

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

О. О. Бугайова

**Кваліфікаційна робота
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ БОЙОВИХ ДІЙ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ**

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет здоров'я людини
(повне найменування інституту, факультету)
Кафедра психології та соціології
(повна назва кафедри)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

бакалавра

на тему: «Соціально-психологічні особливості подолання наслідків бойових
дій військовослужбовцями»

Здобувачка вищої освіти спеціальності С4 Психологія,
ОПП «Психологія», групи ПС-21д

О. О. Бугайова

Керівник роботи: д. психол. н., проф.

Ю. О. Бохонкова

Рецензент: д. психол. н., проф.,
член-кореспондент НАПН України,
професор кафедри психології
Херсонського державного університету
МОН України

І. С. Попович

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет _____ здоров'я людини _____
Кафедра _____ психології та соціології _____
Освітній ступінь _____ бакалавр _____
Спеціальність _____ 053 Психологія _____
Освітньо-професійна програма _____ «Психологія» _____

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувачка кафедри
психології та соціології
Бохонкова Ю. О.

“05” травня 2025 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**
Бугайової Ольги Олексіївни

1. Тема роботи: «Соціально-психологічні особливості подолання наслідків бойових дій військовослужбовцями».

Керівник роботи: Ю. О. Бохонкова – д. психол. н., проф., зав. кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від «02» травня 2025 року, № 81/15 _____

2. Строк подання студентом роботи до захисту «11» червня 2025 року _____.

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи – 117 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами з урахуванням Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015.

4. Зміст основної частини (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати наукові джерела із зазначеної проблематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження та провести експериментальне дослідження; за допомогою математичних методів обробити й презентувати отримані результати; на основі результатів проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо проблеми дослідження.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиці, рисунки (гістограми, діаграми, сегментограми)

6. Консультанти розділів:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Бохонкова Ю. О. – д. психол. н., проф, зав. кафедри психології та соціології	19.05.2025	01.06.2025
2.	Бохонкова Ю. О. – д. психол. н., проф, зав. кафедри психології та соціології	02.06.2025	10.06.2025

7. Дата видачі завдання: 05.05.2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	02.05.2025 – 18.05.2025	
2	Аналіз літератури за проблемою. Систематичний аналіз наукових джерел. Структурування огляду літератури. Робота над теоретичною частиною дослідження.	19.05.2025 – 01.06.2025	
4	Узагальнення результатів констатувального експерименту.	02.06.2025 – 10.06.2025	
6	Представлення роботи на зовнішню рецензію.	11.06.2025 – 15.06.2025	
7	Перевірка роботи на академічний плагіат.	16.06.2025 – 22.06.2025	
8	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту.	16.06.2025 – 22.06.2025	
9	Захист кваліфікаційної роботи.	23.06.2025 – 29.06.2025	

Здобувачка вищої освіти

Бугайова О. О.

Керівник роботи:
д. психол. н., проф.

Бохонкова Ю. О.

РЕФЕРАТ

Текст – 117 с., табл. – 20, рис. – 6, література – 93 дж., додатків – 5.

В роботі проведено теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травматизації військовослужбовців. Надано психологічну характеристику бойовій психічній травмі. Розглянуто особливості психологічної допомоги військовослужбовцям як складовій подолання наслідків бойових дій. Визначено патологічні психічні стани військовослужбовців як наслідки отримання психологічної травми.

Експериментально розглянуто соціально-психологічні особливості подолання наслідків бойових дій військовослужбовцями. Проведено аналіз та підібрано психодіагностичні методики, спрямовані на дослідження особливостей прояву наслідків бойових дій у військовослужбовців. За допомогою методів обробки даних представлено результати констатувального експерименту, на основі яких підібрано матеріали для розробки практичних рекомендацій, спрямованих на подолання наслідків травмівного досвіду військовослужбовців.

Ключові слова: БОЙОВА ПСИХІЧНА ТРАВМА, БОЙОВИЙ СТРЕС, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ДИСТРЕС, ЗБРОЙНИЙ КОНФЛІКТ, КОНСТАТВАЛЬНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ, ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ, ПСИХІЧНЕ ЗЛОРОВ'Я, ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ, РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ, СТРЕС, УЧАСНИКИ БОЙОВИХ ДІЙ.

ABSTRACT

Buhaiova O. O. Socio-psychological features of overcoming the consequences of hostilities by military personnel. Qualification work. Kyiv, 2025.

The paper presents a theoretical and methodological analysis of the study of the problem of psychological trauma of military personnel. The psychological characteristics of combat psychological trauma are given. The peculiarities of psychological assistance to servicemen as a component of overcoming the consequences of combat actions are considered. The pathological mental states of servicemen as a consequence of psychological trauma are defined. The socio-psychological peculiarities of overcoming the consequences of combat actions by military personnel are experimentally considered. The author analyses and selects psychodiagnostic methods aimed at studying the peculiarities of the manifestation of the consequences of combat actions in military personnel. Using data processing methods, the results of a confirmatory experiment are presented, on the basis of which materials for the development of practical recommendations aimed at overcoming the consequences of the traumatic experience of military personnel are selected.

Key words: COMBAT PSYCHOLOGICAL TRAUMA, COMBAT STRESS, MILITARY PERSONNEL, DISTRESS, ARMED CONFLICT, ASCERTAINING EXPERIMENT, POST-TRAUMATIC RECOVERY, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, PRACTICAL RECOMMENDATIONS, MENTAL ILLNESS, PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE, PSYCHOLOGICAL REHABILITATION, PSYCHOTHERAPY, PERSONALITY DISORDERS, STRESS, COMBATANTS.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	12
1.1. Аналіз наукової літератури з вивчення проблеми психологічної травматизації військовослужбовців	12
1.2. Психологічна характеристика бойової психічної травми	22
1.3. Психологічна допомога військовослужбовцям як складова подолання наслідків бойових дій	31
Висновки до першого розділу	40
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ НАСЛІДКІВ БОЙОВИХ ДІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	42
2.1. Патологічні психічні стани військовослужбовців як наслідки отримання психологічної травми	42
2.2. Дослідження соціально-психологічних особливостей прояву наслідків бойових дій у військовослужбовців	52
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту	61
2.4. Практичні рекомендації, спрямовані на подолання наслідків травмівного досвіду військовослужбовців	79
Висновки до другого розділу	110
ВИСНОВКИ	112
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	115
ДОДАТКИ	125

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Особливої актуальності набуває питання про необхідність вивчення сучасною психологічною наукою специфічних чинників та механізмів розвитку бойової психологічної травматизації військовослужбовців у бойових умовах, що призводить до порушення їх психічного здоров'я.

Ситуація війни, що характеризується надекстремальним впливом на психіку людини: небезпечні умови виконання професійних завдань, постійна загроза життю військового, негативно впливають на стан його здоров'я, знижують ефективність діяльності та можуть призводити до її зриву. У значній частини військовослужбовців Збройних Сил України, які постраждали в результаті участі в бойових діях, спостерігаються психогенні розлади.

Прояви бойової психічної патології можуть проявитися через тривалий час і не лише як посттравматичний стресовий розлад, а й у формі інших розладів, зокрема: зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривожні розлади, порушення сну та контролю, спалахах злості тощо.

Бойовою психічною травмою є деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, в результаті чого відбувається перевищення її адаптивних можливостей (рівнів психічної стійкості), зміна цінностей та поведінки.

Наслідки цих розладів багато в чому залежать від своєчасності їх діагностики та оперативної оцінки їх стану, адекватності прогнозу розвитку розладів та надання психологічної допомоги, проведення реабілітаційних заходів.

Питанням бойової психологічної травматизації військовослужбовців займаються українські науковці: Н. Агаєв, В. Афанасенко, О. Блінов, В. Зливков, О. Когут, О. Кокун, О. Колесніченко, О. Кудренко, С. Кузікова, Н. Лозінська, С. Лукомська, О. Лящ, В. Остапчук, І. Пішко, А. Шиделко, М. Яцюк.

Водночас, недостатньо вивченим залишається питання специфіки прояву психологічних травм військовослужбовців, порівняно з психологічними травмами цивільного населення, які постраждали внаслідок війни. В умовах, постійного зростання числа учасників бойових дій, проведення комплексу заходів з відновлювального лікування і подальшої соціальної інтеграції військовослужбовців в суспільство є одним із пріоритетних напрямків соціальної політики держави. Учасники бойових дій є специфічним контингентом, який вимагає багатопрофільної реабілітації. Отже, актуальність проблеми та її недостатнє вивчення зумовили вибір теми дослідження.

Об'єкт дослідження – травматизація військовослужбовців.

Предмет дослідження – соціально-психологічні особливості подолання наслідків бойових дій військовослужбовцями.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити соціально-психологічні особливості подолання наслідків бойових дій військовослужбовцями.

На підставі означеної мети було визначено наступні **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати наукову літературу з проблеми вивчення психологічної травматизації військовослужбовців.
2. Визначити патологічні психічні стани військовослужбовців як наслідки отримання психологічної травми.
3. Провести емпіричне дослідження особливостей прояву наслідків бойових дій у військовослужбовців.
4. Здійснити психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту.
5. Розробити практичні рекомендації, спрямовані на подолання наслідків травмивного досвіду військовослужбовцями.

Теоретико-методологічну основу дослідження складають концепції та теорії: військового травматичного неврозу (Р. Л. Леві, П. С. Борн), бойової

втоми (Л. Батимор), посттравматичного стресового розладу (Ч. Фіглі, М. Хоровіц та ін.), роботи з травмою та нестерпних руйнівних переживань (Д. Калшед), прояву стресу та станів, пов'язаних із травматичними життєвими подіями (Р. Лазарус, Г. Сельє, М. Лаад, С. Богданова, М. Дворник, В. Климчук, Л. Ковальова, В. Крайнюк, Т. Титаренко), вікових переживань травм війни (С. Кузікова, В. Зливков, С. Лукомська); бойової психологічної травматизації військовослужбовців (О. Блінов, О. Колесніченко, А. Шиделко); впливу стресфакторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців (О. Кудренко, В. Афанасенко); деструктивного впливу бойового стресу на емоційну сферу особистості військового (О. Лящ, М. Яцюк, О. Блінов), психотерапії для ветеранів з безсонням, посттравматичним стресовим розладом і депресією (С. Гутнер, Е. Педерсен, С. Друммонд та ін.), сну у військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом (П. Гехрман, Г. Харб, Р. Росс, К. Міллер, Дж. Броунлоу та ін.), системи психологічного захисту та підтримки військовослужбовців (Х. Буассо, Л. Мартінес та ін.), психологічної допомоги військовослужбовцям – учасникам бойових дій – на етапі відновлення в умовах бойових дій (О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко, Н. Лозінська, В. Остапчук, О. Когут).

Методи (методики) дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення інформації з наукової літератури щодо проблеми вивчення;
- емпіричні: спостереження, експеримент (констатувальний), бесіда, клінічне інтерв'ю, тестування (методика «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R», методика «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР» (за DSM-III), методика «Психологічна діагностика копінг-стратегії» (Е. Heim), методика «Опитувальник посттравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory) (Р. Тадеші, Л. Калхаун);
- методи математичної обробки даних.

Теоретичне значення дослідження полягає в аналізі наукової літератури з вивчення проблеми психологічної травматизації

військовослужбовців, наданні психологічної характеристики бойовій психічній травмі, розгляді особливостей надання психологічної допомоги військовослужбовцям як складової подолання наслідків бойових дій, визначенні патологічних психічних станів військовослужбовців як наслідків отримання психологічної травми, розробці практичних рекомендацій, спрямованих на подолання наслідків травмівного досвіду військовослужбовців.

Практичне значення дослідження. Дані, отримані в ході проведення емпіричного дослідження можуть бути використані здобувачами вищої освіти щодо вивчення матеріалу в рамках дисципліни «Психологічна допомога учасникам бойових дій»; викладачами щодо проведення лекційних та практичних занять; військовими психологами, капеланами, фахівцями допомагаючих професій щодо надання допомоги військовослужбовцям в подоланні наслідків бойових дій; також всіма, зацікавленими даною проблемою, особистостями.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Аналіз наукової літератури з вивчення проблеми психологічної травматизації військовослужбовців

У зв'язку з подіями, які відбуваються сьогодні в Україні, особливої актуальності для вчених різних галузей знань, в тому числі для вчених - психологів, набуває більш детальне вивчення феномену психологічної травми та впливу її наслідків на подальше життя людини.

Для розуміння й визначення шляхів подолання травматичного досвіду військовослужбовців, розроблення ефективних діагностичних і корекційних засобів, що дали б змогу в подальшому реабілітуватись і соціалізуватись військовослужбовцям, які повертаються із зони проведення бойових дій, необхідно спочатку надати розуміння поняттю «психологічна травма».

Свідчення травматичного досвіду людини сягають до глибоких витоків людства, і дослідники знаходять опис цього феномена у працях стародавніх поетів, мислителів і філософів: Гомера, Геродота, Платона, Аристотеля, Лукреція, Аристофана та ін. [45]. Лише деякі характеристики опису травмуючого досвіду в давніх працях знайшли своє відображення безповоротність, сила переживання, психологічний слід від однієї події, який може залишатись упродовж життя.

Психічна травма – це феномен, записаний у досвіді людства і в колективному несвідомому кожної людини [69].

Науковці розкривають історію розвитку уявлень про психічну травму, виділяючи три етапи:

1. Психологічний, для якого етапу характерний акцент на травмуючому факторі без зв'язку його з психічним і соматичним преморбідом.

2. Клініко-описовий, коли проводяться визначення основних клінічних форм психогеній.

3. Патофізіологічний [45].

У теоретичній концепції психічної патології психоаналітика Р. Фейрбейрна особливе місце займали травматичні переживання дитини, що примушують її почувати себе такою, яку не люблять. На його думку, дитина відмовляється від стосунків із матір'ю і занурюється у внутрішній світ [37].

На думку К. Левіна, в основі розвитку дезадаптивного стану лежить непатогенний інтрапсихічний конфлікт аверсія – апетенція, тобто небажаний шлях до бажаного результату [69].

Ідею, що істеричні симптоми є результатом травмуючих подій, висунув П. Брике (Pierre Briquet), а Ж.-М. Шарко першим відніс симптоми дисоціації до мозкових змін, призведених за травмуючою подією [48].

Саме наукові роботи З. Фрейда і Й. Брейдера привернули велику увагу до розуміння явища травми. Працюючи з однією істеричною дівчиною, доктор Йозер Брейдер виявив, що майже всі симптоми утворилися як залишки, як опади, афективні переживання, які в подальшому назвалися психічною травмою [69]. Ці симптоми детермінувалися відомими травматичними сценами як залишки спогадів про ці сцени.

Простежуючи зв'язок істерії і травми, З. Фрейд робить такі висновки, що істеричні хворі страждають на спогади, симптоми яких є залишками і символами спогадів про відомі (травматичні) переживання [69].

Психопатологія травматичного стресу увійшла до медичної літератури і діагностики ще за часів громадянської війни в США. Доктор Джекоб Мендос Да Коста описав психічні порушення у солдатів. Вивчивши групу фізично здорових ветеранів американської громадянської війни, він виявив, що ці люди скаржилися на серцебиття, зростаючий біль у ділянці серця, тахікардію, тривогу, головний біль, послаблення зору, запаморочення. Він не знайшов пояснення міокардиту і дав назву цьому явищу «хворобливе чутливе серце», це стало відомо як синдром Da Costa [12].

Проблема психічної травми стала розглядатись у взаємозв'язку з тілесними проявами. До цього часу П. Ж. Кабаніс [35] висловив ідею про місце медицини серед наук про людину, про поєднання в ній фізичного та морального. На погляд П. Ж. Кабаніса, емоційно несприятливі події, що відбуваються з людиною, можуть впливати не лише на її психічне, але й на фізичне здоров'я. Він зазначив, що після потужного емоційного потрясіння інтенсивність переживання людиною за силою порівнянна з переживанням фізичного болю. І, можливо, саме в цьому найчіткіше позначилася аналогія фізичного і психічного збитку, а в сучасному розумінні – травми [35].

Саме поняття «психічна травма» було введено німецьким неврологом А. Ейленбургом, а термін і одна з перших теорій травматичного неврозу належить Г. Оппенгейму [37].

У монографії з травматичного неврозу Г. Оппенгейм зазначив, що травма може призводити до невеликих, практично непомітних ушкоджень мозку і нервової системи, унаслідок чого виникає тимчасовий параліч, втрата чутливості та інші порушення. Він також виділяв психічні наслідки травми: жах, емоційний шок [37].

На думку французького невролога Ж.-М. Шарко, травматична подія є каталізуючою і залежить від конституційного типу людини. Він приділяв велику увагу травмуючим чинникам, що запускають невротичний механізм, у процесі дослідження істерії. Ж.-М. Шарко виявив, що стан нервового шоку після травмуючої події подібний до гіпнотичного стану [35].

На погляд П. Жане [48], випадки істеричного розладу часто започатковані з травматичними подіями, не пов'язаними з фізичною травмою, але такими, що супроводжуються сильними емоційними переживаннями. Процес травматизації пов'язував із нездатністю людини адаптуватися до умов, що різко змінюються змінних умов. Він визначив, що в центрі уваги є психологічна несаможиттєвість, яка знижує здатність до дій. Під впливом травмуючих чинників, шоків емоцій людина втрачає здатність до адаптації.

Пізніше ця модель травми була названа дисоціативною, оскільки в момент травматизації психіка дезінтегрується.

Модель травми, яку запропонував П. Жане, пояснює, чому одна й та сама подія однією людиною може переживатися як травма, а іншою – як криза. Погляди на травму П. Жане (дисоціативний компонент травми) і З. Фрейда (зв'язок «спогади – афект – реагування») заклали основу сучасного визначення травми [48].

У наукових працях сер Томас Люїс описав групу солдатів зі схожим набором симптомів, він назвав це явище «серце солдата, або синдром напруженості» [69].

Схожі психоневротичні та серцеві прояви у солдатів Першої світової війни розглянув Б. С. Оппенгеймер, назвавши їх «нейроциркуляторна астенія» [48].

У роботі «Артилерійський шок» у Франції 1914–1919 А. Майєрс визначив відмінності між неврологічним розладом «контузії від розриву снаряда» і «снарядним шоком» – психічний стан, викликаний сильним стресом [9].

Друга світова війна знову привернула увагу до військових стресових реакцій, з'явився термін «невроз воєнного часу». Реакції, обумовлені участю в бойових діях, стали предметом багатьох досліджень. У різних авторів це явище називалося по-різному: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз».

У 1941 р. в одному з перших систематизованих досліджень А. Кардинер дав назву цьому явищу «травматичний невроз війни». Він увів поняття «центрального фізіоневрозу» порушення низки функцій, які забезпечують успішну адаптацію до навколишнього світу. Уперше А. Кардинер дав комплексний опис симптомів цього неврозу, що, на його погляд, мав як психологічну, так і фізіологічну природу [69].

У своїй монографії «Люди в стресі» Р. Р. Грінкер та Дж. П. Шпігель використали такі терміни: «стрес боїв і битви», «стомлення від боїв»,

«виснаження від боїв» і «гостра бойова реакція» [65]. Вони перераховували симптоми, на які страждали солдати, що повернулися з полону: висока стомлюваність, депресія, погіршення пам'яті, концентрації уваги, нічні кошмари, фобії, агресія, підозрілість, підвищена активність симпатичної системи.

Американське психіатричне товариство включило до класифікації DSM-II «реакцію на сильний емоційний і фізичний стрес», яке надалі позначило змістовні витoki поняття «травма». Через 16 років цю діагностичну категорію було вилучено з класифікації, але проблеми, з якими стикалися військовослужбовці, що повернулись із В'єтнаму, знову привернули увагу фахівців. У 1980 р. діагноз знову ввійшов до американської класифікації DSM-III під назвою «посттравматичний стресовий розлад». В останній міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) виділена рубрика F43 – реакції на важкий стрес і порушення адаптації [19].

Американський психолог Т. Вебер вважає, що психологічна травма перш за все проявляється в тілі людини у вигляді специфічних больових крапок, тілесних тригерів, які значно знижують рухливий потенціал людини та не дають їй можливості повністю розслабитися [2, с.119]. Відчуття постійної фізичної напруги своєю чергою, призводить до того, що організм людини замість того, щоб відновлювати ресурси, після травматичної події, вимушений витратити свої ресурси на боротьбу з фізичним болем, що в свою чергу призводить до значного погіршення психоемоційного стану людини та посилює негативні прояви психологічної травми [15].

Американський психолог Е. Берн, стверджував, що військовослужбовці в анамнезі яких є психологічна травма, мають значні порушення вищої психічної діяльності, на сам перед пам'яті. Яскраві прояви порушення саме вищої психічної діяльності у людини, яка пережила психологічну травму пояснюється тим, що психіка людини завжди прагне зберегти цілісність особистості людини, тому ховає від свідомості весь досвід усвідомлення

людиною якого, може стати каталізатором для руйнування структури її особистості [4].

Психічна травма в науковій літературі розуміється як подія, що сприймається людиною як загроза її існуванню й порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї подією травматичною, тобто потрясінням, переживанням особливого роду; як зовнішні подразники, що діють на людину хворобливо й патогенно, унаслідок чого виникають переживання і страждання; як один з етіологічних чинників неврозів; як відображення індивідуально-значущих подій життя, що справляють гнітючу та негативну дію на людину в цілому.

Н. Пезешкіан поділяє психічну травму на макро- та мікротравми [69]. На думку цього автора, макротравма – це значуща подія в житті людини, яка потребує від неї прояву різноманітних особистісних якостей, що сприяють адаптації до змінних умов. Автор зазначає, що серед них можуть бути не лише негативно оцінювані події, але й такі, які людина розглядає як радісні.

На погляд представника психоаналітичного підходу в психології Д. Калшеда [35], робота з травмою в окремих випадках може затягуватися майже на все життя.

Наприкінці ХХ ст. дослідників зацікавила психологічна травма як відносно самостійний психологічний феномен. У метафоричному плані психологічна травма – це будь-який «струс» психіки, що здійснює вплив на функціонування особистості та подальший її розвиток [69].

Медичний підхід до визначення змісту й сутності поняття «психічна травма» оперує певним термінологічним рядом: травматичні події (їх інформаційні компоненти інтеріоризуються нервовою системою), викликають невитравні уявлення через тривалі та інтенсивні переживання, тобто через емоції. Іноді внутрішня переробка травматичної ситуації може бути невираженою, а її зовнішні прояви виникають через деякий час [48]. Часто важке переживання витісняє, руйнує необхідні для життя властивості людини.

Травматична ситуація може призвести до формування бар'єрів і регресії і водночас зриває всі захисні механізми, здатні розвиватись у напрямку соціалізації і формування емоційної реакції в нормі; травматичний досвід у минулому, повторювані психічні травми впродовж життя погіршують стан психічного здоров'я, спричиняючи психічні розлади.

Так, дослідники психологічного напрямку (Н. І. Пов'якель, Д. Ольвеус та ін.) сходяться на тому, що психічну травму не слід плутати із психологічною травмою, яка будується на суб'єктивній інформації, що передбачає можливість контролювати (регулювати) ситуацію і знижувати невизначеність і вразливість.

У праці У.Томаса «Визначення ситуації як процес її аналізу і обміркування» [40] відображена методологічна позиція, що розглядає ситуацію як взаємовплив особистості й середовища, де провідну роль відіграють суб'єктивні чинники: переживання і розуміння ситуації людиною, ставлення до неї, інтерпретація психотравмуючих ситуацій.

Збагачення феномена «травматизації» насамперед відбулося завдяки теорії посттравматичного стресового розладу – ПТСР [65]. Досвід роботи деяких авторів щодо надання допомоги особам з ознаками психічної дезадаптації в умовах соціальних змін дав можливість сформулювати концепцію про соціально-стресові розлади, які виникають у людей у психогенно-актуальній, соціально-економічній і політичній ситуації [65].

Термін ПТСР запропонував М. Горовіц у 1980-х рр., який виділив його як самостійний синдром у контексті тривожних розладів і розробив діагностичні критерії ПТСР, що містять:

- повторне переживання травмівної події (флешбеки або інтрузивні думки про подію, нічні жахіття, відчуття пригніченості через зіткнення із нагадуваннями про подію);
- фізіологічну гіперактивацію (лякливість, пильність щодо небезпеки, швидкість виникнення реакцій злості чи роздратування, порушення сну, слабку концентрацію);

- уникання - заціпеніння (намагання уникати думок, людей або інших нагадувань про травму; відчуття емоційного заціпеніння; прогалини у спогадах про те, що трапилось) [65].

Питанню ПТСР в останні роки присвячено дедалі більше українських наукових досліджень. У праці «Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії» В. Горбунова аналізує проблему психологічної допомоги особам, які зазнали впливу травматичних подій і страждають від посттравматичного стресового розладу, та основні психотерапевтичні підходи до роботи з ПТСР. Один з основних аспектів, що досліджено, – аналіз одного із підходів до подолання ПТСР – когнітивної терапії ПТСР. Окрім цього, дослідниця демонструє когнітивну модель посттравматичного стресового розладу [69].

У колективній монографії українських науковців «Діти і війна» подано аналіз сучасних зарубіжних й українських підходів до психологічної допомоги дітям війни, охарактеризовано особливості психологічної допомоги дітям війни та психологічні реакції дітей під час війни, зокрема ПТСР, реакції горювання та травмівної втрати. В. Зливков, С. Лукомська, Н. Євдокимова, С. Ліпінська окреслюють основні напрями організації психологічної підтримки дітей під час війни, аналізують роль родини, освітніх закладів та волонтерських організацій у цьому процесі [35].

В. Климчук у праці «Психологія посттравматичного зростання» подає визначення поняття «травма» з огляду на період коронавірусної пандемії, аналізує реакцію на травму, короткотермінові та довготривалі наслідки для психічного здоров'я від травми. Науковець не лише визначає способи психологічної допомоги людині в подоланні наслідків травми, а й представляє виміри посттравматичного зростання та надає рекомендації щодо підтримки зростання на робочому місці [38].

