

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ОСОБЛИВОСТІ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ,
ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЯХ**

Виконала: студент 2 курсу,
групи 8.0532-з-дн
спеціальності 053– Психологія

Мялов Андрій Ігорович

Керівник: Ткалич М. Г., д.психол.н.,
професор кафедри психології

Рецензент: Клопота Е.А, д.психол.н.,
професор кафедри психології

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« _____ » _____ 2024 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

_____ Мялову Андрію Ігоровичу _____

Тема роботи Особливості ресоціалізації військовослужбовців, які брали участь в активних бойових діях

керівник роботи Ткалич М. Г., д.психол.н., професор кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «26» 09 2023 року № 1504-с

2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: охарактеризувати соціальну адаптацію учасників бойових дій; проаналізувати чинники та умови соціалізації військовослужбовців після закінчення бойових дій; визначити особливості травматизації учасників бойових дій; описати психоемоційні стани військовослужбовців після закінчення бойових дій; практично дослідити психоемоційний стан військовослужбовців; запропонувати сучасні підходи психологічного супроводу соціальної адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.
5. Перелік графічного матеріалу: 7 рисунків, 11 таблиць.
6. Консультанти розділів роботи _____

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Ткалич М. Г., професор		
Розділ 1	Ткалич М. Г., професор		
Розділ 2	Ткалич М. Г., професор		
Розділ 3	Ткалич М. Г., професор		
Висновки	Ткалич М. Г., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2023 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2023 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-липень 2023 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	серпень- вересень 2023	Виконано
6	Написання висновків	жовтень-листопад 2023 р.	Виконано
7	Попередній захист	грудень 2023 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	січень 2024 р.	Виконано

Студент _____ А.І. Мялов

Керівник роботи _____ М. Г. Ткалич

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О. М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 120 сторінки, 7 рисунків, 11 таблиць, 128 найменувань використаних джерел.

Об'єкт дослідження – процес соціалізації і адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.

Предмет дослідження – вплив психоемоційного стану учасників бойових дій на їхню соціалізацію і адаптацію до умов цивільного життя.

Мета роботи – визначити вплив психоемоційного стану учасників бойових дій на їхню соціалізацію і адаптацію до умов цивільного життя.

Гіпотеза: негативні пролонговані психоемоційні стани (в тому числі прояв симптомів ПТСР) ускладнюють процес соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.

Методи дослідження: У роботі використовувалася система методів і процедур отримання даних, що включає: теоретичний аналіз психологічної літератури в контексті предмета і завдань дослідження; психодіагностичний метод (методика «Шкала психологічного благополуччя» (К.Ріфф); методика «Самооцінка психічних станів» Г.Айзенка; «Тест життєстійкості» (С.Мадді); Опитувальник копінг-стратегій Р.Лазаруса та С.Фолкмана; тест PCL-M, спрямований на визначення підозри на ПТСР; методика діагностики соціально-психологічної адаптації Р.Роджерса і Р.Даймонда) методи математичної статистики (кореляційний аналіз). Обробка даних здійснювалася з допомогою комп'ютерної статистичної програми SPSS v.23.0. for Windows.

Практичне значення дослідження. Отримані результати можна використовувати в процесі підготовки майбутніх психологів, соціальних працівників, при розробці програм психосоціальної підтримки особам, які постраждали від збройних конфліктів, військовослужбовцям в процесі ресоціалізації і реадаптації.

Галузь використання: заклади вищої освіти.

ВІЙНА, ЕМОЦІЙНИЙ СТАН, СОЦІАЛІЗАЦІЯ, АДАПТАЦІЯ, БОЙОВІ ДІЇ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЕЦЬ.

SUMMARY

The qualification work consists of an introduction: 120 pages, 7 figures, 11 tables, 128 names of used sources.

The object of research is the process of socialization and adaptation of servicemen after the end of hostilities.

The subject of the study is the influence of the psycho-emotional state of combatants on their socialization and adaptation to the conditions of civilian life.

The purpose of the work is to determine the impact of the psycho-emotional state of combatants on their socialization and adaptation to the conditions of civilian life.

Hypothesis: prolonged negative psycho-emotional states (including the manifestation of PTSD symptoms) complicate the process of socialization and adaptation of servicemen after the end of hostilities.

Research methods: The work used a system of methods and procedures for obtaining data, which includes: theoretical analysis of psychological literature in the context of the subject and research tasks; psychodiagnostic method ("Scale of psychological well-being" method (K. Riff); "Self-assessment of mental states" method by H. Eysenck; "Resistance test" (S. Muddy); Questionnaire of coping strategies by R. Lazarus and S. Folkman; PCL test M, aimed at determining the suspicion of PTSD, the method of diagnosis of socio-psychological adaptation by R. Rogers and R. Diamond) methods of mathematical statistics (correlation analysis). Data processing was carried out using the statistical computer program SSPS v.23.0. for Windows. Field of use: institutions of higher education.

WAR, STRESS, EMOTIONAL STATE, POPULATION,
PSYCHOLOGICAL SUPPORT, MARTIAL LAW

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ	10
1.1. Соціалізація і адаптація як складові соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій.....	10
1.2. Психологічні чинники і умови соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.....	23
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ЧИННИК СОЦІАЛІЗАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ.....	43
2.1. Особливості психологічної травматизації учасників бойових дій	43
2.2. Психоемоційні стани військовослужбовців та їх вплив на соціалізацію та адаптацію після закінчення бойових дій	59
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ..	74
3.1. Емпіричне дослідження впливу психоемоційного стану військовослужбовців на їхню соціалізацію і адаптацію після закінчення бойових дій	74
3.2. Сучасні підходи психологічного супроводу соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій.....	86
ВИСНОВКИ.....	103
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	107

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабна російська збройна агресія 24 лютого 2022 року порушила економічний і соціальний розвиток держави і спричиняє катастрофічний негативний вплив на життя та здоров'я громадян. Наслідки війни завдають тривалої фізичної та психологічної шкоди дорослим і дітям. В разі збільшилася кількість верств населення, які постраждали від бойових дій, серед яких найбільше потерпають: 1) внутрішньо переміщені особи (ВПО), які зазнали як матеріальних, так і психологічних втрат, що позначилося на рівні їхнього психосоціального благополуччя; 2) діти із травмивним досвідом (перебування на окупованих територіях, в зонах бойових дій, втрата близьких і батьків, насилля з боку окупантів), для яких ризик виникнення ПТСР досить великий; 3) учасники бойових дій, для яких показник виникнення ПТСР ще вищий. Тому особливої актуальності для України набуває створення ефективної системи подолання негативних психосоціальних наслідків військової агресії, що передбачає врахування соціальних і психологічних проблем, з якими стикається українське суспільство, деструктивний вплив психологічних змін емоційного стану як військовослужбовців, так і цивільного населення, розробку ефективних моделей соціалізації та адаптації учасників бойових дій до умов цивільного життя.

Процесам соціалізації та адаптації військовослужбовців до умов цивільного життя присвячені праці Ю. Акименко, В. Алещенко, А. Артеменко, К. Батаєвої, Ю. Бриндікова, О. Буряка, М. Гіневського, Є. Гриневич, М. Маркової, Н. Гуцуляка, М. Корнівської, Н. Матейчук, В. Дворецького, Н. Жигайло, Л. Журавльової, Т. Захаріної, О. Колесніченко, О. Кудренко, О. Мельник, О. Орловської, І. Приходько, Г. Пріб, Я. Раєвської, І. Соколової та інших дослідників.

Серед вітчизняних дослідників, які досліджують проблему впливу негативних психосоціальних і психоемоційних наслідків війни в Україні слід відзначити таких як: А. Голотенко, А. Довгань, О. Євдокімова, Я. Короход, В. Лефтеров, І. Нечитайло, М. Слюсаревський, В. Тюріна, Л. Солохіна, А. Уманець, С. Шостаківська, О. Чабан, О. Хаустова, В. Ющенко та інші.

Мета й завдання дослідження. Мета дослідження – визначити вплив психоемоційного стану учасників бойових дій на їхню соціалізацію і адаптацію до умов цивільного життя.

Для досягнення зазначеної мети поставлено такі завдання:

- визначити специфіку соціалізації та адаптації як складових соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій;
- виділити психологічні чинники і умови соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій;
- проаналізувати особливості психологічної травматизації учасників бойових дій;
- розглянути негативні психоемоційні стани військовослужбовців та їх вплив на соціалізацію та адаптацію після закінчення бойових дій;
- провести емпіричне дослідження впливу психоемоційного стану військовослужбовців на їхню соціалізацію і адаптацію після закінчення бойових дій;
- проаналізувати сучасні підходи психологічного супроводу соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.

Об'єкт дослідження – процес соціалізації і адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.

Предмет дослідження – вплив психоемоційного стану учасників бойових дій на їхню соціалізацію і адаптацію до умов цивільного життя.

Гіпотеза дослідження – негативні пролонговані психоемоційні стани (в тому числі прояв симптомів ПТСР) ускладнюють процес соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.

Методи дослідження. У роботі використовувалася система методів і процедур отримання даних, що включає: теоретичний аналіз психологічної літератури в контексті предмета і завдань дослідження; психодіагностичний метод (методика «Шкала психологічного благополуччя» (К. Ріфф); методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка; «Тест життєстійкості» (С.Мадді); Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана; тест PCL-M, спрямований на визначення підозри на ПТСР; методика діагностики соціально-психологічної адаптації Р. Роджерса і Р. Даймонда) методи математичної статистики (кореляційний аналіз). Обробка даних здійснювалася з допомогою комп'ютерної статистичної програми SSPS v.23.0. for Windows.

Для емпіричного дослідження впливу психоемоційного стану військовослужбовців на їхню соціалізацію і адаптацію після закінчення бойових дій було проведено психодіагностичне обстеження військовослужбовців, які проходять реабілітацію в Центрах соціально-психологічної реабілітації (травень-вересень 2023 р.). Вибірка опитаних – 50 осіб.

Практичне значення дослідження. Отримані результати можна використовувати в процесі в процесі підготовки майбутніх психологів, соціальних працівників, при розробці програм психосоціальної підтримки особам, які постраждали від збройних конфліктів, військовослужбовцям в процесі ресоціалізації і реадаптації.

Структура і обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи – 121 сторінки. Робота містить 7 рисунків, 11 таблиць. Список використаних джерел включає 128 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Соціалізація і адаптація як складові соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій

Як предмет соціально-психологічного дослідження соціалізація і адаптація учасників бойових дій постає як система багатогранних проблем, принципові аспекти яких знаходять свій відбиток у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі. Теоретичну основу досліджуваної проблеми становлять роботи зарубіжних авторів, які досліджували стресові та посттравматичні стресові явища у ветеранів в'єтнамської та інших воєн, серед яких А. Арнольд, С. Бентлі, К. Бланк, Д. Бредлі, Де. Фаціо, В. Емері, Б. Грін та ін. Дослідженням особливостей психологічної і соціальної адаптації військовослужбовців, що були учасниками бойових дій присвячено праці також М. Романюк та співавторів [118] і Т. Захаріної [21]. Серед робіт вітчизняних вчених варто відмітити дослідження В. Акіменка, П. Померанцева, Н. Гуменюк, Я. Грицака та ін. присвячені інтеграції та соціалізації учасників бойових дій та жертв збройних конфліктів [86]. Після 24 лютого 2022 року, коли розпочалася повномасштабна російсько-українська війна кількість військовослужбовців, які приймають участь в активних бойових діях, значно зростає і тому проблема соціалізації та адаптації учасників бойових дій (УБД), які вийшли на ротацію чи були демобілізовані (особливо через стан здоров'я), набула ще більшої актуальності.

Розглянемо проблему соціалізації і адаптації в контексті повернення УБД до умов цивільного життя.

В загальному сенсі, соціалізація особистості – це процес; формування особистості в певних соціальних умовах, процес засвоєння людиною соціального досвіду, в ході якого людина перетворює соціальний досвід у власні цінності та орієнтації, вибірково вводить у свою систему поведінки ті норми і шаблони поведінки, які прийняті в суспільстві або групі. Норми поведінки, моралі, переконання людини визначаються тими константами, які прийняті в даному суспільстві. Інтерес представляє дворівнева теорія самосвідомості І. Чеснокової, згідно з якою на першому рівні людина отримує знання про себе через порівняння себе з оточуючими за допомогою таких прийомів самопізнання як самосприйняття і самопостереження, а на другому рівні – через порівняння себе з собою у різних ситуаціях і в різні періоди свого життя за допомогою прийому аутокомунікації. У вітчизняній психологічній парадигмі традиційно вважається, що соціалізація – це переважно інтеріоризація суспільного досвіду та суспільної культури в цілому, в результаті чого формуються диспозиції особистості: спрямованість, соціальні установки, ціннісні орієнтації тощо. В цій традиції розглядаються глобальні проблеми, але не враховується, що вплив суспільства завжди відбувається через мікросоціум та через малі групи.

С. Харченко подає декілька визначень цього поняття в межах соціально-психологічного підходу. Так, під соціалізацією розуміють розвиток і самореалізацію людини; процес становлення особистості, навчання та засвоєння індивідом цінностей, норм, установок, зразків поведінки, притаманних суспільству, соціальній спільноті, групі; процес і результат засвоєння та активного відтворення індивідом соціального досвіду в спілкуванні та діяльності [76, 11]. Кожне з визначень за своїм змістом передбачає взаємодію особистості й суспільства з метою розвитку особистості.

Вітчизняний дослідник О. Безпалько пропонує таке формулювання дефініції соціалізація: процес входження людини в суспільство разом з її

соціальними зв'язками та інтеграцією в різні типи соціальних спільнот, унаслідок чого відбувається становлення соціального індивіда [24, 79].

В адаптивно-розвивальній концепції М. Лукашевича поєднані поняття соціалізації та соціальної адаптації. Дослідник визначає соціалізацію особистості як «процес становлення особистості як суспільної істоти, під час якого налагоджуються різноманітні зв'язки її із суспільством, засвоюються орієнтації, цінності, норми, відбувається розвиток особистісних властивостей, формуються активність та цілісність особистості, набувається соціальний досвід, що нагромаджений людством за весь період розвитку» [42, 113].

Отже, сутність соціалізації полягає в поєднанні механізмів пристосування й відокремлення людини до соціальних взірців (практик) в умовах конкретного суспільства. Як зазначає М. Грінченко, соціальна адаптація передбачає узгодження вимог і очікувань соціального середовища щодо людини з її установками й соціальною поведінкою; узгодження самооцінок і домагань людини з її можливостями та реаліями соціального середовища. Відокремлення є процесом автономізації людини в суспільстві. Результат цього процесу виявляється в потребі людини мати власні погляди (ціннісна автономія), потребі мати власні прихильності (емоційна автономія), потребі самостійно вирішувати особисті питання, здатності протистояти життєвим ситуаціям, які заважають її саморозвитку, самовизначенню, самореалізації та самоствердженню (поведінкова автономія). Ефективна соціалізація передбачає певний баланс адаптації та відокремлення [19, 113]. Причому адаптація полягає в успішному засвоєнні соціальних практик, які пропонує суспільство, а індивідуалізація (відокремлення, автономізація) – у переконструюванні соціальних практик відповідно до внутрішніх факторів діяльності й прагнення до самореалізації.

В контексті соціалізації військослужбовців, які приймали участь в бойових діях, більш доцільним є використання поняття ресоціалізації, як перетворення цінностей, норм, відносин відповідно до нових соціальних

приписів, тобто зворотної особистісної перебудови. З психологічної точки зору, особливий тип особистості, що сформувався в армійському середовищі, потребує, на думку Н. Алаликіної, ресоціалізації [7, 52].

З ресоціалізацією пов'язана інтеріоризація – процес включення соціальних норм і цінностей до нового соціального середовища, їх внутрішнього світу. Це довгий і складний процес, для якого характерні зміна емоційних станів і поява незвичайних психічних феноменів. Погоджуємося з науковцями у тому, що тривалість і глибина його протікання для кожного індивіда варіюється залежно від індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців, фізичного та психічного стану.

Адаптація – «це не тільки процес, але і властивість будь-якої живої саморегулювальної системи. Дана властивість для людини, як біосоціальної системи, є інтегральною, обумовленою особливостями розвитку фізіологічного та психічного рівнів і отже розглядається як властивість особистості в цілому» [7, 46-47].

Стосовно соціально-психологічної адаптації, дослідники [47] переконані, що її результатом є адаптованість, що визначається як стан взаємовідносин особистості і групи, коли особистість без тривалих зовнішніх і внутрішніх конфліктів продуктивно виконує свою провідну діяльність, задовольняє свої основні соціогенні потреби, в повній мірі йде назустріч тим рольовим очікуванням, які висуває до неї еталонна група, переживає стан самоствердження і вільного вираження своїх творчих здібностей.

Поняття «адаптованість» («стійка адаптація») є синонімом «норми», «здоров'я». Під стійкою адаптацією О. Жаданюк розуміє ті регуляторні реакції, психічну діяльність, систему відносин, що виникли під час онтогенезу в конкретних екологічних і соціальних умовах і функціонування яких у межах оптимуму не вимагає від особи значної нервово-психічної напруги. Вважаємо, що однією з ознак адаптації є те, що регулятивні процеси, які забезпечують рівновагу організму як цілого в зовнішньому середовищі, протікають злагоджено, плавно та економічно, тобто в так званій

зоні «оптимуму». З'ясовано, що «адаптоване регулювання зумовлюється тривалим пристосуванням до умов навколишнього середовища, тим, що в процесі життєвого досвіду вона виробила набір алгоритмів реагування на закономірно і вірогідно повторювані дії («на всі випадки життя»)» [7, 47].

Погоджуємося із науковцями у тому, що успішна адаптація залежить не тільки від зовнішнього середовища, соціального оточення і фізіологічних процесів, але і від особистісних структур, властивостей, характеристик, однією з яких є емоційна стійкість, що забезпечує безпеку особистості, а отже, і психологічну адаптацію.

Зупинимо свою увагу на літературі, переважно присвяченій саме соціальним аспектам адаптації колишніх військовослужбовців. Т. Вдовиченко у своєму дослідженні вказує на велику групу українських дослідників, які, незважаючи на вживання дещо відмінних «семантичних конструкцій: соціальна адаптація..., соціально-психологічна адаптація..., соціальна та професійна адаптація» [12, 169], зосереджують свою увагу на зайнятості як ключовому аспекті соціальної адаптації військовослужбовців. Вони «... так чи інакше наголошують на аспекті пристосування звільнених військовослужбовців до нових професійних відносин та умов праці, необхідності професійної модифікації та працевлаштування, забезпечення трудової зайнятості тощо» [12, 169]. Саму соціальну адаптацію військовослужбовців вони трактують як процес «... їхнього пристосування до умов цивільного життя (цивільного середовища, громадянського суспільства) з ринковою системою відносин» [12, 169]. Типовим в даному контексті є визначення, наведене А. Красильщikovим, а саме: «Процес адаптації колишніх військовослужбовців відбувається як перехід її суб'єктів із системи «кадрова армія України» до системи «ринкова Україна»» [37, 118]. Практично ідентичне визначення присутнє в статті О. Буряка та М. Гіневського – «Соціальна адаптація – процес активного пристосування офіцера і членів його сім'ї до нових умов проживання в громадянському суспільстві з ринковою системою взаємовідносин» [8, 160].

Як зазначає В. Проша, адаптація військовослужбовців до умов життя в цивільному середовищі – це суспільний процес їх активного пристосування до нових соціальних умов проживання в цивільному середовищі з ринковою системою взаємостосунків, який передбачає освоєння норм і правил цього середовища, оволодіння професією, спеціальністю, реалізацією своїх прав, у тому числі на працю, формування в собі нових правил поведінки і нового самоусвідомлення, що забезпечує безболісний, комфортний перехід до нових умов життя [61, 98].

Як відзначає В. Кравчук, зміна поведінки є однією з головних причин дезадаптації учасника бойових дій, адже бійці переносять на мирне життя ті моделі поведінки, які перейняли у військових діях. Поведінку учасника бойових дій дуже важко передбачити, ці особливості поведінки допомагають адаптуватись та вижити на війні, але це і ускладнює адаптацію людини до мирного життя, звичайні люди просто не розуміють поведінку УБД. Часто серед ветеранів війни виникає девіантна поведінка, прояв насильства відбувається як по відношенню до інших так і до себе [66, 141].

Уточнюючи зміст адаптації військовослужбовців, Н. Алаликіна наголошує, що в основі їх початкових дій у цивільному житті основними процесами є переадаптація і реадаптація [7, 47]. Під соціально-психологічною реадаптацією О. Караяні розуміє процес організованого, поступового психологічного повернення учасників бойових дій з війни і безконфліктного, нетравмуючого «прилаштування» їх до системи соціальних зв'язків і відносин мирного часу. Її необхідно здійснювати з усіма учасниками бойових дій для профілактики розвитку у них посттравматичного стресового розладу (ПТСР), дезадаптації, конфліктів з оточуючими.

Ю. Бриндіков охарактеризував етапи адаптації військовослужбовців до мирного життя (таблиця 1.1) [7, 49].

**Характеристика етапів адаптації військовослужбовців-учасників
бойових дій до умов мирного життя**

Етапи	Характеристика
Перший – Підготовчий	Людина збирає інформацію, що дасть змогу скласти уявлення про екстремальні умови, усвідомити завдання, які доведеться вирішувати; опановує нові ролі; оволодіває уміння і навички для встановлення взаємовідносин з іншими людьми
Другий – Стартової психічної напруги	Інформаційна невизначеність і передбачення можливих складних ситуацій спричиняють появу сильної психічної напруги, що виражається в складних емоційних переживаннях, порушеннях сну і вегетативних змінах організму
Третій – Гострих психічних реакцій входу	Можуть виникати позитивні емоційні переживання (ейфорія, гіпоманіакальність), що супроводжуються підвищеною руховою активністю. При цьому усувається інформаційна невизначеність і людина виявляється надмірно поінформованою. Окрім цього, цей етап може супроводжуватися психічною напругою, пов'язаною із загрозою для життя. За умов емоційного розв'язання проблеми, людина відчуває повну поінформованість, упевненість у матеріальному стані та засобах порятунку і в правильності своїх дій при виникненні непередбачених ситуацій
Четвертий – Переадаптації	Формуються нові функціональні системи в центральній нервовій системі, що дають змогу адекватно відобразити реальну дійсність в незвичайних умовах життя. Відбувається актуалізація необхідних потреб і виробляються захисні механізми, що забезпечують реакції на психогенні фактори
Пятий – Завершального психічного напруження	З'являються незвичайні психічні стани, що характеризуються емоційною лабільністю, порушеннями ритму сну і бадьорості
Шостий – Гострих психічних реакцій виходу	Відбувається кардинальна зміна функціональних систем психофізіологічної організації, що супроводжується появою незвичних психічних станів, порушенням пізнавальних процесів, емоційного регулювання та рухової діяльності
Сьомий – Реадаптації	Відбувається відновлення процесів відображення, системи відносин і координації рухів, адекватних для звичайних умов життя

Джерело: [7, с.49]

У психологічній літературі дослідниками поняття «адаптація» визначається «...як процес формування найбільш прийнятних стратегій/моделей поведінки в умовах змінюваного мікросоціального

середовища» [58, 160]. Одним із аспектів соціально-психологічної адаптації є взаємини військовослужбовців/ветеранів, учасників бойових дій із членами сім'ї, близьким оточенням та друзями після повернення до умов цивільного життя. Тобто, «повернення – це один із найважчих періодів у відновленні подружніх взаємин та соціальної адаптації військового у мирне життя» [72, 68]. Н. Дембицькою та Т. Яблонською відзначається, що у період реадаптації відбувається процес переосмислення військовослужбовцем власних соціальних ролей, із частковою чи повною відмовою від норм і способів поведінки, окремих адаптивних механізмів, їх комплексів та стратегій, які були доречними в умовах військової служби, і не придатні для мирного життя [82, 193]. Отже, характер перебігу соціально-психологічної адаптації військовослужбовців/ветеранів, учасників бойових дій значною мірою залежить від індивідуально-психологічних особливостей особистості, як-от, воля, швидкість виникнення психічних процесів та їх стійкість, ціннісні орієнтації, життестійкість, уміння справлятися із стресовими ситуаціями та інші особистісні риси.

Таким чином, соціалізацію та адаптацію військовослужбовців – учасників бойових дій треба розглядати в контексті соціальної адаптації, що включає багато інших аспектів – психологічний, культурний, ціннісний, комунікативний, професійний, освітній тощо.

Соціальна адаптація – це стан взаємин особистості і соціального середовища, що характеризується наявністю суб'єктивних і об'єктивних обставин, що дозволяють особистості без особливих зовнішніх і внутрішніх (психологічних) конфліктів, продуктивно здійснювати професійну діяльність, задовольняти свої соціогенні потреби. Це складний соціально-психологічний механізм соціалізації особистості, що включає, зокрема, освоєння людьми нових соціальних ролей, формування мотиваційної сфери, сприйняття індивідами себе, свого оточення і багато інших психологічних явища, стану, освіти. Це буде сутністю соціальної адаптації [117, 19].

За визначенням Л. Корель [4, 87] соціальна адаптація – це процес і результат пристосування особистості, соціальної групи, організації або товариства до внутрішніх і зовнішніх змін у суспільному житті. Поняття соціальної інтеграції як різновиду соціальної адаптації означає процес взаємодії між людиною та соціальним оточенням, внаслідок якої зберігається унікальність та оригінальність ціннісної системи кожного з них та одночасно встановлюються множинні зв'язки/контакти між ними.

Поняття соціальної реадаптації означає, що після проходження служби в армії або після прийняття участі в бойових операціях військовослужбовцям необхідно пройти повторний процес адаптації до цивільного життя, навіть якщо до проходження служби в армії їхня соціальна адаптація була успішною. Як зазначає Л. Корель, «реадаптація – це відновлення адаптації чи поворотна адаптація до того середовища (чи його елементів), відносно якого мала місце дезадаптація» [4, 87-88]. Соціальна реадаптація військовослужбовців означає процес та результат пристосування військовослужбовця до соціального оточення після повернення з лав армії на попереднє або нове місце проживання, показниками якого є 1) прийняття соціокультурних цінностей та норм нового середовища; 2) розміщення в освітній чи професійній сфері; 3) встановлення дружніх, романтичних або шлюбних відносин з іншими людьми, набуття членства в соціальних групах; 4) ідентифікація з новим соціальним оточенням.

