

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

**на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ,
ЩО ОТРИМАНІ ВНАСЛІДОК ПОЛОНУ**

Виконала: студентка V курсу,
групи 6.0539—з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Деркач Діана Віталіївна
Науковий керівник: Спіцина Л.С.,
к.психол.н., доцент кафедри психології
Рецензент: Юдіна О.В., к.пед.н., доцент
кафедри ділової комунікації

Запоріжжя
2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« _____ » _____ 2024
р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Деркач Діані Віталіївни

Тема роботи Особливості подолання психологічних травм, що отримані
внаслідок полону

керівник роботи Спіцина Л.С., к.психол.н., доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «05» 02 2024 року № 235—с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого—педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково—пояснювальної записки: розкрити поняття психологічної травми та її види; визначити особливості психологічних травм, отриманих внаслідок полону; проаналізувати психологічні механізми подолання травм; визначити методи психологічної допомоги особам, які пережили полон; провести емпіричне дослідження особливостей подолання психологічних травм, отриманих внаслідок полону; розробити рекомендації щодо спілкування з особам, які пережили полон.

5. Перелік графічного матеріалу: 6 таблиць, 5 рисунків

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
Вступ	Спіцина Л.С., доцент		
Розділ 1	Спіцина Л.С., доцент		
Розділ 2	Спіцина Л.С., доцент		
Розділ 3	Спіцина Л.С., доцент		
Висновки	Спіцина Л.С., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	березень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	квітень—травень 2024 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	травень 2024 р.	Виконано
6	Написання висновків	червень 2024 р.	Виконано
7	Передзахист	червень 2024 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	червень 2024 р.	Виконано

Студент _____ Д.В. Деркач

Керівник роботи _____ Л.В. Спіцина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ А.О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 73 сторінки, 6 таблиць, 5 рисунків, 38 джерел.

Об'єкт дослідження: психологічні травми, отримані внаслідок полону.

Предмет дослідження: особливості подолання психологічних травм, отриманих внаслідок полону.

Мета дослідження: вивчити особливості подолання психологічних травм, отриманих внаслідок полону, та розробити рекомендації щодо психологічної допомоги постраждалим.

Перша гіпотеза дослідження: полон для військовослужбовців як психотравмуюча ситуація призводить до формування самотності, що веде до порушення соціальних контактів і насамперед у сімейному оточенні.

Другу гіпотезу: психокорекційна підтримка військовослужбовців після полону повинна бути комплексною та включати підтримку як самого військовослужбовця, так і членів його сім'ї.

Методи дослідження. Теоретичні: теоретичний аналіз сучасного стану проблеми креативності та творчого потенціалу; систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні (тестування за психодіагностичними методиками).

Наукова новизна полягає в обґрунтуванні особливості подолання психологічних травм, отриманих внаслідок полону, та розробити рекомендації щодо психологічної допомоги постраждалим.

Практичне значення нашого дослідження полягає в тому, що результати дослідження та розроблені рекомендації можуть бути використані психологами, які працюють особами які пережили полон.

ПОЛОН, ПСИХОЛОГІЧНІ ТРАВМИ, МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ, ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНІ, КАТУВАННЯ, ТОРТУРИ.

SUMMARY

Derkach D. V. Peculiarities of Overcoming the Psychological Traumas Caused by Captive.

Bachelor's thesis: 73 pages, 6 tables, 5 figures, 38 sources.

The object of research: psychological injuries received as a result of captivity.

The subject of the study: peculiarities of overcoming psychological injuries received as a result of captivity.

The purpose of the study: to study the specifics of overcoming psychological injuries received as a result of captivity and to develop recommendations for psychological assistance to the victims.

The first hypothesis of the study: captivity for military personnel as a psychotraumatic situation leads to the formation of loneliness, which leads to the disruption of social contacts, and primarily in the family environment.

The second hypothesis: psychocorrective support of servicemen after capture should be comprehensive and include support for both the serviceman himself and his family members.

Research methods. Theoretical: theoretical analysis of the current state of the problem of creativity and creative potential; systematization and generalization of scientific literature on the research problem; empirical (testing according to psychodiagnostic methods).

The scientific novelty consists in substantiating the peculiarities of overcoming psychological injuries received as a result of captivity and developing recommendations for psychological assistance to victims.

The practical significance of our research is that the research results and developed recommendations can be used by psychologists who work with survivors of captivity.

CAPTURE, PSYCHOLOGICAL INJURIES, METHODS OF PSYCHOLOGICAL HELP, PRISONERS OF WAR, TORTURE, TORTURE.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ, ОТРИМАНИХ ВНАСЛІДОК ПОЛОНУ	10
1.1. Поняття психологічної травми та її види.....	10
1.2. Особливості психологічних травм, отриманих внаслідок полону.....	22
1.3. Психологічні механізми подолання травм	34
1.4. Методи психологічної допомоги особам, які пережили полон.....	40
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ, ОТРИМАНИХ ВНАСЛІДОК ПОЛОНУ.....	46
2.1. Методика дослідження.....	46
2.2. Аналіз результатів дослідження	48
2.3. Рекомендації щодо психологічної допомоги особам, які пережили полон	59
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ.....	74

ВСТУП

Актуальність дослідження. Якщо людина у своєму житті не пережила війни та її наслідків, а лише чула про неї в художніх творах, ЗМІ, телебаченні, може здатися, що війна – це лише смерть і руйнування. Насправді війна – це насамперед життя; війна стає для людини каталізатором, виносячи найсокровенніше з глибини її душі. Війна може завдати людині болю і страждань, змусити її протистояти власним силам, викликати ненависть і відродити любов. Військові можуть сказати, що війна – це насамперед людські стосунки. Мета кожної війни – перемога. І для досягнення перемоги ворогуючі сторони використовують різні методи. Одним із найжорстокіших засобів впливу на противника є захоплення ворожих солдатів. На кожній війні є полонені, і російсько-українська війна не є винятком.

На жаль, тема пов'язана з російсько-українською війною отримали надзвичайний вплив у процесі відносин з ворогом і в міжнародній політиці, що надзвичайно ускладнює процес звільнення полонених. «Наразі здійснено 49 обмінів та повернуто додому 2828 осіб, з них 2681 військовослужбовець та 147 цивільних. Зараз у полоні перебувають понад 8 тисяч українців, у тому числі понад 1,6 тисячі цивільних.

Полон — це обмеження волі особи, яка брала участь у бойових діях, з метою унеможливлення її подальшої участі в них.

Досвід полону та катувань сильно впливає на психоемоційний стан людини, часто кардинально його змінюючи. Люди втрачають базову довіру до світу, довіра до інших людей і впевненість у собі можуть бути порушені. І в майбутньому можуть знадобитися роки та значна підтримка, щоб відновити здатність довіряти.

Якщо полон тривав довго, це може вплинути на сприйняття часу і простору. Особливо відразу після звільнення можуть спотворюватися часові рамки, плутатися минуле з майбутнім, важко розраховувати час і співвідносити відстані.

Це може призвести до почуття втрати самоцілісності та самооцінки. Такі люди дуже чутливі до власних кордонів або можуть не відчувати їх і не стежити за кордонами інших людей. Ті, хто пережив торттури, можуть тривалий час зберігати відчуття абсолютної вразливості та незахищеності.

При контакті з людьми, які пережили полон, дуже важливо звертати увагу на межі (дотримуватися психологічних, фізичних, часових рамок).

Ті, хто пережив полон, – люди надзвичайної сили та волі. Полон і торттури є факторами, які безперечно впливають на особистість людини, особливо на її довіру до світу та людства. Шлях до повернення з полону довгий: важливо не лише звільнити тіло, а й допомогти людині інтегрувати цей досвід, інтегрувати його в нове світогляд і прийняти себе з цим досвідом. І навчитися жити, а не виживати.

Тому, актуальність і недостатній рівень розробки означеної проблеми зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи бакалавра: «Особливості подолання психологічних травм, що отримані внаслідок полону»

Об'єкт дослідження: психологічні травми, отримані внаслідок полону.

Предмет дослідження: особливості подолання психологічних травм, отриманих внаслідок полону.

Мета дослідження: вивчити особливості подолання психологічних травм, отриманих внаслідок полону, та розробити рекомендації щодо психологічної допомоги постраждалим.

Перша гіпотеза дослідження: полон для військовослужбовців як психотравмуюча ситуація призводить до формування самотності, що веде до порушення соціальних контактів і насамперед у сімейному оточенні.

Другу гіпотеза: психокорекційна підтримка військовослужбовців після полону повинна бути комплексною та включати підтримку як самого військовослужбовця, так і членів його сім'ї.

У відповідності з метою та гіпотезою визначені завдання дослідження:

1. Розкрити поняття психологічної травми та її види.
2. Визначити особливості психологічних травм, отриманих внаслідок полону.
3. Проаналізувати психологічні механізми подолання травм.
4. Визначити методи психологічної допомоги особам, які пережили полон.
5. Провести емпіричне дослідження особливостей подолання психологічних травм, отриманих внаслідок полону.
6. Розробити рекомендації щодо спілкування з особам, які пережили полон.

Методи дослідження. У роботі застосовувались теоретичні методи (теоретико-порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури з досліджуваної проблеми) та емпіричні (психологічне тестування, психолого-педагогічний експеримент: констатувальний).

Наукова новизна полягає в обґрунтуванні особливості подолання психологічних травм, отриманих внаслідок полону, та розробити рекомендації щодо психологічної допомоги постраждалим.

Практичне значення нашого дослідження полягає в тому, що результати дослідження та розроблені рекомендації можуть бути використані психологами, які працюють особами які пережили полон.

Надійність та вірогідність результатів дослідження забезпечувались методологічним обґрунтуванням вихідних положень; використанням методів, адекватних меті та завданням дослідження; репрезентативністю вибірки; кількісним та якісним аналізом отриманих результатів; статистичною оцінкою експериментальних даних.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ, ОТРИМАНИХ ВНАСЛІДОК ПОЛОНУ

1.1. Поняття психологічної травми та її види

Сучасна реальність є невичерпним джерелом психотравмуючих ситуацій, під якими розуміють такі екстремальні критичні події, загрозливі ситуації, які сильно і негативно впливають на особистість і вимагають надзвичайних зусиль для подолання наслідків цього впливу. Вони можуть мати форму незвичайних обставин або подій, які наражають людину на екстремальний, інтенсивний вплив загрози життю чи здоров'ю як її самої, так і її близьких і принципово порушують почуття безпеки.

Складність вивчення травматичних ситуацій полягає в тому, що їх кількість і причини багатовимірні. Тому вони визначаються як ситуації, які загрожують життю людей або можуть призвести до серйозних фізичних ушкоджень чи травм, пов'язаних зі сприйняттям фізичного насильства над іншими людьми; відносяться до впливу або інформації про вплив шкідливих факторів зовнішнього середовища [36, 5].

Католик Г., Корнієнко І., враховуючи проблеми, пов'язані з травматичним процесом, виділяють наступні психотравмуючі ситуації: військові дії, стихійні лиха, екологічні та техногенні катастрофи, пожежі, теракти, присутність при насильницькій смерті інших людей, нещасні випадки, сексуальне насильство, раптова поява небезпечних для життя захворювань, напад.

Бувають масштабні ситуації, які привертають увагу великої кількості фахівців, але бувають травматичні ситуації, які з різних причин залишаються поза увагою фахівців.

Основною причиною таких фактів є «немасовість» ситуацій, коли суб'єктом взаємодії з іншими психотравмуючими станами є людина, а сама подія носить індивідуальний характер [10].

Травма (від грец. “τράυμα” – “рана”) – надзвичайно стресова життєва подія, суб'єктивна беспорядність, незахищеність; відчуття неможливості пережити – «рана в душі» [22, 6].

У сучасній психології термін «психічна травма» не має чіткого визначення.

О.А. Резнікова розглядаючи історичні аспекти проблеми психічної травми, зазначає, що в 1621 році оксфордський учений Роберт Бартон описав у своїй книзі «Анатомія меланхолії» патогенний вплив на депресивні розлади таких подій, як нещасливий шлюб, зубожіння тощо.

З середини 19 століття в ході психіатричних і неврологічних досліджень розгорнулася дискусія про патогенний вплив травматичних переживань через емоційні потрясіння.

3. Фрейд привернув увагу широкої громадськості до феномену психологічної травми. Психологічною травмою З. Фрейд називав емоційне потрясіння, яке відчуває індивід і яке не пройшло психологічної обробки, а також непереборні афекти, які його супроводжують (стрес, страх, сором, душевний біль). У своїх ранніх роботах він розглядав травматичний досвід дитинства як найважливіший фактор розвитку психічних розладів. Згідно з останнім варіантом визначення Фрейда, психологічна травма, незалежно від віку та рівня розвитку особистості, - це несподіване надмірне роздратування, під впливом якого звичайна робота психічного апарату стає безсилою і стає абсолютно беспорядною.

Після Першої світової війни був описаний симптом «синдром солдатського серця або напруги».

Друга світова війна привернула увагу до реакцій військового стресу. Реакції, пов'язані з бойовими ролями, були предметом великих досліджень. Це явище різні автори називали по-різному: «військове виснаження»,

«бойове виснаження», «військовий невроз», «гостра бойова реакція», «посттравматичний невроз». У 1941 році Кардінер в одному з перших систематичних досліджень назвав це явище «травматичними неврозами війни».

Е. Ліндеманн дав перший систематичний опис проявів горя в 1944 році після пожежі в Бостоні. Тому Е. Ліндеман запропонував використовувати поняття «патологічне горе» для визначення розладів, викликаних важкою психологічною травмою. На думку автора, цей синдром може розвинути відразу після нещастя або через деякий час стати надмірно вираженим, або, навпаки, ледь помітним. Е. Ліндеманн дав першу класифікацію розладів, які спостерігались у жертв нещасних випадків, це соматичні розлади, почуття меланхолії, дратівливість, втрата стереотипів поведінки, гнів, саморуйнівна поведінка, зміни у стосунках з родичами чи друзями [31, 10].

Психологічна травма набула найбільшого поширення в кризовій психології наприкінці 1980-х років у рамках теорії посттравматичного стресового розладу.