В дослідженні українських науковців «Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу» розроблено теоретико-методологічні та методичні концепції та

моделі, які аналізують і спрямовані на поетапне створення технологій психотерапевтичної допомоги постраждалим, які долають прояви посттравматичного стресового розладу.

Вагомий внесок у дослідження посттравматичних розладів зробила Т. Титаренко. У роботі «Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації» досліджено психологічне здоров'я особистості в умовах воєнного конфлікту, розроблено та подано концепцію соціально-психологічної реабілітації особистості в умовах травматизації. У дослідженні Т. Титаренко демонструє поетапну модель соціально-психологічної реабілітації травмованої особистості [66]. У навчальному посібнику за редакцією Т. Титаренко представлено доробок українських науковців, які розглядають стрес як стан підвищеної уваги, збудження, мобілізації, що виникає внаслідок взаємодії людини зі світом; приділено увагу посттравматичному стресовому розладу (ПТСР), що є небезпечною формою порушення адаптації; запропоновано різні стратегії надання психологічної допомоги з урахуванням типового ставлення молодшої людини до кризи та профілактики стресу [66].

Соціальні стресові розлади є доклінічними (психологічні реакції) і клінічними розладами (невроз, патохарактерологічний розвиток особистості, алкоголізм). Дедалі активніше розробляється концепція переживання травматичних подій (феномен психологічної травма). Поширюється термін «психосоціальні наслідки катастроф» [20], що передбачає необхідність урахування всього спектра змін психічних станів, включаючи поведінку постраждалих, рівень їхнього соціального функціонування, вплив мікросоціальних процесів, тобто всі ті зміни, які можна назвати терміном «психічна дезадаптація».

Соціально-гуманістична концепція психологічних травм стверджує, що психологічна травма – це катастрофічне руйнування особистісної самооцінки внаслідок втрати або загрози недосяжності сенсоутворюючих соціальних

цінностей. Умовою зростання цих цінностей є особистісний розвиток у масштабі конкретної травматичної зони [38].

Відповідно до соціально-гуманістичного підходу психологічну травму розглядають як результат недостатньої соціалізації індивіда, дисгармонійності розвитку особистості, запізнення розвитку якихось його сторін. Нерівномірність розвитку психіки особистості закріплюється у внутрішніх установках і стає бар'єром до набуття єдності й цілісності особистості. І, навпаки, позитивним чинником, що сприяє попередженню психологічної травми, є рання гармонійна соціалізація індивіда [35].

За класифікацією DSM-V, травматичною подією можна називати тоді, коли вона пов'язана зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або якоюнебудь іншою загрозою фізичній цілісності як самої людини, так і її близьких [19].

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

Травмівна ситуація також впливає на базові переконання людини, перевіряючи їх на міцність, а в деяких випадках повністю підриваючи їх (Р. Яноф-Бульман, М. Дж. Хоровідз та ін.).

Психологічна природа психологічної травми характеризується такими особливостями:

1. Психологічну травму відносять до неусвідомлених форм психічної діяльності, тобто підсвідомого.
2. Невизначеністю і гнучкістю.

3. Наявністю внутрішнього конфлікту як несумісності, зіткнення суперечностей ставлення особистості.

4. Психологічною значущістю психотравмуючої ситуації для особистості (суб'єктність сприйняття).

5. Психотравмуюча дія локалізується не поза, а всередині індивіда.

6. Мають меншу інтенсивність, включають уникнення, інтрузії та збудження, візуальні образи (флешбеки), проблеми сну, репресивність.

Саме психологічна травма являє собою дисфункціональний стан, дезадаптаційний розлад, які ще не набули якісних характеристик хвороби. У свою чергу, передхворобливий стан – це функціональна дезадаптація, яка може трансформуватись у захворювання або тривало протікати як стадія функціональної готовності організму до розвитку певного захворювання [48].

Із точки зору сучасної психології проблематика психологічної травми, дослідження структури розгортання посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, типів психологічної травматизації за різних рівнів психотравматичності бойового досвіду особистості є нагальними.

Психотравму (емоційний травматичний стрес, емоційна травма, психологічна травма, психічна травма) описують як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, когнітивними змінами й змінами в способах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні та особистісні розлади.

1.2. Психологічна характеристика бойової психічної травми

Під час бойової діяльності у військовослужбовців в результаті впливу факторів бойової обстановки можуть виникати порушення психіки, які призводять до часткової або повної втрати їх бойового потенціалу.

Психічні травми продукуються бойовим травматичним стресом, він є формою аварійного пристосування військовослужбовця до стрес-факторів бойової обстановки і має місце тоді, коли гіперстресор або симптоми деструктивного стресу накопичилися до критичного рівня і перевищили адаптивні можливості, рівень психічної стійкості військовослужбовця [40].

Наприклад, американські фахівці виділяють наступні стресори і розглядають їх як такі, що призводять до травматичних подій. Вони викликають у індивіда чи групи інтенсивні почуття страху, жаху, безпорадності і безнадійності [6].

Основною функцією травматичного стресу також є пристосування до умов бойової обстановки, яка постійно змінюється, але вже не для того, щоб виконати бойове завдання, а для того, щоб врятувати організм. Здійснення такого порятунку неможливе тими ж ресурсами, якими здійснюється звичайна бойова адаптація, тому людський мозок винаходить найвитонченіші способи самоврядування. Самий кардинальний серед цих способів – бойова психічна травма [40].

Для того щоб з'ясувати сутність бойової психічної травми треба розглянути основні підходи до її розуміння.

Зигмунд Фройд, в рамках психоаналітичного підходу, уявляв психічну травму як прорив якогось гіпотетичного захисного шару психіки зовнішнім травматичним агентом, який проник в психічну структуру людини і дезорганізував психічну діяльність зсередини. При цьому Фройд вважав, що подія може стати травматичною лише тоді, коли людина: надає їй травматичного сенсу, не реагує на подію активними діями, не отримує соціальної підтримки з боку оточуючих [35].

Роні Янофф-Булман розглядає психотравму з позиції когнітивного підходу. Вона зазначає, що в процесі життя у людини формується система базових цінностей, що стосується розуміння навколишнього світу і себе в ньому. У число цих цінностей входить уявлення про те, що неперсональний світ і оточуючі люди переважно доброзичливі; людина може контролювати

події, які відбуваються з нею; світ влаштований переважно справедливо, в ньому є місце випадковості та удачі; людина може контролювати свої дії [40].

Під впливом гіперстресорів бойової обстановки ця система може одразу зруйнуватись. Військовослужбовець одного разу виявляє себе в дуже ворожій обстановці, де смерть чекає його на кожному кроці у вигляді ракет, бомб, снарядів, мін, вогню, радіації, отруйних газів тощо. Він усвідомлює, що велика кількість людей, які позначаються загальним словом «ворог», цілеспрямовано розшукує його з єдиною метою – вбити. Виявляється, що управляти своїми спонуканнями, емоційними станами, вчинками можна далеко не завжди, а контролювати зовнішні події практично неможливо. Для того, щоб вірити в удачу потрібно бути відчайдушним оптимістом. Розпад системи базових цінностей, що супроводжується аварійним витраченням енергетичних, психологічних, духовних ресурсів адаптації, зламом системи психологічної стійкості воїна і є психічною травмою [9].

В рамках анатомо-фізіологічного підходу психічна травма є вогнищем патологічної регуляції адаптивної активності, яка формується в центральній нервовій системі. Головна функція цього мозкового механізму – самопорятунком шляхом втечі від страху і жаху війни в хворобу, в нездатність продовжувати участь в бойових діях.

Військовослужбовець може занурюватися в рятівну хворобу на різний час і на різну «глибину». На глибині невротичного рівня розладів військовослужбовець може страждати астенічними, депресивними, істеричними та іншими синдромами, які гостро проявляються і супроводжуються помітним зниженням критичної оцінки того, що відбувається і можливості цілеспрямованої діяльності [40].

Більш глибока втеча учасника бойових дій в хворобу може привести його на психотичний рівень психотравматизації, де проявляються реактивні і затяжні психози. Воїн може впадати в гострі афективно-шокові реакції з тривалим порушенням або загальмованістю, впадати в повну нерухливість, страждати порушенням серцево-судинної, ендокринної, дихальної системи,

шлунково-кишкового тракту тощо. Тривога, страх, депресія, грубі порушення інтелекту, зорові, слухові галюцинації, марення та інші симптоми можуть на короткий або тривалий час позбавляти військовослужбовця можливості правильно відображати дійсність і викликати повну втрату боєздатності.

Орієнтовний процес появи і розвитку бойової психічної травми представлено на рис. 1.1 [9].



Рис. 1.1. Схема появи і розвитку бойової психічної травми [9]

Динаміка переживання травмівної ситуації включає чотири етапи.

Перший етап (короткотривалий) – фаза заперечення, або шоку. У цій фазі, що настає одразу після дії травмуючого фактора, людина не може прийняти те, що сталося на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації.

Другий етап – фаза агресії та провини. Поступово починаючи переживати те, що трапилося, людина намагається звинувачувати в події тих, хто прямо або дотичне був причетний до події. Потім людина повертає агресію на саму себе і відчуває інтенсивне почуття провини «Якби я вчинив інакше, цього б не сталося».

Третій етап – фаза депресії. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, покинутості, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що створилася, втрачає відчуття мети. Життя стає безглуздом: «Що б я не робив, нічого не зміниш»; «Ніхто мене не розуміє». На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує, оскільки оточуючі несвідомо бояться «заразитися» її станом. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування («Ніхто мене не розуміє»), співрозмовник починає втомлювати її, спілкування переривається, почуття самотності посилюється.

Четвертий етап – фаза зцілення. Для неї характерно повне (свідоме і емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя: «Те, що сталося, дійсно було, я не можу цього змінити; я можу змінитися сам і продовжувати життя, незважаючи на травму». Людина виявляється здатною витягти з подій корисний життєвий досвід. Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травмівної ситуації, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються певні симптомокомплекси, впоратися з якими самотійно він вже не може [35].

Виділяють 2 основні стратегії поведінки людей, які пережили екстремальну ситуацію:

- витіснення, уникнення спогадів і емоцій, пов'язаних з нею. Уникнення може приймати різні форми – відхід від нагадувань про подію, зловживання наркотиками або алкоголем, щоб приглушити усвідомлення сильного внутрішнього дискомфорту;

- неусвідомлене прагнення до повторного переживання травмівних подій (компульсивна поведінка). Спостерігається при всіх видах травматизації. Багато постраждалих, які перенесли травму, схильні звинувачувати в тому, що трапилося самих себе. Взяття часткової

відповідальності на себе в цьому випадку дозволяє компенсувати почуття безпорадності і уразливості [58].

Специфіка бойової психічної травми вимагає впровадження обґрунтованих методів її діагностики, лікування і реабілітації потерпілих, виконання широкого комплексу завдань психопрофілактики.

Зміст психічної травми зовсім необов'язково включає компонент події, що відбулася. Визначальним є інформаційно-семантичний аспект психотравми, що полягає в когнітивній негативній оцінці ситуації як вже існуючої, так і прогнозованої, але від цього не менше емоційно обтяжливої.

Тому до категорії бойової психічної травми треба віднести і зміни психічного стану у військовослужбовців, які чекають відправлення в район бойових дій. У цих випадках часто спостерігаються різноманітні стресові реакції, які починаються з елементарних психо вегетативних і закінчуються розгорненими картинами психічних розладів [12].

Бойові психічні травми неминуче супроводжуються іншими видами бойових травм, наприклад хірургічних. Звичайно психопатична симптоматика розвивається не у всіх поранених але ті з них, у яких вона отримала свій розвиток, повинні підлягати своєчасному лікуванню. Тому всебічний прогноз санітарних втрат психіатричного профілю обов'язково проводиться з урахуванням і таких категорій уражених [6].

Основні симптоми бойових психічних розладів отримані безпосередньо на полі бою або при тривалій участі в бойових діях наведено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Симптоми бойових психічних травм, які викликані високою нервово-психічною напругою на полі бою [9]

Поведінка	Психічний рівень	Тілесний рівень
Гіперактивна форма:		
метання у пошуках укриття, агресивність, істеричний сміх або плач, крики в поєднанні з підвищеною активністю, дратівливість і злість, агресивність щодо оточуючих	нездатність концентрувати увагу, частково або повна втрата пам'яті, ускладнення запам'ятовування інформації, підвищена чутливість до шуму, світла і запаху	ослаблення зору і слуху, часте сечовипускання, розлад шлунку, прискорене переривисте дихання, порушення циркуляції крові, що призводить до анемії ступенів ніг і кистей рук
Загальмованість:		
стан ступору, апатія, загальмованість рухів, непритомні стани	порушення логіки і швидкості мислення, порушення критичного сприйняття обстановки і своїх дій, ослаблення волі, зорові та слухові галюцинації	сильна напруженість м'язів, прискорене серцебиття, болі, що тиснуть, у ділянці серця і в грудній клітині, болі в попереку, болі хірургічних шрамів, старих ран, неконтрольоване слиновиділення
Загальні симптоми:		
лякливість, регрес віку (дитячі реакції), незв'язне мовлення, сильне тремтіння		

Наведений список симптомів не вичерпує їх переліку. В кожному випадку конкретні прояви бойової психічної травми переважно залежать від умов бою, індивідуально-психологічних і групових особливостей особового складу тощо. Такі психічні розлади стали вивчати психіатри і у різний час психічні розлади бойової обстановки позначали термінами «травматичний невроз», «військовий психоневроз», «бойова травма» тощо [9].

В останні роки в закордонній та вітчизняній практиці психічні розлади воєнного часу розглядають крізь призму бойових стресових розладів.

Виникненню бойових психічних травм сприяє психічне перевантаження воїнів у бойовій обстановці; бойові, фізіологічні перенавантаження; умови бойової діяльності [6].

До основних факторів психічного перенавантаження воїнів у бойовій обстановці належать:

- постійна реальна загроза життю;
- жорстка відповідальність за виконання бойового завдання;
- недостатність і невизначеність інформації, що надходить;
- дефіцит часу під час ухвалення рішення;
- невідповідність рівня військово-професійної підготовленості воїна реальним умовам бойової діяльності;
- негативна психологічна установка воїна до дій у бойових умовах;
- кумулятивний та індуційований варіант перебігу реакцій у групах людей (наприклад, миттєве поширення паніки серед воїнів);
- повна або часткова ізоляція воїнів від основних сил тощо.

Бойові, фізіологічні перенавантаження:

- фізичне виснаження у результаті перенапруження та порушення режиму харчування;
- порушення режиму сну.

Умови бойової діяльності:

- виконання розпорядку дня і дисциплінарних вимог;
- організація побуту, забезпечення потреб і запитів воїнів;
- незвичні умови служби та бойових дій (клімат, погода, місцевість);
- переживання особистого характеру [6].

Знання цих причин практично визначає основні напрями роботи з психогігієни, психопрофілактики та психологічної реабілітації воїнів.

У зв'язку з цим всі стрес-фактори, які викликають бойові психічні травми, були поділені американськими вченими на три групи:

- стресори бойової обстановки (загроза життю, отримання поранень), що діють на військовослужбовців, які беруть участь у спеціальних підрозділах і виконують бойові завдання на території ворога;

- небойові стресори бойової обстановки (смерть солдатів, ворога, страх перед застосуванням ворогом ракетних ударів або атак з використанням хімічної та біологічної зброї, очікування наземних бойових дій, загальні негативні умови життєдіяльності тощо);

- стресори, що пов'язані з відправкою у зону бойових дій (ізоляція від родини, близьких, друзів, товаришів по службі, особливо це стосується військовослужбовців, які призвані із запасу) [35].

О. А. Блінов пропонує наступну класифікацію бойових психічних травм за ступенем їх важкості:

- легкого ступеня (І ступінь) – виявляються у надмірній дратівливості, замкненості, втраті апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності (короткочасні психологічні реакції);

- середнього ступеня (ІІ ступінь) – характеризується легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією, підвищеною чутливістю до шуму, страхом;

- важкого ступеня (ІІІ ступінь) – характеризується порушеннями слуху, зору, координації рухів і психомоторними розладами: від безглузвих вчинків до розвитку ступору [9].

Отже, бойовою психічною травмою є деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, в результаті чого відбувається перевищення її адаптивних можливостей (рівнів психічної стійкості), зміна цінностей та поведінки. Це значне переживання, яке викликане короткочасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, яка може призвести до розладів психіки різного ступеня складності. Це нормальна реакція здорового організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

1.3. Психологічна допомога військовослужбовцям як складова подолання наслідків бойових дій

Психологічна допомога – це вид допомоги, яку надає кваліфікований психолог людині або групі людей з метою оптимізації психофізіологічних станів, пізнавальних процесів, поведінки, спілкування, реалізації індивідуальної та особливо групової діяльності [7].

Виходячи з аналізу різних підходів науковців до визначення видів і напрямків психологічної допомоги можна визначити такий розподіл їх різновидів за рівнями її надання психотравмованим військовослужбовцям:

- екстрена, оперативна психологічна допомога (на рівні роти, батальйону) – психологічна підтримка, психологічна корекція;
- психологічна допомога на рівні батальйону, бригади – психологічна підтримка, психологічна корекція, психологічне консультування, психологічна реабілітація, психотерапія;
- психологічна допомога на рівні госпіталю, санаторію – психологічне консультування, психодіагностика, психологічна корекція, психологічна реабілітація, психотерапія, психопрофілактика, психологічний розвиток [8].

Психодіагностика – надання військовослужбовцю допомоги через надання йому об'єктивної психологічної інформації. Особливість цього виду допомоги полягає в тому, що психолог несе відповідальність за достовірність інформації та форму її надання пацієнту. Воїн сам формує ставлення до цієї інформації і сам вирішує, як її в подальшому використати [30].

Психопрофілактика – це система психолого-педагогічних й організаційних заходів, які запобігають виникненню різноманітних психологічних проблем і спрямовані на збереження психічного здоров'я військовослужбовців, на створення нормальних умов для їх життєдіяльності [32].

Психологічна корекція – організований вплив на воїна з метою зміни показників його активності відповідно до вікової норми психічного розвитку.

Психологічна підтримка спрямовується на актуалізацію існуючих і створення додаткових психологічних ресурсів, які забезпечують активні дії військовослужбовців на полі бою [8].

Психологічна реабілітація – процес організованого психологічного впливу, спрямованого на відновлення такого стану психічного здоров'я воїнів, який знову дозволить їм успішно вирішувати бойові та службові завдання. Ця діяльність, спрямована на відновлення психічних функцій й особистісного статусу людини, порушеного внаслідок дії психотравмуючих факторів, з використанням методів і процедури психотерапії [33].

Психореабілітаційні заходи проводяться, як правило, в системі реадaptaційної програми, що допускає не тільки спеціалізовану медичну і психологічну допомогу, але і створення необхідних соціальних умов.

Психологічне консультування – це вид психологічної допомоги, що полягає в роз'ясненні людині її психологічних труднощів, знятті психологічної напруги, підвищенні її соціально-психологічної компетентності і сприянні в рішенні складних особистих проблем, профілактиці і подоланні кризових ситуацій, а також корекції неадаптивних способів поведінки. Метою консультування є створення сприятливих умов для розв'язання конфліктних ситуацій, продуктивного виходу з кризи, більш продуктивного особистісного розвитку, підвищення якості життя. Психологічне консультування поділяється на індивідуальне психологічне консультування, консультативну бесіду, групове консультування [8].

Психотерапія – особливий вид міжособистісної взаємодії, за якої пацієнтам надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем психічного характеру. Психотерапія передбачає активний вплив психотерапевта на особистість військовослужбовця. Пацієнт психотерапевта – це людина, яка потребує реконструкції її особистості. Психологічний розвиток або формування нових психічних операцій, або психічних утворень. Проводиться у медичних або інших лікувальних установах, де необхідно з метою заміни втрачених унаслідок травм або хвороб

психічних утворень «виросити» нові, які будуть виконувати функції зниклих або ушкоджених [25].

В психотерапії, як форму психологічної допомоги розрізняють її медичний напрям, який охоплює лікування психологічними засобами нервово-психічних, психосоматичних хвороб і розладів у людини, і немедичне, яке орієнтоване на здорову людину і займається подоланням його психологічних труднощів, надання допомоги в його особистісному розвитку.

Військові психологи вважають, що до основних способів надання психологічної допомоги традиційно належить психологічне консультування і психотерапевтична діяльність. Теорія і практика психотерапії диференціює психологічну допомогу на самодопомогу, сумісну психологічну допомогу і спеціалізовану допомогу. Якщо два перших види допомоги військовослужбовці здійснюють самі собі разом з іншими військовослужбовцями, більш підготовленими в її виконанні, то спеціалізовану психологічну допомогу здійснює тільки професіонал – спеціаліст, який пройшов відповідну підготовку (військовий психолог, психіатр, психотерапевт) [25].

За думкою О. А. Блінова, П. П. Криворучко, В. М. Марченко під поняттям «психологічна допомога» відображається певна реальність, деяка психосоціальна практика, поле діяльності якої є сукупність питань, ускладнень і проблем, що причетні до психічного життя людини. Психологічна допомога є галуззю й способом діяльності, що призначені для сприяння людині й суспільству в розв'язанні широкого кола проблем, породжених душевним життям людини в соціумі. Зміст психологічної допомоги полягає у забезпеченні емоційної, смислової й екзистенційної підтримки людини або суспільства в ситуаціях ускладнення, які виникають під час їхнього особистісного й соціального буття [12].

Травма та її наслідки були предметом дослідження багатьох науковців різних напрямків психотерапії: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, напрямок психотерапії, заснований на десенсибілізації і переробці

травми рухами ока, візуалізація – символдрама, малювання – арт-терапія тощо [69].

Під час надання психологічної допомоги особистості, що пережила травматичні події, треба активізувати взаємодію різних частин особистості. Перше, на що людина може спертися, – це її особистісні ресурси: риси характеру, здібності, досягнення, досвід, самооцінка, стосунки. Однак у сучасних умовах, коли людям доводиться виживати в умовах воєнного протистояння, цього не завжди достатньо. Наступний пласт – родинні ресурси. Це надбання роду, перемоги роду, характери чи професійні уподобання – власне, усе, що завжди допомагало представникам роду успішно виживати [2].

Як зауважує американський психоаналітик Дж. Герман, слід приділити вивченню тих особливостей, що може мати психотерапія на військовослужбовців, які в ході воєнних дій отримали психологічну травму. Адже, як зазначає дослідниця, що саме військовослужбовці, які мали досвід перебування в зонах активних бойових дій є «носіями» найскладніших проявів психологічної травми. І якщо психотерапевт зрозуміє як та за якими принципами має бути побудований процес психотерапії саме з цією категорією клієнтів, він значно підвищить загальний рівень ефективності своєї роботи з психологічною травмою [35].

Американський нейропсихолог Д. Гоулман вважав, що емоція для людини, яка пережила психологічну травму, є своєрідним джерелом енергії, для підтримки гомеостатичного стану її організму. Якщо, в наслідок отримання психологічної травми людина втрачає здібність відчувати та усвідомлювати свої емоції, то організм людини повністю виснажується та втрачає здатність до самовідновлення, адже немає для цього достатньої кількості енергії [18]. Тому, як зауважує Д. Гоулман, «психотерапія військовослужбовців, які пережили психологічну травму має бути спрямована в першу чергу на те, щоб, навчити людину усвідомлювати та приймати всі негативні емоції, які містяться в структурі її травматичного досвіду, адже саме

усвідомлення емоцій допоможе організму людини відновити свої ресурси та сприятиме запуску процесів самовідновлення» [18].

Зовсім іншу позицію стосовно особливостей роботи з психологічною травмою у військовослужбовців висловив Т. Вебер. Відмінно від своїх колег, які спрямовували свою роботу на відновлення потенціалу когнітивної та емоційної сфери життя людини, Т. Вебер, запропонував фахівцям, під час психотерапевтичного процесу акцентувати свою увагу на фізичній реабілітації військовослужбовців за допомогою технік тілесно орієнтованої психотерапії.

Саме тому на думку науковця «перш ніж починати відновлювати когнітивну та емоційну сферу людини, яка пережила психологічну травму, слід навчити її розслаблятися, адже тільки в розслабленому стані людина здатна усвідомити та інтегрувати отриманий травматичний досвід в структуру своєї особистості»[15].

Фахівці І. І. Приходько, І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова у загальному плані надання психологічної допомоги військовослужбовцям виділяють два напрямки роботи:

1. Виховна робота командирів всіх рівнів та їх організаторська діяльність зі створення у військових підрозділах умов, які запобігають негативним виявам нервово-психічної нестійкості і кризових станів військовослужбовців.

2. Проведення психологом військової частини спеціального психологічного впливу. Він використовує різноманітні прийоми і процедури, об'єднані в рамках таких видів психологічної допомоги, як психологічне консультування, психотерапія і психореабілітація [51].

Будь-яка з форм діяльності (індивідуальна або групова), а також методи діяльності психолога складаються з трьох блоків-етапів: діагностичного (виявлення об'єктивного стану військовослужбовця, групи), психологічного впливу і подальшого психологічного супроводу (виконання рекомендацій психолога) [55].

Нову модель психотерапевтичного процесу для військовослужбовців, які пережили психологічну травму або травматичний досвід запропонував відомий український психолог Є. Карпенко. Науковець, вважає, що «основним завданням психотерапії військовослужбовців, які пережили психологічну травму, є ресоціалізація людини в мирному соціальному середовищі» [25]. Інакше кажучи, «психотерапія військовослужбовців, що мають у своєму анамнезі психологічну травму, має бути спрямована не на анігіляцію наслідків психологічної травми, яку отримала людина, а на надання їй інструментів за 4 допомогою яких вона матиме змогу адаптуватися до мирного життя враховуючи наслідки свого травматичного досвіду» [25].