В загальному сенсі цей процес представляє собою соціальну інтеграцію військовослужбовця. Так, за Г. Ессером соціальна інтеграція особистості/групи має чотири аспекти: акультурацію, розміщення (*placement*), взаємодію (*interaction*) та ідентифікацію. Акультурація (або культурна інтеграція) – це процес придбання актором знань, засвоєння культурних стандартів і розвитку компетенцій, необхідних для успішного існування в суспільстві. Розміщення (або структурна інтеграція) означає, що людина знаходить своє місце в суспільстві та знаходить права в освітньому або економічному контексті, в професійній або цивільній сфері. Взаємодія

(або інтерактивна інтеграція) передбачає встановлення дружніх, романтичних або шлюбних відносин з іншими людьми, набуття членства в соціальних групах. І, нарешті, ідентифікація (або ідентифікаційна інтеграція) – це результат ототожнення людини з соціальною системою в цілому або окремими групами [96].

А. Белова виділяє три контексти соціальної адаптації військовослужбовців: соціально-побутовий, професійний і внутрішньо особистісний. Вона зазначає, що колишні військовослужбовці та члени їхніх сімей в період адаптації до цивільного життя відчують значні психологічні проблеми під впливом таких факторів, як зміна цінностей, зміна соціального статусу, критичні життєві ситуації. У колишніх військовослужбовців є «цінності, які краще розвинені (такі, як чесність, порядність, схильність до порядку), й менш розвинені або взагалі відсутні (прагнення до творчості, спонтанність, автономність)» [4, 92], що може ускладнювати процес соціальної адаптації до цивільного життя.

В. Яровий зазначає, що соціальна реінтеграція учасників бойових дій відбувається після повернення демобілізованих учасників бойових дій до трудової діяльності в цивільному житті. Він вважає, що колишні учасники бойових дій не готові повернутися до своєї трудової діяльності, яка в них була до служби в армії або до ситуації участі у військових операціях, внаслідок яких їхня психіка зазнала значних змін. Хоча держава і гарантує збереження трудового місця за військовослужбовцями, проте виникає питання про неготовність учасників бойових дій працювати на попередньому робочому місці [84, 140].

Під час соціальної адаптації УБД можуть виникнути різні бар'єри, в подоланні яких їм може бути потрібна суспільна допомога: професійний бар'єр (після повернення до цивільного життя перед військовослужбовцем постає завдання знайти роботу); психологічний бар'єр (психологічна неготовність військовослужбовців до цивільного життя, до пошуку та безпосередньо праці на новому робочому місці, незадоволеність своїм

життям або ставленням найближчого оточення/суспільства до його/її досвіду); матеріальний бар'єр (для багатьох військовослужбовців є проблемою саме матеріальна сторона; доки ветеран не знайде роботу, йому/її може допомагати родина чи держава, внаслідок чого в нього/неї може сформуватися комплекс неповноцінності або почуття приниженості).

А. Артеменко і К. Батаєва виділяє три основні контексти соціальної адаптації військовослужбовців до цивільного середовища, застосовуючи поняття транзиту: а) транзит через вищу чи професійно-технічну освіту; б) транзит через сферу зайнятості; в) транзит через створення/підтримання соціальних контактів зі «значущими іншими» (членами родини, друзями). Усі ці транзити відбуваються у відповідних контекстах соціальної адаптації учасника бойових дій до цивільного середовища – освітньому, професійному та повсякденному [4, 149]. Їхня авторська концепція базується на концепції транзиту Н. Шлоссберг. Н. Шлоссберг визначає транзит як будь-яку подію або не-подію, що призводить до зміни поведінки, взаємин і ролей соціального актора [121]. Н. Шлоссберг виділяє кілька різновидів транзиту: очікуваний транзит, який відбувається передбачувано (приміром, закінчення школи або університету); непередбачений або незапланований транзит (наприклад, раптова смерть близької людини, яка вимагає від людини тривалого звикання) і не-подієвий (*Nonevent transition*) транзит, тобто той, який очікувався, але не відбувся. Н. Шлоссберг виділила чотири фактори, які впливають на здатність людини адаптуватися до процесу транзиту – ситуація (*situation*), самість (*self*), підтримка (*support*) та стратегії (*strategies*), інакше – схема 4S.

М. Андерсон, Д. Гудман і Н. Шлоссберг виділили три фази транзиту – входження, проходження і вихід (*moving in, through and out*) [85, с.59]. Перша стадія транзиту – входження (*moving in*) в нову ситуацію та одночасно виходу з будь-якої попередньої ситуації (*moving Out*). У ситуації транзиту в новий контекст життя людина повинна познайомитися з новими ролями, відносинами та правилами, що може супроводжуватися кризою ідентичності,

коли людина намагається асимілювати інформацію з нового середовища з попереднім досвідом. Другий етап (*moving through*) починається, коли нове середовище стає зрозумілим, і людина, що здійснює транзит, навчилася балансувати між вимогами нового середовища. Третя стадія (*moving out*) з'являється, коли перехід завершився і людина готується до нових транзитів.

Аналізуючи запропоновану А. Артеменко і К. Батаєвою контекстуальну концепцію соціальної адаптації військовослужбовців, ми вважаємо, що саме створення/підтримання соціальних контактів зі «значущими іншими» (членами родини, друзями) виступає фактором успішної соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій. Наприклад, О. Орловська і О. Буряк вважають, що саме родина може зіграти вирішальну роль у процесі соціальної адаптації військовослужбовців після повернення з лав армії [49, 102-103; 9, 140], оскільки військовослужбовці мають довіру до членів родини та можуть під їхнім впливом почати змінювати поведінку та світосприйняття з метою ефективнішого пристосування до цивільних умов існування. Члени родини можуть перш за все здійснити психологічну допомогу військовослужбовцям через повне прийняття їхньої особистості, готовність їх вислухати та підтримати.

Соціально/сімейну підтримку, визнання з боку громадськості та ЗМІ, що стимулюють соціальні інтеракції та впливають на формування почуття приналежності групі, можна віднести до «м'яких» способів впливу на процес соціальної адаптації ветеранів. Так, Д. Блекберн у 2012–2016 рр. провів дослідження з використанням методу полуструктурованого інтерв'ю з 17 ветеранами збройних сил Канади, яке закінчувалося 10-хвилинним відкритим обговоренням проблем транзиту з армії до цивільного товариства. Учасникам було запропоновано описати проблеми, з якими вони зіткнулися після звільнення з армії, за декількома рубриками: соціальне життя, особисте життя, психічний стан, сімейне життя, фінансова сфера, здоров'я, навчання, професійна сфера. Учасники дослідження повідомили про проблеми,

принаймні, в одній з чотирьох сфер – проблеми з психічним здоров'ям, в соціальній, сімейній і фінансовій сферах. Ветерани повідомили про фактори, які, на їхню думку, сприяють адаптації: на першому місці – сімейна підтримка (в основному, з боку чоловіка/жінки та/або батьків); далі були вказані підтримка з боку інших ветеранів, послуги психологів, лікарів і соціальних працівників, заняття спортом, отримання освіти, професійна кар'єра, подорожі та волонтерство; деякі згадали алкоголь [90].

Слід зазначити важливу роль соціальної підтримки військовослужбовців в процесі соціальної адаптації. Кожна держава, в якій відбувалися бойові дії, відповідно до можливостей і рівня свого розвитку формує економічну та соціальну політику щодо захисту прав та інтересів учасників бойових дій. Важливим є формування толерантного ставлення суспільства до військовослужбовців.

Однак, найбільш значимим контекстом соціальної адаптації є психологічний. За час перебування на території проведення бойових дій, учасник бойових дій стикається зі значною кількістю ризиків, які в подальшому житті можуть призвести до розладів психічної діяльності. Як наслідок при попаданні його до мирного середовища існує ймовірна загроза проявів сприйняття навколишнього середовища через «військову призму дійсності», замкнутості в собі, тривоги щодо зміни ставлення сім'ї до нього, відчуття боязкості за свою сім'ю, щоб сім'я не дізналася про жахи війни.

Експерти акцентують увагу на психологічній адаптації, якої потребують майже всі учасники бойових дій. З каліцтвами та психологічними травмами вони повертаються в соціальне середовище. У сім'ях та робочих колективах вояків зустрічають як героїв, хоча психологи переконують – як і фізичні вади, соціальна адаптація теж потребує значного часу, а відтак – уваги рідних людей. З мирного життя – під кулі. Чи не всі військові, що побували під обстрілами ворогів, повертаючись до дружин та рідних домівок відчувають не лише емоційний дискомфорт, а й провину за

те, що залишилися живими. Пережиті стресові ситуації становлять для організму бійців не меншу загрозу, ніж фізичні поранення.

Саме тому реалізація процесу соціалізації і адаптації військовослужбовців залежить від якості отриманої військовослужбовцем психологічної допомоги та полягає у звільненні від причепливих спогадів про минуле й інтерпретації емоційних переживань як нагадувань про травму, а також отриманні допомоги у якнайшвидшому налаштуванні на мирне життя.

1.2. Психологічні чинники і умови соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій

Соціалізація та адаптація учасників бойових дій складний та іноді тривалий процес, обумовлений багатьма факторами. В контексті даного дослідження актуальним представляється визначення психологічних чинників і умов, які сприяють адаптаційному процесу військовослужбовця в цивільних умовах.

Адаптація особистості в умовах бойових дій до цивільного життя є складним процесом пристосування, що включає у себе велику кількість аспектів та стосується ряду сфер життєдіяльності особи. Складнощі адаптації перш за все пов'язані із необхідністю пристосовуватися до нових умов, адже психічний стан людини перебудовується під потреби бойової обстановки та потім виявляється непридатним до перебування та життєдіяльності у мирній обстановці (стандартних цінностей, до оцінки мирними громадянами пережитих ветераном військових подій та інше) [34, 107].

У дослідженні О. Кокуна виділено дві групи чинників, що впливають на успішність адаптації:

– суб'єктивні фактори (професійна кваліфікація та досвід людини, її особистісні особливості, потреби, загальні та професійні інтереси, мотиви, світогляд, переконання й установки, життєвий досвід, особливості психічних

функцій, нейродинамічних якостей, емоційні та вольові компоненти, задоволеність роботою, психофізіологічні можливості та психофізіологічний стан, працездатність тощо);

– об'єктивні (умови діяльності людини, вид, характер та величина навантаження, психологічний клімат, соціально-побутові умови тощо) [32, 32]. Такий розподіл факторів, на нашу думку, досить вдало розкриває психологічні особливості адаптаційного процесу учасників бойових дій, виділяючи внутрішньо-психологічні, індивідуальні особливості і зовнішні психологічні фактори, пов'язані із впливом соціального оточення і середовища.

Травматичні події та обставини кардинально змінюють звичний спосіб життя людей, їх побут, стосунки, мрії, цінності, пріоритети, що потребує постійної адаптації до кризових умов. Наявність кризи, з одного боку, може негативно відобразитись на умовах життя, а з іншого – спонукати до пошуку нових можливостей, втілення нереалізованого потенціалу та прихованих людських ресурсів, вироблення ефективних психологічних стратегій адаптації. Так, Г. Пріб і співавтори виділяють два типи факторів адаптації особистості в умовах бойових дій [59, 106]:

– перший тип: фактори, що сприяють успішній адаптації особистості. Ці фактори здійснюють позитивний вплив, допомагають особі адаптуватися до нових умов середовища, до прийнятих в ньому норм і правил поведінки, пристосуватися до нової соціальної ролі, переосмислити своє місце в суспільстві. Такі фактори стимулюють особу до повноцінного включення у соціальну діяльність, допомагають у відновленні після травматичного досвіду;

– другий тип: фактори, що перешкоджають успішній адаптації особистості. Такі фактори здійснюють скоріше деструктивний вплив, підтримують руйнівну поведінку особи, негативну оцінку життєвої ситуації, не сприяють або перешкоджають відновленню та в цілому ускладнюють процес адаптації особи.

У багатьох вітчизняних дослідженнях наводяться різноманітні фактори першого і другого типу. Наведемо деякі із них.

Дослідниця І. Галецька в контексті вивчення особливостей соціальної адаптації визначає критерії успішної соціальної адаптації, зокрема: суб'єктивне самооцінювання ступеня адаптації; позитивний емоційний стан; наявність можливостей для подальшого розвитку; позитивне ретроспективне оцінювання через певний час [14, 92]. Таким чином, акцент тримається на позитивному оцінювання ситуації та оптимістичному погляді. Р. Федоренко виокремлює три основні постулати успішної психологічної адаптації: спілкування, прийняття бійця таким, яким він є, і допомога фахівців [75, 273].

Окремим фактором, що впливає на перебіг адаптації особистості в умовах бойових дій є наявність або відсутність такої риси як адаптованість. Адаптованість можна визначити не лише в об'єктивно діагностованій ситуації рівноваги, суб'єктивному відчутті задоволеності соціальною ситуацією, а й передбачає відсутність негативних емоційно-поведінково-особистісних наслідків у майбутньому та особистісний розвиток [14, 92]. На думку О. Колісніченко, брак адаптаційного потенціалу особистості веде до дезінтеграції психічної діяльності, а також сприяє формуванню неефективних форм адаптаційних реакцій [33, 31]. Позитивним чином на адаптацію особистості в умовах бойових дій до умов цивільного життя впливає підхід позитивного погляду, оскільки позитивна переоцінка є способом інтерпретації пережитого, концентруючись перш за все на світлій стороні подій [103, 798].

Особливого значення набуває роль емпатії в питаннях адаптації військовослужбовців до соціуму. Так як природа емпатії є біопсихосоціодуховним утворенням [27] із базовим психологічним механізмом емоційного перемикавання (переключення з емоцій об'єкта на емоції її суб'єкта), то вивчення динаміки різномодального реагування суб'єкта на емпатогенну ситуацію є необхідною умовою розуміння процесів, що відбуваються під час взаємодії людини із соціумом, особливо процесу

адаптації, так як біполярний розвиток емпатійності буде впливати на напрямок поведінки суб'єкта: від асоціальної до просоціальної поведінки. Отже, прояв емпатійності сприяє соціально-психологічній адаптації підвищуючи рівень емоційного комфорту в процесі спілкування й реінтеграції в соціум.

Вчені О. Буряк та М. Гіневський виокремлюють чинники, що ускладнюють адаптацію: необхідність кардинальної зміни життя та діяльності особистості в умовах бойових дій (у тому числі, побутових звичок, житлових умов); необхідність освоєння нової спеціальності, та труднощі, що будуть виникати на цьому шляху. В умовах таких кардинальних змін, особистість не тільки повинна оволодівати новими знаннями, вміннями і навичками, але й розвивати особисті якості, які необхідні для нової діяльності [8, 161]. Тобто, саме психологічний аспект соціальної адаптації повинен бути актуалізований в першу чергу, передуючи соціально-побутову, професійну адаптацію.

Важливою психологічною умовою успішної соціалізації і адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій є сімейна адаптація. Аспект сімейної адаптації розглядається як процес адаптації членів сім'ї учасника бойових дій до нових умов взаємного існування після того, як завершилася виконувана діяльність.

Тоді, коли військовослужбовець перебуває в зоні бойових дій і адаптується до умов виконуваної діяльності, члени його сім'ї також переживають адаптативний період – кожен живе різним життям, усі пристосовуються до умов життя порізно. Відокремлений від сім'ї, військовослужбовець у зоні бойових дій включений до нової діяльності: він функціонує як частина мікросоціальної групи, піклується про свою безпеку та безпеку побратимів, переживає бойовий стрес. Натомість члени його сім'ї справляються з робочим і побутовим навантаженням самостійно. «Тривалість розлуки на рік чи більше закріплює ці «різні» способи життя», – зауважується в дослідженні [52, 81].

Після завершення служби учасник бойових дій повертається до цивільного життя, до проживання разом із сім'єю – цей момент возз'єднання членів сім'ї є довгоочікуваним, проте може ускладнитися психологічним станом після пережитого досвіду. З огляду на складний процес адаптації учасники бойових дій потребують підтримки – в такому разі сім'я вбачається його вагомим ресурсом. Важливість підтримки, емпатії, розуміння, співпереживання членів сім'ї в період адаптації не піддається сумніву, оскільки для більшості учасників бойових дій «... сім'я служить компенсуючим чинником у професійній діяльності і відіграє роль емоційного притулку» [48, 252].

Наслідком перебування в зоні бойових дій є психотравмуючий вплив від екстремальних ситуацій, в які потрапляє учасник бойових дій. Пережитий ним досвід неодмінно впливає на його психологічний стан не тільки безпосередньо після стресової ситуації, а й набагато пізніше. Гострі стресові ситуації є неминучими для учасника бойових дій – з огляду на специфіку виконуваної діяльності він стикається з чималою їх кількістю.

Більшість військовослужбовців, які пережили бойову травматичну подію, намагаються змінити умови життя на нові, а короткочасні неприємні симптоми зникають. Але у деяких вони залишаються, що може викликати погіршення стану. Симптоматика у таких випадках включає у різноманітних поєднаннях неспокій, тривогу, депресію, порушення здатності до концентрації уваги, дратівливість, агресивну поведінку.

За даними психологів Масариківського університету, які наведені в таблиці 1.2, виділяють чотири кризові стани, які можуть виникати у людини під час переживання війни, які позначаються на сімейних взаєминах учасників бойових дій і членів їхніх родин.

Кризові емоційні стани УБД і членів їхніх родин

Види кризового стану	Що відчуває людина
Відчуття невизначеності і втрати власної ідентичності	Під час війни людині може здаватися, що її життя та майбутнє втратили сенс. Що все, чого вона досягла за попередні роки, втрачено назавжди і ніколи не повернеться. Людина відчуває втрату свого «Я». Під час таких переживань члени родини можуть відчужуватись один від одного, відчувати тривогу щодо спільного майбутнього
Відсторонення від реальності і самого себе	Людина нібито відсторонюється від реальності. Все, що відбувається навколо неї, сприймається як сон або щось таке несправжнє. Або, навпаки, світ, який був до бойових дій, може сприйматися як нереальний. Суб'єктивно особистість переживає неприємні стани відсторонення від себе та своїх переживань, емоцій і фізичного стану. Людині здається, що вона нібито спостерігає за своїм життям зі сторони, а її думки та емоції переживає хтось інший. Такі стани супроводжуються відчуттям тривоги, страху, паніки. В цей період людина максимально відсторонюється від своєї родини, мало спілкується, замикається в собі. Дуже важливо, щоб члени родини допомагали у цей період
Відчуття страху	Страх може супроводжуватись тривогою. Може з'явитися страх за своє життя, за життя близьких, за майбутнє. Під час відчуття страху людина може панікувати, робити безцільні рухи та дії, які можуть нанести шкоду собі та близьким
Відчуття гніву	Людина може відчувати гнів, агресію, спрагу до помсти, тим самим провокуючи конфлікти в родині. Підвищена агресія та роздратованість через страшні події в країні може навіть перейти до вуличних сутичок. Дуже важливо зберігати рівновагу, а якщо не вдається, треба розповісти рідним про свій стан

Джерело: [69, 56]

Отже, для успішної адаптації учасника бойових дій важливою є психологічна атмосфера в родині. Як зазначає О. Орловська, психологічній адаптації і покращенню стосунків у сім'ях УБД сприятиме наступне [51,

132]: членам сім'ї необхідно прийняти та усвідомити зміни, які відбулися або відбудуться у людині та зрозуміти зміну системи цінностей людини, нові «правила життя» після її перебування в зоні бойових дій; членам сім'ї рекомендується не намагатися прискорити події, а дати час, який для нього буде достатнім для адаптації, а також створити умови та сприяти тому, щоб учасник бойових дій знайшов свій власний спосіб адаптації до мирного життя, створити атмосферу довіри в сім'ї, з повагою ставитись до особистих меж людини та окреслювати свої, проявляти терпіння, повагу та зберігати спокій.

Окрему групу складають внутрішньо особистісні психологічні чинники, які представляють собою адаптаційний ресурс і властивості особистості учасника бойових дій, що дозволяють успішно пройти процес соціалізації та адаптації. Так, досліджуючи вікові особливості адаптації учасників бойових дій О. Мельник [46, 8] виокремлено індивідуальні чинники, що впливають на адаптацію військовослужбовців: психологічне благополуччя, копінг-стратегії, життєстійкість, резилентність, посттравматичне зростання. У роботі О. Мельник досліджувалися добре адаптовані учасники в умовах бойових дій, в яких визначили риси, які цьому сприяли: виражена резилентність (здатність до подолання стресів), життєстійкість, адаптивні копінг-стратегії і помірне психологічне благополуччя. Друга частина учасників в умовах бойових дій, яким була характерна квазіадаптація, виражали помірну резилентність і життєстійкість, відносно адаптивні копінг-стратегії, високий рівень психологічного благополуччя. Третю групу становили учасники із дезадаптацією – вони демонстрували низький рівень таких показників, як психологічне благополуччя, резилентність, посттравматичне зростання, а також помірну або невиражену життєстійкість [46, 15].

Зупинимось на деяких з цих індивідуально-психологічних факторах більш детально з метою розуміння процесу успішної соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.

Розглянемо основні існуючі підходи до вивчення психологічного благополуччя. Згідно з гедоністичною парадигмою розгляду психологічного благополуччя особистості базовим поняттям психологічного благополуччя є «суб'єктивне благополуччя» як когнітивний компонент задоволеності життям. Е. Галлоун, Р. Каммінгс та А. Лау вважають, що суб'єктивне благополуччя включає в себе особистісні диспозиції, цінності, очікування і цілі. Поняття «суб'єктивне благополуччя», на думку авторів, виходить за межі афективної сфери особистості і має розглядатися як результат когнітивного оцінювання афективних реакцій [65, 149]. Евдемоністичний підхід – основна ідея підходу у повноті самореалізації людини. Евдемоністичне розуміння даної проблеми будується на тому постулаті, що особистісне зростання – головний та необхідний аспект благополуччя. Евдемоністичне розуміння питання пов'язано з тим, що особистісний ріст і самореалізація розглядаються як головний необхідний елемент психологічного благополуччя та акцентують увагу на благополуччі як показнику позитивного функціонування особистості. Прихильники цього напрямку, такі як М. Ягода, К. Кеес та К. Ріфф, диференціюють психологічне, особистісне та соціальне благополуччя [119, 719–727].

Одну з перших спроб побудувати інтегральну модель психологічного благополуччя в середині ХХ ст. запропонувала М. Ягода. Вона виділила шість основних вимірів психологічного благополуччя: самоприйняття, особистісний зріст, інтегрованість (здатність впоратися зі стресовими ситуаціями), автономність, точність сприйняття реальності (соціальна сприйнятливність), компетентність щодо навколишнього соціального середовища (здатність до соціальної адаптації та ефективного вирішення проблем) [65, 150].

У сучасній психології багатовимірною моделлю психологічного благополуччя була запропонована К. Ріфф, яка багато в чому спирається на модель М. Ягоди та включає теж шість різних компонентів позитивного психологічного функціонування, що визначають екзистенційні переживання

людини: позитивні стосунки з іншими, самоприйняття, автономність, компетентність у керуванні середовищем, наявність мети в житті, особистісний зріст. Отже, психологічне благополуччя стосується як організації та змісту внутрішнього світу людини, так і її поведінки та діяльності, що зумовлюють це відчуття та ілюструють його переживання [65, 719–727].

Таким чином, в західній психології склалося два основні парадигмальні підходи до розуміння феномену психологічного благополуччя: гедоністичний підхід в якості сутнісної ознаки психологічного благополуччя виділяє задоволеність життя, щастя, позитивні переживання, що поєднуються поняттям суб'єктивного благополуччя; евдемоністичний підхід розглядає психологічне благополуччя як позитивний ефект від самоактуалізації, самореалізації і досягнення поставленої особистістю мети. Сучасні концепції психологічного благополуччя спрямовані на інтеграцію двох підходів, що поєднують в понятті психологічного благополуччя емоційний аспект (задоволеність життям, позитивне сприйняття реальності) і діяльнісно-смысловий аспект (осмисленість життя, самоактуалізація, спрямованість на діяльнісні перетворення себе і навколишнього світу).

Вітчизняна дослідниця Н. Каргіна розглядає психологічне благополуччя як складне психічне утворення, яке проявляється у переживанні змістовної наповненості та цінності життя, відчутті задоволення життям та собою, досягненні актуальних мотивів і потреб особистості у перспективі соціально-значущої мети та позитивній оцінці власного існування. Дане утворення складається з десяти взаємопов'язаних компонентів: психофізичного, соціально-економічного, етнокультурологічного, екзистенційного, світоглядного, ціннісного, емоційного, поведінкового, когнітивного та вольового [30, 204].

Отже, психологічне благополуччя – переживання людиною ставлення до власного буття, що здійснює свій вплив на адаптацію в якості погляду на світ з позитивної точки зору.

Однією з складових впливу стресу на психологічні зміни емоційного стану є опанування стресом, що в умовах війни є провідним ресурсом цивільної людини. Саме тому вагомого значення надається опановуючій поведінці особистості. При чому, центральним механізмом пружності у ситуації травматичного стресу вважають розвинуті адаптативні копінг-стратегії, тобто психологічні процеси опанування стресом.

У другій половині минулого століття в психологічній літературі з'явився термін «копінг» (*coping*), який пов'язують з ім'ям Л. Мерфі, що вживав його при вивченні способів подолання криз розвитку у дітей. Поняття «*coping*» походить від англійського слова «*cope*» і перекладається, як «опанування». Л. Мерфі виявив співвідношення копінг-поведінки та індивідуально-типологічних особливостей особистості, а також наявного минулого досвіду подолання стресу. Ще одним важливим аспектом у роботах Л. Мерфі є те, що він виділив дві складові копіngu: когнітивну та поведінкову [115]. Подальший розвиток проблеми копіngu та розробка основних його положень пов'язана з когнітивною моделлю Р. Лазаруса [109].

С. Нартова-Бочавер [29, 62] виділяє три підходи до тлумачення поняття «копінг». Згідно з першим, представленим у неопсихоаналізі, копіngами є Его-процеси, спрямовані на продуктивну адаптацію особистості у нестандартних ситуаціях, натомість психологічні захисти ж не усвідомлюються та призводять до пасивної адаптації (Н. Хаан) [102]. Другий підхід, відображений у роботах G. Billings і R.H. Moos, визначає «копінг» в термінах рис особистості – як відносно постійну схильність відповідати на стресові події певним чином [114]. Однак, оскільки стабільність розглянутих способів дуже рідко підтверджується емпіричними даними, це визначення натепер не є поширеним у науковому обігу. Відповідно до третього підходу, «копінг» трактується як динамічний процес, специфіка якого визначається не тільки ситуацією, але і стадією розвитку конфлікту, зіткнення суб'єкта із зовнішнім світом (С. Фолкман, Р. Лазарус) [109]. Узагальнивши окреслені підходи, С. Нартова-Бочавер визначає копінг як індивідуальний спосіб

взаємодії людини із ситуацією відповідно до її значущості та власних психологічних ресурсів [29, 62].

