міркування людей про небезпечність світу та власну некомпетентність зумовлюють розвиток ПТСР та інших проявів стану перманентної війни. Такі думки у респондентів зумовлюють постійне відчуття загрози, що формує посттравматичну симптоматику й посилює відчуття тривоги. Як результат виникає стан безпорадності, який у підсумку зумовлює так звану “психічну поразку” (*mental defeat*). Йдеться загалом про втрату людиною здатності підтримувати уявлення про себе як про людську істоту, яка наділена вольовими якостями [17, с.144-145].

Опитувальник складається із 33 питань, що передбачають згоду або незгоду із твердженням: 1 – абсолютно не згодний, 2 – переважно не згодний, 3 – частково не згодний, 4 – ставлюсь нейтрально, 5 – більше згодний, 6 – переважно згодний, 7 – абсолютно згодний. Твердження розподіляються на 3 шкали: 1) Негативні думки щодо себе (21 питання), 2) Негативні думки щодо світу (7 питань), 3) Самоїдство (5 питань) (Додаток А). Бали по шкалах діляться на кількість питань. Високі бали по шкалах свідчать про наявність симптомів психотравми [17, с.144-145].

Методика “Діагностика копінг-поведінки у стресових ситуаціях” розроблена канадськими науковцями С. Норманом, Д. Ендлер, Д. Джеймсом, М. Паркером у 1990 р. та адаптована Т. Крюковою у 2001 році. Вона дозволяє визначити домінуючі копінг-стратегії особистості: проблемно-орієнтована

стратегія; емоційно-орієнтована стратегія; стратегії уникнення; відволікання; соціальне відволікання (пошук соціальної підтримки). Основними функціями копінг-стратегій є усвідомлення ситуації, способів ефективного подолання та вміння вчасно використати її у житті задля забезпечення та підтримання зовнішнього та внутрішнього благополуччя людини. Методика містить 48 запитань й включає 5 шкал, які описують копінг-стратегії особистості у стресовій ситуації (Додаток А).

Копінг, орієнтований на вирішення завдань – описує цілеспрямовані зусилля респондентів для вирішення проблеми, когнітивну реструктуризацію проблеми, спроби змінити ситуацію. Йдеться про здатність учасників опитування акцентувати увагу на поставленому завданні, плануванні та зусиллях, спрямованих на вирішення проблеми. Копінг, орієнтований на емоції – описує емоційні реакції людини, спрямовані на зниження сили стресу (проте далеко не завжди вдалі). До таких реакцій відносяться: самозвинувачення, надмірна емоційність, агресивність, роздратованість, зацикленість на собі і заглиблення у світ фантазій. Нерідко ця копінг стратегія зумовлює підвищення рівня стресу, оскільки людина занурюється у свій біль та страждання, звинувачує себе за нерішучість, за те, що опинилася у такій ситуації й у підсумку не спроможна продуктивно мислити й не знає яке обрати рішення проблеми.

Стратегія уникнення – описує поведінку або когнітивні зміни, спрямовані на уникнення стресової ситуації. Людина відчуває нервові напруження та роздратування. Вона намагається різними шляхами відволіктися від проблеми, що виникла. Відволікання на інші ситуації (часто орієнтовані на виконання конкретних завдань) зумовлюють тимчасове зменшення сили стресу. Стратегія уникнення має дві субшкали — відволікання й соціальне відволікання. Субшкала відволікання описує поведінку уникнення від проблеми за допомогою шопінгу, улюбленої їжі, читання, перегляду телевізійних програм, прогулянок тощо. Субшкала соціального відволікання характеризує поведінку людини, яка при виникненні будь-якої проблеми, відволікається від неї, намагається отримати підтримку від інших людей, отримати від них професійну пораду, поділитися зі

своїми міркуваннями з близькими людьми, розповісти про проблему друзям тощо (Додаток А). При обробці результатів дослідження підсумовуються бали з урахуванням ключа [46, с.36].

Методика “Шкала оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності” розроблена американським дослідником Ч. Спілбергом й модифікована Ю. Ханінім є одним із методів дослідження психологічного феномену тривожності. Вона дозволяє диференційовано виміряти тривожність і як властивість особистості, і як стан. Опитувальник складається з 20 тверджень, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 тверджень на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). На кожне запитання-твердження можливі 4 відповіді за ступенем інтенсивності (зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно) - для шкали реактивної тривожності та 4 відповіді за частотою (майже ніколи, іноді, часто, майже завжди) - для шкали особистої тривожності.

Перша, шкала реактивна (ситуативна) тривожність оцінює стан людини у певний момент часу. Цей стан який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації, тобто виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію й може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі. Друга, шкала особистої тривожності оцінює відносно стабільні аспекти особистості, її схильність до занепокоєння, оцінює відчуття/стан спокою, впевненості та безпеки. Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику особистості, яка відображає схильність її до тривоги й здатність сприймати спектр різних життєвих ситуацій як загрозливих, відповідно реагуючи на кожен з них певною реакцією (Додаток А). Якщо особистісна тривожність уявляється стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути динамічним і за часом і за ступенем вираження [34, с. 25-26].

Діагностика рівня спрямованості особистості на посттравматичне зростання проводилася за методиками: “Шкала задоволеності життям” (*Satisfaction with Life Scale, SWLS*) Е. Дінера, адаптована Д. Леонтєвим та Є. Осіновим. Шкала вимірює когнітивну оцінку відповідності життєвих обставин очікуванням людини й відображає загальну міру внутрішньої гармонії і психологічної задоволеності. Вона має високі психометричні характеристики, взаємопов'язані з низкою показників суб'єктивного та психологічного благополуччя. Методика містить п'ять запитань, використовується 7-бальна шкала (де 7 – цілком згоден і 1 – абсолютно не згоден). Отримані бали за всіма пунктами сумуються. Мінімальний можливий бал за шкалою — 7, максимальний 35 (Додаток А). Рекомендована як додатковий інструмент психодіагностики осіб з емоційними проблемами та психопатологіями [47].

Наступна методика “Опитувальник посттравматичного зростання» (*Post Traumatic Growth Inventory*) розроблена Р. Тадеші і Л. Калхаун й адаптована М. Магомед-Еміновим. Складається з 21 тверджень з шістьма можливими варіантами відповідей (жодних змін, дуже незначні зміни, невеликі зміни, помірні зміни, великі зміни, дуже суттєві зміни). Методика містить п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя. Шкала “Ставлення до інших” дозволяє проаналізувати ставлення респондентів до інших людей, їх спроможність розраховувати на них у вирішенні проблемних ситуацій, відчувати більшу близькість з оточуючими, виражати свої емоції та співчувати іншим людям. Шкала “Нові можливості” свідчить про те, що після кризової ситуації у людини з'являють нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо. Шкала “Сила особистості” свідчить про здатність людини краще розуміти, що життєві негаразди роблять її значно сильнішою, а ніж була до психологічної травми. Шкала “Духовні зміни”

зорієнтовує на розуміння того, наскільки людина після травмувальної ситуації розуміє духовні проблеми, стала значно віруючою. Шкала “Підвищення цінності життя” дозволить визначити, яким чином у респондентів змінилися життєві пріоритети, наскільки вони здатні цінувати кожен прожитий день й намагаються зробити його більш змістовним. Респонденти з високим рівнем посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчувають впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми [34, с. 40-42].

Методика “Шкала самоефективності” Р. Шварцера та М. Єрусалема, адаптація В. Г. Ромека спрямована на визначення рівня самоефективності як усвідомлення ефективності власних дій та очікування успіху від їх реалізації відносно певної ситуації чи специфічного завдання. Самоефективність — це оцінка конкретної поведінкової компетенції людини, яка має процесуальний характер. На її розвиток впливає низка факторів, як-то: обсяг та різноманіття навичок поведінки; досвід, набутий шляхом оцінювання моделей поведінки інших людей; наявність вербального чи невербального підкріплення з боку інших обраних моделей поведінки; самооцінювання психологічного, фізіологічного, емоційного, фізичного стану, які здатні вплинути на оцінку поведінкових навичок. Поняття самоефективності внутрішньо пов’язане з поняттям інтрасуб’єктності (проявляти власні суб’єктні якості людина може у сув’язі “Я-Інший”). Методика містить 10 запитань, на які респонденту необхідно дати відповідь обравши її з чотирьох варіантів: “абсолютно невірно” – 1 бал; “скоріш за все невірно” – 2 бали; “скоріш за все вірно” – 3 бали; “абсолютно вірно” – 4 бали. Отримання підсумкового результату здійснюється шляхом складання балів за всіма 10-ма твердженнями [22, с. 142-144].

Отож, з метою визначення рівня вираженості симптомів “стану перманентної війни” в учасників бойових дій та визначення рівня

посттравматичного зростання створено психодіагностичний комплекс, який складається з 6 методик.

Застосування методик дозволяє не лише емпірично перевірити ступінь впливу травмівних подій на здатність військовослужбовців повернутися до реалій мирного життя, а й розробити концептуальні ідеї структурної моделі соціальної адаптації з урахуванням проаналізованих у теоретично-емпіричному дослідженні факторів.

2.2. Аналіз вираженості наслідків стану перманентної війни в учасників бойових дій

До емпіричного дослідження вивчення ступеня вираженості наслідків стану перманентної війни, рівня впливу травмівних подій на здатність військовослужбовців до соціальної адаптації та можливостей посттравматичного зростання було залучено учасників бойових дій — членів громадських організацій “Ветеранський простір” (м. Кам’янець-Подільський), “Кам’янець-Подільська міська спілка ветеранів Афганістану”, військовослужбовців, які знаходяться на лікуванні у Клеванському медично-реабілітаційному центрі (Рівненська область) та військовослужбовців Збройних сил України, які повернулися із зони бойових дій, але продовжують проходити військову службу у військових частинах Хмельницької області. Вибірка становила 112 осіб. До опитування залучалися респонденти двох груп.

Перша група опитуваних (100 осіб) — респонденти, які були у зоні бойових дій упродовж останніх десяти років: до 1 року — 62,8 %, від 1 до 5 років — 25,6%, від 5 до 10 років — 11,6%. Вік опитуваних становить: до 20р — 1,5%; від 20р до 30р — 30%; від 30р до 50р — 58%; понад 50р. — 10,5%

Друга група опитуваних (12 осіб) — респонденти, які були у зоні бойових дій більше як тридцять років тому. Вік опитуваних становить понад 50 років.

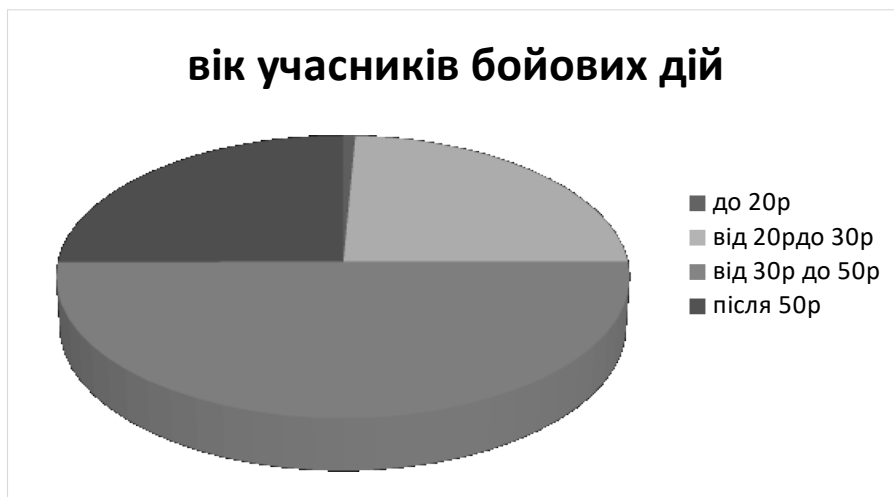


Рис. 1. Вік учасників бойових дій

Аналіз вираженості наслідків стану перманентної війни учасників бойових дій передбачав з'ясування рівня тривожності як властивості особистості. Ця властивість має важливе значення, оскільки суттєво впливає на поведінку людини. З цією метою було використано методику “Шкала оцінки рівнів ситуативної та особистісної тривожності” розроблена У. Д. Спілбергом й модифікована Ю. Л. Ханіним (Додаток А). Ця методика дозволяє диференційовано виміряти тривожність як властивість особистості (особистісна тривожність) і як стан (реактивна тривожність).

Рівень реактивної (ситуативної) тривожності свідчить про стан людини у конкретний момент часу й характеризується суб'єктивними емоціями, як-то: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю, збентеженістю тощо. Варто зазначити, що емоційна реакція людини різниться за інтенсивністю та динамікою у часі. Ситуативна тривожність виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію й породжується об'єктивними умовами, що містять ситуації неуспіху та неблагополуччя [26, с. 158].

Рівень особистісної тривожності є властивістю людини, однак він дозволяє прогнозувати ймовірність виникнення станів тривоги у майбутньому. Так, військовослужбовці, які мають високий рівень особистісної тривоги будуть сприймати стресові ситуації як більш небезпечні й відповідно будуть мати значно виражений рівень ситуативної тривожності. Слід зауважити, що тут відсутній чіткий причинно-наслідковий зв'язок. Військовослужбовці з високим рівнем

особистісної тривожності можуть відчувати стан тривоги в одних ситуаціях й здатні бути досить спокійними в інших. Емпіричні дослідження проведені у двох групах загалом засвідчили кількісні показники рівня особистісної та ситуативної тривожності.

Кількісні показники свідчать переважно про помірний рівень особистісної тривоги на фоні підвищеного рівня ситуативної. Ця обставина свідчить про емоційний стан учасників бойових дій, їх схильність до дратівливості, занепокоєння, напруги та нервозності тощо. Так, відповідь-заперечення дала майже половина респондентів (48,5%) на твердження: “я почуваю себе відпочившим”, більше третини (37,2%) на твердження: “мені радісно”, майже кожен четвертий (22,4%) на твердження: “мені приємно”.

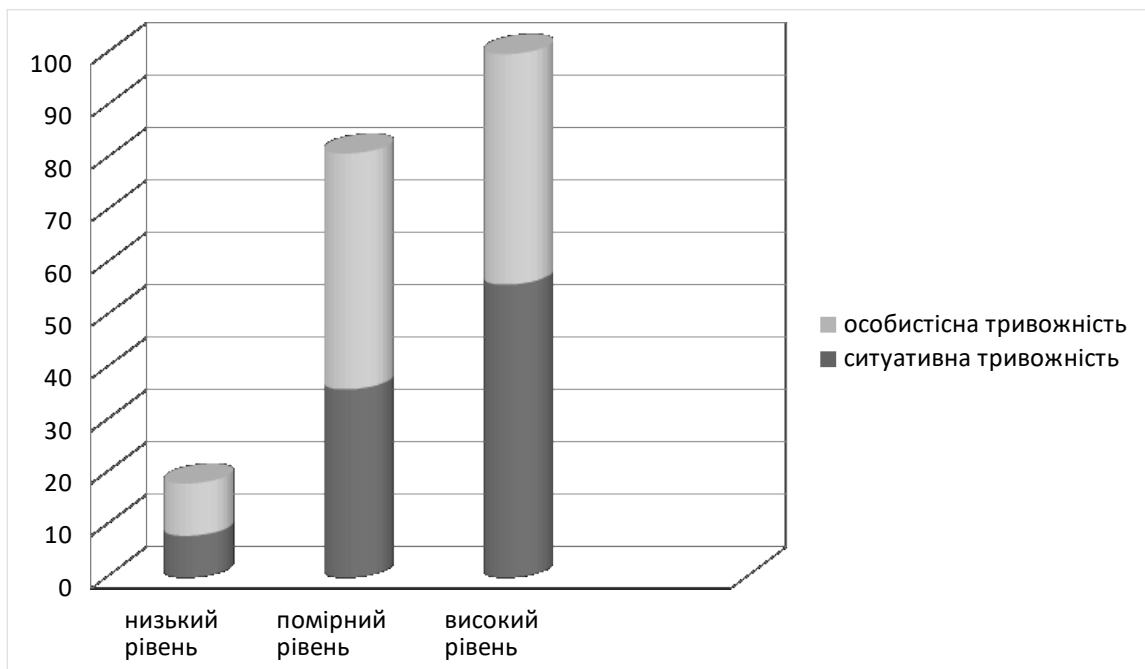


Рис. 2. Кількісні показники рівня ситуативної та особистісної тривожності

Різняться показники рівня особистісної та ситуативної тривожності у групах. Так, респонденти другої групи, які були у зоні бойових дій понад 30 років, мають помірний рівень тривоги (підсумковий показник ситуативної тривожності — 44 бали; особистісної тривожності — 45 бали).

Респонденти першої групи, які мають досвід участі у бойових діях до 10 років, мають високий рівень ситуативної тривожності (підсумковий показник — 56 балів) та помірний рівень особистісної тривожності (підсумковий показник — 44 бали).

Відмінності між показниками особистісної та ситуативної тривожності у групах, свідчать про здатність респондентів другої групи ефективно контролювати стан ситуативної тривожності. Варто звернути увагу на показник низького рівня ситуативної тривожності в обох групах. На думку дослідників, його наявність також потребує аналізу причин та корекції наслідків, оскільки засвідчує байдужість людини до труднощів й безвідповідальне ставлення до поставлених цілей, що у результаті знижує ефективність діяльності й не дозволяє досягти цілей чи бажаних результатів [26, с. 159].

Різняться відповіді у групах по частині запитань-тверджень. Так, учасники бойових дій із більше як тридцятилітнім стажем відповіли на твердження: “я почуваю себе вільно”: ні, це не так — 0% мабуть так — 42,9% вірно - 42,9% цілком правильно — 14,3%. Натомість, учасники опитування, які були у зоні бойових дій упродовж останніх десяти років, дали відповіді: ні, це не так — 24,5% мабуть так — 25,5%, вірно - 26,7%, цілком правильно — 13, 3%. Відмінності у відповіді на твердження: “я нервую”: респонденти першої групи: ні, це не так — 62,2%, мабуть так — 24,5%, вірно — 11,2%, цілком правильно — 2%. Учасники опитування другої групи: ні, це не так — 28,6%, мабуть так — 57,1% вірно — 14,3%, цілком правильно — 0%.

Відмінності зумовлені підвищеним рівнем особистісної тривожності у респондентів другої групи. Підвищений рівень, на нашу думку, зумовлений віковими особливостями групи (особи зрілого й похилого віку), індивідуальними особливостями психіки, відмінностями у життєвому досвіді та світоглядно-ціннісних поглядах, стану ресурсної системи особи. Високий рівень ситуативної тривожності у респондентів першої групи може бути зумовлений інтенсивністю, тривалістю й близькістю у часі психотравмувальних ситуацій.

З метою оцінки посттравматичних когніцій в учасників бойових дій було використано методику “Опитувальник посттравматичних когніцій” створену Е. Фoa, А. Елерсом, Д. Кларком, Д. Толіном, С. Орсілло. Методика дозволяє визначити три види посттравматичних когніцій: 1) негативні думки про себе; 2) негативні думки про оточуючий світ, 3) самоїдство (Додаток А). Самозвинувачення, негативні думки про себе та світ, на думку авторів методики, зумовлюють розвиток постійного відчуття загрози й як результат сприяє розвитку стану безпорадності, посилює відчуття тривоги й формує ПТСР симптоматику. Йдеться про втрату людиною здатності підтримувати уявлення про себе як про людську істоту, яка наділена вольовими якостями [17, с.145].

Посттравматична когніція, яка передбачає висвітлення негативних думок учасників бойових дій про оточуючий світ, є релевантною в аналізі вираженості наслідків стану перманентної війни в учасників бойових дій. Мова йде про те, що людина є відкритою системою, тобто розвиток особистості завжди здійснюється у взаємодії зі світом та у взаємозв’язку з іншими людьми. Активна взаємодія з оточуючим світом дозволяє людині побачити події власного життя такими як вони, знайти шляхи до розвитку чи змін, не використовуючи способи “психологічного захисту” й виявляти стійкість до фрустрації.

Сумарний індекс за показниками: згоден — 12, 05% (у першій групі — 9,82%; у другій групі — 14,3%); нейтрально ставлюся - 14,23% (у першій групі — 15,46%; у другій групі — 12,96%); не згоден — 75,32% (у першій групі -74,9%; у другій групі — 72,74%). Відповідно, в учасників бойових дій високий рівень взаємозв’язку з оточуючим світом, вони не вважають, що їх життя зруйноване травмою й не має майбутнього, вони не відчують себе ізольованими від інших людей.

Водночас, учасники опитування продемонстрували значний відсоток позитивних відповідей на твердження, що свідчить про рівень довіри у взаєминах з людьми: “люди не такі, якими здаються” (респонденти першої групи — 40%; респонденти другої групи — 63,1%), “я не можу покласти на інших людей”

(респонденти першої групи — 17%, респонденти другої групи — 27,3%) (табл.1) (Додаток Ж).

Емпіричні дані дослідження посттравматичної когніції, яка характеризує негативні думки про себе. Сумарний індекс за показниками: згоден — 16,22% (у першій групі — 14,22%; у другій групі — 18,22%); нейтрально ставлюся - 14,7% (у першій групі — 14,03%; у другій групі — 15,1%); не згоден — 69,21% (у першій групі -71,75%; у другій групі — 66,68 %). Результати засвідчили, що невеликий відсоток респондентів мають проблеми із самоприйняттям себе як цінності та унікальної особистості.

Загалом, йдеться про збереження учасниками бойових дій смислового простору особистості, який визначається як “складне інтегроване психологічне утворення, що є результатом розвитку особистості як активного творця власного життя” [60, с. 51] й забезпечує цілісність, автономність та сталість особистості, сприяє збереженню її ідентичності, створюючи умови для її самопрезентації й захисту від маніпуляції та інших негативних впливів.

Частина учасників бойових дій зізнаються, що не відчують себе безпечно у мирному житті. Так, 63,7% респондентів другої групи й 42,9% респондентів першої групи дали позитивну відповідь на твердження: “світ небезпечний”. У певної частини учасників бойових дій є внутрішня тривога, почуття безпорадності та невпевненості у собі та інших людях, інколи вдаються до самозвинувачень у причинах трагічних подій, які відбулися. Так, 23, 4% респондентів першої групи дали позитивну відповідь на твердження “я постійно насторожений”, 33, 8% учасників опитування цієї групи позитивно відповіли на твердження “людям не можна довіряти”. Позитивно відповіли на твердження “ми ніколи не знаємо, хто може нам завдати шкоди” половина респондентів, відповідно 46, 9% учасників першої групи й 54,6% другої. На твердження “я повинен бути особливо обережним, тому що ви ніколи не знаєте, що може статися далі” позитивно відповіли 53,3% респондентів першої групи та 45,5% респондентів другої групи (табл. 2) (Додаток Ж).