Головним завданням психолога під час психотерапії військовослужбовців, які пережили психологічну травму або травматичний досвід як вважає Є. Карпенко є «стимулювання людини до вирішення нагальних побутових питань, які стосуються її життя» [25]. Адже, як зазначає науковець «будь-які психологічні проблеми людини можуть бути вирішені, тільки тоді, коли її базові потреби в безпеці, їжі та воді задовольняється» [25].

Арт-терапія успішно використовує методики «Родинний герб», написання історій роду, що сприяють віднайденню способів виживання в кризових умовах. Однак часом не вдається знайти сили і на родинному рівні, тому можна допомогти людині активізувати трансперсональні ресурси – досвід людства, відображений у казках, легендах і міфах. Проживання в драматизації цих історій, створення образів міфічних героїв, виготовлення архетипових масок, малювання архетипових мотивів наповнюють людину силою і оптимізмом навіть у найскрутніші часи [16].

Робота з травмою пов'язана з тим, що психічна травма завжди містить і великі ресурси розвитку особистості, насамперед ресурси подолання, які з'являються завдяки травматичному досвіду. На сьогодні в психотерапії розробляється новий напрям роботи з травмою, що ґрунтується на понятті посттравматичного зростання, або розвитку, яке визначається як переживання позитивних змін у результаті травматизації [28].

Можна виділити такі напрями позитивних змін, що відбуваються завдяки життєвим кризам: мобілізація прихованих можливостей особистості, що змінюють самовідчуття і допомагають людині відчувати стійкість у випадку зіткнення зі справжніми та потенційними життєвими негараздами; зміцнення значущих міжособових стосунків завдяки травматичним подіям; отримання екзистенційного досвіду, пов'язаного зі змінами в життєвій філософії людини, трансформація пріоритетів і цінностей з погляду теперішнього та майбутнього [54].

Подолавши психічну травму, людина усвідомлює цінність життя та міжособових стосунків, відчуває зростання власної сили, збагачення духовної та екзистенційної складових життя. Р. Г. Тедеші і Л. Г. Калхоун розглядають посттравматичне зростання не як статичний результат травми, а як безперервний процес, що збагачує життєву історію – наратив – особистості [91].

М. Лаад [35] розглядає принцип безперервності як основу першої психологічної допомоги, а також психологічної допомоги при гострих стресових розладах. У межах його школи виділяють такі види безперервності:

- когнітивна безперервність – це розуміння людиною життєвих процесів, відстеження логіки і передбачуваності подій. Якщо людина не розуміє, що і чому відбувається, не здатна відстежити причини і наслідки, то в неї підвищується рівень тривожності і виникають сумніви щодо власного здорового глузду. Для відновлення когнітивної безперервності арт-терапія пропонує розповідати історії, малювати послідовність, створювати книги, серійні колажі. Таким чином особа поступово відновлює послідовність травматичних подій, може оцінити ситуацію та зрозуміти, коли і як вона поводитися;

- міжособистісна безперервність – це можливість підтримувати звичні для людини сфери спілкування, будь то професійний контекст, дружні відносини або родинні зв'язки. Для особистості важливо взаємодіяти з тими, хто її добре знає, кому вона може довіряти. Побачити й активізувати людські

зв'язки допомагають прийоми драматерапії, розмаїте дослідження стосунків у різноманітних техніках. Так людина відкриває для себе грані і значення стосунків у своєму житті, їхню роль у підтриманні життєдіяльності. Адже надзвичайні події часто пов'язані з втратами різного роду і характеру;

- функціональна безперервність – це підтримка життєвих ролей людини, її активності як жінки або чоловіка, сестри-брата, співробітника тощо. Важливо допомогти людині продовжувати функціонувати, виконувати звичні види діяльності, щоб відчувати себе повноцінним членом суспільства. Написання листів, створення своїх історій, робота над самооцінкою допомагають людині підтримувати рольову ідентичність. Аналіз своїх досягнень та помилок дає людині змогу активізувати своє прагнення до самореалізації, що в часи суспільних потрясінь може також призводити до зміни сфери діяльності і якихось нових кроків до втілення давніх мрій;

- особистісна безперервність – це відчуття власне особистої ідентичності, яка створюється протягом багатьох років. Образ себе важливо підтримувати, адже це дає особистості змогу залишатися адекватною, зберігаючи своє Я. Малювання себе в різних варіаціях, робота з автопортретом допомагають пізнавати свої глибинні особливості та спостерігати метаморфози [35].

Травмівні події, що супроводжуються новими станами та переживаннями, часто сприймаються як повна зміна особистості, і дуже важливо допомогти людині відновити відчуття власного Я, розібратися, які риси змінилися, а що залишилося таким, як і раніше. Також важливо, щоб людина навчилася елементарних навичок емоційної саморегуляції. У такий спосіб особистість підсилює контроль в афективній сфері, що сприяє підвищенню самооцінки [7].

Важливам також є посттравматичне зростання – це не є поверненням до попереднього рівня функціонування після подолання психічної травми – це досвід глибинного самовдосконалення, якісних змін і трансформація особистості, набуття нею нових смислів, зростання її оптимізму. У результаті

посттравматичного зростання спостерігаються суттєві зміни в патернах поведінки людини. Посттравматичне зростання відбувається через подолання людиною травматичної події, освоєння нової посттравматичної реальності й оцінюється витраченими на це зусиллями [38]. Посттравматичне зростання сприяє активізації ресурсів особистості військовослужбовців.

Ресурси людини зазвичай поділяють на внутрішні (особистісні якості, навички, знання) і зовнішні (матеріальні надбання, стосунки). Особистісні ресурси розглядають, як правило, у дослідженнях, присвячених адаптації особистості до стресових та надзвичайних ситуацій, коли постає питання виживання в умовах фрустрації. Особистісні ресурси часто визначають як здатність індивіда вибудовувати інтегровану поведінку. Тобто психологічне здоров'я визначають як інтегровану взаємодію диференційованих частин. На основі цієї тези розглядають особистісні надбання, що в процесі психологічного консультування за рахунок усвідомлення (активізації) стають опорою діяльності особистості у важкі часи, коли особа не тільки переживає втрату зовнішніх ресурсів, а й страждає від гострого стресового розладу чи інших наслідків психологічної травми.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

У зв'язку з подіями, які відбуваються сьогодні в Україні, особливої актуальності для вчених різних галузей знань, в тому числі для вчених - психологів, набуває більш детальне вивчення феномену психологічної травми та впливу її наслідків на подальше життя людини.

Психічна травма в науковій літературі розуміється як подія, що сприймається людиною як загроза її існуванню й порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї подією травматичною, тобто потрясінням, переживанням особливого роду; як зовнішні подразники, що діють на людину хворобливо й патогенно, унаслідок чого виникають переживання і страждання; як один з етіологічних чинників неврозів; як відображення індивідуально-значущих подій життя, що справляють гнітючу та негативну дію на людину в цілому.

Психотравму (емоційний травматичний стрес, емоційна травма, психологічна травма, психічна травма) описують як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, когнітивними змінами й змінами в способах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні та особистісні розлади.

Психічні травми військовослужбовців продукуються бойовим травматичним стресом, він є формою аварійного пристосування військовослужбовця до стрес-факторів бойової обстановки і має місце тоді, коли гіперстресор або симптоми деструктивного стресу накопичилися до критичного рівня і перевищили адаптивні можливості, рівень психічної стійкості військовослужбовця.

Бойовою психічною травмою є деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, в результаті чого відбувається перевищення її адаптивних можливостей

(рівнів психічної стійкості), зміна цінностей та поведінки. Це значне переживання, яке викликане короточасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, яка може призвести до розладів психіки різного ступеня складності. Це нормальна реакція здорового організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

Специфіка бойової психічної травми вимагає впровадження обґрунтованих методів її діагностики, лікування і реабілітації потерпілих, виконання широкого комплексу завдань психопрофілактики.

Психологічна допомога – це вид допомоги, яку надає кваліфікований психолог людині або групі людей з метою оптимізації психофізіологічних станів, пізнавальних процесів, поведінки, спілкування, реалізації індивідуальної та особливо групової діяльності.

Військові психологи вважають, що до основних способів надання психологічної допомоги традиційно належить психологічне консультування і психотерапевтична діяльність. Теорія і практика психотерапії диференціює психологічну допомогу на самодопомогу, сумісну психологічну допомогу і спеціалізовану допомогу.

Травма та її наслідки були предметом дослідження багатьох науковців різних напрямків психотерапії: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, напрямок психотерапії, заснований на десенсибілізації і переробці травми рухами ока, візуалізація – символдрама, малювання – арт-терапія тощо.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ НАСЛІДКІВ БОЙОВИХ ДІЙ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Патологічні психічні стани військовослужбовців як наслідки отримання психологічної травми

Участь у війні змінює ціннісно-мотиваційну сферу особистості, життєву перспективу, впливає на виникнення як проблем соматичного характеру так і глибинних проблем психологічного характеру, порушення ментального здоров'я тощо. Саме психологічні проблеми є найбільш небезпечними, бо саме вони можуть завдавати серйозного впливу на всю подальшу життєдіяльність військовослужбовця. Наслідки психологічних травм, отриманих в результаті участі в бойових діях, можуть призводити до неадекватності сприйняття соціальних зв'язків, соціальної дезадаптації та дезорієнтації, порушень цілісності та ідентичності Я-концепції особистості, відчуття розчарування розпачу, відсутності інтересів тощо [45].

В екстремальній діяльності, травмівній ситуації у військовослужбовців відбувається формування негативних психічних станів.

Специфічність завдань військової діяльності й віддзеркалюється в особистості військовослужбовців певними психічними станами, які називають позитивними і негативними.

Як прояви позитивних психічних станів у військових можна виділити: стани впевненості в собі, своїх діях, зосередженості на виконанні завдання, стани вольової активності та емоційної стриманості.

За наявності травмівних ситуацій та специфіки діяльності, у військовослужбовців можуть з'являтися й негативні психічні стани, такі як: стан тривожності, напруженості, паніки, страху, фрустрації.

Часто у військовослужбовців можна визначити наявність стану напруженості, який проявляється з різних причин і, частіше за все, породжується відчуттям небезпеки. Також чинниками напруженості можуть бути уявні переживання, хвилювання щодо майбутньої небезпечної ситуації, яка може бути обумовлена певним видом діяльності, виконанням завдань [5].

Стан напруженості можна характеризувати й підвищенням, й зниженням функціонування організму особистості на фізіологічному та психічному рівнях.

Напруженість може призводити до активізації когнітивних та вольових процесів військових, що може позначатись на ефективності боєздатності, бо умови виконання бойових завдань саме й вимагають від військовослужбовця вміння ефективно та вчасно приймати потрібні рішення, діяти і вміло використовувати спроможності власної особистості задля досягнення мети.

Але при деяких ситуаціях напруженість виникає в залежності від сили та інтенсивності дії певних умов діяльності, що викликають травмування психіки військових, що може вплинути на спроможність особистості протистояти цій дії за допомогою методів саморегуляції. Важливим є саме тренування психіки військовослужбовців через часте перебування в певних небезпечних умовах, що може запобігати виникненню стану напруженості особистості у визначеній бойовій обстановці, сприяти формуванню психологічної готовності до виконання завдань в складних та небезпечних умовах діяльності.

Під час виконання бойових завдань військовослужбовці постійно відчують певні негативні стани, емоції, а найчастіше – страх, як афективний психічний стан [9].

Страх може бути присутнім у деяких військових ще до початку виконання бойових завдань, він може проявлятись у вигляді хвилювання, тривожності, розгубленості, жаху, зацепеніння тощо. В рисах поведінки при цьому можна помітити метушливість, відмову від вживання їжі, втрату апетиту, почуття спраги, підвищені фізіологічні реакції (потовиділення,

дефекація тремор). Це залежить від структури особистості військового, сили його нервової системи та інтенсивності подразників.

Страх примушує військовослужбовців відмовлятися виконувати накази, перешкоджає здатності раціонально осмислювати і діяти відповідно до ситуації, призводить до паніки та метушливих дій, або, навпаки, до ступору.

Найчастіший страх військовослужбовців – це страх смерті, бо майже всі їх завдання пов'язані з ризиком для життя. Страх смерті діє на кожную особистість по-різному. Для однієї особистості він може бути серйозною загрозою руйнування світу в цілому, для іншої – надавати нового сенсу життю. І це залежатиме від ефективності застосування психологічних захистів у подоланні страху смерті, який здатен дезорганізовувати когнітивну та поведінкову активність [45].

І тут головним є те, наскільки військовослужбовець усвідомлює власний вибір, наскільки були зрозумілими можливі наслідки даного вибору, вмотивованість участі у захисті країни та участі в бойових діях, розвиненість волевих якостей, резильєнтності та стресостійкості, спроможність вгамовувати негативні емоції та психічні стани, здійснюючи бойове завдання, мати бойовий дух та бути повноцінним членом однієї команди [37].

В бойових умовах військовослужбовці вимушені не тільки розуміти можливість настання смерті, а ще й розуміти необхідність виконання певних дій в даній ситуації, вони повинні вміти реагувати, відновлювати психологічні ресурси. З часом почуття страху, яке виникає при кожній фактичній або уявній загрозі, починає накопичуватись у особистості, порушуючи дієві способи реагування та тим самим, руйнуючи психічний опір людини, викликає емоційні сплески, психологічно ламає та виснажує військовослужбовців, підпорядковує всі їхні дії та вчинки [45].

Ще один негативний психічний стан, який може бути викликаний страхом – це паніка, яка розвивається стрімко при розумінні людиною небезпеки для власного життя і завжди поширюється через психічні механізми зараження на всіх оточуючих.

Головним є неприпустити утворення стану паніки в підрозділі щодо успішності виконання бойового завдання або певних сумнівів щодо ситуації в цілому.

Ще один негативний психічний стан, що можна спостерігати у військовослужбовців при дії травмівних ситуацій – це ригідність, яка характеризується важкістю в піддатливості до стрімких змін бойової ситуації, інертністю переживань, нездатністю швидко адаптуватись до змін обстановки тощо. Людина в цьому стані знаходиться ніби зацепенілою [6].

Стан занепаду також може виникати у військовослужбовців через незадоволеність собою, що безпосередньо впливає на внутрішні сили особистості та подолання труднощів при виконанні бойових завдань. Знаходячись в стані занепаду, військовослужбовець демонструє відсутність або послаблення вольових зусиль, відсутність зацікавленості, приреченість.

Важливим є те, що для подолання або попередження виникнення стану ригідності військових необхідно залучати до службових справ, активізувати їх включеність в діяльність, не залишити сам на сам з собою, сприяти міжособистісному спілкуванню тощо.

Часто при виконанні бойових завдань військовослужбовці перебувають в стані депривації – негативний психічний стан, що характеризується актуалізацією потреб і неможливістю їх задовільнити: нестачею елементарних соціальних умов, звичних до умов мирного життя, благоприємного мікроклімату в підрозділі, можливості побути наодинці, відсутністю осіб протилежної статі, задоволення елементарних потреб тощо. Стан хронічної фрустрації може призводити до порушення захисних компенсаторних механізмів психіки військовослужбовців, що може впливати на виникнення соматизації, невротизації або певних проявів девіантної поведінки [57].

В умовах бойових дій ще одним негативним психічним станом військовослужбовця є стрес. Це стан, який виникає як відповідь на різні екстремальні впливи зовнішнього середовища.

На військових діють стресори, які і визначають види стресу:

- фізіологічні – біль, холод, спрага, надмірні фізичні навантаження, висока або низька температура тощо;
- психологічні (інформаційні та емоційні) – небезпека, загроза, інформаційне перевантаження тощо [9].

Бойовий стрес можна представити як низку станів, які переживають військовослужбовці в процесі адаптації до факторів життєдіяльності, що є несприятливими, загрожують важливим для життя цінностям в бойових умовах.

Складність переживання дії бойового стресу військовослужбовцями залежить від наступних складових: тривалості і сили дії стресорів та особливостей реагування на вплив цих стресорів самих військових [10].

Специфічні бойові стресори мають високий рівень стресогенності, це:

- події, які загрожують життю і здоров'ю військовослужбовця;
- поранення, контузії, каліцтва, дози опромінення;
- загибель близьких людей й побратимів;
- смерть й людські муки;
- випадки загибелі товаришів по службі, мирних громадян, відповідальність за які військовослужбовець приписує собі;
- події, у результаті яких постраждали честь і достоїнство військовослужбовця.

Неспецифічні стресори (властиві як бойовій обстановці, так і іншим стресовим ситуаціям):

- підвищений рівень фактичної або уявної загрози для життя;
- тривале виконання напруженої діяльності;
- тривале обмеження основних біологічних і соціальних потреб;
- різкі й несподівані зміни умов служби й життєдіяльності;
- важкі екологічні умови життєдіяльності;
- відсутність контактів із близькими;
- інтенсивні й тривалі міжособистісні конфлікти;
- підвищена відповідальність за свої дії;

- можливість одержати поранення або потрапити в полон [9].

Значимість впливу стресорів різного типу на психіку військовослужбовців можна визначити через розуміння їх особистісних властивостей, індивідуально-типологічних особливостей, готовності до участі в бойових діях, рівня вмотивованості, здатності до протистояння цим стресорам.

Ефективність діяльності військовослужбовців залежить від активності їх поведінки, як певної протидії впливу стрес-фактору, способів подолання дестабілізуючого впливу на психіку, наявності бойового досвіду тощо.

На рівень прояву бойового стресу у військовослужбовців впливають:

- наявність певної кількості поранень або кантузій, травм тощо;
- певні обставини, які мали місце (полон, умови перебування в полоні та тривалість);
- соціальні, релігійні, етнічні, сімейні фактори (наявність негативного досвіду переживання бойового стресу в минулому, належність учасника бойових дій до національності етнічно близької до національності солдатів супротивника, або близькість віросповідання учасника бойових дій до віросповідання солдатів супротивника, складна ситуація в родині, складний матеріальний і соціальний стан) [9].

На початкових етапах бойовий стрес невисокої інтенсивності може стимулювати підвищення бойової активності військовослужбовців і може ефективно долатися ними. Якщо даний вид стресу не було подолано, він діє з підвищеною інтенсивністю. Бойовий стрес підвищеної інтенсивності може проявлятися на індивідуальному та груповому рівні і значно ускладнювати виконання бойових завдань [9].

В бойовій обстановці даний вид стресу може проявлятися як:

- різке підвищення або зниження бойової активності, яке є неадекватним обстановці;
- підвищення емоційного збудження або загальмованість (емоційна «тупість»);

- деструктивні форми мотивації або бажання за будь-яку можливість зберегти життя;
- втрата орієнтації в бою;
- різке зниження дисциплінованості;
- поява деструктивних форм спілкування та міжособистісних відносин;
- різке зростання тривожності або необґрунтованої зневаги до небезпеки;
- необґрунтована дратівливість, агресивність або апатія, замкнутість;
- нездатність впоратись зі страхом;
- думки про суїцид;
- проблеми в когнітивній сфері;
- зниження здатності копінг-поведінки;
- поява панічних настроїв;
- проблеми в соматичній сфері;
- погіршення соціально-психологічного клімату у військових колективах;
- зростання конфліктності;
- зниження згуртованості;
- негативне ставлення до товаришів [7].

Саме бойовий стрес призводить до виникнення помилок та зривів при виконанні бойових завдань, дезорганізації всієї діяльності військовослужбовців. Також від інтенсивності переживання бойового стресу залежить ймовірність виникнення психологічних наслідків у військовослужбовців. Це можуть бути нав'язливі переживання, спогади, відчуття (які нагадують психотравми бойових дій), проблеми з пригадуванням окремих подій або «застрягання» на певних думках, розлади сну, жахливі сновидіння, страхи, різкі коливання настрою, приступи неконтрольованого гніву чи агресії, соматичні розлади (головний біль, відчуття в органах і

системах, тремтіння різних частин тіла, загострення попередніх захворювань тощо) [83].

Порушення реакції адаптації виникає, коли дія стресору не є достатньо сильною але все ж викликає певні клінічні симптоми, які можуть характеризуватись як і при ПТСР [6]:

- гостра реакція на стрес (короткотерміновий характер);
- obsесивно-компульсивний розлад (нав'язливі думки, що повторюються);
- флешбеки;
- агравація і симуляція (при наявності вторинної вигоди).

Травмівна ситуація, в якій перебував військовослужбовець, може спричиняти тривожні розлади, розлади адаптації, депресії, зловживання алкоголем та прояви адиктивної поведінки, функціонування особистості тощо [28].

У деяких військовослужбовців, які пережили травматичну ситуацію, поступово зникають неприємні спогади і короточасні симптоми, особистість пристосовується до нових життєвих умов, а в інших військовослужбовців психічний стан навпаки може ставати гіршим. В цьому випадку можна говорити про виникнення в поведінці та рисах особистості неспокою, тривожності, роздратування, агресивності тощо. Отже, можна діагностувати посттравматичний стресовий розлад.

В DSM-5-TR посттравматичні стресові розлади визначаються як: гострі (з триванням симптомів до трьох місяців), хронічні (з виявленням симптомів по проходженні трьох місяців), відтерміновані (з виявленням симптомів після прихованого періоду – шість місяців і більше) [19].

Можна виділити групи симптомів ПТСР [31]:

1. Повторне переживання
 - спогади про травмівну ситуацію (виникають спонтанно, без застосування вольових зусиль, емоційний дистрес);

- флешбеки (неочікувані спогади, які ніби знов повертають людину в травмівні події і вона переживає знов ті ж самі емоції, як реакцію на дотичні до травмівної ситуації подразники (звуки, фрази тощо), порушення сну, нічні страхіття);

- посиленні фізіологічні реакції при потраплянні на місце події (потовиділення, прискорене серцебиття) [31].

Спогади, що виникають у військовослужбовців носять нав'язливий характер. Постійно повторюючись та викликаючи негативні емоційні реакції, провокують вербальний негативізм стосовно реальної ситуації життя. При неможливості детально сприймати травмівну ситуацію увімкється фантазія. При гострому перебігу ПТСР у військових можуть проявлятися проблеми в сфері спілкування, спалахи пригадувань певних аспектів травмівних ситуацій, бажання самотності, аутоагресія. Це може провокуватися певними подіями, що схожі або порівнюються з травмівною ситуацією [9].

2. Уникнення, заціпеніння

- уникання ситуацій, що нагадують про психотравмуючі обставини (люди, місце);

- уникання почуттів, розмов, думок, які пов'язують з травмівною ситуацією;

- ізоляція, віджудження, дисоціації;

- проблеми із запам'ятовуванням та пригадуванням;

- алкогольна, наркотична, медикаментозна залежність [31].

У військовослужбовців виникає стан амбівалентності (два діаметрально протилежних почуття одночасно), що характеризується з одного боку намаганням повернутись до травмівної ситуації, а з іншого – уникати її, що може призводити до внутрішнього дискомфорту. Стан амбівалентності характеризується великим рівнем негативізму, може бути чинником виникнення відмови людиною від улюбленої справи, змін в життєдіяльності, порушенням поведінки [49].

3. Негативні зміни в картині сприйняття себе, емоцій, світу

- емоційна «загальмованість», неспроможність виражати позитивні емоції;
- гіперболізоване почуття сорому, провини, страху;
- втрата очікувань щодо подальшого життя [8].

Заціпеніння виступає як захисний механізм психіки військовослужбовців. В стані заціпеніння у людини можна спостерігати емоційну блокаду, яка сприймається оточуючими як емоційна врівноваженість. Особистість відчуває себе ізольованою від оточення, що призводить до виникнення порушень в спілкуванні навіть з близькими людьми. Цей стан характеризується змінами в поведінці: чергування відторгнення з теплими почуттями у відносинах з рідними, емоційна несприйнятливість, різкість, негативізм тощо. Втрачається сприйняття та розуміння образу майбутнього.

Почуття провини транлюється на повсякденне життя і часто може виражатись через розмиття Я-образу, що є соціально значущим для військового, це призводить до створення сприйняття себе з точки зору вразливості та неповноцінності. Часто почуття провини вербалізується як самоповчання, яке виражається як таємна потреба в доведенні самому собі значущості власної особистості [16].

4. Нездатність розслабитись, стійке підвищене збудження психіки

- проблеми зі сном та засинанням;
- роздратованість, гнівливість;
- порушення в когнітивній сфері;
- постійне очікування небезпеки, підозрілість, пильність;
- надмірний страх [25].

Нічні жахіття також пов'язані з психотравмуючими подіями – це повторювані в сновидіннях ситуації виконання бойового завдання, які асоціюються з небезпекою для власної особистості. Головна проблема щодо подолання травмівної ситуації уві сні – це м'язова слабкість, що не дає можливості запобігти сприйнятій загрозі життю. При пробудженні

відбувається напруження м'язів, психіки, людиною відчувається безвихідь та неможливість запобігти певній події, що підсилює стан занепокою, жаху й виснажує нервову систему, це також може призводити до виникнення психосоматичних порушень. У військовослужбовців подібні порушення сну можуть продовжуватись і після повернення до мирного життя [17].

Отже, в процесі участі в бойових діях та виконанні військових завдань психічні стани та реакції особистості можуть проявлятися на психологічному рівні у вигляді агресивної поведінки, заціпеніння, апатії, страху, підвищеної тривожності, паніки, гострої реакції горя чи втрати, стресу, посттравматичного стресового розладу; на психофізіологічному – як нервові тремтіння, плач, істерика, проблеми зі сном тощо [24].

2.2. Дослідження соціально-психологічних особливостей прояву наслідків бойових дій у військовослужбовців

Для проведення емпіричного дослідження було обрано наступні методики психологічної діагностики:

1. «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R», призначений для визначення психологічного симптоматичного статусу особистості військовослужбовця, саме ступеню дискомфорту, завданого тими чи іншими симптомами, незалежно від того, наскільки вони виражені в реальності.

2. «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР» (за DSM-III), яка дозволяє діагностувати ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій.