Отже, в процесі вправління зі стресом кожна особистість використовує свій набір стратегій (копінг-стратегій), враховуючи наявний досвід та психологічний резерв (особистісні або копінг-ресурси). З цієї причини копінг-поведінку почали розглядати як наслідок взаємодії копінг-стратегій та копінг-ресурсів. Копінг-стратегії є основою цієї моделі і визначаються, як реакція особистості на небезпеку з метою її подолання. Копінг-ресурси відносяться до стійких характеристик особистості та слугують збереженню конструктивного внутрішнього стану індивіда в процесі подолання стресу, сприяють розширенню різновидів копінг-стратегій. Копінг-поведінка - це поведінка обумовлене наявністю зовнішніх і внутрішніх ресурсів у поєднанні з використанням копінг-стратегій. Р. Лазарус та С. Фолкман виділяють такі стратегії: стратегії орієнтовані на вирішення проблеми; стратегії орієнтовані на емоційне відреагування.

Трьох факторна модель копінг-механізмів Р.Лазаруса є підґрунтям всіх наступних досліджень у напрямку опанування стресу, травматичних та постстресових розладів. Подібний розподіл копінг-стратегій запропонували Р. Мос та Д. Шефер [109]. Вони виділяють чотири типи копінг-стратегій у ситуації стресу: 1) стратегії, сфокусовані на оцінці (встановлення значущості та загрози події для самої особистості, розуміння можливих наслідків); 2) стратегії, сфокусовані на проблемі, що проявляється в прийнятті рішень та конкретних діях для вправління з труднощами; 3) соціальна підтримка; 4) стратегії, сфокусовані на емоціях (керування емоціями та почуттями, підтримка емоційної рівноваги та стабільності). Отже, Р. Моос та Д. Шефер розширили концепцію Р. Лазаруса, виділивши у поведінково-орієнтованих стратегіях когнітивні та поведінкові дії.

Натепер модель Р. Лазаруса, удосконалена К. Гланз успішно застосовується у сфері формування здорового способу життя та збереження психологічного здоров'я особистості (таблиця 1.3.) [100].

Удосконалена транзакційна модель стресу та копіngu Р. Лазаруса

Поняття моделі	Визначення
Первинна оцінка	Оцінка значущості стресору чи проблемної ситуації
Вторинна оцінка	Оцінка керованості стресору і ресурсів людини, необхідних для подолання труднощів
Копінги	Актуальні стратегії, які використовуються в якості посередника у первинному і вторинному оцінюванні
Управління проблемами (копінги, фокусовані на проблемі)	Стратегії, спрямовані на зміну стресової ситуації
Емоційна регуляція (копінги, фокусовані на емоціях)	Стратегії, спрямовані на зміну думок, емоцій, переживань стосовно стресової ситуації
Копінг, сфокусований на змісті	Стратегії копіngu, що зумовлюють виникнення позитивних емоцій навіть у найскладніших життєвих ситуаціях та полягають у тому, що попри проблеми, людина знаходить сенс свого існування, ставить перед собою нові життєві цілі
Результат копіngu	Емоційне благополуччя, гарний фізичний стан, здоровий спосіб життя
Диспозиційні копіngові стилі	Узагальнені способи поведінки, які можуть вплинути емоційні та функціональні реакції людини на стресор, відносно стабільні у часі і ситуаціях
Оптимізм	Схильність очікувати на позитивний перебіг різних ситуацій
Пошук інформації	Уважність, активне втручання у ситуацію на протигагу її уникненню і втечі від проблем

Джерело: [29, 61], [100]

Отже, копіng-поведінку можна зобразити у певній послідовності: сприйняття стресу - когнітивне оцінювання стресу - вироблення стратегії подолання - оцінювання результату дій. Теоретичний аналіз проблеми свідчить про те, що при недостатньому розвитку конструктивних форм копіngu збільшується деструктивність життєвих ситуацій, що можуть призвести до психосоматичних захворювань та постстресових станів. Саме тому, науковці спрямовуються на пошук засобів формування ефективних копіng-механізмів особистості, в основі яких лежить оцінювання стресової/травматичної ситуації, вправління з самою ситуацією та емоційне вивільнення. Таким чином, копіng-стратегії – індивідуальний спосіб взаємодії

учасника бойових дій із ситуацією, реакції на неї відповідно до її значення та в кореляції із власними психологічними ресурсами.

Реагування на наслідки надзвичайних ситуацій (в тому числі на збройні конфлікти) у світовій практиці відбувалося по-різному, що зумовило розвиток двох основних підходів: один із них орієнтується на концепт «травма», тоді як інший – на концепт «резилієнс» (таблиця 1.4).

Таблиця 1.4

**Підходи до реагування на наслідки надзвичайних ситуацій:
«травма» vs. «резилієнс»**

«Травма»	«Резилієнс»
Спрямований лише на запобігання, діагностику та лікування ПТСР	Визнає необхідність забезпечити широкий спектр послуг для задоволення різних потреб. Наприклад, сприяння самопомозі та підтримці на рівні громад, надання базової психосоціальної підтримки і послуг у сфері психічного здоров'я. Надання послуг у сфері психічного здоров'я включає в себе широкий спектр проблем, як-от депресія, тривога, ПТСР чи залежність від хімічних речовин
Сфокусований лише на травматичних подіях та ігнорує соціальні стресори	Ідея: більшість людей після надзвичайної ситуації не мають ознак психічної травми
Модель надання послуг сфокусована на патології та стані «жертви»	Визнає низку проблем і стресорів. Визнає, що вирішення проблем, пов'язаних із соціальними стресорами, може допомогти полегшити психологічні проблем
Традиційний підхід, що ґрунтується на вразливості	Розглядає отримувачів послуг у складні часи як активних осіб. Постраждале населення є вразливим, але воно також має і сильні сторони, ресурси, можливості та різні потреби

Щодо першого підходу (орієнтованого на концепт «травма») варто зазначити, що раніше гуманітарні інтервенції для населення, постраждалого внаслідок конфлікту, було зосереджено на задоволенні переважно фізичних і

матеріальних потреб [126]. Фахівці виходили з того, що всі люди «травмовані» і потребують психологічної терапії або консультування для відновлення свого благополуччя. З огляду на це зміст роботи фахівців передбачав здійснення скринінгу, виявлення симптомів і консультування, фокусоване на травмі. Ці послуги надавали фахівці паралельно з наявною системою послуг у громаді, не завжди враховуючи її ресурс для відновлення благополуччя.

Проте численні дослідження довели, що люди швидше відновлюються від впливу надзвичайних ситуацій тоді, коли почуваються в безпеці, мають тісні (родинні) зв'язки, перебувають у спокої; мають доступ до соціальної, фізичної та емоційної підтримки, а також знаходять способи допомогти собі. А основними факторами ризику, що зумовлюють розвиток психічних захворювань, є ті несприятливі умови навколишнього середовища, в які потрапляють люди, та брак підтримки в цьому середовищі. Адекватне реагування на соціальні проблеми, пов'язані з навколишнім середовищем, полегшує деякі психологічні проблеми і запобігає розвитку деяких психічних захворювань. Тому фахівці, які здійснюють заходи з реагування в надзвичайних ситуаціях, дедалі більше уваги приділяють психологічним та соціальним процесам та їхньому взаємозв'язку.

В україномовній літературі з психології та соціальної роботи *resilience* перекладають як стресостійкість, життєстійкість, життєздатність, стійкість до травми. Ці терміни вживають для позначення ресурсів подолання надзвичайних і стресових подій, психологічних наслідків травматичного стресу, втрати та інших лих. Останнім часом з'являються публікації, в яких використовується такий український переклад поняття «резилієнс», як «пружність», зокрема «психологічна пружність» [81].

У різних дослідженнях та літературних джерелах пропонують різні варіанти визначення поняття «резилієнс». Найчастіше її визначають як збереження позитивної адаптації попри значний досвід перебування у стресових ситуаціях, гарне відновлення після травми; збереження стану

благополуччя (*well-being*), незважаючи на негаразди; позитивну відповідь на негативні події життя, компетентне функціонування в умовах стресу і незгод; здатність до конструктивного відображення складних подій; здатність долати труднощі [91].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), резилієнс – «це здатність відносно добре справлятися (*to cope*) з важкими ситуаціями, особиста ресурсність» [97, 8]. Зважаючи на український переклад *resilience* як «психологічна пружність» і виходячи з визначення ВООЗ, резилієнс можна розуміти як здатність людини або соціальної групи (спільноти) амортизувати вплив надзвичайних ситуацій, тобто «пом'якшувати» дію їхніх соціальних та психологічних наслідків через актуалізацію ресурсів окремих людей, груп, організацій та громад, здатних запобігти загостренню психологічних проблем і розладів серед учасників і свідків важких подій.

Р. Сколовено у своїй статті з аналізу феномену резилієнс пропонує таке визначення: «Резилієнс — це динамічне поняття, що описує здатність окремих людей, сімей та груп успішно функціонувати та адаптуватися і справлятися, незважаючи на психологічні, соціологічні, культурні та/або фізичні негаразди» [122, 3].

В Україні дослідження резилієнс (в т.ч. життестійкості) в багатьох випадках розглядається в розрізі наслідків воєнного конфлікту [63]. Терміни життестійкість, життєздатність та стійкість до травми українські вчені вживають поряд з резилієнс для позначення ресурсів подолання надзвичайних і стресових подій, психологічних наслідків травматичного стресу, втрати та інших негараздів. Так, Т. Титаренко у своєму дослідженні психологічного здоров'я особистості в умовах тривалої травматизації зазначає, що у людини, яка може конструктивно переосмислити власні переживання, пов'язані з війною, зростає життестійкість, покращується здатність до саморегуляції, посилюється прагнення відновити власну цілісність, подолати відчуження від оточення, відшукати нові життєві

орієнтири [71]. Українськими дослідниками проаналізовано практичні рекомендації ММК щодо психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій згідно підходу резилієнс, де розглянуто основні принципи психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, а також різні форми інтервенцій залежно від впливу надзвичайних ситуацій [63].

Також О. Чиханцовою проведено дослідження життєстійкості самодетермінованої особистості, в якому вона наголошує, що життєстійкість людини пов'язана з можливістю подолання різних стресів, підтримкою високого рівня фізичного і психологічного здоров'я, з оптимізмом, самоефективністю, суб'єктивною задоволеністю власним життям, здатністю до неперервного особистісного саморозвитку, а також можливістю долати труднощі й перешкоди, виходячи з них більш сильною і досвідченою [79].

Отже, підхід резилієнс дозволяє змістити акцент з негативного впливу стресової ситуації та травмування на психічний потенціал і спроможність індивіда впоратися з дією стресора і вийти з позитивними наслідками для здоров'я. З цієї позиції маємо можливість стверджувати про іманентну для особистості здатність до активізації індивідуальних психічних ресурсів і психологічного відновлення, зокрема в особливо критичних умовах.

Сучасні підходи до розгляду резилієнс: 1) резилієнс як індивідуальна характеристика (*ego-resiliency*), риса особистості, що захищає від негараздів життя та запобігає розвитку психічних розладів унаслідок психотравматизації, виявляється як гнучкість, спритність, винахідливість та міцність характеру, а також здатність адаптуватися до функціонування в різних зовнішніх умовах [31]; 2) резилієнс як динамічний процес (вживається термін «резилієнс»), у якому позитивна адаптація відбувається в умовах негараздів. У цьому розумінні резилієнс концептуалізується як безперервний, активний процес появи чи розвитку нових сил і ресурсів адаптації та відновлення, який має нерівномірну динаміку в умовах виникнення нових ризиків [112].

Таким чином, резилентність розглядається як здатність справлятися із негативними емоціями, що виникають у травматичних ситуаціях, з метою запобігання дезадаптації, зумовлює вміння використовувати навички посттравматичного зростання у ситуаціях мирного життя.

Посттравматичне зростання є значущим чинником успішної соціально-психологічної адаптації військовослужбовців/ветеранів, учасників бойових дій, оскільки задіюються конструктивні ресурси самопідтримки. Посттравматичне зростання характеризує позитивні зміни, які переживає особистість після пережитих травматичних подій. Р. Тадеші та Л. Калхун характеризують цим поняттям не тільки травматичну ситуацію, з якою справився військовослужбовець, а й життєвий досвід, завдяки якому набуто нового розвитку, перевершивши попередній [124]. Таким чином, посттравматичне зростання допомагає особистості переосмислити як себе, так і взаємини із соціальним середовищем.

Описуючи соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій, Т. Титаренко вказує, що феномен посттравматичного зростання проявляється у: «...більш глибоких і щирих стосунках особистості із значимими для неї людьми – членами сім'ї, друзями; кращому розумінні себе, своїх можливостей – чутливості і сили, сміливості і витривалості; вмінні цінувати кожний прожитий день свого життя та радіти повсякденним речам; бажанні проявляти здібності та розвивати схильності» [72, 16].

У дослідженні С. Джозефа, за результатами опитування, виявлено основні виміри посттравматичного зростання: стосунки (переоцінка стосунків із людьми та їх покращення); погляд на себе (зростання власної сили і стійкості); життєва філософія (переоцінка насправді важливих речей та вдячність за кожен день) [40].

Отже, посттравматичне зростання – це позитивні зміни, що відбуваються із учасником бойових дій у результаті кризових життєвих ситуацій, через які відбувається усвідомлення цінності власного життя,

змінюються життєві пріоритети, з'являється можливість бачити життєві перспективи та можливості.

Одним із головних чинників соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій, на нашу думку, є психоемоційний стан учасника бойових дій, його емоційні реакції на травмівний досвід непатологічного і патологічного характеру.

Військовослужбовці-учасники бойових дій переживають морально-психологічні, фізичні навантаження, що руйнують звичне сприйняття та емоційні реакції, змінюють поведінку. В низці досліджень автори дійшли висновку, що приблизно 25–30% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, переживають хронічні посттравматичні стани, що спричинені впливом стресових факторів [40, 67]. Постстресовий розлад прийнято відносити до межових психічних розладів, тобто тих, що характеризуються не різко вираженими порушеннями, хоча і трапляються випадки з порушеннями психіки. Посттравматичний стресовий розлад не випадково називають ще й «хронічним військовим неврозом», що характеризується збудливістю, дратівливістю, нестримним реагуванням на подразники, схильністю до некерованих агресивних реакцій. А фактори, що його спричиняють, «... це, насамперед, психотравма, отримана від екстремальних впливів, особливості роботи людської психіки і впливу соціального середовища. Вплив екстремальних стресових подій охоплює всі рівні людського організму і може зумовлювати зміни як психічного, так і соматичного характеру» [8, 39]. Таким чином, посттравматичний стресовий розлад свідчить про складний емоційно-психологічний стан особистості. Це впливає на сприйняття дійсності, оцінку її безпеки, сприймання соціальних контакти та інших аспектів нормальної життєдіяльності, може суттєво погіршити адаптацію особистості в умовах бойових дій, і навіть привести до дезадаптації. В разі такого складного стану особистості, необхідною є професійна допомога.

Отже, визначені психологічні чинники і умови комплексно впливають на процес соціалізації та адаптації учасників бойових дій, але ретельного вивчення потребує дослідження впливу психоемоційного стану військовослужбовців після закінчення бойових дій.

В першому розділі розглянуто теоретичні аспекти проблеми соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій.

1. Проаналізовано поняття «соціалізація і адаптація військовослужбовців». Визначено соціалізацію як процес становлення особистості, навчання та засвоєння індивідом цінностей, норм, установок, зразків поведінки, притаманних суспільству, соціальній спільноті, яка невід’ємно пов’язана із соціальною адаптацією. Для учасників бойових дій цей процес відбувається як ресоціалізація, тобто перетворення цінностей, норм, відносин відповідно до нових соціальних умов, тобто зворотної особистісної перебудови. Адаптація ж військовослужбовців виступає як суспільний процес їх активного пристосування до нових соціальних умов проживання в цивільному середовищі. Отже, соціалізацію та адаптацію військовослужбовців – учасників бойових дій треба розглядати в контексті соціальної адаптації, що включає багато інших аспектів – психологічний, культурний, ціннісний, комунікативний, професійний, освітній тощо. Причому соціальна адаптація УБД передбачає: 1) прийняття цінностей та норм середовища; 2) розміщення в освітній чи професійній сфері; 3) налагодження соціальної взаємодії в групах, спільноті; 4) психологічну переоцінку ставлення до себе, інших та навколишнього світу.

2. Розглянуто основні групи психологічних чинників і умов соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових в основі яких лежать індивідуально-психологічні особливості військовослужбовців і психологічний вплив зовнішнього середовища. Особливу увагу приділено чинникам сімейної адаптації, що розглядається як процес адаптації членів сім’ї учасника бойових дій до нових умов взаємного існування після того, як завершилася виконувана діяльність, а також індивідуально-психологічним

рисам особистості, які володіють адапційним потенціалом. Одним із головних чинників соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій визначено психоемоційний стан учасника бойових дій, його емоційні реакції на травмівний досвід непатологічного і патологічного характеру.

РОЗДІЛ 2.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ЧИННИК СОЦІАЛІЗАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Особливості психологічної травматизації учасників бойових дій

Бойові дії виступають фактором надзвичайної сили, які викликають стресові реакції, наслідки яких варіюють від непатологічних до патологічних станів психіки і поведінкових розладів. Тому військовослужбовці знаходяться в групі високого ризику по розвитку психічних розладів, в тому числі реакцій бойового і військово-професійного стресу і посттравматичного стресового розладу, що значною мірою впливає на процеси адаптації УБД до умов цивільного життя. Отже, бойовий стрес виступає тим початковим механізмом, що впливає на подальше психічне функціонування і розвиток особистості військовослужбовця.

Оскільки прояви стресу існують в різних сферах життя, то проблематика та різноаспектність стресу досліджувались не лише психологами, а й управлінцями, фізіологами тощо. Сутність, ознаки прояву стресу та його наслідки різносторонньо досліджувались вітчизняними й зарубіжними вченими, зокрема, причини його виникнення, стадії розвитку, наслідки для фізіологічного та психологічного стану людини.

Важливою є думка науковців, які розглядали стрес як стан тривалої психологічної напруги, що виникла внаслідок емоційного перенавантаження нервової системи людини. Так, В. Розов [67] стверджує, що будь-який стрес – це емоційне напруження, яке, триваючи впродовж певного періоду, призводить до фізіологічних реакцій організму на цей стан. Сукупність тривалих негативних емоцій провокує не лише психологічні, а й проблеми на тілесному рівні: гіпертонічна хвороба, виразковий коліт, безсоння, артрит,

часті болі голови та спини. Дж. Брайт [105] висловлював думку, що на відміну від конструктивного стресу, який допомагає людині мобілізувати внутрішні резерви та успішно адаптуватися до нових умов, деструктивний стрес найчастіше перетікає в хронічну форму з якою людина самостійно справитися вже не може. Повномасштабне вторгнення росії в Україну, яке триває майже рік, є надзвичайно могутнім стресогенним фактором.

Для розуміння впливу стресу на психологічні зміни емоційного стану населення України в умовах війни розглянемо основні теорії стресу.

Концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє. Виділено три основні положення концепції Г. Сельє: 1) фізіологічна реакція на стрес не залежить від природи стресору (синдром відповідної реакції – це універсальна модель, спрямована на збереження цілісності організму); 2) у динаміці розвитку загального адаптаційного синдрому наявні три стадії адаптації: стадія тривоги (мобілізації), яка зумовлює тимчасове зниження резистентності організму, стадія резистентності (стійка адаптація до дії стресору) і стадія виснаження як наслідок виснаження адаптаційних можливостей; 3) якщо захисна реакція тривала та виснажує ресурси фізіологічних механізмів, тоді виникає хвороба і зрештою організм гине [123].

У сучасній науковій літературі поняття «стрес» застосовується, щонайменше у трьох значеннях. По-перше, його можна визначити як напругу або збудження під впливом зовнішніх стимулів або подій. Нині доволі часто ці стимули і події називаються «стресорами» або «стрес-факторами» (Дж. Шкейд, С. Шульц [120]). По-друге, стрес можна віднести до суб'єктивної реакції організму, коли він відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження, тобто емоції, захисні реакції і процеси подолання. По-третє, стрес є фізичною реакцією організму на визначену вимогу або шкідливий вплив. Функцією цих фізичних реакцій, ймовірно, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів щодо подолання цього стану.

Розглянемо деякі популярні нині концепції стресу та дотичних до нього понять.

У психодинамічній моделі базовим є поняття тривоги, яка тісно пов'язана зі стресом, оскільки з одного боку, тривога і тривожність є ознаками стресу, а з іншого – вихідний рівень тривожності визначає індивідуальну чутливість до стресу.

Психодинамічна модель, базується на положеннях теорії З. Фрейда, де він описав два типи тривоги: а) сигнальна тривога – є відповіддю Его на внутрішню небезпеку і спонукає до утворення та використання захисних механізмів; б) первинна тривога – емоційний досвід, який супроводжує розпад Его. У своїх пізніх роботах про тривогу З. Фрейд розглядав цю форму як базову, фундаментальну (тобто первинну) тривогу і відрізняв її від сигнальної тривоги, яка розумілася ним як така, що має захисні, пристосувальні функції. Отже, тривога є функцією Я, вона дає можливість людині реагувати в загрозованих ситуаціях адаптивним способом. Залежно від того, звідки йде загроза для Я (із довкілля, від Воно чи Над-Я), психоаналітична теорія виділяє три типи тривоги: реалістичну, невротичну і моральну.

Ще однією відомою теорією стресу є модель Х. Вольф, згідно з якою стрес є фізіологічною реакцією на соціально-психологічні стимули, а власне реакції безпосередньо залежать від природи атитюдів (позицій, відносин), мотивів поведінки індивіда, визначеності ситуації і ставлення до неї. Х. Вольф визначає стрес як динамічний стан організму, який розвивається у відповідь на вимогу адаптації. Х. Вольф вважав стрес центральним в житті людини, тому що життя полягає у постійній адаптації [128]. Теорія Х. Вольфа, так само як і теорія Г. Сельє відносяться до так званих моделей відповідних реакцій, де стрес розглядається як фізіологічна реакція у відповідь на вимоги оточуючого середовища. Дотичною до окреслених моделей стресу є і модель Д. Механік. Центральним елементом в цій моделі, є поняття і механізми адаптації, яка визначається автором як спосіб, яким

індивід бореться із ситуацією, зі своїми почуттями, викликаними нею і яка має два прояви: 1) подолання (coping) - боротьба з ситуацією, 2) захист (defence) - боротьба з почуттями, зумовленими ситуацією. Подолання, «опанування» ситуацією визначається цілеспрямованою поведінкою і здібностями у прийнятті індивідами адекватних рішень при зустрічі з життєвими завданнями і вимогами [113].

Стимульні моделі стресу. До стимульних відносяться ті моделі, які розглядають стрес як психологічну вимогу, що призводить до особистісної напруги. Стрес в них розглядається як незалежна змінна, як певна об'єктивна властивість навколишнього середовища. Найповніше стимульні моделі застосовуються при вивченні механізмів виникнення та перебігу професійного стресу. Особливо увагу у даному напрямку слід приділити дослідженням Т. Холмс, який вимірював стрес за допомогою присвоєння цифрових значень 43-м складним життєвим (стресовим) подіям. Він припустив, що середнє значення адаптивних зусиль, необхідних для копіngu є важливим показником важкості стресової події [104].

Модель стресу Б. Доренвенд. Базуючись зокрема на ідеях Т. Холмс, Б. Доренвенд визначила, що низький соціальний статус суттєво впливає на вираженість стресу індивіда, оскільки зумовлює велику кількість стресових подій у його житті і, відповідно, низьку стресостійкість. Стрес меншості (minority stress) – це хронічно високий рівень стресу у представників стигматизованих груп меншин. Цей стрес зумовлений як браком соціальної підтримки, низьким соціоекономічним статусом та особливо міжособистісними упередженнями і дискримінацією.

Найповніше процеси виникнення, розвитку і прояву психологічного стресу представлені у когнітивній теорії стресу. Транзактна модель стресу та копіngu Р.Лазаруса базується на уявленнях про стрес як транзакційний феномен, залежний від значущості стимулів для реципієнтів. Стресовий вплив докiлля зумовлений, по-перше, оцінкою людиною стресових чинників, а по-друге – наявними у неї соціальними і культурними ресурсами.

[110].

В таблиці 2.5 узагальнено положення деяких теорій виникнення, впливу і подолання стресу.

Таблиця 2.5

Положення основних теорій і моделей стресу

Теорії стресу	Інтерпретація стресу	Негативні емоційні стани, які викликає стрес	Механізми подолання стресу
Концепція загального адаптаційного синдрому Г.Сельє	Синдром відповідної реакції як універсальна модель, спрямована на збереження цілісності організму	Психофізіологічна напруга Відчуття тривоги, безпорадності і безнадійності	Адаптація до дії стресору
Психодинамічна модель З.Фройд, К.Юнг, Е.Фромм, К.Хорні та інші	Тривога як емоційна реакція на реалістичну або уявну загрозу/небезпеку ззовні чи неприйнятні імпульси несвідомого	Тривога (реалістична, невротична, моральна), страх	Захисні механізми
Модель стресу Х.Вольф	Фізіологічна реакція на соціально-психологічні стимули, а власне реакції безпосередньо залежать від природи атиюдів (позицій, відносин), мотивів поведінки індивіда, визначеності ситуації і ставлення до неї	Тривога, страх, відчай, провина	Адаптація (боротьба з ситуацією) Захист (боротьба з почуттями)
Стимульні моделі стресу Т.Холмс	Психологічна вимога, що призводить до особистісної напруги	Психологічна напруга, тривожність,	Копінг-стратегії подолання стресу
Когнітивні теорії стресу	Положення про роль пізнавальної суб'єктивної оцінки загрози несприятливого впливу і власної можливості подолання стресу	Відчуття загрози, страх, тривога	Особистісні ресурси, стресостійкість і резильєнтність
Транзактна модель стресу та копіngu Р.Лазаруса	Стрес як транзакційний феномен, залежний від значущості стимулів для реципієнтів	Неприємні емоційні переживання та загальний дискомфорт	Усвідомлення існування проблеми Копінг-стратегії подолання стресу

Джерело: [29], [123], [128], [113], [104], [110]

Отже, незважаючи на різні методологічні підходи до розуміння стресу (в основі яких дослідники виділяють в якості провідних психофізіологічні і соціально-психологічні чинники), стрес визначають: як реакцію на зовнішні і внутрішні стимули, пов'язані із загрозою і небезпекою; як чинник психологічної напруги, що виявляється в емоційних станах тривоги, страху, безвихідності, агресії, гніву тощо; виникненню стресу передують вплив стресогенних факторів екстремального, кризового, надзвичайного і катастрофічного характеру. Саме війна, участь у бойових діях виступають сильними факторами виникнення стресових станів великої інтенсивності та емоційної модальності, що знайшло теоретичне відображення в понятті «бойовий стрес».

