

Чорноморський національний університет імені Петра Могили
(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий медичний інститут
(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології
(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри психології
_____ А. І. Яблонський
“ _____ ” _____ 20__ року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти

магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему:

**АДАПТАЦІЯ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЯ ЗВІЛЬНЕНИХ
ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ В УМОВАХ ЦИВІЛЬНОГО
ЖИТТЯ**

Керівник: к.психол., доцент
Шевченко Володимир
Володимирович
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: доцент кафедри педагогіки та
психології МНУ
ім..В.О.Сухомлинського
к.психол.н., доцент
Литвиненко Ірина Сергіївна
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала: студентка VI курсу групи 665 М
Філіпенко Вікторія Вікторівна
(П.І.Б.)

Спеціальності: 053 «Психологія»
(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Психологія»

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет, відділення	Навчально-науковий медичний інститут
Кафедра, циклова комісія	кафедра психології
Рівень вищої освіти	другий (магістерський)
Спеціальність	053 «Психологія»
ОПП / ОНП	«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

_____ А. І. Яблонський

“ ” _____ 2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Філіпенко Вікторії Вікторівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи): Адаптація та соціалізація звільнених військовополонених в умовах цивільного життя

Керівник роботи: Шевченко Володимир Володимирович, канд. психол. н., доц.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від
«26» вересня 2024 року № 249/1.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «21» листопада 2024 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки (якщо є).

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Шевченко В.В.		
Розділ 1	Шевченко В.В.		
Розділ 2	Шевченко В.В.		
Розділ 3	Шевченко В.В.		
Висновки	Шевченко В.В.		

7. Дата видачі завдання 10.09.2024

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1.	Вступ до кваліфікаційної роботи	вересень 2024	
2.	Розділ 1. Теоретичні та методологічні засади стабілізації та соціалізації звільнених військовополонених в умовах цивільного життя.	жовтень 2024	
3.	Розділ 2. Емпіричне дослідження адаптації та соціалізації звільнених військовополонених в умовах цивільного життя.	жовтень 2024	
4.	Розділ 3. Розробка та впровадження корекційної програми для адаптації військовополонених до умов цивільного життя.	жовтень 2024	
5.	Висновки	листопад 2024	
6.	Передкваліфікаційна практика	02.09 – 15.09. 2024	
7.	Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків.	листопад 2024	
8.	Попередній захист.	02.12.2024	
9.	Рецензія на дипломну роботу.	02.12.2024	
10.	Захист дипломної роботи .	19.12 2024	

Студент

(підпис)

Філіпенко В. В.

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Шевченко В.В.

(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТАБІЛІЗАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ЗВІЛЬНЕНИХ ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ В УМОВАХ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ	7
1.1 Розвиток поняття адаптації та соціалізації в психологічній літературі ...	7
1.2. Психологічні стани звільнених військовополонених	23
1.3. Психологічний розбір адаптації та соціалізації звільнених військовополонених в умовах цивільного життя	41
Висновки до першого розділу.....	47
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ЗВІЛЬНЕНИХ ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ В УМОВАХ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ	49
2.1. Методологічне забезпечення вивчення адаптації та соціалізації	49
2.2. Якісні та кількісні характеристики констатуючого експерименту.....	58
Висновки до другого розділу.....	62
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ	64
3.1. Структура та зміст корекційної програми для адаптації військовополонених.....	64
3.2. Аналіз результатів формуючого експерименту	76
3.3. Рекомендації для самодопомоги військовослужбовців під час перебування в полоні	77
Висновки до третього розділу.....	104
ВИСНОВКИ.....	107
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	109

ВСТУП

Актуальність дослідження: Тема адаптації та соціалізації звільнених військовополонених в умовах цивільного життя є надзвичайно актуальною у контексті сучасних викликів, з якими стикається українське суспільство в умовах війни. Військовополонені, які повертаються з полону, переживають глибокі психологічні, соціальні й фізичні травми, що суттєво впливають на їхнє подальше життя. Після звільнення ці люди стикаються з проблемами інтеграції в мирне середовище, необхідністю адаптації до змінених умов життя, відновленням соціальних ролей та зв'язків.