3. «Методика психологічної діагностики копінг-стратегії» (Е. Heim) дозволяє досліджувати типи поведінки, реагування на складну ситуацію, боротьби зі стресом, розподілених на три основні сфери психічної діяльності – когнітивні, емоційні і поведінкові копінг-механізми.

4. «Опитувальник постравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory) (Р. Тадеші, Л. Калхаун) за допомогою якого визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожною зі шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя.

1. Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R) (англ. Symptom Check List-90 Revised) – клінічна тестова і скринінгова методика, призначена для оцінки патернів психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб [59].

Методика створена у 1994 р. L. R. Derogatis на основі Hopkins Symptom Checklist (HSCL) – методика, що веде свою історію від Cornell Medical Index (A. Wider, 1948), яка, в свою чергу, базувалася на «Шкалі дискомфорту» розробленої М. Parloff з співавторами (1953).

SCL-90-R включає в себе 90 тверджень, згрупованих у шкали. Кожне із 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 – «дуже сильно».

SCL-90-R містить наступні шкали: соматизація; obsесивно-компульсивні розлади (нав'язливості); інтерперсональна чутливість; депресія; тривожність; ворожість; нав'язливі страхи (фобії); параноїдність; психотизм; загальний індекс важкості; індекс важкості наявного дистресу; кількість позитивних відповідей (кількість тривожних симптомів).

Інструкція до методики і її внутрішня суть передбачає вивчення саме ступеню дискомфорту, завданого тими чи іншими симптомами, незалежно від того, наскільки вони виражені в реальності. Крім того, методика не включає шкали брехні, а її структура не спрямована на корекцію настановних відповідей випробуваного, що також має враховуватися при інструктажі та тестуванні (хоча шкала психотизма за рахунок незвичайних симптомів, в неї входить, може використовуватися для оцінки ступеня щирості випробуваного і його схильності до агравації, якщо наперед відомо про відсутність психотичних розладів).

Основне призначення шкали – виявлення психологічного симптоматичного статусу широкого кола осіб, тому результати опитування мають досить приблизну клінічну значимість, але SCL-90-R може застосовуватися досить широко. Винятком є люди, які не здатні сприйняти зміст інструкцій, пацієнти з деменцією і явно психотичними станами.

Інструкція: в бланку наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Оцінюйте ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи сьогодні. Оцініть кожне твердження, не пропускаючи жодного пункту.

Обробка результатів: для отримання результату по базовим шкалами необхідно обчислити середнє арифметичне значення з питань, що входять в цю шкалу.

Якщо з якихось з питань не було отримано відповідей, то їх виключають з підрахунку. У разі, якщо пропущено 20% питань тесту (18 пунктів) або 40% питань будь-якої шкали, результати не можуть вважатися достовірними.

Інтерпретація опитувальника в цілому. Результати по SCL-90-R можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал, вираженість окремих симптомів. Інтерпретація основних шкал проводиться відповідно до їх опису, призначення і теоретико-методологічних засад експериментатора.

Індекс GSI є найбільш інформативним показником, що відображає рівень психічного дистресу індивіда. Результат за шкалою GSI – це середнє арифметичне значення всього тесту, тобто сума балів всіх питань, поділена на 90.

Індекс PSDI є виміром інтенсивності дистресу і, крім того, може служити для оцінки «стилю» вираження дистресу випробуваного: чи виявляє випробуваний тенденцію до перебільшення або до приховання своїх

симптомів. PSDI – середня важкість симптомів, обраховується як поділ загального балу за увесь тест на значення PST.

Індекс PST відображає широту діапазону симптоматики індивіда. PST дорівнює кількості питань, на які дані невід’ємні відповіді.

Шкала 1. Соматизація. Порушення, що називаються соматизацією, відображають дистрес, що виникає із відчуття соматичної дисфункції. Сюди відносяться скарги щодо функціонування кардіоваскулярної, гастрінтестинальної, респіраторної та інших систем організму, зокрема головні болі, болі в різних частинах тіла у тому числі й м’язові, а також – соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність психічних розладів, хоча й можуть свідчити про реальні соматичні захворювання.

Шкала 2. Нав’язливості. Obsесивно-компульсивний розлад відображає симптоми, переважно тотожні стандартному клінічному синдрому з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок і дій, які переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі для «Я». У цю шкалу також включені питання, що стосуються поведінки або переживань більш загального когнітивного забарвлення.

Шкала 3. Інтерперсональна чутливість. Даний розлад визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Осуд себе, почуття неспокою і помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками за даною шкалою повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Шкала 4. Депресія. Симптоми цього розладу відображають широку галузь проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії і афекту, зокрема ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і

втрата життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид і інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

Шкала 5. Тривожність. Тривожний розлад складається з ряду симптомів і ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. У визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства. В якості ознак тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страхи та деякі соматичні кореляти тривожності.

Шкала 6. Ворожість. Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

Шкала 7. Нав'язливі страхи (фобії). Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до уникаючої поведінки.

Шкала 8. Параноїдність. Дане визначення представляє параноїдну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрілості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу, і вибір питань орієнтований саме на представленість цих ознак.

Шкала 9. Психотизм. У шкалу психотизма включені питання, що вказують на уникаючий, ізолюваний, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі як галюцинації або слухання голосів. Шкала психотизма є градуйованим континуумом від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів психотизма. Крім того, вона може бути корисна для виявлення грубої агравації, симуляції і недбалого заповнення бланка – при високих значеннях по ній при відсутності явної симптоматики.

Загальний індекс тяжкості симптомів (GST). GSI є найкращим індикатором поточного стану і глибини розладу, його слід використовувати в

більшості випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. GSI є комбінацією інформації про кількість симптомів і інтенсивність пережитого дистресу.

Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI). PSDI є виключно мірою інтенсивності стану, що відповідає кількості симптомів. Цей показник працює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію: чи підсилює або применшує симптоматичний дистрес при відповідях.

Загальна кількість ствердних відповідей (PST) PST – виключно підрахунок кількості симптомів, на які пацієнт дає позитивні відповіді, – тобто кількість тверджень, для яких випробуваний зазначає хоч якийсь рівень вище нульового (див. Додаток А).

2. Міссісіпська шкала для бойового ПТСР (за DSM-III).

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) – опитувальник-самозвіт, спочатку розроблений у 1987 р. Keane зі співавторами для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій [51].

Міссісіпська шкала була створена на основі MMPI для діагностики ПТСР. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно DSM-III: 11 питань першої шкали описують симптоми групи вторгнення, 11 симптомів другої шкали – симптоми групи уникнення, 8 питань третьої шкали – симптоми збудливості. П'ять інших питань описують симптоми, пов'язані із почуттям провини і суїцидальних нахилів.

Опитувальник складається з 35 питань, відповіді на які даються за 5-бальною шкалою Лайккерта (від 1 до 5). Незважаючи на групування питань у чотири субшкали, вираховується лише один підсумковий коефіцієнт, вираженість симптомів ПТСР коливається від 35 до 175 балів. Частина питань має перевернуті значення, що дозволяє знизити встановлену випробуваного або заповнення бланка в довільному порядку.

Шкала стала поширеною на пострадянських теренах на початку 1990-х рр. у низці досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків аварії на ЧАЕС, а також проведених на контингенті ветеранів війни в Афганістані. Натепер методика використовується у діяльності психологів спецслужб, силових відомств, в роботі з особами, схильними до екстремальних психологічних навантажень (рятувальниками, військовослужбовцями).

Інструкція: нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від 1 до 5. Користуючись цією шкалою, вкажіть, в якій мірі ви згодні або не згодні з цим твердженням. Дайте лише одну відповідь на кожне твердження: абсолютно невірно, іноді вірно, до деякої міри вірно, вірно, абсолютно вірно.

Сумарний показник: 35-96 балів – гарний рівень адаптації; 97-111 балів – порушення адаптації; 112 балів і більше – посттравматичний стресовий розлад (див. Додаток Б).

3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Неім).

Методика психологічної діагностики копінг-стратегії (Е. Неім) дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу (інакше типів поведінки, реагування на складну ситуацію, боротьби зі стресом), розподілених на три основні сфери психічної діяльності – когнітивні, емоційні і поведінкові копінг-механізми [56].

Інструкція: Вам буде запропоновано ряд тверджень, що стосуються особливостей Вашої поведінки. Спробуйте згадати, яким чином Ви найчастіше вирішуєте стресові ситуації і ситуації, що потребують сильного емоційного напруження. Обведіть кружечком, будь ласка, той номер, який Вам підходить. У кожному розділі тверджень необхідно вибрати лише один варіант, за допомогою якого Ви вирішуєте свої проблеми. Відповідайте, будь ласка, відповідно до того, як Ви справляєтеся з важкими ситуаціями протягом останнього часу. Довго не роздумуйте – важлива Ваша перша реакція. Будьте уважні!

Адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів і можливих шляхів їх подолання, підвищення самооцінки і самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій.

Адаптивні емоційні копінг-стратегії – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації.

Адаптивні поведінкові копінг-стратегії – така поведінка особистості, коли вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким для подолання труднощів.

Неадаптивні когнітивні копінг-стратегії – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили і інтелектуальні здібностей, з умисною недооцінкою власних неприємностей.

Неадаптивні емоційні копінг-стратегії – варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, відчуттям безнадійності, покірності, переживанням злості і звинувачуваннями себе та інших.

Неадаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, яка передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від вирішення проблем.

Відносно адаптивні копінг-стратегії – тобто такі, конструктивність яких залежить від значущості та вираженості ситуацій подолання.

Відносно адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів в порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

Відносно адаптивні емоційні копінг-стратегії – поведінка, спрямована на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням або на покладання відповідальності за вирішення труднощів іншим особам.

Відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань (див. Додаток В).

4. Опитувальник посттравматичного зростання (Post Traumatic Growth Inventory). Опитувальник посттравматичного зростання розроблений Р. Тадеші і Л. Калхаун складається з 21 тверджень з шістьма можливими варіантами відповідей.

Методика містить п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя [69].

Інструкція: вкажіть для кожного нижченаведеного твердження ступінь, в якому відповідна зміна відбулася у Вашому житті внаслідок кризової (травматичної) події, використовуючи наступну шкалу: 0 – жодних змін; 1 – дуже незначні зміни; 2 – невеликі зміни; 3 – помірні зміни; 4 – великі зміни; 5 – дуже суттєві зміни.

Обробка результатів. Кількісна оцінка посттравматичного зростання за кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка проводиться по «сирому» балу. Потім за допомогою нормативної таблиці визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожною шкалою. Індекс посттравматичного зростання обчислюється як сума балів за усіма твердженнями.

Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу.

Шкала «Ставлення до інших». Людина стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції, зокрема й співчуття іншим людям. Вона почала докладати більше зусиль задля встановлення взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребує їх підтримки та допомоги, стала більше цінувати інших людей.

Шкала «Нові можливості». Після кризової ситуації у людини з'явилися нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях

позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо.

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

Шкала «Духовні зміни». Людина стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш віруючою.

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

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

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

Емпіричне дослідження соціально-психологічних особливостей прояву наслідків бойових дій у військовослужбовців проводилось на базі кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. У дослідженні брали участь 30 респондентів – військовослужбовці, які були демобілізовані (див. Додаток Д).

Першим етапом дослідження було проведення психологічної діагностики за допомогою «Симптоматичного опитувальника SCL-90-R», призначеного для визначення психологічного симптоматичного статусу особистості військовослужбовця.

Інтерпретація даних проводилась за вираженістю окремих шкал та індексом GSI, що є найбільш інформативним показником, який відображає рівень психічного дистресу індивіда (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Зведена таблиця результатів дослідження за методикою
«Симптоматичний опитувальник SCL-90-R»**

№	Соматизація	Нав'язливість	Інтерперсональна чутливість	Депресія	Тривожність	Ворожість	Нав'язливі страхи	Параноїдність	Психотизм	Індекс GSI
1	2	1	2,9	2,1	2,3	1,6	1,7	1,3	0,4	1,6
2	1,3	0,5	1,8	1,5	1,8	1,3	1,4	0,7	0,2	1,1
3	1,1	0,4	1,2	0,9	1,5	1,2	1,3	0,7	0,3	0,9
4	2,6	1,5	3	2,9	3,2	2	2,4	1,8	0,4	2,1
5	1,8	1,1	2	1,8	2	1,5	1,8	1,3	0,5	1,4
6	1,6	1,1	2,2	1,6	2,4	1,7	1,4	1,2	0,3	1,4
7	1,7	1,3	2,4	1,9	2,1	1,3	2	1,1	0,2	1,5
8	0,5	0,5	1,1	0,7	1,2	0,5	1,1	0,3	0	0,6
9	0,7	0,5	1	0,6	1,1	0,8	1,3	0,3	0,1	0,6
10	2,7	1,2	3,3	2,4	2,9	1,7	2,3	1,2	0,2	1,9
11	1,1	1,1	1,7	1,5	2	0,8	1,4	1	0,1	1,1
12	1,3	1	1,3	1,2	1,3	1	1,6	1,2	0,3	1,0
13	0,8	1,5	1,1	0,8	1,5	1,2	1,4	0,7	0,1	0,9
14	0,5	0,7	0,6	0,6	0,7	0,5	0,7	0,5	0	0,5
15	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,7	0,7	0,3	0	0,4
16	1,1	1,6	2,2	0,8	1,8	1,7	1,3	1	0,2	1,2
17	0,6	1,3	1,7	1	1,4	1,3	1,4	0,8	0,2	1,0
18	1,8	2	3	2,6	2,7	1,2	2	1,3	0,4	1,8
19	0,8	1,1	1,7	1,1	2,1	1,7	2,1	1,3	0,4	1,2
20	0,7	1,2	1,9	1,2	2	1	1,7	1	0,3	1,1
21	0,3	0,8	1	0,7	0,6	0,5	1	0,3	0	0,5
22	0,2	0,6	1,1	0,6	0,8	0,7	1,3	0,5	0,1	0,6
23	2,1	2	2,9	2,3	3,1	1,8	2,3	1,7	0,3	1,9
24	0,6	1,2	1,4	1,5	1,6	1,2	1,7	1	0,2	1,0
25	0,8	0,9	1,1	1,1	1,3	0,8	1,4	0,8	0,2	0,9

Продовж. табл. 2.1

26	0,3	0,7	0,9	0,5	1	0,7	1,1	0,7	0,1	0,6
27	0,5	1	1,1	1	1,5	1	1,6	1,2	0,2	0,9
28	1,3	1,3	1,3	0,9	1,5	1,3	1,7	1	0,3	1,1
29	0,6	0,5	1,2	1	1,2	1,3	1,4	1	0,2	0,8
30	0,8	0,7	1,4	1,1	1,8	1	1,6	0,8	0,2	0,9
Середнє	1,1	1,0	1,6	1,3	1,7	1,2	1,5	0,9	0,2	1,1

Наочно результати дослідження за методикою «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R» представлено на діаграмі (див. рис. 2.1).

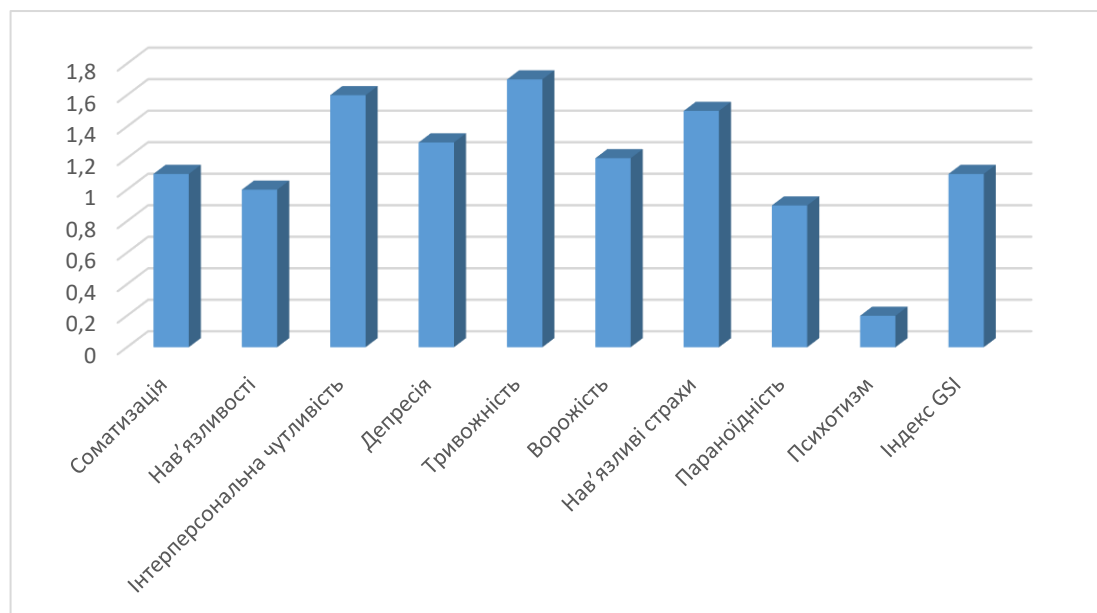


Рис. 2.1. Діаграма розподілу результатів дослідження за методикою «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R»

Аналізуючи результати дослідження за методикою «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R», можна сказати, що всі показники окрім шкали «психотизм», знаходяться вище нормованих. Так як шкала «психотизм» є своєрідною шкалою «брехні», корисною для виявлення грубої агравації, симуляції і недбалого заповнення бланка (при високих значення по ній при

відсутності явної симптоматики), то можна сказати, що всі дані, отримані за допомогою даної методики можна вважати достовірними.

Найбільший середній показник – 1,7 було отримано за шкалою «тривожність». Це свідчить про те, що респонденти певний час відчують уявну або реальну небезпеку, напруженість, нервозність, приступи паніки. Соматично це може проявлятися як болі певної локалізації, тремтіння, розлади сну, прискорене серцебиття тощо.

Середній показник 1,6 було діагностовано за шкалою «інтерперсональна чутливість», яка характеризується у респондентів почуттям особистісної неповноцінності при порівнянні себе з іншими людьми, почуттям неспокою та дискомфортом в процесі міжособистісної взаємодії, осудом себе за певні вчинки, загостреним відчуттям негативних очікувань щодо сприйняття іншими людьми.

Середній показник 1,5 було отримано за шкалою «нав'язливі страхи (фобії)», яка характеризує респондентів стійкою реакцією, коли потрапляючи в ситуацію, яка в минулому була підкріплена почуттям страху, особистість може проявляти ірраціональність або неадекватність по відношенню до стимулів, прибігаючи до поведінки уникання.

За шкалою «депресія» було отримано середній бал 1,3, що характеризується зниженими показниками життєвої енергії, відсутністю інтересу до життя, зниженим настроєм, недостатньою мотивацією, почуттям безнадії.

Середній показник 1,2 було отримано за шкалою «ворожість». Основні ознаки ворожості, які можуть проявлятися у респондентів, можна визначити як прояви гніву, злості, агресії, дратівливості, обурення по відношенню до оточуючих.

За шкалою «соматизація» було визначено середній показник – 1,1, який відображає дистрес, що виникає із відчуття соматичної дисфункції. Показник за цією шкалою характеризується наявністю скарг у респондентів на певні

функціональні порушення в роботі органів та систем органів, болі в різних частинах організму, м'язові болі тощо.

За шкалою «нав'язливості» отримано середній показник – 1. Симптоми, які проявляються у респондентів, можна співставити з проявами обсесивно-компульсивного синдрому, як певні думки, що вважаються особистістю чужими, нездоланими, безперервними.

Середній показник 0,9 було отримано за шкалою «параноїдність», яку можна охарактеризувати як певний вид порушення мислення, що виражається у ворожості, підозрілості, страху втрати автономії, наявністю ілюзій.

Індекс GSI – індекс тяжкості симптомів. Середній бал за індексом GSI дорівнює 1,1 – це майже вдвічі більше за норму і говорить про наявність дистресу у респондентів, що склали вибірку. Респонденти відчують надмірне та негативне навантаження від стресових ситуацій, яке проявляється в порушеннях соціальної взаємодії, труднощами в спілкуванні, дезадаптивною поведінкою, втратою інтересу до звичайних занять, соматичними проявами, відчуттям тривоги та апатії, зниженням самооцінки тощо.

Другим етапом дослідження було проведення психологічної діагностики за допомогою методики «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР» (за DSM-III), яка дозволяє діагностувати ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій (див. табл. 2.2 – 2.3).

Таблиця 2.2

Результати дослідження за методикою «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР» (за DSM-III)

№	Кількість балів	Вираженість симптомів ПТСР
1	93	гарний рівень адаптації
2	43	гарний рівень адаптації
3	37	гарний рівень адаптації
4	123	посттравматичний стресовий розлад
5	101	порушення адаптації
6	110	порушення адаптації
7	98	порушення адаптації
8	61	гарний рівень адаптації

Продовж. табл. 2.2

9	47	гарний рівень адаптації
10	136	посттравматичний стресовий розлад
11	99	порушення адаптації
12	95	гарний рівень адаптації
13	108	порушення адаптації
14	84	гарний рівень адаптації
15	52	гарний рівень адаптації
16	103	порушення адаптації
17	100	порушення адаптації
18	120	посттравматичний стресовий розлад
19	98	порушення адаптації
20	112	порушення адаптації
21	76	гарний рівень адаптації
22	85	гарний рівень адаптації
23	154	посттравматичний стресовий розлад
24	97	порушення адаптації
25	99	порушення адаптації
26	44	гарний рівень адаптації
27	106	порушення адаптації
28	87	гарний рівень адаптації
29	103	порушення адаптації
30	70	гарний рівень адаптації

Таблиця 2.3

Зведена таблиця результатів дослідження за методикою «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР» (за DSM-III)

Показник	Кількість респондентів	%
гарний рівень адаптації	13	43
порушення адаптації	13	43
посттравматичний стресовий розлад	4	14

Наочно результати дослідження за методикою «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР» (за DSM-III) представлено на сегментограмі (див. рис. 2.2).

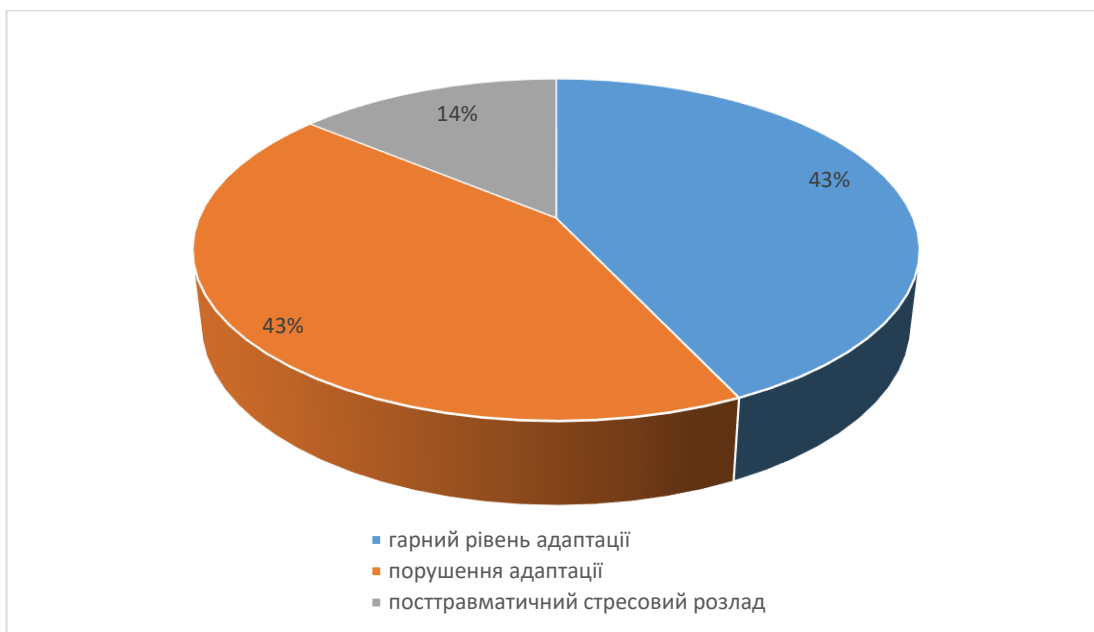


Рис.2.2. Сегментограма розподілу результатів дослідження за методикою «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР» (за DSM-III)

За результатами, отриманими в ході застосування даної методики психологічної діагностики, було встановлено, що 43% респондентів мають гарний рівень адаптації. Респонденти здатні успішно пристосовуватись до нових умов, змін і викликів зовнішнього середовища або стресових ситуацій, можуть ефективно функціонувати та реагувати без значних фізіологічних та психологічних витрат організму. Вони вміють контролювати свої емоції в складних ситуаціях, не даючи їм перешкоджати їхній діяльності, легко встановлюють контакти з новими людьми, адаптуються до нових соціальних ролей та норм. Гарний рівень адаптації є важливим показником психологічного та фізичного здоров'я, а також здатності до успішного функціонування у різноманітних життєвих ситуаціях.

Таке же відсоткове значення – 43% – було отримано за показником «порушення адаптації», що вказує на труднощі в пристосуванні респондентів до нових життєвих обставин або стресових подій і виражається в порушеннях в емоційній, поведінковій або фізіологічній сферах. Симптоматично порушення адаптації може проявлятися як тривожність, дратівливість,

порушення сну, апетиту, проблеми з концентрацією уваги, зміни в поведінці тощо. Порушення адаптації може значно впливати на якість життя людини, її здатність функціонувати на різних рівнях суспільного життя. Несвоєчасне або недостатнє вирішення проблеми порушень адаптації може призвести до розвитку більш серйозних психічних розладів, таких як депресія, тривожні розлади, або навіть суїцидальні наміри.