Аналізуючи сутність поняття «бойовий стрес» слід відмітити, що з клінічної точки зору, під цим поняттям слід розуміти сукупність психічних змін (порушень), пережитих військовослужбовцями (виникають у них) в процесі адаптації до специфічних умов бойової обстановки (бойовим стресорам), несприятливим для життєдіяльності і загрозливим їх здоров'ю і життю [36, 116] (К. Кравченко). В ідеалі бойовий стрес повинен призводити до формування адаптивних стресових реакцій і, в цілому, до підвищення адаптабельності організму до екстремальних впливів (в тому числі, факторам бойової обстановки). Однак часто бойовий стрес призводить до патологічних проявів (бойових стресових розладів), а також різних форм відхилень поведінки [44, 128] (О. Ляш).

О. Кудренко зазначає, що бойовий стрес включає в себе очікувані і прогнозовані емоційні, інтелектуальні, фізичні і поведінкові реакції осіб, які були схильні до стресогенного впливу подій і факторів військових операцій або операцій підтримання миру і стабільності [38, 137]. За визначенням І. Приходько бойовим стресом прийнято вважати постійну напругу всіх ресурсних систем організму людини: імунної нервової, психічної систем. Все це направлено на подолання стресової ситуації [57, 194]. Під бойовим

стресом М. Тадевосян розуміє різновид негативного психологічного впливу на фахівця при здійсненні ним професійної діяльності [70, 20].

Л. Тютюнник [74, 107] та О. Тімченко [36, 184] в понятті «бойовий стрес» визначають як приватний різновид стресу, що формується внаслідок впливу комплексу психогенних факторів бойової обстановки. Серед них виділяють: тривалу і малопрогнозовану, безпосередню і емпірично наочну загрозу життю і благополуччю індивіда і його близьких, значно перевершують повсякденний рівень по тривалості та інтенсивності. У комплексі всі перераховані фактори призводять до виснаження ресурсів психічної діяльності, настання характерних тимчасових або стійких змін психічних процесів і порушень соціальної адаптації.

О. Блінов характеризує «бойовий стрес» як психічне відображення стресової реакції у військовослужбовців в результаті впливу факторів бойової діяльності [5, 19]. Бойовий стрес спонукає до радикальних змін в афективній, когнітивній та поведінковій сфері військових, здійснює значний вплив на успішність їх професійної діяльності, і таким чином вимагає психологічного захисту від його впливу [35, 161] (С. Костючков).

Як зазначає Л. Кузнецова [39, 75] поняття «бойовий стрес» включає звичайну реакцію на розумове і емоційне напруження, що може привести до зниження чутливості, уповільнення реакції на зовнішні подразники, порушення координації рухів, ослаблення уваги і пам'яті, що безумовно знижує або ставить під загрозу виконання бойових завдань. Бойовий стрес часто плутають з посттравматичним стресовим розладом або бойовою психічною травмою, яка може виникнути після того, як хтось пережив травматичну подію. Посттравматичний стресовий розлад – більш важке явище і воно часто може заважати людині виконувати повсякденні обов'язки і вимагає більш інтенсивного лікування.

Ю. Ширококовим [36, 210] та О. Платинюком [116, 476] запропоновано визначення поняття «бойовий стрес» як системну реакцію організму на вплив комплексу факторів збройної боротьби і супроводжуючих його соціально-

побутових умов. Зміни від даної реакції відбуваються на особистісному, психофізіологічному, емоційно-вегетативному і соматичному рівнях.

А. Шиделко під бойовим стресом розуміє багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму і особистості в умовах бойової обстановки, що супроводжується значно перевершують повсякденний рівень по тривалості та інтенсивності психічними і фізичними навантаженнями, психогенними впливами поранень, травм і захворюванні, переживання спостережуваних випадків загибелі людей, супроводжуваний напругою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних і особистісних змін [80, 477].

Н. Жигайло в понятті «бойовий стрес» розуміє особливу форму стресу, що протікає по загальному адаптаційному синдромі. Бойовий стрес в більшості випадків носить характер дистресу, причому відрізняється дуже високою, часто позамежною для організму, інтенсивністю впливу, і супроводжується психічними розладами з передпатологічними та патологічними наслідками [25, 64].

О. Жаданюк визначає бойовий стрес як «сукупність станів, пережитих військовослужбовцями в процесі адаптації до бойової обстановки (до стресорів)». У той же час Г. Кормос розглядає бойовий стрес як таку «поведінку військовослужбовця в умовах війни, яка є сигналом про те, що такий військовослужбовець не здатний воювати далі» [7, 140]. Протилежної думки притримується Р. Лаофер, він наголошує, що поняття «військовий стрес» більшою мірою відображає цілісний травматичний вплив бойової обстановки [108].

Аналізуючи підходи різних авторів до розуміння бойового стресу, Г. Кормос об'єднав їх у моделі (табл. 2.6).

Моделі бойового стресу (за Г. Кормосом)

Моделі	Зміст
1 модель	Бойовий стрес є хворобою, результатом загострення в бойовій обстановці наявного раніше прихованого інтрапсихічного конфлікту. Цій моделі відповідає термін «травматичний невроз»
2 модель («витривалості» або «стійкості»)	Кожна людина має межу міцності, яка в умовах бойової обстановки швидко знижується. В даному випадку важлива не стільки роль стану здоров'я людини, скільки обставини, що складаються таким чином, що поведінка військовослужбовця при травматичному неврозі стає звичайною нормою. Ця модель зосереджує увагу на терміні «бойове виснаження»
3 модель («мотиваційна»)	Бойовий стрес може бути результатом свідомої мотивації учасника бойових дій
4 модель (оточення або «військової індукції»)	Бойовий стрес є результатом комбінації зовнішніх чинників
5 модель («експериментального неврозу»)	Причиною бойового стресу є внутрішній конфлікт, що виникає у солдата в бойовій обстановці, і передбачає необхідність зробити вибір між бажанням вижити і прагненням виконати свій обов'язок
6 модель («засудження»)	Бойовий стрес викликаний боягузством і небажанням військовослужбовця виконувати свій патріотичний обов'язок. Цю концепцію Г. Кормос вважав ненауковою

Джерело: [7, 140]

Отже, незважаючи на деякі відмінності щодо інтерпретації поняття «бойовий стрес», слід зазначити, що саме він є фактором психологічної травматизації військовослужбовців.

Психологічний підхід щодо визначення змісту й сутності поняття «психологічна травма» оперує певним термінологічним рядом: життєва активність особистості; саморегуляція, що тлумачиться як природна здатність людини до самоцілення за допомогою внутрішніх ресурсів організму, активація та тілесне усвідомлення цієї здатності сприяє подоланню психотравмуючої ситуації; психотравмуюча ситуація як тривала ситуація, під час якої накопичується багато негативних впливів, кожен з яких сам по собі не є досить значущим, але коли їх багато і вони діють упродовж певного часу, їхня дія ніби наростає і виникає хвороба

Слід зазначити, що погляди дослідників відрізняються не лише сутністю цих феноменів, але й тим, до якого класу понять вони належать. У різних дослідженнях психологічну травму визначають як подію (Е. Черепанова), патогенний вплив (Д. Єнікеева), зовнішній подразник (І. Мамайчук), переживання безпорадності (Ет. Пінус), переживання пригнічення (Ван дер Колк), нестерпні руйнівні переживання (Д. Калшед); психологічний стрес (А. Осіпова); критичний стан (С. Соловйова); травма минулого (Л. Китаєв-Смик). Крім того, низка авторів (В. Ромек, В. Конторович, Є. Крукович), зіставляючи психологічну травму і контроль, констатують, що це різні, але взаємні процеси. За О. Кербіковим, «психологічна травма – це життєвоважлива для особистості подія, що глибоко зачіпає сутність і спричиняє стійкі переживання» [33, 20].

Збагачення досліджуваного феномена насамперед відбулося завдяки теорії посттравматичного ПТСР. На заміну цій теорії було запропоновано концепцію соціально-стресових розладів (Ю. Александровський), концепцію переживання травматичних подій (В. Краснов), соціально-гуманістичну концепцію психологічних травм (А. Красило).

Активно розробляється концепція переживання травматичних подій (феномен психологічної травма). Поширюється термін «психосоціальні наслідки катастроф» (В. Краснов) [33, 19], що передбачає необхідність урахування всього спектра змін психічних станів, включаючи поведінку постраждалих, рівень їхнього соціального функціонування, вплив мікросоціальних процесів, тобто всі ті зміни, які можна назвати терміном «психічна дезадаптація».

Соціально-гуманістична концепція психологічних травм, прихильником якої є А. Красилю, який стверджував, що психологічна травма – це катастрофічне руйнування особистісної самооцінки внаслідок втрати або загрози недосяжності сенсоутворюючих соціальних цінностей. Умовою зростання цих цінностей є особистісний розвиток у масштабі конкретної травматичної зони [33, 19]. Відповідно до соціально-гуманістичного підходу психологічну травму розглядають як результат недостатньої соціалізації індивіда, дисгармонійності розвитку особистості, запізнення розвитку якихось його сторін. Нерівномірність розвитку психіки особистості закріплюється у внутрішніх установах і стає бар'єром до набуття єдності й цілісності особистості. І, навпаки, позитивним чинником, що сприяє попередженню психологічної травми, є рання гармонійна соціалізація індивіда.

У результаті впливу психотравмуючої ситуації у людини починають виникати як невротичні реакції і неврози, так і розлади поведінки. Як зазначив Ю. Казаков, особистісна стійкість до патогенного впливу бойової ситуації формується в людини у процесі її індивідуального соціально-психічного розвитку, адекватність сприйняття дійсності, збереження самокритики, визначення суб'єктивного істинного сенсу життя і смерті, психологічна готовність до будь-яких наслідків ушкодження психічного здоров'я визначають узагальнену характеристику конкретної біполярності кордонів здоров'я – травма на основі резервів гомеостазу, гомеокінезу і психокінезу [33, 27].

Специфіка бойового травматичного стресу значною мірою змінює динаміку психологічної травми, що пов'язано із сукупністю факторів: інтенсивністю і надмірністю психотравмуючого впливу, недостатністю часу для формування механізмів психологічного захисту, «позаособистісним» способом реагування, складним смисловим навантаженням (семантика) психотравми, вираженістю сомато-вегетативного компонента стресової реакції. У зв'язку зі складним механізмом формування психологічної травматизації в бойовій обстановці Р. Коен і Ф. Ехед виділяють три фази екстремального стресу [94]:

- фаза, яка передує впливу, включає в себе відчуття загрози і занепокоєння;
- фаза впливу, коли страх є домінуючою емоцією;
- фаза післядії з появою певного спектра ушкоджень психічного здоров'я.

Систематизувавши наукові дослідження щодо вивчення механізмів розвитку психологічної травматизації, О. Колесніченко визначив її п'ять стадій, тривалість яких залежить від багатьох факторів [33, 30-31].

1. Стадія мобілізації. Настає в процесі адаптації до екстремальної ситуації (руйнування, смерть, каліцтво, необхідність самозбереження й виживання тощо). Поведінка виходить за межі звичайного життєвого досвіду, у людини відбуваються відповідні психологічні зміни: мобілізація захисних сил організму шляхом активації вегетативної нервової системи.

2. Стадія іммобілізації. Виникає після екстремальної ситуації, коли існуючі умови вже не вимагають мобілізації всіх психічних і фізичних сил людини. Однак виникають нові проблеми, відмінні від тих, які вирішувалися під час першої стадії. Стадія іммобілізації включає в себе дві підстадії: психологічне заціпеніння і заперечення психотравми. Психологічне заціпеніння характеризується уповільненою психофізіологічною реакцією, загальмованістю, спостерігається афективна блокада психічних процесів, що часто призводить до тимчасової втрати здатності виконання службово-

бойових завдань. Заперечення психологічної травматизації характеризується тим, що в цей момент людина спростовує роль психотравматизації, її значення у формуванні своїх психічних особистісних змін. Саме цей прояв є первісником симптомів ПТСР. На цьому етапі особистість прагне викреслити зі свого життя всі події, пов'язані з травматичним досвідом, у неї превалує вибіркова реакція психологічного захисту.

3. Стадія агресії. Переважає дратівливість і агресивність, людина стає тривожною, висуває підвищені й часто необґрунтовані вимоги до оточення, у неї виникають різноманітні страхи, кошмарні сновидіння, іноді важкозрозумілі спалахи гніву, спрямовані на оточення чи на самого себе.

4. Стадія депресивних реакцій. Характеризується пригніченістю, загальмованістю, відзначається зниження настрою, почуття безпорадності, бракує сили й енергії, виникають різні психосоматичні розлади.

5. Стадія відновлювального процесу. На цій стадії виникають процеси звільнення від психотравми під впливом різних зовнішніх і внутрішніх факторів. У випадку, коли ця стадія не настає, спостерігається хронічний процес циклічного повторення попередніх фаз, що призводить до нозологічних форм прояву розладів особистості (ГСР та ПСТР).

Як зазначає О. Колесніченко, розгляд динамічних особливостей формування психологічної травми в умовах бойової обстановки дозволяє визначити принципові відмінності між «класичною» психогенією і «бойовою психологічною травмою». Бойовий стрес має приховану фазу у вигляді астенізації, виснажливого впливу факторів бойової обстановки. Необов'язковою умовою є одужання після припинення дії бойового стресу, що вважається загально визнаним критерієм «класичної» психотравми. Початкова фаза формування психотравми в умовах бойових дій характеризується психологічними адаптивними реакціями фізіологічного рівня, які здебільшого закінчуються одужанням і не досягають хворобливого рівня. Разом із тим слід відзначити значну кількість осіб, схильних до такого

роду реакцій. Це створює значний «патопластичний матеріал» для подальших психологічних відхилень [33, 31].

Військовослужбовець, який бере участь у бойових діях, піддається екстремальному за своєю природою психотравмуючому впливу. На військовослужбовців, що опинилися в бойових умовах, діють різні психотравмуючі чинники, які можуть викликати як безпосередні порушення психічної діяльності у вигляді реактивних станів, так і відтерміновані в часі, але глибинніші реакції. Виникаючи ще до прямого контакту з реальною вітальною загрозою, бойовий стрес триває аж до виходу із зони військових дій. У цей і пізніший періоди відбувається тісна взаємодія стресорів бойової обстановки з поступово мінливим під їх впливом психобіологічним субстратом особистості.

Завдяки стресовому механізму закріплюються нові емоційно-поведінкові навички і стереотипи, першочергово значущі для збереження життя. Усвідомлений і неусвідомлений рівні психосоціального стресу охоплюють увесь адаптаційний потенціал особистості. Його брак призводить до дезінтеграції психічної діяльності, формування неефективних форм адаптаційних реакцій.

Обидві взаємопов'язані ланки патогенезу – адаптація й ушкодження – впливають на специфіку клінічного оформлення й динаміку стресових розладів в умовах бойової обстановки. Порівняльне оцінювання об'єктивних психотравмуючих чинників бойової обстановки та суб'єктивних уявлень військовослужбовця про вкрай негативні наслідки війни, що призводять до аверсивних психологічних переживань, є однією з основних завдань у вивченні бойової психологічної травматизації військовослужбовців.

Основні фактори бойової психологічної травматизації, що впливають на стійкість психічного здоров'я (психологічної безпеки особистості) і готовність до бойового стресу, умовно прийнято об'єднувати в кілька груп [33, 32-33] (О. Колесніченко):

1) специфічно-професійні (загроза життю, обстріли, засідки, підриви на мінах; масова загибель, вид трупів і спотворених тіл; надання допомоги пораненим, робота з мертвими тощо);

2) ситуаційно-психогенні чинники включають: умови місцевості в поєднанні зі спекотним кліматом, перегрівання, переохолодження, високу вологість, пил, гуркіт, ревіння, гул, акустичний удар, вібрацію, удари повітряної хвилі, струс, падіння, погану видимість (яскраве світло, спалахи, темрява, туман), загазованість і задимленість, спрямовану енергію від озброєння, іонізуючу радіацію, тривалі марш-кидки з важкою амуніцією, зброєю та ін.;

3) соціально-психологічні: ізоляція від родини і суспільства; обмеженість емоційних та інтелектуальних контактів своєї статево-вікової групи [98]; непопулярність військових дій у країні; безуспішність військових дій, великі бойові втрати; засоби інформаційно-психологічного впливу противника; національність військовослужбовця, етнічно близька національності громадян у зоні бойових дій; схожість віросповідання з релігією однієї зі сторін збройного конфлікту [125]; чуже етнокультурне середовище; ворожість місцевого населення і кримінальна обстановка (мародерство, бандитизм, тероризм); конфлікти в родині, важке матеріальне становище учасника бойових дій; низька соціальна підтримка комбатантів після їх повернення із зони бойових дій [101];

4) особистісні: біологічні (порушення фізіологічного ритму сну і неспання; сенсорне перевантаження або депривація; зневоднення і виснаження організму внаслідок дефіциту харчування, вітамінів, одноманітна їжа; погані гігієнічні умови; фізичні перевантаження або недостатня рухливість; інфекційні захворювання; загострення хронічних хвороб; поранення або каліцтво тощо) та індивідуально-психологічні (когнітивний та емоційний аспекти).

Наслідки психотравмуючого бойового стресу виявляються в різноманітних формах, які ще повністю не вивчені. Як зазначає С. Василенко, вони найчастіше проявляються [11, 48]: у втраті сенсу життя; у відчутті нереальності свого існування; у виникненні відчуття наближення катастрофічних змін у житті, швидкої смерті тощо; в неадекватному заниженні або завищенні самооцінки; в раптових і несподіваних для самого військовослужбовця змінах сприйняття «Я-образу»; у втраті почуття самоідентичності, відчутті внутрішньо- особистісної дезінтеграції; у виникненні почуття безпорадності або, навпаки, у неадекватній переоцінці власних можливостей; у постійному прагненні переосмислити власний досвід участі у бойових діях та змоделювати сценарій поведінки у психотравматичних ситуаціях; у підвищеній тривожності або, навпаки, неадекватному реальній ситуації нехтуванні небезпекою; у підвищенні емоційної чутливості, сентиментальності або, навпаки, у зниженні емоційної сензитивності і уникненні близьких емоційних контактів з оточуючими; у підвищеній дратівливості, запальності і агресивності в поведінці; у суїцидальних думках і суїцидальних настроях.

Враховуючи перманентний негативний психологічний вплив умов проходження служби (виконання завдань за призначенням) на психіку військовослужбовців, спостерігається явище невідповідності ресурсних адаптаційних можливостей організму ступеню впливу зовнішніх стресорів.

На поведінковому рівні це може проявлятися в підвищеній агресивності, тривожності, небажанні йти на службу, з часом стають частими випадки зловживання алкоголем тощо, а після звільнення у запас у військовослужбовців спостерігаються пролонговані прояви посттравматичних стресових розладів. Зміна умов життєдіяльності є досить потужним стресовим фактором, що поєднується з наявністю психологічної травматизації та спричиняє накопичення стресових розладів.

2.2. Психоемоційні стани військовослужбовців та їх вплив на соціалізацію та адаптацію після закінчення бойових дій

Бойовий стрес і пролонгована психологічна травматизація позначаються на психоемоційних реакціях і станах військовослужбовців після закінчення бойових дій і повернення додому (демобілізація, ротація, відпустка тощо), модальність та інтенсивність яких залежить як від специфіки пережитого психотравмуючого досвіду, так і від індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовця. Гострота негативних і деструктивних психоемоційних станів варіюється від помірно депресивних до інтенсивних емоційних реакцій і посттравматичного стресового розладу, які ускладнюють або зовсім унеможливають соціальну і психологічну адаптацію до умов цивільного життя.

Особливості психоемоційних станів особистості є предметом досліджень багатьох науковців. Щоб з'ясувати сутнісну характеристику емоційного стану, ми звернулись до етимології слова «стан». За своєю суттю слово «стан» означає стояння, зупинку. Відповідно поняття «емоційний стан особистості» означає сукупність емоційних проявів, які є сталими і не зазнають видимих змін під час спостереження за ними. Саме на цю суть психічних станів вказують С. Максименко і співавтори: «Станом називають певну внутрішню характеристику психіки людини, яка являє собою відносно незмінну в часі складову психічного процесу» [45, 234].

Як зазначають В. Гаврилькевич і О. Фірстова, «емоційний стан особистості – це внутрішня емоційна ситуація, зумовлена певними обставинами, умовами; сукупність емоційних ознак, рис, що характеризують особистість у даний момент відповідно до певних вимог щодо якості, ступеня готовності і т. ін.; емоційне самопочуття або настрої особистості. Це визначення відображає формальну характеристику емоційного стану, а саме те, що кожен емоційний стан проявляється у двох аспектах, таких як: зовнішній (зовнішні прояви, які і сама особистість і інші люди можуть

оцінити відповідно до певних вимог) і внутрішній (внутрішні прояви, які сприймає лише сама особистість своєю свідомістю через свої почуття і описує свій емоційний стан, як свій настрій)» [13, 43].

Емоційні стани за своєю природою належать до більш широкої групи психічних станів. Як зазначають С. Максименко і співавтори, серйозне, предметне і систематичне дослідження психічних станів особистості розпочалося після виходу у світ в 1964 році праці М. Левітова «Про психічні стани людини». Саме з того часу в психології закріпилось уявлення про те, що психічні явища існують не у двох модифікаціях (процеси і властивості), а у трьох (процеси, стани і властивості) [45, 234]. За визначенням М. Левітова, психічні стани – «...це цілісна характеристика психічної діяльності за певний період часу, яка показує своєрідність протікання психічних процесів в залежності від предметів і явищ дійсності, що відображаються, попереднього стану і психічних властивостей особистості» [45, 234]. Тож, якщо ми розглядаємо емоційні стани особистості, то маємо взяти до уваги, що це цілісна характеристика емоційної діяльності певний період часу, яка показує своєрідність протікання психічних процесів у залежності від предметів і явищ дійсності, що відображаються, попереднього стану і психічних властивостей особистості. Але, оскільки емоції тісно пов'язані з іншими психічними і соматичними процесами, то емоційні стани так чи інакше впливають на всю психічну і соматичну сфери, надаючи самопочуттю і діяльності людини того чи іншого емоційного забарвлення. В емоційних станах провідним є емоційний параметр. Із праці С. Максименка і співавторів ми дізналися, що саме на цю особливість вказує Л. Куліков, поділяючи психічні стани на емоційні, активаційні, тонічні та інші, у відповідності до того, який саме параметр є провідним. Подальший поділ емоційних станів Л.Куліков здійснює за модальністю відповідної емоції [45, 235].

Якщо в основу поділу емоційних станів на різновиди покласти модальність емоцій, то відповідно скільки є емоцій, стільки є і емоційних станів. Поява тієї чи іншої емоції та виникнення відповідного їй емоційного

стану повністю збігаються в часі. Виникає видимість, що емоція і емоційний стан – це одне й те саме. У нашому розумінні, поняття «емоція» і «емоційний стан» не є тотожними. Емоція існує в межах емоційної сфери і сприймається особистістю через внутрішні відчуття як певний душевний рух, який сигналізує про вірогідність задоволення актуальної потреби. Емоційний стан особистості охоплює не тільки емоцію, а й усі інші прояви, що під впливом тієї чи іншої емоції виникають у інших сферах особистості (пізнавальній, поведінковій, соматичній). Іншими словами, емоція – це психічне явище, яке існує в межах емоційної сфери особистості, а емоційний стан особистості – це психосоматичне явище, яке охоплює всю особистість як цілісну систему.

Емоційні стани та форми їх виявлення детермінуються здебільшого соціальними чинниками, але, з'ясовуючи природу їх виникнення, не можна ігнорувати й деякі природжені особливості людини. Багатство психоемоційних станів, на думку І. Літвякової та Н. Ханецької, виявляється у різних формах (таблиця 2.7) [41, 807].

Таблиця 2.7

Форми переживання психоемоційних станів

Форма	Визначення
Настрій	Загальний емоційний стан, який на певний час надає своєрідного забарвлення діяльності людини, характеризує життєвий тонус особистості
Афект	Бурхливий емоційний стан, який виникає внаслідок переживання людиною особливо сильної емоції, позитивної чи негативної, характеризується втратою здатності контролювати свої дії та вчинки
Стрес	Реакція психофізіологічного напруження людини в небезпечних ситуаціях, що виявляються несподівано і потребують заходів щодо їх подолання
Дистрес	Негативний емоційний стан людини, що має виражений дезорганізуючий характер і спричинюється довготривалим переживанням стресового стану, збереженням напруження навіть після усунення загрози
Фрустрація	Своєрідний негативний емоційний стан, характерною ознакою якого є дезорганізація діяльності, коли людина опиняється в стані безнадійності, втрати перспективи

Джерело: [41, 807]

Одним із найбільш відомих емоційних станів є настрій. Крім настрою як різновиди емоційних станів у психологічній літературі згадуються афекти, пристрасті, фрустрація і емоційний стрес. В цілому емоції та емоційні стани класифікуються за різними критеріями: 1) вплив на діяльність – стеничний (підвищення продуктивності) та астеничний (зниження працездатності); 2) за ступенем вираженості сигнальної функції – негативні, позитивні, амбівалентні (містять як негативні, так і позитивні переживання, наприклад, любов і ненависть); 3) за змістом залежно від об'єкта переживання – моральні, практичні (пов'язані з діяльністю), інтелектуальні (пов'язані з пізнанням), естетичні; 4) за інтенсивністю емоційних проявів – емоційна врівноваженість, емоційна імпульсивність, емоційна лабільність (швидка зміна одних емоцій іншими); 5) за формою прояву – настрої, афект, напруга, пристрасть [15, 56].

Емоційні стани можуть бути детерміновані не тільки безпосередньо зовнішніми або внутрішніми чинниками емоціогенної природи, але й їх мнемічними репрезентаціями. Виникнення й розвиток певного емоційного стану можуть бути викликані іншим емоційним станом, що раніше відчувала людина. У результаті виникає психічний стан другого порядку, або метаемоційний стан. Його «пусковий стимул» – самі емоційні стани (первинні), що переживались раніше у часі [18, 32].

Жоден емоційний стан не зводиться до його складових. Він завжди розгортається на основі когніцій. Залежно від хронологічного критерію емоції можуть бути ситуативними (або короткостроковими) або надситуативними. Надситуативні емоції дуже близькі до емоційних станів. Ці стани виступають як емоційний фон або настрої.