Попри значні зусилля державних і громадських організацій, комплексні підходи до підтримки звільнених військовополонених все ще розроблені недостатньо, а багато аспектів їх адаптації залишаються поза увагою. Психологічні травми, соціальна ізоляція, стигматизація, економічна нестабільність і відсутність належної правової підтримки ускладнюють їхній шлях до повноцінного повернення в суспільство. Дослідження цих питань є важливим не лише для забезпечення благополуччя колишніх військовополонених, але й для зміцнення соціальної згуртованості та розвитку державної політики реабілітації.

Наукова актуальність дослідження визначається необхідністю теоретичного обґрунтування процесів адаптації та соціалізації звільнених військовополонених, а також розробки практичних рекомендацій, спрямованих на ефективну інтеграцію цих осіб у суспільне життя. У сучасних реаліях ці питання набувають не лише гуманітарного, але й стратегічного значення для національної безпеки та стабільності держави.

Об'єкт дослідження: процес адаптації та соціалізації звільнених військовополонених в умовах цивільного життя.

Предмет дослідження: соціально-психологічні чинники, механізми та особливості адаптації і соціалізації звільнених військовополонених, а також практики їх реабілітації та інтеграції в цивільне суспільство.

Мета дослідження – емпірично виявити та розробити науково обґрунтовані рекомендації та практичні підходи до ефективної адаптації та соціалізації звільнених військовополонених у цивільному житті на основі аналізу соціально-психологічних чинників, механізмів і особливостей цього процесу.

Відповідно до сформованої мети, було сформовано такі основні **завдання**:

1) Провести теоретико-методологічний аналіз психологічної літератури, яка базується на процесах адаптації та стабілізації звільнених військовополонених в умовах цивільного життя.

2) Виявити психологічні і соціальні наслідки перебування в полоні, які впливають на процес адаптації до мирного життя та дослідити чинники, які ускладнюють або сприяють соціалізації звільнених військовополонених.

3) Емпірично дослідити психологічний стан та визначити специфіку соціально-психологічних потреб звільнених військовополонених у процесі адаптації до цивільного життя.

4) Розробити та апробувати практичні рекомендації для державних структур, громадських організацій і психологів щодо покращення адаптації та соціалізації військовополонених.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування, бесіди, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження), методи математичної статистики.

Психодіагностичний комплекс методик склали: шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21), тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих), шкала депресії А. Бека, методика діагностики соціально-психологічної

адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та бесіда за заздалегідь заготовленим планом.

Експериментальна база дослідження. Вибірку дослідження складало 28 військовослужбовців, серед яких 4 респондента жіночої статі, що повернулися з полону у різному часовому діапазоні (2 місяці – рік). Віковий діапазон вибірки охоплює від 20 до 49 років. Дослідження проводилось у змішаному форматі.

Теоретична значущість дослідження полягає в узагальненні та поглибленні наукових знань про процеси адаптації та соціалізації звільнених військовополонених у контексті сучасних викликів. Дослідження допомагає зрозуміти соціально-психологічні чинники, які впливають на адаптацію до цивільного життя, і, крім цього, демонструє можливі наслідки травматичних переживань, отриманих у полоні. Отримані результати роботи сприяють подальшій розробці концептуальних підходів до підтримки звільнених військовополонених, інтеграції їх у суспільство та підсилюють теоретичну базу для подальших досліджень у галузі психології кризових станів, реабілітації та соціальної інтеграції.

Практична значущість дослідження полягає у створенні рекомендацій, які можуть бути використані:

- психологами та реабілітологами для розробки індивідуальних програм реабілітації звільнених військовополонених, з урахуванням їх специфічних потреб та психоемоційного стану;
- державними установами для вдосконалення механізмів соціального захисту, правової підтримки та реінтеграції військовополонених у мирне середовище;
- громадськими організаціями для підготовки волонтерів, які працюють з цією категорією населення, та впровадження ефективних соціальних ініціатив;
- членами родин звільнених військовополонених, які отримають знання про специфіку підтримки своїх близьких у процесі адаптації до цивільного життя;

- для створення просвітницьких програм, спрямованих на формування суспільного розуміння та підтримки звільнених військовополонених, зниження їхньої стигматизації та посилення соціальної інтеграції.