Як ми вже зауважували, історія поняття травми сягає ранніх праць Фрейда та дофройдівських робіт Ж. М. Шарко та Дж. Брейера. З. Фрейд створив першу психоаналітичну теорію травми, в якій це явище розглядалося як глибоко вкорінений у несвідомому афект, який патогенно впливає на психіку людини і ґрунтується на невротичних розладах. Джерело травми він бачив не в зовнішній події, а в самій психіці, в розщепленні Еґо, викликаному травматичними страхами, заснованими на несвідомих фантазіях [36, 12].

У психології ті ж явища також привернули увагу фахівців приблизно в той же час. Встановлено, що це сталося під час російсько-японської війни 1904–1905 років. Через лікарню Харбіна пройшло близько 3000 психічно ненормальних людей без фізичних травм.

У 1927 році П.Б. Ганушкін описав «набуту психічну інвалідність», як «рано старіючих в мозковому відношенні» молодь, віком від 20 до 30 років, після тривалого перебування в екстремальних умовах громадянської війни, революції та голоду. Його проявами були підвищена збудливість, дратівливість, гострі та тривалі напади депресії, почуття провини, тривоги тощо. Розлади розвивалися протягом 2–3 років і призводили до стійкого ослаблення психічної діяльності.

Низка трагічних подій ХХ століття (Чорнобильська катастрофа, землетрус у Вірменії, війна в Чечні, на Донбасі, серйозні дорожньо-транспортні пригоди, теракти та ін.) призвели до того, що дослідження проблем психологічної травми та посттравматичного стресу почали набувати все більшого інтересу.

В цілому поняття психологічної травми багато в чому відображає медичний, клініко-психіатричний і психотерапевтичний підхід до розуміння людської психіки та її функціональних закономірностей.

Найбільшого поширення термін «психологічна травма» набув у рамках теорії посттравматичного розладу та кризової психології.

У 1952 році Американське психіатричне товариство включило DSM-II до своєї класифікації «реакцію на інтенсивний емоційний і фізичний стрес», яка знову була включена в американську класифікацію DSM-III під назвою «посттравматичний стресовий розлад».

В останній Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) виділена категорія F43 - реакції на важкий стрес і розлади адаптації [31, 11].

В даний час поняття психологічної травми використовується в рамках психології екстремальних ситуацій, психології стресу, психології конфлікту, психології кризи, теорії психологічного захисту і копінг-поведінки, теорії фрустрації та ін. Відповідно вживаються терміни стрес, криза, конфлікт і фрустрація.

Під терміном «травма» в традиційному розумінні розуміють насамперед тілесні ушкодження та порушення цілісності тіла.

Травми можуть бути легкими, важкими або несумісними з життям, все залежить від сили джерела травми і захисного бар'єру організму. Відповідно до законів гомеостазу, все, що порушує баланс і цілісність організму, викликає реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану. У цьому випадку все чужорідне відторгаються організмом, тобто виштовхуються. Психологічна травма також працює аналогічно фізичній травмі та реакції організму на неї.

Психіка, як і внутрішнє середовище організму, прагне підтримувати стабільний стан, і все, що порушує цю стабільність, витісняється, за термінологією З. Фрейда. На відміну від фізичної травми, яка завжди зовнішня, психологічна травма може носити інтрапсихічний характер, тобто психіка має здатність травмувати себе, продукуючи певні думки, спогади, переживання та афекти [36, 12].

К. Возніцина та Л. Литвиненко зазначають, що існує два погляди на травми: «ЛТ» – легка травма і «ТВ» – важка травма. Якщо людина зустрічається з легкою травмою чи важкою травмою, вона має високий ризик розвитку стресових розладів [22, 6].

У наукових джерелах, які аналізує Оверченко А.І., існує кілька підходів до розуміння поняття психологічної травми.

Перший підхід – це при розгляді психологічної травми як психологічного розладу, викликаного зовнішніми стресовими подіями для організму людини.

Психологічна травма, - це зовнішні подразники, які хворобливо впливають на особистість.

По-друге, коли психологічна травма розглядається не як зовнішня дія сама по собі, а як усвідомлення її значущості для людини. Суб'єктивно психотравмуючий вплив знаходиться не зовні, а всередині особистості. Тому, описуючи форми психологічної травми, необхідно вказати на особливості

особистості, а точніше, на систему важливих переживань і особистісних смислів, які визначають цю дію. Також доцільно звернути увагу на внутрішні психічні особливості - ті функції, які зазнали згубного впливу на характер пошкодження. До них відносяться хворобливі страхи, агресивність, депресія, розлади уваги, сприйняття, пам'яті та мислення.

Підкреслюється, що руйнівна сила психологічної травми залежить від індивідуального значення травмуючої події для людини. залежно від особистої оцінки та особистого сприйняття.

Третій підхід враховує зовнішні та внутрішні фактори.

Термін травма спочатку визначається як подія. Подія — це різка, швидка зміна. Травматичні події передусім включають фізичне насильство, втрату близьких, зґвалтування, автомобільні аварії тощо. Травматична подія має місце, коли вона включає смерть, загрозу смерті, серйозні травми чи іншу загрозу фізичній цілісності.

Такі події, як втрата роботи, переїзд в іншу країну або місто, розлучення, зрада, пограбування, невдача на вступному іспиті або серйозна фізична хвороба також дуже травматичні.

Травмуючими можуть бути не дуже значні події, наприклад, публічне приниження, зневага, зниження або непідвищення зарплати, сімейні проблеми, обман, суворе покарання з боку батьків, втрата важливої речі, конфлікти з друзями, зрада. Ці події впливають на соціальне становище та престиж людини, на повагу оточуючих, на можливість самоствердження, на інтимно-особистісний стан.

У першому випадку це події, пов'язані з інтенсивним впливом несприятливих факторів середовища, у другому - події, пов'язані з гострим емоційним впливом на психіку людини в самому середовищі, насамперед у соціальній сфері [23].

Узагальнюючи, можна сказати, що психотравмуючими є дії, пов'язані з небезпекою для життя і здоров'я, приниженням.

Суттєва відмінність психологічної травми від фізичної полягає в тому, що вона невидима і об'єктивується через непрямі ознаки, найважливішою з яких є психологічний біль. Рефлекторною реакцією організму на будь-який біль є відступ, уникнення, позбавлення. Однак основна функція болю – це інформаційна, вона повідомляє про наявність ушкоджень і запускає механізми загоєння та виживання організму.

Гриневич Є. Г., Лінський І. В. визначають, що психологічний біль також дає інформацію про психологічний стрес і запускає механізм одужання психіки - роботу захисних механізмів, особливо механізмів придушення та реакції. Реакція на травматичну подію присутня завжди, і чим інтенсивніша травма, тим сильніше зовнішня дія або внутрішній досвід. Реакцією може бути ляпас, сварка, відчуття безсилля та плач, коли когось б'ють чи принижують.

Реакція дозволяє зняти надмірне психічне збудження, що виникає під час травми. Коли спостерігається підвищене психічне збудження, неможливо реагувати (особливо словесно, як відомо, слова можуть замінити не тільки дії, а й переживання), починають працювати захисні механізми психіки. Вони перетворюють енергію травматичного збудження в фізичні симптоми, тому розрядка відбувається в соматичній зоні. Те, що відбувається в психоаналізі, називається конверсією [3, 18].

Туриніна О. Л. розглядаючи психосоматичну психотерапію визначає, що така психотерапія досліджує символічне значення симптомів конверсії, розташованих в тілі, наступним чином:

— образа, яку людина не змогла «проковтнути», локалізується в області ковтання у вигляді захворювань глотки та щитовидної залози, а ураження, яке людина не змогла «перетравити», локалізується в шлунково-кишковому тракті;

— «травма розбитого серця» або ситуація, про яку йдеться, лежить у серці;

- почуття провини викликає нудоту, блювоту, спазми судин, а почуття провини викликає часте сечовипускання, енурез і цистит;
- невиплакані сльози і придушений плач викликають кишковий дискомфорт і риніт (сльози знаходять інший вихід);
- безсила злість і пасивна дратівливість через життєву ситуацію, відсутність опори і підтримки - порушення опорно-рухового апарату;
- поранення від принижень і синці від гордості – проблеми з судинами, головні болі, високий тиск;
- довербальні травми – порушення мовлення [36, 13].

О. В. Тімченко досліджуючи теорію З. Фрейд зазначав, що оскільки соматизація сприяє зняттю психологічної напруги, у психіці формується специфічне «ментальне ядро», або «точка перемикання», яка асоціативно пов'язана з усіма «атрибутами» перенесеної психологічної травми. Це «ментальне ядро» активується щоразу, коли ситуація нагадує травматичний досвід і водночас запускає механізми патологічної реакції.

Вчений назвав цей процес феноменом «нав'язливого повторення». Тому психологічні травми мають надзвичайно «хорошу пам'ять», а їхні жертви страждають переважно від несвідомо усвідомлених спогадів і патологічних реакцій.

З точки зору З. Фрейда, вирішальним моментом у результаті і наслідках травми є не її сила, а готовність або невідповідність організму, що виражається в його можливостях. Зокрема, травма не завжди проявляється в чистому вигляді, як болісний спогад чи досвід. Вона нібито стає «збудником хвороби» і викликає різні симптоми (фобії, нав'язливі ідеї, заїкання тощо) .

На підставі власних спостережень вчений виявив, що симптоми можуть зникнути, якщо є можливість емоційно відновити травматичну подію в пам'яті, пережити її заново та поговорити про неї [5].

Туриніна О. Л. зазначає, що пізніше ці спостереження стали основою психоаналітичної психотерапії та дебрифінгу з психологічною травмою.

Основні положення теорії травми З. Фрейда полягають в тому, що:

- психологічна травма відіграє важливу роль в етіології неврозів;
- досвід стає травматичним через кількісний фактор;
- у конкретній психологічній конституції травмою стає те, що не мало б подібних наслідків при іншій ситуації,;
- усі психологічні травми виникають у ранньому дитинстві;
- психологічні травми – це або переживання на власному тілі, або чуттєві сприйняття та враження;

Наслідки травми бувають двох типів – позитивні та негативні:

- позитивні наслідки травми пов'язані із зусиллям згадати забутий досвід, зробити його реальним і заново пережити його повторення (фіксація на травмі та компульсивне повторення):

- негативні наслідки травми пов'язані із захисними реакціями у вигляді уникання та фобій;

- невроз – це спроба вилікувати травму, бажання поєднати частину «Я», яка відкололася під впливом травми, з іншими частинами [36, 15].

Аналізуючи різні наукові підходи та дослідження, виникає питання коли виникають психологічні травми, та які вони бувають за видами, тому спробуємо це більш детально розглянути далі.

Травми можуть виникати в різному віці, і загальна тенденція полягає в тому, що чим раніше виникають травми, чим довше вони тривають або повторюються, тим сильніший вплив на людину. Тому травми дитинства займають особливе місце.

Климчук В. О. досліджуючи національну мережу травматичного стресу (США) описує наступні травми.

- булінг чи мобінг: навмисні дії, під час яких хтось має намір завдати іншій особі соціальну, емоційну, фізичну та/або психологічну шкоду, яка сприймається як менш серйозна;

- насильство в суспільстві: відчуття міжособистісного насильства в громадських місцях з боку людей, які не є близькими родичами дитини;

— комплексна травма: позначає кілька речей. По-перше, дитина переживає кілька травматичних подій, часто міжособистісного характеру, також йдеться про далекосяжні та віддалені наслідки такого досвіду;

— катастрофа: стихійні лиха, такі як урагани, землетруси, торнадо, пожежі, цунамі, повені та екстремальні погодні явища, такі як надмірна спека, сильний вітер тощо;

— травма раннього дитинства: як правило, це травматичні переживання, які дитина переживає від народження до 6 років;

— насильство з боку інтимного партнера: його іноді називають домашнім насильством, воно відбувається, коли особа навмисно завдає шкоди своєму нинішньому чи колишньому партнеру або погрожує йому;

— медична травма: також відомий у педіатрії як педіатричний травматичний стрес, він відноситься до ряду психологічних і фізіологічних реакцій дитини та її сім'ї на певні медичні втручання;

— фізичне насильство: дії, які завдають фізичної шкоди людині;

— травма переселення: багато мігрантів і біженців, особливо діти, мають низку травм, пов'язаних з війною та переслідуваннями, які продовжують впливати на них ще довго після самих подій;

— сексуальне насильство: відноситься до будь-якої взаємодії, у якій людина використовується для сексуальної стимуляції, проникнення або як спостерігач;

— тероризм, масове насильство: стрілянина, бомбардування, інші напади.

Інший спосіб - розділити травми на ті, що пов'язані з людьми, і ті, що не пов'язані з ними. За тяжкістю удару та довготривалістю наслідків найбільше значення мають травми людини. За їхніми словами, найбільший відсоток людей страждає від посттравматичних розладів та інших труднощів, які важко подолати [12, 9-10].

Р. Кеслер дає класифікацію психологічних травм залежно від їх частоти та прогностичного значення для розвитку ПТСР в американській репрезентативній вибірці.

За частотою провідного травмуючого фактора ушкодження класифікують у порядку убутання:

- бути свідком насильства або нещасного випадку;
- аварії та нещасні випадки;
- пожежі та стихійні лиха;
- погроза застосування зброї;
- фізичне насильство;
- сексуальні домагання;
- зґвалтування;
- жорстоке поводження;
- участь у бойових діях;
- зневага людиною [36, 21].

Корнієнко І. зазначає, що психологічна травма проявляється у системі стосунків між людьми, ускладнює особисте життя, руйнує важливі міжособистісні зв'язки та проявляється в антисоціальній та девіантній поведінці. Неадекватні форми переживання психологічної травми призводять до глибоких порушень життя і розвитку людини на трьох рівнях:

- деструктуризація відносин особистості зі світом і навколишнім середовищем, втрата довіри до життя і людей;
- емоційні, когнітивні, особистісні та поведінкові розлади;
- психосоматичні захворювання.

О.А. Резнікова аналізує психологічні травми, які відрізняються в залежності від:

- 1) кількісних критеріїв (сила, тривалість);
- 2) змісту;
- 3) джерела (людина, природа).