Настрої – такий загальний емоційний стан, який не спрямований на щось конкретне. Причини настроїв можуть бути найрізноманітнішими: невідповідність до діяльності, страх перед очікуваною невдачею, хворобливі стани, приємні звістки тощо. Іноді причини настрою людини, зазвичай поганого, приховуються в її підсвідомості.

Прикладом афекту може бути несподіване переживання великої радості, вибуху гніву, страху особистості. Рівень поступливості людини впливам настроїв має індивідуальний характер. Особи, яким властиве самовладання, не підпадають під вплив настрою, не занепадають духом навіть у тих випадках, коли для цього є певні підстави, а навпаки, переборюють труднощі. Легкодухі особи швидко піддаються настроям, часто потребують підтримки колективу. Зміна настрою є абсолютно нормальним явищем, яке однак, не повинно бути надто частим.

У стані афекту (емоційного «вибуху») порушується саморегуляція організму, яка здійснюється ендокринною системою. У цьому стані послаблюються процеси гальмування в корі великих півкуль головного мозку.

Фрустрація – це негативний психічний стан, що виникає в ситуації реальної або передбачуваної неможливості задоволення тих чи інших потреб, тобто у ситуації невідповідності бажань наявним можливостям. Вона проявляється у низці емоційних процесів, таких як розчарування, тривога, роздратування і навіть розпач.

Фрустрація, на думку М. Левітова це своєрідний емоційний стан, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості та діяльності в стані безнадійності, втрати перспективи. М. Левітов називає такі різновиди фрустрації, як агресивність, діяльність за інерцією, депресивні стани, характерними для яких є сум, невпевненість, безсилля, відчай. Найпомітнішими проявами поведінки людини у стані фрустрації також є такі: апатія, агресія, регресія (поведінка, яка наближена до заохочення мінімальних людських потреб) та стереотипія (порушення власної працездатності і наслідування дій інших осіб).

У сучасній зарубіжній психології існують різні теорії фрустрації:

– теорія фрустраційної фіксації (Н.Майер). Базове твердження теорії полягає не у тому, що фрустрована людина не має мети, а що поведінка фрустрованої людини не має мети, тобто вона втрачає цільову орієнтацію

[108];

– теорія фрустраційної регресії (К. Багнер, Т. Дембо, К. Евін). Фрустраційна регресія, тобто. повернення до попередніх форм розвитку, відносин, структури поведінки, мислення. Для людини, що опинилася в осередку надзвичайної ситуації, типовою є автоматична регресія психіки на вік підліткової кризи (13-16 років). Зовні регресія виявляється у безпорадності людей, їх підкресленій слухняності, відсутності ініціативи, які несподівано можуть змінитися бурхливими спалахами руйнівного або хаотичного «підліткового» збудження [87]. На тлі регресії можливі: а) персоніфікація джерела загрози з переживанням образу ворога або навпаки – пошук всемогутнього магічного помічника; б) при внутрішній забороні на прояв агресії і ворожості – аутоагресивні і суїцидальні дії або подальше поглиблення регресивної поведінки (до віку трьох років);

– теорія фрустраційної агресії (Дж. Доллард, Н. Міллер, Р. Баркер, Л. Берковіц) – теорія агресії, згідно з якою агресія є наслідком блокування (або фрустрації) спроб індивіда досягнути поставленої мети. Схема «фрустрація - агресія» базується на чотирьох основних поняттях: агресія, фрустрація, гальмування і заміщення. Згідно із даною теорією, агресія завжди є наслідком фрустрації, а фрустрація завжди призводить до агресії [88];

– евристична теорія фрустрації (А. Розенцвейг). Згідно із даною теорією фрустрація це спосіб поведінки, здатність людини пристосовуватися до ситуації стресу. За спрямованістю реакції фрустрації поділяються на екстрапунітивні (звинувачення зовнішньої причини фрустрації, живого чи неживого оточення), інтропунітивні (звинувачення самого себе, прийняття провини і відповідальності за ситуацію, що виникла), імпунітивні (відсутність звинувачення оточуючих або самого себе) [29].

У стресовому стані поведінка людини значною мірою дезорганізується, виявляються неадекватні емоції, спостерігаються безладні рухи, порушення мовлення, уваги, сприймання, пам'яті та мислення. Однак стрес є нормальним і позитивним станом психіки, оскільки мобілізує людину на

подолання проблеми, на протигагу від дистресу. Дистрес спричинюється довготривалим переживанням стресового стану внаслідок постійної дії проблемного або небезпечного фактора; збереженням психофізіологічного напруження навіть після усунення загрози; надмірно сильною психофізіологічною напругою, що не відповідає ступеню загрози. На думку багатьох дослідників стрес і дистрес виступають не як окремих емоційний стан, а як чинник виникнення глибоких та інтенсивних емоційних станів тривоги, депресії, страху, відчаю тощо через дію травмуючого і стресогенного фактору, що впливає на фізіологічні, емоційні, інтелектуальні психологічні зміни особистості.

Перебування в зоні бойових дій супроводжується сильним психотравмуючим впливом через екстремальні ситуації, в які потрапляє учасник бойових дій, що неминує впливає на психологічний стан, в тому числі й після повернення до цивільного життя. Військовослужбовці-учасники бойових дій переживають морально-психологічні, фізичні навантаження, що руйнують звичне сприйняття, змінюють поведінку. В ряді досліджень автори дійшли висновку, що приблизно 25–30% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, переживають хронічні посттравматичні стани, що викликані впливом стресових факторів [40]. Реакціями організму на психотравмуючу ситуацію можуть стати:

- фізичні реакції (безсоння, постійна втома; проблеми зі шлунком та вживанням їжі; головний біль та пітливість при думці про війну; швидке серцебиття і дихання; загострення наявних захворювань);

- емоційні реакції (погані сні, кошмари; часті негативні спогади про війну; злість, ненависть; відчуття безпорадності, страху, нервування; відчуття суму, самотності, непотрібності; відчуття збудження, схвильованості; відчуття шоку, оніміння, неможливості відчувати позитивні емоції; легко погіршуваний настрій; почуття провини, сорому, самосуду; почуття безнадії щодо майбутнього) [2, 9–10]

Колектив дослідників Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценко, В. Кочубей, Л. Гридковець [53, 50] сформулювали систематизовану інформацію щодо проявів психоемоційних реакцій військовослужбовців після закінчення бойових дій (таблиця 2.8).

Таблиця 2.8

Прояви психоемоційних реакцій військовослужбовців після закінчення бойових дій

Фізичні реакції	Утруднене дихання, запаморочення, підвищений кров'яний тиск, непритомність, втома, скреготання зубами, головний біль, тремтіння, нудота, біль, сильне потовиділення, швидке серцебиття, нервові посмикування, слабкість
Когнітивні реакції	Звинувачення інших, змінена (надмірна) настороженість, збентеження, гіперпильність, підвищення або зниження рівня усвідомлення реальності, інтрузивні образи, проблеми з пам'яттю, кошмари, погане абстрактне мислення, погана увага, погана концентрація, утруднене прийняття рішень, утруднене вирішення проблем
Емоційні реакції	Збудження, тривога, недобре передчуття, відмова (заперечення), депресія, емоційний шок, страх, відчуття переповнення (переобтяження), горе, почуття провини, неадекватні емоційні реакції, дратівливість, втрата контролю над емоціями
Поведінкові реакції	Зловживання алкоголем, асоціальні вчинки, зміни в діяльності, зміни у спілкуванні, зміни в сексуальній активності, зміни у мовленнєвих шаблонах, емоційні спалахи, неможливість відпочивати, зміна апетиту, безцільне ходіння туди-сюди, посилення старт-рефлексу (здригання), підозрілість, соціальне відчуження (ізоляція)

Джерело: [51, 134], [53, 50]

Більш загальну класифікацію представляє дослідник Р. Кадиров, виділяючи такі реакції: психологічні реакції, дезадаптивні реакції, гострі афективні реакції, психоневротичні реакції, патохарактерологічні реакції, гострі реактивні реакції [50, 253].

Дослідниця Л. Матвієць звертає увагу на динаміку переживання травматичної ситуації військовослужбовцем та її етапи. Так, авторка виділяє: I етап – фаза заперечення або шоку – настає одразу після дії травматичного фактору, характеризується тим, що людина емоційно не може прийняти подію, яка відбулася (спрацьовує захисна функція психіки від деструктивної дії травматичної ситуації через заперечення або несприйняття); II етап – фаза агресії і провини – людина починає осмислювати травмуючу подію, що відбулася, може намагатися зрозуміти її причини, шукати винних у цьому, переживати провину, направляти агресію на себе; III етап – фаза депресії – характеризується усвідомленням того, що обставини виявилися сильнішими, це супроводжується почуттям безпорадності, безпомічності, власної непотрібності, відсутності мети подальшого життя; може втрачатися інтерес до спілкування, людина може не проявляти зацікавленості у комунікації із оточуючими, що посилює відчуття самотності, незрозумілості іншими людьми; IV етап – фаза зцілення – характеризується сприйняттям пережитих травмуючих подій, усвідомленням та прийняттям минулого, набуття нового сенсу існування [40, 8].

Якщо адаптація до умов цивільного життя проходить із більшими ускладненнями, за певних ознак можна стверджувати про дезадаптивність. Дослідник проблеми психологічної адаптації військовослужбовців В. Чайка виділив ознаки дезадаптованості: переживання тривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження психічних механізмів і форм поведінки, необхідних для їхнього вирішення; нервово-психічні захворювання, депресії, виснаження нервової системи, серцево-судинні захворювання [49, 102]. Переживання адаптації в учасників бойових дій проявляється індивідуальними ознаками. В разі складного психологічного

стану, проявів клінічних симптомів, довготривалого стресового стану, людині необхідна спеціалізована допомога. Але навіть якщо симптоматика не виражена яскраво, або не виражена зовсім, вплив від пережитих травмуючих подій може проявитися згодом, адже «посттравматичний синдром – це бомба уповільненої дії, він може проявитися через півроку, а може і через десять років» [9, 178].

О. Тополь підкреслює, що дезадаптація особистості виникає на ціннісному, психологічному, соціальному рівнях. При цьому відбувається зміна соціального статусу військовослужбовця, який на війні є професіоналом, від якості роботи якого залежить результат війни, до того ж його місія почесна і відповідальна, бо саме від нього залежить перемога та доля всієї країни. При поверненні до звичайного мирного життя, в силу того, що військовий досвід військовослужбовець не може застосувати, він виявляється неконкурентоспроможним на ринку праці, що змушує його займатись некваліфікованою працею, а часом і вдаватись до правопорушень, оскільки в «силовій сфері» він відчуває себе більш впевнено, ніж в «інтелектуальній». Зміни особистісних рис можуть стати перепонами для налагодження комунікацій в умовах миру, викликаючи соціальну ізоляцію, підтримку контактів лише з бойовими товаришами [73].

Розмежують патологічний і непатологічний характер соціальної дезадаптації учасників бойових дій. Непатологічна дезадаптація характеризується окремими відхиленнями в поведінці і переживаннями суб'єкта, пов'язаними з недостатньою ресоціалізацією, соціально-неприйнятними установками особистості, отриманими під час військової служби, різкою зміною умов існування (від напружених, сповнених ризику і афективно насичених під час бойових дій, до досить спокійних, «сірих», «буденних» у мирному житті), розривом значущих міжособистісних відносин (втрата родини, смерть батьків), неможливістю займатися звичною роботою чи продовжувати навчання (через отримані травми, хвороби, каліцтво) та ін. [20, 18].

Виокремлюють два основні клінічні варіанти розладів адаптації [62, 102]:

1) афективний варіант. Містить підваріанти: депресивний (депресивна оцінка себе, середовища та перспектив, відчуття пригніченості, смутку, підвищена плаксивість, фіксація на негативних подіях свого життя; можуть виникати відчуття безвихідного становища, самотності, безпорадності, залежності від оточуючих людей і обставин; невпевненість щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб і вимог, зменшення мотивації до трудової діяльності); тривожний (переважно відбувається порушення інших емоцій: відчуття психічного і фізичного дискомфорту, немотивована напруженість, нав'язливі уявлення, загальна стурбованість та нервозність, неможливість розслабитись, відчуття внутрішнього тремтіння або «дискомфорт» і «тиск» у грудях, неспокійного очікування будь-якого лиха або неприємностей); змішаний (поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги);

2) поведінковий варіант проявляється у дезадаптивній або дизсоціальной поведінці: надмірна збудливість та дратівливість, короткочасні реакції образи, гніву, агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Також спостерігається нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих.

Особливе місце в порушенні процесів соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій займає посттравматичний стресовий розлад (синдром) (термін *Posttraumatic stress disorder* – *PTSD*, введений у науковий обіг в 1980 р. М. Horowitz, В. Dohrenwend).

В структурі психічної патології в учасників бойових дій значне місце посідають посттравматичні стресові розлади (ПТСР) – відстрочені затяжні реакції на екстремальні події, не пов'язані з органічними ушкодженнями головного мозку, що спостерігаються протягом тривалого періоду й можуть викликати суттєві зміни особистості й поведінки. Основним чинником, що

травмує психіку учасників бойових дій є тривале перебування в специфічному стані «бойового стресу», що під час бою впливає позитивно, а після його закінчення – як правило, негативно.

Необхідно зазначити, що всі психічні розлади, включаючи ПТСР, мають схожу динаміку розвитку: від реакції на подію до появи хворобливого стану. На думку Ю. Александровського [21, 23-24] розвиток психічних розладів в людини, що пережила екстремальну подію, відбувається за типовою схемою:

1) період очікування, якщо подія могла бути передбачуваною. Для цього періоду є характерними тривога, ажитація, спроба уникнути переживання загрози шляхом підтримання піднесеного настрою або перемикання уваги;

2) гострий період, що має декілька стадій: а) заціпеніння, що супроводжується мимовільними й несвідомими діями; – шоку, що супроводжується відчуттями страху, відчаю, запаморочення, спраги, виникненням «тунельних» станів або надмірної мобілізації; б) психофізіологічної демобілізації, що супроводжується усвідомленням події, що сталася, очікуванням її повторного впливу, погіршенням самопочуття, моральності поведінки, розгубленістю, депресивними реакціями; в) стадію розв'язку, що характеризується поступовою стабілізацією самопочуття й настрою зі збереженням почуття втоми й зниженого емоційного фону, а згодом – появою в постраждалого бажання виговоритися; г) стадію відновлення, на якій в постраждалого активізується спілкування, емоційність, поліпшується самопочуття, сон;

3) підгострий період, що настає через місяць після події й вирізняється станом фрустрації, порушенням сну, психосоматичними розладами;

4) хронічний період, що триває від 6 місяців до декількох десятків років й характеризується фіксацією в пам'яті постраждалого пережитих подій, наростанням симптомів патології особистості.

Наслідки бойового травматичного стресу є симптомами «психологічного захисту» (амнезія явна чи удавана, психічна загальмованість, уникання будь-яких спогадів або асоціацій з подіями, що травмують), «повернення» (нав'язливі спогади, страхи, розлади сну, кошмари, непереборне відчуття тривоги, втрата відчуття радості й спокою). Критерії діагностики синдрому зазначені в американському національному діагностичному психіатричному стандарті (*Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders*) та внесені до європейського діагностичного стандарту МКХ-10 (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – ICD-10*). Згідно з діагностичними критеріями, посттравматичний стресовий розлад визначається як відсунута або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть спричинити дистрес майже в кожній здоровій людині [43, 52]. Вивчення ПТСР дало змогу науковцям установити наявність більш вираженої стійкої симптоматики на трьох основних етапах.

1. Етап невротичних (неврозоподібних) реакцій тривалістю від 3 до 12 місяців характеризувався патологічними змінами й виявлявся переважно за типом психогенних та аномальних особистісних розладів.

2. Етап невротичних і патохарактерологічних станів розвивався через 1–5 років після перенесеного бойового стресу на тлі додаткових астенізуючих чинників (перевтома, соматичне захворювання, психоемоційні навантаження в побуті, на роботі тощо).

3. У найбільш несприятливих випадках динаміки спостерігалася під час третього завершального етапу ПТСР, який характеризувався переходом хвороби в хронічний статус (етап невротичного й патологічного розвитку особистості). Для нього властиве тривале (понад 3 роки) формування стійкої патохарактерологічної структури (передусім це стосується учасників афганської війни).

У клінічній картині ПТСР вчені [21, 24-25] виділяють три основні групи симптомів: повторне переживання, уникнення, підвищена збудливість.

Симптомами повторного переживання є спогади, образи чи думки про травматичному подію, сновидіння, які відтворюють її образи, переживання інтенсивних почуттів, підвищена фізіологічна реактивність, що виявляються під час впливу зовнішніх або внутрішніх стимулів, які символізують або нагадують будь-який аспект травматичної події.

Симптомами уникнення є реакції ступору у відповідь на стимули, що асоціюються з подією й виявляються в прагненні уникати будь-яких думок, почуттів, розмов про неї, видів діяльності, місць або людей, які можуть викликати негативні спогади, зниженні інтересу до видів діяльності, які раніше були значущими, відчутті відстороненості або відчуженості від інших людей, виснаженні афективної сфери, втрачання життєвої перспективи.

Симптоми підвищеної збудливості виявляються в порушенні сну, підвищеній дратівливості й спалахах гніву без особливих причин, порушенні концентрації уваги та пам'яті, недостатній увазі до небезпеки, неадекватності реакцій на будь-які загрози тощо.

Отже, негативні психоемоційні стани військовослужбовців, обумовлені психологічною травматизацією і бойовим стресом, ускладнюють або унеможливають процес соціалізації та адаптації після закінчення бойових дій.

В другому розділі розглянуто психоемоційні стани військовослужбовців як чинник соціалізації та адаптації після закінчення бойових дій.

1. Аналіз літератури з проблематики впливу бойових дій на психіку і особистість військовослужбовців доводить, що участь у бойових діях виступає сильним фактором виникнення стресових станів великої інтенсивності та емоційної модальності, що знайшло теоретичне відображення в понятті «бойовий стрес». Незважаючи на деякі відмінності щодо інтерпретації поняття «бойовий стрес», саме він є фактором

психологічної травматизації військовослужбовців. В результаті впливу психотравмуючої ситуації бойового стресу у військовослужбовців починають виникати як невротичні реакції і неврози, так і розлади поведінки. Виділено п'ять стадій розвитку психологічної травматизації УБД, тривалість яких залежить від багатьох факторів: 1) стадія мобілізації; 2) стадія іммобілізації; 3) стадія агресії; 4) стадія депресивних реакцій; 5) стадія відновлювального процесу. У випадку, коли ця стадія не настає, спостерігається хронічний процес циклічного повторення попередніх фаз, що призводить до нозологічних форм прояву розладів особистості (ГСР та ПСТР). Основними факторами бойової психологічної травматизації є специфічно-професійні, ситуаційно-психогенні, соціально-психологічні, особистісні (біологічні та індивідуально-психологічні). Отже, військовослужбовці-учасники бойових дій знаходяться в групі високого ризику по розвитку психічних розладів, в тому числі реакцій бойового і військово-професійного стресу і посттравматичного стресового розладу, що значною мірою впливає на процеси адаптації УБД до умов цивільного життя.

2. Негативні психоемоційні стани військовослужбовців ускладнюють або зовсім унеможливають соціалізацію та адаптацію після закінчення бойових дій. Розглянуто прояви психоемоційних реакцій військовослужбовців після закінчення бойових дій: на фізичному, когнітивному, емоційному і поведінковому рівнях. Виокремлено два основні клінічні варіанти розладів адаптації: 1) афективний варіант: депресивний; тривожний; змішаний; 2) поведінковий варіант проявляється у дезадаптивній або дизсоціальній поведінці. Особливе місце в порушенні процесів соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій займає посттравматичний стресовий розлад (синдром) (*Posttraumatic stress disorder – PTSD*).

РОЗДІЛ 3.

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Емпіричне дослідження впливу психоемоційного стану військовослужбовців на їхню соціалізацію і адаптацію після закінчення бойових дій

Для дослідження впливу психоемоційного стану військовослужбовців на їхню соціалізацію і адаптацію після закінчення бойових дій було проведено психодіагностичне обстеження військовослужбовців, які проходять реабілітацію в Центрах соціально-психологічної реабілітації (травень-вересень 2023 р.). Вибірка опитаних – 50 осіб. За віковими категоріями опитані розподілилися наступним чином: 27-40 років – 24 особи, 40-55 років – 26 осіб. Вибірка випадкова, сформована за критерієм доступності і встановленим рівнем довіри.

Метою дослідження є: встановлення взаємозв'язку психоемоційного стану військовослужбовців і рівня адаптованості до умов цивільного життя. Завданнями дослідження виступили:

- 1) визначення особливостей внутрішньо-особистісних ресурсів успішності соціалізації і адаптації учасників бойових дій: рівень психологічного благополуччя, рівень життєстійкості, копінг-стратегії;
- 2) дослідження особливостей психоемоційного стану військовослужбовців (включаючи ризик або наявність ПТСР);
- 3) визначення рівня адаптованості УБД до умов цивільного життя;
- 4) аналіз впливу психоемоційного стану на соціалізацію і адаптацію військовослужбовців після закінчення бойових дій.

Основними параметрами і психодіагностичними методиками дослідження виступили:

1) рівень психологічного благополуччя – Методика «Шкала психологічного благополуччя» (К. Ріфф). Варіант опитувальника «*The scale of psychological well-being*» в адаптації М.Лепешинського та у перекладі українською мовою С. Карсканової [24]. Існує декілька варіантів опитувальника. У даному дослідженні використовуємо найбільш поширену і визнану версію на 84 питання, які відображають різні компоненти психологічного благополуччя. Дана методика складається з шести шкал, які становлять компоненти психологічного благополуччя згідно К.Ріфф: самоприйняття, автономія, цілі в житті, особисте зростання, позитивні стосунки з оточуючими (позитивні взаємини), управління середовищем;

2) ресурси психологічного благополуччя, що відображені у резилієнсі військовослужбовців: а) «Тест життєстійкості» (С. Мадді, у адаптації Д. Леонтьєва) представляє собою адаптацію опитувальника *Hardiness Survey*, розробленого американським психологом Сальваторе Мадді. Методика призначена для діагностики особливостей життєстійкості – системи переконань особистості про себе, відносинах зі світом та середовищем, які дозволяють людині витримувати і ефективно долати стресові ситуації. В одній і тій же ситуації людина з високою життєстійкістю рідше перебуває у стресовому стані і краще справляється з ним. Життєстійкість включає в себе три порівняно самостійних компоненти: залученість, контроль, прийняття ризику; б) особливості копінг поведінки військовослужбовців – Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана. Методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій. Даний опитувальник вважається першою стандартною методикою в області вимірювання копінга. Методика була розроблена Р. Лазарусом і С. Фолкманом в 1988 році, адаптована Т. Крюковою, Е. Куфтяк, М. Замишляєвою в 2004 році;

3) психоемоційний стан військовослужбовців-учасників бойових дій: а) методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка; б) тест PCL-M. Дана шкала самооцінки ґрунтується на критеріях DSM-IV та включає 17 пунктів –

ознак ПТСР. Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому 29 впродовж минулого місяця. Існують три версії PCL – шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL-M – це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду». PCL-C – версія для цивільного населення, і питання стосуються «травматичного (стресового) досвіду у минулому». PCL-S – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому. Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту. Діапазон оцінки може перебувати в межах від 17 до 85 балів. Одна із стратегій підрахунку полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-IV. Наприклад, для підозри ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менше як на рівні «3» одне із питань діапазону 1-5, не менш як «3» серед питань 6-12, і мінімум «2» серед питань 13-17. Пропонується граничний бал 3 або більше для кожного пункту - як найбільш відповідний для цього підходу. В твердженнях перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду;

4) визначення рівня адаптованості УБД до умов цивільного життя за допомогою методики діагностики соціально-психологічної адаптації Р. Роджерса і Р. Даймонда, адаптовану Т. Снегірвоюю. Стимульний матеріал представлений твердженнями, які сформульовані в третій особі без застосування займенників, що дозволяє уникнути впливу «прямого ототожнення» і нейтралізувати установки випробуваних на соціально-бажані відповіді. Автори виділили наступні критерії адаптованості і дезадаптованості особистості: «прийняття себе – неприйняття себе», «прийняття інших – неприйняття інших», «емоційний комфорт – емоційний дискомфорт», «внутрішній – зовнішній локус контролю», «домінування – підлеглість», «прагнення до есканізму (уникнення проблем). Також дана методика дозволяє визначити відсоткову вагу інтегральних показників:

адаптація, самоприйняття, прийняття інших, емоційна комфортність, інтернальність, прагнення до домінування;

5) кореляційні зв'язки між результатами за методикою PCL-M і методики діагностики соціально-психологічної адаптації Р. Роджерса і Р. Даймонда – методи математичної статистики.

Оцінка рівня психологічного благополуччя (Методика «Шкала психологічного благополуччя» (К. Ріфф). В цілому у всій групі опитаних переважає рівень психологічного благополуччя нижче середнього – 335 балів. Серед низьких показників більше всього мають такі складові як особистісне зростання, управління середовищем і цілі в житті. На рис. 3.1 представлено розподіл груп опитаних за шкалами методики (у %).