Твердження, які стосуються самозвинувачення, відсутності віри у власні сили, нездатності впоратися з труднощами практично не мають позитивних відповідей. Вони корелюються із емпіричними даними дослідження посттравматичної когніції самоїдства (самозвинувачення) засвідчили її низький рівень. Сумарний індекс на відповіді із твердженням згоден становить менше 1% (у першій групі — 0,52%; у другій групі — 0,41%).

Поїдання людини самої себе із середини забирає чимало життєвої енергії та ресурсів. Воно здатне викликати низку неврозів та психозів, а інколи приводить до депресії та суїциду. Звичка до самоїдства укупі із заниженою самооцінкою й нестачею визнання іншими заганяють людину у пастку. Вона починає вірити, що не гідна нічого у житті хорошого, що не має здатності до самореалізації. Така особистість не приймає себе та навколишній світ, якщо вони не відповідають її внутрішнім уявленням. Вона не приймає у першу чергу себе, оскільки ідеальним увесь час й за будь-яких життєвих обставин бути не можливо. Вона не може сприйняти помилки як досвід й як можливість знайти нові шляхи розвитку. Винятком може слугувати відповідь майже на твердження “щось у мені є таке, що притягнуло до мене цю подію (респонденти другої групи дали відповідь - більше годен — 9,1%) (табл. 3) (Додаток Ж).

Загалом, низькі бали по шкалах “Опитувальника посттравматичних когніцій” свідчать про відсутність в учасників бойових дій симптомів психотравми. Однак у частини респондентів спостерігається високий рівень ситуативної й особистісної тривожності, підвищеним рівнем внутрішньої тривоги та почуттям небезпеки, недостатньою вірою та довірою до інших людей, потребою у вирішенні складних ситуацій покладатися лише на власні сили.

2.3. Особливості копінг-стратегій учасників бойових дій

За умови збільшення патогенності життєвих подій стресогенні ситуації можуть стати “пусковим механізмом” виникнення психосоматичних та інших

захворювань [44, с. 292]. У вирішенні стресогенної ситуації людина використовує власні стратегії. Вони вибудовуються на основі наявного у неї досвіду та психологічних резервів (копінг-ресурси). З огляду на зазначене вище, актуальним є аналіз поведінкових стратегій учасників бойових дій з опанування критичних чи стресових ситуацій.

Особливості копінг-стратегій учасників бойових дій визначалися за методикою “Діагностика копінг-поведінки у стресових ситуаціях”, розробленими канадськими вченими С. Норманом, Д. Ендлер, Д. Джеймсом, М. Паркером у 1990 р. та адаптований Т. Крюковою у 2001 р. Ця методика дозволяє визначити наступні копінг-стратегії особистості: проблемно-орієнтована стратегія; емоційно-орієнтована стратегія; стратегії уникнення; відволікання; соціальне відволікання (пошук соціальної підтримки). Аналіз емпіричних даних засвідчив, що респонденти обох груп використовують переважно активні форми копінгу (спрямовані на вирішення ситуації чи послаблення її стресогенного впливу) (Додаток А).

Сумарний індекс проблемно-орієнтованої стратегії становить 59, 94% (у твердженні використовую часто – 49, 55%, дуже часто – 12, 39%) (табл.1) (Додаток В). Ця копінг-стратегія є дієвим когнітивно-поведінковий процесом обрання учасниками бойових дій ефективних шляхів подолання складних життєвих ситуацій. Вона передбачає аналіз стресових ситуацій та можливих шляхів їх вирішення.

Умовою реалізації їх є фокусування на проблемі та визначення шляхів її вирішення. Копінг-стратегія “вирішення проблем” є активною поведінковою стратегією, під час реалізації якої військовослужбовці використовують наявні у них особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми. Її метою є пошук альтернативних рішень проблеми й сприяння загальній соціальній адаптації.

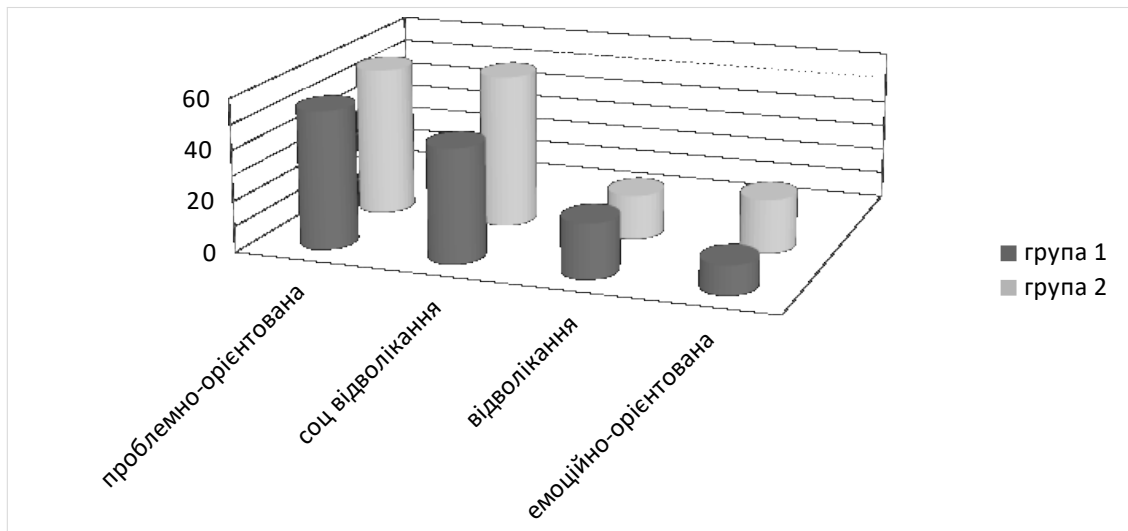


Рис. 3. Відмінності копінг-стратегій “вирішення проблеми” у респондентів першої та другої групи.

Аналіз емпіричних даних засвідчив, що учасники опитування виявляють високий рівень організації й цілеспрямованості у подоланні стресогенних ситуацій. Зокрема, використовують планування: вирішую, що тепер найважливіше робити 67, 5% респондентів (у твердженні часто — 58,2%, дуже часто — 9,3%); орієнтуються на набутий раніше досвід: згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше: 50, 55% (у твердженні часто — 49,05%, дуже часто — 1,5%); демонструють уміння визначати пріоритети у вирішенні проблеми: визначаю напрямок дій й дотримуюся його: 74,05% (у твердженні часто - 63,25%, дуже часто -10,08%), роблю те, що вважаю найкращим у цій ситуації: 88,4% (у твердженні часто — 70,05%, дуже часто 18, 35%). Загалом респонденти демонструють високий рівень готовності самостійно долати життєві труднощі (лише 3% учасників опитування стверджують, що у стресовій ситуації часто беруть відгул чи віддаляються від проблеми) (табл. 1) (Додаток В). У вирішенні проблемних ситуацій відбувається самоствердження їх як особистості, розвиток самоповаги й самоцінності.

Самоствердження здійснюється через вчинок, “як подолання й перехід у новий буттєвий простір, переконання людини у тому, що вона чогось варта, що

вона є цінністю”[16, с.113]. У процесі самоствердження респонденти більше орієнтуються на суб’єктивні обставини, що складають їх внутрішній світ, а ніж на зовнішнє середовище, оточення, тобто об’єктивні умови, які для них “створила доля”. Лише третина респондентів стверджує, що у вирішенні проблемної ситуації намагається вийти переможцем й довести свою значимість: використовую ситуацію, щоб довести, що я можу це зробити — 30, 85% (твердження часто — 23,1%, дуже часто — 7, 75%); намагаюся зібратися, щоб вийти переможцем у ситуації — 46,1% (твердження часто — 37,2%, дуже часто - 9,1%) (табл.1) (Додаток Д).

Загалом респонденти другої групи демонструють вищий рівень здатності вирішувати кризові ситуації, опираючись на власні ресурси та життєвий досвід. Так, респонденти цієї групи здебільшого орієнтуються у вирішенні стресогенних ситуацій на набутий досвід: згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше – сумарний індекс – 89% (у твердженні часто – 87,5%, дуже часто -1,5%); використовують планування й цілеспрямованість у подоланні наслідків ситуації: вирішую, що тепер найважливіше робити: 87,5% (у твердженні часто – 75%, дуже часто – 12,5%); визначаю напрямок дій і дотримуюся його – сумарний індекс – 87,5% (у твердженні часто – 75%, дуже часто – 12,5%); уміють визначати пріоритети у вирішенні проблеми: роблю те, що вважаю найкращим у цій ситуації – сумарний індекс – 100% (у твердженні часто – 87,5%, дуже часто – 12,5%) (табл.1) (Додаток В). Вважаємо, що високий рівень здатності вирішувати кризові ситуації зумовлений високим рівнем соціальної адаптації до умов мирного життя, реалізацією особистісного потенціалу, наявністю суттєвого життєвого досвіду вирішення проблем, схильністю до аналітичного осмислення проблем, готовністю до відповідальності за результати прийнятого ними рішення.

Продуктивними у соціальній адаптації є певні форми уникнення. Вони мають активний характер, оскільки сприяє послабленню впливу стресогенної

ситуації [19, с.18]. Мова йде насамперед, про соціальне відволікання як стратегію пошуку соціальної підтримки. Це є активною поведінковою стратегією, використовуючи яку військовослужбовці звертаються за допомогою та підтримкою до оточуючих: друзів, колег, родичів тощо.

Респонденти обох груп продемонстрували суттєвий рівень соціального відволікання — сумарний індекс учасників опитування становить 53,2% (у твердженні часто — 36,63%, дуже часто — 16,57%). Найвищі показники мають твердження: розмовляю з тим, кого я особливо ціную — сумарний індекс — 69,3%, (учасники першої групи: 50,8%; учасники другої групи: 75%); проводжу час з близькою людиною — сумарний індекс — 62,9% (учасники першої групи: 50,8%; учасники другої групи: 75%) (табл. 5) (Додаток Б).

У той же час, “пасивні” копінг-стратегії використовують майже вчетверо менше учасників опитування. Так, сумарний індекс результатів за субшкалою відволікання — 23,62% (у твердження часто — 17,5%, дуже часто — 5,65%). Найбільш поширеними стратегіями уникнення серед респондентів є: дивлюся телевизор: 52,95% (учасники першої групи: 18,4%; учасники другої групи: 87,5%); балую себе улюбленою їжею: 32,8% (учасники першої групи: 45,5%; учасники другої групи: 12,5%); іду кудись перекусити або пообідати: 25,7% (учасники першої групи: 25,7%; учасники другої групи: 25,7%). Найменш поширеними стратегіями уникнення є: беру відпустку (відгул) й віддаляюся від ситуації та ходжу по магазинах нічого не купуючи (результати становлять 3%) (табл. 4) (Додаток Б).

Пасивними є емоційно-орієнтовані стратегії. Йдеться про фокусування на емоціях та їх вираженні — заперечення стресової події, емоційне реагування на кризову ситуацію, ментальне відчуження — психологічне відвернення від джерела стресу через мрії, сон, розваги [27, с. 157]. Сумарний індекс емоційно-орієнтованих стратегій становить 16,44% (у твердженні використовую часто — 11,20%, дуже часто — 3,72%). В учасників бойових дій практично не

спостерігається емоційного заперечення стресової події: кажу собі, що це відбувається не зі мною - 1,5%; застигаю як заморожений — 1,5%; кажу собі, що це ніколи не трапиться — 1,5%. Натомість, чималий відсоток респондентів стверджують, що під час стресової ситуації вони занурюються у свій біль та страждання — 9,2%; відчують нервову напругу — 16,75%; шкодують, що не можуть змінити того, що сталося або своє ставлення до того, що трапилося — 34,1%; турбуюся про те, що я буду робити — 42,8%; зосереджуюся на своїх недоліках — 27,1%; відчуваю роздратування — 27,85% (табл. 2) (Додаток Б). Респонденти другої групи демонструють підвищений рівень фокусування емоцій у стресових ситуаціях, що засвідчує дещо підвищений рівень емоційної нестійкості, тривожності, фрустрації, ригідності, роздратованість, збудженості, заклопотаності.

Варто зазначити, що емоційно-вольова регуляція осіб зрілого та похилого віку (це вікова категорія респондентів другої групи) “відрізняється підвищеним рівнем готовності до тривожності, низьким рівнем емоційної стійкості та переважанням афектів” [36, с. 18].

Загалом, емоційно-орієнтовані стратегії сприяють формуванню дезадаптивної, псевдодолаючої поведінки. Їх використання свідчить про недостатність особистісних копінг-ресурсів та навичок конструктивного й активного вирішення проблеми. Використання цієї стратегії також засвідчує про недостатність особистісних копінг-ресурсів та навичок активного вирішення проблем.

Отож, аналіз емпіричних даних засвідчив, що учасники бойових дій здебільшого у вирішенні стресових ситуацій використовують активні копінг стратегії, спрямовані на вирішення проблем та соціальну адаптацію та підтримку. Пріоритетність використання активних копінг-стратегій свідчить про здатність військовослужбовців акцентуватися на поставлених завданнях,

плануванні та зусиллях, які спрямовані на розв’язання проблемних ситуацій й відображають спробу змінити ситуацію.

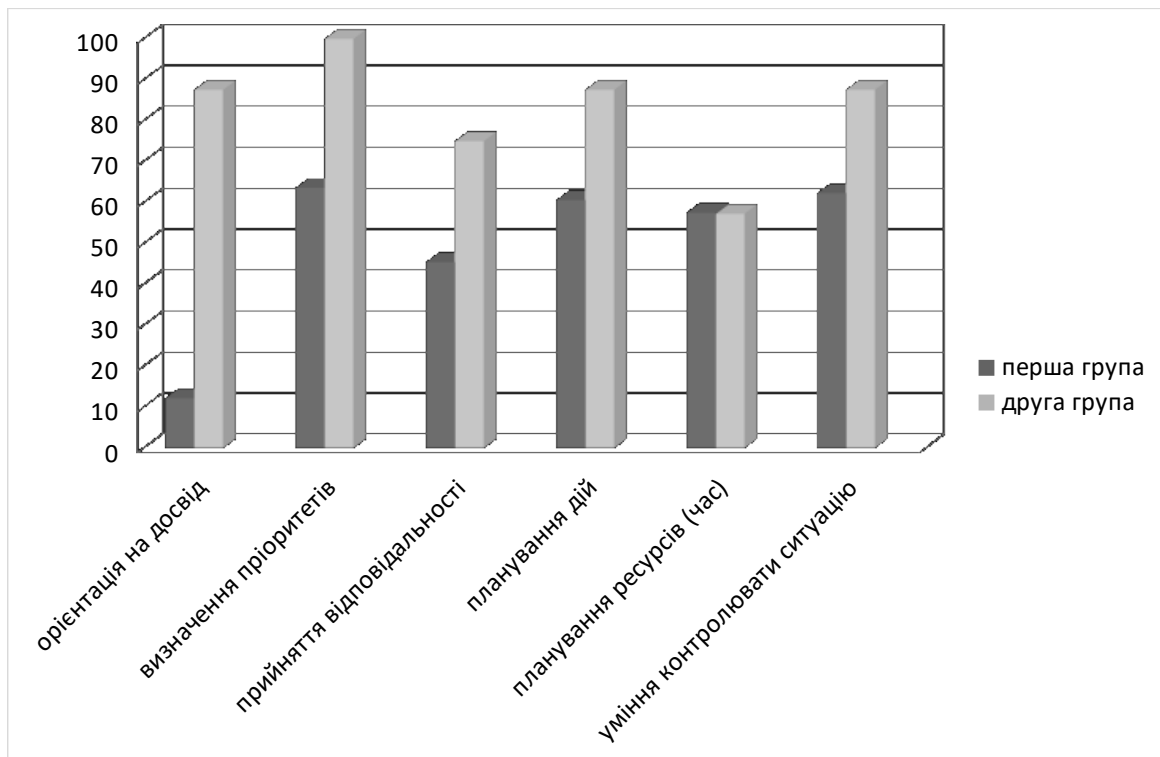


Рис. 4. Копінг-стратегії учасників бойових дій у першій та другій групах

Очевидно, що у певних випадках вони здатні самостійно долати труднощі, а у інших їм необхідна підтримка соціального оточення, врахування авторитетної думки чи отримання задоволення від повсякденних речей (смачна їжа, перегляд телевізійних програм, навідування друга тощо).

Обрання ефективної копінг-стратегії залежить також від особливостей перебігу складної життєвої ситуації. Так, за певних обставин учасники бойових дій самостійно долають труднощі, у інших їм необхідна підтримка соціального оточення, а ще у інших, вони є схильними до уникнення проблемної ситуації, оцінивши її негативні наслідки. На думку дослідників, найбільш ефективним є використання усіх трьох стратегій. Не лише подолання проблемної ситуації, а й “приспособлення до певних обставин шляхом уростання у середовище, уникнення травматичних ситуацій” мають конструктивний сенс [27, с. 156].

2.4. Аналіз ступеню та можливостей посттравматичного зростання, самоефективності та рівня задоволення від життя учасників бойових дій

У теоретичному аналізі виокремлено наступні кореляти подолання стану перманентної війни та соціальної адаптації учасників бойових дій: копінг-стратегії, самоефективність, рівень задоволення від життя, посттравматичне зростання. Проаналізуємо їх ступінь та можливості впливу на рівень посттравматичного зростання учасників бойових дій. Насамперед, розглянемо результати респондентів за методикою посттравматичного зростання (Р. Тадеші і Л. Калхаун, в адаптації М. Ш. Магомед-Емінова) (Додаток А).

Аналіз отриманих емпіричних даних здійснено на основі моделі посттравматичного зростання С. Джозера. Концептуальною ідеєю цієї моделі є визнання духовно-емоційної сфери людини як пріоритетної у подоланні наслідків травмивної події та здатності до посттравматичного зростання. Модель ґрунтується на факторах, які є напрямками посттравматичного зростання, а саме: міжособистісні відносини, зміни у сприйнятті власного Я та зміни у життєвій філософії [101, с. 336]. Фактор міжособистісних відносин ґрунтується на аналізі й визнанні важливості родинних відносин, значимості стосунків із друзями, розвитку емпатії, співчуття та альтруїзму по відношенню до інших людей як пріоритетних у морально-ціннісній системі людини. Їх аналіз передбачає залучення тверджень із шкали “Ставлення до інших” (табл. 1) (Додаток Б).

Сумарний індекс посттравматичного зростання за шкалою “Ставлення до інших” становить 53,4%, (результати у першій групі — 37,4%, у другій групі — 67,8%), що свідчить про суттєві зміни у прагненні учасників бойових дій розраховувати на інших людей у вирішенні життєвих проблем, частіше співчувати іншим людям й розуміти їх потреби. Найменший показник стосується твердження про бажання виражати емоції та виявляти щирість та відкритість у спілкуванні з іншими людьми, дещо меншим показник (відносно інших) відповідей на твердження, “я дізнався, якими чудовими бувають люди”. Водночас, здатність людини, яка отримала травматичний досвід, розуміти й

управляти своїми емоціями, виражати й усвідомлювати їх спектр, розпізнавати емоції інших та будувати ефективну та конструктивну взаємодію є важливим ресурсом у подоланні стремотравмувальних ситуацій.

Людина з високим рівнем емпатії, здатна використовувати комбінацію симпатії та співчуття, щоб утішати інших і підходити до інших у значущий та позитивний для них спосіб. Розпізнавання емоцій пов'язане із низкою ситуативних факторів, які виходять за межі особистісних, зокрема таких як посттравматичний досвід. Цей процес спонукає людину до трансформації й показує, наскільки вона виросла як особистість. Так, переживання нещастя, яке спровокувало посттравматичний розлад, може дозволити людині краще відчувати й розуміти себе та відчувати подібні емоції у інших [37, с.58]. Йдеться про щільний взаємозв'язок процесів саморегуляції та рефлексії, який розуміється не лише як спроможність суб'єкта до самомоніторингу своєї поведінки, а й як прагнення шляхом самоспостереження й самоконтролю відслідкувати власні емоції, усвідомити експресивну поведінку і самопрезентацію у різних життєвих ситуаціях [101, с. 530]. Навчання людей розпізнавати спектр своїх емоцій, керувати ними є ресурсом посттравматичного зростання й особистісною потребою. Почуття й емоції як ресурс тісно пов'язані з спілкуванням та соціальною підтримкою. Завдяки спілкуванню людина створює себе упродовж усього життя, відкриває для себе нові можливості й набуває нових характеристик, розкриваючи складну багатогранність своєї природи. Основою спілкування є любов, яка здатна творити “особливу довіру людей один до одного” [62, с.146].

Зауважимо, що ця довіра позбавлена упереджень та стереотипів. Вона ґрунтується на щирості, відкритості, взаємності й визнанні рівноцінності кожного у діалогівій сув'язі. Результати дослідження засвідчили, що попри суттєвий відсоток здатності респондентів до співчуття та готовності до взаємодопомоги, респонденти у переважній більшості зазначають про відсутність близьких, щирих стосунків з оточуючими, відсутність поцінування та бажання розраховувати на допомогу та підтримку інших людей у скрутних життєвих ситуаціях. Зрозуміло, що у кризові моменти у житті особистості

можуть руйнуватися усталені міжособистісні відносини, водночас, процес створення й розвиток нових є потужним ресурсом у посттравматичному зростанні.

Наступним фактором моделі С. Джозера є зміни у сприйнятті власного Я. Це один із засадничих напрямів посттравматичного зростання, оскільки свідчить про здатність людини до пошуку й реалізації ресурсів особистісних змін, зосередженні на розвитку нових якостей та характеристик й можливостей їх використання у практиках життя. Загалом йдеться про зміни у самоприйнятті себе й себе у світі. Травмувальні обставини спонукають до зміни світоглядно-ціннісних орієнтацій людини. До аналізу цього фактора було залучено дані шкал “Нові можливості” та “Сила особистості” (див. табл. 2), (див. табл. 3). (Додаток В).