За першим критерієм виділяють наступні види психологічної травми:

- 1) шок, надсильна, масивна (катастрофічна) і раптова психологічна травма;
- 2) психотравмуючі ситуації, пов'язані з короткочасними діями; ситуативно гострі, несподівані, які різнобічно залучають людину (пов'язані з втратою соціального престижу, з втратою самоствердження);
- 3) хронічні психотравмуючі ситуації; трансформаційні стани протягом багатьох років життя (усвідомлені і переборні або несвідомі і незмінні).

З точки зору змісту психологічної травми Франц Рупперт розрізняє: екзистенціальну травму (насильство, нещасний випадок), травму втрати, травму прихильності (відмова від любові та уваги), травму системних стосунків (інцест, вбивства) [31, 12].

Психологічні травми, також можна поділити на наступні види:

- гостра травма: короткочасна, але сильна подія, яка призводить до психологічної травми, наприклад, стихійне лихо, аварія, насильство.
- хронічна травма: тривалий або повторюваний негативний досвід, який призводить до психологічної травми, наприклад, жорстоке поводження з дітьми, знуцання, війна.
- комплексна травма: поєднання хронічної та гострої травми, що може призвести до більш серйозних наслідків для психічного здоров'я [2, 91].

Отже, з усього вище зазначеного, можемо зробити висновок, що психологічна травма - це глибоке емоційне потрясіння, яке виникає внаслідок переживання екстремальної стресової події, що загрожує життю або благополуччю людини. Це порушення цілісності психіки, яке спричинене ситуацією, що суб'єктивно інтерпретується як непереборна та незвичайна, і викликає в подальшому глибокі емоційні переживання.

Важливо зазначити, що не кожна стресова подія призводить до психологічної травми. Травма виникає, коли людина відчуває, що не може впоратися з ситуацією, що загрожує її життю, безпеці або благополуччю.

1.2. Особливості психологічних травм, отриманих внаслідок полону

Боротьба українського народу в сучасній війні триває не лише за свободу нашої Батьківщини, а й за відстоювання основних принципів і цінностей усього демократичного світу. Травматичні воєнні події зачіпають не лише військовослужбовців, але й велику кількість цивільних. Ворог не обирає методів і порушує всі раніше відомі правила і канони ведення війни. Світ жахнувся від нових проявів не лише повсюдного знищення, а й тотального геноциду в формах, які ще ніхто не міг уявити. Одним із таких проявів є безпрецедентна кількість полонених (військових і цивільних) і підданих тортурам, жорстокість яких змушує здригатися все цивілізоване людство.

Наразі здійснено 49 обмінів та повернуто додому 2828 осіб, з них 2681 військовослужбовець та 147 цивільних. Зараз у полоні перебувають понад 8 тисяч українців, у тому числі понад 1,6 тисячі цивільних [28].

В Україні залишається відкритим питання визначення статусу військовополонених і цивільних. Це пов'язано зі змінами офіційного статусу конфлікту в правовому полі.

Як правило, ворог використовує полонених для отримання додаткової інформації, помсти, деморалізації, залякування та підриву морального духу ворожої армії. Адже період у полоні пов'язаний із повним контролем над життям ув'язненого, з неможливістю захистити себе, що саме по собі дуже небезпечно. Під час допитів до полонених часто застосовуються різні форми тортур [22, 77].

Полон — це обмеження свободи особи, яка бере участь у бойових діях, з метою унеможливлення її подальшої участі в них. Осіб які потрапили до полону, розділяють на:

Військовополонені – особи, захоплені внаслідок збройної агресії російської федерації проти України, які мають право на статус військовополонених відповідно до статті 4 Женевської конвенції про поводження з військовополоненими від 12 серпня 1949 року та стаття 44 Додаткового протоколу до Женевської конвенції від 12 серпня 1949 року «Про захист жертв міжнародних збройних конфліктів» (Протокол I) від 8 червня 1977 року;

Заручники – громадяни України, які не беруть участі у бойових діях, захищені Женевською конвенцією про захист цивільного населення під час війни від 12 серпня 1949 року та позбавлені волі окупаційною владою російської федерації, або іншої незаконної влади (окупаційних адміністрацій РФ) внаслідок збройної агресії РФ проти України;

Особи, позбавлені волі з політичних мотивів, - громадяни України, які були позбавлені волі державою-агресором, її органами, відомствами та формуваннями, а також іншими органами у зв'язку з висловлюванням цими особами своїх поглядів, громадсько-політичною діяльністю на захист територіальної цілісності та держави позбавили суверенітету та національної єдності України, а також, якщо таке позбавлення волі вчинене з порушенням свободи переконань, совісті та віросповідання, свободи слова та інформації, права на зібрання об'єднань [25]

Сексуальне насильство, пов'язане з конфліктом (СНПК). Сексуальне насильство, пов'язане з конфліктом, стосується окремих інцидентів або моделей сексуального насильства, тобто зґвалтування, сексуального рабства, примусової проституції, примусової вагітності, примусової стерилізації або будь-якої іншої форми сексуального насильства порівнянної тяжкості, вчиненого проти жінок, чоловіків, дівчат або хлопчиків.

Стамбульський протокол – керівництво щодо ефективного розслідування та документування катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження чи покарання, більш відомий як Стамбульський протокол, є першим набором міжнародних

рекомендацій щодо документування катувань та їх наслідків. Стамбульський протокол містить низку вказівок щодо оцінки тверджень про катування та жорстоке поводження, розслідування випадків катування та повідомлення про зареєстровані випадки катування до судових та інших органів влади [26,7].

Жертви катувань — це особи, які індивідуально чи колективно зазнали шкоди, включаючи фізичну чи психічну шкоду, емоційні страждання, економічну шкоду або значне обмеження їхніх основних прав у результаті дій чи бездіяльності, що є порушенням Конвенції. Особа має визнаватися потерпілою незалежно від того, чи встановлено, затримано, притягнуто до кримінальної відповідальності чи визнано винною особою, незалежно від того, чи існують родинні та інші зв'язки між потерпілим та особою, яка вчинила злочин. Термін «жертва» включає як найближчих родичів або родичів жертви, так і осіб, які постраждали під час втручання з метою підтримки жертви або запобігання віктимізації [24].

У збройних конфліктах однією з найбільших жертв цієї категорії були військовополонені. У міжнародному гуманітарному праві є численні договірні та звичаєві норми, які визначають міжнародно-правовий режим військовополонених. Ці норми утворюють відповідний інститут військового полону, регламентований Женевською конвенцією про поводження з військовополоненими [25, 47].

Стаття 4 Женевської конвенції [8] говорить: «Військовополоненими в розумінні цієї Конвенції є особи, захоплені ворогом, які належать до однієї з наступних категорій:

1. Особовий склад збройних сил сторони конфлікту та члени ополченців або добровольчих загонів, що входять до складу цих збройних сил.

2. Члени інших ополченців і добровольчих груп, включаючи членів організованих рухів опору, що належать до однієї зі сторін конфлікту та діють на її території або за її межами, навіть якщо ця територія окупована, за

умови, що ці ополченці або групи добровольців, організовані рухи опору, які відповідають таким умовам:

- а) ними керує особа, яка відповідає за своїх підлеглих;
- б) вони мають постійний розпізнавальний знак, який можна чітко розпізнати на відстані;
- в) відкрито носять зброю;
- д) проводять свої операції відповідно до законів і звичаїв війни.

3. Члени регулярних збройних сил, які заявляють про свою лояльність до уряду чи влади і не визнаються державою, яка їх утримує.

4. Особи, які супроводжують Збройні Сили, але не входять до їх складу, як цивільні члени екіпажів військових повітряних суден, військові кореспонденти, постачальники, персонал виробничих підрозділів або побутового обслуговування Збройних Сил, якщо вони отримали дозвіл на здійснення цього від ЗСУ, і мають видане посвідчення особи за зразком.

5. Члени екіпажів торговельних суден, у тому числі капітани, пілоти та юнги, а також екіпажі цивільних повітряних суден сторін конфлікту, які не отримують більш сприятливого режиму згідно з іншими положеннями міжнародного права.

6. Мешканці неокупованих територій, які при наближенні ворога озброюються для опору сил загарбника, не встигнувши сформуватися в регулярні війська, за умови відкритого носіння зброї та дотримання законів і звичаїв війни.

Третя Женевська конвенція детально розглядає питання забезпечення прав військовополонених протягом усього періоду їхнього полону [7].

Система захисту військовополонених включає положення про порядок їх інтернування, права на житло, одяг і їжу, виконання гігієнічних вимог і надання медичної допомоги, гарантії релігійних прав, надання можливостей для розумових і фізичних вправ.

Держава, яка тримає людей у полоні, може прийняти рішення про гуманну передачу військовополонених, враховуючи їхні інтереси. Вона може приймати на роботу як працівників працездатних військовополонених з урахуванням їх віку, статі, звання та фізичних здібностей.

З 2014 по 2017 роки в правовій сфері України поняття «збройний конфлікт», враховуючи ознаки гібридного конфлікту, визначалося поняттям «антитерористична операція» (АТО), а з 20 лютого 2018 формат змінився, і сьогодні конфлікт визначається як «Операція Об'єднаних сил» (ООС). Українське законодавство вказує на те, що під час терористичної діяльності можливе захоплення заручників незаконними формуваннями. Саме поняття терміну «заручник» міститься в Законі України «Про боротьбу з тероризмом», але гарантії його захисту відсутні [9].

Якщо порівнювати поняття «заручник» і «полонений» щодо конфлікту на території України, то варто зазначити, що в правовому полі щодо потерпілих використовується термін «заручник», хоча в неофіційних джерелах це поняття використовується частіше, як «полонений». В українському контексті це не просто різні терміни, семантичні, а радше поняття, які безпосередньо стосуються статусу особи та її захисту з боку держави. В українському законодавстві «заручник» є менш захищеним соціально; крім того, українське законодавство поки не передбачає підтримки сімей «заручників» [25, 48].

За даними УГПЛ (Української Гельсінської спілки з прав людини), близько 80% полонених під час збройного конфлікту в Україні були піддані тортурам. Тому в більшості випадків після ув'язнення нам доводиться переживати наслідки пережитих тортур. Варто зазначити, що період у полоні дуже небезпечний через можливість тортур, але не всі, хто був у полоні, були піддані тортурам. Також є категорії людей, які не потрапили в полон, а були закатовані [25, 48].

«Тортури або Катування» - означає будь-яку дію, за допомогою якої особі навмисно завдається сильний фізичний або психічний біль або страждання з метою отримання від неї чи третьої особи інформації чи зізнання та притягнення її до відповідальності за вчинене нею чи третьою особою діяння, покарати особу, яка вчинила або підозрюється у вчиненні, або залякати чи примусити її чи третю особу, або з будь-якої причини, що ґрунтується на будь-якій дискримінації, якщо біль чи страждання спричинені державним службовцем або іншою особою спричинені в їх офіційній якості або з їхньої ініціативи, з їхнього відома чи з їхньої згоди. Конвенція ООН проти катувань [26,7].

Як зазначає Міжнародна рада з реабілітації жертв тортур, «катування» означає будь-яку дію, за допомогою якої особі навмисно заподіюється сильний фізичний або психічний біль або страждання з метою отримання від неї чи третьої особи інформації чи зізнання та покарання її за вчинене нею чи іншою особою або підозрюється у залякуванні чи примусі до третьої особи чи третьої особи, або з будь-якої причини, що ґрунтується на будь-якій дискримінації, якщо біль чи страждання спричинені державними службовцями чи будь-якою іншою особою, спричиненою особою, яка виконує службові повноваження. Якість, або через їх підбурювання, або з їхнього знання чи толерантності. Це визначення не включає біль або страждання, які виникають виключно внаслідок правових санкцій, нерозривно пов'язані з цими санкціями або випадково спричинені ними.

Жертви катувань — це особи, які зазнали шкоди, індивідуально чи колективно, внаслідок дій чи бездіяльності, що є порушенням Конвенції, включаючи фізичні чи психічні травми, емоційні страждання, економічні збитки або значні обмеження їхніх основних прав. Особа має визнаватися потерпілою незалежно від того, чи встановлено, затримано, притягнуто до кримінальної відповідальності чи визнано винною особу, незалежно від того, чи існують родинні та інші зв'язки між потерпілим та особою, яка вчинила злочин. Термін «жертва» включає як найближчих родичів або родичів

жертви, так і тих, хто постраждав під час втручання з метою підтримки жертв або запобігання віктимізації [25, 52].

Перебування в полоні пов'язане з повним контролем над життям полонених, неможливістю захистити себе та застосуванням різних видів фізичних та психологічних тортур, які є однією з найгірших форм людського страждання.

Водночас додатковим травмуючим фактором для військовополонених є тиск відповідальності перед побратимів по службі та Збройних сил в цілому, особливо якщо полонений є носієм стратегічно важливої інформації. Полон передбачає повну втрату контролю над своїм життям, що призводить до тривалої травми, яка повторюється з часом. Це перетворює людину на жертву і глибоко змінює її ідентичність на фізичному, психологічному, соціальному та духовному рівнях [38].

Досвід полону і тортур має великий вплив на психологічний стан людини і глибоко змінює особистість. Людина втрачає почуття довіри до світу, довіри до інших людей і віру в себе, в майбутньому можуть знадобитися роки та значна підтримка, щоб відновити здатність довіряти.

Сам факт перебування в полоні для військовослужбовців пов'язаний з багатьма ризиками та повною втратою контролю над своїм життям, що несе з собою ймовірність тривалої, повторюваної травми. Як правило, навіть якщо людині дають можливість вибору або проявляють поблажливість, це зовсім не залежить від особистості та її поведінки і ціна дуже висока.

Повторні травми через полон і тортури перетворюють людину на жертву та глибоко змінюють її ідентичність на фізичному, психологічному, соціальному та духовному рівнях. Проте, наскільки закріпиться роль жертви, наслідки пережитого та зміна особистості будуть індивідуальними для кожного, хто пережив полон .

К. Возніцина та Л. Литвиненко визначили фактори, що впливають на рівень травматизму у ветеранів:

— попередній досвід та знання;

- рівень фізичної та психологічної підготовки, мотивація (якщо людина знає заради чого, то витримає будь-яке випробування);
- умови та тривалість тримання в полоні;
- вплив неволі на родину;
- жорстокість і тривалість тортур;
- обставини звільнення;
- наявність чи відсутність підтримки з боку інших людей;
- вік полоненого [22, 79].