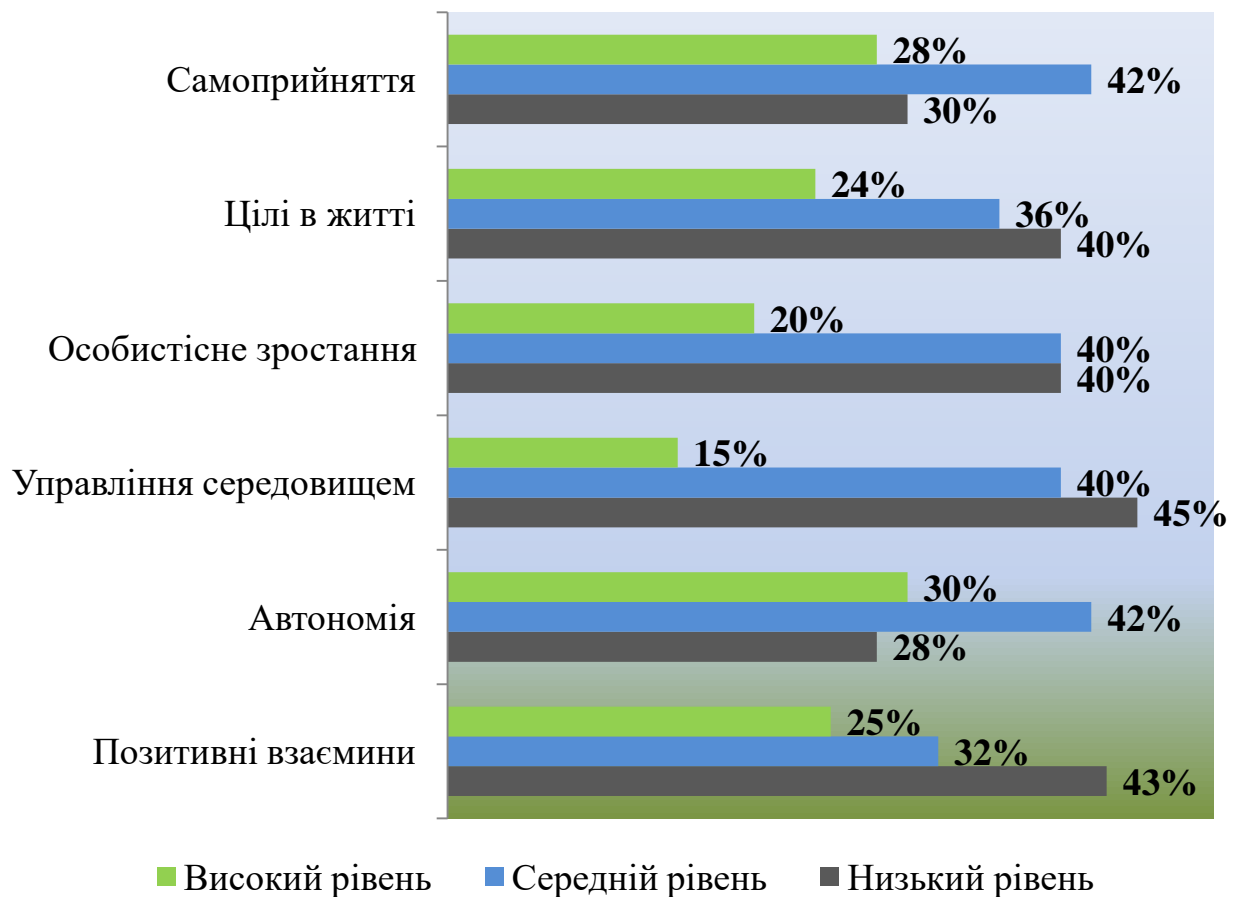


Рис. 3.1. Розподіл груп опитаних за шкалами методики психологічного благополуччя К. Ріфф (у %)

Отримані нами результати не відображають оцінку рівня психологічного благополуччя військовослужбовців на загальнонаціональному рівні, але їх тренд збігається з результатами дослідження Інституту соціальної і політичної психології Національної академії педагогічних наук України. Отже, психологічні наслідки війни включають довготривалий негативний вплив на психоемоційне благополуччя і цілеспрямовану діяльність особистості військовослужбовців, які повернулися до умов цивільного життя, на фоні порушень соціальної адаптації і соціальної поведінки.

Ресурси психологічного благополуччя відображені у резилієнсі цивільного населення. Для цього було застосовано дві методики: «Тест життєстійкості» (С. Мадді, у адаптації Д. Леонтьєва) і Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана.

На рис. 3.2 представлено усереднені показники життєстійкості, а на рис. 3.3 розподіл опитаних (у %) в залежності від вираженості фактора.

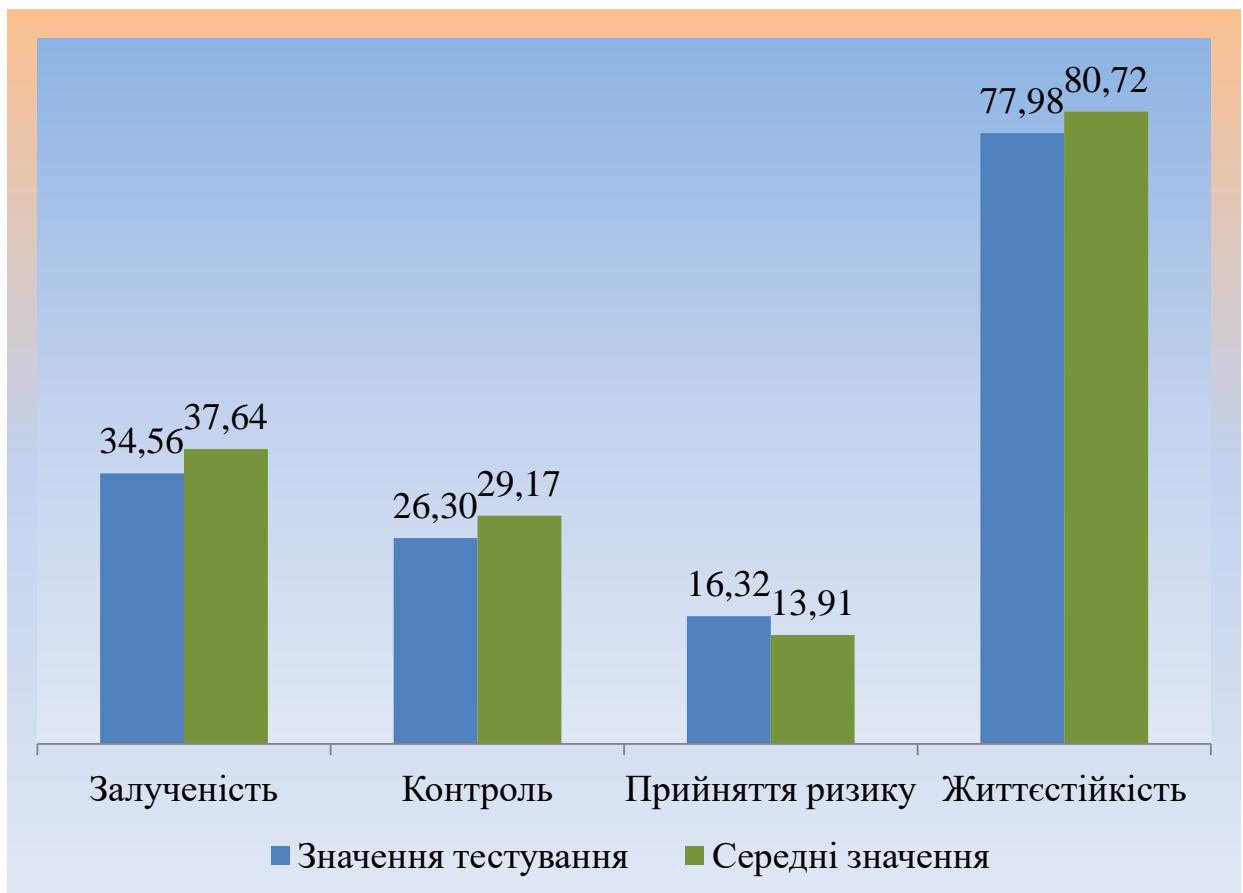


Рис. 3.2. Усереднені показники життєстійкості у опитаних

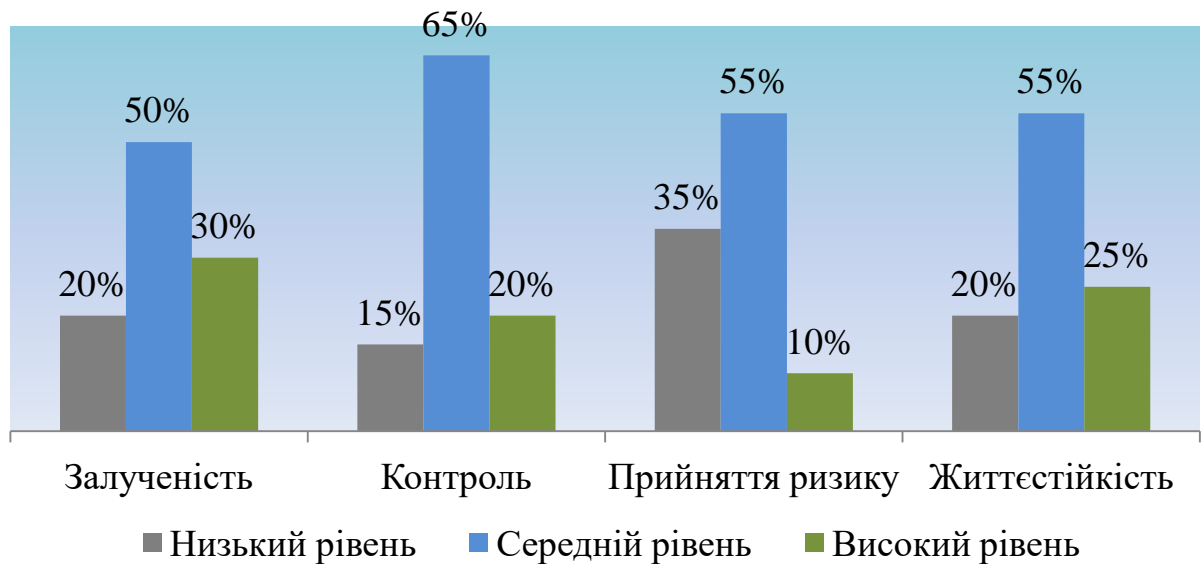


Рис. 3.3. Розподіл опитаних (у %) в залежності від вираженості фактора життєстійкості

Як видно з результатів опитування, показники життєстійкості не відхиляються від стандартних середніх значень, але є деякі розбіжності у розподілі опитаних за рівнем вираженості показників. Так, третина опитаних (16 осіб) мають низький рівень прийняття ризику як впевненості вплинути на результат того, що з ними відбувається, що може призводити до посилення відчуття безпорадності (що в умовах війни цілком розповсюджене явище).

Ще одним параметром що, визначає резилієнс особистості як ресурсу психологічного благополуччя є домінування копінг-стратегій (детальніше нами було розглянуто у підрозділі 1.2).

Результати досліджень представлені на рис. 3.4 та виражені у відсотках від максимальної кількості балів, що свідчать про високий рівень напруження копінга. Висока напруженість копінга (у діапазоні вище 60%) свідчить про виражену тенденцію до дезадаптації. Знижений рівень копінга (у діапазоні до 30–40%) свідчить про адаптивний варіант копінг-стратегії.



Рис. 3.4. Вираженість копінг-стратегій в опитаних

Найбільший рівень напруженості стратегії «уникнення» (63,2%) вказує на те, що військовослужбовці, які повернулися до цивільного життя, у ситуаціях зіткнення з труднощами схильні реагувати шляхом ігнорування проблеми, фантазуванням, відволіканням, можуть спостерігатися інфантильні форми поведінки в стресових ситуаціях. Наступною за рівнем напруження є стратегія «пошук соціальної підтримки» (61,7%) спрямовує до пошуку нових ресурсів, потрібної інформації, поради, співчуття, конкретної дієвої допомоги, орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування їх підтримки та уваги.

Стратегія «самоконтроль» (52,7%) свідчить про те, що опитані намагаються позбавитись негативних переживань завдяки цілеспрямованому їх придушенню, стримуванню емоцій з метою мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації. Копінг-стратегія «планування розв'язання проблем»

(50,1%) вказує на подолання проблеми завдяки цілеспрямованому аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, особистого та колективного досвіду і наявних ресурсів. Копінг-стратегія «позитивне переосмислення» (49,6%) свідчить про тенденцію до позитивного переосмислення проблемних ситуацій, знаходження в даних ситуаціях позитивних аспектів та стимулів для особистісного зростання.

Стратегія «дистанціювання» (46%) знаходиться на середньому рівні напруження. З метою подолання негативних переживань опитані знижують суб'єктивну значущість проблемної ситуація, тим самим зменшують ступінь емоційної залученості до неї. Стратегія «конфронтація» (43,2%) за умови помірного використання забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і заповзятливість під час вирішення проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси.

Найменш напруженими стратегіями опанувальної поведінки у опитаних є «прийняття відповідальності» (32,2%), тобто військовослужбовці на низькому рівні усвідомлюють свою роль у виникненні проблеми, її вирішення та не схильні прогнозувати наслідки прийнятих рішень. Нездатність об'єктивно бачити ситуацію та передбачати варіанти її розгортання може призводити до самокритики, самобичування, переживання почуття провини, незадоволеності собою.

Отже, для військовослужбовців домінуючими копінг-стратегіями як способами подолання труднощів, стресових ситуацій і відновлення психологічного благополуччя є: уникання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки.

Для визначення особливостей психоемоційного стану військовослужбовців було застосовано методику «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка. На рис. 3.5 представлено рівні вираженості показників (у % опитаних).

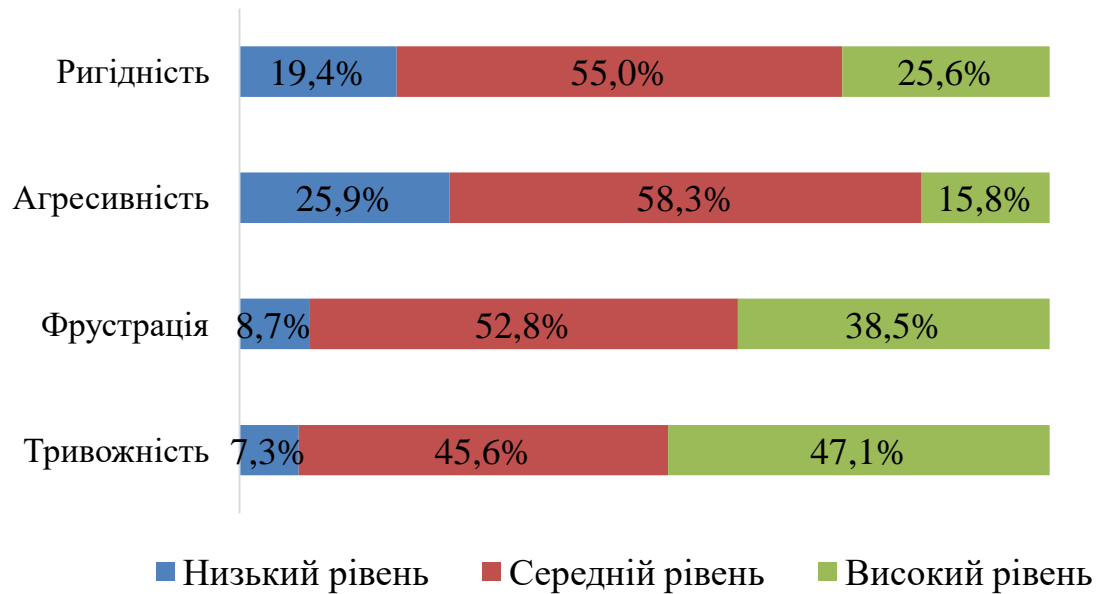


Рис. 3.5. Показники психоемоційного стану військовослужбовців за результатами методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка (у % опитаних)

За результатами дослідження найбільший показник психоемоційного стану має тривожність, що виявляється у відчутті тривоги, небезпеки і невпевненості у майбутньому. У майже половини опитаних виявлено середній рівень тривожності, що носить переважно ситуативний характер. Показник фрустрації також більше виражений, що вказує на неможливість чи ускладненість задоволення потреб. Агресивність як показник психоемоційного стану має середні значення, хоча 12-15% опитаних виявляють високий рівень агресії до оточення. Ригідність як емоційне неприйняття війни і змін власного становища виявляють 25,6% опитаних, що свідчить про нездатність переживання стресу і неможливість самостійно знайти внутрішні ресурси (індивідуальна резилієнс) для переоцінки свого ставлення до себе, інших людей і світу в цілому.

Розглянемо результати тесту PCL-M (рис. 3.6). Відсутність симптомів ПСТР зафіксована у 44% учасників бойових дій.

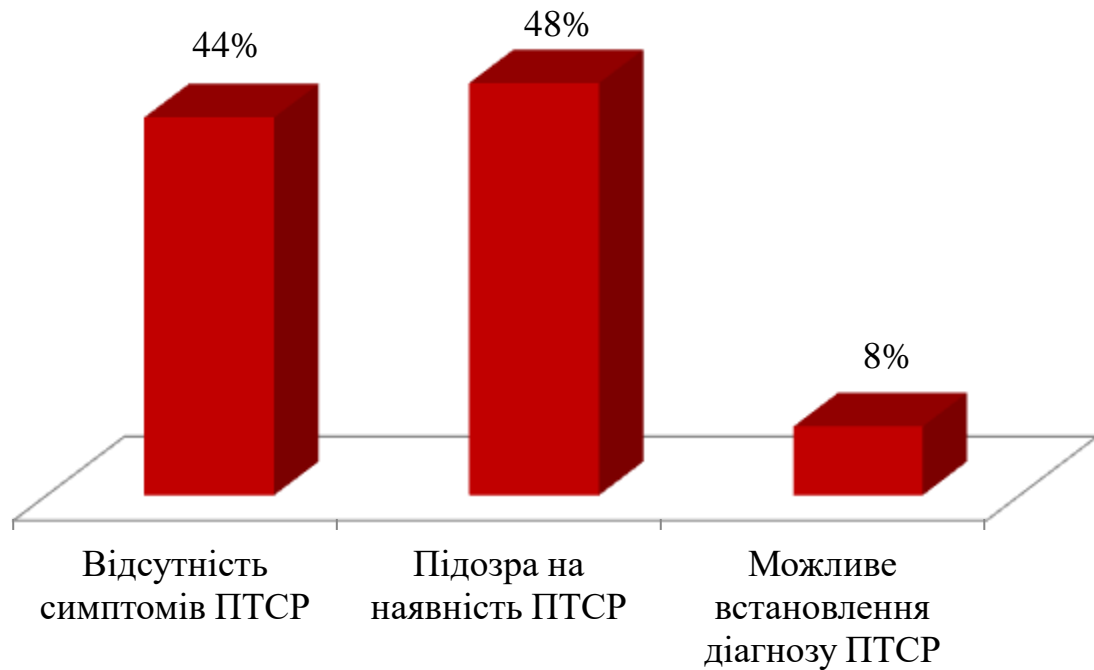


Рис. 3.6. Показники симптомів підозри на ПТСР всієї вибірки, %

Підозра на наявність ПТСР спостерігається тільки у 48% респондентів УБД. Можливе встановлення діагнозу ПТСР (показник синдрому ПТСР більше 50 балів) присутня у 2% УБД. Виходячи із отриманих даних, можна дійти висновку про високий рівень підозри на наявність ПТСР (майже половина респондентів) та присутність симптомів ПТСР (майже десята частина учасників).

Результати методики діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса і Р.Даймонда представлено на рис. 3.7. Дані представлено в середніх значеннях для інтегральних шкал: адаптивність, самоприйняття, прийняття інших, емоційний комфорт, інтернальність, прагнення до домінування. В загалі по експериментальній вибірці за показниками виявлено середній рівень вираженості шкал. В залежності від курсу навчання значних статистичних розбіжностей не виявлено (t-критерій Стюдента).

За показниками було отримано наступні результати. Високий рівень адаптованості виявили 22,5% опитаних, низький рівень – 13,75%.

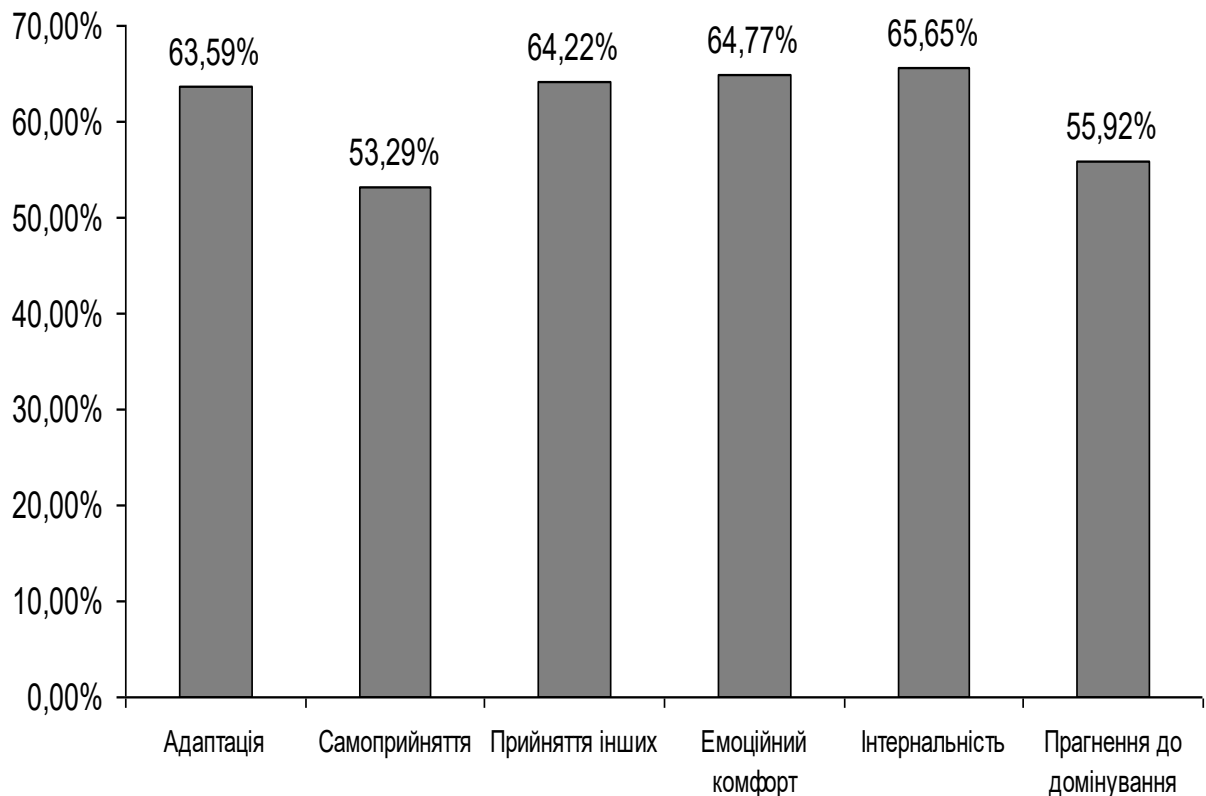


Рис. 3.7. Середні показники за інтегральними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації Р. Роджерса і Р. Даймонда

За показником прийняття себе високий рівень вираженості виявлено у 22,5% опитаних, а негативне самоставлення у 38,75%. 32,50% опитаних виявили високий рівень прийняття інших і 46,25% – середній рівень, що свідчить про високий рівень прагнення до встановлення міжособистісних стосунків, адекватність оцінки поведінки інших і конструктивність при вирішенні конфліктних ситуацій. Високий рівень показника «прагнення до домінування» виявлено у 50% військовослужбовців.

Проведемо лінійний кореляційний аналіз по Пірсону показників опитувальника Роджерса-Даймонд та показників тесту PCL-M. В таблиці 3.9 встановлено низький рівень кореляційного зв'язку між показниками, крім показника емоційної комфортності та синдромом ПТСР ($r=0,291$).

Лінійна кореляція показників синдрому ПТСР та показниками адаптивності

Показники адаптованості	Показники кореляції
Інтегральний показник адаптації	0,069
Емоційна комфортність	0,291**
Емоційний дискомфорт	-0,078
Ескапізм	-0,115
Інтегральний показник емоційної комфортності	0,069
Інтегральний показник прагнення до домінування	0,071

Примітка. Виявлені статистично значущі відмінності за умови похибки;
*- $p \leq 0,10$, **- $p \leq 0,05$, ***- $p \leq 0,01$.

Відомо, що коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона чутливий до аномальних значень (викидів). Проаналізувавши додатково порівняльну таблицю кореляційних зв'язків показника синдрому ПТСР та показників тесту Роджерса-Даймонд спостерігаємо наявність у 18% респондентів середньої сили кореляційний зв'язок між показником синдрому ПТСР та показниками ескапізму і домінування.

Отже, підозра на наявність ПСТР негативно впливає на процес адаптації. Для УБД характерна тенденція при наявності підозри на синдром ПТСР займати активну соціальну позицію, намагатися вийти із стресу через бачення нових можливостей у своєму житті та спроби опиратися на силу своєї особистості. Для УБД спостерігається наявність у 18% респондентів середньої сили позитивний кореляційний зв'язок між показником синдрому ПТСР та показниками ескапізму і домінування. У майже в третини учасників спостерігається наявність підозри на ПТСР. Таким чином, процес соціалізації та адаптації військовослужбовців значно залежить від їхнього психоемоційного стану і проявів симптомів ПТСР.

3.2. Сучасні підходи психологічного супроводу соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій

Війна не минає безслідно ані для людини, ані для суспільства. Повернення із зони бойових дій чи переселення з територій, де відбувалися бої, – це завжди перехід від однієї реальності до зовсім іншої. І кожна з цих реальностей живе за власними законами, чимало з яких не працюють в іншій або потребують суттєвої корекції, адаптації і реадптації.

Такий перехід від війни до миру ні для кого не є легкою справою. Він потребує чималих ресурсів, як зовнішніх, суспільних, так і внутрішніх, особистісних. Саме тому питання можливостей його полегшення для різних категорій населення вже досить давно стоїть на порядку денному. Своєрідним путівником у пошуку якомога більш безболісних шляхів переходу з однієї реальності в іншу має стати соціально-психологічний супровід. Він сприяє психологічній декомпресії, забезпечуючи умови для реадптації людини завдяки ефективній взаємодії як із спеціалістами, так і з громадами, сім'єю, родичами, колегами, друзями.

Унаслідок тривалої травматизації суттєво знижуються соціально-адаптивні можливості людей, втрачається колишній рівень особистісної цілісності, комунікативної компетентності, професійної самоефективності, психологічного добробуту. Щоб подолати всі ці негативні наслідки тривалих воєнних дій, потрібні дослідження способів організації соціально-психологічного супроводу, що забезпечує відновлення психологічного здоров'я особистості та її реадптацію до мирного життя.

Соціально-психологічний супровід є своєрідним синтезом тривалої і цілеспрямованої соціальної підтримки та адресної психологічної допомоги. Це основний ресурс збереження цілісності особистості, відновлення її психологічного здоров'я, який сприяє подоланню депресії і тривоги. Дефіцит супроводу ускладнює інтеграцію в мирний соціум, гальмує вторинну

професійну переорієнтацію, знижує рівень економічного добробуту і суб'єктивного добробуту.

Концепт соціально-психологічного супроводу специфікує інтегральну – соціальну і психологічну – підтримку людини і є базовим у контексті посттравматичних особистісних трансформацій. Завдяки відновленню внутрішніх ресурсів та наданню ресурсів додаткових супровід підсилює здатність справлятися з проблемами, стаючи медіатором покращення психологічного здоров'я людини. Основним спрямуванням соціально-психологічного супроводу є якісне і кількісне збагачення взаємодії людини з близьким і віддаленим оточенням: родичами, сусідами, друзями, колегами, членами територіальних, релігійних та інших спільнот.