У 14% респондентів було діагностовано прояви посттравматичного стресового розладу, що вказує на певні проблеми з психічним здоров'ям, які розвиваються після травмівної події. ПТСР характеризується повторними переживаннями травми, намаганням уникати всього, що нагадує про травмівні події, постійною гіперзбудженістю. Він може суттєво впливати на повсякденне життя, емоційний стан та соціальні стосунки людини. Респонденти можуть відчувати нав'язливі спогади, кошмари, інтенсивні психологічні або фізичні реакції на спогади про травмівну подію, можуть уникати місць, людей, розмов, думок або почуттів, які нагадують про травму, можливі постійні відчуття страху, тривоги, гніву, провини, сорому або відчуття емоційної відстороненості. ПТСР – це серйозний стан, який потребує професійної допомоги, а саме звернення за консультацією до лікаря психіатра.

Третім етапом було проведення дослідження за допомогою методики психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Heim), яка дозволяє досліджувати типи поведінки, реагування на складну ситуацію, боротьби зі стресом, розподілених на три основні сфери психічної діяльності – когнітивні, емоційні і поведінкові копінг-механізми (див. табл. 2.4 – 2.5).

Таблиця 2.4

Результати дослідження за методикою психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Heim)

№	Когнітивні копінг-стратегії		Емоційні копінг-стратегії		Поведінкові копінг-стратегії	
	обраний варіант	тип копінг-стратегії	обраний варіант	тип копінг-стратегії	обраний варіант	тип копінг-стратегії
1	(А7) Релігійність	ВА	(Б5) Пасивна кооперація	ВА	(В1) Відволікання	ВА
2	(А5) Проблемний аналіз	А	(Б4) Оптимізм	А	(В5) Конструктивна активність	ВА
3	(А5) Проблемний аналіз	А	(Б5) Пасивна кооперація	ВА	(В4) Компенсація	ВА
4	(А2) Покора	Н	(Б6) Покірність	Н	(В6) Відступ	Н
5	(А10) Встановлення власної цінності	А	(Б2) Емоційна розрядка	ВА	(В2) Альтруїзм	А
6	(А5) Проблемний аналіз	А	(Б8) Агресивність	Н	(В7) Співпраця	А
7	(А9) Надання сенсу	ВА	(Б4) Оптимізм	А	(В2) Альтруїзм	А
8	(А4) Збереження самовладання	А	(Б4) Оптимізм	А	(В7) Співпраця	А
9	(А9) Надання сенсу	ВА	(Б2) Емоційна розрядка	ВА	(В7) Співпраця	А
10	(А8) Розгубленість	Н	(Б7) Самозвинувачення	Н	(В1) Відволікання	ВА
11	(А4) Збереження самовладання	А	(Б2) Емоційна розрядка	ВА	(В8) Звернення	А
12	(А10) Встановлення власної цінності	А	(Б4) Оптимізм	А	(В5) Конструктивна активність	ВА
13	(А6) Відносність	ВА	(Б6) Покірність	Н	(В4) Компенсація	ВА

Продовж. табл. 2.4

14	(A10) Встановлення власної цінності	A	(B1) Протест	A	(B5) Конструктивна активність	BA
15	(A5) Проблемний аналіз	A	(B4) Оптимізм	A	(B7) Співпраця	A
16	(A1) Ігнорування	H	(B5) Пасивна кооперація	BA	(B8) Звернення	A
17	(A7) Релігійність	BA	(B4) Оптимізм	A	(B2) Альтруїзм	A
18	(A3) Дисимуляція	H	(B6) Покірність	H	(B3) Активне уникнення	H
19	(A4) Збереження самовладання	A	(B4) Оптимізм	A	(B5) Конструктивна активність	BA
20	(A8) Розгубленість	H	(B5) Пасивна кооперація	BA	(B8) Звернення	A
21	(A10) Встановлення власної цінності	A	(B1) Протест	A	(B2) Альтруїзм	A
22	(A5) Проблемний аналіз	A	(B1) Протест	A	(B2) Альтруїзм	A
23	(A8) Розгубленість	H	(B7) Самозвинуваче ння	H	(B3) Активне уникнення	H
24	(A9) Надання сенсу	BA	(B4) Оптимізм	A	(B5) Конструктивна активність	BA
25	(A7) Релігійність	BA	(B4) Оптимізм	A	(B2) Альтруїзм	A
26	(A10) Встановлення власної цінності	A	(B1) Протест	A	(B7) Співпраця	A
27	(A9) Надання сенсу	BA	(B5) Пасивна кооперація	BA	(B7) Співпраця	A
28	(A4) Збереження самовладання	A	(B6) Покірність	H	(B4) Компенсація	BA
29	(A5) Проблемний аналіз	A	(B2) Емоційна розрядка	BA	(B5) Конструктивна активність	BA
30	(A4) Збереження самовладання	A	(B3) Придушення емоцій	H	(B1) Відволікання	BA

***A** – адаптивна; **H** – неадаптивна; **BA** – відносно адаптивна

Таблиця 2.5

Зведена таблиця результатів дослідження за методикою психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Heim)

Копінг-стратегії	Адаптивні		Неадаптивні		Відносно адаптивні	
	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
Когнітивні	16	53	6	20	8	27
Емоційні	13	43	8	27	9	30
Поведінкові	15	50	3	10	12	40

Наочно результати дослідження за методикою психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Heim) представлено на діаграмі (див. рис. 2.3).

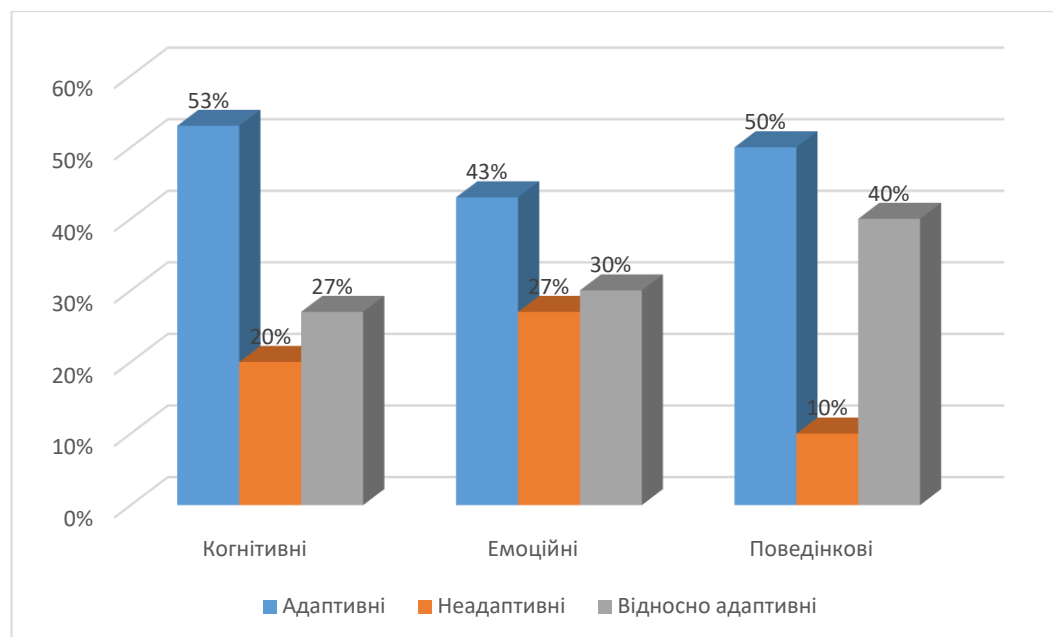


Рис.2.3. Діаграма розподілу результатів дослідження за методикою психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Heim)

Отже, за результатами дослідження за даною методикою діагностики було встановлено, що серед когнітивних копінг-стратегій, що дозволяють особистості долати стресові ситуації та перешкоди, переважають саме

адаптивні – 53%, що передбачає ретельний аналіз проблемної ситуації, розробку шляхів її подолання, здатність до самоконтролю, наявність віри в свої можливості та ресурси.

Застосування відносно адаптивних когнітивних копінг-стратегій, тих, що залежать від значущості ситуації для людини, було діагностовано у 27% респондентів, що говорить про можливу оцінку стресової ситуації у порівнянні з іншими, оцінку труднощів, надання особливого сенсу їх подолання, іноді через віру в Бога.

Неадаптивні когнітивні копінг-стратегії було діагностовано у 20% респондентів. Це пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили і інтелектуальні здібностей, з умисною недооцінкою власних неприємностей.

Серед емоційних копінг-стратегій найбільша кількість респондентів – 43% – обрала адаптивні копінг-стратегії, які характеризуються емоційним станом з активним протестом проти перешкод та стресових ситуацій, баченням виходу з них, та впевненістю в своїх силах.

Також було діагностовано у 30% респондентів використання відносно адаптивних емоційних копінг-стратегій, які характеризуються певним емоційним відреагуванням або покладанням відповідальності за вирішення труднощів іншим особам, а також поведінкою, спрямованою на зняття напруги, пов'язаної з проблемами.

У 27% респондентів було діагностовано неадаптивний емоційний копінг, що свідчить про наявність пригніченого емоційного стану у особистості, відчуття безнадійності, переживання злості та звинувачення себе або інших людей у виникненні ситуації, що склалася.

Результати дослідження за шкалою «поведінкові копінг-стратегії» було розподілено наступним чином: половина всієї вибірки респондентів – 50% – обирає адаптивні поведінкові копінг-стратегії, що означає спроможність людини звернутись по допомогу до більш досвідчених осіб, можливість

співпрацювати з ними, пошуки підтримки в найближчого соціального оточення, підтримку інших людей в подоланні певних проблемних ситуацій.

40% респондентів використовує відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії, що характеризує їх поведінку прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем, зануренням в улюблену справу, подорожі, реалізацією своїх заповітних бажань.

Лише 10% респондентів демонструють неадаптивні поведінкові копінг-стратегії, що передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмову від вирішення проблем.

Четвертим етапом було проведення дослідження за допомогою методики психологічної діагностики «Опитувальник посттравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory) (Р. Тадеші, Л. Калхаун) за допомогою якого визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання (див. табл. 2.6 – 2.7).

Таблиця 2.6

**Результати дослідження за методикою діагностики «Опитувальник посттравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory)
(Р. Тадеші, Л. Калхаун)**

№	Ставлення до інших (СТ)	Нові можливості (НМ)	Сила особистості (СО)	Духовні зміни (ДЗ)	Підвищення цінності життя (ПЦ)	Індекс посттравматичного зростання
1	17	15	16	8	12	68
2	24	17	17	9	13	80
3	30	22	16	8	14	90
4	14	9	7	4	11	45

Продовж. табл. 2.6

5	22	10	8	8	13	61
6	25	15	9	7	12	68
7	25	16	16	6	14	77
8	31	23	18	9	15	96
9	26	20	17	8	12	83
10	10	7	9	8	11	45
11	22	15	15	6	13	71
12	25	20	15	7	12	79
13	18	10	19	5	13	65
14	28	15	17	7	13	80
15	23	16	20	7	13	79
16	24	11	10	6	10	61
17	25	15	17	6	12	75
18	13	8	9	7	10	47
19	22	14	16	5	11	68
20	26	14	15	4	12	71
21	34	17	17	7	14	89
22	31	20	19	8	12	90
23	8	6	12	7	10	43
24	23	13	16	6	12	70
25	16	11	17	6	11	61
26	32	18	16	8	13	87
27	24	17	15	5	12	73
28	27	22	19	8	13	89
29	23	15	14	6	11	69
30	14	10	9	7	11	51

Таблиця 2.7

**Зведена таблиця результатів дослідження за методикою діагностики
«Опитувальник постратравматичного зростання» (Post Traumatic Growth
Inventory) (Р. Тадеші, Л. Калхаун)**

Шкала	Низькі значення		Середні значення		Високі значення	
	К-ть респондентів	%	К-ть респондентів	%	К-ть респондентів	%
Ставлення до інших (СТ)	5	17%	12	40%	13	43%
Нові можливості (НМ)	4	13%	14	47%	12	40%
Сила особистості (СО)	1	3%	12	40%	17	57%
Духовні зміни (ДЗ)	0	0%	12	40%	18	60%
Підвищення цінності життя (ПЦ)	0	0%	9	30%	21	70%
Індекс постратравматичного зростання	0	0%	8	27%	22	73%

Наочно результати дослідження за методикою «Опитувальник постратравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory) (Р. Тадеші, Л. Калхаун) представлено на діаграмі (див. рис. 2.4).

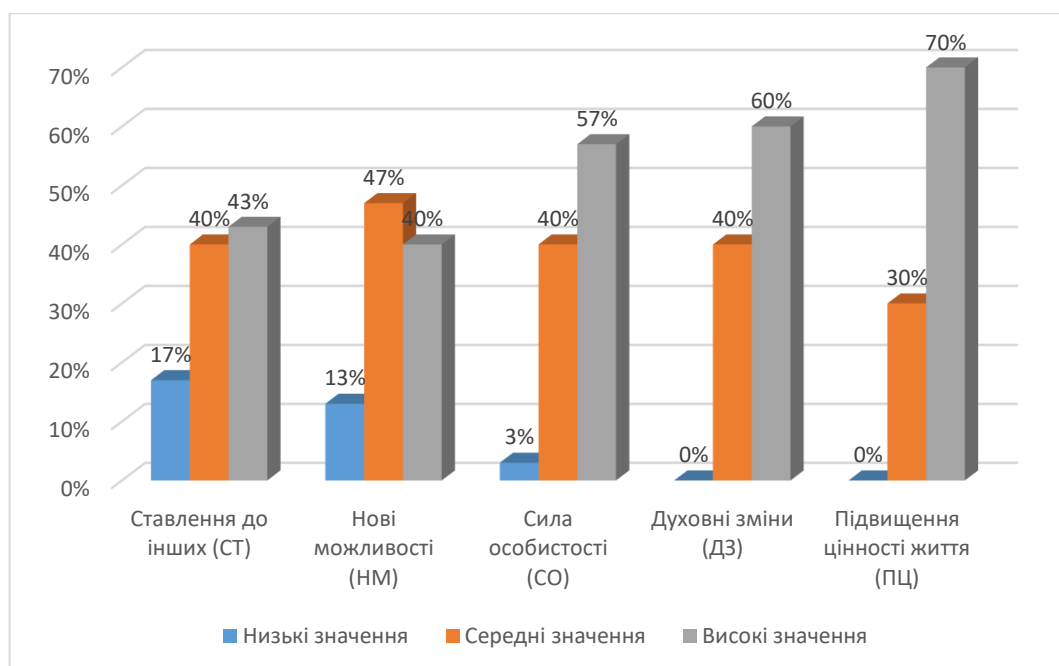


Рис. 2.4. Діаграма розподілу результатів дослідження за шкалами методики «Опитувальник постратравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory) (Р. Тадеші, Л. Калхаун)

В результаті діагностики за допомогою методики «Опитувальник постратравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory) (Р. Тадеші, Л. Калхаун) було з'ясовано, що за шкалами «сила особистості», «духовні зміни», «підвищення цінності життя» майже більша половина респондентів має високі значення (57%, 60% і 70% відповідно). Це свідчить про те, що люди стали більше розуміти власні можливості в подоланні життєвих негараздів, стали краще розуміти свої духовні проблеми, в них змінились життєві пріоритети, змінилось ставлення до життя — намагаються кожен день наповнити змістом.

Також за цими шкалами відсутні показники низького значення, окрім шкали «сила особистості» — 3%. Респондент не усвідомив власні можливості та не навчався розуміти внутрішні сили.

За шкалою «ставлення до інших» майже на одному рівні показники високих та середніх значень (43% і 40% відповідно), що говорить про бажання

спілкуватись та взаємодіяти з іншими людьми, вміння розраховувати на допомогу інших та надавати її за потреби іншим людям, відчуття близькості до оточуючих, вміння виражати емоції тощо.

За шкалою «нові можливості» було отримано 47% за показником середнього значення, 40% – високого значення, 13% – низького значення. Після дії травмівної ситуації, якою є військові дії, люди не змогли в певній мірі усвідомити власні можливості позитивно впливати на своє життя, змінювати його за потреби. Виникають труднощі у відбудові нових інтересів, підвищенні власної самооцінки.

Важливим для всієї вибірки респондентів є результати за шкалою «індекс посттравматичного зростання» (див. рис. 2.5).

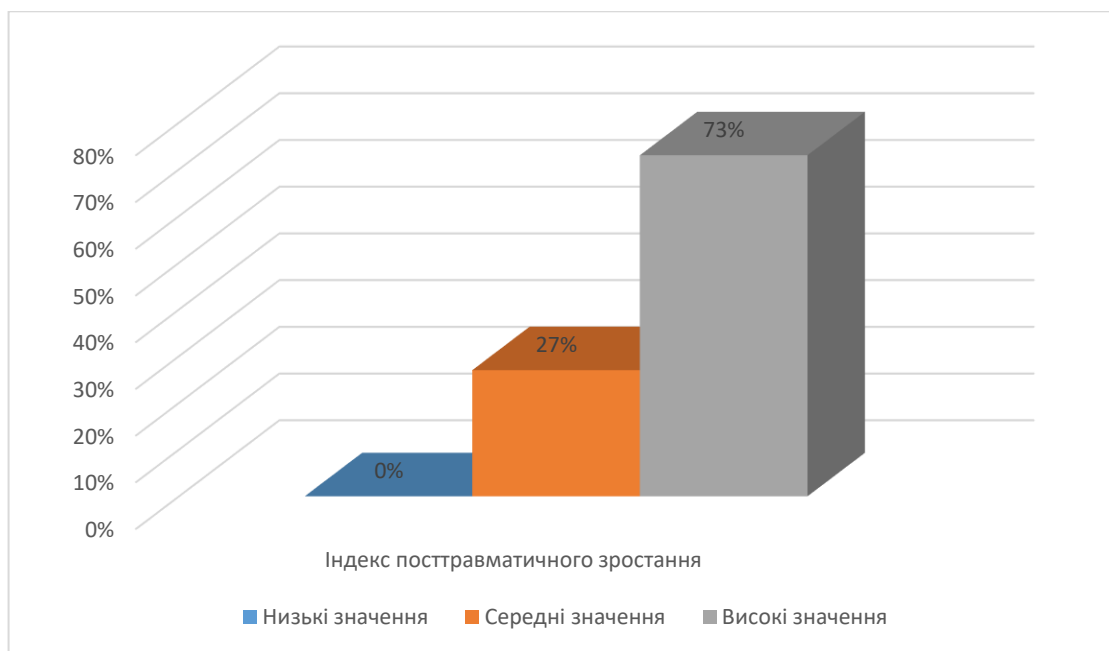


Рис. 2.5. Діаграма розподілу результатів дослідження за показником «Індекс посттравматичного зростання»

Виходячи з результатів діагностики, за шкалою «індекс посттравматичного зростання» можна зробити висновок, що респонденти в основному готові до життєвих змін: показників низьких значень не було виявлено; 27% – показники середніх значень; 73% – показники високих

значень. Респонденти здебільшого характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчують впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми.

Таким чином, за результатами проведеного емпіричного дослідження, можна зазначити, що всі симптоматичні показники наявності травмованості особистості військовослужбовців знаходяться вище нормованих. У більшості респондентів виявлено тривожність, наявність нав'язливих страхів, ворожості, інтерперсональної чутливості, а також соматизації. Було діагностовано однакові показники гарного рівня адаптації та рівня порушення адаптації, тобто не всі респонденти здатні успішно пристосовуватись до нових умов, змін і викликів зовнішнього середовища або стресових ситуацій. Також серед учасників дослідження було встановлено осіб з проявами посттравматичного стресового розладу, що вказує на певні проблеми з психічним здоров'ям, які розвиваються після травмівної події. Респонденти для подолання стресових ситуацій та перешкод здебільшого використовують адаптивні та відносно адаптивні когнітивні, емоційні та поведінкові копінг-стратегії. Більшість респондентів спрямовані на посттравматичне відновлення власної особистості, вони усвідомлюють силу особистості, розуміють цінність життя, приймають підтримку ззовні і також можуть надавати її всім, хто її потребує.

Але для більшого усвідомлення власних резервів психіки, які виникають після дії травмівної ситуації, їх позитивного впливу та можливості самим змінювати власне життя, спираючись на внутрішні ресурси, необхідно впроваджувати в роботу психологів з військовослужбовцями, які повертаються з зони бойових дій, програми соціально-психологічних тренінгів, спрямованих на подолання негативного впливу травмівних ситуацій, розуміння властивостей та резервів власної психіки, формування резильєнтності, налагодження комунікації та взаємодії із соціальним оточенням та родиною, сприяння посттравматичному зростанню особистості.

2.4. Практичні рекомендації, спрямовані на подолання наслідків травмівного досвіду військовослужбовців

Проаналізувавши результати емпіричного дослідження, можна зробити висновок, що для більшого усвідомлення власних резервів психіки, які виникають після дії травмівної ситуації, їх позитивного впливу та можливості самим змінювати власне життя, спираючись на внутрішні ресурси, необхідно впроваджувати в роботу психологів з військовослужбовцями, які повертаються з зони бойових дій, програми соціально-психологічних тренінгів, спрямованих на подолання негативного впливу травмівних ситуацій, розуміння властивостей та резервів власної психіки, формування резильєнтності, налагодження комунікації та взаємодії із соціальним оточенням та родиною, сприяння посттравматичному зростанню особистості. В рамках практичних рекомендацій було розроблено програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання наслідків травмівного досвіду військовослужбовців.

Психологічний тренінг забезпечує ефективну взаємодію зі світом, тобто сприяє досягненню успіху в різних сферах діяльності, спілкуванні, упевненості, створенню гармонійних стосунків. Значущість його ще й в тому, що він виступає як сумісна творчість учасників і ведучого задля розкриття і засвоєння незадіяного досі життєвого, творчого і духовного потенціалу людини [32].

Психологічний тренінг справляє конструктивний вплив на розвиток особистості за трьома напрямками: когнітивним (отримання нової інформації); емоційним (інтерпретація отриманої інформації через особистісну значимість); конативним (зміна, розширення поведінкових реакцій за рахунок усвідомлення неефективності звичних способів поведінки) [39].

До основних функцій тренінгу відносяться:

- діагностична – надає можливість явного або прихованого спостереження і експериментального вивчення індивідуальних якостей і особливостей поведінки особистості, а також групових процесів, з подальшим аналізом та інтерпретацією;
- навчальна – полягає у придбанні знань, навичок і вмінь, формуванні будь-яких компетентностей;
- розвиваюча – сприяє розвитку (фізичному, духовному, особистісному, професійному) особи або групи;
- евристична – припускає, що в результаті участі у тренінгу особа відкриває для себе нові горизонти, переживає інсайти, особисті відкриття і осяяння, так звані «моменти істини»;
- психокорекційна – полягає у виправленні (корегуванні) деяких недоліків і відхилень психічного розвитку і поведінки;
- саморегулятивна – сприяє формуванню навичок цілеспрямованого контролю і зміни індивідом перебігу різних психофізіологічних функцій, регуляції активності діяльності і рефлексії;
- праксеологічна – виходить з того, що тренінг завжди прямо чи опосередковано має спрямованість на підвищення ефективності практичної діяльності;
- профілактична – полягає в тому, що тренінг часто направлений на збереження психологічної цілісності особистості, попередження нервово-психічних розладів, профілактику несприятливого впливу зовнішніх чинників, зокрема, професійної деформації, реабілітацію після психотравмуючих подій, а також в цілому підвищення рівня психічного здоров'я [61].

Тренінгова програма складається з дев'яти занять (див. табл. 2.8). Мета запропонованої тренінгової програми полягає в збереженні та зміцненні психологічного здоров'я військовослужбовців, запобіганні розвитку в них посттравматичних порушень внаслідок виконання службово-бойових завдань та рецидивів прояву наслідків психологічної травматизації.

Завданнями тренінгової програми є:

- 1) сформувати позитивне ставлення до себе, уявлення про власну життєву перспективу;
- 2) мотивувати учасників групи до збереження власного психологічного здоров'я;
- 3) поінформувати про причини розвитку психологічної травматизації військовослужбовців та її можливі наслідки;
- 4) сприяти формуванню вмінь і навичок саморегуляції емоційного стану;
- 5) навчити навичкам надання першої психологічної допомоги;
- 6) мотивувати військовослужбовців на використання набутого в ході тренінгу досвіду під час здійснення військово-професійної діяльності в особливих (екстремальних) умовах [32].

Таблиця 2.8

Тематика тренінгових занять

№	Тема	Мета
1	Вступне заняття	Вербальна презентація тренера, знайомство учасників групи, оголошення змісту тренінгу, обговорення норм взаємодії в групі, усвідомлення власних намірів щодо тренінгу, створення атмосфери довіри і доброзичливості.
2	Мотивація до збереження власного психологічного здоров'я	Формування усвідомлення цінності власного психологічного здоров'я, розвиток мотивації до його зміцнення та збереження
3	Стрес: позитивні й негативні наслідки	Розуміння військовослужбовцями процесів, що відбуваються в організмі під час стресу, усвідомлення його наслідків
4	Долаємо стрес разом!	Формування у військовослужбовців навичок оцінки та подолання стресових ситуацій
5	Психологічна травматизація: визначення, причини розвитку	Формування уявлень про психологічну травматизацію, з'ясування причин її розвитку у військовослужбовців

Продовж. табл. 2.8

6	Вияви психологічної травматизації у військовослужбовців внаслідок впливу стрес-чинників бойової обстановки	Формування знань у військовослужбовців щодо ознак психологічної травматизації з метою своєчасного звернення по психологічну або медичну допомогу, або вчасної допомоги товаришу
7	Своєчасна допомога – запорука збереження психологічного здоров'я	Усвідомлення необхідності своєчасної самодопомоги та допомоги товаришам по службі
8	Перша психологічна допомога в ситуаціях, що загрожують здоров'ю і життю	Усвідомлення необхідності своєчасної психологічної самодопомоги та допомоги товаришам, відпрацювання відповідних навичок
9	Прості рішення складної проблеми	Розвиток навичок надання психологічної самодопомоги та допомоги у військовослужбовців

Заняття 1. Вступне заняття

Час проведення: 90 хвилин.