Результати дослідження можуть стати основою для розробки національної програми реабілітації та соціалізації військовополонених, що сприятиме зміцненню соціальної згуртованості та забезпеченню сталого розвитку суспільства в умовах постконфліктної реальності.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на: 1) XI Міжнародній науково-практичній конференції «Perspectives of contemporary science: theory and practice» (9-11.12.2024 року, м. Львів, Україна); 2) IV Міжнародній науково-практичній конференції «Science in the modern world: innovations and challenges» (19-21.12.2024 року, м. Торонто, Канада).

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у 2 публікаціях, з них: 1 стаття опублікована у збірці статей, 1 тези опубліковані у збірнику матеріалів конференції.

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної магістерської роботи становить 117 сторінок, основний зміст викладено на 107 сторінках. Робота містить 5 таблиць. Список використаних джерел складає 101 працю українських та зарубіжних авторів, з них 90 – іншомовні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТАБІЛІЗАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ЗВІЛЬНЕНИХ ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ В УМОВАХ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

1.1 Розвиток поняття адаптації та соціалізації в психологічній літературі

Згідно часу, який переживають українці з лютого 2022 року, теми психологічних перевантажень, протікань стресу, адаптації та соціалізації постають, не як цікаві теми для дослідження, а як необхідний матеріал для подальшого розвитку практичних інструментів для допомоги як населенню. Проте важливим завжди залишається те, які саме категорії підлягають розгляду та для кого це дослідження може бути корисним.

З урахуванням того аспекту, що розгляд різноманітних ситуацій та способів допомоги цивільному населенню продовжує активно домінувати у рейтингу наукових психологічних досліджень, головними суб'єктами даного дослідження стали військовослужбовці, а саме звільнені військовополонені та їх подальший стан «вдома».

Сам по собі процес адаптації та соціалізації було розглянуто у науковій психологічній літературі з безлічі сторін: до теоретичних досліджень приклали руку Б. Г. Ананьєв, О. М. Леонтьєв, Г. О. Балл, Ж. Піаже, Г. Сельє, О. Ф. Лазурський, С. Л. Рубінштейн та ін.; до практичних – В. А. Енгельгард, М. Г. Кджанян, Б. Д. Паригін, Л. Г. Почебут, В. А. Чикер та ін [15,89].

Для глибшого розуміння поняття адаптації необхідним є звернення до етимології слова «адаптація». Адаптація походить від латинського «*apere*» (з'язувати, прикріплювати). Його минула форма, «*aptus (apte)*», при додаванні до виразу «*ad*» (до, назустріч) утворила дієслово «*adaptare*» (пристосуватися до, у попередній формі) [93]. Запозичене з латинської мови в XIII столітті слово «адаптація» з'явилося в матеріальному значенні (застосовувати), потім в абстрактному значенні (приводити у відповідність до чогось). Деякі вживання дієслова зникли (пристосовуватися проти когось). Нинішнє

використання слова адаптуватися з'явилося в XVI столітті разом із кількома іншими похідними значеннями (здатність, пристосовувати або дотримуватися) [49].

Слово «адаптація» походить від середньовічного латинського слова «*adaptatio*», яке вживалося в XIII столітті, але узагальнено у французькій, а потім і в англійській у XVI столітті для позначення дії адаптації, сенсу пристосування. Риторично цей термін виражає придатність до ситуації, значення, яке було відроджено в XIX столітті, щоб вказати на трансформацію твору в нову форму. У 1789 році «*коригування між двома речами*» було єдиним визначенням, яке було згадано [21]. У XIX столітті, завдяки розширенню біології, адаптація включала ідею модифікації і, нарешті, набула свого повного семантичного виміру через міждисциплінарне присвоєння, зокрема психологією, та її перенесення в соціологію. Антонім «*неадаптація*», який з'явився в 1931 році, також походить від латинського «*inaptus*», що означає непридатний або невідповідний. Він продовжує використовуватися в психології лише як дезадаптація, (втрата адаптації) і реадаптація [38].