Т. Титаренко виділяє наступні особливості соціально-психологічного супроводу. По-перше, соціально-психологічний супровід не є рядом окремих інтервенцій. Це зазвичай досить тривалий процес конструктивної комунікації між агентом і реципієнтом. Супровід, як правило, пролонгований, процесуальний, розрахований на певний проміжок часу. По-друге, соціально-психологічний супровід не є директивною, авторитарною взаємодією. Він занурений у реальне повсякденне життя людини, й особливі, довірчі відносини, що складаються між реципієнтом і агентом, забезпечують його недирективний вплив. По-третє, соціально-психологічний супровід досить рідко зосереджується лише на одній окремій активності людини, яку супроводжують. Він зазвичай передбачає різнобічність впливів на всі основні сфери життя реципієнта і має комплексний характер. Постраждали більшою мірою залучаються до спільної діяльності, краще реінтегруються в суспільне життя за умови, що в роботі з ними беруть участь водночас кілька агентів соціально-психологічного супроводу (професіонали-психологи, члени сімей, волонтерські об'єднання тощо). По-четверте, соціально-психологічний супровід зазвичай непрямий, опосередкований – на відміну від психологічної допомоги. Якщо психологічну допомогу надає безпосередньо людина людині (психотерапевт, волонтер, член сім'ї), то психологічний супровід спирається,

крім безпосереднього контакту агента з реципієнтом, також на контакт, опосередкований спільнотою, обумовлений комунікативною взаємодією [83, 12-13].

Травмочутливий соціально-психологічний супровід передбачає використання: а) комунікативних практик поліпшення взаємодії агента і реципієнта; б) мультидисциплінарних заходів, що забезпечують взаємодію спільнот, їхню готовність до надання підтримки, залучення постраждалої особистості до спільнотного життя; в) фасилітацію само- і взаємодопомоги, спрямованої на відновлення психологічного здоров'я та реінтеграцію в суспільне життя.

Структуру супроводу можна представити як послідовне розгортання окремих етапів, кожен з яких має свою мету і спрямованість. Така структура апріорі рухлива, і зміст її трансформується на кожному наступному етапі.

1. На діагностико-цільовому етапі супроводжувальна команда оцінює рівень травматизації постраждалих, їхні очікування, актуальні запити, готовність до спільної праці. Вивчаються також часові, кваліфікаційні та інші ресурси самої супроводжувальної команди. З'ясовується діапазон майбутніх особистісних трансформацій агентів супроводу. Усе це сприяє постановці конкретних цілей супроводу та пошуку відповідних шляхів їх досягнення.

2. На операційно-інструментальному етапі апробуються засоби, прийоми, інструменти, практики супроводжувальної взаємодії. Усі ці форми роботи мають бути, по-перше, адекватними запитам і потребам реципієнта; по-друге, мають відповідати можливостям агентів; по-третє, мають враховувати обмеження, пов'язані з реальною життєвою ситуацією. У деяких випадках до інструментарію включається низка просвітницьких та психогігієнічних заходів, спрямованих на близьке оточення людини, що здійснює її підтримку. У результаті оцінки проміжних результатів розробляються інноваційні діагностичні прийоми та психоедукативні матеріали.

3. На спільотно-комунікативному етапі акцент робиться як на опосередкованості впливів через спільноти, так і на взаємодії професіоналів з різноманітними спільнотами, до яких уже залучена чи потенційно може бути залучена постраждала людина. Ідеться про реальні і віртуальні комунікативні мережі, групи взаємо- і самопомоги. Фахівці команди супроводу методично супроводжують певні цільові групи, здійснюють консультативну роботу, що підтримує мотивацію учасників процесу та сприяє переорієнтації практик подолання з деструктивних на конструктивні.

4. На оцінково-корекційному етапі здійснюється моніторинг ефективності взаємодії агента і реципієнта, аналізуються результати переінтерпретації та інтеграції травматичного досвіду. Відбувається коригування недостатньо ефективних та розроблення нових копінгів, що сприяють ресоціалізації постраждалих. Моделюються перспективи та визначаються подальші пріоритетні напрями соціально-психологічного супроводу. Названі компоненти моделі соціально-психологічного супроводу за певних умов стають етапами тривалого процесу супроводження постраждалого на шляху повернення до мирного життя [83, 17-18].

З поняттям соціально-психологічного супроводу пов'язаний процес психологічної реабілітації військовослужбовців. В.Алещенко зазначає, що психологічна реабілітація – частина загального реабілітаційного комплексу (разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності, відновлення (корекцію) самооцінки й соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, із психічними розладами, бойовими травмами й каліцтвами [3, 13].

Важливим компонентом моделі психологічної реабілітації є реалізація завдань психологічної реабілітації, які визначаються характером негативних психологічних наслідків ПТРС від з'ясування характеру та ступеню нервово-психологічних розладів до визначення індивідуально-особистісних особливостей реагування на отриману психологічну травму і відпрацювання

реабілітаційних заходів, вивчення динаміки змін психічних станів у процесі реабілітації; діагностика функціонального стану фізіологічних систем організму Специфічними завданнями ПР, що проводиться в зоні бойових дій, є: діагностика наявності, виду та рівня психічного розладу; евакуація військовослужбовців, яким потрібна госпіталізація для відновлення психічного здоров'я; нормалізація психічного стану, відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до рівня, що дозволяє виконувати бойові завдання; корекція самосвідомості, самооцінки, самопочуття і бойової мотивації військовослужбовців, які отримали психічні розлади, фізичні каліцтва; надання допомоги військовослужбовцям у їх підготовці до хірургічних операцій, в купіруванні больових відчуттів у поранених, швидкому поверненні психотравмованих військовослужбовців у бойовій стрій підрозділів [68].

В цілому серед основних мішеней психологічної реабілітації є: 1) стабілізація стану емоційної сфери, за рахунок зниження показників реактивної тривоги та депресивної симптоматики шляхом підвищення навичок саморегуляції та контролю емоційних проявів, що блокують переробку отриманої інформації; 2) трансформація дезадаптивної копінг-стратегії шляхом набуття навичок адаптивної моделі подолання стресових ситуацій; 3) корегування самооцінюючих установок за рахунок раціонального визначення суб'єктивних та об'єктивних чинників, що коливаються відчуття самоставлення; 4) формування конструктивної моделі соціальної взаємодії, за рахунок визначення фруструючих факторів, що знижують адаптаційний потенціал особистості.

Виділяють сім основних моделей психосоціальної реабілітації, які зазвичай розглядаються при плануванні лікування людей з серйозними психічними розладами, включаючи і ПТСР: здоров'я пацієнта і психологічне просвітництво; розвиток навичок самостійного життя та незалежності; забезпечення сприятливих житлових умов; розвиток навичок сімейних взаємин; розвиток соціальних навичок; професійна реабілітація; створення

індивідуалізованої програми надання пацієнту комплексної соціально-психологічної та психіатричної допомоги [17; 22].

Отже, психологічна реабілітація військовослужбовців після закінчення бойових дій виступає важливим компонентом психологічного супроводу соціалізації та адаптації до цивільного життя учасників бойових дій. Сьогодні напрацьований чималий досвід застосування сучасних терапевтичних підходів, серед яких можна виділити: майндфулнесс підхід, методи і техніки арт-терапії, сімейної терапії, тренінгові форми роботи, когнітивно-поведінкова терапія, консультування, релаксаційні, аутосугестивні, гіпносугестивні, психоосвітні технології та багато інших. Розглянемо більш детально деякі з них.

Сучасний підхід подолання деструктивного впливу стресу є тренінг посттравматичного зростання проводиться з особами, які зазнали фізичної та психологічної травми, насамперед це стосується людей із ампутованими кінцівками та онкохворих. Посттравматичне зростання корелює із психологічною пружністю, соціальною адаптованістю і позитивними емоціями. Відповідно, у результаті тренінгу відбувається когнітивне переосмислення травми, визначаються її позитивні впливи на світосприйняття людини та будується новий життєвий план. Ключовими темами тренінгу є: переосмислення особистістю власного сенсу життя та зміна життєвих пріоритетів; травма як джерело саморозвитку; формування нового образу Я і прийняття власного фізичного тіла.

Із переосмисленням сенсу життя тісно пов'язане одне із найпопулярніших нині у вітчизняній психотерапії поняття майндфулнесс (Mindfulness). У зв'язку із відсутністю однозначного його перекладу різними мовами, ми проаналізуємо його детальноше.

Фундатор програми зниження стресу шляхом усвідомленості (англ. Mindfulness-Based Stress Reduction), засновник і директор Клініки роботи зі стресом Медичного центру Університету Массачусетсу Дж. Кабат-Зінн (Jon Kabat-Zinn) визначає майндфулнесс як безоціночну обізнаність, що виникає в

результаті свідомого спрямування уваги на досвід, що розгортається у даний момент. У своїй праці «Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness» він стверджує: «Майндфулнесс може розглядатися як такий, що триває від одного моменту до іншого, не базована на міркуваннях обізнаність, що створюються завдяки спрямуванню уваги особливим чином: тобто на поточний момент, максимально без емоційно, але щиро» [107].

Інший дослідник, автор тренінгів асертивності, професор університету Торонто С.Бішоп дав наступне визначення: «Майндфулнесс – це самоскерування уваги на те, щоб вона базувалася на поточному досвіді з метою посилення розпізнавання психічних подій, що мають місце у даний момент ... йому притаманні такі якості як цікавість, відкритість, прийняття» [89]. Ключовими аспектами майндфулнесс є саморегуляція уваги (здатність бути уважним протягом тривалого часу та володіти навичками самоспостереження, даний аспект використовується як медитативна техніка, коли людина зосереджується на відчуттях власного тіла та на своєму диханні); орієнтованість на досвід (прийняття кожного моменту власного досвіду, під прийняттям мається на увазі відкритість до сприймання реальності у кожний конкретний момент, іншими словами, життя «тут-і-зараз»); часова стабільність і ситуативна специфічність (здатність до саморозвитку при збереженні своїх базових психологічних якостей).

Натепер у контексті майндфулнесс підходу виділено наступні терапевтичні програми: майндфулнесс базоване зниження стресу (MBSR), майндфулнесс базована когнітивна терапія (МВСТ), терапія прийняття та відповідальності (АСТ), діалектична поведінкова терапія (DBT), деактивація внутрішньої напруги (MDT), Моріта терапія, Хакомі терапія, адаптаційні практики, майндфулнессрелаксація, модель внутрішньосімейних систем.

Адаптаційні практики – психотерапевтичний напрямок, заснований у 1977 р. британським лікарем, фахівцем із когнітивно-поведінкової терапії, юнгіанського аналізу та східних практик К.Шерлоком (Clive Sherlock). Поєднуючи традиційну медицину і східну філософію (насамперед Буддизм)

він у 1975 р. стверджував, що медитація має бути частиною структурованих тренінгових програм для осіб із помірними емоційними та поведінковими проблемами, зокрема тих, хто страждає на біполярний розлад, велику депресію, панічні напади, obsесивно-компульсивний розлад і розлади харчової поведінки. Назвавши свій підхід адаптаційним, К.Шерлок під адаптацією розумів психологічний процес зміни атитюдів і звичок задля гармонійного пристосування до умов поточних ситуацій. Адаптація сприяє підвищенню мотивації та кооперації з іншими людьми задля досягнення поставлених людиною цілей та виявляється у змінах емоційного, а потім і когнітивного реагування на стресові ситуації. Наприклад, нав'язливі думки, надмірна заклопотаність і румінації негативно впливають на сприймання та пам'ять, вони зумовлені насамперед емоціями, а тому є частиною депресивних, тривожних і стресових розладів [29, 207].

Адаптаційні практики починаються із практикування усвідомлення (майндфулнессу). Проте адаптаційні практики працюють із фізичним аспектами основних емоцій, а тому можуть бути рекомендовані особам із вираженою депресією, тривожністю та агресивністю, незалежно від того, практикують вони майнфулнесс чи ні. К. Шерлок порівнював дію адаптаційних практик із регулярним фізичним навантаженням, оскільки під час занять фізичним вправами зростає фізична сила, а під час терапії – сила емоційна. Чим більш емоційно стабільною є людина, тим краща її резистентність до негативних впливів різноманітних стресів [29, 207]. Натепер адаптаційні практики є структурованою програмою самодисципліни. Заняття проводяться як очно, так і протягом Інтернет-сесій, Скайп і Фейсбук консультування.

Останнім часом почали активно використовувати арт-терапію у лікувально-реабілітаційній роботі з комбатантами, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів тощо. Це пов'язано з тим, що арт-терапія не має протипоказань і характеризується певними ознаками. На основі опрацювання наукової літератури до

найголовніших ознак віднесено такі: 1) сприяє розвитку уяви, творчому самовираженню, формує естетичний досвід, практичні навички образотворчої діяльності; 2) знімає втому, зменшує негативні емоційні стани й прояви; 3) створює позитивний емоційний настрій у групі; 4) дає змогу опрацювати думки й емоції, які в даний момент пригнічені та дає можливість їх трансформувати у позитивні; 5) дозволяє експериментувати з найрізноманітнішими відчуттями й виражати їх у соціально прийнятній формі; 6) створює належні умови для експериментування з кінестетичними й зоровими відчуттями, стимулює розвиток правої півкулі головного мозку, що відповідає за інтуїцію й орієнтацію в просторі та формує сенсомоторні уміння; 7) полегшує процес налагодження міжособистісної взаємодії з іншими людьми; 8) підвищує адаптаційні можливості людини до повсякденного життя; 9) сприяє формуванню позитивних емоцій та розвиває емпатію; 10) дає змогу спокійно розглянути та обговорити реальні проблеми, які складно обговорювати; 11) розвиває відчуття внутрішнього контролю; 12) допомагає під час корекції різних розладів і відхилень; 13) стимулює внутрішні механізми саморегуляції і зцілення, опираючись на здоровий потенціал особистості; 14) дає змогу вибудовувати міжособистісні взаємини на основі любові у сім'ї [7].

Науковці по-різному трактують арт-терапію. Виходячи із вагомості зарубіжного досвіду впровадження арт-терапії в Американській і Британській школах, вважаємо за доцільне, насамперед, проаналізувати основні підходи яскравих представників цих шкіл до самої дефініції «арт-терапія». Так, засновниця арт-терапевтичного напрямку в США М. Наумбург характеризує арттерапію як «техніку, що дає змогу людині виражати внутрішньопсихічні конфлікти у візуальній формі і поступово переходити до їх усвідомлення і вербалізації» [7, 216]. Протилежної думки притримується Е. Крамер. Художній педагог за освітою, вона вважає, що арт-терапія «впливає таким чином, що продукт образотворчої діяльності сублімує агресивні тенденції автора й попереджає тим самим їх безпосередній прояв у

вчинках» [7, 216]. Актуальним є підхід М. Лібман [111], яка під поняттям арт-терапії розуміє ефективне використання засобів мистецтва з метою передачі почуттів, що застосовується для зміни структури її світовідчуття.

Аналіз літературних джерел дає підставу встановити, що арт-терапію у наукових працях найчастіше розглядають як особливу форму психотерапії та інноваційну освітню і реабілітаційну технологію, на основі використання візуального, пластичного мистецтва, що передбачає сукупність методик, які створюють належні умови для лікування і адаптації людини у соціумі.

Застосування арт-терапії у процесі реабілітації, реадптації військовослужбовців-учасників бойових дій як інноваційної технології допоможе вирішити низку завдань, оскільки арт-терапія поліфункціональна. Представимо загальні позитивні можливості допоміжних арттерапевтичних технологій під час організації реабілітаційної діяльності військовослужбовців, які були учасниками військових операцій (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Характеристика комплексних арт-терапевтичних технологій

Види арттерапевтичних технологій	Цілі	Переваги	Можливості
Ігрова терапія – метод психотерапевтичного впливу на людей з використанням гри	Зростання, розвиток, реалізація внутрішнього потенціалу; розв’язання складних життєвих ситуацій, змодельованих у ігровому процесі	Ефективна при лікуванні психоемоційних розладів, допомагає висловлювати свої конфлікти, переживання і почуття	Запобігає розвитку нервовопсихічних патологій (зняття внутрішньої напруги, зменшення тривожності, страхів, фрустрації, агресії, недовіри та ворожості до оточення; корекція поведінкових розладів (девіацій)

Продовження таблиці 3.10

Музикотерапія – напрям психотерапії, що об'єднує ідеї гуманістичної особистісно орієнтованої педагогіки з окремими психотерапевтичними технологіями; використовується як поняття, що дає змогу об'єднати «музику» і «терапію»	Управління психічним станом людини, «лікування», соціалізація	Дає змогу розвивати образний тип мислення; активізувати або розслабити людину; позитивно впливає на психоемоційний стан людини	Активізація розумової діяльності, підвищення працездатності, самооцінки, емоційної саморегуляції, особистісний розвиток, корекція міжособистісних стосунків, розвиток самоконтролю, уваги, рефлексії, емпатії
Казкотерапія – один із креативних методів, що передбачає процес активізації ресурсів та особистісний потенціал людини	Відновлення душевної рівноваги, втеча від дійсності; вирішення конкретних проблем	Дає можливість діагностувати проблеми; допомагає в пошуку шляхів розв'язання особистих проблем	Сприяє розвитку естетичних почуттів; формує «етичний імунітет»; підтримує «імунну пам'ять»
Пісочна терапія – один із методів, що виник у межах аналітичної терапії К. Юнга; спосіб позбавлення від внутрішнього напруження, який суттєво підвищує впевненість людини у собі та відкриває нові шляхи для ефективного розвитку	Відновлення цілісності; створення комфортних умов для розвитку; зменшення внутрішньої напруги	Запобігає швидкій втомлюваності, зниженню працездатності; допомагає формувати позитивноемоційне ставлення до інших людей, оточення в цілому; встановлювати довірливі стосунки у групі; підвищує самооцінку; покращує психологічне самопочуття	Розвиток «тактильної чутливості», пізнавальних функцій, мови, моторики; «заземлення» негативної енергії; прояв творчої активності

Театральна терапія – один з методів психологічної роботи, що передбачає використання можливостей театру для досягнення позитивних змін в емоційному, інтелектуальному та особистісному розвитку людини	Розвиток вербальної та невербальної комунікації; ослаблення соціальних фобій; поліпшення саморефлексії самодисципліни і почуття відповідальності; розвиток творчих здібностей;	Допомагає вільно володіти своїм тілом, не соромлячись його; звільнитися від внутрішніх утисків; втілювати через гру ідеї і мрії; розв'язувати характерологічні конфлікти; знімати психологічну напругу	Знімає напругу, дає змогу проявляти і розвивати уяву, варіативність мислення; допомагає адаптуватися; підвищує впевненість у собі; контроль над позитивними і негативними емоціями
Танцювально-рухова терапія – використовує рух для розвитку соціального, когнітивного, емоційного й фізичного життя людини	Пізнання себе, своїх особливих індивідуальних якостей; можливість розширити уявлення про самого себе, знайти нові шляхи вираження і взаємодії з іншими людьми	Передбачає доступність. Головна увага акцентується на вираженні людиною власних емоцій і почуттів під час руху, передбачає абсолютну свободу рухів	Зменшує напругу, тривожність, агресивність; сприяє ефективній взаємодії з собою, світом, людьми; встановленню контактів з оточуючими; допомагає усвідомити свої і чужі бажання, почуття, вчинки, за допомогою аналізу рухів; проявляти індивідуальність, щирість, сприймати себе

Джерело: [7, 172-174]

Повертаючись до мирного життя, військовослужбовець, що брав участь у військових операціях, часто продовжує залишатися адаптованим до бойової ситуації, зберігає ту функціональну систему психічних реакцій, яка була сформована під впливом стрес-факторів війни. У результаті виникає немотивована агресія по відношенню до близьких рідних (сварки та бійки у сім'ї, зниження життєвого тону, порушення сну, перепади настрою,

почуття провини тощо). Саме так характеризують ПТСР, і без комплексної реабілітації, складовими якої є соціально-психологічна допомога, сімейна психотерапія, не обійтися.

Американські дослідники [127] серед завдань психологічної допомоги сім'ям ветеранів, які були учасниками бойових дій наголошують на таких: 1) подолання у ветерана ідентифікації з образом «пацієнта» в сім'ї, стану депресії, емоційної і соціальної відчуженості, неадекватних реакцій (прояв відстороненості) на хворобу і горе інших членів сім'ї; 2) подолання випадків насильства в сім'ї (з 600 обстежених ветеранів, кожен третій здійснював акти насильства по відношенню до інших членів сім'ї), зловживання алкоголем і наркотиками, прагнення до тривалої відсутності в сім'ї; 3) подолання небажання ветерана розповідати про свій військовий досвід, зменшення психологічної дистанції між ветераном і дітьми, поліпшення відносин між подружжям; 4) психологічна допомога жінкам ветеранів, надання взаємопідтримки в сім'ї.

Різка зміна соціального статусу і матеріального становища сім'ї (нерідко в поєднанні з побутовою невлаштованістю), тяжкий психологічний стан глави сім'ї не можуть не позначитися на всіх її членах. Наукові дослідження, проведені в останні роки [6], підтверджують, що потрібно надавати соціально-психологічну допомогу не тільки колишньому військовослужбовцю або ветерану «гарячих точок», а й усім його близьким: батькам, дружині, дітям. Саме тому сімейна психотерапія є надзвичайно актуальною для позитивної адаптації як самого військовослужбовця-учасника бойових дій, так і всієї родини: як до умов несення військової служби, так і до мирних умов життєдіяльності

Надзвичайно важливі для психосоціальної адаптації травмованих військовослужбовців-учасників бойових дій їхні відносини в сім'ї. Дослідники [16] виділяють два аспекти роботи з сім'ями учасників бойових дій – роботу з ними як з одним із найбільш важливих і значущих чинників психореабілітації і психологічної допомоги комбатантам, які повернулися з

війни; надання безпосередньої психологічної допомоги самим членам сімей військовослужбовців.

Аналіз праць зарубіжних дослідників дав змогу Ю. Бриндікову сформулювати цілі сімейної психотерапії з сім'ями військовослужбовців учасників бойових дій (табл. 3.11).

Таблиця 3.11

Цілі сімейної психотерапії з різних наукових підходів

Автор	Цілі сімейної психотерапії
Е. Ейдеміллер	Об'єднання психотерапевта з сім'єю; засвоєння і підтримка процесів, які забезпечують збереження звичного функціонування сімейних підсистем, розподіл ролей і меж між підсистемами; створення фрустрації для ініціювання переходу сім'ї на інший, більш складний рівень функціонування
Д. Фрімен	Поліпшення внутрішньосімейних стосунків; зміна позиції, за якої провина за сімейні проблеми покладається на когось одного; формування більш гнучкого відношення до лідерства; розвиток взаєморозуміння і емпатії; прийняття існуючих відмінностей; вдосконалення навичок індивідуального і спільного вирішення проблем; розвиток здатності до інтроспекції та аналізу своїх потреб; зміцнення незалежності; досягнення балансу між прагненням членів сім'ї до незалежності і бажанням до згуртованості – з іншого
О. Черников	Зміни в структурі сім'ї (з урахуванням типів згуртованості, гнучкості, кордонів сім'ї); допомога сім'ї у вирішенні завдань і вимог певного життєвого циклу і забезпечення успішного переходу на наступну стадію розвитку; зміна характеру комунікацій у сім'ї (створення системи з позитивним зворотнім зв'язком); робота з сімейною історією допомагає розблокувати сімейну систему і отримати доступ до сімейних секретів

Джерело: [7, 226-227]

Отже, особливим видом психотерапії визначено сімейну терапію, спрямовану на корекцію міжособистісних відносин, що має на меті усунення емоційних розладів у сім'ї, найбільш виражених у військовослужбовців, які виконували бойові завдання. Увага зосереджена на мультимодальній формі сімейної психотерапії, яка передбачає індивідуальне та сімейне

консультування, групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами, заняття з різними сімейними парами.

Психотерапевтичні методи лікування потребують від клініцистів досить великого професіоналізму, досвіду та відповідної спеціалізації. Науково доведеним та обґрунтованими методом психотерапевтичного лікування наслідків бойового стресу є травмофокусована, когнітивно-біхевіоральна терапія та десенсибілізація і перероблення травми рухами очей [92].

Травмофокусована когнітивна поведінкова терапія включає в себе: психоосвіту з питань реагування на травматичні події, стратегії управління поведінкою; реструктуризацію понять, пов'язаних з травмою; роботу над емоціями, роботу з травматичними спогадами, які пов'язані з травмою; допомогу в подоланні поведінки уникнення; підтримку у відновленні адаптації. Десенсибілізація і корекція переробки інформації за допомогою руху очей спрямована на виявлення і терапію важких спогадів за допомогою візуальних зображень; формування позитивного мислення [127].

Когнітивна психотерапія дозволяє поєднати роботу з актуальними життєвими труднощами та поведінковими патернами постстресових розладів та роботу з їх внутрішніми психологічними джерелами (глибинними переконаннями та уявленнями). В якості основного психологічного механізму непсихотичних психічних розладів в когнітивній психотерапії розглядається так зване негативне мислення, яке виражається в схильності хворих визначати все, що відбувається з ними в поганому ключі. Робота над таким способом мислення вимагає значної індивідуальної роботи, вона спрямована на розвиток більш оптимістичного та реалістичного погляду на себе, на соціум та на майбутнє [93].

Одним з основних методів роботи, який представляє собою реабілітацію осіб постраждалих внаслідок бойового стресу є психологічний дебрифінг. Дебрифінг проводиться індивідуально або з групами людей, які зазнали стресової або трагічної події. Бажано, при цьому, щоб люди, які

беруть участь в даному процесі (дебрифінгу), пережили одну і ту ж ситуацію. Метою дебрифінгу є мінімізація небажаних психологічних наслідків, а також попередження розвитку ПТСР [95]. Проводиться дебрифінг, як правило, «по гарячих слідах» конкретної події, тобто відразу після закінчення впливу стресора, в формі групової дискусії під керівництвом підготовленого професіонала. Поставлена мета досягається шляхом: опрацювання вражень і емоцій всіх учасників; зменшення тривоги і напруженості кожного, за рахунок промовляння власних почуттів; посилення групової солідарності і згуртованості; підготовки учасників до правильного сприйняття свого подальшого стану і використання різних стратегій психологічної допомоги.

Отже, сучасні терапевтичні підходи з подолання наслідків стресу і стресових розладів військовослужбовців засновані на тезах про ресурсний і адаптаційний потенціал особистості, усвідомлення власних емоційних і фізичних станів, орієнтованість особи до особистісного і духовного досвіду.

У третьому розділі розглянуто практичні аспекти дослідження соціалізації та адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій.