Сумарний індекс посттравматичного зростання за шкалою “Нові можливості” становить 65, 4% (результати у першій групі — 40,5%, друга група — 66, 28%), що свідчить про суттєвий потенціал у прагненні учасників бойових дій скорегувати пріоритети у своєму житті, скеровуючи своє життя на новий шлях. У військовослужбовців з’явилися нові інтереси й пріоритети у житті й як результат нові можливості, вони більше зусиль спрямовують на осмислення духовних питань та пошук внутрішніх можливостей подолання труднощів. Сумарний індекс посттравматичного зростання за шкалою “Сила особистості” становить 51,16% (результати у першій групі — 50%, у другій групі — 57,5%), що свідчить про суттєві зміни у розумінні військовослужбовцями себе, особливостей свого внутрішнього світу й визнання того, що у подоланні життєвих негараздів вони стали сильнішими, а ніж до отримання ними бойового досвіду. Загалом респонденти у напрямку змін у сприйнятті власного Я продемонстрували здатність посттравматичного зростання, формування активної життєвої позиції, приймати для себе важливі рішення й окреслювати унікальну траєкторію свого життя. Вважаємо, що пережиті психотравми можуть виступати каталізатором позитивних змін, а саме сприяти зростанню

особистісної зрілості, життєстійкості, активізації життєвої позиції й посиленню віри у власні сили тощо.

Релевантним ресурсом, що забезпечує особистісне зростання є здатність до самореалізації й підвищення самоефективності [54, с. 217]. До наукового обігу поняття самоефективності було уведено А. Бандурою для пояснення ступеня усвідомлення людиною своїх здібностей й здатності їх використовувати для своєї самозміни, умінні управляти своїми здібностями задля зміни конкретної ситуації на краще [54, с. 164]. Власне людина формує наміри, які включають плани дій та стратегій їх реалізації. На думку, А. Бандури, бути знерухомленим невпевненістю у собі та вірою у марність зусиль є невеликою еволюційною перевагою. Проте, людина є не лише агентом дії. Вона перевіряє себе повсякчас на власне функціонування. Через функціональну самосвідомість вона відрефлексовує особисту ефективність, обґрунтованість своїх думок та дій, надає значення своїм прагненням й вносить до них корективи, коли це необхідно [65, с. 166]. Загалом дефініція самоефективності дозволяє зрозуміти людині відчуття власної компетентності та ефективності, а також її уміння усвідомлювати свої здібності та вибудовувати поведінку, яка б відповідала специфіці проблеми, яка потребує вирішення. На думку дослідників, важливість цієї особистісної характеристики, яка у поєднанні з конкретними цілями й знанням про те, що необхідно робити, може суттєво вплинути як на поведінку, так й на внутрішній світ людини [9]. З огляду на те, що само ефективність є процесом інтеграції когнітивних, соціальних та поведінкових компонентів з метою обрання оптимальної стратегії дій у різних життєвих ситуаціях й як результат організувати діяльність задля досягнення мети, корелюється із фактором змін у життєвій філософії учасників бойових дій.

Рівень самоефективності учасників бойових дій визначався за методикою “Шкала самоефективності” Р. Шварцера та М. Єрусалема, адаптація В. Г. Ромека спрямована на визначення рівня самоефективності як усвідомлення ефективності власних дій та очікування успіху від їх реалізації відносно певної ситуації чи

специфічного завдання. Аналіз емпіричних даних засвідчив високий рівень самоефективності учасників бойових дій.

Респонденти (першої групи - загальний бал 37) (другої групи - загальний бал 39) мають високий рівень самоефективності, що свідчить про здатність військослужбовців долати наслідки травмувальних подій втрати, інтеграції та відновлення ресурсних станів особистості задля підвищення загального рівня якості її життя (табл.1) (Додаток Ж).

Самоефективність — це оцінка конкретної поведінкової компетенції людини, яка має процесуальний характер. На її розвиток впливає низка факторів, як-то: обсяг та різноманіття навичок поведінки; досвід, набутий шляхом вивчення й оцінювання моделей поведінки інших людей; самоаналізу фізіологічного, психоемоційного, фізіологічного стану, усього того, що здатне вплинути на оцінку поведінкових навичок. Також самоефективність розуміється і як продуктивний процес інтеграції когнітивних, соціальних та поведінкових компонентів задля здійснення оптимальної стратегії в різноманітних ситуаціях.

Цей напрям орієнтований на позитивні зміни у її життєвій філософії, умінні отримувати задоволення від моментів повсякденного життя, здатність визначити життєві пріоритети та дистанціюватися від дрібниць тощо. За результатами опитування (до аналізу залучалися дані шкал “Духовні зміни”, “Підвищення цінності життя”) частка респондентів, які повідомили про помірні та позитивні зміни є високою. Сумарний індекс посттравматичного зростання за шкалою “Духовні зміни” становить 57,1 % (результати 1 групи – 49,8%, другої групи – 66%), що свідчить про суттєві зміни у розумінні учасниками бойових дій своїх потенційних можливостей, особливостей розвитку власного внутрішнього світу та умінні окреслювати пріоритети у житті (табл. 4) (Додаток В). Сумарний індекс посттравматичного зростання за шкалою “Підвищення цінності життя” становить 72,85%, (результати першої групи – 56,7%, другої групи – 74,4%), що свідчить про суттєві зміни життєвих пріоритетів учасників бойових дій, здатності цінувати кожен прожитий день, прагнути зробити якомога більше гарних справ у житті й краще розуміти цінність свого життя й бути більш

впевненим у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми тощо (табл. 5) (Додаток В).

Позитивні зміни у життєвій філософії людини корелюється із рівнем її задоволеності життям. Зазначимо, що задоволеність життям – складне, інтегральне поняття, яке поєднує у собі низку компонентів й характеризується суб’єктивним емоційно-вольовим відношенням людини до дійсності. Задоволеність життям визначається рівнем досягнутих цілей, подоланими труднощами, низкою змін в особистому житті та професійній діяльності [72]. Осмислений аналіз власних життєвих цілей дає людині відчуття екзистенційної наповненості. Задоволеність життя “відображає рефлексивне судження людини про те, що її життя та обставини складаються добре” [61, с. 66].

Дослідження рівня задоволеності життя учасників бойових дій було проведено за методикою “Шкала задоволеності життям” Е. Дінера, адаптована Д. Леонтьєвим та Є. Осіновим (Додаток А). Ця методика дозволила визначити рівень когнітивної оцінки відповідності життєвих обставин очікуванням людини й міру внутрішньої гармонії та психологічної задоволеності. Респонденти обох груп продемонстрували практично однакові високі результати рівнем задоволеності життям. Найвищий показник в обох групах має твердження: “я задоволений своїм життям” 73,95% (учасники першої групи — 74,1%, другої групи — 73,8%). Водночас, найнижчі показники має твердження “нині я отримав від життя все, що хотів” 53,15% (учасники першої групи — 42,6%, другі групи — 63,7%) (табл. 2) (Додаток Ж). Така, на перший погляд, суперечність у твердженням, які мають споріднене смислове навантаження зумовлено розвитком здатності респондентів жити реаліями сьогодення, отримувати задоволення від життя “тут і зараз” і водночас, вибудовувати життєві плани на майбутнє.

Релевантним є аналіз взаємовпливу задоволеності життя та цінності життя, здатності наповнити його значущими подіями тощо. Проведений кореляційний аналіз Пірсона дозволив визначити наявність статистично значущого позитивного зв’язку між рівнем задоволеності життям та показниками

посттравматичного зростання. Рівень задоволеності життям учасників бойових дій не пов'язаний із факторами міжособистісних відносин (шкала “Ставлення до інших”), почуттям особистісної сили (шкала “Сила особистості”). Результати кореляційного аналізу дозволяють констатувати наявність позитивного взаємозв'язку між задоволеністю життям та фактором нових можливостей для людини (шкала “Нові можливості”) 0,37 ($p < 0,05$); фактором збагачення духовного життя людини (шкала “Духовні зміни”) 0,39 ($p < 0,05$); фактором усвідомлення цінності життя (шкала “Підвищення цінності життя”) 0,75 ($p < 0,01$) (табл. 3) (Додаток Ж).

Отже, важливим джерелом підтримки учасників бойових дій у процесі подолання наслідків психотравматичних ситуацій та адаптації до реалій мирного життя є визнання себе як унікальної самоцінності, розвиток духовної й психоемоційної сфери, усвідомлення цінності життя як засадничої для людини, спонукання до переосмислення й наповнення його значущими подіями. Йдеться про осмислений самоаналіз життєвих цілей. Безумовно, екзистенційні уподобання не є характеристиками особистості. Вони лише свідчать про загальну її спрямованість у розвитку. Смісл життя людини може мати різну змістову наповненість: “від елементарної гедоністичної, властивої особистості, до самотворчої, наповненої духовним змістом та екзистенцією” [10, с. 27].

Аналіз емпіричних даних на основі теоретичної моделі посттравматичного зростання С. Джозера засвідчив, що в учасників бойових дій відбулися найбільші зміни у особистісному розвитку й життєвій філософії. Травматичні події презентують людині абсолютно новий досвід, який відповідно потребує осмислення й часу. Цей “опрацьований” людиною досвід здатний вивести її на нові рівні світорозуміння й відкрити нові перспективи та можливості у житті. Спроможність поєднувати новий досвід з отриманим й осмисленим раніше засвідчує про процес одужання. Йдеться про відновлення, попри травми та життєві потрясіння, узвичаєних для людини життєвих координат її життя. Цей процес відновлення передбачає побудову нової моделі життя, яка включає досвід травми й дозволяє людині самостійно керувати й бути його творцем.

Варто зазначити, що у міжособистісних відносинах зміни є помірними. Опитування продемонструвало проблеми у вираженні військовими своїх емоцій й визначенні (прийнятті) позитивних рис у інших людей. Найбільші зміни у життєвій філософії було зазначено респондентами у розумінні цінності власного життя, зміні пріоритетів стосовно того, що є важливим у житті, здатності скерувати своє життя на досягнення нових цілей.

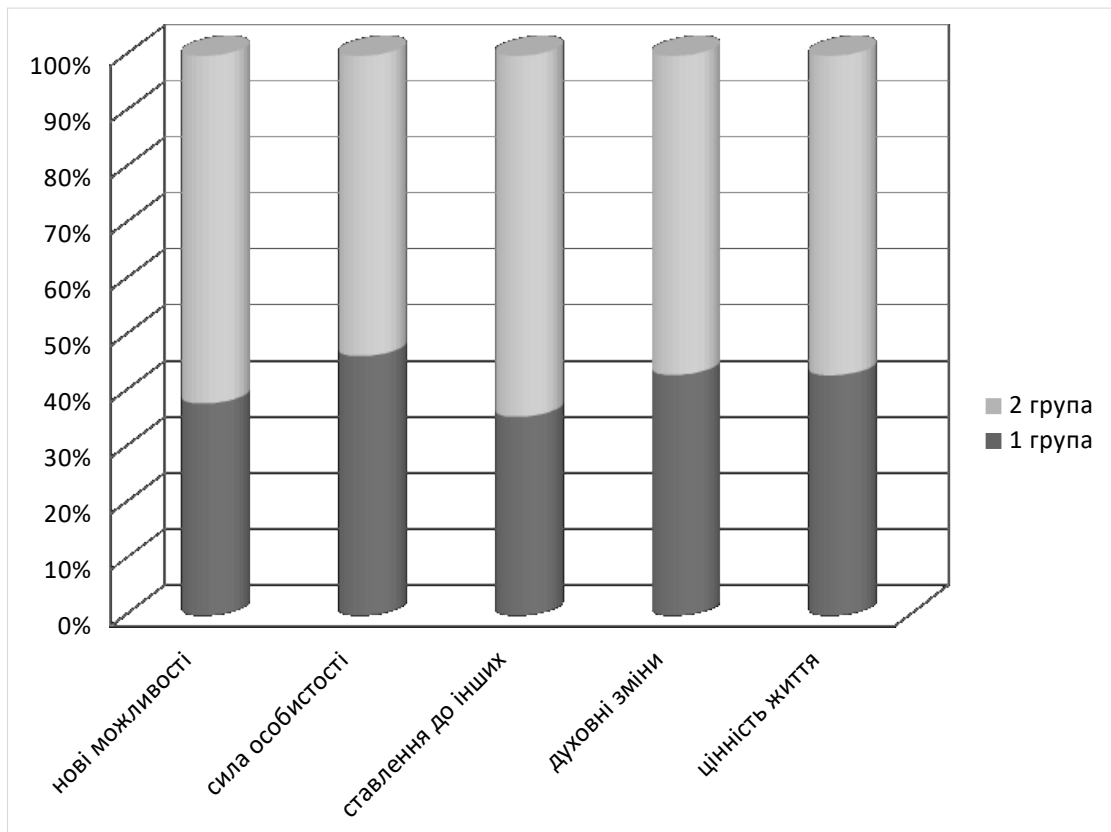


Рис. 5. Рівень постратматичного зростання учасників бойових дій

Найнижчими є показники у твердженнях, які стосуються кращого усвідомлення духовних цінностей та наявності релігійних вірувань тощо. Водночас зазначимо, що духовний світ людини (віра, світоглядні орієнтири, морально-етичні цінності тощо) є релевантними у подоланні наслідків психотравматичних подій й містять потужний потенціал у здатності людини до психотравматичного зростання, підвищення її рівня включення у систему міжособистісних відносин та знаходження умов для реалізації потреб у самоповазі й самореалізації.

Висновки до другого розділу

Аналіз емпіричних даних засвідчив низький рівень вираженості симптомів стану перманентної війни в учасників бойових дій. Винятком є високий рівень тривожності більше як у половини респондентів. Кількісні показники свідчать переважно про помірний рівень особистісної тривоги на фоні підвищеного рівня ситуативної. Різняться показники рівня особистісної та ситуативної тривожності у групах, що свідчать про здатність респондентів другої групи ефективно контролювати стан ситуативної тривожності. Високий рівень ситуативної тривожності у респондентів першої групи може бути зумовлений інтенсивністю, тривалістю й близькістю у часі психотравмувальних ситуацій.

Результати аналізу емпіричних даних продемонстрували про високий рівень взаємозв'язку учасників бойових дій з оточуючим світом. Вони не вважають, що їх життя зруйноване травмою й не має майбутнього й не відчують себе ізольованими від інших людей. Дослідження посттравматичної когніції, яка характеризує негативні думки про себе, свідчить, що невеликий відсоток респондентів мають проблеми із самоприйняттям себе як цінності та унікальної особистості. Частина учасників бойових дій зізнаються, що не відбувають себе безпечно у мирному житті. У певної частини учасників бойових дій є внутрішня тривога, почуття безпорадності та невпевненості у собі та інших людях, інколи вдаються до самозвинувачень у причинах трагічних подій, які відбулися. Твердження, які стосуються самозвинувачення, відсутності віри у власні сили, нездатності впоратися з труднощами практично не мають позитивних відповідей.

У вирішенні стресогенної ситуації актуальним є аналіз поведінкових стратегій учасників бойових дій з опанування критичних чи стресових ситуацій. Аналіз емпіричних даних засвідчив, що учасники бойових дій здебільшого у вирішенні стресових ситуацій використовують активні копінг стратегії, спрямовані на вирішення проблем та соціальну адаптацію та підтримку. Респонденти другої групи демонструють вищий рівень здатності вирішувати

кризові ситуації, опираючись на власні ресурси та життєвий досвід. Так, респонденти цієї групи здебільшого орієнтуються у вирішенні стресогенних ситуацій на набутий досвід: згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше, використовують планування й цілеспрямованість у подоланні наслідків ситуації: вирішую, що тепер найважливіше робити; визначаю напрямок дій і дотримуюся його; уміють визначати пріоритети у вирішенні проблеми: роблю те, що вважаю найкращим у цій ситуації. Вважаємо, що високий рівень здатності вирішувати кризові ситуації зумовлений високим рівнем соціальної адаптації до умов мирного життя, реалізацією особистісного потенціалу, наявністю життєвого досвіду вирішення різних проблем, схильністю до аналітичного осмислення проблем, готовністю до відповідальності за результати прийнятого ними рішення. Обрання ефективної копінг-стратегії залежить також від особливостей перебігу складної життєвої ситуації. Так, за певних обставин учасники бойових дій самостійно долають труднощі, у інших їм необхідна підтримка соціального оточення, а ще у інших, вони є схильними до уникнення проблемної ситуації, оцінивши її негативні наслідки. Загалом респонденти продемонстрували здатність посттравматичного зростання, формування активної життєвої позиції, приймати для себе важливі рішення й окреслювати унікальну траєкторію свого життя.

Аналіз емпіричних даних засвідчив високий рівень самоефективності учасників бойових дій, що свідчить про здатність військослужбовців долати наслідки травмувальних подій втрати, інтеграції та відновлення ресурсних станів особистості задля підвищення загального рівня якості її життя. Самоефективність розуміється і як продуктивний процес інтеграції когнітивних, соціальних та поведінкових компонентів задля здійснення оптимальної стратегії в різноманітних ситуаціях. Позитивні зміни у життєвій філософії людини корелюється із рівнем її задоволеності життям. Проведений кореляційний аналіз r-Пірсона дозволив визначити наявність статистично значущого позитивного зв'язку між рівнем задоволеності життям та показниками посттравматичного зростання. Результати кореляційного аналізу дозволяють константувати

наявність позитивного взаємозв'язку між задоволеністю життям та фактором нових можливостей для людини; фактором збагачення духовного життя людини; фактором усвідомлення цінності життя. Аналіз емпіричних даних на основі теоретичної моделі посттравматичного зростання С. Джозера засвідчив, що в учасників бойових дій відбулися найбільші зміни у особистісному розвитку й життєвій філософії. Травматичні події презентують людині абсолютно новий досвід, який відповідно потребує осмислення й часу. Спроможність поєднувати новий досвід з отриманим й осмисленим раніше засвідчує про процес одужання. У міжособистісних відносинах зміни є помірними. Опитування продемонструвало проблеми у вираженні військовими своїх емоцій й визнанні (прийнятті) позитивних рис у інших людей. Найбільші зміни у життєвій філософії було зазначено респондентами у розумінні цінності власного життя, зміні пріоритетів стосовно того, що є важливим у житті, здатності скерувати своє життя на досягнення нових цілей.

РОЗДІЛ 3. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК МЕДІАТОР ОСОБИСТІСНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ ТА ПОДОЛАННЯ СТАНУ ПЕРМАНЕНТНОЇ ВІЙНИ

3.1. Міжнародний досвід соціально-психологічного супроводу військовослужбовців

Результати теоретичного аналізу та емпіричного дослідження засвідчили необхідність пошуку ефективних стратегій подолання наслідків психотравмувальних ситуацій й забезпечення у військовослужбовців посттравматичного зростання. Релевантним у пошуку концептуальних підходів, ефективних форм, методів та методик є міжнародний досвід. Заслуговує на особливу увагу теоретичні напрацювання та практики їх реалізації країнами, які мають довід ведення сучасних війн й як результат новітні напрацювання з питань реабілітації та реінтеграції військовослужбовців у мирне життя.

Аналіз досвіду інших країн у вирішенні проблем стану перманентної війни свідчить про наявність низки спільних принципів та підходів у реабілітації та адаптації учасників бойових дій. Розгляд цих підходів та принципів може бути релевантним у створенні програм соціально-адаптивного та реабілітаційного спектрів для цієї категорії осіб. З огляду на те, що психічне здоров'я і благополуччя є важливими складовими бойової готовності, їх збереження та відновлення визначаються як одне із пріоритетних завдань обороноздатності країни. Досвід подолання стану перманентної війни й створення можливостей й умов, які сприяли посттравматичному зростанню особистості є багатоскладовим процесом. Він передбачає реалізацію низки етапів, які зосереджені радше на недопущенні (чи мінімізації) наслідків травмивних подій на психічне здоров'я військовослужбовців й як результат на зменшенні кількості випадків ПТСР, депресії, фобій, залежностей та інших проявів “стану перманентної війни”.

Перший етапом є заходи превентивної роботи. Так, серед професійних компетенцій військових психологів (з івриту - “офіцери душевного здоров'я”)

армії Ізраїлю (ЦАХАЛ) є контроль та корегування психічного стану військовослужбовців в умовах повсякденної служби з подальшим відпрацюванням рекомендацій (заходи психотерапії у спеціальних центрах, різних форм відпочинку тощо). Варто зазначити, що у разі виявлення важких психологічних порушень військові психологи надають експертний висновок про направлення військового на консультацію фахівців до госпіталю з подальшим психотерапевтичним (психіатричним) лікуванням [2, с. 24]. Загалом, ізраїльська система психологічної підтримки має підрозділ діагностики, профілізації та профорієнтації. Фахівці цього підрозділу відповідають за всебічне обстеження молодих людей (включно з психологічним тестуванням) й формування медичної картки військового та первинної оцінки його психологічного здоров'я. Ця оцінка включає мотиваційні характеристики та лідерські якості, психологічний та соціальний статус та інтелектуальний рівень розвитку людини. На основі цих показників здійснюється профорієнтаційна робота з майбутніми військовослужбовцями й визначається рід служби. Зауважимо, що такий підхід не лише дозволяє врахувати індивідуальний потенціал молодої людини й максимально використати його у вирішенні завдань обороноздатності країни, а й є по суті людино орієнтованим, оскільки враховує інтереси, потреби та можливості майбутнього військовослужбовця. Цікаво, що законодавство Ізраїлю дозволяє залучати до військової служби призовників з інвалідністю, психіатричними діагнозами, як-то: аутизм, легка форма дебільності, шизофренія у тривалій ремісії, синдром Дауна, афективні розлади тощо. Для таких військовослужбовців розроблено низку програм соціалізації та методик реабілітації в армійському середовищі. До прикладу робота осіб з аутизмом використовується у підрозділах електронної розвідки, а людей з вадами слуху та зору у підрозділах, де є тварини тощо [41, с.52].