Заняття 1. Життєві та професійні цінності.

Позитивне ставлення до себе та власна життєва перспектива

Мета: усвідомлення життєвих та професійних цінностей, формування позитивного ставлення до себе.

Структура заняття:

Вступ

Вправа «Клубок» (20 хв.)

Хід вправи: учасники групи стають в коло. Тренер пояснює: «Кожен з вас матиме можливість перекинути клубок ниток незнайомому (або добре знайомому) учаснику, не випускаючи з рук свій кінець нитки. Той, у кого в руках опиниться клубок повинен представитись та розказати коротко про себе (хто він, чим займається, що знаходиться в зоні його інтересів, як би він коротко охарактеризував себе одним словом). При цьому треба не забути тримати кінець нитки в руках! Вправа продовжується до того часу, доки усі учасники не будуть включені в «комунікативну павутинку» [32].

Групова дискусія:

- «Що ви можете сказати про комунікаційну павутину?» (тягнеться від одного до іншого; інколи може призвести до плутанини).
- «Що станеться, якщо я потягну свій кінець пряжі?» (інші відчують деякий тиск).
- «Що відчують інші, коли один з учасників роздратований або засмучений?»

Вправа «Я сподіваюся – я побоююся» (15 хв)

Мета: сформулювати власні сподівання від тренінгу; спонукати учасників ділитися своїми думками, почуттями і побоюваннями.

Ресурси: аркуш паперу з двома колонками з назвами «Я сподіваюся», «Я побоююся»; маркери, клей, маленькі картки (кілька на кожного учасника).

Хід вправи: тренер пропонує учасникам написати на окремих картках їхні сподівання і побоювання, пов'язані з майбутнім тренінгом. Наприклад: «Я сподіваюся, що тренінг допоможе мені навчитися зберігати рівновагу у напружених ситуаціях. Я побоююся, що тренінг буде нудним». Підписуватися не потрібно. Тренер зачитує записки по одній, наклеює їх на фліпчарт, по можливості групує за тематикою. Потім група обговорює, що потрібно зробити для того, щоб сподівання здійснилися, а побоювання зникли.

- Для чого взагалі потрібно визначати свої сподівання, побоювання?

Коментар. Користь, яку можна почерпнути з тренінгу (чи з іншої діяльності), прямо пропорційна розумінню того, що ми хочемо в результаті отримати. Формулювання конкретних завдань є потужними мотиваторами, вони наснажують та спонукають діяти. Закономірно, що на початку нової діяльності можуть виникати побоювання, страхи, недовіра. Варто ці питання обговорити, щоб звільнитися від внутрішніх бар'єрів. Розвиток відбувається тоді, коли зустрічаються інтерес і ризик. Одного інтересу недостатньо, оскільки зростання – це є подолання сильного внутрішнього бар'єра, власних обмежень. Ризик – рушійна сила цього прориву. Ризик дає силу для того, щоб піти за інтересом.

Тренер допомагає учасникам відпрацювати навички формування очікувань, мети; сформулювати результати, яких вони досягнуть, пройшовши тренінг. Усвідомлення очікуваних результатів навчання допомагає побороти недовіру, створює вагому мотивацію [41].

Вправа «Без маски» (15 хв.)

Мета: знання бар'єрів спілкування, формування довіри між учасниками.

Ресурси: скринька з реченнями, які необхідно продовжити.

- У кожної людини є три характери: той, що їй приписують, той, що вона сама собі приписує, і той, що є насправді.

- Зараз по колу ми будемо передавати скриньку. Кожен візьме папірець.

Завдання продовжити речення.

Варіанти змісту карток:

- Чого мені іноді по-справжньому хочеться, так це ...
- Особливо мені подобається, коли ...
- Мені знайоме гостре відчуття самотності. Пам'ятаю ...
- Бувало, що близькі викликали у мене майже ненависть. Одного разу, коли ...
- Бувало, що близькі люди викликали у мене захоплення. Одного разу, коли...
- Одного разу мене дуже налякало те, що ...
- В незнайомому суспільстві я, як правило, відчуваю ...
- У мене чимало хороших рис, наприклад ...
- Навіть близькі люди іноді не розуміють мене. Одного разу ...
- Пам'ятаю випадок, коли мені стало нестерпно соромно, я ...
- Мені траплялося проявити сміливість. Одного разу пам'ятаю ...
- Особливо мене радує те, що ... [32].

Групова дискусія: у кого виникли труднощі з продовженням речення?, Вам важко було відкриватися перед групою?, Як ви думаєте чому?, Кому було легко відкритися перед групою?, Як ви вважаєте, наскільки важливою у спілкуванні є довіра?

Мозковий штурм (10 хв.): «Яке місце в нашому житті займають життєві та професійні цінності?»

Вправа «Життєві цінності» (10 хв.)

Хід вправи: уявіть, що кожен учасник групи має в наявності умовних 5 «золотих», за які він може купити на вибір: сучасний найкращий мобільний телефон – 1 золотий, квартира – 3 золотих, здоров'я – 5 золотих, друзі – 4 золотих, сім'я – 4 золотих, машина – 3 золотих, незабутній відпочинок – 1 золотий. Як підсумок, визначаємо попит цінностей [21].

Групова дискусія: «Чи задоволені Ви вибором?», «Яка покупка подобається понад усе?», «Чи хотіли б замінити правила?», «Чого навчилися виконуючи цю вправу?»

Вправа «Професійні цінності» (10 хв.)

Хід вправи: на аркуші паперу напишіть, в чому для Вас полягають професійні цінності і чи змінювались вони протягом часу.

Групова дискусія: «Що для Вас є професійні цінності?», «Яким чином професійні цінності впливають на Вашу службову діяльність?», «Як, на Вашу думку, відображається на професійній діяльності відсутність професійних цінностей?»

Підбиття підсумків заняття (10 хв.).

Заняття 2. Мотивація до збереження власного психологічного здоров'я

Структура заняття:

Вступ

Вправа «Торбинка» (10 хв.)

Хід вправи: Тренер пропонує учасникам групи дістати по одному папірцю з торбинки (вази, мішечка), який підкаже, що чекає на кожного з них сьогодні або що їм потрібно зробити найближчим часом. Ці побажання позитивно впливають на настрій, підбадьорюють, надають упевненості (побажання можна змінювати на розсуд тренера):

- Тобі сьогодні особливо пощастить!
- Життя готує тобі приємний сюрприз!

- Усе складається для тебе найкращим чином!
- Сьогодні твій день, щастя тобі!
- Сьогодні Фортуна з тобою разом!
- Пам'ятай: ти народився, щоб бути щасливим!
- Сьогодні очікуй прибутку!
- Люби себе таким, яким ти є, – неповторним!
- Потурбуйся про здоров'я свого тіла і душі!
- Зроби собі подарунок, ти на нього заслуговуєш!
- Вищі сили оберігають тебе!
- У тебе є все, щоб насолоджуватися життям!
- Усе, що потрібно тобі, легко приходить до тебе!
- Усі твої бажання та мрії реалізуються, повір у це!
- Сьогодні з тобою спокій і радість!
- Сьогодні щасливий день! [67]

Міні-лекція «Мотивація збереження психологічного здоров'я» (20 хв.).

Усебічна повнота людського життя обумовлюється здоров'ям. Насолода життям припускає наявність здоров'я. Наше здоров'я залежить від безлічі причин, в основі яких так чи інакше лежать соціально-психологічні закономірності. Основними, визначальними чинниками здоров'я є: спосіб життя – 50 %; навколишнє середовище – 20 %; генетичні (спадкові) чинники – 20 %; медичні чинники – 10 %. Однак, якщо людина навчиться усвідомлювати і контролювати свою поведінку, емоції, думки, то вона зможе навчитися зберігати оптимальну вагу, гармонізувати службові, сімейні й сексуальні відносини, рятуватися від звичок, що заважають повноцінно жити. Через пізнання і поліпшення психологічного складника здоров'я ми маємо шанс зміцнювати й удосконалювати самого себе та своє здоров'я. Розширення рамок нашої свідомості неминуче приводить до розуміння наших здібностей і можливостей, що може спонукати жити настільки повно, наскільки динамічним буде процес усвідомлення реалізації свого потенціалу [36].

Збереження та зміцнення психологічного здоров'я допомагає зберегти оптимізм, добродушність і життєрадісність. Особистість, яка любить життя та відповідає на його вимоги, здатна брати на себе відповідальність, зріла, тверезо мисляча, досить стійка в емоційному плані, віддає перевагу досягати бажаного власними зусиллями, а не скаргами або маніпуляціями. Така людина з достатньою повагою ставиться до самої себе, але зберігає при цьому почуття гумору, що дозволяє їй сприймати власну персону не занадто серйозно [36].

Метод незавершених речень (15 хв.):

- «Показником рівня психологічного здоров'я є...».
- «Ознаками адекватного ставлення до власного психологічного здоров'я є...».
- «Ознаками адекватного ставлення до інших людей є...».
- «При зіткненні з життєвими та професійними труднощами та проблемами психологічно здорова людина...».

Вправа «Моє психологічне здоров'я» (10 хв.)

Хід вправи: учасники групи ділять навпіл аркуш паперу. Лівий стовпчик матиме назву «Чинники, що найкраще впливають на моє психологічне здоров'я». Правий стовпчик – «Чинники, що найгірше впливають на моє психологічне здоров'я».

Обговорення результатів роботи.

Вправа. Притча (10 хв.)

Давним-давно, на горі Олімп жили-були боги. Стало їм нудно, і вирішили вони створити людей і заселити Землю. Стали вирішувати: якою повинна бути людина. Один з богів сказав: «Людина повинна бути сильною», інший сказав: «Людина повинна бути здоровою», третій сказав: «Людина повинна бути розумною». А один з богів сказав: «Якщо все це буде у людини, вона буде подібною до нас». І, вирішили вони заховати головне, що є у людини – його здоров'я. Стали вирішувати, куди б його заховати? Одні пропонували заховати здоров'я глибоко в синє море, інші – за високі гори. І наймудріший з богів сказав: «Здоров'я треба заховати в самій людині». Так і живе з тих часів

людина, намагаючись знайти своє здоров'я. Тільки не кожен може знайти і зберегти безцінний дар богів [73].

Обговорення в групі.

Підбиття підсумків заняття (10 хв.).

Заняття 3. Стрес: позитивні й негативні наслідки

Структура заняття:

Вступ

Вправа «Сподівання» (10 хв.)

Хід вправи: тренер роздає всім учасникам групи клейкі папірці (стікери) трьох кольорів, дає завдання: «На жовтому папірці запишіть ваші сподівання щодо даного тренінгу. На рожевому – ваші побажання щодо змісту тренінгу. На зеленому – ваші сумніви щодо тренінгу, якщо вони є. Потім приклейте ваші відповіді на аркуш фліпчарту, розподілений на три стовпчики: мої сподівання/мої побажання/мої сумніви». Після того, як всі учасники виконали роботу, тренер говорить: «Дякую вам всім за ваші відповіді. Ми обов'язково переглянемо їх, щоб в кінці тренінгу визначити чи здійснилися ваші сподівання, чи виконали ми ваші побажання та чи розвіяли ваші сумніви» [41].

Вправа «Стаканчик» (10 хв.)

Хід вправи: тренер роздає кожному учаснику групи непрозорі одноразові стаканчики і говорить: «Уявіть, що цей стаканчик – місце, куди ви можете помістити найтаємніші почуття та бажання. Покладіть подумки у нього те, що для вас дійсно дуже цінне і важливе. Ось тепер у цьому стаканчику те, що ви любите і чим дорожите». Потім стаканчик зминається та зовсім ламається.

Обговорення вправи:

- «Що ви відчували зараз?».

- «Чи були ви готові до такого?».

- «Коли виникають такі самі почуття?».

- «Куди ці почуття потім діваються?» (Вони повинні якось виходити зовні, можливо це гнів, образа чи сльози) [72].

Міні-лекція «Стрес та його наслідки» (10 хв.)

Екстремальна стресова ситуація – суворе та жорстоке випробування на міцність всіх психічних і фізичних можливостей. Кожний може зіткнутися з тим, чого не розуміє, відчувати те, що раніше ніколи не відчував. Переживання кожної людини індивідуальні, специфічні. Проте, є немало спільного в тих реакціях, якими людина відповідає на небезпеку. Основна реакція військовослужбовців на бойові дії – бойовий стрес. Під впливом стрес-чинників бойової обстановки виникають типові психологічні реакції, які можуть бути як негативні, так і позитивні [2].

Позитивні: мобілізація психологічних можливостей, активізація ділових мотивів, обов'язку, відповідальності, прояв інтересу, ентузіазму, активізація й оптимізація пізнавальної діяльності, підвищення готовності до рішучих і сміливих дій, підвищення витривалості, невибагливості, зниження порога відчуттів, прискорення реакцій, зниження стомлюваності, зникнення почуття втоми, безтурботності, виникнення азарту, емоційного збудження, підвищення концентрації уваги, ігнорування всіх другорядних сигналів, покращення запам'ятовування матеріалу, який має значимість, покращення продуктивного мислення – швидкості пошуку і оцінки можливих виходів із ситуації, що склалася, підвищення рівня розвитку вольових якостей, посилення ролі соціально-значимих і високих громадських мотивів.

Негативні: прояв занепокоєння, непевності, тривоги, загострення почуття самозбереження, гостра боротьба мотивів обов'язку й особистої безпеки, нерозуміння того, що відбувається, дезорганізація пізнавальної діяльності, руйнація відпрацьованих навичок, поява помилок у роботі, недостатня змобілізованість (гіпозмобілізованість), прояв розсіяності в діях, втрата самоконтролю, прояв істеричних реакцій, панічні дії, поява почуття слабості, втоми, крайньої змореності, виникнення гострих психотичних станів, прояв розгубленості (фрустрація, заціпеніння, ступор) [2].

Вправа «Психомалювання» (10 хв.)

Хід вправи: учасникам роздаються аркуші паперу і на них пропонується намалювати себе тричі: «Я до стресу», «Я в стресі», «Я після стресу».

Групове обговорення результатів.

Вправа «Все одно ти молодець тому, що...» (10 хв.)

Хід вправи: учасники об'єднуються у пари. Перший учасник має розповісти напарнику про власні труднощі та проблеми з особистого або службового життя. Другий учасник уважно слухає, а потім вимовляє речення: «Все одно ти молодець, тому, що...». Після цього учасники обмінюються ролями.

Наприкінці проводиться коротке обговорення відчуттів та емоцій [68].

Обговорення вправи:

- «Що ви відчули під час виконання цієї вправи?»
- «Чи всі змогли відреагувати на слова партнера таким чином? Чому?»
- «Чи сподобалося вам надавати допомогу іншій людині в такій формі?»
- «Що ви відчували, коли підтримували вас?»
- «Як часто ви реагуєте на прояви інших людей таким чином?»
- «Часто ви отримуєте підтримку від інших людей?»

Метод незавершених речень (10 хв.):

- «Я переживаю стрес, коли...»
- «Для мене стрес – це...»
- «При стресі я відчуваю...».

Мозковий штурм (10 хв.): «Які позитивні і негативні наслідки стресу вам довелося переживати?»

Вправа «Тут і тепер» (10 хв.)

Хід вправи: тренер пропонує кожному учаснику описати свої переживання, почуття, думки, що виникають у процесі групової роботи.

Обговорюються питання:

- «Як відчуваєтеся зараз?»
- «Що нового дізналися під час заняття?»
- «Що було найбільш важливим для вас?»

- «Що хотілося б обговорити чи уточнити додатково?».

Після цього тренер просить учасників пригадати свої очікування на початку тренінгу, порівняти їх з отриманими результатами, визначити, наскільки вони справдилися. Якщо очікування справдились на сьогоднішньому занятті, можна їх зняти, звільнивши місце для наступних очікувань. Те ж зробіть і з побажаннями і сумнівами. Якщо вони нейтралізовані – їх треба відклеїти і викинути у смітник. Якщо ще актуальні – нехай залишаються, з ними необхідно працювати на наступних заняттях [41].

Підбиття підсумків заняття (10 хв.)

Заняття 4. Долаємо стрес разом!

Структура заняття:

Вступ

Вправа «Щоб говорити правду» (10 хв.)

Хід вправи: кожен учасник говорить про себе 4 твердження – 3 з них відповідають дійсності, а одне хибне. Учасники повинні визначити і записати, яке твердження на їх думку не є характерним для даної людини.

Висновки порівнюють [64].

Міні-лекція «Як підвищити стресостійкість» (10 хв.)

Стресостійкість дає можливість уникнути стресу, шляхом перегляду ставлення до ситуації. Людина, яка має високий рівень стресостійкості виділяється з маси – спокійна, упевнена в собі, самодостатня. Це людина – лідер. З будь-якої, навіть, найекстремальнішої ситуації вона знаходить вихід. Для впевненого протистояння стресу важливі кілька чинників: ефективне планування часу; схильність до оптимізму; уміння розслаблятися; розуміння своїх емоцій; самоконтроль і позитивний настрій [63]. Не варто ставитися до стресових ситуацій бездумно і несвідомо. Як тільки ви відчуваєте нервові напруження, проаналізуйте свій стан і спробуйте повернути його до норми: сповільнити серцебиття, налагодити нормальне дихання, направити потік думок у раціональне русло. Як можна рідше уявляйте собі негативний розвиток подій у ситуації, яка викликає у вас тривогу. Навпаки – уявляйте як

вже все закінчилося з найкращим для вас результатом. Не забувайте вчасно «випускати пар», якщо негатив взяв над вами верх. Після важкого дня краще повністю викластись на фізичні навантаження (тренування). Розбийте велику проблему на кілька маленьких і складіть план їх вирішення. Тренуючись таким чином, ви зможете швидше та ефективніше знаходити шляхи виходу зі складних ситуацій, а значить, зменшите кількість стресу. Крім того, висока стресостійкість – запорука глибокого, повноцінного сну, який є важливою складовою психологічного здоров'я [63].

Мозковий штурм (10 хв.): «Стрес я долаю за допомогою...».

Вправа «Психічна залученість» (15 хв.)

Хід вправи: кожен учасник отримує печиво. Уважно роздивляється його, зосереджуючи увагу на текстурі, кольорі, формі тощо. Потім відчуйте, як воно пахне, зосередьтеся на його ароматі. Відкусіть малесенький шматочок, зосередьтеся на тому, як воно тане в роті, як відчувається його різнобарвний присмак. Подумки, ви починаєте відволікатися на інші речі? Як тільки це трапиться, знову зверніть увагу на печиво і повторіть попередні дії.

- В чому полягає сенс даної вправи?

- Що ви зрозуміли для себе з даної вправи?

Обговорення вправи.

Психологічний практикум (10 хв.): учасники групи складають «Карту допомоги при стресі» безпосередньо для себе.

Кожен учасник отримує пусту картку. Поступово, разом з тренером, обговорюються наступні етапи, виділяючи достатньо часу на опрацювання кожного з них. Учасникам пропонується занотувати наступні аспекти на отриманих картках:

1. ТОП-3 чинники, що викликають стрес?
2. ТОП-3 способи, у які вони відчувають стрес?
3. ТОП-3 причини для роботи над собою? (рішення).

4. ТОП-3 речі, які вони планують зробити заради розвитку? (вони мають відповідати наступним вимогам: конкретні, вимірювані, досяжні, реалістичні, орієнтовані по часу).

5. ТОП-3 людини, яким вони зателефонують? (конкретні імена та контактна інформація).

6. ТОП-3 контакти для отримання невідкладної допомоги? (приклад: члени родини, друзі, капелан, старший сержант ...).

7. Найбільш популярний вислів або цитата, яка має значення для даної особи?

Вправа «Підтримай товариша» (15 хв.)

Хід вправи: (І частина) – учасники сідають по колу. Довільно розбиваються на пари. Розташовуються так, щоб кожній парі було зручно працювати. Вирішують самі, хто починає виконувати вправу (тренер переконується, що в кожній парі визначено учасника, який буде починати вправу). Один з учасників набуває вигляду сумної, чимось засмученої, млявої людини. Спробує знайти способи для того, щоб увійти в цей стан. Напарник повинен, використовуючи різні засоби, змінити стан сумного учасника в позитивну сторону, викликати у нього посмішку, сміх, активізувати його, не вдаючись до фізичного контакту. Коли учасники впораються із завданням, вони міняються ролями [32].

(ІІ частина): учасники сідають по колу. Тренер: «Зараз нам потрібно вирішити таке завдання: змінити стан N, якому сумно, Він засмучений і не налаштований з нами розмовляти (тренер заздалегідь домовляється з N про його участь у вправі). Ми можемо розповідати N історії, говорити що-небудь приємне і т.д».

В ході обговорення звертається увага на дії, фрази, які найбільшою мірою впливали на зміну стану N, а також на те, що було для нього байдужим або неприємним [32].

Вправа «Скажи «Так» (10 хв.)

Хід вправи: група розбивається на пари. Один з учасників говорить фразу, що виражає його стан, настрій або відчуття. Після чого другий повинен задавати йому питання, щоб уточнити і з'ясувати деталі. Вправа вважається виконаною, якщо у відповідь на розпитування учасник отримує три позитивні відповіді – «так».

Обговорення вправи [33].

Підбиття підсумків заняття (10 хв.).

Заняття 5. Психологічна травматизація: визначення, причини розвитку

Структура заняття:

Вступ

Вправа «Аркуш на всі випадки життя» (10 хв.)

Хід вправи: за 1 хвилину учасники повинні написати якнайбільше варіантів використання звичайного паперового аркуша. Спочатку роботу виконують по одному, а потім групами (демонструється ефективність колективної праці).

Вправа: «Мої асоціації з поняттям «психологічна травматизація» (15 хв.).

Хід вправи: учасники тренінгу на аркуші паперу записують свої асоціації до поняття «психологічна травматизація» (з сусідами не радяться). Після того, всі названі асоціації обговорюються.

Міні-лекція «Психологічна травматизація: визначення, причини розвитку» (15 хв.)

За умови, коли стрес перевантажує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує її захист (чинить надекстремальний вплив на психіку людини), викликаючи в неї травматичний стрес, згодом відбувається його трансформація у психологічну травму. Таким чином, у випадках, коли наслідком травматичної стресової події стають порушення у психічній сфері людини аналогічно до порушень у соматичних процесах, стрес стає психотравмою, наслідки якої знаходять прояв на всіх рівнях функціонування людини: психічному, фізіологічному, соціальному,

духовному рівнях тощо. В цьому випадку йдеться про психологічну травматизацію особистості [40].

Психологічна травматизація може розвиватися не лише у тих, хто безпосередньо пережив травматичну подію, але й у свідків цієї події, або у тих, хто дізнався про неї і «побачив» її за допомогою засобів масової інформації тощо. Проте, на підставі наявності тих чи інших подій, що для більшості людей можуть виявитися травмуючими, не можна стверджувати, що дана людина обов'язково отримає психологічну травму. З упевненістю можна говорити лише про те, що внаслідок пережитого травматичного стресу імовірність розвитку психологічної травматизації значно зростає [40].

Метод незавершених речень (15 хв.):

- «Психологічна травматизація – це... »
- «Причинами психотравми можуть бути ... »
- «Володіння інформацією про психотравму дає мені ... ».

Групова дискусія (15 хв.):

- «Яку небезпеку психологічна травматизація становить безпосередньо для мене?»
- «Як наявність у людини психологічної травматизації відображається на відносинах з оточуючими, з родиною?»
- «Чи можна запобігти розвитку психологічної травматизації? Яким чином?»

Мозковий штурм (10 хв.): «Чим психологічна травма відрізняється від стресу?»

Підбиття підсумків заняття (10 хв.).

Заняття 6. Вияви психологічної травматизації у військовослужбовців
внаслідок впливу стрес-чинників бойової обстановки

Структура заняття:

Вступ

Вправа «Перетворення» (10 хв.)

Хід вправи: учасники повинні закінчити речення.

Наприклад:

- «Якби я був водою, то був би....»
- «Якби я був їжею, то хотів би бути...»
- «Якби я був предметом меблів, то був би...»

Психологічний практикум (15 хв.): учасникам роздається анкета «Стрес-чинники».

Таблиця 2.9

Анкета «Стрес-чинники» [22]

№	Стрес-чинник	Ранг
1	Ситуації, які загрожують життю та фізичній цілісності.	
2	Події, у результаті яких постраждали честь та гідність.	
3	Фізичне знищення бойовиків (особливо вперше).	
4	Побоювання, страх власної загибелі.	
5	Поранення, контузії, каліцтва.	
6	Погані гігієнічні умови.	
7	Страхітливі картини смерті, людські втрати та муки.	
8	Помилки командування.	
9	Стресори сімейного життя.	
10	Стресор морально-етичного характеру (докори сумління, відповідальність за життя невинних людей, необхідність застосування зброї та інших засобів ураження).	
11	Сексуальна дисгармонія.	
12	Незадоволеність у біологічних і соціальних потребах.	
13	Незадоволеність у матеріальних потребах.	
14	Страх полону.	
15	Захоплення у полон бойових побратимів, товаришів.	
16	Необхідність переробки великого обсягу інформації та необхідність прийняття рішень.	

Продовж. табл. 2.9

17	Досвід невдалих дій (прорахунок при оцінці ситуацій, помилка в техніці рухів та ін.).	
18	Довготривалі навантаження, які породжують втому.	
19	Монотонність умов, які оточують.	
20	Необхідність постійно виконувати вимоги командирів (начальників).	
21	Випадки загибелі мирних громадян, побратимів.	
22	Контакт зі значною кількістю поранених.	
23	Вигляд трупів, крові.	
24	Руйнування будівель, техніки, споруд, ландшафту.	
25	Вибухи, гудіння, ревіння, гуркіт, стрілянина.	
26	Запахи газів, трупів та ін.	
27	Довготривале виконання роботи, яка вимагає напруження, підвищена відповідальність за свої дії.	
28	Різкі, неочікувані зміни умов служби.	
29	Неможливість змінити умови свого існування.	
30	Інтенсивні міжособистісні конфлікти.	