1. Основними параметрами і психодіагностичними методиками емпіричного дослідження виступили: 1) особливості внутрішньо-особистісних ресурсів успішності соціалізації і адаптації учасників бойових дій: рівень психологічного благополуччя, рівень життєстійкості, копінг-стратегії; 2) психоемоційний стан військовослужбовців і наявність симптомів ПТСР; 3) рівень адаптованості УБД до умов цивільного життя; 4) оцінка впливу психоемоційного стану і наявності симптомів (або підозри на діагноз) ПТСР на соціалізацію і адаптацію військовослужбовців після закінчення бойових дій. Результати дослідження вказують на те, що участь у бойових діях і як наслідок психологічна травматизація впливають на емоційний стан військовослужбовців, який виражений у підвищенні тривожності, напруженості, зниженні соціальної і психологічної адаптації, хоча учасники бойових дій переважно орієнтовані на копінг-стратегію, що спрямована на

вирішення проблем на раціональному і когнітивному рівнях із значним показником зняття напруги за рахунок емоційного відреагування.

2. Проаналізовано сучасні підходи психологічного супроводу соціальної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій. Доведено, що соціально-психологічний супровід сприяє психологічній декомпресії, забезпечуючи умови для реадaptaції військовослужбовця завдяки ефективній взаємодії як із спеціалістами, так і з громадами, сім'єю, родичами, колегами, друзями. Соціально-психологічний супровід передбачає використання: а) комунікативних практик поліпшення взаємодії агента і реципієнта; б) мультидисциплінарних заходів, що забезпечують взаємодію спільнот, їхню готовність до надання підтримки, залучення постраждалої особистості до спільнотного життя; в) фасилітацію само- і взаємодопомоги, спрямованої на відновлення психологічного здоров'я та реінтеграцію в суспільне життя. Виділено наступні етапи психологічного супроводу соціальної адаптації учасників бойових дій: діагностико-цільовий, операційно-інструментальний, спільнотно-комунікативний, оцінково-корекційний. З поняттям соціально-психологічного супроводу пов'язаний процес психологічної реабілітації військовослужбовців. Розглянуто деякі сучасні підходи психологічного супроводу військовослужбовців: майндфулнесс підхід, методи і техніки арт-терапії, сімейної терапії, тренінгові форми роботи, когнітивно-поведінкова терапія, консультування, релаксаційні, аутосугестивні, гіпносугестивні технології та багато інших.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз проблеми соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій і результати емпіричного дослідження дозволили узагальнити наступні висновки.

1. Визначено специфіку соціалізації та адаптації військовослужбовців-учасників бойових, яка полягає в наступних положеннях: соціалізація представляє собою процес перетворення засвоєних цінностей, норм і моделей поведінки в суб'єктивно або об'єктивно нових соціальних умовах як ресоціалізація; адаптація військовослужбовця відбувається як процес пристосування до нової ситуації соціальної взаємодії і психологічних взаємин в суспільстві, спільноті, значимими іншими, яку можна визначати як реадаптацію або реінтеграцію; соціалізація та адаптація учасників бойових дій представлені як взаємозалежні складові соціальної адаптації військовослужбовця після закінчення бойових дій; соціальну адаптацію треба розглядати в наступних контекстах: а) соціокультурному як прийняття або переоцінку цінностей, норм і моделей поведінки в колишньому або новому середовищі; б) професійно-освітньому як відновлення або входження в систему професійно-трудова відносин; в) соціально-психологічному як відновлення або створення соціальних і психологічних взаємин із значимими людьми.

2. Виділено психологічні чинники і умови соціалізації та адаптації військовослужбовців після закінчення бойових дій серед яких: 1) суб'єктивні і об'єктивні фактори, що розкривають психологічні особливості адаптаційного процесу учасників бойових дій, виділяючи внутрішньо-психологічні, індивідуальні особливості і зовнішні психологічні фактори, пов'язані із впливом соціального оточення і середовища; 2) чинники сімейної адаптації, спрямовані на подолання кризових емоційних станів УБД і членів їхніх родин; 3) внутрішньо особистісні психологічні чинники, які

представляють собою адаптаційний ресурс і властивості особистості учасника бойових дій, що дозволяють успішно пройти процес соціалізації та адаптації: психологічне благополуччя, копінг-стратегії, життєстійкість, резильєнтність, посттравматичне зростання; 4) психоемоційний стан учасника бойових дій, його емоційні реакції на травмівний досвід.

3. Проаналізовано особливості психологічної травматизації військовослужбовців і її вплив на процеси соціалізації та адаптації після закінчення бойових дій: по-перше, участь у бойових діях виступає надзвичайним стресором, що знаходить відображення в формуванні бойового стресу, симптоми якого виявляються на когнітивному, емоційному і поведінковому рівнях; по-друге, інтенсивність і тривалість стресогенних чинників формує кумулятивний бойовий стрес, що призводить до психологічної травматизації військовослужбовців; по-третє, бойовий стрес і тривала дія психотравмуючих чинників, пов'язаних із активними бойовими діями, сприяють виникненню невротичних і гострих стресових реакцій, пролонгована дія яких може проявитися у вигляді посттравматичного стресового синдрому (ПТСР); по-четверте, пролонговані прояви посттравматичних стресових розладів ускладнюють і перешкоджають соціалізації і адаптації військовослужбовців до умов цивільного життя – відновлення і встановлення соціальних контактів і дружніх та близьких стосунків, професійного статусу і повсякденних соціально-побутових практик, тобто формують стан дезадаптації.

4. Розглянуто негативні психоемоційні стани військовослужбовців та їх вплив на соціалізацію та адаптацію після закінчення бойових дій. Гострота негативних і деструктивних психоемоційних станів варіюється від помірно депресивних до інтенсивних емоційних реакцій (психологічні реакції, дезадаптивні реакції, гострі афективні реакції, психоневротичні реакції, патохарактерологічні реакції, гострі реактивні реакції) і посттравматичного стресового розладу, які ускладнюють або зовсім унеможливають соціальну і психологічну адаптацію до умов цивільного життя. Якщо адаптація до умов

цивільного життя проходить із більшими ускладненнями, за певних ознак можна стверджувати про дезадаптацію, яка характеризується окремими відхиленнями в поведінці і переживаннями суб'єкта, пов'язаними з недостатньою ресоціалізацією, соціально-неприйнятними установками особистості, отриманими під час військової служби, різкою зміною умов існування, розривом значущих міжособистісних відносин, неможливістю займатися звичною роботою чи продовжувати навчання тощо. Патологічне і пролонговане протікання дезадаптації виступає як симптоматичний прояв посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

5. За результатами психодіагностичного дослідження впливу психоемоційного стану військовослужбовців на процес ресоціалізації і реадaptaції було зроблено наступні висновки: по-перше, у всій групі опитаних переважає рівень психологічного благополуччя нижче середнього, а серед низьких показників більше всього мають такі складові як особистісне зростання, управління середовищем і цілі в житті; по-друге, емоційний стан пов'язаний з одного боку із переживанням тривожності, фрустрації і напруженості та переважанням позитивного афекту з іншого, що може виступати як ресурс оптимістичної спрямованості у майбутнє; по-третє, резилієнс особистості учасників бойових дій як ресурс соціальної адаптації представлений середнім рівнем життєстійкості із домінуванням стратегій подолання труднощів і впливу стресогенних факторів (копінг-стратегій) амбівалентної спрямованості: з одного боку – уникання негативних переживань і високий рівень самоконтролю (як стримування емоцій), з іншого – потреба в соціальній підтримці і намагання знайти в ситуації, що склалася, позитивних аспектів та стимулів для особистісного зростання; по-четверте, високий рівень підозри на наявність ПТСР (майже половина респондентів) свідчить про ускладнення соціальної адаптації. Таким чином, процес соціалізації та адаптації військовослужбовців значно залежить від їхнього психоемоційного стану і проявів симптомів ПТСР.

6. Розглянуто сучасні підходи психологічного супроводу, психологічної реабілітації і подолання наслідків стресу і стресових розладів, які засновані на тезах про ресурсний і адаптаційний потенціал особистості, усвідомлення власних емоційних і фізичних станів, орієнтованість військовослужбовця-учасника бойових дій до особистісного і духовного досвіду: 1) підхід майндфулнесс основними положеннями якого є переосмислення особистістю власного сенсу життя та зміна життєвих пріоритетів; травма як джерело саморозвитку; формування нового образу Я і прийняття власного фізичного тіла; 2) арт-терапія у лікувально-реабілітаційній роботі з комбатантами, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів тощо; 3) сімейна терапія як робота з сім'ями учасників бойових дій як з одним із найбільш важливих і значущих чинників психореабілітації і психологічної допомоги військовослужбовцям, які повернулися з війни; надання безпосередньої психологічної допомоги самим членам сімей військовослужбовців; 4) адаптаційні практики на основі когнітивно-поведінкової терапії, юнганського аналізу та східних медитативних практик.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Коқун О.М., Герасименко М.В., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 156 с
2. Акименко Ю., Сила Т. Як допомогти родині учасника бойових дій: методичний посібник для соціальних працівників і психологів. Чернігів : Десна Поліграф, 2017. 144 с.
3. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. *Психологічний журнал*. 2019. №3. С. 9-21.
4. Артеменко А., Батаєва К. Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС: монографія. Харків: Видво ХГУ «НУА», 2022. 192 с.
5. Блінов О.А. Опитувальник бойового стресу Блінова О. А. (ОБСБ): наук. Київ: Талком, 2019. 36 с.
6. Бриндіков Ю. Л. Шляхи подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців: соціально-психологічні аспекти. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2016. Том ІХ. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Вип. 8. С. 72–82.
7. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. ...д.пед.наук; 13.00.05 – соціальна педагогіка. Хмельницький, Тернопіль, 2018. 559 с.
8. Буряк О.О., Гіневський М.І. Соціальна адаптація армії України до нових умов існування. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2014. Вип. 4. С. 160–166.

9. Буряк О.О., Гіневський М.І., Катеруша Г.Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. Х.*, 2015. Вип. 2. С. 176–181

10. Буряк О.О., Гіневський М.І., Катеруша Г.Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил.* 2015. №3. С. 137–141.

11. Василенко С.В. Особливості впливу стресогенних умов професійної діяльності на психіку військовослужбовців збройних сил України. *Вісник Національного університету оборони України.* 2020. №1 (54). С. 45-50.

12. Вдовиченко Т. Соціальна та професійна адаптація звільнених військовослужбовців як об'єкт фінансового забезпечення. *Світ фінансів.* 2017. № 1 (50). С. 166–180.

13. Гаврилькевич В., Фірстова О. Емоційні стани особистості: теоретичне дослідження феномену. *Науковий журнал «Психологічні травелогі».* 2023. № 2. С. 41-50.

14. Галецька І. Психологічні чинники соціальної адаптації. *Соціогуманітарні проблеми людини.* 2005. № 1. С. 91–100.

15. Головська І.Г., Почепцова Д.О. Дослідження та корекція впливу екстремальних умов на емоційну сферу особистості. *Габітус.* 2022. Випуск 38. С. 54-58.

16. Грига І. М., Пінчук І. М., Семигіна Т. В. Соціальні служби – родині: розвиток нових підходів в Україні; ред. І.М. Григи, Т. В. Семигіної. К. : НУКМА, 2002. 128 с.

17. Гриневич Є.Г., Маркова М.В., Кожина Г.М., Перший В.С. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів. *Медична психологія.* 2013. № 1 (29). С. 76-82.

18. Грицук О.В. Емоційні стани студентів як метакогнітивне утворення. *Наука і освіта*. 2014. №6. С. 30-34.
19. Грінченко М. Феномен соціалізації молоді в умовах інформаційного суспільства. *Зб. наук. пр. Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка*. 2016. Вип.1. С. 70–79.
20. Гуцуляк Н.М., Корнівська М.М., Матейчук Н.Г. особливості соціально-психологічної реадаптації демобілізованих учасників АТО. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2018. № 1 (12). С. 17-26.
21. Дворецький В.П. Динаміка розвитку посттравматичних стресових розладів в учасників бойових дій. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції* : матеріали міжвідом.наук.-практ. конф. (Київ, 30 берез. 2016 р.) : у 2 ч. / [ред. кол.: В.В. Черней, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. Ч. 2. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2016. С. 23-26.
22. Друзь О.В., Гриневич Ю.Г., Черненко І.О. Комплекс методів, процедури та алгоритм психотерапії в структурі диференційованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації у учасників локальних бойових дій. *European multi science journal*. 2018. № 22. С. 5-11.
23. Еверт О.В. Специфіка негативних психічних станів військовослужбовців, що виникають під впливом екстремальних умов службової діяльності. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2018. Т.6. Вип. 14. С. 308-314.
24. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. проф. І.Д. Зверєвої. Київ; Сімферополь: Універсум, 2013. 536 с.
25. Жигайло Н. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. Вип. 13. С. 64–70.

26. Журавльова Л., Кротюк К. Особливості ціннісно-сислової сфери військовослужбовців з різним досвідом участі в бойових діях. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2020. Випуск 10 (55). С. 26-36.

27. Журавльова Л.П. Психологія емпатії: монографія. Київ: ЖДУ ім. І.Франка, 2007. 328 с.

28. Захаріна Т. Реінтеграційний потенціал ветеранів як чинник успішної їх реінтеграції в соціум. *Social Work and Education*. 2023. Vol. 10, No. 3. pp. 263-275.

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

30. Каргіна Н.В. Ресурси та чинники психологічного благополуччя особистості: дисертація ...канд. психол. наук за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського», Одеса, 2018. 270 с.

31. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 216 с.

32. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності : монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265 с.

33. Колесніченко О.С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Харків: ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.

34. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 17. С. 104–111.

35. Костючков С.К. Нейрокогнітивний хакінг як елемент «дестабілізаційної змії» у контексті сучасної гібридної війни. *Вісник Львівського університету. Серія філософсько-політологічні студії*. 2020. Вип. 30. С. 161–169.

36. Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Харків: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.

37. Красильщиков А.Л. Соціальна адаптація звільнених у запас військовослужбовців (проблеми та досвід їх вирішення в Україні та зарубіжних країнах). *Демографія та соціальна економіка*. 2005. № 2. С. 117-125.

38. Кудренко О.В., Афанасенко В.С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*. 2018. № 2 (31). С. 137–144.

39. Кузнєцова Л.Є. Теоретичні моделі формування і корекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2018. № 33 (219). С. 75–79.

40. Кучеренко С.М., Хоменко Н.М. Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць*. Вип. 21. Харків : НУЦ-ЗУ, 2017. С. 66–74.

41. Літвякова І.А., Ханецька Н.В. Дослідження впливу емоцій на стан особистості. *Молодий вчений*. 2017. № 11 (51). С. 806-809.

42. Лукашевич М.П. Соціалізація: виховні механізми і технології. Київ: ІЗМН, 1998. 112 с.

43. Лукашенко М. Ю. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій : зарубіжний досвід. *Юридична психологія*. 2018. № 2. С. 48–58.

44. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128–140.
45. Максименко С.Д., Максименко К.С., Папуча М.В. Психологія особистості / за ред. С.Д. Максименка. Київ : ТОВ «КММ», 2007. 296 с.
46. Мельник О.В. Вікові особливості адаптації учасників бойових дій : автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.07 / Ін-т психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2019. 20 с.
47. Невмержицький В.М. Психологічні детермінанти адаптації військовослужбовців строкової служби до особливих умов діяльності: дис. канд. псих. наук : 19.00.07 / Володимир Максимович Невмержицький; Військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України Київ: ВГІ НАОУ, 2002. 231 с.
48. Олексюк Н. Позитивна спрямованість сімейних взаємин як вагомий чинник життєдіяльності сімей військовослужбовців Збройних Сил України. *Проблеми сучасної психології*. 2009. Вип. 4. С. 249–258.
49. Орловська О. Психологічні чинники сімейної адаптації учасників бойових дій. *Актуальні проблеми психології*. 2016. Т.1. №54. С. 100-105.
50. Орловська О.А. Посттравматичний стресовий розлад учасника бойових дій та сімейна адаптація. *Габітус*. 2020. Вип. 15. С. 251-255.
51. Орловська О.А. Сімейна адаптація учасників бойових дій: проблема психологічних чинників. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 6. Т. 1. С. 132-136.
52. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посібник/за заг. ред. Н. Пророк. Т. 1. Київ, 2018. 208 с.
53. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посібник/за заг. ред. Л. Царенко. Т. 2. Київ, 2018. 240 с.
54. Павлик Н. Психологічна адаптація особистості в екстремальних умовах військової діяльності. *Наук.-дослід. центр гуманітарних проблем Збройних Сил України*. 2005. Т. 8. № 4. С. 37–41.

55. Пирог Г.В., Шмиглюк О.Г., Горбачук Ю.О. Особливості психологічних станів учасників антитерорестичної операції / операції об'єднаних сил. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. Т.2. №3. С. 130-134.

56. Приходько І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2018. Вип. 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2018_1_13.

57. Приходько І.І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2021. № 1 (64). С. 193–215.

58. Приб Г.А., Бегеза Л.Є., Раєвська Я.М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців/ветеранів: проблематика вивчення. *Габітус*. 2022. Випуск 35. С. 159-163.

59. Приб Г.А., Раєвська Я.М., Бегеза Л.Є. Соціально-психологічні особливості адаптації особистості в умовах бойових дій. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Том 33 (72). № 2. С. 104-109.

60. Профілактика та вирішення конфліктів у сім'ях військовослужбовців : методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2023. 115 с.

61. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції : матеріали міжвідом.наук.-практ. конф. (Київ, 30 берез. 2016 р.) : у 2 ч. / [ред. кол.: В.В. Черней, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. Ч. 2. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2016. 183 с.

62. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М.І. Мушкевич, Р.П. Федоренко, А.П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М.І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.

63. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб. / [Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко ; за заг. ред. Н. Гусак] ; Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». Київ : НаУКМА, 2017. 92 с.

64. Пузирьов Є.В., Ізвєков В.В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Том 34 (73). № 1. С. 203-209.

65. Радько О.В. Феномен психологічного благополуччя особистості в сучасній психології та його компоненти: теоретична модель. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 6. Т.1. С. 148-152.

66. Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи : Тези доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції. Хмельницький, 2018. 232 с.

67. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології. Київ : Кондор, 2005. 280 с.

68. Сафін О.Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції. *Наука і оборона*. 2016. № 1. С. 24–30.

69. Соколова І.М., Шайхлісламов З.Р., Ладика М.С. Вплив умов бойових дій на психологічний клімат сім'ї. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Том 33 (72). № 5. С. 54-59.

70. Сукіасян С.Г., Тадевосян М.Я. Бойовий стрес і органічне ураження головного мозку: варіант динаміки посттравматичного стресового розладу. *Журнал неврології та психіатрії*. 2020. № 120 (9). С. 19–27

71. Титаренко Т. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації. Монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

72. Титаренко Т.М., Дворник М.С., Климчук В.О. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практ. посіб. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

73. Тополь О.В. Соціально–психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки.* 2015. № 124. С. 231–232.

74. Тютюнник Л.Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць.* 2020. Вип. 2 (55). С. 106–115.

75. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї : навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2015. 364 с.

76. Харченко С.Я. Соціалізація дітей та молоді в процесі соціально-педагогічної діяльності: теорія і практика: монографія. Луганськ: Альма-матер, 2006. 320 с.

77. Черненко І.О. Психофармакотерапія в структурі диференційованих індивідуалізованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації у учасників локальних бойових дій. *Архів психіатрії.* 2018. № 95. С. 182-186.

78. Числіцька О.В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців, що приймали участь у бойових діях (антитерористичній операції). *Вісник Національного університету оборони України.* 2015. №3 (46). С. 338-343.

79. Чиханцова О. Життестійкість самодетермінованої особистості. *Психологія обдарованості.* 2019. С. 368-375.

80. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки.* 2022. № 1 (6). С. 476–486.

81. Шклярська О. Психологічна пружність - запорука виживання під час війни. URL: http://www.aratta-ukraine.com/text_ua.php?id=3373.

82. Яблонська Т. М., Дембицька Н. М. Адаптація до цивільного життя військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали II Міжнар. наук-практ. конф. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка 2017. С. 193–200.

83. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціальнопсихологічний супровід : практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко, М.С. Дворник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 154 с.

84. Яровий В.В. Професійна реінтеграція учасників бойових дій: український і міжнародний досвід. *Особистість в екстремальних умовах*. Матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції, 2017. С. 140–143.

85. Anderson M. L., Goodman J., Schlossberg N.K. Counseling adults in transition: Linking Schlossberg's theory with practice in a diverse world, 4th Ed. New York: Springer Publishing Company, LLC., 2012. 324 p.

86. Applebaum A., Pomerantsev P., Gaston S., Montague M., Gumenyuk N., Barbieri J., Oliinyk A., Lemishka O., & Hrytsak Y. From «Memory Wars» to a Common Future: *Overcoming Polarisation in Ukraine*. LSE–Arena, July 2020. Accessed November 26, 2020. URL: <https://www.lse.ac.uk/iga/assets/documents/ArenaLSE-From-Memory-Wars-to-aCommon-Future-Overcoming-Polarisation-in-Ukraine.pdf>.

87. Basowitz H., Persky H., Korchin Sh., Grinker R. Anxiety and stress: an interdisciplinary study of a life situation. New York: McGraw-Hill, 1955. 243 p.

88. Berkowitz L. Frustrations, appraisals, and aversively stimulated aggression. *Aggressive Behavior*. 1988. Vol.14. P. 3-11.

89. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004. Vol. 11. P.230–241.
90. Blackburn D. Transitioning from Military to Civilian Life: Examining the Final Step in a Military Career. *Canadian Military Journal*. 2016. №16(4). P. 53–61.
91. Bonanno G.A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive .After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, Issue 1. P. 20.
92. Cahill S.P. Effect of cognitive-behavioral treatments for PTSD on anger. *J Cogn Psychother*. 2015. № 17 (2). P. 13-31
93. Clarke S.B., Rizvi S.L., Resick P.A. Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behav Ther*. 2009. № 39 (1). P. 72-78.
94. Cohen R., Ahearn F. Handbook for Mental Health Care of Disaster Victims. Baltimore and London: John Hopkins University Press. 1980. 654 p.
95. Dekel R. Couple forgiveness, self-differentiation and secondary traumatization among wives of former POWs. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2010. № 27(7). P. 924- 937.
96. Esser H. (2006, december). Migration, Language and Integration. AKI Research Review 4. Programme on Intercultural Conflicts and Societal Integration (AKI). Social Science Research Center Berlin. URL: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/iv06-akibilanz4b.pdf>.
97. Facilitator Guide MHPSS in Complex Emergencies Training Course. Psychological First Aid : Training materials. 2016. 22 p.
98. Feinstein A., Dolan R. Predictors of posttraumatic stress disorder following physical trauma: an examination of the stressor criterion . *Psychol. Med*. 1991. № 21. P. 85-91.

99. Forbes D., Creamer M., Phelps A. et al. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 41, issue 8, P. 637-648.
100. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Wiley, 2002. 400 p.
101. Green B.L. et al. Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam Veterans. *Am J. Psychiatry*. 1990. V. 147. P. 729-733.
102. Haan N. Coping and defending. Processes of self-environment organization. New York: Academic Press, 1977. 346 p.
103. Helgeson V. S. Reynolds K. A., Tomich P. L. A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006. Vol. 74(5). pp. 797–816.
104. Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. Vol. 11. P. 213-218.
105. Jones F., Bright J., Clow, A. Stress: Myth, Theory, and Research. Harlow : Pearson Education, 2001. 457 p.
106. Joseph S. Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics*. 2009. Vol. 18 (2). Pp. 335–344.
107. Kabat-Zinn J. Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness. Hyperion, 2006. 200 p.
108. Laufer R.S. War Trauma and Human Development: The Viet Nam Experience II Sonnenberg.. S.M., Blank, A.S., Talbott, J.A. The Trauma of War: Stress and Recover in Viet Nam Veterans. Washington, 1985. P. 33-55.
109. Lazarus R. The stress and coping paradigm. Distorter et al. Models for Clinical Psychopathology, 1981. 652 p.
110. Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill, 1966. 320 p.

111. Liebmann M. *Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes, Games and Exercises*. Cambridge, MA : Brooklyn Books, 1986. 150 s
112. Masten A.S., Best K., Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990. Vol. 2. P. 425-444.
113. Mechanic D. *Students Under Stress: A Study in the Social Psychology of Adaptation*. New York: The Free Press, 1962. 231 p.
114. Moos R.H., Billings A.G. Conceptualizing and measuring coping resources and coping processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, New York: Free Press, 1982. P. 212–230.
115. Parker J.A., Endler N.S. Coping and defense: a historical overview. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.). *Handbook of coping*. New York: Wiley, 1996. P. 3–23.
116. Platyniuk O.B. Formation mechanisms of non-psychotic mental disorders in injured combatants as a basis of psychotherapy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2020. Vol. 10. № 12. P. 359–364.
117. Robinson J., Littlefield P., Schleuning A. *Transforming Veterans' Experiences during Military-to-Civilian Transition: Gaps and Opportunities*. Washington, DC: Center for Innovation, U.S. Veterans Administration, 2017. 156 p.
118. Romaniuk M., Fisher G., Kidd C. Assessing psychological adjustment and cultural reintegration after military service: development and psychometric evaluation of the post-separation Military-Civilian Adjustment and Reintegration Measure (M-CARM). *BMC Psychiatry*. 2020. № 20. P. 245-256.
119. Ryff C. The Structure of Psychological Well Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 69. № 4. P. 719–727.

120. Schkade J.K., Schultz S. Perspectives in Human Occupation. Ch. Basic Royeen (eds), Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 2003. P. 181-221.
121. Schlossberg N. Marginality and Mattering: Key Issues in Building Community. *New Directions for Student Services*. 1989. №48. P. 37-67.
122. Scoloveno R. A Concept Analysis of the Phenomenon of Resilience. Simulation Laboratory, Rutgers University Camden 2016:1-5, USA.
123. Selye H. Founder of the stress theory: Singapore Med J. 2018. 260 p.
124. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15 (1). Pp. 1–18.
125. Ursano R.J., Fullerton C.S., McCaughey B.G. Trauma and disaster, in Individual and Community Responses to Trauma and Disaster : *The Structure of Human Chaos*. London : Cambridge University Press, 1994. P. 3-30.
126. WHO Guidelines on conditions specifically related to stress. World Health Organization, 2013. 273 p.
127. Williams C. M., T. Williams. Family Therapy of Viet Nam Veterans. The Trauma of War. Bd. by S. Sonnenberg. Washington, 1985. pp. 196–199, pp. 206–208.
128. Wolff H. G. Stress and Disease. 2nd ed. Springfield, III: Charles C Tomas 1968. 200 p.