Щоб краще зрозуміти дані процеси та способи їх протікання необхідно зануритися вглиб багатьох концепцій аби зрозуміти, яка з них може бути притаманною саме звільненню з полону особам, які, переживши тортури та ізоляцію, мають знову вчитися жити серед людей та повноцінно функціонувати серед індивідів, які не здатні повною мірою оцінити їх стан і зрозуміти сутність пережитого [57].

У загальному розумінні адаптацію частіше розглядають як процес пристосування особистості до змін у навколишньому середовищі. Вона пов'язана з безліччю соціальних процесів, що включають у себе взаємодію з оточуючими, соціалізацію та виконання рольових обов'язків [16]. Проте не менш важливим моментом є входження особистості в групу інших осіб, засвоєння їх норм (без виключень власних, внутрішніх) та система відносин між кожним з членів даної групи [62].

Свою концептуальну славу адаптація отримала від теорії еволюції, теми, яку протягом тривалого часу не розглядали, і яка ставить питання «Що таке життя?». Одну з перших праць, в яких запропоновано поняття еволюції життя шляхом адаптації до середовища, приписують Анаксимандру [2].

Було ще кілька згадок у Емпедокла та Демокріта. Потім Аристотель розглядав «Вплив клімату на тварин» і «Вплив середовища на поведінку тварин» і захищав телеологічне бачення, згідно з яким весь біологічний розвиток відбувається в остаточній, заздалегідь встановленій перспективі: «Саме форма, яку природа уявила для руки, пристосована до функції захоплення та утримання». У ранньому середньовіччі аристотелівська філософія, заново відкрита та перекладена, була змішана з заповідями католицької церкви Фомаю Аквінським. Його фіксистський вплив перешкоджав виникненню будь-яких дебатів щодо наук про життя аж до наукового оновлення в XVII столітті [19].

Зв'язок між природним і живим колами обмежувався спостереженням за появою хвороб за певних умов середовища. Поява перших еволюційних теорій у XIX столітті вступила в протиріччя з усталеною концепцією життя, яке походить від божественного творіння. Це породило епістемологічний розлом, і з цього народилася адаптація [82].

Ідея еволюційної адаптації походить від поняття адаптації до природного середовища, що є основою теорій Ламарка і під впливом Бюффона та Мопертюї. Ламарк бачив у живих істот здатність дотримуватися «впливових обставин» (набору зовнішніх дій, які сьогодні реалізуються в понятті середовища) у розвитку певних органічних функцій відповідно до потреб [26]. Ця трансформаторська адаптація сприймалася як постійне намагання живих отримати користь від середовища, в якому воно розвивається. Одного разу набута адаптація була спадковою [55].

Переважали ідеї опору та виживання. Середовище, віддане самому собі і підпорядковане власним законам, ігнорує живе. Дарвінівське пояснення природного відбору як рушійної сили, що розвивається, затьмарило адаптацію

Ламарка, яка тоді сприймалася як простий результат еволюції, а не процес, перш ніж перше також зайшло в глухий кут, коли зіткнулося з повторним відкриттям роботи в генетика і поняття організації [38].

Робота Рабо про біологічну адаптацію і, згодом, Куено ознаменувала початок процвітаючої ери для збагачення поняття адаптації. У другій половині XX століття, внесок зробили нові науки, такі як кібернетика, і досягнення в теорії інформації, а також термодинаміки відкритих систем. Спочатку концепція була визначена на індивідуальному рівні, потім була вивчена в масштабі колективної людини. Дослідження автоорганізації, складності та системності в 1990-х роках сприяли уточненню адаптації, таким чином створивши концепцію. Незважаючи на всі ці досягнення, адаптація залишається в'язнем своєї етимології. Це відноситься одночасно до дії (процесу) і кінцевого результату (стану) як результату, термінологічної подвійності, відновленої «станом адаптації» та «процесом адаптації», обговореним Піаже [47].