Військовослужбовці визначають значимі для себе чинники бойової обстановки і присвоюють їм відповідний ранг. Таким чином в ході заняття кожен учасник визначає для себе стрес-чинники, що на його думку є надзвичайно стресогенними.

Робота у підгрупах (20 хв.): учасники діляться на три-чотири підгрупи (за основними чинниками, які вони обрали як стресогенні). Кожна група намагається відповісти на запитання:

- «Чому саме ці чинники я вважаю стресогенними?»
- «Які зміни можуть відбутися (або відбувались, відбулися) внаслідок дії на психіку цих чинників?»
- «Які прояви я спостерігав у товаришів по службі після впливу на них стрес-чинників бойової обстановки?»

- «Що мені може допомогти (допомагало) зменшити негативний вплив зазначених стрес-чинників?»

Презентація групами відпрацьованих завдань та їх обговорення.

Міні-лекція «Коли тобі потрібно звернутися за професійною психологічною допомогою» (20 хв.)

В нашому житті виникають ситуації, які викликають негативні відчуття, тривогу, стрес. І ми не завжди розуміємо, чи наступив той момент, коли потрібно звертатися за допомогою до психолога, чи ми можемо справитися самі. Тільки ти сам можеш визначити, коли прийшов час звертатися за допомогою до фахівця. Важливо розуміти, що існують обставини, коли консультація психолога – це кращий спосіб для виходу з проблемної ситуації. За професійною допомогою психолога необхідно звернутися у випадку:

1. Якщо ти відчуваєш себе нездатним справлятися з інтенсивними відчуттями або тілесними відчуттями, якщо ти відчуваєш, що напруженість твоїх емоцій не знижується протягом певного періоду часу, і відчуваєш хронічну напругу, замішання, спустошеність або якщо ти продовжуєш відчувати неприємні тілесні відчуття.

2. Якщо через деякий час ти продовжуєш відчувати заціпеніння і пустоту або інші аналогічні відчуття, якщо ти підтримуєш активність лише заради того, щоб не згадувати про травмуючі події.

3. Якщо продовжуються нічні кошмари і безсоння.

4. Якщо у тебе немає людини або групи, з ким можна поділитися своїми відчуттями, і ти відчуваєш, що потребуєш цього.

5. Якщо тобі здається, що твої взаєностосунки в сім'ї погіршилися або з'явилися сексуальні проблеми.

6. Якщо з тобою відбуваються аварії або нещасні випадки.

7. Ти помічаєш що куріння, вживання алкоголю, або наркотиків перетворюються на залежність, від якої ти не можеш позбутися.

8. Якщо страждає твоя робота і ти став гірше справлятися зі своїми обов'язками.

9. Якщо помічаєш, що ти особливо уразливий або не вважаєш, що одужання наступило.

10. Постійна втомленість і знемога заважають тобі сконцентруватися і прийняти яке-небудь рішення, зібратися і якось діяти.

11. Якщо ти страждаєш дуже сильно, або дуже довго.

12. Якщо життя здається марним, безглуздим, виникають думки про смерть, можливо, ти навіть думаєш про самогубство.

13. Ти думаєш, що невдача цілком поглинула тебе, що все краще в твоєму житті вже було, і що ніщо не змінюватиметься на краще.

14. Ти виснажений страхом, який заважає тобі виконувати задачі, спілкуватися з товаришами по службі, знаходитися в замкнутому просторі, говорити.

15. Занепокоєння і тривога проявляються щодня, ти не можеш з цим упоратися, вони позбавляють тебе упевненості в завтрашньому дні.

16. Якщо стрес починає проявлятися через психосоматичні симптоми: безсоння, проблеми травлення, серцево-судинні і сексуальні проблеми.

17. Якщо ти постійно відчуваєш у себе нервові напруження і майже в будь-якій ситуації втрачаєш контроль і можеш відповісти або агресією або зриваєшся на плач.

18. Мовчання, грубість або крик замінюють діалог і проблеми в спілкуванні псують відносини з людьми, які тебе оточують.

19. Відчуваєш себе самотнім, незрозумілим і знехтуваним.

20. Нав'язливі думки про те, що з тобою «щось не так» диктують тобі дивну поведінку, яка повторюється і без якої ти не можеш обійтися, а її відсутність породжує болісну тривогу.

21. Якщо втрата близької людини викликала тривалу депресію.

22. Ти відчуваєш що вина, апатія або відсутність надії починають пригнічувати тебе [32].

Результати обговорюються.

Підбиття підсумків заняття (10 хв.)

Заняття 7. Своєчасна допомога – запорука збереження психологічного здоров'я.

Структура заняття:

Вступ

Вправа «Радощі життя» (10 хв.)

Хід вправи: тренер починає розповідати: «На березі швидкої і прозорої річки, в затінку великих, могутніх сосен, жили люди... ». Після сигналу тренера розповідь продовжує інший учасник і т.д.

Групова дискусія (15 хв.):

- «Чи бажаєте ви у складних ситуаціях отримати психологічну допомогу від побратимів?»

- «Чи готові ви надати таку допомогу своїм товаришам у випадку, коли вони опиняються у важких ситуаціях?»

- «Що стримує вас приймати і надавати психологічну допомогу у колі побратимів?»

- «Що спонукає це робити?»

Мозковий штурм (10 хв.): «Чому вважається ефективним надання першої психологічної допомоги за принципом «рівний рівному»?

Вправа. Притча (15 хв.) Одного разу, вчитель роздав своїм учням аркуші паперу, які були чистими. На папері не було нічого окрім невеличкої чорної крапки. Учні відмітили, що крапки у кожного з них були різного діаметру та знаходилися в різних частинах аркушу. Але більше ніякої різниці між ними не було. Вчитель попросив описати те, що побачили на аркуші. Всі старанно розповідали про розмір, та місце розташування крапки, висували всілякі теорії та думки, щодо того, навіщо вчитель поставив ці крапки. Нарешті, всіх вислухавши вчитель запитав: «Чому ви розказали мені стільки всього про крапку і жоден, навіть слова не сказав про білий папір, на якому вона намальована?» Саме так і в житті – ми концентруємо всю увагу на поганих речах (так званих чорних плямках) і зовсім забуваємо про його світлі сторони,

яких набагато більше. Тому, я бажаю всім нам навчитися бачити і радіти світлим сторонам життя [32].

Аналіз ситуаційних вправ (15 хв.): учасникам пропонується обговорити ситуацію: військовослужбовець С., вік 53 роки, підписав контракт на проходження військової служби в Збройних Силах України. У військовій частині А0000 зарекомендував себе як ввічливий, порядний, адекватний солдат. Під час вирішення побутових проблем (заготівля дров для буржуйки) в районі ООС разом зі співслужбовцем О., віком 20 років, вирушили до посадки. Пройшовши біля 200 метрів, військовослужбовець О. натрапив на розтяжку та загинув. При цьому військовослужбовець С. отримав незначні поранення. Цю подію С. дуже важко переживав, проте ззовні намагався приховати будь які свої переживання. Проте товариші помітили, що він замкнувся в собі та обмежив коло спілкування, хоча всіх запевняв, що він нормально почувається. Згодом солдат С. втратив нормальний сон, став нестриманим, запальним, з'явилися приступи гніву та агресії. Товариші помітили, що він перестав турбуватися про збереження свого життя. Коли наслідки психологічної травматизації стали очевидними, солдат звернувся по допомогу.

- «Що стало причиною несвоєчасного звернення по психологічну допомогу?»

- «Чим може загрожувати несвоєчасне звернення по допомогу?»

- «Чим міг допомогти собі сам військовослужбовець?»

- «Чи могли надати допомогу товариші? Яку саме?»

Вправа «Мій досвід» (15 хв.)

Хід вправи: кожному учаснику пропонується свій аркуш паперу розділити на два стовпчики. В першому стовпчику необхідно записати позитивний приклад з власного досвіду, що стосується своєчасного надання першої психологічної допомоги; в другому стовпчику – записується негативний досвід.

Обговорення вправи.

Підбиття підсумків заняття (10 хв.)

Заняття 8. Перша психологічна допомога в ситуаціях, що загрожують здоров'ю і життю.

Структура заняття:

Вступ

Вправа «Намалюй свій настрій» (10 хв.)

Хід вправи: учасникам роздаються аркуші паперу на яких намальовано два обличчя, на яких відсутній рот. Потрібно намалювати рот (сум, радість, смуток і т.д.) на першому обличчі згідно своїх відчуттів. В кінці заняття тренер просить намалювати рот на другому обличчі. Учасники повинні проаналізувати свої малюнки: з яким настроєм прийшли на тренінгове заняття, який мають на кінець заняття, подібні чи відрізняються малюнки, пояснити чому [32].

Метод незавершених речень (10 хв.):

- «Навички надання першої психологічної самопомоги та допомоги мені потрібні для ... »
- «Несвоєчасне отримання першої психологічної самопомоги і допомоги загрожує ... »
- «Я сподіваюсь, що на цьому занятті ... ».

Рольова гра (20 хв.): учасники розбиваються на пари. Кожній парі на вибір пропонується обрати ситуацію, в якій напарник потребує негайної психологічної допомоги, і продемонструвати навички надання такої допомоги. Потім учасники міняються ролями і повторюють вправу.

Аналіз ситуацій (15 хв.): завдання полягає у вивченні учасниками групи ситуацій, що пропонуються, і вибору адекватних способів надання першої психологічної допомоги.

Кейси: надання першої психологічної допомоги в ситуаціях, що загрожують здоров'ю і життю

Аналіз ситуацій.

- Військовослужбовець М. під час бою втратив свого товариша. Почався нестримний плач. Чим можна допомогти товаришу? Чого не можна робити при такому стані?

Для обговорення: в сльозах міститься велика кількість гормону стресу, і, поплакавши, людина позбавляється його, їй стає легше. Не можна вважати, що сльози є проявом слабкості. Якщо ти плачеш, то це не свідчить про те, що ти «слабак»; тобі не повинно бути соромно за свої сльози. Коли людина стримує сльози, емоційної розрядки не відбувається. Якщо ситуація, що спровокувала плач, затягується, то психологічному і фізичному здоров'ю людини може бути нанесена шкода. Тому не потрібно відразу прагнути заспокоїтися, «узяти себе в руки» Дай собі час і можливість виплакати. Проте, якщо ти відчуваєш, що сльози вже не приносять полегшення і потрібно заспокоюватися, то допоможуть наступні прийоми:

1. Випий води.
2. Дихай повільно, але не глибоко, концентруючись на видиху.

Допомога товаришу при плачі [2]. Коли людина плаче, в її організмі виділяються речовини, що мають заспокійливу дію. Добре, якщо поряд є хтось, з ким можна розділити горе. Якщо людина стримує сльози, то у неї не відбувається емоційної розрядки, полегшення. Коли ситуація, яка спровокувала плач, затягується, внутрішня напруга може завдати шкоди фізичному і психологічному здоров'ю людини.

1. Не залишай постраждалого одного.
2. Встанови фізичний контакт із постраждалим (поклади свою руку йому на плече або спину, погладь його по голові (попередньо спитати дозволу)). Дай змогу йому відчути, що ти поряд.

3. Застосовуй прийоми «активного слухання» (вони допоможуть постраждалому виплеснути своє горе): періодично вимовляй «ага», «так»; кивай головою, тобто підтверджуй, що слухаєш і співчуваєш; повторюй за постраждалим уривки фраз, в яких він виражає свої відчуття; говори про свої відчуття і відчуття постраждалого.

4. Не намагайся заспокоїти постраждалого. Дай йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути» з себе горе, страх, образ.

5. Не задавай запитань, не давай порад.

Твоя задача – вислухати.

- Військовослужбовець К. повинен був вийти на бойову позицію, проте занедужав і замість нього відповідальність за поставлену задачу лягла на його товариша, який разом з групою вирушив для виконання бойового завдання. Повертаючись назад товариш зачепив розтяжку і був тяжко поранений. До подальшого проходження військової служби повернутися не зможе. Отримав інвалідність. Військовослужбовець К. весь цей час відчуває почуття провини і сорому, що значно відображається на якості життя. Чим можна допомогти товаришу? Чого не можна робити при такому стані?

Для обговорення: багато людей, що пережили насильство або втратили близьких, переживають відчуття провини або сорому. Подолати ці відчуття самотійно або без сторонньої допомоги дуже важко. Тому, в разі, якщо ти їх відчуваєш, подумай про звернення по допомогу до фахівця, це допоможе тобі подолати проблему.

Самодопомога [2]:

1. Коли ти говориш про свої відчуття, використовуй замість «мені соромно» або «я винуватий» словосполучення «я жалкую», «мені шкода». Слова мають велике значення, і таке формулювання може допомогти тобі оцінити свої переживання і справитися з ними.

2. Напиши про свої відчуття лист. Це може бути лист собі або людині, яку втратили. Це часто допомагає виразити свої відчуття.

Допомога товаришу при відчутті провини або сорому [2]:

1. Якщо з тобою поряд людина, яка страждає від сорому або від відчуття провини, постарайся переконати її звернутися до фахівця. Такий стан часто вимагає допомоги фахівця-психолога або лікаря-психотерапевта.

2. Поговори з людиною, вислухай її. Дай зрозуміти, що ти слухаєш і розумієш її (кивай, піддакуй, говори «угу», «ага»). Не засуджуй, не намагайся

оцінювати її дії, навіть, якщо тобі здається, що людина вчинила неправильно. Дай зрозуміти, що приймаєш її такою, якою вона є. Не намагайся переконати. Наприклад, «Ти не винуватий», «Таке з кожним може трапитися». На цьому етапі важливо дати постраждалому виговоритися, розказати про свої відчуття. Не давай порад, не розказуй про свій досвід, не задавай питань – просто слухай.

Підбиття підсумків заняття (10 хв.)

Заняття 9. Прості рішення складної проблеми

Структура заняття:

Вступ

Вправа «Заборона трійки» (10 хв.)

Хід вправи: учасники групи стають в коло і починають рахувати від одного і далі. Проте є одна умова: треба пропускати числа, в складі яких є цифра 3, а також ті числа, які діляться порівну на 3. Наприклад: пропускати треба числа 3, 6, 9, 12, 15 і т.д.

Робота у підгрупах (10 хв.): учасники діляться довільно на три-чотири підгрупи. Кожна група готує для обговорення ситуації (по 2-3 ситуації) з власного досвіду, коли виникала необхідність отримання або надання психологічної допомоги в умовах виконання завдань за призначенням.

Презентація групами відпрацьованих завдань та їх обговорення:

- «Які методи самодопомоги і допомоги застосовувались?»
- «Чому саме ці способи надання допомоги було обрано?»
- «Чи відчували ви полегшення у своєму стані після отримання психологічної допомоги?»
- «Чи змогли допомогти товаришу у критичній ситуації?»

Психологічний практикум (10 хв.): учасникам роздається картка «Тріада ефективності».

Тренер: «Тріада ефективності – це комплексний план, що має на меті покращення сну, діяльності та харчування з метою збереження психологічного і фізичного здоров'я, підтримання активності та гарного самопочуття».

«Тріада ефективності»

1. Сон

Переваги сну:

- Сон покращує пам'ять
- Сон зменшує стрес
- Сон покращує імунітет
- Сон покращує фізичний стан
- Сон допомагає тілу виліковуватись

Поради для гарної гігієни сну:

- Лягайте спати та прокидайтесь щодня в той же час
- Уникайте вживання кофеїну та алкоголю перед сном
- Уникайте надмірних прийомів їжі перед сном
- Уникайте вживання нікотину перед сном
- Поступово зменшуйте власну активність за 30-60 хвилин до сну.

2. Активність

Фізична активність:

- Будь-який рух вашого тіла потребує більше роботи м'язів та енергії у порівнянні із станом спокою

- Водночас нормальна фізична активність потребує помірної або потужної інтенсивності

- Пройдіть 10 000 кроків протягом доби
- Скоротіть час без активності (сидіння)

Вправи:

Тип фізичної діяльності

- Спланована, структурована та повторювана діяльність

- Мета – підтримати або покращити стан здоров'я або фізичну форму

- Комбінуйте фізичні вправи на силу, витривалість, збалансованість, гнучкість та координацію

- Розтягування та розминка

3. Харчування

- Не існує ідеальної дієти, що може підійти до кожної особи
- Вживання овочів покращує стан вашого здоров'я
- Харчові добавки не можуть повністю замінити звичайну їжу
- Помірність має ключове значення
- Необхідно мати інформацію про харчові дієтичні добавки

Поради для покращення стану здоров'я:

- Прилади контролю фізичного стану допомагають слідкувати за сном, харчуванням та активністю
- Зверніться до місцевого дієтолога для підбору оптимальної дієти з урахуванням особистих потреб.

Після ознайомлення з нею кожний учасник бере участь в обговоренні таких запитань:

- «Скільки годин на ніч ви спите протягом тижня?»
- «Скільки годин ви витратили на фізичні вправи протягом останнього тижня?»
- «Що ви їли протягом останніх трьох днів?»
- «Чи змінився ваш раціон харчування? З чим це пов'язано?» [32].

Вправа «Прогресуюча м'язова релаксація» (15 хв.)

Хід вправи: тренер повідомляє: «Послідовність вправ в процесі оволодіння даною методикою така: від м'язів верхніх кінцівок (від кисті до плеча, починаючи з домінантною руки) до м'язів обличчя (лоб, очі, рот), шиї, грудної клітини та живота і далі до м'язів нижніх кінцівок (від стегна до стопи, починаючи з домінантною ноги)».

Учасники починають виконувати вправи. Після виконання комплексу вправ учасники діляться своїми враженнями і відчуттями [2].

Міні-лекція «Поради щодо того, як пережити стрес з найменшими втратами» (10 хв.).

1. Пригадайте, як ви себе почували, коли все було добре. Коли уявляєш себе в комфортній ситуації, з'являються відчуття, пов'язані з нею.

2. Розслабтеся фізично. Якщо тіло і м'язи розслаблені, то і психіка не може бути в напруженому стані.

3. Постарайтеся бути реалістичнішими, описуючи собі або близьким ситуацію, в якій знаходитесь. Уникайте таких слів, як «ніколи», «завжди», «ненависть».

4. Живіть сьогоднішнім днем. Встановіть цілі на сьогодні і досягайте їх.

5. Не дозволяйте собі «потонути» в жалості до себе, не відмовляйтеся від допомоги. Любов, дружба і допомога – могутні засоби в боротьбі із стресом.

6. Примусьте стрес працювати на вас. Багато людей перемогли стрес, відмовившись стати такими, що програли. Вони зустріли випробування з піднятою головою. Якщо ви зможете прийняти негативну подію як необхідність зробити позитивну дію, ви переможете стрес його ж зброєю.

7. Прагніть не думати про минулі події як про поразку.

8. Ставтеся до стресу як до джерела енергії. Кожну проблему, яку ставить життя, сприймайте як виклик.

9. Ви не можете відповідати за поведінку інших, але можете контролювати свою реакцію на їх вчинки. Ваша головна перемога – це перемога над своїми емоціями.

10. Не прагніть догодити всім, це нереально, ви повинні час від часу догоджати собі.

11. Намалюйте в думках картину свого майбутнього і порівняйте її з тією невеликою за часом кризою, яку ви переживаєте зараз [48].

Вправа «Дій!» (15 хв.)

Хід вправи: кожному учаснику пропонується подумати про те, що він отримав від курсу, і що збирається робити після завершення навчання. Учасникам пропонується розділити аркуш паперу на три стовпці з написом «Шість місяців», «Три місяці» й «Завтра» та заповнити ці стовпці. Кожний учасник зачитує одну найважливішу річ із колонки.

Підбиття підсумків заняття (10 хв.): учасники групи по колу мають можливість висловити думку, наскільки ефективним їм видався тренінг,

наскільки він виправдав їхні сподівання, що нового відкрив в області попередження психологічної травматизації і збереження психологічного здоров'я. За бажанням учасники можуть також звернутися з реплікою безпосередньо до будь-кого з групи або до тренера.

Набута в результаті застосування тренінгових методів, необхідна інформація, оволодіння спеціальними вміннями та навичками з питань формування, збереження та зміцнення психологічного здоров'я дозволить військовослужбовцям не тільки робити правильні висновки, але й правильно діяти як у звичних, так і в нестандартних та кризових ситуаціях [62].

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

Специфічність завдань військової діяльності й віддзеркалюється в особистості військовослужбовців певними психічними станами, які називають позитивними і негативними. Як прояви позитивних психічних станів у військових можна виділити: стани впевненості в собі, своїх діях, зосередженості на виконанні завдання, стани вольової активності та емоційної стриманості. За наявності травмівних ситуацій та специфіки діяльності, у військовослужбовців можуть з'являтися й негативні психічні стани, такі як: стан тривожності, напруженості, паніки, страху, фрустрації.

Для проведення емпіричного дослідження було обрано наступні методики психологічної діагностики: «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R», «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР» (за DSM-III), «Методика психологічної діагностики копінг-стратегії» (Е. Heim), «Опитувальник посттравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory) (Р. Тадеші, Л. Калхаун).

За результатами проведеного емпіричного дослідження, можна зазначити, що всі симптоматичні показники наявності травмованості особистості військовослужбовців знаходяться вище нормованих. У більшості респондентів виявлено тривожність, наявність нав'язливих страхів, ворожості, інтерперсональної чутливості, а також соматизації. Було діагностовано однакові показники гарного рівня адаптації та рівня порушення адаптації, тобто не всі респонденти здатні успішно пристосовуватись до нових умов, змін і викликів зовнішнього середовища або стресових ситуацій. Також серед учасників дослідження було встановлено осіб з проявами посттравматичного стресового розладу, що вказує на певні проблеми з психічним здоров'ям, які розвиваються після травмівної події. Респонденти для подолання стресових ситуацій та перешкод здебільшого використовують адаптивні та відносно адаптивні когнітивні, емоційні та поведінкові копінг-стратегії. Більшість респондентів спрямовані на посттравматичне відновлення власної

особистості, вони усвідомлюють силу особистості, розуміють цінність життя, приймають підтримку ззовні і також можуть надавати її всім, хто її потребує.

Для більшого усвідомлення власних резервів психіки, які виникають після дії травмівної ситуації, їх позитивного впливу та можливості самим змінювати власне життя, спираючись на внутрішні ресурси, необхідно впроваджувати в роботу психологів з військовослужбовцями, які повертаються з зони бойових дій, програми соціально-психологічних тренінгів, спрямованих на подолання негативного впливу травмівних ситуацій, розуміння властивостей та резервів власної психіки, формування резильєнтності, налагодження комунікації та взаємодії із соціальним оточенням та родиною, сприяння посттравматичному зростанню особистості.

ВИСНОВКИ

1. Психічна травма в науковій літературі розуміється як подія, що сприймається людиною як загроза її існуванню й порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї подією травматичною, тобто потрясінням, переживанням особливого роду; як зовнішні подразники, що діють на людину хворобливо й патогенно, унаслідок чого виникають переживання і страждання; як один з етіологічних чинників неврозів; як відображення індивідуально-значущих подій життя, що справляють гнітючу та негативну дію на людину в цілому. Психічні травми військовослужбовців продукуються бойовим травматичним стресом, він є формою аварійного пристосування військовослужбовця до стрес-факторів бойової обстановки і має місце тоді, коли гіперстресор або симптоми деструктивного стресу накопичилися до критичного рівня і перевищили адаптивні можливості, рівень психічної стійкості військовослужбовця.

2. Специфічність завдань військової діяльності й віддзеркалюється в особистості військовослужбовців певними психічними станами, які називають позитивними і негативними. Як прояви позитивних психічних станів у військових можна виділити: стани впевненості в собі, своїх діях, зосередженості на виконанні завдання, стани вольової активності та емоційної стриманості. За наявності травмівних ситуацій та специфіки діяльності, у військовослужбовців можуть з'являтися й негативні психічні стани, такі як: стан тривожності, напруженості, паніки, страху, фрустрації.

3. Для проведення емпіричного дослідження було обрано наступні методики психологічної діагностики: «Симптоматичний опитувальник SCL-90-R», призначений для визначення психологічного симптоматичного статусу особистості військовослужбовця, саме ступеню дискомфорту, завданого тими чи іншими симптомами, незалежно від того, наскільки вони виражені в реальності; «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР» (за DSM-III), яка дозволяє діагностувати ПТСР у військовослужбовців, які побували в зоні

бойових дій; «Методика психологічної діагностики копінг-стратегії» (Е. Heim) дозволяє досліджувати типи поведінки, реагування на складну ситуацію, боротьби зі стресом, розподілених на три основні сфери психічної діяльності – когнітивні, емоційні і поведінкові копінг-механізми; «Опитувальник посттравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory) (Р. Тадеші, Л. Калхаун) за допомогою якого визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожною зі шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя.

4. За результатами проведеного емпіричного дослідження, можна зазначити, що всі симптоматичні показники наявності травмованості особистості військовослужбовців знаходяться вище нормованих. У більшості респондентів виявлено тривожність, наявність нав'язливих страхів, ворожості, інтерперсональної чутливості, а також соматизації. Було діагностовано однакові показники гарного рівня адаптації та рівня порушення адаптації, тобто не всі респонденти здатні успішно пристосовуватись до нових умов, змін і викликів зовнішнього середовища або стресових ситуацій. Також серед учасників дослідження було встановлено осіб з проявами посттравматичного стресового розладу, що вказує на певні проблеми з психічним здоров'ям, які розвиваються після травмівної події. Респонденти для подолання стресових ситуацій та перешкод здебільшого використовують адаптивні та відносно адаптивні когнітивні, емоційні та поведінкові копінг-стратегії. Більшість респондентів спрямовані на посттравматичне відновлення власної особистості, вони усвідомлюють силу особистості, розуміють цінність життя, приймають підтримку ззовні і також можуть надавати її всім, хто її потребує.