Визначення рівня психологічної готовності військовослужбовців до виконання завдань є пріоритетним у системі психологічної допомоги армії канадських збройних сил (Canadian Armed Forces). Згідно даних статистики Загального медичного обстеження військовослужбовців збройних сил Канади,

значна частина (84 – 96%) особового складу, не користувався послугами психологічної допомоги, оскільки відсутня потреба у такій допомозі [2, с. 23]. Однією із причин є заходи превентивної роботи, яка фокусується на декілька ступеневому професійно-психологічному відборі кандидатів на військову службу, який здійснюють лікарі-психіатри. За законодавством Канади, психіатри, на відміну від психологів, є військовослужбовцями. У великих містах створено багатопрофільні групи із забезпечення психічного та психологічного здоров'я військовослужбовців у складі лікаря-психіатра, психолога, соціального працівника, капелана та медичної сестри.

Наступний етап передбачає психологічну підготовку військовослужбовців до ведення бойових дій. Психологічна підготовка має два етапи: до і під час ведення бойових дій. Мова йде, насамперед, про психоедукаційні заходи як важливу складову у зменшенні рівня та наслідків травматизації. Так, дослідники Американської психіатричної асоціації у poradнику “Практичне керівництво з лікування пацієнтів з гострою реакцією на стрес та посттравматичним розладом” стверджують, що психоедукаційні заходи (навчальна діяльність) й аналіз конкретних випадків з життєвого досвіду (практична діяльність) мають високий рівень ефективності не лише як профілактика, а й як допомога для гостро травмованих осіб. Заохочення сильно травмованих осіб покладатися, передусім, на свої внутрішні ресурси й розуміння власних проблем зменшує, на їх думку, необхідність у подальших заходах зовнішнього впливу[90]. Підтримка та фахова психологічна допомога на ранніх стадіях у поєднанні з терапією, на думку науковців, зумовляють послаблення симптомів посттравматичного синдрому і навіть зменшують його прояви та інтенсивність за умови виникнення [68; 75]. Йдеться про те, що отримані знання допоможуть військовослужбовцям з розумінням поставитися до свого стану й сприятимуть ефективності соціально-психологічної реабілітації. До прикладу, одним із професійних завдань командирського складу британських збройних сил є психологічна підготовка особового складу до участі у бойових діях. Вона передбачає ознайомлення із візуальною діагностикою основних психологічних проблем, а також умінь (на

прикладі рольових ігор, ситуативних завдань тощо) надавати екстрену допомогу товаришам по службі з подальшою евакуацією бійців з поля бою.

Психологічну підготовку військовослужбовці отримують також у спеціально створених центрах: центр конфліктів і примирень (розглядає проблеми нестатутних відносин); центр підтримки дезадаптантів (вирішує проблеми наркотичної та алкогольної залежності і суміжних проблем); центр підтримки мотивації (пропонує ідеї чи рішення щодо вдосконалення армійського життя, які не можуть бути реалізовані у межах поточної військової служби) [2, с.24]. Психологічна підготовка військовослужбовців до ведення бойових дій у країнах Балтії передбачає розвиток низки професійних компетенцій та особистісних якостей, як то: впевненості, управління увагою, вмінню правильно ставити цілі й визначати їх, розвиток ментальних здібностей та емоційного інтелекту, технік саморегуляції психофізіологічних реакцій у повсякденному житті та в умовах бойового стресу, розвитку креативності тощо [74]. Такий підхід дозволяє збільшити рівень стресостійкості та психологічної гнучкості. Специфікою психологічної підготовки військовослужбовців у збройних силах Грузії є орієнтація на особливості ведення сучасних гібридних війн, а саме умовам психологічної війни, ознайомлення із психологічним портретом ворога [63].

Психологічна підготовка військовослужбовців під час бойових дій передбачає заходи із запобігання бойовому стресу та контролю за ним. Упродовж наступних чотирьох днів військовослужбовцям має бути надана психологічна допомога, проведено заходи соціальної підтримки, освітня роз'яснювальна робота про реакції на бойовий стрес. Так, основою психологічного забезпечення (психологічної роботи) з військовими США є система контролю бойового стресу (Combat Operational Stress Control). Ця система включає чотири етапи роботи з військовослужбовцями й передбачає раннє виявлення та надання першої допомоги при дезадаптивних явищах бойового стресу. Військових, бойова здатність яких не відновлена упродовж декількох годин, відправляють у медичний евакуаційний пункт, де надається кваліфікована допомога. За потреби

у подальшому профілактику ускладнень та допомогу військовим надають Науково-дослідні центри з контролю бойового і службового стресу роду військ Військово-морський центр контролю бойового стресу, аналітичні групи вищого медичного командування, лікувально-реабілітаційні підрозділи з контролю бойового стресу тощо.

Спеціалізована медична допомога при розвитку психічних захворювань здійснюється лікувально-реабілітаційними підрозділами (психіатричне відділення госпіталю), які здійснюють невідкладну стабілізацію, психологічну і психіатричну допомогу та лікування [2, с. 24-25]. Згідно наказів Міністерства оборони США кожен військовий підрозділ повинен професійно володіти методами контролю бойового стресу, зокрема методами первинної, вторинної і третинної профілактики стресу. Релевантною у підготовці до стресових ситуацій є навчальна програма "Battlemind". Вона базується на позитивно орієнтованих підходах, орієнтується на пошук сильних сторін учасників програми, ідеями взаємопідтримки [2, с. 48].

У бойових військових частинах створені підрозділи з контролю бойового стресу. До складу підрозділів входять психологи, психіатри, соціальні працівники, трудотерапевти. Пріоритетність та структура проведення заходів визначається спільно командуванням та медичною службою. Заходи залежать від рівня психологічного травмування та бойової обстановки й включають, зокрема, декілька терапевтичних сеансів когнітивно-поведінкової терапії тощо. З огляду на те, що виконання військовослужбовцями завдань є суттєвим джерелом емоційних переживань та психічного напруження зумовлює розвиток симптомів хронічного стресу та посттравматичних стресових розладів.

Надання психотерапевтичної допомоги після бойових дій й поглиблення симптомів стресового розладу є наступним етапом психологічної допомоги. Аналіз світового досвіду засвідчує, що відсутність своєчасної спеціалізованої медичної допомоги приводить до інвалідизації й втрати боєздатності. Клінічно виражені психічні захворювання, як-то: ПТСР, депресії, фобії, різні залежності тощо зумовлюють погіршення з часом стан здоров'я людини й сприяють

розвитку “стану перманентної війни”. Як ілюстрація, у США створено Департамент у справах ветеранів, який реалізує низку клінічних програм виявлення депресії, ПТСР, алкогольної та наркотичної залежності тощо. Організація забезпечує спеціалізоване лікування ветеранів, у реабілітаційних центрах працюють мультидисциплінарні команди, де співпрацюють психіатри, сімейні терапевти, психологи, соціальні працівники тощо.

Ефективними психотерапевтичними підходами вважають травмофокусовані підходи з елементами диспозиції, когнітивного реконструювання чи стресового щеплення (інокуляції) [41, с.77]. Ці методи включають методи протидії симптомам тривоги з акцентом на дихальних вправах, розслабленні м’язів та когнітивних елементах (регуляції внутрішнього діалогу, зупинення нелогічних думок, рольові ігри), а також експозиційні техніки (реальна, уявна чи наративна експозиція до травмивної події) [5]. Фахівці за умов недостатньої доказової бази використовують методи діалектичної когнітивної терапії (ефективна при пограничному розладі особистості та парасуїцидальній симптоматиці), терапія із використанням тварин (зв’язок із твариною допомагає відновленню у фізичній, емоційній, когнітивній, соціальній сферах) [103], голковколювання, електроенцефалографія (з метою контролю емоційних і стресових симптомів) [2, с.77].

У людей, які переживають стан перманентної війни є підвищений ризик захворіти на ВІЛ-інфекції, гепатити, формування залежності від психоактивних речовин, алкоголю, тютюну [103]. Тому важливим є також надання психофармакологічної допомоги, яка спрямована на стабілізацію симптомів, наприклад депресивного стану за допомогою антидепресантів. Результативність допомоги для ветеранів визначається позитивними зміни у їх професійній та соціальній діяльності, зниженням рівня смертності, соматичних захворювань та супутніх розладів, тривалим підвищення самопочуття після реабілітації, зниженням кількості та інтенсивності діагностованих симптомів, задоволення отриманою допомогою та якістю життя [103].

Релевантною є допомога ветеранам за допомогою додатків для пристроїв iOS та Android. Чинними є програми самопомоги: “Тренер з ПТСР”, який допомагає людині отримати необхідну інформацію про симптоми посттравматичного стресового розладу; сімейний тренер ПТСР PTSD Family Coach є програмою для підтримки родини ветерана й тих людей, які живуть й працюють поряд з ним; обережний тренер - є програмою, яка допомагає військовослужбовцю краще впоратися з негативними емоціями та неприємними думками; Vet Change -додаток призначений для ветеранів та військовослужбовців, схильних до зловживання алкоголем, надає інформацію про те, як долати залежності під час посттравматичного стресу й культивувати здоровий спосіб життя; управління гнівом — це мобільний додаток AIMS, який допомагає впоратися з проблемами гніву, відстежувати причини виникнення цієї емоції та віднаходити інструменти для управління гнівними реакціями. Ефективною у психологічній допомозі військовим ветеранам є програма “Project 2,0”. Її зміст інтегрує декілька напрямів у допомозі. Насамперед, це підтримка людей з посттравматичним стресовим розладом (приєднання ветеранів до групових занять фітнесом з метою мінімізації й подолання наслідків психотравми). По-друге, це здатність працювати у команді (реалізація власної мети за допомогою здатності створити та працювати у команді). Наступні напрями спрямовані на розвиток уміння фокусуватися на цілях й завданнях конкретних справ та особистісного розвитку.

Ще одним ефективним проєктом у США є проєкт реабілітації ветеранів, які мають симптоматику стану перманентної війни - Freedom K9. Його унікальність полягає у тому, що велику роль у ньому відіграють тварини. Спеціально навчені собаки під керівництвом психологів допомагають людині подолати симптоми посттравматичних стресових розладів. Вони виконують завдання, спрямовані на переривання посилюючого циклу ПТСР у лімбічній системі (панічні атаки та нічні страхи), сприяють засобам самопомоги у процесі власного зцілення.

В Армії Ізраїлю існують також програми надання психологічної допомоги. Вони мають на меті допомогти військовослужбовцям й цивільному населенню, які зазнали травматичного впливу від воєнних подій. Однією із програм психологічної реабілітації є “Мир розуму”. Вона реалізується Центром психотравми Ізраїлю METIV та Фондом прав людини Jiuan й надає безкоштовні послуги з порятунку життя особам, які пережили травму та насильство. Програма має декілька підпрограм, які дозволяють упродовж 9-ти місяців отримати ефективну допомогу. Ті, хто потребує додаткової терапії, продовжують отримувати її у подальшому. Програма ґрунтується на довірі до терапевтів та почутті підтримки та любові між учасниками групи.

Особливістю ізраїльських реабілітаційних програм є те, що, по перше, жоден військовослужбовець не має залишатися поза увагою психологів. По-друге, ветеранам військової служби надається не лише фахова психологічна реабілітаційна допомога, а й ефективний соціальний й профорієнтаційний ресурс, який передбачає надання знань у відкритті бізнесу, працевлаштуванні, у вирішенні родинних питань та допомога особам з девіантною поведінкою [41, с.54].

Зауважимо, що в Ізраїлі у 2002 році створено Коаліцію травми. Її метою є використання колективних знань та досвіду провідних наукових установ й урядових організацій Ізраїлю для лікування травм. На початку діяльності керівництво Коаліції фокусувало увагу на медичній допомозі. З часом спектр послуг було розширено до вирішення питань підвищення стресостійкості та забезпеченні готовності до надзвичайних ситуацій.

Релевантним є напрям допомоги членам родини ветерана. Під час планування терапії з військовослужбовцем, необхідно зважати на потреби родини, куди повертається ветеран після служби. Враховуючи цю обставину, реабілітаційні центри у США отримали рекомендацію після війни у Афганістані й Іраку тримати у фокусі терапії усю родину [95]. Як результат проведення комплексної терапії для військового та його родини як цілісної системи дозволяє покращити результати реабілітаційних заходів, підвищить здатність до

реінтеграції у мирне повсякденне життя, мінімізує ризики вторинної травматизації для членів родини. Якщо допомагати тільки одній частині системи, то очікування, що вся система буде ефективно працювати, є інфантильним. Тому треба зосередити терапію на сім'ї загалом, на проблемах адаптації до життя після війни, на її труднощах і на психоемоційному та фізіологічному зціленні. Водночас ефект терапії є обопільним: здорова сім'я допомагає зціленню військовослужбовця, і навпаки. Така природа сімейних систем – елементи системи взаємопов'язані, один елемент впливає на функціонування всіх інших [72].

Ще одним фактором, який вказує на необхідність надання психосоціальної допомоги родинам військовослужбовців є життя у тривалій розлуці, яка сприймається як норма, але викликає відчуження й руйнування родин. Тому пошук й реалізація “механізмів єднання й стійкості” є актуальним та важливим у подоланні стану перманентної війни [97].

Вважаємо, що міжнародний досвід є продуктивним для розроблення заходів психотерапевтичної роботи. Особливу цінність мають заходи превентивної роботи, які покликані зменшити (в ідеалі унеможливити) кількість невмотивованих, морально нестійких й психологічно вразливих військовослужбовців. Попри суттєві відмінності в організації психологічного супроводу й надання психологічної та психокорекційної роботи, об'єднавчою ідеєю, є визнання того, “що людина є метою, а не засобом” (І. Кант) у реалізації професійних завдань.

Отже, досвід зарубіжних країн у вирішенні проблем стану перманентної війни має низку спільних принципів та підходів. Засадничим є розуміння важливості заходів превентивної та діагностичної роботи по залученню до служби морально стійких, вмотивованих та психологічно здорових військовослужбовців. Релевантну роль відіграє навчання військових та їх командирів методам візуальної діагностики та надання першої психологічної допомоги в умовах гострого стресу. Ці заходи суттєво зменшують кількість осіб з пролонгованими психотравмами й як результат не мають стану перманентної

війни. Заслуговує на увагу комплексний підхід у реабілітаційних програмах, коли до терапевтичних заходів залучаються уся родина.

3.2. Психологічна підтримка як основа процесу подолання стану перманентної війни

Результати психодіагностики продемонстрували високий рівень тривожності у респондентів. Частина учасників бойових дій зізнаються, що не відбувають себе безпечно у мирному житті. У певної частини учасників бойових дій є внутрішня тривога, почуття безпорадності та невпевненості у собі та інших людях, інколи вдаються до самозвинувачень у причинах трагічних подій, які відбулися. Ці результати засвідчують необхідність розробки ефективних програм психокорекційної роботи. Вона має бути спрямована на подолання наслідків стану перманентної війни й є відновлення у військовослужбовців втрачених функцій організму, розширення міжособистісних стосунків та соціальних зв'язків, розвиток професійних навичок та умінь взаємодії з довкіллям. Йдеться про систему реабілітаційних та адаптаційних заходів: соціально-побутового, медико-фізіологічного, медико-психологічного, психолого-педагогічного, соціально-трудового характеру. Зауважимо, що ця система заходів враховує потреб, індивідуальні особливості людини та характерні рис психотравмуючої ситуації, у яку вона потрапила [73]. Релевантну роль відіграє її здатність самостійно здійснювати взаємодію з навколишнім світом, забезпечувати свою життєдіяльність і життєдіяльність родини, відповідати встановленим та загальноприйнятим у суспільстві нормам моралі та права [52, с. 164].

Загалом, йдеться про активну позицію, у якій людина бере відповідальність за своє життя та діяльність у різних ситуаціях, зокрема й кризових й екстремальних. Переважна більшість людей (75-80%), які зазнали впливу травматичної події, на думку дослідників, здатні до самостійного відтворення [43, с. 26]. Отож, мова йде про поступове повернення здатності людини до благополуччя та підвищення адаптаційних можливостей людини. Зауважимо, що

цей процес має нелінійний й індивідуальний характер, оскільки чітких універсальних прийомів та методів подолання наслідків травматичних подій не існує. Психологічна травма є складним досвідом, що проявляється різними способами. Загальними у її розумінні та пошуку ефективних шляхів до одужання можуть бути лише концептуальні підходи та теоретичні моделі у створенні моделі психологічного супроводу військовослужбовців під час реабілітації та адаптації до реалій мирного життя. Розглянемо засадничі концептуальні підходи у створенні психологічного супроводу учасників бойових дій, які перебувають у “стані перманентної війни”.

Дослідниками В. Осьодло та Д.Зубовським запропоновано ідеї концептуального підходу письмового або усного самовираження. Він ґрунтується на усному чи письмовому експресивному описі людиною психотравмувальної події та власних реакціях на неї. Науковці узагальнили низку різноманітних психотерапевтичних інтервенцій й виокремили три основні підходи: а) письмове або усне самовираження/розкриття; б) когнітивно-поведінкові терапії для наслідків травматичного стресу; в) новітні психосоціальні інтервенції, які спрямовані на безпосереднє сприяння зростанню [40, с. 107]. Варто зазначити, що дієвість цього підходу свого часу експериментально довели Дж. Пеннебейкер та С. Белл. Науковці намагалися з’ясувати як вплинув метод написання есе про травматичні події (із зазначенням фактів та емоцій) на фізіологічне й психоемоційне здоров’я респондентів, які взяли участь. Результати засвідчили, що під час написання есе про травматичні події у респондентів фіксували підвищення артеріального тиску. Після завершення роботи над есе у частини респондентів відзначили посилення негативних емоцій, відчуття тривоги та невпевненості тощо.

Водночас, дослідники зазначили, що упродовж наступних шести місяців суттєво зменшилася респондентами кількість відвідань медичних центрів. Робота над написанням есе сприяла процесам саморозкриття особистості тощо [91, с. 274]. Результати цього дослідження доповнюється й уточнюються результатами експерименту проведеного Дж. Смітом, Дж. Хоккеймаєром, Х.

Таллоч. Група науковців мала на меті дослідити граничні умови (реалізації, безпеки, дієвості) методу експресивного письма для респондентів з ПТСР. Зауважимо, що метод був прийнятним та безпечним для пацієнтів, тому жодних змін у діагностиці та симптомах посттравматичного стресового розладу не спостерігалося. Водночас, дослідники дійшли висновку, що експресивне письмо послабило нейроендокринні реакції (кортизол) на спогади, пов'язані із травмою, покращили загальний психоемоційний стан респондентів [97, с. 85].

На важливості соціокультурного контексту у подоланні стану перманентної війни ґрунтується наступний підхід. Визнання у суспільстві справедливого характеру війни, героїзація ветеранів широким соціальним оточенням, гордість за учасника бойових дій його родиною, друзями й колегами, відчуття єдності військо службовця зі своїм бойовим підрозділом є релевантними умовами у успішній адаптації до реалій мирного життя. Дієвими у межах цього концептуального підходу є принципи експертного спілкування: повага до тих, хто вижив; позиція експерта як скромного учня; підкреслення ознак посттравматичного зростання у досвіді учасника бойових дій; складання оповідання про травму в аспекті можливостей позитивних змін та розвитку; формування розуміння травми як можливості розвитку (вразливість як сила, втрата як драйвер розвитку) [100]. Зasadничою ідеєю є розуміння травми як події, які відкриває можливості розвитку: найкращою вважається метафора “землетрусу” – старий внутрішній світ зруйновано і є можливість відбудувувати його, зробивши його значно кращим, а ніж він був.

Наступний концептуальний підхід презентований техніками когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Дослідники стверджують, що ці техніки є ефективними не лише у зменшенні загального рівня дистресу, а й ефективні у подоланні наслідків ПТСР й сприяють постратравматичному зростанню. Так, В. Осьодло, Д. Зубовський вважають, що посттравматичне зростання зумовлено зміною базових уявлень про світ та місце у ньому людини (зміна світоглядних принципів, моральних установок) тощо. Йдеться про когнітивну реструктуризацію, яка є результатом низки технік КПТ й як результат сприяє

посттравматичному зростанню. Дослідники ілюструють свої міркування на прикладі низки сучасних терапевтичних програм, як-то: «Когнітивно-поведінкове керування стресом» (Cognitive-behavioral stress management) - терапія, яка сприяє усвідомленню основних джерел травматичного стресу, швидкому діагностуванню ознак стресу, здатності змінювати негативні думки, сприймати соціальній підтримці і ефективно застосовувати навички долаючої поведінки (такі як релаксація). Техніка “Адаптивного розкриття” (“Adaptive Disclosure”) є короткостроковою терапевтичною інтервенцією з використанням елементів експозиції і когнітивного реконструювання для коригування психотравматичних наслідків участі у бойових діях [40, с. 107]. У визначенні та корегуванні психотравматичних наслідків важливу роль відіграє час та інтенсивність психотравми. Так, психологи виявили відмінності між військовими, які перебували на різних рівнях оборони. Військові, які перебували на третій лінії практично не мають потреби у такій висококваліфікованій психологічній допомозі, на відміну від тих, хто був на першій. Для них, на думку Б. Ткач, достатньо превентивних методів реабілітації з метою підтримки оптимального рівня боєздатності. Військові, які виконували свої обов’язки на другій лінії оборони мають проблеми внаслідок контузій, посттравматичного стресового розладу, диз’юнктивних тенденцій у міжособистісних відносинах й як результат потребують фахової психологічної допомоги. Найбільше психічних розладів виявлено у військовослужбовців першої лінії оборони. Йдеться про сновидіння із жахами та ситуаціями з війни (бойовий стрес), флешбеки у стані неспанья, адиктивна поведінка, почуття провини, психосоматичні розлади, нічні автоматизми пошуку ворога і його нейтралізації тощо.

Попри відмінності, характерними для усіх військовослужбовців є загострене почуття справедливості, патріотизму, гуманності, високого рівня адаптації, легкості у засвоєнні нового досвіду та сприйняття відмінних світоглядних моделей; велика мотивація позбутися психологічних проблем, отриманих на війні та відчуття стан щастя [55, с. 445]. З огляду на вищезазначене, дослідниця Б. Ткач розробила терапевтичну модель нейропсихологічного

підходу у реабілітації постраждалих військовослужбовців у бойових діях. Її модель заснована на бригадному підході. Його суть у тому, що група фахівців на чолі з клінічним нейропсихологом здійснює діагностику, розробляє та впроваджує індивідуальний план комплексної психотерапії для кожного клієнта [55, с. 443]. Терапевтична модель ґрунтується на принципах: добровільності, системності, комплексності, індивідуального підходу, ефективності й має на меті відновити та зберегти психічне здоров'я учасників бойових дій та побудувати гармонійні відносини з їх рідними та близькими.