Складність тлумачення полягає в людському сприйнятті часу. Спостережувані адаптації здаються відносно стабільними, коли вони є результатом постійної еволюції. Ця амбівалентність походить як від семантичного багатства, так і від рівня передової рефлексії, про що свідчить його трансдисциплінарне використання [35].

Власне сам термін «адаптація» вперше використав у науковій літературі у XVIII столітті лікар Ауберт, що на той момент досліджував явища чутливості людського організму та перемінні цих явищ до змін у навколишньому середовищі, тобто спостерігав як певні подразники трансформують стандартизовані біологічні процеси [84].

Відповідно, спочатку під даним терміном розуміли зміну чутливості аналізаторів, як наслідок пристосування органів чуття до помітних подразників [53]. Це означає, що першими, даний прояв організму, почали вивчати провідні фізіологи того часу. Вже після зародження наукової психології цей феномен почав активно розглядатися у психологічних колах і

досі має все більше оновлень з науковим підґрунтям. Це свідчить про неоднозначність та складність адаптації, не лише з погляду загального процесу, а й з погляду більш вузьких проявів: детермінант, специфічних ускладнень, вікових характеристик, фізіологічних відхилень тощо [89].

Проте найбільш відомими та популярними поглядами на адаптацію, стали вчення Піаже [47]. З одного боку, він розглядав адаптацію як безперервний процес, що дозволяє модифікуватися поведінці людини та, відповідно, пристосовуватися до будь-яких подразників оточуючого середовища, а з іншого – зміну самого середовища та його компонентів [73].

Адаптивна діяльність має прояви в усіх можливих сферах діяльності людини, зокрема, соціальної взаємодії. Вона є напряду пов'язана з діяльністю особистості, що впливає на перетворення соціального світу [62].

Деякі погляди науковців-психологів можна узагальнити у тезисні зноски, що більш детально дозволяє розглянути адаптацію з різних граней:

- процес пристосування індивідуальних та особистісних якостей до життя та діяльності людини в умовах, що постійно змінюються;
- постійна взаємодія особистості та середовища, залежно від ступеня її активності;
- перетворення середовища згідно з потребами, цінностями й ідеалами особистості, або як переваги залежності особистості від середовища;
- зміни, що супроводжуються на рівні психічної регуляції, становлення, збереження динамічної рівноваги у системі життєвих обставин [77].

Оскільки широта вивчення питання адаптації не має устаткованих кордонів, варто звернути увагу на класичні дослідження, що стали основою всіх сучасних знань та віднайти ключові видозміни, що сталися з часом у нинішніх провідних дослідників та в яких саме аспектах є сталі характеристики [49].

З подібною метою Кулик здійснила дослідницький аналіз та виокремила такі основні підходи: біофізіологічний, психологічний, інформаційно-комунікативний [37].

Біофізіологічний підхід вивчає пристосування та активне підтримання необхідного рівня відповідності будови організму до внутрішніх та зовнішніх змін, що виникають під впливом середовища біологічних, хімічних, екологічних, фізіологічних (температурі, атмосферному тиску, освітленню, та ін.) чинників. У даному підході досліджуються біологічний, фізіологічний, анатомічний, медичний, екологічний та ергономічний види. Це дозволяє оглянути вплив зовнішніх факторів та зовнішні реакції організму на подразники [91].

Психологічний підхід вивчає формування індивідуального стилю діяльності; діалектичну єдність діяльнісних і соціально-психологічних відношень суб'єктів адаптації і соціального середовища; входження людини у систему внутрішньо-групових відносин і пристосування до них; вироблення зразків мислення й поведінки, які відображають систему цінностей і норм конкретного виробничого колективу; придбання, закріплення й розвиток умінь і навичок міжособистісного спілкування у такому колективі [13].

Інформаційно-комунікативний підхід, в свою чергу, вивчає зміни структури або функції системи та керуючих впливів на основі одержаних даних і поточної інформації з метою досягнення оптимального стану при недостатній апріорної інформації або змінених умовах діяльності; пошук, сприйняття й переробку інформації у контактах [18].