5. Тренінгова програма складається з дев'яти занять. Мета запропонованої тренінгової програми полягає в збереженні та зміцненні психологічного здоров'я військовослужбовців, запобіганні розвитку в них посттравматичних порушень внаслідок виконання службово-бойових завдань та рецидивів прояву наслідків психологічної травматизації. Завданнями тренінгової програми є: сформувати позитивне ставлення до себе, уявлення

про власну життєву перспективу; мотивувати учасників групи до збереження власного психологічного здоров'я; поінформувати про причини розвитку психологічної травматизації військовослужбовців та її можливі наслідки; сприяти формуванню вмінь і навичок саморегуляції емоційного стану; навчити навичкам надання першої психологічної допомоги; мотивувати військовослужбовців на використання набутого в ході тренінгу досвіду під час здійснення військово-професійної діяльності в особливих (екстремальних) умовах.

Таким чином, всі завдання кваліфікаційної роботи виконано, мету – досягнуто.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Прийоми психологічної самодопомоги учасникам бойових дій : метод. реком. для військовослужбовців учасників бойових дій. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2014. 41 с.
3. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук. дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України : Н. А. Агаєв, О. Г. Скрипкін, А. Б. Дейко, В. В. Поливаний, О. В. Евєрт. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
4. Берн Е. Вступ до психіатрії та психоаналізу. Просто про складне. Київ: Книжковий клуб «Клуб сімейного дозвілля», 2022. 407 с.
5. Білова М. Е. Навчально-методичний посібник з спецкурсу «Соціально-психологічний тренінг». Одеса : Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2015. 113 с.
6. Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія / О. А. Блінов. Київ : Талком, 2019. 700 с.
7. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям. *Вісник Національного університету оборони України*. Київ : НУОУ, 2014. Вип. 4 (41). С. 168-173.
8. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. Навчально-методичний посібник. Київ : НАОУ, 2006. 80 с.
9. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.

10. Блінов О. А. Соціально-психологічні основи реабілітації в соціальній роботі : практикум. Київ : НАУ, 2013. 80 с.
11. Блінов О. А., Криворучко П. П., Марченко В. М. Функції та специфіка роботи практичного психолога : навч. посібник. Київ : КиМУ, 2009. 462 с.
12. Бойові психологічні травми. Ресурсна психологія та психіатрія. URL : <https://arpp.com.ua/articles/combat-psychological-trauma/>
13. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО» : актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Зб. наук. пр. Харків. ун-ту повітр. сил*. Харків, 2015. Вип. 2. С. 176–181. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/ZKhUPS_2015_2_39.
14. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. *Зб. наук. пр. Харків. ун-ту повітр. сил*. Харків, 2015. Вип. 3. С. 137–141.
15. Вебер Т. Травмафокус. Спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем. Київ : Ліра, 2022. 336 с.
16. Вознесенська О. Л. Можливості арт-терапії в подоланні психічної травми. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій* : зб. статей. Київ : Міленіум, 2015. С. 98-110.
17. Гордовська Т. І. Конструкт моральної травми та його концептуальний зміст. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія «Психологічні науки». Херсон. 2021. № 4. С. 7–16. URL : <https://doi.org/10.32999/ksu-2312-3206/2021-4-1>
18. Гоулман Д. Емоційний інтелект. Київ : «Ейдос», 2015. 295 с.
19. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR. Американська психіатрична асоціація. Львів : Видавництво “Компанія “Манускрипт”, 2024. 592 с.

20. Екстремальна психологія : підручник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Київ : ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
21. Заняття з елементами тренінгу «Зміни себе сам». URL : <https://vseosvita.ua/library/zanatta-z-elementami-treningu-zmini-sebesam-100710.html>
22. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. / Н. Агаєв, О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
23. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
24. Інструкція «Протоколи надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в бойових (екстремальних) умовах» / робоча група офіцерів управління психологічного забезпечення Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України. 2021. 44 с.
25. Карпенко Є. В. Основи психотерапії. Київ : Еліт-Прінт, 2015. 450 с.
26. Карпенко Є. В. Основи психотренінгу : навчальний посібник. Дрогобич, 2015. 78 с.
27. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини : психофізіологічний аспект забезпечення діяльності : монографія. Київ : Міленіум, 2004. 265 с.
28. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. та ін. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
29. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.

30. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
31. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Діагностування поведінкових адикцій військовослужбовців : метод. посіб. Київ : ТОВ “7БЦ”, 2024. 36 с.
32. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с.
33. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.
34. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
35. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Харків : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
36. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк : РВВ – Вежа, 2011. 430 с.
37. Кризова психологія : навч. посіб. 2-е вид. / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2013. 380 с.
38. Лазоренко Б. П. Психотравма як чинник особистісного розвитку в життєконструюванні особистості. *Простір арт-терапії : мистецтво життя* : тези доп. та матеріали майстер-класів ХП Міжнар. міждисциплін. наук.-практ. конф. Київ, 2015. С. 110–113.
39. Лефтеров В. О. Методологічні основи і принципи психологічного тренінгу. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Харків, 2007. Вип. 2. С. 49–59.

40. Лозінська Н. С. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного університету оборони України*. Київ, 2018. Вип. 2 (50). С. 65–73.
41. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності: навч. - метод. посіб. Київ : Педагогічна думка, 2012. 112 с.
42. Матяш М. М., Худенко Л. І. Психотерапевтичні стратегії лікування невротичних розладів в учасників сучасних бойових дій. *Міжнар. неврол. журнал*. 2016. № 6. С. 58–64.
43. Медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація учасників бойових дій : проблеми та перспективи : бібліогр. покажч. до наук.-практ. конф. / уклад. : Л. Є. Корнілова, Є. О. Корнілова ; наук. консультант М. М. Матяш ; Нац. наук. мед. б-ка України, Нац. мед. ун-т імені О. О. Богомольця, Асоц. з мед. та психол. реабілітації. Київ, 2018. 32 с.
44. Мирончак К. В. Психологічний вплив страху смерті на особистість. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Серія психологічна. 2012. Вип. 2 (2). С. 361–370.
45. Мирончак К. В. Шляхи інтеграції шляху смерті у військових. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій* : зб. статей. Київ : Міленіум, 2015. С. 88-97.
46. Напрєєнко О. К., Напрєєнко Н. Ю. Медико-психологічна допомога постраждалим у збройних конфліктах. *Східноєвроп. журн. громад. здоров'я*. 2015. № 2. С. 105.
47. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
48. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2016. 369 с.
49. Основні принципи організації медико-психічної реабілітації постраждалих в зоні бойових дій / В. О. Волошин, Б. В. Михайлов, С. А. Риженко та ін. *Військ. медицина України*. 2017. № 3/4. С. 5–10.

50. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / Америк.-укр. мед. фундація ; пер. з англ. Т. Семигіна та ін. Київ : Наш Формат, 2017. Т. 1. 568 с.; Т. 2. 546 с.
51. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах : навчально-методичний посібник / А. М. Романишин, О. В. Бойко, І. М. Гузенко. Львів : АСВ, 2014. 140 с.
52. Практикум із групової психокорекції : підручник / С. Д. Максименко, О. О. Прокоф'єва, О. В. Царькова, О. В. Кочкурова. Мелітополь : Видавничо поліграфічний центр «Люкс», 2015. 414 с.
53. Прийоми психологічної самодопомоги учасникам бойових дій : методичні рекомендації / Міністерство оборони України ; Науково-дослідний центр гуманітарних проблем ЗСУ. Київ, 2014. 42 с.
54. Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Дж. Та ін. Основи реабілітаційної психології : подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Київ, 2018. Том 1. 208 с.
55. 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.
56. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник та ін. вид. 2-ге, змін. та допов. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 344 с.
57. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів : навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська. Луцьк : Вежа-Друк, 2021. 236 с.
58. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / Уклад. : О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.

59. Пьюселік Ф., Древіцька О. О. Методологія психологічної роботи з ветеранами і бійцями АТО. *Зб. наук. пр. співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*. Київ, 2015. Вип. 24, кн. 1. С. 655–660.

60. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посібн. Київ : Кондор, 2005. 278 с.

61. Савченко Г. В. Навчально-методичний посібник з організації та проведення тренінгу: «Професійно-психологічна підготовка суддів». Київ : ТОВ «Горизонт», 2016. 104 с.

62. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу : навч.-метод. посіб. / С. В. Страшко, Л. А. Животовська, О. Д. Гречишкіна та ін. Київ : Освіта України, 2005. 259 с.

63. Стресостійкість. Як і для чого її використовувати в життєвих ситуаціях? URL : <https://ns-plus.com.ua/2018/03/14/stresostijkist-yak-i-dlya-chogo-yiyi-vykorystovuvaty-v-zhyttyevyhsytuatsiyah/>

64. Технологія тренінгу / упоряд. О. Главник, Г. Бевз; за заг. ред. С. Максименка. Київ : Главник, 2005. 112 с.

65. Тешук В. Й., Тешук Н. В. Підходи до лікування післятравматичних стресових розладів у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції. *Укр. вісн. психоневрології*. 2016. Вип. 4. С. 122–128.

66. Титаренко Т. М. Нариси до соціально-психологічної теорії особистісного життєконструювання. *Збірник наукових статей Київського міжнародного університету й Інституту соціальної та політичної психології НАПН України*. Серія «Психологічні науки : проблеми і здобутки». Вип. 5. Київ : КиМУ, 2015. С. 172–186.

67. Тренінг для педагогів «Збереження та зміцнення психологічного здоров'я педагога». URL : <https://naurok.com.ua/trening-dlya-pedagogiv-zberezhennya-ta-zmicnennyapsihologichnogo-zdorov-ya-pedagoga-38145.html>

68. Тренінгове заняття на тему «Профілактика стресів у педагогічній практиці» URL : http://art_cpptsr.klasna.com/

uploads/editor/8772/530585/sitepage_70/files/treningove_zanyattya
_dlya_pedagogiv_profilaktika_stresiv.doc 229

69. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
70. Федорчук В. М. Тренінг особистісного зростання : навч. посіб. Київ : «Центр учбової літератури», 2014. 250 с.
71. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : метод. посіб. Острогоз : Вид-во Нац. ун-ту «Остроз. акад.», 2015. 158 с.
72. Холодецька Н. Профілактика та подолання стресових станів. URL : <http://www.osvitatlm.if.ua/sites/files/psych%20sl/16.doc>
73. Через навчально-виховний процес до здорового способу життя. URL : <https://vseosvita.ua/library/statta-cerez-navcalno-vihovnijproces-do-zdorovogo-sposobu-zitta-95546.html>
74. Appleton V. Avenues of hope : Arttherapy and theresolution of trauma. *Journal of the American Art Therapy Association*. 2001. Vol. 18. Issue 1. P. 6–13.
75. Ayalon O. Rescue! Community oriented preventive education. *Ellicott City : Chevron Publishing Corporation*, 1992. 147 p.
76. Bartzak P. J. Moral injury is the wound: PTSD is the manifestation. *Medsurg Nurs*, 2015. Vol. 24(3). Pp. 10–11.
77. Bjelland I. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002. Vol. 52 (2). P. 69–77.
78. Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. SCL-90 : an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. 1973. Vol. 9. P.13–28.
79. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959. Vol. 32. P.50–55.
80. Heim E. Coping und Adaptivität : Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychother. med. Psychol*. 1988. Vol. 38. P. 8–18.

81. Holmes T., Rahe R. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*. 1967. Vol.11. P. 213.
82. Joy D., Probert R., Bisson J. I., Shepherd J. P. Post-traumatic stress reactions after injury. *Journal of Trauma*. 2000. Vol. 48 (3). P. 490–494.
83. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder : Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56. P. 85–90.
84. Leary T. Interpersonal Diagnosis of Personality : A functional theory and methodology for personality evaluation. Ronald Press Company : New York, 1957. 358 p.
85. Lister S., Pushkar D., Connolly K. Current bereavement theory : Implications for art therapy practice. *The Arts in Psychotherapy*. 2008 Vol. 35. P. 245–250.
86. McNiff S. Artheals : How Creativity Cures the Soul. Boston, MA : Shambhala Publications, 2004. 316 p.
87. Neimeyer R. A. The language of loss : Grief therapy as a process of meaning reconstruction. *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC : American Psychological Association, 2001. P. 261–292.
88. Snaith R. P., Zigmond A. S. The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual. Windsor, England, Nfer-Nelson, 1994. 300 p.
89. Steger M. F., Frazier P., Oishi S., Kaler M. The Meaning in Life Questionnaire : Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*. 2006. Vol. 53. P. 80–93.
90. Stroebe M. S., Schut H. Meaning making in the dual process model of coping with bereavement. *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC : American Psychological Association, 2001. P. 55–73.
91. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth : Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. Vol. 15. 2004. P. 1–18.

92. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) / F. W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, P. A. Palmieri, B.P.Marx, P.P. Schnurr. 2013. URL : <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

93. Wiggins J. S., Phillips N., Trapnell P. Circular reasoning about interpersonal behavior : Evidence concerning some untested assumptions underlying diagnostic classification. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 56. P. 296–305.

ДОДАТОК А

Таблиця А.1

Стимульний матеріал до «Симптоматичного опитувальника SCL-90-R»

№	Симптом	Оцінка
1	Головні болі	
2	Нервозність або тремтіння всередині	
3	Повторювані неприємні думки	
4	Слабкість або запаморочення	
5	Втрата сексуального потягу або задоволення	
6	Почуття невдоволення іншими	
7	Відчуття, що хтось інший може управляти Вашими думками	
8	Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винні інші	
9	Проблеми з пам'яттю	
10	Ваша неакуратність або неохайність	
11	Роздратування, що легко виникає	
12	Болі в серці або грудній клітці	
13	Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці	
14	Нестача сил або загальмованість	
15	Думки про те, щоб накласти на себе руки	
16	Ви чуєте голоси, яких не чують інші	
17	Тремтіння	
18	Відчуття, що більшості людям не можна довіряти	
19	Поганий апетит	
20	Сльозливість	
21	Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами протилежної статі	
22	Відчуття, що Ви потрапили у пастку	
23	Несподіваний і безпричинний страх	
24	Спалахи гніву, які Ви не могли стримати	
25	Боязнь вийти одному з дому	
26	Відчуття провини	
27	Болі у попереку	
28	Відчуття, що щось Вам заважає робити що-небудь	
29	Відчуття самотності	
30	Пригнічений настрій, «хандра»	
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	
32	Відсутність інтересу до усього	
33	Почуття страху	
34	Ваші почуття легко зачепити	
35	Відчуття, що інші проникають у Ваші думки	

Продовження Додатку А

Продовж. табл. А.1

36	Відчуття, що інші не розуміють Вас або співчують Вам	
37	Відчуття, що люди не дружелюбні або Ви їм не подобаєтеся	
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	
39	Сильне або прискорене серцебиття	
40	Нудота або розлад шлунку	
41	Відчуття, що Ви гірші за інших	
42	Болі в м'язах	
43	Відчуття, що інші спостерігають за Вами або говорять про Вас	
44	Вам важко заснути	
45	Потреба постійно перевіряти те, що Ви робите	
46	Труднощі в прийнятті рішень	
47	Страх їздити в автобусах, метро або поїздах	
48	Утруднене дихання	
49	Напади жару або ознобу	
50	Необхідність уникати деяких місць або дій, тому що вони Вас лякають	
51	Ви легко забуваєте, про що нещодавно думали	
52	Оніміння або поколювання в різних частинах тіла	
53	Комок в горлі	
54	Відчуття, що майбутнє безнадійне	
55	Вам важко зосередитися	
56	Відчуття слабкості в різних частинах тіла	
57	Відчуття тиску або напруженості	
58	Важкість в кінцівках	
59	Думки про смерть	
60	Переїдання	
61	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за Вами або говорять про Вас	
62	Відчуваєте, що у Вас в голові чужі думки	
63	Бажання заподіювати тілесні ушкодження або шкоду кому-небудь	
64	Ранкове безсоння	
65	Потреба повторювати дій: торкатися, митися, перечитувати тощо	
66	Неспокійний і тривожний сон	
67	Бажання ламати або трощити що-небудь	
68	Наявність у Вас ідей або вірувань, які не поділяють інші	

Продовження Додатку А

Продовж. табл. А.1

69	Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими	
70	Почуття зніяковілості у людних місцях (магазинах, кінотеатрах)	
71	Відчуття, що все, щоб Ви не робили, вимагає багато зусиль	
72	Напади жаху або паніки	
73	Почуття ніяковості, коли Ви їсте і п'єте на людях	
74	Ви часто вступаєте в суперечку	
75	Нервозність, коли Ви залишилися на самоті	
76	Інші недооцінюють Ваші досягнення	
77	Відчуття самотності, навіть коли Ви з іншими людьми	
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	
79	Відчуття власної нікчемності	
80	Відчуття, що з Вами станеться щось погане	
81	Ви кричите або жбурляєте речами	
82	Страх, що Ви втратите свідомість на людях	
83	Відчуття, що люди зловживають Вашою довірою	
84	Вас турбують сексуальні думки	
85	Вас турбують думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи	
86	Кошмарні думки або бачення	
87	Думки про те, що з Вашим тілом щось не в порядку	
88	Ви не відчуваєте близькості до нікого	
89	Почуття провини	
90	Думки про те, що з Вашим розумом діється щось недобре	

Таблиця А.2

Ключ до методики

Шкала	Кількість питань	Номера питань
Соматизація	12	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
Нав'язливості	10	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
Інтерперсональна чутливість	9	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
Депресія	13	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
Тривожність	10	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
Ворожість	6	11, 24, 63, 67, 74, 81
Нав'язливі страхи (фобії)	7	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
Параноїдність	6	8, 18, 43, 68, 76, 83
Психотизм	10	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Продовження Додатку А

Таблиця А.3

Нормативні дані

Шкала	Середнє значення
Соматизація	0,69
Нав'язливості	0,76
Інтерперсональна чутливість	0,83
Депресія	0,68
Тривожність	0,62
Ворожість	0,71
Нав'язливі страхи (фобії)	0,35
Параноїдність	0,67
Психотизм	0,42
Індекс GSI	0,64

ДОДАТОК Б

Таблиця Б.1

Бланк до методики «Міссісіпська шкала для бойового ПТСР»

(за DSM-III)

№	Твердження	Абсолютно невірно	Іноді вірно	До деякої міри вірно	Вірно	Абсолютно вірно
1	До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз	1	2	3	4	5
2	У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії	5	4	3	2	1
3	Якщо хтось мене «виведе із себе», я швидше за все не стримаюсь (застосую фізичну силу)	1	2	3	4	5
4	Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю	1	2	3	4	5
5	Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться	1	2	3	4	5
6	Я здатний формувати емоційно близькі стосунки з іншими людьми	5	4	3	2	1
7	Мені сняться ночами жахи про пережиті події на війні	1	2	3	4	5
8	Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9	Зовні я виглядаю бездушним	1	2	3	4	5
10	Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити з собою	1	2	3	4	5
11	Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати	5	4	3	2	1
12	Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, тоді як інші загинули на війні	1	2	3	4	5
13	У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії	1	2	3	4	5
14	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5

Продовження Додатку Б

Продовж. табл. Б.1

15	У мене таке відчуття, що ніби я не можу рухатись	1	2	3	4	5
16	Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають	1	2	3	4	5
17	Мене як і раніше радують ті речі, як і раніше	5	4	3	2	1
18	Мої фантазії реалістичні і викликають страх	1	2	3	4	5
19	Я розумію, що після демобілізації можу продовжувати успішно працювати	5	4	3	2	1
20	Мені важко зосередитись	1	2	3	4	5
21	Я безпричинно плачу	1	2	3	4	5
22	Мені подобається бути у товаристві інших людей	5	4	3	2	1
23	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24	Я легко засинаю	5	4	3	2	1
25	Від несподіваного шуму я легко здригаюсь	1	2	3	4	5
26	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27	Я спокійна і врівноважена людина	5	4	3	2	1
28	Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти	1	2	3	4	5
29	Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії	1	2	3	4	5
30	Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжусь у натовпі	5	4	3	2	1
31	Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці	1	2	3	4	5
32	Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33	Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилось зі мною в армії	1	2	3	4	5
34	Моя пам'ять така ж гарна, як і раніше	5	4	3	2	1
35	Мені складно проявляти свої почуття, навіть по відношенню до близьких людей	1	2	3	4	5

Продовження Додатку Б**Таблиця Б.2****Ключ до методики**

Відповідь	Номера тверджень
Пункти, які рахуються у прямих значеннях	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Пункти, які рахуються у зворотніх значеннях	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Стимульний матеріал до методики психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Heim)

А

1. «Кажу собі: в житті є щось важливіше, ніж труднощі»
2. «Кажу собі: це доля, потрібно з цим змиритися»
3. «Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре»
4. «Я не втрачаю самовладання, зберігаю самоконтроль у складних ситуаціях та намагаюся нікому не показувати свій стан»
5. «Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що ж трапилося»
6. «Я кажу собі: порівняно із проблемами інших людей, мої – це дрібниця»
7. «Якщо щось трапилося, на все воля Божа»
8. «Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися з цих труднощів»
9. «Я надаю своїм труднощам особливого змісту, долаючи їх, я розвиваюся та самовдосконалююся»
10. «Нині я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але згодом зможу впоратися і з ними, і з більш складними».

Б

1. «Я завжди обурююся несправедливістю долі до мене і виражаю свій протест»
2. «Я впадаю у відчай, ридаю і плачу»
3. «Я не дозволяю собі виражати емоції»
4. «Я завжди впевнений, що є вихід з важкої ситуації»

Продовження Додатку В

5. «Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені»

6. «Я впадаю у стан безнадійності»

7. «Я вважаю себе винним і отримую по заслугам»

8. «Я впадаю у лють, стаю агресивним»

В

1. «Я занурююся в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі»

2. «Я намагаюся допомогти людям і в турботах про них забуваю про свої проблеми»

3. «Намагаюся не думати про свої проблеми»

4. «Намагаюся відволіктися і розслабитися (з допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі тощо)»

5. «Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (подорожую, вивчаю іноземну мову тощо)»

6. «Я намагаюся залишитися наодинці з собою»

7. «Я співпрацюю із значущими для мене людьми для подолання труднощів»

8. «Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою»

Продовження Додатку В

Таблиця В.1

Обробка результатів

Когнітивна копінг-стратегії	Емоційні копінг-стратегії	Поведінкові копінг-стратегії
А	Б	В
1. Ігнорування 2. Покора 3. Дисимуляція 4. Збереження самовладання 5. Проблемний аналіз 6. Відносність 7. Релігійність 8. Розгубленість 9. Надання сенсу 10. Встановлення власної цінності	1. Протест 2. Емоційна розрядка 3. Придушення емоцій 4. Оптимізм 5. Пасивна кооперація 6. Покірність 7. Самозвинувачення 8. Агресивність	1. Відволікання 2. Альтруїзм 3. Активне уникнення 4. Компенсація 5. Конструктивна активність 6. Відступ 7. Співпраця 8. Звернення

Таблиця В.2

Інтерпретація даних

Копінг-стратегії	Адаптивні	Неадаптивні	Відносно адаптивні
Когнітивні	(А5) Проблемний аналіз (А10) Встановлення власної цінності (А4) Збереження самовладання	(А2) Покора (А3) Дисимуляція (А1) Ігнорування (А8) Розгубленість	(А6) Відносність (А7) Релігійність (А9) Надання сенсу
Емоційні	(Б1) Протест (Б4) Оптимізм	(Б3) Придушення емоцій (Б6) Покірність (Б7) Самозвинувачення (Б8) Агресивність	(Б2) Емоційна розрядка (Б5) Пасивна кооперація
Поведінкові	(В2) Альтруїзм (В7) Співпраця (В8) Звернення	(В3) Активне уникнення (В6) Відступ	(В1) Відволікання (В4) Компенсація (В5) Конструктивна активність

Стимульний матеріал до методики «Опитувальник посттравматичного зростання» (Post Traumatic Growth Inventory)

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті
2. Я набагато краще розумію цінність власного життя
3. У мене з'явилися нові інтереси
4. Я став більш впевненим у собі
5. Я став краще розуміти духовні питання
6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях
7. Я скерував своє життя на новий шлях
8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими
9. Я охоче виражаю свої емоції
10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами
11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті
12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є
13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя
14. У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше
15. Я став більше співчувати іншим
16. Я докладую більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми
17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін
18. Я став більш віруючим (релігійнішим)
19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав
20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди
21. Я краще розумію потреби інших людей

Продовження Додатку Г

Таблиця Г.1

Ключ до методики

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

Таблиця Г.2

Нормативні показники

Шкала	Низькі значення	Середні значення	Високі значення
Ставлення до інших (СТ)	0 - 14	15 - 24	25 - 35
Нові можливості (НМ)	0 - 9	10 - 15	16 - 25
Сила особистості (СО)	0 - 7	8 - 15	16 - 20
Духовні зміни (ДЗ)	0 - 3	4 - 6	7 - 10
Підвищення цінності життя (ПЦ)	0 - 6	7 - 11	12 - 15
Індекс посттравматичного зростання	0 - 32	33 - 63	64 – 105

ДОДАТОК Д

Таблиця Д.1

Список респондентів

№	ІМ'Я	ВІК
1	Олександр Д.	32
2	Олег П.	40
3	Іван А.	29
4	Олександр Н.	46
5	Степан В.	37
6	Данило Ч.	30
7	Ярослав Р.	34
8	Валерій Р.	28
9	Данило С.	31
10	Ігор Б.	44
11	Віталій К.	53
12	Юрій С.	37
13	Сергій Щ.	42
14	Сергій Т.	32
15	Олексій Н.	32
16	Ілля А.	29
17	Андрій Л.	33
18	Микола В.	41
19	Володимир Ф.	38
20	Микита Г.	30
21	Олег К.	42
22	Антон Д.	39
23	Костянтин Л.	43
24	Юрій В.	55
25	Олександр Р.	35
26	Андрій П.	41
27	Михайло О.	43
28	Іван С.	36
29	Сергій Н.	38
30	Ігор С.	41