Лазос Г.П. стверджує, щоб здійснювати необмежений вплив на полоненого, кривдники прагнуть максимально позбавити його власного почуття автономії. Позбавивши жертву права вибору і тим самим обмеживши її свободу, кривдник намагається дослідити найболючіші місця і отримати якнайбільший контроль над тілом полоненого, приводячи людину в стан, в якому вона може контролювати свої реакції, тіло більше не може контролювати. Це досягається нелюдськими умовами та позбавленням можливості задовольняти основні потреби організму шляхом тортур [19].

Якщо перебування в полоні було тривалим, це може вплинути на сприйняття часу і простору. Особливо в найближчому майбутньому після визволення можуть спотворюватися часові рамки, плутати минуле з майбутнім, важко розраховувати час і співвідносити відстані.

Почуття кордонів надзвичайно порушене: психологічно, фізично. Це створює відчуття втрати власної цілісності та цінності. Такі люди дуже чутливі до власних кордонів або можуть не відчувати їх і не стежити за кордонами інших людей.

Ті, хто пережив торттури, можуть тривалий час зберігати відчуття абсолютної вразливості та незахищеності. Наприклад: «Я відчуваю, що у мене немає шкіри».

Під час контакту з особою, яка пережила полон, дуже важливо звертати увагу на кордони (поважати психологічні, фізичні, соціальні кордони, дотримуватись часових рамок) [32].

Герман Дж. підкреслює, що внаслідок тривалої травми можуть розвинутися:

- симптоми помірного депресивного розладу;
- тривожні розлади;
- надмірний страх смерті;
- панічні розлади з панічними атаками;
- посттравматичні стресові розладу (ПТСР);
- психоз [1].

Також часто виникають проблеми з пам'яттю та увагою, які можуть перерости в амнезію, завдаючи шкоди, схильність до суїциду, зловживання наркотиками, уникнення та заперечення травматичних спогадів. Труднощі з регуляцією емоцій, хворобливі спогади та жахіття. Психологічний біль часто набуває соматичних проявів і проявляється в різних психосоматичних захворюваннях [32].

К. Возніцина та Л. Литвиненко розкривають вплив психологічних травм, отриманих внаслідок полону на соціальну сферу полонених. Досвід полону та тортур впливає не лише на жертв, а й на їхні родини, найближче оточення, змінюються соціальні ролі та загалом впливає на суспільство в цілому.

Довготривала ізоляція призводить до руйнування стосунків із родиною, зміни соціальних ролей і може призвести до дезадаптації в суспільстві. Важливо, щоб повернення до життя в суспільстві відбувалося поступово. Тому що після значної зміни обставин (від надзвичайного тиску та контролю до повної свободи) можуть виникнути наслідки так званої декомпресійної хвороби. Декомпресійна хвороба - це стан, який виникає в організмі, коли тиск повітря раптово змінюється. На даний момент мова йде про психологічний тиск.

Можливі труднощі у стосунках з чоловіком/партнером і дітьми. Поки ветеран був у полоні, рідні чекали, боролися за звільнення і були вкрай виснажені. По суті, партнери повинні пізнати один одного заново.

Виникає питання про соціальну самореалізацію ветеранів: чи можуть вони за станом здоров'я повернутися на попереднє місце роботи та виконувати обов'язки чи повернутися на військову службу? Забезпечення права на правосуддя є надзвичайно важливим. Людина не може зцілитися від травми, отриманої в полоні, якщо винних не покарають. Тому має бути правова підтримка звільнених із полону та документування катувань [22, 82].

Вплив полону має свій відбиток і на духовну сферу. Душевний біль часто переходить в організм і проявляється різними психосоматичними захворюваннями, бо душевний біль ми можемо пов'язувати з психологічними травмами.

Зміни в духовній сфері надзвичайно важливі. Вони можуть варіюватися від повної безнадії та втрати сенсу до віри в поглиблення переконань. Ті, хто знайшов опору у своїй вірі, мали набагато більше шансів вижити та покращити психічне здоров'я. У полоні багато ветеранів пережили зустріч зі своєю духовною силою, адже зламати тіло набагато легше, ніж дух. Це дало новий поштовх до життя та сприяло переоцінці цінностей [22, 83].

Специфічні реакції в поведінці ветерана, який пережив полон, можна зазначити як дилему вибору та парадокс контролю.

Дилема вибору, пояснюється прийняттям звичайних рішень у повсякденному житті може бути надзвичайно складним завданням, оскільки ветерани в полоні зрозуміли, що в них немає права на помилку.

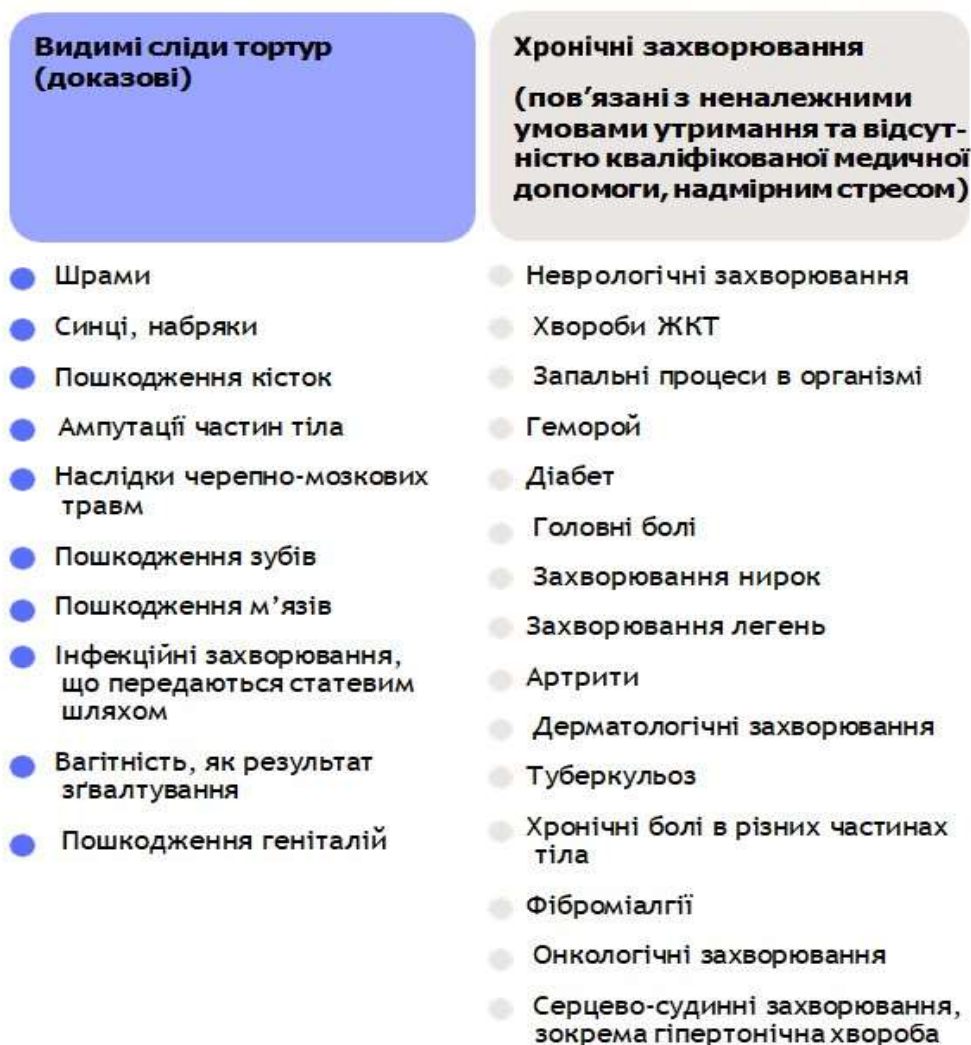
Парадокс контролю полягає в тому, що люди, які пережили неволю, намагаються тримати все і всіх під контролем, мати все під контролем, але при цьому мають надзвичайну нетерпимість до контролю з боку інших. Однак, зовнішній контроль також може виступати в якості тригера - він може бути сприйнятий як загроза і привести до спалахів гніву або бажання розірвати контакт [38].

Також, не менш важливим, є те, що переживши полон, люди можуть відчувати загрозу життю, приниження гідності, почуття провини та стигматизацію.

Розкриємо більш ґрунтовно:

- деякі полонені можуть відчувати провину за те, що вони вижили, коли інші загинули, або за те, що вони змушені були робити, щоб вижити.
- полонені часто стикаються з стигматизацією та дискримінацією з боку суспільства, що може погіршити їхній психологічний стан.
- постійний страх за своє життя та життя близьких може призвести до розвитку тривоги, панічних атак та інших розладів.
- полонені часто піддаються фізичному та психологічному насильству, що може призвести до почуття сорому, гніву та ненависті.

При роботі з ветеранами, які пережили полон, можуть виникнути такі симптоми представлені на рисунку 1.1.



**Рис. 2.1. Видимі сліди тортур та хронічні захворювання
внаслідок полону [22, 80]**

Отже, з усього вище зазначеного можемо зробити висновок, що війна в Україні призвела до того, що тисячі людей опинилися в полоні та зазнаються катувань. Цей досвід може мати серйозні та тривалі наслідки для психічного та емоційного здоров'я полоненого. Наразі існує недостатня інформація про особливості психологічних травм, отриманих внаслідок полону і це ускладнює надання психологічної допомоги людям, які пережили подібний досвід., але важливо зазначити, що полон та тортури перетворює людину на жертву і глибоко змінює її ідентичність на фізичному, психологічному, соціальному та духовному рівнях.

Якщо полонений може витримати фізичний біль, то кривдник завдає найбільшій прийомі по психічному та психологічному здоров'ю полоненого.

Після повернення полонених додому, їм дуже важко адаптуватися до навколишнього життя. Симптоми ПТСР можуть включати повторні переживання травматичних подій у вигляді флешбеків або кошмарів, уникання думок, почуттів та місць, пов'язаних з травмою, підвищену збудженість та пильність, труднощі з концентрацією уваги та сном.

Симптоми депресії можуть включати почуття смутку, безнадії, втрату інтересу до раніше приємних занять, зміни в апетиті та сні, втому, почуття провини та низьку самооцінку.

Симптоми тривожного розладу можуть включати почуття тривоги та страху, напади паніки, пітливість, тремтіння, прискорене серцебиття, утруднене дихання, м'язову напругу та труднощі з концентрацією уваги.

До інших симптомів можуть належати дисоціативні розлади, розлади особистості, зловживання психоактивними речовинами, самопошкодження та суїцидальні думки.

Одужання від психологічних травм, отриманих внаслідок полону, може бути тривалим та складним процесом. Однак з допомогою кваліфікованого фахівця люди можуть подолати наслідки травми та жити повноцінним життям.

1.3. Психологічні механізми подолання травм

Психологічний захист має специфічні особливості і є однією з найбільш складних для вивчення проблем психологічної науки.

Механізми психологічного захисту досліджували зарубіжні дослідники (А. Адлер, А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Салліван, К. Хорні, О. Феніхель, Е. Фромм, А. Фрейд, З. Фрейд та ін.) та українські дослідники (Ф. Басін, Ф. Василюк, Р. Грановська, Т. Яценко та ін.).

Концепція психологічного захисту важлива у всіх областях психології та психотерапії. Люди постійно перебувають під впливом зовнішнього психологічного тиску, і механізми психологічного захисту забезпечують зниження потенціалу емоційного стресу, який може призвести до психологічної травми. Психологічний захист має місце не тільки у виняткових обставинах, а й у повсякденному житті. Тому це постійний механізм людської психіки [20, 419].

Травматичні події можуть мати руйнівний вплив на психічне та емоційне здоров'я людини. Однак люди володіють природженою стійкістю, яка допомагає їм пережити травми та відновитися.

Вперше поняття «психологічний захист» було введено в рамках теорії психоаналізу (З. Фрейд) у рамках вивчення несвідомого з метою визначення засобу нівелювання внутрішнього конфлікту між структурними утвореннями психіки «Воно», «Я», «Супер Его». З. Фрейд вважав, що захист - це загальна назва для всіх прийомів, які Его може використовувати в конфлікті. Як послідовник З. Фрейда, його донька Анна Фрейд розглядає механізми захисту як один із механізмів адаптації та інтеграції особистості. Механізми психологічного захисту, за А. Фрейдом, спрямовані на зменшення страхів, викликаних внутрішніми конфліктами. Захисними механізмами А. Фрейд запропонував вважати такі «психодинамічні» механізми: витіснення; регресія; формування реакції; ізоляція; відмова (скасування) вчиненої дії; проекція; інтродекція; звернення до власної особистості; перетворення на

свою протилежність; сублімація; втеча від ситуації; обмеження Я, заперечення. Однак, на думку Н. Савченко, їх доцільно доповнити такими захисно-приспосувальними механізмами, як: раціоналізація, фантазування, конверсія, символізація, витіснення [34, 202].

Проаналізуємо більш детально захисними механізми за А. Фрейд:

— *Заперечення*, мабуть, один із найвідоміших захисних механізмів. Заперечення захищає Его від речей, з якими людина не може впоратися, і часто використовується для опису ситуацій, у яких люди, здається, нездатні дивитися в очі реальності або визнавати очевидні істини.

Заперечення - це повна відмова визнати або прийняти, що щось сталося або відбувається. Люди з наркотичною або алкогольною залежністю часто заперечують, що у них є проблеми, а жертви травматичних подій можуть заперечувати, що подія взагалі сталася.

Хоча це може тимчасово захистити людину від тривоги або болю, протиріччя також вимагає значних витрат енергії. Тому використовуються інші захисні механізми, щоб запобігти свідомому сприйняттю цих неприйнятних почуттів [21, 33].

Механізм заперечення, допомагає людям впоратися з травмою, емоційно відсторонюючись від неї. Цей механізм може включати невіру в те, що травма сталася, або ігнорування її наслідків. У багатьох випадках можуть існувати неспростовні докази того, що щось є правдою, але особистість продовжуватиме заперечувати його існування чи правду, тому що їй незручно стикатися з правдою.