По даних тезисах можна сказати, що кожен з підходів все одно має за основу в першу чергу психологічний аспект дії подразників, а вже тоді певні реакції, що і стали основою цих підходів [45].

Якщо ж брати до уваги проблематику адаптації, то прикладом можна взяти підхід Кислого, який має схожість з підходом Теличкіна. Він розрізняє три основні напрями дослідження даного процесу, де в основі кожного стоїть психофізіологія. Він розрізняє:

- Клініко-психологічні дослідження стресу. Тут адаптація вивчається поза контекстом конкретної предметної діяльності.

- Вивчення реакцій конкретних органів та психічних процесів на робоче навантаження або на несприятливі умови діяльності (шум, гіпоксія, тиск).

- Комплексне вивчення психічного і фізіологічного стану індивіда в процесі адаптації [57].

Ці підходи вже говорять про об'єднання попередніх, здавалося б, різних визначеннях даного поняття.

Наприклад, Галус у дослідженнях, які проводив роками, виокремив дещо інші підходи, які поясненні дещо іншими схемами дослідження поняття «адаптація»:

- Організоцентричний підхід, де одиницею еволюції є окремий індивід, а от відбору відводиться вже незначна роль, де еволюційний розвиток зовсім заперечувався. Ця концепція еволюції породила помилкові уявлення про перебіг філогенетичних адаптацій, що відбувається шляхом функціонального пристосування або в результаті психічних реакцій індивідів і цілеспрямованості еволюційного процесу загалом.

- Популяційноцентричний (популяція розглядалася як система взаємопов'язаних індивідів, де вирішальну роль виконує обмін генетичною інформацією між індивідами і внутріпопуляційний добір). Необхідно вказати, що саме генетична інформація забезпечує адаптацію наступних поколінь, яка набула їх прашурами.

- Біоцентричний, де головною його сутністю є здатність біосистеми до саморегулювання, де проявляється динамічна суперечність понять: причина і наслідок, випадкове і необхідне, внутрішнє і зовнішнє. Таким чином внутрішні процеси біосистем спрямовані на стабілізацію внутрішнього середовища (гомеостаз) та на неперервну його модуляцію до потреб.

- Медико-фізіологічний, згідно з яким існує адаптація, яка набувається за індивідуального життя (онтогенезу). Ця адаптація формується в процесі взаємодії з довкіллям і нерідко забезпечується глибокими структурними змінами організму. Набуті в житті зміни не передаються спадково, вони

нашаровуються на спадкові ознаки організму, і в сукупності з ними формується індивідуальний облік.

- Соціологічний підхід, який вказав на те, що адаптація є процесом «входження», «вживання» людського індивіда в деяку цілісну систему соціальних зв'язків [24, 99].

Та не можна не зазначити, що в цій класифікації Галус опирається на праці Мороза, де той вказує на двох основних рівнях: перший (нижчий), – у сфері відносин «організм – це природне середовище». Характеризується біологічними закономірностями, проте знаходиться під впливом соціальних умов, котрі не регулюють стосунків між людським організмом і природним середовищем, але модифікують істотні закономірності цієї взаємодії) і другий (вищий) – у сфері відносин «особистість – соціальне середовище» (характеризується взаємовідносинами особистості й соціуму і відрізняється від біологічної адаптації) [76].

Відповідно до досліджених джерел найбільше відповідає тематиці саме дослідження Кулик, оскільки є найбільш прагматичним та систематизованим у своїх поглядах. Результати теоретичних досліджень інших наукових підходів розкривають тільки окремі аспекти адаптації. Також у розподілі Кулика відображається розгляд адаптаційних процесів людини саме до ризиконебезпечних професій та розроблення на цій основі прийомів і методів оптимізації даного процесу [80].

Зокрема на основі уже оброблених теоретичних підходів вивчення адаптації, можна спробувати систематизувати їх у класифікацію окремих способів вивчення [20].

Системний спосіб – порушує велику кількість питань, відповіді на які неможливо оптимізувати з позицій елементоцетризму, який призводить до спрощення трактування [101].