Модель реалізується у декілька етапів. Перший етап — діагностика психічних розладів (наявність чи відсутність психічних захворювань, фонові психопатії, соматичних захворювань, обтяжувальних психосоціальних чинників та загальний рівень адаптації). Результатом діагностики є створення ієрархічної системи постулатів Я-норми особистості постраждалого. В основі постулатів подій (факти) чи припущення подій (гіпотези), які містить граничні узагальнення, психічні ресурси (сильні ланки у вищих психічних функціях), наявні порушення нейропсихологічних факторів (слабкі ланки у вищих психічних функціях). Результатом першого етапу є встановлення функціонального діагнозу.

На другому етапі на основі багаторівневого діагнозу здійснювалося формулювання конкретних цілей клініко-психологічної інтервенції та терміни її реалізації. Контроль за їх виконанням здійснюється на консиліумах та супервізіях. На третьому етапі клініко-психологічної інтервенції було розроблено рекомендації для зміцнення здоров'я постраждалих. Реабілітація здійснюється упродовж тижня й завершується дистанційною підтримкою та консультуванням ветеранів та їх родин [55]. Нейропсихологічна терапія була поділена на 45 хвилинні сесії, призначені для роботи з порушеннями у “ретикюлярному мозку” (1-й день), “лімбічній системі” (1-й день), “дорзолатеральній частині префронтальної кори” (1-й день), “орбіто-фронтальній частині префронтальної кори” (2-й день), “вентромедіальній частині префронтальної кори” (2-й день). Результатом, за твердженням Б. Ткач, є нормалізація структури сну, зменшення у

військових посттравматичного синдрому. Тренування уваги та вироблення навичок доцільності дій досягалося завдяки медитації (практикували медитації “Зосередження”, “Співпереживання”), рольовим іграм з відображенням фрустраційних ситуацій (виконання ролей “агресора”, “жертви”), написання творів про емоції, малювання та ліплення емоційних облич тощо.

Для подолання диз’юнктивних тенденцій у міжособистісних відносинах важливою є групова робота із військовими та їх родинами. Її релевантність зумовлена тим, що саме оточення (родина, трудовий колектив, референтна група, суспільство тощо) здатне провокувати агресію як індикатор нереалізованості чи свідчення наявної невирішеної проблеми у військового. Агресія є відповіддю на авторитарний стиль управління, нереалізовані потреби у любові та визнанні чи гіпоопіку, відчуття покинутості тощо [55, с. 455].

О. Орловська розглядаючи шляхи психологічної адаптації учасників бойових дій, визначила рекомендації членам родин, як направлені на покращення стосунків із учасниками бойових дій: прийняти та усвідомити зміни, які відбулися або відбудуться у людини, яка повернулася із зони бойових дій; члени родини мають зрозуміти зміну системи цінностей людини, після її перебування в зоні бойових дій й мають усвідомити нові “правила життя”, які сформувались в учасника бойових дій; критерієм для психологічної роботи у сім’ї з учасником бойових дій є його власна готовність до неї; членам родини рекомендується не намагатися прискорити події, а дати час, який для нього буде достатнім для адаптації; створити умови та сприяти тому, щоб учасник бойових дій знайшов свій власний спосіб адаптації до мирного життя, і у випадку необхідності, залучити відповідних фахівців; створити атмосферу довіри в сім’ї; члени родини мають розуміти, що довіра військовослужбовця до них і до побратимів відрізняються за смисловим значенням; членам сім’ї необхідно з повагою відноситись до особистих меж колишнього військовослужбовця та окреслювати свої; члени родини мають проявляти терпіння, повагу та зберігати спокій [39, с.101-104].

Потенційними факторами психічної травматизації є хвороби та каліцтва, набуті під час воєнних конфліктів. Вони можуть слугувати основою для розвитку непорозуміння внутрішнього світу учасників бойових дій іншими людьми. Психіка людей, яка була змінена під час воєнного конфлікту, досить часто стає непристосованою до мирного життя. У цьому ракурсі міркувань релевантності набувають концептуальні підходи, які ґрунтуються на етичних нормах та світоглядно-ціннісних переконаннях. Дослідники Д. Бром, Р. Пет-Горенчик вважають, що оскільки травматична подія руйнує у людини фізичні, емоційні, когнітивні, соціальні відчуття безперерності реакцій, то травматичні події зачіпають цінності, світоглядні переконання людини.

Науковці розглядають низку прикладів лікування наслідків психотравми крізь призму розвитку етичних й світоглядно-ціннісних засад розвитку особистості. Сила через страждання розглядається ними як акумуляція упродовж травматичного періоду життєвої снаги. Вона розуміється як суттєвий ресурс у переосмисленні травматичного досвіду й сприйняття нового як потенційно релевантного у теперішньому та майбутньому. Екзистенційна переоцінка означає виокремлення, переоцінку й формування системи цінностей відповідно до зростання потреб внутрішнього духовного світу. Перебудова системи цінностей, зміна в оцінках, ставленнях, виникнення нових ціннісно-емоційних переживань впливає на психологічну готовність людини як до завдань у бойових умовах, так й до реалій мирного життя. Натомість неврахування етичних переконань людини зумовлює погіршення міжособистісного спілкування, спричиняє низку розладів у психосоматичному здоров'ї, веде до розпалювання агресії та ворожнечі, кидає виклик соціальним реаліям, у яких ми живемо [66].

Отже, психологічна підтримка учасників бойових дій, які мають симптоми стану перманентної війни передбачає використання системи копінг-стратегій; досвіду подолання психологічної кризи шляхом перебудови власної системи цінностей; наявність оптимістичних очікувань у подоланні можливої травми та у зростанні власного потенціалу після травми [70]. Робота з наслідками травмивної події пов'язана з тим, що психічна травма завжди містить і великі ресурси

розвитку особистості, насамперед, – ресурси подолання. Цей погляд опирається на нові можливості, що з'являються завдяки травматичному досвіду. Після подолання психічної травми людина усвідомлює цінність життя та міжособистісних стосунків, відчуває зростання власної сили, збагачення духовної та екзистенційної складових життя.

3.3. Відновлення та посттравматичне зростання особистості: внутрішні ресурси

Результати емпіричних досліджень засвідчили потребу в учасників бойових дій різної за тривалістю та інтенсивністю реабілітаційного й адаптаційного процесів у подоланні стану перманентної війни для кожної людини. Очевидно, що врахування особливостей психоемоційного стану людини вносить суттєві корективи у ці процеси. Та, попри індивідуальну природу людини та відмінності психоемоційного стану, низка ресурсів мають універсальний характер. Мова йде, насамперед, про внутрішні ресурси людини. Сучасні дослідники, ґрунтуючись на результатах практичних досліджень, вважають, що активізація під час реабілітації та адаптації внутрішніх ресурсів людини сприятиме її самовідновленню й саморегуляції емоційно-поведінкової сфери [52].

З огляду на цю обставину, за основу у розробленні психологічного супроводу взято модель “BASIC Ph”. Вона містить низку продуктивних ресурсів, які сприяють подоланню травматичної стресової ситуації. Зasadничою ідеєю моделі є міркування, що травматичну стресову ситуацію людина долає індивідуально, так би мовити у свій спосіб, спираючись на увесь спектр своїх можливостей та інтересів. У цьому процесі відновлення відіграє усвідомлення безперервності життя (це процес відновлення звичного рутинного ладу, акцентування уваги на речах, які дозволяють “триматися” у кризових ситуаціях та отримувати від них насолоду). Відновлення діяльності дає людині відчуття опори, усвідомлення, що життя триває. Ідея безперервності є базовою у моделі

“BASIC Ph”. Недарма автор моделі, ізраїльський психолог Мулі Лаад, назвав її “міст, що з’єднує”. Модель “BASIC Ph” - це уявний “міст над прірвою”, що допомагає людині “вирости” з кризової ситуації, “з’єднати” її внутрішнє “Я” та зовнішній “Світ” [33].

Ідея моделі полягає у тому, що у кожної людини є наявним свій внутрішній потенціал, так би мовити, досвід у подоланні стресової події у шести модальностях:

- B (belief) – віра, переконання, цінності, філософія життя.
- A (affect) – вираження емоцій та почуттів.
- S (socialization) – соціальні зв’язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування.
- I (imagination) – уява, мрії, спогади, творчість.
- C (cognition, thought) – розум, пізнання, когнітивні стратегії.
- Ph (physical) – фізична активність, тілесні ресурси.

Розглянемо їх й визначимо концептуальні ідеї, що становитимуть основу психологічного супроводу військовослужбовців, які переживають стан перманентної війни. Очевидно, що внутрішні ресурси надають основу для стійкості й розвивають упевненість та здатність до подолання наслідків психотравмальної події, вони є основою адаптивних захисних реакцій.

Віра, переконання та цінності визначають філософію життя людини. Це складні, багатоаспектні й взаємообумовлені феномени із множинністю проявів, які охоплюють усі сфери людського буття. Дефініція віри у широкому сенсі трактується як “екзистенціал людського буття, який передбачає цілісність та повноту пізнання людиною самої себе та світу” [43, с.101], у вузькому розумінні, це поняття тлумачиться як “емоційно-психологічний стан, зумовлений необхідністю пристосування до все більш складних умов існування” [43, с.101].

Враховуючи багатоаспектність цього поняття, дослідники виокремлюють низку психологічних особливостей феномену віри: по-перше, це почуття людини, поза емоційним ставленням віра не існує; по-друге, віра неможлива поза оцінкою предмету віри — людина вірить у те, що відповідає її ідеалам, прийнятої

системи цінностей, що приносить їй суб'єктивне, моральне задоволення; по-третє, віра передбачає активне особистісне ставлення до свого предмету, яке охоплює ці вольові прагнення у поведінці людини [13].

Стан віри є метафізичним й піддається формальному осмисленню та виражає себе символічно. Він дозволяє людині опиратися на мимовільне, тобто, таке, що встановлюється автономно й продукує індивідуальне сприйняття й розуміння буття. Віра виступає духовною потребою людини. Вона окреслює перед людиною життєві перспективи й дає надію. Саме надія є надзвичайно сильним мотиватором людської діяльності. Вона продукує у людини наміри та вчинки, утверджуючи повсякчас віру.

Розуміння віри як екзистенціалу людського буття дозволяє вирішити низку світоглядних, морально-ціннісних, психологічних проблем людини. Вона є тим джерелом наснаги, з якого людина черпає сили у складних ситуаціях, зміцнює й покращує адаптивні можливості організму, надає життю стійкості, спрямованості, наповненості. В умовах нелюдських поневірянь та страждань завдяки вірі людина залишається духовно вільною й здатною до творення й реалізації сенсу свого життя. Життєві негаразди та страждання вона сприймає як виклик, а не як нещастя й безвихідь. У ситуаціях, коли людина не може змінити обставини життя, вона змінює своє ставлення до обставин, плекаючи у собі віру й сподівання на краще. Життя заради когось, в ім'я когось тримає людину у бутті. Переконавання людини у тому, що у неї є власна життєва мета, має величезну психотерапевтичну та психогігієнічну цінність, оскільки «ніщо так не допоможе людині подолати об'єктивні труднощі чи суб'єктивні негаразди, як усвідомлення того, що вона має в житті свою мету» [64, с.4]. За свідченнями В. Франкла, навіть такі трагічні ситуації й нелюдські поневіряння, що були у нацистських таборах, не могли позбавити людину можливості вибору, яка у тих випадках радше розумілася як віра у можливість вибору позитивної інтерпретації реальності. «Людина може зберегти залишок духовної свободи, психічної незалежності, навіть у найстрашніших обставинах психічної і фізичної напруги», – стверджував дослідник [57, с. 26]. Віра надає людині внутрішню свободу. Немає

такої зовнішньої умови, яка б перешкодила людині здійснити свій задум. Немає нічого гіршого, а ніж усвідомлення людиною того, що її страждання є марними, а фізичний й душевний біль є нічим іншим, а ніж відгомонам відчаю. Віра як духовна потреба людини впливає на її психоемоційне благополуччя, сприяє розвитку резильєнтності та віднайдення ресурсів для життєстійкості.

Духовний світ людини (віра, світоглядні орієнтири, морально-етичні цінності тощо) є релевантним у подоланні наслідків психотравми й визначення можливостей психотравматичного зростання. Як ілюстрація дослідження Т. Титаренко, у якому він визначив перспективні ландшафти особистісних трансформацій військових, які отримали травматичний досвід. Дослідник стверджував, що отриманий у бойових діях військовослужбовцями травматичний досвід може правити за тригер зміни особистісного ландшафту.

Крізь ціннісно-сміслову призму за критеріями: осмисленість минулого, оцінка теперішнього, бачення майбутнього, науковець визначив пріоритетні ландшафти особистісних трансформацій отриманих респондентами внаслідок травматичного досвіду. Серед найбільш поширених ландшафтів він визначив екзистенційний (відрізняється неготовністю переосмислювати травматичне минуле, нездатністю адекватно оцінювати теперішнє й конструювати майбутнє) і сімейний (відрізняється добрим осмисленням минулого, адекватною оцінкою теперішнього, розгорнутим конструюванням майбутнього, домінантою значущих стосунків) (по 25, 0%); далі йдуть ландшафти служіння (відрізняється від сімейного, насамперед за критерієм домінантної цінності – бути корисним державі, боротьбі з агресором, армії) і самореалізації (відрізняється головною цінністю саморозвитку) (по 17, 3%); найменш поширеним є прагматичний (відрізняється головною цінністю кар’єрного просування) (13, 6%) [53].

Вибір екзистенційного особистісного ландшафту частиною респондентів свідчить про наслідки психотравми, переживання й “проживання” ними досвіду минулого, акцентування на важливості травматичної події, яка “витісняє” зі свідомості військового інші події, не дозволяє сконцентруватися на реаліях сучасного й планах майбутнього. Пріоритетність у респондентів відмінних

морально-ціннісних пріоритетів та орієнтацій особистісних ландшафтів — екзистенційного та сімейного пояснюється складною природою людиною, відмінностями у життєво-світоглядних орієнтирах, устремліннях, потребах, мріях тощо. Стресогенні, небезпечні для життя та здоров'я людини обставини спонукають до зміни світоглядно-ціннісних орієнтацій. Дослідники О. Колесніченко, Я. Мацегора за результатами опитування військових, які приймали участь у бойових діях визначили зміни у типології цінностей. Найбільш значимі цінності, на їх думку, умовно утворюють декілька груп. Безумовним лідером є здоров'я (фізичне та психічне), далі йде група, що об'єднує такі цінності, як: любов, щасливе сімейне життя, наступна група – матеріально забезпечене життя, наявність вірних друзів, життєва мудрість, активне діяльне життя. Четверту групу утворюють – цікава робота, суспільне покликання, розвиток, впевненість у собі. Найменші ранги мають продуктивне життя, свобода, пізнання, краса природи і мистецтва, щастя інших, розваги та творчість [24, с. 96-97].

Наступна складова моделі “BASIC Ph” виражена у модальності — емоції. До емоційних ресурсів належать активності, які дають змогу людині бути у контакті з її почуттями: малювати, танцювати, насолоджуватися живописом чи фотографією, співати чи слухати музику, піклуватися про тварин тощо. Чинником, який дозволяє людині розуміти, усвідомлювати, інтерпретувати й управляти емоціями є емоційний інтелект. Це поняття було введено до наукового обігу у 90-х роках ХХ століття як “здатності мотивувати себе і, незважаючи на труднощі, наполегливо йти до мети, вміння стримувати імпульсивні дії та відкладати задоволення, контролювати свій настрій і не дозволяти стражданням блокувати раціональне мислення, співпереживати й сподіватися [14, с. 77].

Дослідники П. Саловей та Дж. Маєр виокремили складові емоційного інтелекту: усвідомлення людиною власних емоцій (уміння відслідковувати свої почуття, коли вони виникають, самопізнання); управління емоціями (керувати почуттями й слідкувати, щоб вони відповідали ситуації, ґрунтуючись на самосвідомості); самомотивація (скерування емоцій у річище досягнення цілей, що у результаті підвищує самомотивацію, самоконтроль й продуктивність

людини); вміння розпізнавати емоції інших людей (розвиток почуття емпатії робить людину чутливою до найменших соціальних сигналів, які вказують, чого хочуть або потребують інші); уміння будувати стосунки з іншими (це вміння, які підкріплюють популярність та лідерські якості й підвищують ефективність міжособистісного спілкування) [14, с.92-94]. Здатність людини, яка отримала травматичний досвід, розуміти й управляти своїми емоціями, розпізнавати емоції інших та будувати з ними конструктивні стосунки є важливим ресурсом у подоланні стану “перманентної війни”. Е. Тейлор та Т. Канако аналізують відмінності між посттравматичним зростанням і стійкістю як відмінні відносини з емпатією та здатністю розпізнавати емоції. Людина з високим рівнем емпатії, на їх переконання, здатна використовувати комбінацію симпатії та співчуття, щоб утішати інших і підходити до інших у значущий і позитивний спосіб.

Отож, емоції готують людину мати справу з важливими подіями та ситуаціями або реагувати на них, не замислюючись над ними [37, с. 56]. Розпізнавання емоцій пов’язане із низкою ситуативних факторів, які виходять за межі особистісних, зокрема таких як посттравматичний досвід. Цей процес спонукає людину до трансформації й показує, наскільки вона виросла як особистість. Так, переживання нещастя, яке спровокувало посттравматичний розлад, може дозволити людині краще відчувати й розуміти себе та відчувати подібні емоції у інших [37, с. 58]. Йдеться про щільний взаємозв’язок процесів саморегуляції та рефлексії, який розуміється не лише як спроможність суб’єкта до самомоніторингу своєї поведінки, а й як його прагнення шляхом самоспостереження й самоконтролю відслідкувати власні емоції, усвідомити експресивну поведінку і самопрезентацію у різних життєвих ситуаціях [98, с. 530]. Навчання людей керувати своїми негативними емоціями — є однією із форм профілактики посттравматичних розладів. Психологічна підтримка військових з посттравматичними розладами є складним комплексом взаємопов’язаних факторів.

Очевидно, що душевний комфорт, відчуття внутрішньої рівноваги й узгодженість психічних процесів і функцій базується на урахуванні принципу —

єдності внутрішнього та зовнішнього у детермінації психічного. З огляду на цю обставину, Е. Носенко і Н. Коврига вважають внутрішніми (диспозиційними) компонентами емоційного інтелекту особистості — емоційну стійкість, сумлінність, відкритість новому досвіду, доброзичливість у спілкуванні у поєднанні з зовнішніми параметрами - інтенсивність, знак, модальність актуальних переживань людини тощо [37, с. 59].

Емоції як ресурс тісно пов'язані з спілкуванням та соціальною підтримкою. Кохана людина, родичі, побратими й друзі, колеги, діти здатні підтримати, надихнути й додати сил. Завдяки спілкуванню людина створює себе упродовж усього життя, відкриває для себе нові можливості й набуває нових характеристик, розкриваючи складну багатогранність своєї природи. Основою спілкування є любов, яка здатна творити “особливу довіру людей один до одного” [62, с.146]. Ця довіра позбавлена стереотипів та штампів й ґрунтується на щирості, відкритості, взаємності. Ресурсне спілкування передбачає розвиток уміння слухати й чути. Людина пізнаючи світ, спочатку навчається слухати, а вже потім говорити. Зворотну черговість просто уявити неможливо [11, с.26].

Потужним джерелом натхнення й відновлення є уява. До ресурсів уяви дослідники відносять медитацію, насолода тишею, захоплення символами, які надихають й творчість. Науковці та психологи-практики використовують різні методи арт-терапії у роботі з психічною травмою. Ці методи, на думку Шона Мак-Ніффа, варто розглядати як цілювальні можливості мистецтва у реалізації творчого потенціалу людини. Саме творчість, на думку дослідника, сприяє відновленню ресурсів, розвитку упевненості, уяви, налагодженню контактів з іншими людьми, зцілення від психотравм [85, с.30].

Арт-терапія звертається до глибинних шарів несвідомого, задіює процеси пошуку шляхів до вирішення внутрішніх конфліктів особистості. Вона як засіб невербального спілкування є особливо цінною для клієнтів із психічною травмою, яким важко описати словами свої переживання, тому що травма закарбовується на рівнях тілесних і емоційних переживань та образу, уявлення. І це є надзвичайно актуальним у роботі з жертвами тортур, постраждалими від

бойових дій. Залучення арт-терапевта у процес роботи людини, постраждалої від травматичних подій, є необхідною умовою подолання травматичних переживань, сприяє створенню безпечного простору для їх вираження її емоцій й демонстрації наповнення внутрішнього світу. Зцілення можливе лише за умови відчуття у клієнта прийняття та розуміння в будь-яких почуттях та з будь-якими реакціям – навіть, гніву, страху, горювання, сорому тощо.

Знання й мислення є також ресурсом моделі “BASIC Ph”. Вміння ретельно аналізувати ситуацію, виокремлювати основне й визначати пріоритети є важливим для самоорганізації та самоконтролю тощо. Йдеться про пізнавальну діяльність як складову у структурі психологічного благополуччя, здатність людини розуміти та осмислювати життєву ситуацію й цілісно сприймати картину світу та себе у ній. Дослідники звертають увагу на взаємозалежність рівня інтенсивності та вираженості в особи посттравматичних стресових розладів та рівня інтелекту [86; 94]. Вони стверджують, що низький показник IQ притаманний особам з високим рівнем нейротизму. Відповідно, якщо людина має невисокий рівень нейротизму, вона є емоційно стійкішою до впливу різних стресогенних факторів, зокрема у бойовій обстановці [86].

Використовуючи це твердження як гіпотезу, українські дослідники О. Богучарова та О. Бурлаченко на основі емпіричних даних визначили взаємозв'язок посттравматичного стресу та інтелекту в учасників бойових дій. Отримані дані свідчать, що “нейротизм, на відміну від метапізнавальних та інтелектуальних процесів є надійним предиктором ПТСР у військовій діяльності. Загалом інтелект має негативний зв'язок з ПТСР, але пов'язані з ним процеси постають як фасилітуючий ресурс важкого бойового досвіду військовослужбовців” [6, с.31]. Очевидно, що подолання посттравматичного стресу вимагає від військовослужбовців з негативною емоційністю — високий нейротизм додаткового когнітивного ресурсу.