— *Витіснення* служить для утримання інформації поза свідомістю. Однак ці спогади не просто так зникають; вони продовжують впливати на нашу поведінку. Наприклад, людина, яка пригнічує спогади про жорстоке поводження, з часом може мати труднощі з налагодженням стосунків.

— *Супресія*, іноді люди можуть свідомо придушувати інформацію, витісняючи небажані думки зі свого розуму, і саме це називається супресія. Однак у більшості випадків вважається, що таке придушення спогадів, що провокують страх та тривогу, відбувається несвідомо.

— *Сублімація* - це захисний механізм, який дозволяє нам реагувати на неприйнятні імпульси, трансформуючи їх у більш прийнятну форму.

3. Фрейд вважав, що сублімація є ознакою зрілості і дозволяє людям нормально функціонувати в соціально прийнятний спосіб.

— *Проекція* — це захисний механізм, за допомогою якого люди проєктують власні неприйнятні характеристики чи почуття на інших людей. Проекція дозволяє вираження бажання або імпульсу, але таким чином, який Его не може розпізнати, таким чином зменшуючи страх та тривогу.

— *Інтелектуалізація* допомагає зменшити тривожність через холодне, критичне мислення про події. Цей захисний механізм дозволяє нам уникати думок про стресовий, емоційний аспект ситуації і натомість зосереджуватися лише на інтелектуальному компоненті.

— *Раціоналізація* - це захисний механізм, який передбачає пояснення неприйнятної поведінки або почуттів раціональним або логічним способом, уникаючи істинних причин поведінки. Раціоналізація не тільки запобігає тривожності, але також може захистити Я-концепцію та самооцінку.

Намагаючись пояснити успіх або невдачу, люди, які використовують цей захисний механізм, схильні приписувати успіхи своїм власним якостям і здібностям і звинувачувати в невдачах інших людей або зовнішні сили.

— *Регресія* - коли люди стикаються зі стресовими подіями, вони іноді повертаються до раніше використовуваних моделей поведінки. Анна Фрейд назвала цей механізм захисту регресією і припустила, що люди відтворюють свою поведінку на тій стадії психосексуального розвитку, на якій відбувається фіксація.

Наприклад, зациклена людина на ранній стадії розвитку може плакати або ображатися, почувши погані новини.

Згідно з Фрейдом, регресія може сильно відрізнятись залежно від стадії фіксації людини. Наприклад, людина з оральною стадії фіксацією може почати надмірно їсти чи палити або стати вербально агресивною. Фіксація на анальній стадії може призвести до надмірної чистоти або нечистоти.

— *Реактивні формування* - зменшують тривогу, викликаючи протилежне почуття, імпульс або поведінку. Прикладом цього механізму може бути занадто дружнє ставлення до людини, яка насправді не подобається, щоб приховати свої справжні почуття [21, 33; 18].

Під психологічним захистом Л. Заграй розуміє механізм, який спрацьовує, коли цілісність «Я-образу» людини знаходиться під загрозою, і аналізує ймовірні причини порушення цілісності особистості, а саме:

— вплив суспільства на погляди особи, які обмежують її право на свободу думки, дій і самовираження;

— психологічні травми та катастрофи, які можуть бути спричинені як фізичними впливами середовища, так і соціальними процесами;

— різка зміна цінностей і моральних принципів в результаті соціальних потрясінь, суспільних змін, революцій, війн. Переживання таких ситуацій може призвести до: неадекватної поведінки з боку особистості; втрата активної життєвої позиції; невміння саморегулюватися та адаптуватися до соціального середовища [6, 135]

Водночас, на думку С. Кондратюка, психологічний захист, як важливий несвідомий механізм поведінки, відіграє важливу роль у формуванні особистості. Психологічний захист слугує уникненню страхів і напруги, подоланню почуття невпевненості та неповноцінності, вирішення конфліктів [15, 117].

Дослідження А. Сегеди та Б. Фурманець вказують на те, що шляхом придушення неприємних думок та емоцій можуть активуватися механізми психологічного захисту особистісного сенсу, а саме: уникнення неприємних

ситуацій; перенесення у вигляді заміни емоцій, справжнє джерело яких неприємне, на замітник; раціоналізація як виправдання неприйнятної ситуації, в якій спотворюється істина [37, 52].

Л. Копец зазначає, що найбільш часто використовувані механізми захисту мають значний вплив на розвиток особистості. Таким чином, захисні механізми дозволяють виключати реальність (заперечення), уникати реальності (репресії), перевизначати реальність (раціоналізація), надавати дійсності протилежного значення (реактивне виховання). Будь-який захисний механізм є перешкодою для продуктивного розуміння реальності світу та особистості [16, 213].

Поліщук Д. С. підкреслює те, що часте використання механізмів психологічного захисту призводить до їх фіксації на несвідомому рівні, і чим більше людина витісняє себе в несвідоме, тим гірше вона пізнає себе, тим гірше орієнтується в оточенні і тим частіше опиняється в безвихідній ситуації вирішення його проблем [27, 91]

Після того як З. Фрейд вперше описав первинні захисні механізми психіки, інші дослідники продовжували описувати інші методи зменшення тривоги. Ці захисні механізми включають:

- *Рухову активність*: Боротьба зі стресом через дії, а не визнання та переживання певних почуттів.
- *Альтруїзм*: задоволення внутрішніх потреб шляхом допомоги іншим.
- *Уникнення*: відмова мати справу з неприємними об'єктами чи ситуаціями або стикатися з ними.
- *Компенсація*: досягнення успіху в одній сфері для компенсації невдачі в іншій сфері.
- *Дисоціація*: відокремлення або відсторонення від власного досвіду. Наприклад, коли ми маємо справу з чимось стресовим, у нас є можливість розумово й емоційно відсторонитися від ситуації.

— *Фантазія*: уникнення реальності шляхом відходу в безпечне місце в нашій свідомості. Мрії, читання, комп'ютерні ігри та навіть перегляд фільма дозволяють нам перейти зі складної ситуації в місце, де нам комфортніше.

— *Гумор*: пошук чогось смішного чи іронічного в стресових ситуаціях. Фрейд називав гумор «одним із найвищих захисних механізмів» і описував його як «щось тонке, що надихає».

— *Сексуалізація*: перетворення чогось негативного на щось позитивне шляхом приписування цьому сексуального компоненту.

— *Пасивна агресія*: непряме вираження гніву. Класика жанру для таких ситуацій — ігнор.

— *Скасувати*: коли люди діють на основі ідеї чи імпульсу, про який з часом шкодують, вони можуть використовувати захисний механізм, намагаючись «скасувати» дію, щоб захистити себе від почуття провини чи сорому [18].

Хоча, захисні механізми часто сприймаються як негативна реакція, ми всі потребуємо їх, щоб тимчасово зняти стрес у критичні моменти та захистити самооцінку, щоб ми могли зосередитися на тому, що потрібно в цей момент.

Деякі з цих захисних механізмів можуть бути більш корисними, ніж інші. Наприклад, використання гумору для подолання стресової ситуації, яка викликає тривогу, насправді може бути адаптивним захисним механізмом.

Отже, психологічні механізми захисту особистості є важливими структурними компонентами особистості, які захищають індивіда від внутрішнього емоційного напруження, тривоги, страху та дискомфорту з метою збереження цілісності особистості.

Хоча всі механізми психічного захисту можуть бути нездоровими, вони також можуть бути корисними та дозволяти людям нормально функціонувати. Наприклад, альтруїзм, гумор, сублимація та придушення є

чотирма складними захисними механізмами, які сигналізують про більшу адаптивність.

Захисні механізми можуть бути як хорошими, так і поганими. Вони можуть зіграти позитивну роль у захисті Его від стресу та забезпечити йому здоровий вихід. В інших випадках ці захисні механізми можуть завадити особистості зіткнутися з реальністю та діяти як форма самообману.

1.4. Методи психологічної допомоги особам, які пережили полон

На жаль, коли люди повертаються з полону, їхні проблеми не припиняються. Вони можуть мати довгострокові наслідки, як фізичні, так і психологічні. Розпізнати цього «невидимого ворога», який переслідує їх, і надати відповідну допомогу не так просто. Роль спеціалістів у реабілітації жертв тортур і сексуального насильства, пов'язаного з військовими злочинами, дуже важлива і водночас дуже складна. Після полону та тортур саме тіло людини може бути нагадуванням про травматичний досвід. Тому кожному спеціалісту важливо розуміти конкретні наслідки, які можуть безпосередньо вплинути на взаєморозуміння між спеціалістом і колишнім полоненим.

Досвід надзвичайного насильства, жорстокості, несправедливості та приниження викликає у колишніх полонених сильні агресивні та мстиві імпульси. Ці імпульси вступають у конфлікт із системою моральних цінностей індивіда – це призводить до придушення, розколу чи зовнішньої проєкції. Працюючи з особами, які пережили тортури, спеціаліст може зіткнутися з цим явищем. Ця можливість зростає, коли болісний досвід тортур накладається на дитячий досвід травми, переслідування та несправедливості, що може викликати потребу помсти. Ця динаміка може створити порочне коло, яке завадить вижившому зцілитися [25, 69].

Фахівці говорять про модифікацію класичних психотерапевтичних стосунків між терапевтом і підданим тортурам клієнтом. У таких відносинах важко встановити класичний нейтралітет, психотерапевт повинен забезпечити потерпілому правовий захист і підтримку.

До психотерапевтичних методів лікування посттравматичного стресового розладу, можна віднести наступні:

1. Раціональна психотерапія – коли клієнту пояснюють причини та механізми ПТСР.

2. Методи психічної саморегуляції для зняття симптомів напруги і тривоги - аутотренінг, прогресивне розслаблення м'язів, активна візуалізація позитивних образів.

3. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – використовується для перегляду неадаптивних думок і зміни негативного ставлення.

4. Особистісно-орієнтована терапія – дозволяє змінити ставлення потерпілого до травмуючої ситуації та взяти на себе відповідальність якщо не за неї, то за своє ставлення до неї.

5. Позитивна терапія, гештальт-підхід ґрунтується на уявленні про те, що існують не лише проблеми та хвороби, а й шляхи та шляхи їх подолання, характерні для кожної людини.

Існує і більш серйозний підхід - «логотерапія», яка полягає в пошуку сенсу того, що сталося. Виявляється, більшість клієнтів швидко одужують, коли знаходять мету. Слід докласти зусиль, щоб включити традиційні ресурси, такі як духовенство, монахи та цілителі, як співтерапевтів або союзників [35, 9].

Коқун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., зауважують, що психологічна робота з військовополоненими на етапі відновлення має включати:

— Експозиційну терапію - допомагає людям поступово піддаватися спогадам та тригерам, пов'язаним з травмою, в безпечному середовищі.

— Емоційно-фокусовану терапію (ЕФТ) - допомагає людям усвідомлювати та регулювати свої емоції.

— Психодинамічну терапію - допомагає людям зрозуміти, як їхній минулий досвід впливає на їхні теперішні думки, почуття та поведінку.

— Групову терапію - може бути корисною для людей, які пережили полон, оскільки вона дає їм можливість поділитися своїм досвідом з іншими людьми, які розуміють, через що вони пройшли. Групи підтримки можуть надавати інформацію, ресурси та емоційну підтримку.

— Соціальну допомогу - соціальні працівники можуть допомогти людям, які пережили полон, отримати доступ до необхідних їм ресурсів, таких як фінансова допомога, житло, медичне обслуговування та юридична допомога.

— Фізичну реабілітацію - деякі люди, які пережили полон, можуть потребувати фізичної реабілітації внаслідок травм або захворювань, отриманих у полоні [13].

Під час терапії колишні полонені часто демонструють потребу у відкритій підтримці та співчутті з боку терапевта. Завжди, особливо на початку терапії, вони потребують психологічної просвіти, щоб пояснити суть проблеми, характеристики та цілі терапії. Уже під час перших бесід із колишнім полоненим необхідно визначити час сесій і сказати, наскільки важлива кожна сесія.

Початкова фаза терапії полягає у встановленні базової безпеки та поступовому відновленні базової довіри. Опрацювання травматичного досвіду на цьому етапі може бути некорисним. Існує ризик передчасного припинення терапії, оскільки потерпілому важко контактувати з джерелом болю, і виникає нестерпна тривога, оскільки безпечного простору та стосунків з терапевтом недостатньо. Для терапевта важливо враховувати, скільки травматичних переживань виявиться під час сеансу.

Курс терапії для жертв тортур є досить складним, результати часто досить обмежені, особливо тому, що «базова довіра» жертви зруйнована і їй важко почуватися в безпеці при контакті з терапевтом. Жертви тортур блокують свої травматичні переживання, що значно порушує терапевтичний контакт [24, 70].

К. Возніцина та Т. Сіренко виділяють ряд важливих факторів та принципів при наданні психологічної допомоги постраждалим внаслідок полону.

Реабілітація постраждалих від тортур організовується за *біопсихосоціальним принципом*, а саме: допомога спрямована в першу чергу на зменшення шкоди, завданої полонем та тортурами, зменшення ризиків для життя та здоров'я людей та розширення функціональних можливостей особи, яка пережила тортури, а вже потім на зменшення симптомів і лікування, опрацювання травматичного матеріалу.

Біопсихосоціальний підхід базується на цілісному уявленні про організм пацієнта, в якому біологічні, психологічні та соціальні чинники постійно взаємопов'язані. Відповідно до концепції здоров'я людини, причини захворювання і надання їй допомоги залежать від особливостей і стану кожного з перерахованих факторів. Лікування за біопсихосоціальним підходом вимагає індивідуального підходу до кожного окремого випадку та мультидисциплінарного підходу. Це можливо лише завдяки спільній роботі команди різнорідних спеціалістів, пацієнтів та їхніх сімей та, за необхідності, співпраці з іншими медичними установами, громадськими організаціями, соціальними службами, тощо.

Клінічний досвід вітчизняних спеціалістів, у тому числі лікарів РД «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України», робота з постраждалими від катувань і сексуального насильства в контексті воєнних злочинів за останні роки показала, що ступінь соматизації залежить від емоційного стресу, факторів, від рівня бажаної загрози, яку зазнав пацієнт. Якщо вплив психогенного фактору мав високу життєву

складову, симптоми стають глибоко соматизованими і мають поліорганный характер. Тобто чим більша загроза життю, тим більше фізична реакція на неї.