Концепція адаптації є достатньо поширеною в психології та відіграє центральну роль в еволюційній психології. Адаптація розвивається й базується на високопластичній природі поведінки/пізнання/мозку немовлят і

дітей. Вводиться концепція еволюційних імовірнісних когнітивних механізмів, визначених як механізми обробки інформації, розроблені для вирішення періодичних проблем, з якими стикаються популяції предків, які ймовірнісним чином виражені в кожній людині в поколінні, на основі безперервної та двонаправленої взаємодії протягом усього часу. рівні організації, від генетичного до культурного. Ранні перцептивні, когнітивні, афективні упередження призводять до поведінки, яка, якщо відбувається у видово-типовому (очікуваному) середовищі, викликає безперервні адаптивні зміни в поведінці (і пізнанні), що дає стабільні (і адаптивні) результати [15,10].

Теорія психологічної адаптації, представлена Рахмадом у 2022 році, була розроблена, щоб зрозуміти, як люди психологічно адаптуються до змін і викликів у різних життєвих контекстах, а також з метою надання вказівок щодо процесу психологічної адаптації та факторів впливу. У світі, що швидко змінюється, здатність психологічно адаптуватися має вирішальне значення для підтримки добробуту та продуктивності [8].

Рахмад визначає психологічну адаптацію як процес, за допомогою якого люди пристосовують свої думки, емоції та поведінку, щоб справлятися зі змінами чи викликами у їх житті. Основна концепція даної теорії полягає в тому, що психологічна адаптація передбачає когнітивні та емоційні коригування, які дозволяють людям ефективно функціонувати та досягати благополуччя, незважаючи на складні ситуації. Так, автор підкреслює важливість гнучкості, стійкості та стратегій подолання в процесі психологічної адаптації [4].

Варто зазначити також, що теорія психологічної адаптації базується на феномені того, що люди часто стикаються зі значними змінами та проблемами у своєму житті, такими як, наприклад, зміна роботи, травматичні події тощо. Це явище демонструє, що здатність психологічно адаптуватися має вирішальне значення для підтримки добробуту та працездатності. Особи, які можуть добре адаптуватися, як правило, мають нижчий рівень стресу, краще психічне благополуччя та більшу ефективність у різних аспектах життя [95].

Принципи роботи теорії психологічної адаптації Рахмада включають кілька ключових кроків. Першим кроком окреслюється важливість визначити та зрозуміти зміни чи виклики, з якими зіткнулися. Другим кроком є необхідність розробки ефективних стратегій подолання, таких як емоційне регулювання, вирішення проблем і пошук соціальної підтримки, має вирішальне значення. Третім кроком є необхідність здійснення когнітивних коригувань, такі як зміна перспектив або оцінка складних ситуацій [29].

Окрім всього вищезазначеного, дана теорія підкреслює важливість саморефлексії та вивчення попереднього життєвого досвіду для підвищення майбутніх можливостей до адаптації. Ключові індикатори цієї теорії включають рівень стресу, психічне благополуччя та індивідуальну продуктивність у протистоянні змінам або викликам. Інші показники включають когнітивну гнучкість, стійкість та ефективність використаних стратегій подолання. Ці показники допомагають оцінити, наскільки добре люди психологічно здатні до адаптації, особливо в складних життєвих ситуаціях. Їх можна виміряти за допомогою опитувань, інтерв'ю та спостереження за поведінкою в різних життєвих контекстах [41].

Операційні змінні теорії психологічної адаптації включають вимірювання рівня стресу, якості стратегій подолання та когнітивної гнучкості, які дозволяють зробити припущення про те, як люди адаптуються психологічно та яким чином можна розробити втручання, щоб покращити цю здатність до адаптації. Ці змінні вимірюються за допомогою опитувань, самооцінки та аналізу даних про продуктивність [83].