Важливими ресурсами у подоланні психотравми та відновленні психічного здоров'я є фізичні (тілесні) ресурси. Рух дає людині відчуття життя на рівні тіла. Біг, плавання, велопогулянки, фітнес, йога тощо, а ще улюблені смаки та

аромати, ванна, сауна, гарячий чи прохолодний душ поповнюють життєві й енергетичні ресурси людини. Бессель Ван дер Колк стверджує, що травмовані люди відчувають себе незахищеними у власному тілі, яке продовжує їм нагадувати про минуле відчуттям внутрішнього дискомфорту. Нівелювання людиною дискомфорту та інших тілесних неприємних для неї відчуттів - це прагнення людини сховатися від самої себе. Насамкінець людина не здатна проконтролювати усі сигнали, які йдуть зсередини, вони беруть верх над людиною, збиваючи її з пантелику й сприяючи розвитку почуття сорому [4, с.102].

Дослідник радить не ігнорувати тілесні імпульси чи симптоми, а навпаки, прислухатися до них, як до важливих факторів, які здатні дати відповіді на низку питань про рівень психотравми та особливості її впливу на конкретних людський організм. У цьому процесі він радить звернути увагу й описувати не лише фізичні відчуття, які пов'язані із негативними емоціями — злістю, агресією чи розпачю, сумом тощо.

Релевантними також є відчуття пов'язані із отриманням задоволення й розслаблення. Важливими, на його думку, є ледь вловимі зміни у тілі людини (ритм дихання, відчуття у животі, ледь помітні жести й зміни у рухах тощо). Фізичне самоусвідомлення — це перший крок до визволення від “тніту минулого”. “Люди, які зазнали травми, не можутьвилікуватися, поки вони не познайомляться з відчуттями у своєму тілі й не подружаться з ним. Налякана людина, живе у тілі, яке завжди насторожі” [4, с.107]. Здатність людини знову відчути внутрішній зв'язок з потребами свого тіла, означає її здатність піклуватися про себе, спрямовуючи свою увагу на підтримку свого здоров'я, своє харчування, енергію, планування вільного часу тощо. Подолання “стану перманентної війни” передбачає також розвиток фізичної активності учасників бойових дій.

Отже, душа, як і тіло, уміє гоїти рани та відновлювати ресурси. Психіка людини є системою, що самоорганізовується, знаходиться в постійному розвитку, використовує можливості свого несвідомого. Завданням терапії є

трансформація травми, що вимагає мобілізації особистісних якостей та ресурсів, і здатність управляти ними. Це те, що допомагає людині зберігати та підтримувати стійке відчуття себе та власної внутрішньої цілісності в травмогенних умовах.

Висновки до третього розділу

Результати теоретичного аналізу та психодіагностичного дослідження засвідчили у більшій частині учасників опитування високий рівень ситуативної тривожності, яка доповнюється внутрішньою тривогою, а у частини респондентів відчуттям безпорадності та безнадії. Частина учасників бойових дій зізнаються, що іноді вдаються до самозвинувачення й самоїдства. Отож, система реабілітаційних та адаптаційних заходів соціально-побутового, медико-фізіологічного, медико-психологічного, психолого-педагогічного, соціально-трудоного характеру має бути зорієнтована на потреби й індивідуальні особливості військовослужбовців та враховувати специфіку конкретної психотравмуючої ситуації, у яку вони потрапили.

Вибір екзистенційного особистісного ландшафту частиною респондентів свідчить про наслідки психотравми, переживання й “проживання” ними досвіду минулого, акцентування на важливості травматичної події, яка “витісняє” зі свідомості військового інші події, не дозволяє сконцентруватися на реаліях сучасного й планах майбутнього. Пріоритетність у респондентів відмінних морально-ціннісних пріоритетів та орієнтацій особистісних ландшафтів — екзистенційного та сімейного пояснюється складною природою людиною, відмінностями у життєво-світоглядних орієнтирах, устремліннях, потребах, мріях тощо. Стресогенні, небезпечні для життя та здоров'я людини обставини спонукають до зміни світоглядно-ціннісних орієнтацій.

Психологічна підтримка учасників бойових дій, які мають симптоми стану перманентної війни передбачає використання системи копінг-стратегій; досвіду

подолання психологічної кризи шляхом перебудови власної системи цінностей; наявність оптимістичних очікувань у подоланні можливої травми та у зростанні власного потенціалу після травми. Робота з наслідками травмивної події пов'язана з тим, що психічна травма завжди містить і великі ресурси розвитку особистості, насамперед, – ресурси подолання. Цей погляд опирається на нові можливості, що з'являються завдяки травматичному досвіду. Після подолання психічної травми людина усвідомлює цінність життя та міжособистісних стосунків, відчуває зростання власної сили, збагачення духовної та екзистенційної складових життя. Мова йде про активну позицію, у якій людина бере відповідальність за своє життя та діяльність у різних ситуаціях, зокрема й кризових й екстремальних. Переважна більшість людей, які зазнали впливу травматичної події, на думку дослідників, здатні до самостійного відтворення.

Душа, як і тіло, уміє гоїти рани та відновлювати ресурси. Психіка людини є системою, що самоорганізовується, знаходиться в постійному розвитку, використовує можливості свого несвідомого. Завданням терапії є трансформація травми, що вимагає мобілізації особистісних якостей та ресурсів й здатність управляти ними, підтримувати стійке відчуття себе та власної внутрішньої цілісності у стресових умовах. Релевантним у пошуку концептуальних підходів, ефективних форм, методів та методик є міжнародний досвід. Заслуговує на особливу увагу теоретичні напрацювання та практики їх реалізації країнами, які мають довід ведення сучасних війн й як результат новітні напрацювання з питань реабілітації та реінтеграції військовослужбовців у мирне життя. Особливу цінність мають заходи превентивної роботи, які покликані зменшити (в ідеалі унеможливити) кількість невмотивованих, морально нестійких й психологічно вразливих військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

Поняття “стан перманентної війни” є багатоаспектним й міждисциплінарним. Воно використовується у дослідженнях, які пов'язані із людиною та її соціальним життям. У психології ним позначають наслідки травмувальних подій, які характеризуються порушенням звичного порядку життя людини у тривалій часовій перспективі, ускладненням її соціально-психологічної адаптації та негативно позначаються на психоемоційному самопочутті, зачіпаючи усі рівні людського функціонування, впливаючи на членів родини травмованих осіб, соціум та наступні покоління. Пам'ять про подію зберігається для того, щоб захистити людину у тому випадку, якщо подібне трапиться знову. Стресова травмувальна подія сприяє поглибленню у людини наслідків психотравми, оскільки вона не спроможна перебувати у стані постійної напруги та тривоги. Такий стан зумовлює втрату людиною ресурсів та енергії та викликає почуття дисбалансу, втрати психоемоційної рівноваги, сприяє розвитку низки психосоматичних захворювань.

Засадничим в осмисленні проблем стану перманентної війни є розгляд психосоціальної природи психологічної травми. Феноменологічно вона може характеризуватися надзвичайним відчуттям у людині безсилля, а також руйнуванням її усталених життєвих переконань і очікувань. Стресовими травматичними подіями можуть слугувати різноманітні фактори. Війна та суспільні конфлікти є найбільшими стресогенними ситуаціями для людини, що зумовлюють травмування психіки. В осіб, які пережили психотравмувальну подію, проблеми з психічним здоров'ям можуть виникати не одразу, а з'явитися через певний час у формі різних розладів, як то: посттравматичний стресовий розлади, депресії, тривожні розлади, порушення самоконтролю, спалахи злості тощо.

Визнання життя як головної екзистенційної цінності людини, відкритість до нових можливостей та підвищення довіри до інших людей, віра у власні сили сприяють посттравматичному зростанню учасників бойових дій. Духовний світ

людини (віра, світоглядні орієнтири, морально-етичні цінності тощо) є релевантними у подоланні наслідків психотравмувальних подій й містять потужний потенціал у здатності людини до психотравматичного зростання, підвищення її рівня включення у систему міжособистісних відносин та знаходження умов для реалізації потреб у самоповазі й самореалізації. Використання можливостей посттравматичного зростання не лише дозволяє подолати деструктивні прояви психіки й вийти зі стану перманентної війни, а й сприяє розширенню “обріїв світорозуміння”, окреслює перспективи розвитку та створить ситуації життєуспіху.

Аналіз емпіричних даних засвідчив низький рівень вираженості симптомів стану перманентної війни в учасників бойових дій. Винятком є високий рівень тривожності більше як у половини респондентів. Кількісні показники свідчать переважно про помірний рівень особистісної тривоги на фоні підвищеного рівня ситуативної. Різняться показники рівня особистісної та ситуативної тривожності у групах, що свідчать про здатність респондентів з більше як тридцятилітнім періодом від участі у бойових діях ефективніше контролювати стан ситуативної тривожності. Високий рівень ситуативної тривожності у респондентів, які повернулися із зони бойових дій упродовж останніх десяти років може бути зумовлений інтенсивністю, тривалістю й близькістю у часі психотравмувальних ситуацій.

Результати аналізу емпіричних даних продемонстрували про високий рівень взаємозв’язку учасників бойових дій з оточуючим світом. Вони не вважають, що їх життя зруйноване травмою й не має майбутнього й не відчують себе ізольованими від інших людей. Невеликий відсоток респондентів мають проблеми із самоприйняттям себе як цінності та унікальної особистості. Частина учасників бойових дій зізнаються, що не відчують себе безпечно у мирному житті. У певної частини учасників бойових дій є внутрішня тривога, почуття безпорадності та невпевненості у собі та інших людях, інколи вдаються до самозвинувачень у причинах трагічних подій, які відбулися.

Твердження, які стосуються самозвинувачення, відсутності віри у власні сили, нездатності впоратися з труднощами практично не мають позитивних відповідей.

Аналіз поведінкових стратегій учасників бойових дій з опанування критичних чи стресових ситуацій засвідчив, що учасники бойових дій здебільшого у вирішенні стресових ситуацій використовують активні копінг стратегії, спрямовані на вирішення проблем та соціальну адаптацію та підтримку. Респонденти другої групи демонструють вищий рівень здатності вирішувати кризові ситуації, опираючись на власні ресурси та життєвий досвід. Обрання ефективної копінг-стратегії залежить також від особливостей перебігу складної життєвої ситуації. Так, за певних обставин учасники бойових дій самостійно долають труднощі, у інших їм необхідна підтримка соціального оточення, а ще у інших, вони є схильними до уникнення проблемної ситуації, оцінивши її негативні наслідки.

Позитивні зміни у життєвій філософії людини корелюється із високим рівнем їх самоефективності та задоволеності життям. Результати кореляційного аналізу Пірсона дозволили визначити наявність позитивного взаємозв'язку між задоволеністю життям та фактором нових можливостей для людини; фактором збагачення духовного життя людини; фактором усвідомлення цінності життя. Спроможність поєднувати новий досвід з отриманим й осмисленим раніше засвідчує про процес одужання. У міжособистісних відносинах зміни є помірними. Емпіричні дані продемонструвало проблеми у вираженні військовими своїх емоцій й визнання (прийнятті) позитивних рис у інших людей. Найбільші зміни у життєвій філософії було зазначено респондентами у розумінні цінності власного життя, зміні пріоритетів стосовно того, що є важливим у житті, здатності скерувати своє життя на досягнення нових цілей.

У профілактиці й подоланні наслідків стану перманентної війни релевантним є досвід інших країн у реабілітації та адаптації учасників бойових дій до реалій мирного життя. Він ґрунтується на низці спільних принципів та підходів, які є засадничими у розумінні важливості заходів превентивної та діагностичної роботи, які суттєво зменшують кількість осіб з пролонгованими

психотравмами. Заслуговує на увагу комплексний підхід у реабілітаційних програмах, коли до терапевтичних заходів залучаються уся родина. Робота з наслідками травмивної події пов'язана з тим, що психічна травма завжди містить і великі ресурси розвитку особистості, насамперед, ресурси подолання. Після подолання психічної травми людина усвідомлює цінність життя та міжособистісних стосунків, відчуває зростання власної сили, збагачення духовної та екзистенційної складових життя. Мова йде про активну позицію, у якій людина бере відповідальність за своє життя та діяльність у різних ситуаціях, зокрема й кризових й екстремальних.

Засадничим завданням у подоланні наслідків стану перманентної війни є відновлення у військовослужбовців втрачених функцій організму, розширення міжособистісних стосунків та соціальних зв'язків, розвиток професійних навичок та умінь взаємодії з довкіллям. Йдеться про систему реабілітаційних та адаптаційних заходів: соціально-побутового, медико-фізіологічного, медико-психологічного, психолого-педагогічного, соціально-трудового характеру. Ця система заходів має враховувати потреби й індивідуальні особливості людини та характерні риси конкретної психотравмуючої ситуації, у яку вона потрапила. Психологічна травма є складним досвідом, що проявляється різними способами. Основними у її розумінні та пошуку ефективних шляхів до одужання можуть бути лише концептуальні підходи та теоретичні моделі у створенні моделі психологічного супроводу військовослужбовців під час реабілітації та адаптації до реалій мирного життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

2. Арабський А. П. Психологічне забезпечення діяльності військ у контексті імплементації військових стандартів НАТО. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2017. С. 22-29.

3. Безверхий О. С. Проблема посттравматичного зростання у психології. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*. Київ : Вид-во КНУ імені Тараса Шевченка, 2020. С. 24-26.

4. Бессель ван дер Колк. Тіло веде лік. Як лишити психотравми у минулому. Харків : Vivat, 2022. 434с.

5. Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія. Київ : Талком, 2019. 700 с.

6. Богучарова О. І., Бурлаченко О.С. Специфіка взаємозв'язку посттравматичного стресу та інтелекту в бійців ООС. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2020. С. 29-32.

7. Бульчик Т. І., Мушкевич М. І. Психологічні особливості особистісного та сімейного функціонування учасників АТО. *Психологія: реальність і перспективи*. 2017. Вип. 8. С.31-36.

8. Васищев В. С. Донбаський синдром як різновид посттравматичного стресового розладу. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: мат-ли II Міжнародної наук-практ конференції “Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи”* Київ : КНУ імені Т. Шевченка, 2017. С. 46 - 48.

9. Вовк О. М. Самоефективність: сутність, структура та особливості розвитку у студентському віці. *Вісник психології та педагогіки*. 2022 №2. С. 3-5. URL:<https://www.psyh.kiev.ua/> (дата звернення : 10. 11. 2023)

10. Галян І. Структура та детермінанти життєвої задоволеності майбутніх педагогів. *Науковий вісник МНУ імені О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2016. №1. С.27-33.

11. Ганаба С.О. Саморозвиток особистості у практиках діалогу. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія. Психологічні науки*. 2018. №5. С. 26-31.

12. Ганаба С. О. Сенс життя як екзистенційна цінність у поглядах Віктора Франкла. *Актуальні проблеми філософії та соціологія*. 2022. №35. С.3-8.

13. Герберт К. Розуміти травматичний досвід. Путівник для безпосередніх учасників та їхніх родин. Львів : Вид-во “Скриня”, 2015. 68с.

14. Гоулман Д. Емоційний інтелект; пер з англ. С.- Л. Гумецької. Харків : Віват, 2019. 512 с.

15. Горностай П. П. Колективна травма як складна соціальна ситуація: системно-понятійний аналіз. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2021. Вип.48 (51). С. 100-111.

16. Євченко І. Теоретичний аналіз проблеми самоствердження особистості. *Вісник КНТЕУ. Актуальні проблеми психології*. 2012. № 4. С.112-120.

17. Зливков В. Л., Лукомська С.О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219с.

18. Зубовський Д. С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період : дис. канд. психол. наук : 19.00.09 . Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. Київ, 2019. 285 с.
19. Карамушка Л. М. Вплив копінг-стратегій на структурні компоненти психічного здоров'я. *Актуальні проблеми психології*. 2021. Т.1. Вип. 57. С.12-21.
20. Киселиця С.В. Віра як феномен людського буття. *Філософія та політологія у контексті сучасної культури*. 2016. № 11. С.100-108.
21. Климчук В.О. Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії. *Наука і освіта*. 2016. №5. С.46-52.
22. Кокурн О. М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ : НДЦ ГПЗСУ, 2017. 282с.
23. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія. Харків. ФОП Бровін О. В., 2018. 488с.
24. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В. Типологія цінностей військовослужбовців учасників антитерористичної операції. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2017. С. 95-100.
25. Корольчук О. Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиція: практика та досвід*. 2016. №17. С. 104-111.
26. Краснокутський М. І. Особливості проявів особистісної та реактивної тривожності у спортсменів пожежно-прикладного спорту. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2015. №1 (45). С.155-162.
27. Лабезна Л. П. Психологічний аналіз застосування копінг-стратегій студентською молоддю в умовах освітньої взаємодії. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія. Психологічні науки*. 2015. Вип.1. Т. 2. С. 155-159.

28. Лазарюк В. Колективна психологічна травма в умовах надзвичайних ситуацій російської збройної агресії проти України. *Збірник тез III Міжнародної наукової конференції (20-21 квітня 2023р.) “Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки”*. Тернопіль : ФОП Паляниця В. А., 2023. С. 174-176.
29. Лук’янченко М. І. Здоров’я людини через призму моделі салютогенезу: теорія та практика. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2010. № 11. С. 58-60.
30. Лютер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / з англ. переклад Д. Будько. Львів: УКУ: Свічадо, 2014. 120с.
31. Магрицька І. Постгеноцидна Україна : без гриму та прикрас. URL: maidan.org.ua/2012/11/iryna-mahrytska-posthenotsydna-ukrajina-bez-hryna-ta-prykras/ (дата звертання 29.07.2023)
32. Максименко С. Д., Пасічник І. Д. До питання методології когнітивної психології. *Наукові записки Національного університету “Острозька академія”. Психологія й педагогіка*. 2013. Вип. 24. С.3-6.
33. Микитенко Р. В., Грищенкова О. С., Золотарьов П. В. Застосування моделі BASIC Ph в програмі психоневрологічної реабілітації учасників бойових дій на сході України. *Молодий вчений*. 2020. № 6 (82). С.44-48.
34. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв’язання кризових життєвих ситуацій / О. Я Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лепіхова, В. В. Савінов; за ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум, 2009. 120 с.
35. Наказ Міністерства охорони здоров’я України. 23.02.2016 №121. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL.https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf (дата звертання 29.07.2023).

36. Новікова Ж. М. Психологічні особливості емоційно-вольового регуляції осіб похилого віку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд псих наук: 19.00.07. Київ, 2020. 24 с.

37. Носенко Е.Л., Коврига Н.В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції. Київ : Вища школа, 2003. 126 с.

38. Олексюк О. Є. Психологія кризова та травмуючих ситуацій. Теоретичний матеріал до дисципліни “Психологія кризова та травмуючих ситуацій” : навч-метод посібник. Миколаїв : СПД Румянцева, 2020. 420с.

39. Орловська О. А. Психологічна адаптація учасників бойових дій з огляду на досвіді війни. *Актуальні проблеми психології*. Т. 1. Вип. 54. С.100-105.

40. Осьодло В. І., Зубовський Д. С. Застосування психотерапевтичних інтвенцій для сприяння прояву посттравматичного зростання. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2020. С.106-108.

41. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Т. 1. Київ, 2018. 208с.

42. Парахонський Б. О., Яворська Т. М. Онтологія війни та миру: безпека, стратегія, смисл: монографія. Київ : НІСД, 2019. 560с.

43. Посібник з навчального курсу з молодіжної роботи інформованої про травму. Проєкт, 2022 / авт. кол. Н. Боярський, Ю. Єлфімова, Н. Макієнко, О. Черних. Київ, 2022. 176 с.

44. Похлестова О.Ю. Копінг як функція стресостійкості особистості. *Актуальні проблеми психології у закладах освіти*. 2019. № 9. С. 291-299.

45. Предко О. Віра як релігійний феномен. URL. <https://uars.info/prints/ur/34/5.pdf> (дата звернення : 10.11. 2023).

46. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : методичний посібник / упор. : Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

47. Професійний розвиток науково-педагогічних працівників в системі освіти дорослих: збірник методик і тестових діагностичних завдань / укл. М. І. Скрипник, Я. Л. Швень. Київ : ЦППО, 2017. 103с.

48. Психологія життєвої кризи / відп. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Агропромвидав України, 1998. 348с.

49. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів: методичний посібник / Н. В. Павлик. Київ, 2020. 92с.

50. Психологічна допомога дитині у постравмуючих ситуаціях: методичний посібник / укл. Г. Б. Растроста. Суми : НВВ КЗ СОІППО, 2018. 64с.

51. Словник іншомовних слів / укл. С. М. Морозов, Л. М. Шкарапута. Київ : Наукова думка, 2000. 664с.

52. Ставицька С. О, Ставицький Г. А. Улько Н. М. Психологічні проблеми реабілітації учасників АТО. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи»*. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2017. с.161-167.

53. Титаренко Т. М. Ландшафти особистісних трансформацій унаслідок травматичного воєнного досвіду. *Український психологічний журнал*. 2020. №1. (13). С. 209-222.

54. Титаренко Т. М. Стратегії сприяння посттравматичного зростання особистості. Київ, 2019. С. 217-227.

55. Ткач Б. М. Терапевтична модель нейропсихологічного підходу до реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2012. Т. 24. Ч. 6. С.442-455.

56. Туриніна О. Психологія травмуючих ситуацій: навч посіб для студентів вищ навч закладів. Київ : ДП “Видав дім “Персонал”, 2017. 160с.
57. Франкл В. Лікар та душа. Основи логотерапії. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2018. 319 с.
58. Франкл В. Людина у пошуках справжнього сенсу: Психологія у концтаборі. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2016. 286с.
59. Чабан О.С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*. 2022. № 4 (150). VII / VIII. С. 1-11. URL:[https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2022/08/5141.pdf?upload=\(дата звернення: 12.09.2023\)](https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2022/08/5141.pdf?upload=(дата звернення: 12.09.2023)).
- 60.Чепелева Н. В. Дослідження особистості у психологічній герменевтиці. Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика: монографія / за ред. С. Д. Максименка, В. Л. Зливкова, С. Б. Кузікової. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. Макаренка, 2015. С.35-56.
61. Щотка О.П., Андреева Л.Ф. Взаємозв’язок між задоволеністю життям та посттравматичним зростанням у аспірантів в умовах війни в Україні. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. №3 (27). С. 64-74.
62. Ясперс К. Комунікація. Першоджерела комунікативної філософії; за ред. Л. А. Ситниченко. Київ : Либідь, 1996. С.140 -156.
63. Albright, D., Thyer, B., Becker, B., & Rubin, A. (2011). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Combat Veterans. *Campbell Systematic Reviews: The Campbell Collaboration*. Vol.11. 23-34.
64. Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: JosseyBass. 225.
65. Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Association for Psychological Science*. № 2. Vol.1. 164-180.