Особливої уваги потребує *принцип врахування сили та стійкості* пацієнта. Відповідно, особливу увагу слід приділяти створенню атмосфери довіри та підтримки для постраждалих. Необхідно перенести фокус з проблеми на вирішення.

Система реабілітації жертв катувань організована за *принципом повноти*. Це пояснюється тим, що наслідки тортур проявляються на різних рівнях функціонування особистості. Умовно наслідки тортур можна поділити на фізичні, психічні, психологічні та соціальні. Незалежно від того, з якою тривогою до вас звернулася жертва з досвідом перебування в полоні, важливо пам'ятати, що комплексна підтримка буде ефективною.

Потреби взаємопов'язані, і іноді буває так, що у пацієнта є одне бажання, але для задоволення цієї потреби необхідно спочатку вирішити ряд інших проблем.

Кожен фахівець має займатися своєю справою, а в мультидисциплінарній команді має бути створений активний ланцюжок направлень [26, 18-19].

Отже, з усього вище зазначеного, можемо зробити висновок, що психологічна допомога особам, які пережили полон, має бути комплексною та спрямованою на:

— Стабілізацію гострого стресового стану - це може включати надання базової психологічної підтримки, допомогу в задоволенні основних потреб (сон, їжа, безпека), а також навчання методів саморегуляції емоцій та подолання стресу.

— Лікування травматичного стресу - найпоширенішим методом лікування травматичного стресу є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). КПТ допомагає людям ідентифікувати та змінити негативні думки та поведінку, які пов'язані з травмою.

— Психосоціальна підтримка - це може включати індивідуальне та групове консультування, допомогу в соціальній адаптації, а також сприяння соціальній інтеграції.

— Медикаментозна терапія - медикаменти можуть бути призначені для лікування симптомів, таких як депресія, тривога, безсоння та біль.

— Реабілітація - реабілітаційні програми можуть допомогти людям, які пережили полон, відновити фізичне та емоційне здоров'я, а також повернутися до нормального життя.

Важливо враховувати: індивідуальний підхід, бо кожна людина переживає травму по-різному, тому важливо, щоб психологічна допомога надавалася з урахуванням індивідуальних потреб та особливостей кожної людини.

Поступовий процес, бо відновлення після травми може бути тривалим і складним процесом. Важливо, щоб люди, які пережили полон, мали доступ до довгострокової психологічної допомоги та підтримки.

І також, важливість безпечного середовища, для успішного лікування та реабілітації важливо, щоб люди, які пережили полон, відчували себе в безпеці та захищеними.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДОЛАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ, ОТРИМАНИХ ВНАСЛІДОК ПОЛОНУ

2.1. Методика дослідження

Емпіричне дослідження було проведено згідно мети дослідження, а саме вивчити особливості подолання психологічних травм, отриманих внаслідок полону, та розробити рекомендації щодо психологічної допомоги постраждалим..

Дослідження було проведено у 2024 році у Хабі для колишніх військовополонених в м. Київ. Вибірку склали 15 респондентів колишніх військовополонених. Анкетування респондентів проводили офлайн, що дозволило комплексно провести тестування.

Для досягнення мети необхідно виконати наступні завдання дослідження:

1. Визначення діагностичних методик та їх інструментарію.
2. Проведення діагностики респондентів.
3. Аналіз отриманих результатів дослідження.

Для діагностики було використано такі методики:

- 1) Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)
- 2) Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності

Для більш ґрунтовного обґрунтування обраних методик, вважаємо доцільно описати кожен з них.

1. Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) (Додаток А)
- це психометричний інструмент, який використовується для оцінки тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших травматичних розладів.

Шкала складається з 21 пункту, які поділені на 3 підшкали:

- **Вторгнення (7 пунктів):** Ця підшкала оцінює, як часто й інтенсивно людина переживає нав'язливі думки, спогади та кошмари про травматичну подію.
- **Уникнення (7 пунктів):** Ця підшкала оцінює, як часто людина уникає думок, почуттів, місць, людей або розмов, пов'язаних з травматичною подією.
- **Збудливість (7 пунктів):** Ця підшкала оцінює, як часто людина відчуває такі симптоми, як дратівливість, гнів, спалахи люті, труднощі з концентрацією уваги, порушення сну та гіперчутливість до startles.

Оцінювання:

Кожному пункту шкали присвоюється оцінка від 0 до 6, де 0 означає "зовсім не турбує", а 6 - "дуже сильно турбує".

Загальний бал за кожною підшкалою отримується шляхом підсумовування балів за всі пункти цієї підшкали.

Бал за ШОВТП визначається шляхом додавання балів за всі три підшкали.

Інтерпретація результатів:

- **Бал 0-39:** Низький рівень впливу травматичної події.
- **Бал 40-59:** Середній рівень впливу травматичної події.
- **Бал 60-79:** Високий рівень впливу травматичної події.
- **Бал 80+:** Дуже високий рівень впливу травматичної події.

2. Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності, розроблена Д. Расселом та М. Фергюсоном (Додаток Б), являє собою опитувальник, який використовується для оцінки двох основних вимірів самотності:

- **Емоційна самотність:** Відчуття емоційної відстороненості та ізоляції від інших людей.

- **Соціальна самотність:** Відсутність соціальних зв'язків та належності до соціальних груп.

Опитувальник складається з 20 тверджень, на які респонденти відповідають, використовуючи 5-ти бальну шкалу:

- 1 - Зовсім не відповідає
- 2 - Відповідає трохи
- 3 - Частково відповідає
- 4 - Відповідає значною мірою
- 5 - Зовсім відповідає

Загальний бал за опитувальником обчислюється шляхом підсумовування балів за всі 20 тверджень. Високі бали свідчать про більш високий рівень самотності.

Інтерпретація результатів:

- **0-24:** Низький рівень самотності
- **25-39:** Помірний рівень самотності
- **40-59:** Високий рівень самотності
- **60-100:** Дуже високий рівень самотності

2.2. Аналіз результатів дослідження

За результатами проведеної методики «Шкали оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)» ми отримали наступні результати представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати за «Шкалою оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)»

№ респондента	Шкали		
	Уникнення	Вторгнення	Збудливість
1.	30	28	22
2.	29	21	24
3.	26	26	16

Продовження таблиці 2.1

4.	25	18	17
5.	15	22	23
6.	12	15	12
7.	29	25	23
8.	30	30	21
9.	15	17	13
10.	16	17	12
11.	20	21	16
12.	32	31	17
13.	22	20	19
14.	25	26	13
15.	12	14	11

Вважаємо за потрібне підрахувати загальну кількість балів за кожну шкалу окремо, а саме: уникнення, вторгнення, збудливість, щоб визначити яка шкала є домінуючою в нашій групі респондентів, результати представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Загальна кількість балів по кожній шкалі оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)

	Шкали		
	Уникнення	Вторгнення	Збудливість
Загальна кількість балів	338	331	259

Отримані результати таблиці 2.2. дозволяють нам визначити % відсоток по усім трем шкалам оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) для визначення домінуючої шкали. Результати представлені на рисунку 2.2.



Рис. 2.2. % відсоток по усім трем шкалам оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)

Отже, можемо зробити висновок, що домінуючою є шкала «уникнення» - 37%, ця підшкала оцінює ступінь, до якого людина уникає, пов'язаних з травматичною подією.

Респонденти відзначили такі показники:

- Уникання думок про травматичну подію
- Уникання почуттів, пов'язаних з травматичною подією
- Уникання місць, пов'язаних з травматичною подією
- Уникання людей, пов'язаних з травматичною подією
- Уникання розмов про травматичну подію

Наступна визначена шкала «вторгнення» - 35%, ця підшкала оцінює частоту та інтенсивність нав'язливих станів, пов'язаних з травматичною подією.

Респонденти відзначили такі показники:

- Нав'язливі думки про травматичну подію
- Повторні спогади про травматичну подію
- Кошмари про травматичну подію

- Відчуття, ніби травматична подія знову відбувається
- Сильна емоційна реакція на нагадування про травматичну подію

І останнє місце займає шкала «збудження» - 28%, ця підшкала оцінює ступінь, до якого людина відчуває емоційні симптоми, пов'язані з травматичною подією.

Респонденти відзначили такі показники:

- Дратівливість
- Гнів
- Спалах гніву
- Труднощі з концентрацією уваги
- Порушення сну
- Пильність
- Легка збудливість
- Переляк

Отже можемо сказати, що домінуючою шкалою в нашому дослідженні є «уникнення», це можна обґрунтувати декількома причинами:

1. Психологічна травма:

- Перебування в полоні може бути надзвичайно травматичним досвідом.
- Військовополонені можуть піддаватися фізичному та емоційному насильству, погрозам, позбавленню свободи, ізоляції та іншим формам жорстокого поводження.
- Ці події можуть призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних розладів.
- Уникання - це один із поширених симптомів ПТСР.

2. Емоційний біль:

- Перебування в полоні може призвести до сильного емоційного болю та страждань.
- Військовополонені можуть відчувати такі емоції, як страх, гнів, сором, вина, сум і безнадія.

— Уникання може бути способом впоратися з цими емоціями та захистити себе від подальшого болю.

3. Почуття сорому та стигми:

— Деякі віськовополонені можуть відчувати сором або стигму через те, що вони потрапили в полон.

— Вони можуть відчувати, що їх вважають невдалими або слабкими.

— Уникання може бути способом впоратися з цими почуттями та ізолювати себе від інших людей.

4. Труднощі з адаптацією до цивільного життя:

— Перехід від життя в полоні до цивільного життя може бути дуже складним.

— Віськовополонені можуть мати труднощі з адаптацією до нових умов життя, відновленням стосунків з близькими людьми та пошуком роботи.

— Уникання може бути способом впоратися з цими труднощами та ізолювати себе від світу.

5. Недостатня соціальна підтримка:

— Деякі віськовополонені можуть відчувати, що їм не вистачає соціальної підтримки після звільнення з полону.

— Їхні сім'ї та друзі можуть не розуміти, через що вони пройшли, і не знати, як їм допомогти.

— Уникання може бути способом впоратися з почуттям самотності та ізоляції.

Наступним етапом нашого дослідження було визначення оцінки тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших травматичних розладів у колишніх віськовополонених, результати представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

**Оцінки тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу
(ПТСР) та інших травматичних розладів у колишніх
військовополонених**

№ респондента	Загальна оцінка	Рівень впливу травматичної події
1.	80	Дуже високий
2.	74	Високий
3.	61	Високий
4.	57	Середній
5.	60	Високий
6.	39	Низький
7.	77	Високий
8.	81	Дуже високий
9.	45	Середній
10.	49	Середній
11.	57	Середній
12.	80	Дуже високий
13.	61	Високий
14.	64	Високий
15.	37	Низький

За результатами таблиці 2.3. ми підраховали % співвідношення за кожним рівнем тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших травматичних розладів у колишніх військовополонених, результати представлені на рисунку 2.3



Рис. 2.3. % співвідношення за кожним рівнем тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших травматичних розладів у колишніх військовополонених

За отриманими результатами, можемо сказати, дуже високий рівень впливу травматичної події виявлено у 3х респондентів, це 20% від усієї вибірки;

Високий рівень впливу травматичної події виявлено у 6ти респондентів, це 40% від усієї вибірки;

Середній рівень впливу травматичної події виявлено у 4х респондентів, це 26% від усієї вибірки;

Низький рівень впливу травматичної події виявлено у 2х респондентів, це 14% від усієї вибірки.

Отже можемо зробити висновок, що більшість респондентів мають високий та середній рівень впливу травматичної події, це може пояснюватись з тим, що вони ще не адаптувались до цивільного життя, вони потребують підтримки як зі сторони фахівців так і зі сторони близьких людей, щоб швидше пережити все що з ними трапилось.

На основі результатів першої методики, ми вирішили продіагностувати рівень суб'єктивного відчуття самотності у колишніх військовополонених за методикою розробленою Д. Расселом та М. Фергюсоном.

Таблиця 2.4.

Результати діагностики суб'єктивного відчуття самотності, розробленою Д. Расселом та М. Фергюсоном

№ респондента	Шкали	
	Емоційна самотність	Соціальна самотність
1.	27	30
2.	23	24
3.	21	29
4.	17	20
5.	18	25
6.	11	14
7.	16	25
8.	35	31
9.	17	25
10.	18	19
11.	21	19
12.	11	14
13.	29	33
14.	24	18
15.	15	13

За результатами таблиці 2.4, ми підраховали загальну кількість балів по кожній шкалі суб'єктивного відчуття самотності, розробленою Д. Расселом та М. Фергюсоном

Таблиця 2.5.

Загальну кількість балів по кожній шкалі суб'єктивного відчуття самотності, розробленою Д. Расселом та М. Фергюсоном

	Шкали	
	Емоційна самотність	Соціальна самотність
Загальна кількість балів	303	339

За результатами таблиці 2.5. ми підраховали % співвідношення за шкалами емоційної самотності та соціальної самотності, результати представлені на рисунку 2.4.

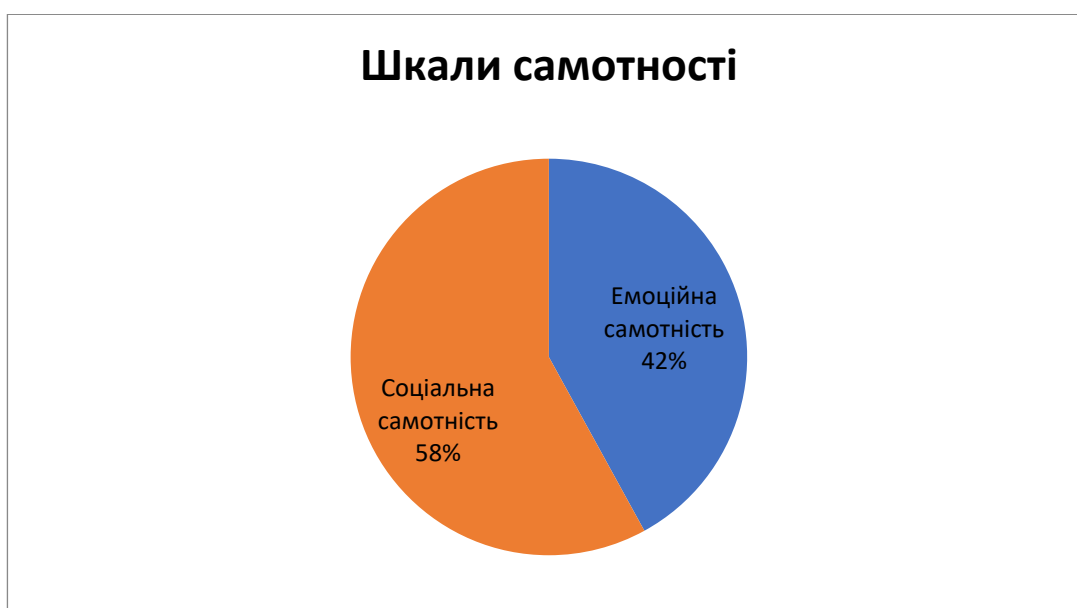


Рис. 2.4. % співвідношення за шкалами емоційної самотності та соціальної самотності

Отже, за результатами рис. 2.4. ми визначили, що соціальна самотність є домінуючою, вона набрала 58% від усієї вибірки, емоційна самотність трішки менше виражена – 42% від усієї вибірки.

Респонденти нашої вибірки роблять акцент на твердженнях, які описують емоційну самотність, наприклад:

- "Я відчуваю себе емоційно відстороненим від інших людей."
- "Мені здається, що нікому до мене немає справи."
- "Я відчуваю себе нікому не потрібним."

Соціальну самотність, підтверджують твердження, які обрали респонденти:

- "У мене немає близьких друзів."
- "Я не відчуваю себе частиною жодної групи."
- "Мені здається, що я нікому не цікавий."

Підрахувавши загальні бали за методикою суб'єктивного відчуття самотності, розробленою Д. Расселом та М. Фергюсоном, ми отримали такі результати представлені в таблиці 2.6

Таблиця 2.6.

**Загальні бали за методикою суб'єктивного відчуття самотності,
розробленої Д. Расселом та М. Фергюсоном**

№ респондента	Загальна оцінка	Рівень суб'єктивного відчуття самотності
1.	57	Високий
2.	47	Високий
3.	50	Високий
4.	37	Середній
5.	39	Середній
6.	25	Помірний
7.	41	Високий
8.	66	Дуже високий
9.	42	Високий
10.	37	Помірний
11.	40	Високий

12.	25	Помірний
13.	62	Дуже високий
14.	42	Високий
15.	28	Помірний

За результатами таблиці 2.6. ми підраховали % співвідношення за кожним рівнем суб'єктивного відчуття самотності, розробленого Д. Расселом та М. Фергюсоном, результати представлені на рисунку 2.5

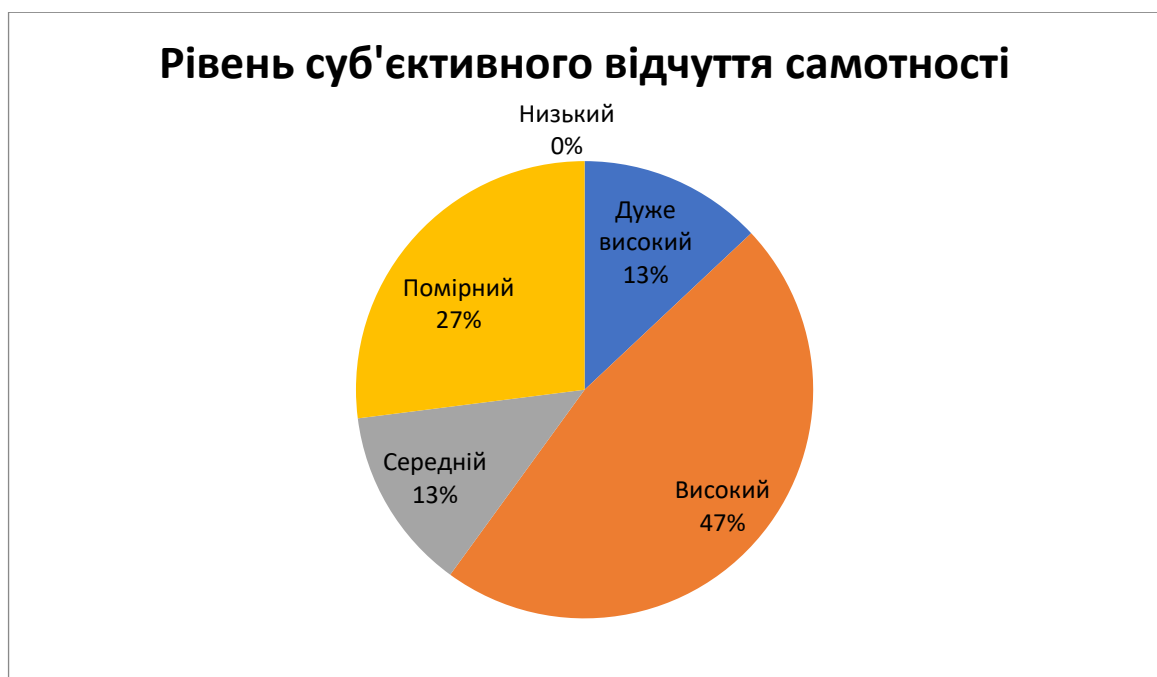


Рис. 2.5. % співвідношення за кожним рівнем суб'єктивного відчуття самотності, розробленого Д. Расселом та М. Фергюсоном

Отже, можемо зробити висновок, що дуже високий рівень суб'єктивного відчуття самотності виявлено у 2х респондентів, це 13%;

Високий рівень суб'єктивного відчуття самотності виявлено у 7ми респондентів, це 47%;

Середній рівень суб'єктивного відчуття самотності виявлено у 2х респондентів, це 13%;

Помірний рівень суб'єктивного відчуття самотності виявлено у 4х респондентів, це 27%;

Низький рівень суб'єктивного відчуття самотності – не виявлено.

Отже можемо констатувати, що більш домінуючий, це «Високий» рівень суб'єктивного відчуття самотності у нашої вибірки респондентів, це може пояснюватись тим, що колишнім військовополоненим важко знайти соціально підтримку, бо немає довіри до світу та до людей.

Вони потребують підтримки близьких та рідних їм людей, бо сім'я, це місце спокою, поваги та підтримки, але як показує дослідження, рідні люди не знають як правильно розмовляти та вести себе з людьми які були в полоні та піддавались тортурам. Колишні військовополонені вже не ті, які були раніше, їх реакції, звички змінилися під впливом травмуючих подій, які з ними трапились.

Зауважимо, що рівень самотності може змінюватися з часом залежно від різних факторів, таких як життєві обставини, соціальні зв'язки та психічний стан, тому вважаємо за потрібне, це підтверджується результатами нашого дослідження, надати рекомендації щодо спілкування з особам, які пережили полон та тортури.

2.3. Рекомендації щодо спілкування з особам, які пережили полон

Як спілкуватися з людиною, яка пережила полон:

- висловлювати повагу до досвіду, набутого в неволі;
- включати в планування діяльності;
- Завжди давайте людині право вибору і дайте їй час зробити цей вибір.
- проявляти співпереживання та не бути байдужим;
- З розумінням поставтеся до порушення часових рамок і кордонів людиною, яка пережила полон. Однак такі дії слід відрізнити від свідомих маніпуляцій.

— Визнайте, що у вас немає подібного досвіду і ви не можете повністю зрозуміти, через що пройшла людина.

— сприяти перенесенню уваги з проблеми на її вирішення; Звертайте увагу на деталі, реакції в поведінці та уточнюйте, запитуйте, що могло б зробити кімнату комфортнішою;

— Коли хтось сам починає розповідь про полон, не варто задавати провокаційних питань, які поглиблюють його занурення в історію. Виявляйте співчуття, висловлюйте повагу, будьте чесними. Говорити про свої почуття можна і потрібно. Якщо історія надто емоційна, допоможіть людині повернутися до моменту «тут і зараз». Мотивувати вас звернутися до психолога;

— Більше розмовляйте з людиною про сьогодення, події найближчого минулого, про його фізичний стан і самопочуття;

— виконувати обіцянки.

Люди, які спілкуються з тими, хто пережив полон, повинні знати ці правила спілкування:

— Не запитуйте про травматичний досвід просто з цікавості. Будь-який інтерес до історії людини має бути суто професійним, а не особистим. Приклад професійного інтересу: лікар повинен знати про тілесні ушкодження, юрист повинен документувати заяву. Приклад особистої зацікавленості «Як там було?» Це може призвести до небажаних наслідків і повторної травми.

— Без дозволу людини не можна торкатися до її тіла, обіймати або торкатися її особистих речей.

— Немає необхідності різко змінювати спільні плани без попередження.

— Вони не можуть здійснювати контроль і обмежувати автономію людини.

— Не можна підтримувати спроби людини ігнорувати прояви фізичного болю, які є наслідком полону. Поговоріть про способи вирішення проблеми та покажіть реальну користь у теперішньому часі: «позбутися болю», «повернутися спати» тощо.

— Не можна знецінювати досвід ув'язнення, не говорити: «Нічого страшного», «Забудь» тощо.

— Не можна будувати нездійсненні надії чи обіцянки, які навряд чи справдяться: «Час усе вилікує, ти це забудеш» або «Психолог подбає, щоб ти про це не пам'ятав».

— Не варто просто сприймати людину як «жертву» і жаліти її. Якщо хтось виживав у полоні, то там завжди було чим допомогти. Потрібно використовувати цей ресурс і розуміти стійкість людини.

— Не варто бути занадто «героїчним». Безсумнівно, ви повинні мати надзвичайну мужність і силу, щоб пережити ув'язнення і тортури. Але героїзм є проявом зіткнення з власною силою і відбувається в конкретний момент. Роль «героя»/«героїні» може бути надто важким тягарем, щоб носити його щодня.

Рекомендації для сімей та рідних, члени сім'ї яких повернулись з полону:

- Надавайте емоційну підтримку.
- Виявляйте тепло, довіру та розуміння.
- Поважайте досвід ветеранів.
- Слухайте уважно і чуйте колишнього полоненого.
- Важливо прийняти і зрозуміти опір травмованої людини, бути виваженим і обережним. Саме ці якості допоможуть вибрати найбільш ефективні форми підтримки та допомоги цій людині.
- Створити атмосферу психологічної та емоційної безпеки для ветеранів.

— Скажіть, що будь-яка отримана вами інформація залишатиметься конфіденційною.

— Якщо ці люди готові прийняти допомогу, заохочуйте їх пройти обстеження та отримати відповідне лікування.

ВИСНОВКИ

1. Розкриваючи поняття психологічної травми та її види, ми визначили, що психологічна травма - це глибоке емоційне потрясіння, яке виникає внаслідок переживання екстремальної стресової події, що загрожує життю або благополуччю людини. Це порушення цілісності психіки, яке спричинене ситуацією, що суб'єктивно інтерпретується як непереборна та незвичайна, і викликає в подальшому глибокі емоційні переживання.

Важливо зазначити, що не кожна стресова подія призводить до психологічної травми. Травма виникає, коли людина відчуває, що не може впоратися з ситуацією, що загрожує її життю, безпеці або благополуччю.

2. Визначаючи особливості психологічних травм, отриманих внаслідок полону, ми дійшли висновку, що війна в Україні призвела до того, що тисячі людей опинилися в полоні та зазнаються катувань. Цей досвід може мати серйозні та тривалі наслідки для психічного та емоційного здоров'я полоненого. Наразі існує недостатня інформація про особливості психологічних травм, отриманих внаслідок полону і це ускладнює надання психологічної допомоги людям, які пережили подібний досвід, але важливо зазначити, що полон та тортури перетворює людину на жертву і глибоко змінює її ідентичність на фізичному, психологічному, соціальному та духовному рівнях.

Якщо полонений може витримати фізичний біль, то кривдник завдає найболючіші прийоми по психічному та психологічному здоров'ю полоненого.

Після повернення полонених додому, їм дуже важко адаптуватися до навколишнього життя. Симптоми ПТСР можуть включати повторні переживання травматичних подій у вигляді флешбеків або кошмарів, уникання думок, почуттів та місць, пов'язаних з травмою, підвищену збудженість та пильність, труднощі з концентрацією уваги та сном.

Симптоми депресії можуть включати почуття смутку, безнадії, втрату інтересу до раніше приємних занять, зміни в апетиті та сні, втому, почуття провини та низьку самооцінку.

Симптоми тривожного розладу можуть включати почуття тривоги та страху, напади паніки, пітливість, тремтіння, прискорене серцебиття, утруднене дихання, м'язову напругу та труднощі з концентрацією уваги.

До інших симптомів можуть належати дисоціативні розлади, розлади особистості, зловживання психоактивними речовинами, самопошкодження та суїцидальні думки.

3. Проаналізувавши психологічні механізми подолання травм, ми дійшли висновку, що психологічні механізми захисту особистості є важливими структурними компонентами особистості, які захищають індивіда від внутрішнього емоційного напруження, тривоги, страху та дискомфорту з метою збереження цілісності особистості.

Захисними механізмами А. Фрейд запропонувала вважати такі «психодинамічні» механізми: витіснення; регресія; формування реакції; ізоляція; відмова (скасування) вчиненої дії; проєкція; інтроекція; звернення до власної особистості; перетворення на свою протилежність; сублімація; втеча від ситуації; обмеження Я, заперечення. Однак, на думку Н. Савченко, їх доцільно доповнити такими захисно-приспосувальними механізмами, як: раціоналізація, фантазування, конверсія, символізація, витіснення.

Хоча всі механізми психічного захисту можуть бути нездоровими, вони також можуть бути корисними та дозволяти людям нормально функціонувати. Наприклад, альтруїзм, гумор, сублімація та придушення є чотирма складними захисними механізмами, які сигналізують про більшу адаптивність.