66. Brom, D., & Pat-Horegczyk, R. (2012). Ethical considerations in the treatment of post-traumatic distress. Chapter in; E. Vermetten, R. J., & Kleber, O. Vander Hart. *Handbook of Post-Traumatic Stress Disorders*. 737-752.
67. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1990). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega-Journal of Death and Dying*. № 20. Vol. 4. 265-272.
68. Danish, S. J., & Antonides, B. J. (2009). What counseling psychologists can do to help returning veterans. *The Counseling Psychologist*. Vol. 37. 1076-1089.
69. Ehlers, A., & Clark, D. M. (1999). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 4. P. 319-345.
70. Elder, G. H., & Clipp, E. C. (1989). Combat experience and emotional health: Impairment and resilience in later life. *Journal of personality*. № 57. Vol. 2. 311-341.
71. Freed, Z. A. (1990). General introduction to psychoanalysis Recollections of grief. *Omega-Journal of Death and Dying*. Vol. 4. P. 120 -172.
72. Henry, C. S., Sheffield Morris, A., & Harrist, A. W. (2015). Family Resilience: Moving into the Third Wave. *Family Relations*. 64 (1), 22–43.
73. Hoffman, M. A., & Kruczek, T. A. (2011). Bioecological model of mass trauma: Individual, community, and societal effects. *The Counseling Psychologist*. Vol. 39. P. 1087-1127.
74. Human performance enhancement in high-risk environments: insights, developments, and future directions from military research (2010). / P. E. O'Connor, P. E. & Cohn, Joseph V. Editors. 346.
75. Hodge, K., Danish S., & Martin. J. (2013). Developing a conceptual framework for life skills interventions. *The Counseling Psychologist*. Vol. 41. 1125-1152.
76. Janoff-Bulman, R., Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. 81–99.

77. Joseph, S. (2009). Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspective on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics*. Vol. 18 (2). 335-344.

77. Kessler, R. C, Aguilar-Gaxiola, S., & Alonso, J. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol*. Vol. 8(5). 135-150.

78. Kleber, R. J.(2019). Trauma and public mental health: a focused review. *Front. Psychiatry*. Vol 10. 81–99.

79. Khorram-Manesh, A., Burkle, F. M., Goniewicz, K., & Robinson, Y. (2021) Estimating the Number of Civilian Casualties in Modern Armed Conflicts. *A Systematic Review. Frontiers in public health*. Vol 9. 124-130.

80. Levi, L. (1972). Stress and distress in response to psychosocial stimuli. *Acta Med. Scand*. Vol. 191, suppl. 528. 166.

81. Levine, P. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma*. North Atlantic books, Berkeley. 288.

82. Maguen, S., Vogt, D. S., King, L. A., King, D. W., & Litz, B. T. (2006). Posttraumatic growth among Gulf War I veterans: The predictive role of deployment-related experiences and background characteristics. *Journal of Loss and Trauma*. № 11. Vol. 5. 373-388.

83. Mahmood, H. N., Ibrahim. H., & Goessmann K., et al. (2019). Post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. *Conflict Health*, Vol.13 (1). 10-18.

84. Mc Niff, S. (2004). *Art heals: How Creativity Cures the Soul*. McNiff S. Boston, MA: Shambhala Publications. 316.

85. Mc Nally, R. J. (2006). Cognitive abnormalities in post-traumatic stress disorder. *Trends in Cognitive Sciences*. Vol. 10. № 6. 271–277.

86. Mc Carl, L. I. (2013). “To have no yesterday”: The rise of suicide rates in the military and among veterans. *Creighton Law Review*. Vol. 46(3). 393-432.

87. Merolla, A. (2010). Relational maintenance during military deployment: Perspectives of wives of deployed US Soldiers. *Journal of Applied Communication Research*. Vol. 38 (1) P. 4-26.

88. Neru, A. M., & Roman, G. F. (1985). Life stress, current problem solving, and depressive symptoms. *An integrative model. J.Consult and Clinical Psychology*. Vol. 53. 693- 697.

89. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.

URL:

https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf (дата звернення : 14.09.2023).

90. Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*. № 95. 274 –281.

91. Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*. № 21 . Vol. 2. 214-217.

92. Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020) Mental health and the Covid-19 pandemic. *N. Engl., J. Med.*, doi.org/10.1056/NEJMp2008017.

93. Pitman, R. K. (1998). Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 66. №2 323–326.

94. Sheppard, S., Malatras, J., & Israel, A. (2010). The impact of deployment on U.S. military families. *American Psychologist*. Vol. 65 (6). 599–609.

95. Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A. & Yule, W. (2002). Principal components analysis of the Impact of Enenf Scale with children in war *Personality and Individual Differences*. Vol. 16. 685-691.

96. Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., & Tulloch, H. (2008). Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. *British Journal of Health Psychology*. № 13. Vol. 1. 85-93.

97. Snyder, M. (1974). Seff-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. № 30. 526-537.

98. Solomon, Z. (2001). The impact of posttraumatic stress disorder in military situations. *Clin Psychiatry*. Vol. 17. 11-15.
99. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. 291–310.
100. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. № 1. Vol. 15. 1–18.
101. Tedeschi, R. G., & Mc Nally, R. J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *American Psychologist*. Vol. 66. 19–24
102. U. S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense (2010). *Clinical practice guideline for management of post-traumatic stress*. Washington. 88 .

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А.

Методика визначення рівня особистісної і ситуативної тривожності

(автори У. Д. Спілберг, Ю. Л. Ханін)

Визначення тривожності як властивості особистості має важливе значення, оскільки ця характеристика істотно впливає на поведінку людини. Якщо психологічний тест виявив у випробуваного високий рівень особистісної тривожності, то це дає підстави передбачити, що він легко впадає в стан тривоги з різних причин, а особливо у значущих для його соціальнопсихологічного та особистісного статусу ситуаціях.

Методика Ч. Спілберга – Ю. Ханіна дає змогу диференційовано вимірювати тривожність як особистісну властивість і як ситуативний стан. Послідовність виконання Дослідження можна проводити як індивідуально, так і в групі. Експериментатор пропонує випробуваним самостійно дібрати до кожного з наведених тверджень шкали згідно з інструкцією один із чотирьох варіантів відповідей за ступенем інтенсивності.

Шкала ситуативної тривожності (СТ)

Інструкція. Читаючи уважно кожне з наведених нижче суджень, закреслюйте цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як Ви відчуваєтеся в цей момент. Над судженням довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

№	судження	Ні, це не так	Мабуть, так	Так	Так, правильно	Абсолютно правильно
1	Я спокійний					
2	Мені нічого не загрожує					
3	Я в стані напруження					
4	Я внутрішньо скутий					
5	Я відчуваюся вільно					
6	Я засмучений					

- 7 Мене хвилюють можливі невдачі
- 8 Я відчуваю душевний спокій.
- 9 Я збентежений.
- 10 Мене охопило почуття внутрішнього задоволення.
- 11 Я впевнений у собі
- 12 Я знервований
- 13 Я не знаходжу собі місця
- 14 Я напружений, збуджений
- 15 Я не відчуваю скутості, напруження
- 16 Я задоволений
- 17 Я стурбований.
- 18 Я надто збуджений, і мені ніяково.
- 19 Мені радісно
- 20 Мені приємно.

Шкала особистісної тривожності (ОТ).

Інструкція Читаючи уважно кожне з наведених нижче суджень, закреслюйте у відповідній графі праворуч, залежно від Вашого самопочуття, певну цифру. Довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

№	Судження	ніколи	Майже ніколи	часто	Майже завжди
1	У мене буває піднесений настрій.				
2	Я буваю дратівливим.				
3	Я легко можу засмутитися.				
4	Я хотів би бути таким же удачливим, як і інші.				
5	Я дуже переживаю неприємності і довго не можу про них забути				
6	Я відчуваю приплив сил, бажання працювати				
7	Я спокійний, холонокровний і зібраний.				

- 8 Мене тривожать можливі труднощі.
- 9 Я дуже переживаю через дрібниці.
- 10 Я буваю цілком щасливим
- 11 Я все приймаю близько до серця.
- 12 Мені не вистачає впевненості в собі.
- 13 Я почуваюся беззахисним
- 14 Я намагаюсь уникати критичних ситуацій і труднощів.
- 15 Мене часом охоплюють хандра, нудьга.
- 16 Я буваю задоволеним.
- 17 Будь -які дрібниці відволікають і хвилюють мене.
- 18 Буває, що я почуваюся невдахою
- 19 Я врівноважена людина.
- 20 Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи

Сума СТ = Сума ОТ = Підсумковий показник за кожною із шкал може коливатися в діапазоні від 20 до 80 балів.

Чим більший підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної і особистісної).

Інтерпретуючи показники, можна орієнтуватися на такі оцінки тривожності: до 30 балів – низька; 31–44 бали – помірна; 45 балів і більше – висока.

Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях (автори С. Норман, Д. Ф. Ендлер, Д. А. Джеймс, М. І. Паркер; адаптація Т. А. Крюкової)

Масштаб негативних наслідків стресів і криз для членів сім'ї залежить від того, чи адекватна їхня поведінка з подолання (копінг). Неконструктивні копінг-стратегії (наприклад, за типом утікання-ухиляння), а також їх невелика кількість є психологічними чинниками, що спричинюються до виникнення стресу.

Методика для визначення домінуючих копінг-стресових поведінкових стратегій – це адаптований варіант копінг-стресової методики, розробленої американськими вченими, і включає перелік заданих реакцій на стресові ситуації.

Інструкція до тесту

Нижче наведено можливі реакції людини на різні складні чи стресові ситуації. Вкажіть, як часто Ви поводитися таким чином у важкій стресовій ситуації, і поставте відповідну цифру у бланк для відповідей. Ніколи. Рідко. Іноді. Часто. Найчастіше.

Тестовий матеріал

Типи поведінки і реакцій у стресових ситуаціях:

1. Намагаюся ретельно розподілити свій час.
2. Концентрую увагу на проблемі і думаю, як її можна вирішити.
3. Думаю про щось гарне, приємне, що було в моєму житті.
4. Намагаюся бути на людях.
5. Звинувачую себе в нерішучості.
6. Роблю те, що вважаю найбільш підходящим у даній ситуації.
7. Заглиблююся у свій біль та страждання.
8. Звинувачую себе в тому, що опинився в такій ситуації.
9. Ходжу по магазинах, нічого не купуючи.
10. Думаю про те, що для мене головне.
11. Намагаюся більше спати.

12. Дозволяю собі покуштувати улюблену їжу.
13. Переживаю, що не можу справитися із ситуацією.
14. Відчуваю нервові напруження.
15. Згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше.
16. Говорю собі, що це відбувається не зі мною.
17. Звинувачую себе в занадто емоційному ставленні до ситуації.
18. Іду куди-небудь перекусити чи пообідати.
19. Відчуваю емоційний шок.
20. Купую собі якусь річ.
21. Визначаю план дій і дотримуюся його.
22. Звинувачую себе в тому, що не знаю що робити.
23. Іду на вечірку.
24. Намагаюся осмислити ситуацію.
25. Застигаю, “заморожуюсь” і не знаю що робити.
26. Терміново вживаю заходів, щоб виправити ситуацію.
27. Аналізую те, що сталося, чи своє ставлення до нього.
28. Шкодную, що не можу змінити того, що сталося, чи свого ставлення до нього.
29. Іду в гості до друга.
30. Непокоюся, що я тепер робитиму.
31. Проводжу час із дорогою, приємною для мене людиною.
32. Іду на прогулянку.
33. Говорю собі, що цього ніколи не станеться знову.
34. Концентрую увагу на своїх загальних вадах.
35. Розмовляю з людиною, чію пораду я особливо ціную.
36. Аналізую проблему, перш ніж реагувати на неї.
37. Телефоную другові.
38. Відчуваю роздратування.
39. Вирішую, що тепер слід насамперед робити.
40. Дивлюся кінофільм.

41. Контролюю ситуацію.
42. Докладаю додаткових зусиль, щоб усе вирішити.
43. Розробляю декілька різних варіантів вирішення проблеми.
44. Беру відпустку чи вихідні, віддаляюся від ситуації.
45. Виплескую переживання на інших.
46. Використовую ситуацію, аби довести, що я все ж таки можу вирішити цю проблему.
47. Намагаюся зібратися, щоб вийти переможцем із ситуації.
48. Дивлюся телевізор.

Обробка та інтерпретація результатів тесту.

При обробці результатів сумуються бали, зазначені респондентами з урахуванням наведеного нижче ключа.

Для копінгу, зорієнтованого на вирішення завдання, сумуються такі 16 пунктів: 1, 2, 6, 10, 15, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.

Для копінгу, спрямованого на емоції, сумуються інші 16 пунктів: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45.

Для копінгу, що має за мету уникнення, сумуються такі 16 пунктів: 3, 6, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48.

Можна підрахувати субшкалу відволікання з 8 пунктів, що належать до уникнення: 9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48.

Субшкала соціального відволікання може бути підрахована з таких 5 пунктів, що стосуються уникнення: 4, 29, 31, 35, 37.

Зверніть увагу, що пункти уникнення 3, 23 і 32 не використовуються в субшкалах відволікання і соціального відволікання.

Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory)

Опис методики. Опитувальник посттравматичного зростання розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М. Ш. Магомед-Еміновим. Складається з 21 тверджень з шістьма можливими варіантами відповідей. Методика містить п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя.

Інструкція. Вкажіть для кожного нижченаведеного твердження ступінь, в якому відповідна зміна відбулася в Вашому житті внаслідок кризової (травматичної) події, використовуючи наступну шкалу: 0 1 2 3 4 5 Жодних змін. Дуже незначні зміни. Невеликі зміни. Помірні зміни. Великі зміни. Дуже суттєві зміни.

Текст методики.

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті
2. Я набагато краще розумію цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
4. Я став більш впевненим у собі
5. Я став краще розуміти духовні питання
6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях
7. Я скерував своє життя на новий шлях
8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими
9. Я охоче виражаю свої емоції
10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами
11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті
12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є
13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя
14. У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше
15. Я став більше співчувати іншим

16. Я докладаю більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми
17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін
18. Я став більш віруючим (релігійнішим)
19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав
20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди
21. Я краще розумію потреби інших людей

Обробка результатів.

Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів.

Обробка проводиться по «сирому» балу. Потім за допомогою нормативної таблиці визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожною шкалою.

Індекс посттравматичного зростання обчислюється як сума балів за усіма твердженнями.

Шкала Кількість тверджень Номер тверджень Ставлення до інших (СІ) 7 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21. Нові можливості (НМ) 5 3, 7, 11, 14, 17. Сила особистості (СО) 4 4, 10, 12, 19. Духовні зміни (ДЗ) 2 5, 18. Підвищення цінності життя (ПЦ) 3 1, 2, 13.

Нормативні показники: шкала низькі значення середні значення високі значення ставлення до інших (СІ) 0-14 15-24 25-35 нові можливості (НМ) 0-9 10-15 16-25 сила особистості (СО) 0-7 8-15 16-20 духовні зміни (ДЗ) 0-3 4-6 7-10 підвищення цінності життя (ПЦ) 0-6 7-11 12-15 індекс посттравматичного зростання 0-32 33-63 64-105.

Інтерпретація результатів. Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу.

Шкала “Ставлення до інших”. Людина стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції, зокрема й співчуття іншим людям. Вона почала докладати більше зусиль

здля встановлення взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребує їх підтримки та допомоги, стала більше цінувати інших людей.

Шкала “Нові можливості”. Після кризової ситуації у людини з'явилися нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо.

Шкала “Сила особистості”. Людина стала краще розуміти, що може додати життєві негаразди, виявилось, що вона значно сильніша, ніж вважала досі.

Шкала “Духовні зміни”. Людина стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш віруючою.

Шкала “Підвищення цінності життя”. У людини змінилися життєві пріоритети, вона стала цінувати кожен прожитий день, намагатися зробити його більш змістовним.

Отже, учасники дослідження з високим індексом посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчують впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми.

Опитувальник посттравматичних когніцій (Posttraumatic Cognitions Inventory, PCTI)

Опис методики. Опитувальник, створений Е. В. Foa, А. Ehlers, D.M. Clark, D. F. Tolin, S. M. Orsillo у 1999 р. для оцінки трьох видів посттравматичних когніцій: негативних думок про себе; негативних думок про оточуючий світ, самоїдства (самозвинувачення).

Теоретичним підґрунтям опитувальника є визначальна роль негативних дисфункціональних когніцій в етіології і перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Е. В. Foa з колегами (1998 р.) визначили, що думки про небезпечність світу та власну некомпетентність призводять до розвитку ПТСР у жінок, які стали жертвами сексуального насильства. А. Ehlers, D. M. Clark (2000 р.) довели, що негативне ставлення людини до травматичної події зумовлює виникнення у неї симптомів ПТСР. Такі негативні оцінки (про власну особистість і небезпечний світ) призводять до постійного відчуття загрози, яке формує ПТСР симптоматику і посилює тривогу.

Стан безпорадності у момент травми може призводити до «психічної поразки» (mental defeat), стану, в якому людина втрачає здатність підтримувати уявлення про себе як про людську істоту, яка наділена вольовими якостями.

Почуття безпорадності лежить в основі критерію ПТСР (DSM-5) і асоціюється із сильним страхом, нездатністю впливати на оточення, управляти ситуацією, контролювати те, що відбувається під час травмуючої події. Методика успішно застосовується у діагностиці жертв насильства, у комплексному вивченні симптомів емоційного вигорання (у лікарів швидкої допомоги, реаніматологів, пожежних). Окрім дорослого варіанту опитувальника, існує й його дитяча версія.

Інструкція: Нижче наведено низку тверджень, які можуть відображати або не відображати Ваші думки. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть,

наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Пам'ятайте, що люди оцінюють травматичні події по-різному, тут немає правильних або неправильних відповідей.

1 2 3 4 5 6 7 абсолютно не згодний переважно не згодний частково не згодний ставлюсь нейтрально більше згодний переважно згодний абсолютно згодний

Текст методики.

1. Подія сталася внаслідок моїх дій
2. Я не вірю в те, що буду робити правильні вчинки
3. Я “слабак”
4. Я не можу контролювати свій гнів і здатний на жахливі вчинки
5. Я не можу впоратися із найменшими труднощами
6. Раніше я був щасливою людиною, а зараз я постійно нещасний
7. Людям не можна довіряти
8. Я постійно насторожений
9. Я відчуваю себе “мертвим” всередині
10. Ми ніколи не знаємо, хто може нам завдати шкоди
11. Я повинен бути особливо обережним, тому що ви ніколи не знаєте, що може статися далі
12. Я неадекватний
13. Якщо я буду думати про цю подію, то ніколи не впораюсь із нею
14. Подія сталася тому, що вона завжди трапляється з таким людьми як я
15. Після події мої реакції свідчать про те, що я божеволію
16. Я ніколи не зможу знову відчувати нормальні емоції
17. Світ небезпечний
18. Хтось інший міг зробити так, аби подія не сталася
19. Я постійно стаю гіршим, ніж був раніше
20. Я відчуваю себе об'єктом, а не людиною
21. Хтось інший не потрапив би у таку ситуацію
22. Я не можу покластися на інших людей

23. Я відчуваю себе ізолюваним від інших людей
24. У мене немає майбутнього
25. Я не можу зупинити те погане, що відбувається зі мною
26. Люди не такі, якими здаються
27. Моє життя зруйноване травмою
28. Щось зі мною не так
29. Мої реакції після події свідчать про те, що я лузер
30. Щось в мені є таке, що притягнуло до мене цю подію
31. Я відчуваю, що я більше не знаю себе
32. Я не можу покластися на себе
33. Зі мною нічого хорошого не станеться

Обробка результатів:

Загальний бал _____

Шкала 1: Негативні думки стосовно себе (твердження: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35 і 36)

Шкала 2: Негативні думки стосовно світу (твердження 7, 8, 10, 11, 18, 23 і 27)

Шкала 3: Самоїдство (твердження: 1, 15, 19, 22 і 31)

Загальний бал є сумою усіх балів за кожним із 33 тверджень.

“Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема”

Методика застосовується для вивчення самоефективності – впевненості (переконань) людини щодо її потенційної здатності організувати та здійснити власну діяльність, необхідну для досягнення певної мети. Також самоефективність розуміється і як продуктивний процес інтеграції когнітивних, соціальних та поведінкових компонентів задля здійснення оптимальної стратегії в різноманітних ситуаціях.

Інструкція: “Прочитайте, будь ласка, кожне твердження та вкажіть в реєстраційному бланку одну найбільш слушну відповідь стосовно ефективності Вашої військово-професійної діяльності при виконанні завдань миротворчої місії (позначивши знаком “+” відповідну клітину)”. Твердження Абсолютно невірно. Скоріш невірно. Скоріш вірно. Абсолютно вірно.

1. Якщо я добре постараюсь, то завжди знайду вирішення навіть складних проблем.
2. Якщо мені щось заважає, то я все ж знаходжу шляхи досягнення своєї мети.
3. Мені достатньо легко досягати своїх цілей.
4. В несподіваних ситуаціях я завжди знаю, як поводитись.
5. Я вірю, що можу упоратися з непередбаченими труднощами.
6. Якщо я докладу достатньо зусиль, то зможу упоратися з більшістю проблем.
7. Я готовий(а) до будь-яких труднощів, оскільки покладаюся на власні здібності.
8. Якщо переді мною постає якась проблема, то я звичайно знаходжу кілька варіантів її вирішення.
9. Я можу щось вигадати навіть у безвихідній, на перший погляд, ситуації.
10. Я звичайно здатен(а) тримати ситуацію під контролем.