Захисні механізми можуть бути як хорошими, так і поганими. Вони можуть зіграти позитивну роль у захисті Его від стресу та забезпечити йому здоровий вихід. В інших випадках ці захисні механізми можуть завадити особистості зіткнутися з реальністю та діяти як форма самообману

4. Визначивши методи психологічної допомоги особам, які пережили полон, найефективнішими є: раціональна психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), особистісно-орієнтована терапія, позитивна терапія, гештальт-підхід, логотерапія, експозиційна терапія, емоційно-фокусована терапія (ЕФТ), психодинамічна терапія, групова терапія, соціальна допомога, фізична реабілітація.

Дуже важливим є те, що психологічна допомога особам, які пережили полон, має бути комплексною та спрямованою на: стабілізацію гострого стресового стану, лікування травматичного стресу, психосоціальну підтримку, медикаментозну терапію, за потреби.

Важливо враховувати: індивідуальний підхід, бо кожна людина переживає травму по-різному, тому важливо, щоб психологічна допомога надавалася з урахуванням індивідуальних потреб та особливостей кожної людини; поступовий процес, бо відновлення після травми може бути тривалим і складним процесом. Важливо, щоб люди, які пережили полон, мали доступ до довгострокової психологічної допомоги та підтримки.

І також, важливість безпечного середовища, для успішного лікування та реабілітації важливо, щоб люди, які пережили полон, відчували себе в безпеці та захищеними.

5. Емпіричне дослідження особливостей подолання психологічних травм було проведено у 2024 році у Хабі для колишніх військовополонених в м. Київ. Вибірку склали 15 респондентів колишніх військовополонених. Анкетування респондентів проводили офлайн, що дозволило комплексно провести тестування.

Для діагностики було використано такі методики: шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП); методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності.

За результатами шкали оцінки впливу травматичної події (ШОВТП), ми визначили, що домінуючою є шкала «уникнення» - 37%, ця підшкала оцінює, як часто людина уникає думок, почуттів, місць, людей або розмов, пов'язаних

з травматичною подією. Наступна визначена шкала «вторгнення» - 35%, ця підшкала оцінює, як часто й інтенсивно людина переживає нав'язливі думки, спогади та кошмари про травматичну подію. І останнє місце займає шкала «збудження» - 28%, ця підшкала оцінює, як часто людина відчуває такі симптоми, як дратівливість, гнів, спалахи люті, труднощі з концентрацією уваги, порушення сну та гіперчутливість.

Отже можемо сказати, що домінуючою шкалою в нашому дослідженні є «уникнення», це можна обґрунтувати декількома причинами: психологічна травма, емоційний біль, почуття сорому та стигми, труднощі з адаптацією до цивільного життя, недостатня соціальна підтримка.

Наступним етапом нашого дослідження було визначення оцінки тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших травматичних розладів у колишніх військовополонених, За отриманими результатами, можемо сказати, дуже високий рівень впливу травматичної події виявлено у 3х респондентів, це 20% від усієї вибірки; високий рівень впливу травматичної події виявлено у бти респондентів, це 40% від усієї вибірки; середній рівень впливу травматичної події виявлено у 4х респондентів, це 26% від усієї вибірки; низький рівень впливу травматичної події виявлено у 2х респондентів, це 14% від усієї вибірки.

Отже можемо зробити висновок, що більшість респондентів мають високий та середній рівень впливу травматичної події, це може пояснюватись з тим, що вони ще не адаптувались до цивільного життя, вони потребують підтримки як зі сторони фахівців так і зі сторони близьких людей, щоб швидше пережити все що з ними трапилось.

На основі результатів першої методики, ми вирішили продіагностувати рівень суб'єктивного відчуття самотності у колишніх військовополонених за методикою розробленою Д. Расселом та М. Фергюсоном.

% співвідношення за шкалами емоційної самотності та соціальної самотності, ми отримали, що соціальна самотність є домінуючою, вона набрала 58% від усієї вибірки, емоційна самотність трішки менше виражена – 42% від усієї вибірки.

Підрахувавши загальні бали за методикою суб'єктивного відчуття самотності, розробленою Д. Расселом та М. Фергюсоном, можемо зробити висновок, що дуже високий рівень суб'єктивного відчуття самотності виявлено у 2х респондентів, це 13%; високий рівень суб'єктивного відчуття самотності виявлено у 7ми респондентів, це 47%; середній рівень суб'єктивного відчуття самотності виявлено у 2х респондентів, це 13%; помірний рівень суб'єктивного відчуття самотності виявлено у 4х респондентів, це 27%; низький рівень суб'єктивного відчуття самотності – не виявлено.

Отже можемо констатувати, що більш домінуючий, це «Високий» рівень суб'єктивного відчуття самотності у нашої вибірки респондентів, це може пояснюватись тим, що колишнім військовополоненим важко знайти соціально підтримку, бо немає довіри до світу та до людей.

Вони потребують підтримки близьких та рідних їм людей, бо сім'я, це місце спокою, поваги та підтримки, але як показує дослідження, рідні люди не знають як правильно розмовляти та вести себе з людьми які були в полоні та піддавались тортурам. Колишні військовополонені вже не ті, які були раніше, їх реакції, звички змінилися під впливом травмуючих подій, які з ними трапились.

Зауважимо, що рівень самотності може змінюватися з часом залежно від різних факторів, таких як життєві обставини, соціальні зв'язки та психічний стан, тому вважаємо за потрібне, це підтверджується результатами нашого дослідження, надати рекомендації щодо спілкування з особам, які пережили полон та тортури.

6. Розроблені рекомендації щодо спілкування з особам, які пережили полон включають наступне:

- як спілкуватися з людиною, яка пережила полон;
- люди, які спілкуються з тими, хто пережив полон, повинні знати ці правила спілкування;
- рекомендації для сімей та рідних, члени сім'ї яких повернулись з полону.

Отже з усього вище зазначеного можемо зробити висновок, що гіпотеза про те, що полон для військовослужбовців як психотравмуюча ситуація призводить до формування самотності, що веде до порушення соціальних контактів і насамперед у сімейному оточенні – повністю підтверджена.

І другу гіпотезу, що психокорекційна підтримка військовослужбовців після полону повинна бути комплексною та включати підтримку як самого військовослужбовця, так і членів його сім'ї також підтверджена.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництва Старого Лева, 2015. 416 С.
2. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. Київ, 2012. С. 89-95.
3. Гриневич Є. Г., Лінський І. В. Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно відмінних контингент- тах постраждалих. *Архів психіатрії*. 2006. Т. 12. № 1. С. 16—21.
4. Дьоміна О.О. Клініко-психологічні особливості суїцидальної поведінки при гострій реакції на стрес. *Український вісник психоневрології*. Т. 10. 2002.
5. Екстремальна психологія: підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Київ: ТОВ “Август Трейд”, 2007. 502 с.
6. Заграй Л. Д. Практики соціально-психологічного захисту особистості в умовах ризиків і небезпек. *Психологічні перспективи*. Вип. 26. 2015. С. 133–142.
7. Закон України. Женевська конвенція про поводження з військовополоненими - документ № 995_153 від 23.02.2023. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_153#Text
8. Закон України. Конвенція про захист цивільного населення під час війни - документ № 995_154 від 23.02.2023. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_154#Text
9. Законі України «Про боротьбу з тероризмом» - документ № 638-IV від 28.04.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/638-15#Text>
10. Католик Г., Корнієнко І. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям та постраждалим. Львів: Червона Калина, 2003. 124 с.

11. Кириленко Т.С. Психологічні проблеми переживань травмуючих ситуацій. Матеріали конференції «Психологія життєвої кризи особистості». *Журнал «Наукові студії із соціальної та політичної психології»*. Вип.4(7). Київ, 2000.
12. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с
13. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
14. Колк, Бессел ван дер. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть / Бессел ван дер Колк; [перевод с английского И.Чорного]. Киев, Форс Украина, 2020. 464 С.
15. Кондратюк С. М. Теоретичне обґрунтування механізмів психологічного захисту особистості / С. М. Кондратюк, Л. А. Сердечна. *Зб. наук. праць ХІСТ Університету «Україна»*. 2015. №11. С. 115–118.
16. Копець Л. В. Психологія особистості : навчальний посібник. Київ, 2007. 460 с.
17. Корнієнко І. Психологічна допомога дітям, що зазнали травми внаслідок катастрофи / І. Корнієнко, Г. Католик. *Психолог*. 2004. № 46. С. 8—16.
18. Котигорошко В. ТОП розповсюджених захисних механізмів психіки. Психологічні концепції. 2023. URL: <https://www.gasformind.com/top-rozprovsyudzhenykh-zakhysnykh-mekhanizmyv/>
19. Лазос Г.П. Психотерапія постраждалих внаслідок тор- тур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей. *Актуальні проблеми психології*. Том.3.: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 13. Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України; Вінниця: ФОП Рогальська І.О, 2017. С. 8–46.

20. Михальська Ю. А. Особливості механізмів психологічного захисту особистості / Ю. А. Михальська, С. О. Ренке. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 30. С. 417–427.
21. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с
22. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с.
23. Оверченко А.І. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Київ: Нац. акад.. внутр. справ, 2014. 160 с.
24. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / загальна редакція: Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
25. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Розділ 3. Соціально-психологічна допомога особам, що пережили полон і тортури. Міжнародна рада з реабілітації жертв тортур. 73 с. URL: <http://ecopsy.com.ua/cpps/PD%20polon%20nasylstvo%20OBSE.pdf>
26. Особливості роботи з пацієнтами, які пережили полон та тортури, сексуальне насильство пов'язане з конфліктом: рекомендації для фахівців медичної сфери / К. Возніцина, Т. Сіренко. Київ, 2023. URL: <https://med.expertus.com.ua/content/attachments/00f2790a-2bdd-55a8-a946-0239d57aaf0e.pdf>
27. Поліщук Д. С. Основні підходи до сутності механізмів психологічного захисту. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка*. 2014. Вип. 1. С. 88–95.
28. Понад 8 тисяч українців досі перебувають у російському полоні. Координаційний штаб. URL: <http://surl.li/txsgq>

29. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. Київ: Міленіум, 2015. 150 с.
30. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / заг. редакція Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Л.Г. Царенко. Київ: ТОВ «Видавництво «Логос». 207 с.
31. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія» / укладачі: О.А. Резнікова. Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2016. 135 с.
32. Робота з постраждалими від сексуального насильства в умовах збройного конфлікту: посібник для фахівців із психологічної допомоги та екстреного реагування в Україні Проект Ради Європи «Боротьба з насильством стосовно жінок в Україні» (COVAW) /за ред. Сарета Ашраф (Sareta Ashraph), Мельниченко О., Степанюк О. 2021-2022..
33. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *NeuroNews*, 2012. С. 30–37.
34. Савченко Н. І. Методологічні основи та методичні засоби вивчення психологічного захисту. *Психологічні науки: Зб. наук. пр.* Т. 2. Вип. 4. 2010.С. 202–206.
35. Сулятицький І.В., Сайко Х.Я. Соціопсихологічні механізми подолання травматичного стресу військовослужбовцями. *Вісник Львівського університету. Серія педагогічна.* №33, 2018. 14 с. DOI: <http://dx.doi.org/10.30970/vpe.2018.33.9970>
36. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.

37. Фурманець Б. І. Концептуальний підхід до визначення психологічного захисту особистості від терористичних проявів / Б. І. Фурманець, О. О. Сегеда. *Вісник ХНУ*. 2015. Вип. 58. С. 50–54.

38. Шубіна Г.. Взаємодія з ветеранами, які пережили полон: що варто знати? HUBZ Inform. 2022. URL: <http://surl.li/txtbh>

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

Реєстраційний бланк

Інструкція: “Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття *за останній тиждень*”.

Твердження	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.				
2. Я не міг спокійно спати вночі.				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.				
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.				
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.				
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.				

9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переполюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.				
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.				
15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально заклинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.				
21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.				

22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.				
--	--	--	--	--

“Ключ”

Субшкала “вторгнення”: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала “уникнення”: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала “збудливість”: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів:

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з “ключем”.

Кожен пункт

оцінюється:

“ніколи” – 0 балів;

“рідко” – 1 бал;

“іноді” – 3 бали;

“часто” – 5 балів.

Методика діагностики суб'єктивного відчуття самотності

(Д. Рассел і М. Фергюсон)

Інструкція. Вам запропоновано ряд тверджень. Послідовно прочитайте кожне з них і оцініть з точки зору частоти їх прояву у вашому житті за допомогою відповідей «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Той варіант, що ви обрали, позначте знаком «+».

Твердження	часто	іноді	рідко	ніколи
1. Я нещасливий, коли займаюся багатьма справами на самоті				
2. Мені ні з ким поспілкуватися				
3. Для мене нестерпно бути таким самотнім				
4. Мені не вистачає спілкування				
5. Я відчуваю, що ніхто не розуміє мене				
6. Я часто чекаю на те, що знайомі або друзі подзвонять мені або напишуть				
7. Немає такої людини, до якої я міг би звернутися				
8. Я зараз не маю близької людини				
9. Ті люди, що мене оточують, не поділяють мої думки та ідеї				
10. Я відчуваю себе покинутим				
11. Я не здатен розслабитися та спілкуватися з тими людьми, що мене оточують				
12. Я почуваюся зовсім самотнім				
13. Мої соціальні зв'язки і контакти поверхневі				
14. Мені дуже не вистачає компанії				
15. Ніхто не знає яким я є насправді				
16. Я відчуваю, ніби мене ізольовано від інших людей				
17. Я дуже нещасливий, відчуваючи, що я дійсно відторгнутий				
18. Мені важко знаходити друзів				
19. Я відчуваю, що я виключений із соціуму				
20. Навколо мене є люди, але вони не зі мною				

Обробка результатів дослідження та інтерпретація

Підраховується кількість кожного із варіантів відповідей. Сума відповідей «Часто» множиться на 3 (три), «Іноді» - на 2 (два), «рідко» - на 1 (один), і «ніколи» - на 0 (нуль). Отримані результати додаються.

Максимально можливий показник самотності - 60 (шістдесят) балів.

Високий ступінь самотності показує сума від 40 до 60 балів,

від 20 до 40 балів - середній рівень самотності,

від 0 до 20 балів - низький рівень самотності.