Обробка результатів Шкала самоефективності складається з 10-ти тверджень, які респонденту пропонується співвіднести з ефективністю своєї діяльності. Позначення респондентом клітини “абсолютно невірно” дає 1 бал;

“скоріш невірно” дає 2 бали; “скоріш вірно” – 3 бали; “абсолютно вірно” – 4 бали. Отримання підсумкового результату здійснюється шляхом складання балів за всіма 10-ма твердженнями. Інтерпретація результатів Отримані результати інтерпретуються таким чином: 36-40 балів – висока самоєфективність; 30-35 балів – вища за середню; 25-29 балів – середня; 20-24 бали – нижча за середню; 19 і менше балів – низька.

Шкала задоволеності життям Е. Дінера

Інструкція: Вам необхідно відповісти на 5 запитань. Щоб результати були точними, не замислюйтесь довго при відповіді і відповідайте чесно. Рекомендується вести щоденник з відповідями, щоб краще простежити динаміку вашого рівня щастя і визначити, що робить вас щасливим, а що ні. 1.Моя життя близька до ідеалу в більшості своїй.

2.Условия моєму житті чудові.

3. Я задоволений (а) своїм життям.

4. На даний момент я отримав (а) всі важливі речі, які хотів (а).

5. Якщо б я можна було прожити своє життя заново, я б майже нічого в ній не змінив (а).

Варіанти відповідей: 1 - повністю не згоден 2 - не згоден 3 - майже не згоден 4 - ні те, ні інше (ні згоден, ні не згоден) 5 - майже згоден 6 - згоден 7 - повністю згоден.

ДОДАТОК Б.

Емпіричні дані копінг-стратегій учасників бойових дій (за методикою «Діагностика копінг-поведінки у стресових ситуаціях» розроблена С. Норманом, Д. Ендлер, Д. Джеймсом, М. Паркером у адаптації Т. Крюкової).

Таблиця 1.

Копінг-стратегія орієнтована на “вирішення проблем”. Проблемно-орієнтована стратегія.

№ п/п	Твердження	Часто (у %)			Дуже часто (у %)		
		група 1	група 2	сумарне	група 1	група 2	сумарне
1	Намагаюся ретельно розподілити свій час	43,9	28,6	36,25	13,6	28,6	21,1
2	Зосереджуюся на проблемі і думаю, як її можна вирішити	59,1	50	54,55	16,7	25	20,85
3	Роблю те, що вважаю найкращим у цій ситуації	53	87,5	70,05	24,2	12,5	18,35
4	Думаю про те, що для мене найголовніше	50	87,5	68,75	13,6	0	13,6
5	Згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше	10,6	87,5	49,05	1,5	0	1,5
6	Визначаю напрямок дій і дотримуюся його	51,5	75	63,25	9,1	12,5	10,8
7	Намагаюся вникнути в ситуацію	51,5	50	50,75	10,6	25	17,8
8	Негайно вживаю заходів, щоб виправити ситуацію	48,5	50	49,25	16,7	25	20,85

9	Обмірковую подію, яка сталася або своє ставлення до неї	40,9	62,5	51,7	4,5	12,5	8,5
10	Аналізую проблему, перш ніж на неї реагувати	56,1	62,5	59,3	6,1	12,5	9,3
11	Вирішую, що тепер найважливіше робити	42,4	75	58,7	6,1	12,5	9,3
12	Контролюю ситуацію	59,1	62,5	60,8	10,6	12,5	11,55
13	Докладаю додаткових зусиль, щоб все зробити	47,7	62,5	55,1	10,8	25	17,9
14	Беру відпустку чи відгул, віддаляюся від ситуації	3	0	3	0	0	0
15	Використовую ситуацію, щоб довести, що я можу це зробити	21,2	25	23,1	3	12,5	7,75
16	Намагаюся зібратися, щоб вийти переможцем у ситуації:	40,9	37,5	39,2	9,1	0	9,1

Таблиця 2.

Копінг-стратегія орієнтована на емоції. Емоційно-орієнтована стратегія.

№ п/п	Твердження	Часто (у %)			Дуже часто (у %)		
		група 1	група 2	сумарне	група 1	група 2	сумарне
1	Звинувачую себе за нерішучість	4,5	0	4,5	0	0	0
2	Занурююся у свій біль та страждання	3	12,5	7,75	1,5	0	1,5
3	Звинувачую себе за те, що опинився у цій ситуації	3	25	14	1,5	0	1,5
4	Переживаю, що не можу впоратися із ситуацією	6,1	25	15,55	1,5	25	13,25
5	Відчуваю нервову напругу	15,2	12,5	13,75	3	0	3
6	Кажу собі, що це відбувається не зі мною	0	0	0	1,5	0	1,5
7	Звинувачую себе за надто емоційне ставлення до ситуації	7,6	12,5	10,05	1,5	0	1,5
8	Відчуваю емоційний шок	1,5	12,5	7	1,5	0	1,5
9	Звинувачую себе за те, що не знаю, як вчинити	6,1	0	6,1	0	0	0
10	Застигаю (як заморожений) і не знаю, що робити	1,5	0	1,5	0	0	0
11	Шкодную, що не можу змінити того, що сталося або своє ставлення до того, що трапилося	16,7	12,5	14,6	1,5	37,5	19,5
12	Турбуюся про те, що я буду робити	20	50	35	3,1	12,5	7,8
13	Кажу собі, що це ніколи не трапиться знову	3,1	0	3,1	0	0	0
14	Зосереджується на своїх недоліках	15,2	25	20,1	1,5	12,5	7
15	Відчуваю роздратування	15,2	37,5	26,35	1,5	0	1,5
16	Відриваюся від інших	1,5	0	0	0	0	0

Таблиця 3.

Копінг – стратегія орієнтована на уникнення.

№ п/п	Твердження	Часто (у %)			Дуже часто (у %)		
		група 1	група 2	сумарне	група 1	група 2	сумарне
1	Думаю про щось хороше, що було в моєму житті	36,4	62,5	49,45	13,6	12,5	13,05
2	Намагаюся бути серед людей	37,9	25	31,45%	19,7%	50%	34,85%
3	Ходжу по магазинах, нічого не купуючи	3	0%	3%	0%	0%	0%
4	Намагаюся більше спати	12,1%	0%	12,1%	6,1%	0%	6,1%
5	Балую себе улюбленою їжею	21,2%	12,5%	16,85%	4,5%	0%	4,5%
6	Іду кудись перекусити або пообідати	21,2%	12,5%	16,85%	4,5%	0%	4,5%
7.	Купую собі якусь річ	15,4	0	15,4	6,2	0	6,2
8	Іду на вечірку	3	0	3	1,5	0	1,5
9	Іду в гості до друга	22,7	12,5	17,6	1,5	0	1,5
10	Проводжу час з близькою людиною	30,8	62,5	46,65	20	12,5	16,25
11	Іду на прогулянку	27,3	0	27,3	10,6	0	10,6
12	Розмовляю з тим, кого я особливо ціную	40,9	50	45,45	22,7	25	23,85

13	Телефоную другу	21,5	62,5	42	6,2	0	6,2
14	Дивлюся фільм	28,8	12,5	20,65	7,6	0	7,6
15	Беру відпустку чи відгул, віддаляюся від ситуації	3	0	3	0	0	0
16	Дивлюся телевізор	16,9	25	20,95	1,5	62,5	32

Таблиця 4.

Субшкала відволікання

№ п/п	Твердження	Часто (у %)			Дуже часто (у %)		
		група 1	група 2	сумарне	група 1	група 2	сумарне
1	Ходжу по магазинах, нічого не купуючи	3	0	3	0	0	0
2	Намагаюся більше спати	12,1	0	12,1	6,1	0	6,1
3	балую себе улюбленою їжею	37,9	12,5	25,2	7,6	0	7,6
4	Іду кудись перекусити або пообідати	21,2	21,2	21,2	4,5	4,5	4,5
5	Купую собі якусь річ	15,4	0	15,4	6,	0	6,2
6	Дивлюся фільм	28,8	12,5	20,65	7,6	0	7,6
7.	Беру відпустку чи відгул, віддаляюся від ситуації	3	0	3	0	0	0
8	Дивлюся телевізор	16,9	62,5	39,7	1,5	25	13,25

Таблиця 5.

Субшкала соціального відволікання

№ п/п	Твердження	Часто (у %)			Дуже часто (у %)		
		група 1	група 2	сумарне	група 1	група 2	сумарне
1	Намагаюся бути серед людей	37,9	25	31,45	19,7	50	34,85
2	Іду в гості до друга	22,7	12,5	17,6	1,5	0	1,5
3	Проводжу час з близькою людиною	30,8	62,5	46,65	20	12,5	16,25
4	Розмовляю з тим, кого я особливо ціную	40,9	50	45,45	22,7	25	23,85
5	Телефоную другу	21,5	62,5	42	6,2	0	6,2

ДОДАТОК В.

Емпіричні дані рівня посттравматичного зростання учасників бойових дій (за методикою «Опитувальник посттравматичного зростання» розроблена Р.

Тадеші й Л. Калхаун й адаптована М. Магомед-Еміновим)

Таблиця 1.

Частка військовослужбовців, які повідомили про помірні та позитивні зміни за шкалою “Ставлення до інших”.

№	Твердження	%
1	Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях	42,1
2	Я скерував своє життя на новий шлях	73,4
3	Я відчуваю більшу близькість з оточуючими	63,64
4	Я охоче виражаю свої емоції	32,9
5	Я став більше співчувати іншим	51,2
6	Я докладую більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми	53,7
7	Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди	49,9
8	Я краще розумію потреби інших людей	60,4

Таблиця 2.

Частка військовослужбовців, які повідомили про помірні та позитивні зміни за шкалою “Нові можливості”.

№	Твердження	%
1	У мене з’явилися нові інтереси	59,7
2	Я став краще розуміти духовні питання	59,55
3	Я скерував своє життя на новий шлях	73,4
4	Я змінив свої пріоритети у житті	78,6
5	У мене з’явилися нові можливості, які не були доступні мені раніше	58,9
6	Я більше намагаюся змінити те, що потребує змін	62,75

Таблиця 3.

Частка військовослужбовців, які повідомили про помірні та позитивні зміни за шкалою “Сила особистості”.

№	Твердження	%
1	Я став більш впевненим у собі	50,1
2	Я краще розумію, що можу впоратися з труднощами	55,67
3	Я більшою мірою здатний приймати речі такими, якими вони є	41,6
4	Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав	57,25

Таблиця 4.

Частка військовослужбовців, які повідомили про помірні та позитивні зміни за шкалою “Духовні зміни”.

№	Твердження	%
1	У мене з’явилися нові інтереси	65,7
2	Я став більш впевненим у собі	50,15
3	Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях	41,5
4	Я скерував своє життя на новий шлях	73,4
5	Я краще розумію, що можу впоратися з труднощами	55,68

Таблиця 5.

Частка військовослужбовців, які повідомили про позитивні зміни за шкалою “Підвищення цінності життя”

№	Твердження	%
1	Я змінив свої пріоритети у житті	78,15
2	Я набагато краще розумію цінність власного життя	85,45
3	У мене з’явилися нові інтереси	65,7
4	Я може більше цінувати кожен день свого життя	62,1

ДОДАТОК Д

Емпіричні дані рівня посттравматичних когніцій учасників бойових дій (за методикою «Опитувальник посттравматичних когніцій» розроблена Фоа, А.

Елерсом, Д. Кларком, Д.Толіном, С. Орсілло.

Таблиця 1.

Посттравматична когніція “Негативні думки про оточуючий світ”

№ п/п	твердження	незгоден (у %)			нейтрально ставлюся (у %)	згоден (у %)		
		абсолютно	переважно	частково		більше	переважно	абсолютно
1	Я не можу покластися на інших людей	39,5 (18,2)	5,3 (0)	23,7 (36,4)	14,5 (0)	11,8 (27,3)	1,3 (0)	3,9 (0)
2	Я відчуваю себе ізольованим від інших людей	65,8 (72,7)	10,5 (27,3)	3,9 (0)	17,1 (0)	1,3 (0)	0 (0)	1,3 (0)
3	У мене немає майбутнього	77,6 (45,5)	5,3 (36,4)	3,9 (9,1)	11,8 (9,1)	0 (0)	0 (0)	1,3 (0)
4	Я не можу зупинити те погане, що відбувається зі мною	63,2 (54,5)	14,5 (27,3)	6,6 (9,1)	13,2 (9,1)	1,3 (0)	0 (0)	1,3 (0)
5	Люди не такі, якими здаються	20 (18,2)	8 (0)	10,7 (0)	21,3 (9,1)	24 (27,3)	12 (27,3)	4 (9,1)
6	Моє життя зруйноване травмою	68,4 (18,2)	5,3 (36,2)	9,2 (18,2)	15,8 (18,2)	0 (9,1)	0 (0)	1,3 (0)
7	Щось зі мною не так	68,4 (45,5)	5,3 (18,2)	7,9 (18,2)	14,5 (18,2)	2,6 (0)	0 (0)	1,3 (0)

• Примітка: у дужках подано дані другої групи респондентів.

Таблиця 2.

Посттравматична когніція “Негативні думки про себе”

№ п/ п	твердження	не згоден (у%)			нейтрально ставлюся (у%)	згоден (у %)		
		абсолютно	переважно	частково		більше	переважно	абсолютно
1	Подія сталася внаслідок моїх дій	42,7 (27,3)	4 (18,2)	10,7 (18,2)	28 (18,2)	4 (18,2)	5,3 (0)	5,3 (0)
2	Я не вірю в те, що буду робити правильні вчинки	64,9 (9,1)	11,7 (18,2)	9,1 (27,3)	10,4 (18,2)	2,6 (9,1)	0 (0)	1,3 (9,1)
3	Я “слабак”	76,6 (72,7)	7,8 (9,1)	5,2 (18,2)	6,5 (0)	2,6 (0)	0 (0)	1,3 (0)
4	Я не можу контролювати свій гнів й здатен на жахливі вчинки	67,5 (36,4)	10,4 (27,3)	10,4 (18,2)	3,9 (18,2)	5,2 (0)	0 (0)	2,6 (0)
5	Я не можу впоратися із найменшими труднощами	75,3 (54,5)	10,4 (36,4)	9,1 (0)	3,9 (9,1)	0 (0)	0 (0)	1,3 (0)
6	Раніше я був щасливою людиною, а зараз постійно нещасний	62,3 (54,5)	14,3 (18,2)	10,4 (9,1)	9,1 (9,1)	2,6 (9,1)	0 (0)	1,3 (0)
7	Людям не можна довіряти	23,4 (0)	10,4 (18,2)	16,9 (54,2)	15,6 (18,2)	22,1 (0)	7,8 (9,1)	3,9 (0)
8	Я постійно насторожений	27,3 (36,4)	15,6 (18,2)	19,5 (9,1)	14,3 (36,6)	19,5 (0)	2,6 (0)	1,3 (0)
9	Я відчуваю себе “мертвим” всередині”	71,4 (54,5)	7,8 (36,4)	5,2 (9,1)	11,7 (0)	1,3 (0)	1,3 (0)	1,3 (0)
10	Ми ніколи не знаємо, хто може нам завдати шкоди	13 (0)	13 (9,1)	14,3 (9,1)	13 (27,3)	20,8 (36,4)	11,8 (0)	14,3 (18,2)

11	Я повинен бути особливо обережним, тому що ви ніколи не знаєте, що може статися далі	7,8 (0)	10,4 (9,1)	11,4 (9,1)	16,9 (36,4)	28,6 (27,3)	13 (9,1)	11,7 (9,1)
1 2	Я неадекватний	80,5 (81,8)	7,8 (18,2)	2,6 (0)	7,8 (0)	0 (0)	0 (0)	1,3 (0)
1 3	Якщо я буду думати про цю подію, то ніколи не впораюсь з нею	48,1 (18,2)	20,8 (27,3)	7,8 (18,2)	16,9 (18,2)	1,3 (9,1)	3,9 (9,1)	1,3 (0)
1 4	Подія сталася тому, що вона завжди трапляється з такими людьми як я	64,5 (36,4)	10,5 (27,3)	2,6 (9,1)	17,1 (18,2)	1,3 (0)	0 (18,2)	3,9 (0)
1 5	Після події мої реакції свідчать про те, що я божевільний	68,4 (81,8)	9,2 (18,2)	5,3 (0)	13,2 (0)	1,3 (0)	0 (0)	2,6 (0)
1 6	Я ніколи не зможу відчувати нормальні емоції:	71,1 (36,4)	5,3 (27,3)	5,2 (27,3)	13,2 (9,1)	3,9 (0)	0 (0)	1,3 (0)
1 7	Світ небезпечний	18,2 (0)	10,4 (9,1)	7,8 (27,3)	20,8 (0)	29,9 (45,5)	3,9 (18,2)	9,1 (0)
1 8	Хтось інший міг зробити так, аби ця подія не сталася	22,4 (0)	15,8 (0)	7,9 (9,1)	30,3 (36,4)	17,1 (27,3)	3,9 (18,2)	2,6 (9,1)
1 9	Я постійно стаю гіршим, ніж був раніше	65,8 (54,5)	9,2 (18,2)	7,9 (9,1)	13,2 (9,1)	2,6 (9,1)	0 (0)	1,3 (0)
2 0	Я відчуваю себе об'єктом, а не людиною	72,4 (54,5)	6,6 (27,3)	6,6 (0)	10,5 (9,1)	2,6 (9,1)	0 (0)	1,3 (0)
2 1	Хтось інший не потрапив у таку ситуацію	56,6 (18,2)	13,2 (9,1)	6,6 (9,1)	18,4 (45,5)	2,6 (9,1)	1,3 (0)	1,3 (9,1)

• Примітка: у дужках подано дані другої групи респондентів.

Таблиця 3.

Посттравматична когніція “Самоїдства (самозвинувачення)”

№ п/ п	твердження	не згоден (у %)			нейтрально ставлюся (у %)	згоден (у %)		
		абсолютно	переважно	частково		більше	переважно	абсолютно
1	Мої реакції після події свідчать, що я лузер	80,3 (72,7)	1,3 (18,2)	3,9 (0)	10,5 (9,1)	2,6 (0)	0 (0)	1,3 (0)
2	Щось в мені є таке, що притягнуло до мене цю подію	57,9 (45,5)	9,2 (9,1)	6,6 (18,2)	19,7 (18,2)	2,6 (9,1)	2,6 (0)	1,3 (0)
3	Я відчуваю, що більше не знаю себе	72,4 (63,6)	6,6 (27,3)	6,6 (0)	10,5 (9,1)	2,6 (0)	0 (0)	1,3 (0)
4	Я не можу більше покласти на себе	76,3 (63,6)	5,3 (27,3)	5,3 (0)	9,2 (9,1)	2,6 (0)	0 (0)	1,3 (0)
5	Зі мною нічого хорошого не станеться	75 (45,5)	3,9 (18,2)	7,9 (18,2)	10,5 (18,2)	1,3 (0)	0 (0)	1,3 (0)

• Примітка: у дужках подано дані другої групи респондентів.

ДОДАТОК Ж.

Емпіричні дані визначення рівня само ефективності учасників бойових дій (за методикою “Шкала самоефективності” Р. Шварцера та М. Єрусалема, адаптація В. Г. Ромека).

Таблиця 1.

Рівень само ефективності учасників бойових дій

№ п/п	твердження	абсолютно невірно (у %)	скоріш невірно (у %)	скоріш вірно (у %)	абсолютно вірно (у %)
1	Я добре постараюсь, то завжди знайду вирішення навіть складних проблем	2,5 (0)	7,4 (14,3)	48,1 (14,3)	34,6 (71,4)
2	Якщо мені щось заважає, то я все ж знаходжу шляхи досягнення своєї мети	0 (0)	3,7(0)	61,7 (28,6)	19,8 (71,4)
3	Мені достатньо легко досягати своїх цілей	1,2 (14,3)	27,2 (14, 3)	51,9 (14,3)	22,2 (57,3)
4	В несподіваних ситуаціях я завжди знаю, як поводитися	0 (0)	19,8 (0)	58 (71,4)	39,5 (28,6)
5	Я вірю, що можу упоратися з не передбачуваними труднощами	0 (0)	8,6 (14,3)	60,5 (71,4)	30,9 (14,3)
6	Якщо я докладу достатньо зусиль, то я зможу упоратися з більшістю проблем	0 (0)	4,9 (14,3)	55,6 (71,4)	39,5 (14,3)
7	Якщо я докладу достатньо зусиль, то я зможу упоратися з більшістю проблем	2,5(0)	17,3 (28,6)	49,4 (42,9)	30,9 (28,6)
8	Якщо переді мною постає якась проблема, то я звичайно знаходжу кілька варіантів її вирішення	2,5 (0)	11,1 (0)	70,4 (71,4)	29,6 (28,6)
9	Я можу щось вигадати навіть у безвихідній, на перший погляд, ситуації	0 (0)	11,5 (14,3)	62,8 (71,4)	25,6 (14,3)
10	Я звичайно здатен (а) тримати ситуацію під контролем	0 (0)	11,1 (14,3)	65,4 (51,7)	23,5 (28,6)

• Примітка: у дужках подано дані другої групи респондентів

Емпіричні дані визначення рівня спрямованості особистості на посттравматичне зростання (за методикою “Шкала задоволеності життям” Е. Дінера, адаптована Д. Леонтєвим та Є. Осіновим)

Таблиця 2.

Рівень задоволеності життям учасників бойових дій

№ п/п	твердження	група 1 (у %)	група 2 (у %)	сумарний показник (у %)
1	Моє життя майже ідеальне	53,7 (37)	50 (30)	51,85(33,5)
2	Умови мого життя чудові	63 (46,3)	72,8 (27,3)	67,75 (36,8)
3	Я задоволений своїм життям	74,1 (48,2)	73,8 (48,2)	73,95 (48,2)
4	Нині я отримав від життя, все що хотів	42,6 (13)	63,7 (18,2)	53,15 (15,6)
5	Якби я міг прожити своє життя заново, я б не змінив би майже нічого	53,7 (31,5)	63,7 (18,2)	58,7 (24,85)

· Примітка: у дужках подано дані другої групи респондентів.

Таблиця 3.

Зв'язок між задоволеністю життям здобувачів та показниками їх посттравматичного зростання

Показник посттравматичного зростання	Показник задоволеності життям
Зростання цінності відносин	0,08
Нові можливості	0,37 (p<0, 05)
Зростання почуття особистісної сили	0,18
Збагачення духовного життя	0, 39 (p<0, 05)
Усвідомлення цінності життя	0, 75 (p<0, 01)