Теорія психологічної адаптації Рахмада може знайти своє застосування в різних сферах, таких як управління людськими ресурсами, психологія, освіта, соціальні комунікації та охорона здоров'я. У сфері управління людськими ресурсами ця теорія є корисною для ефективної розробки програм, які направлені на підтримку адаптаційних ресурсів та навичок працівників до організаційних змін з метою покращення їхнього добробуту на робочому місці. Знання та висновки цієї теорії про те, які є можливі варіанти

адаптації людини до стресу та травми й їх особливі характеристики, є корисними у психологічній науці, оскільки дозволяють поглиблювати знання про адаптаційні аспекти та розробляти й впроваджувати найбільш оптимальні ефективні програми корекційних втручань з акцентом на підвищення стійкості та адаптаційних ресурсах особистостей [69].

В освітній сфері описана вище теорія підтримує розробку навчальних програм, які сприяють адаптаційним можливостям учнів у відповідь на зміни та виклики. У соціальній комунікації вона керує стратегіями посилення залучення громади та адаптації до соціальних змін. У галузі охорони здоров'я – допомагає розробляти програми, які підтримують адаптацію пацієнтів до мінливих умов здоров'я та покращують якість їхнього життя [30].

Успіх реалізації цієї теорії визначається кількома ключовими факторами. Підтримка з боку соціального та організаційного середовища має вирішальне значення для створення умов, що сприяють психологічній адаптації. Крім того, ключовим фактором є наявність навчання та ресурсів для розробки ефективних стратегій подолання. На успіх також впливає здатність людини використовувати когнітивну гнучкість і стійкість у протистоянні змінам і викликам [87].

Реалізація цієї теорії потребує структурованого та сталого підходу. Першим кроком є визначення потреб психологічної адаптації та розробка відповідних програм. Ефективні стратегії включають навчання стратегіям подолання, розробку політики, яка підтримує адаптацію, і створення механізмів зворотного зв'язку та оцінки. Постійне оцінювання та коригування стратегії на основі індивідуальних відгуків є важливими для забезпечення довгострокового успіху [42].

Проблеми у впровадженні цієї теорії включають опір змінам, відсутність розуміння важливості психологічної адаптації та обмежені ресурси для розробки та виконання програм адаптації. Однак за наявності потужної підтримки з боку соціального та організаційного середовища та постійного навчання ці проблеми можна подолати. Успіх також залежить від здатності

створити середовище, яке підтримує індивідуальне залучення та адаптацію, а також здатності керувати конфліктами та бар'єрами, які можуть виникнути в процесі адаптації [70].

Теорія психологічної адаптації наголошує на важливості в протистоянні змінам і викликам для досягнення оптимального благополуччя та продуктивності. Вона забезпечує комплексну основу для розуміння та полегшення психологічної адаптації в різних сферах. При належному впровадженні ця теорія може допомогти окремим особам і організаціям підвищити свій адаптивний потенціал, краще протистояти викликам і позитивно вплинути на добробут і продуктивність [91].

Незважаючи на тісне коріння з біології, соціологія рідко використовує поняття адаптації, віддаючи перевагу термінам «акультурація», «девіантність» або «соціалізація». Тим не менш, поняття адаптації існує в соціології під назвою соціальної адаптації. Його виявляють у змінах особистості на початку розвитку здібностей до інтеграції та набуття почуття приналежності до групи [4].

Соціальні та культурні адаптації мають кілька спільних аспектів через неадаптацію і психологічну адаптацію та відповідають концепціям соціальної інтеграції та соціалізації. Тим часом соціалізація вимагає від індивіда інтеріоризації та інтеграції моделей, цінностей і символів середовища в структуру своєї особистості, щоб легко спілкуватися і розвиватися. Соціальна адаптація, однак, не означає «відповідність», оскільки адаптація до середовища може ввести поняття інновації або модифікації. Крім того, соціологічні теорії адаптації та соціологічний аналіз інтеграції доповнюють один одного і беруть участь у збагаченні адаптації в більш загальному сенсі [34].

У соціології XIX століття під впливом біології з'явився еволюціонізм, який шукав закономірності у витоках суспільних перетворень у часі [99].

Внесок нових наук породив епістемологічні розриви. З цього виникла концепція взаємозалежності, передумова складної та системної соціології, яку

започаткував Морен і в якій адаптація бере суттєве зі своєї концептуалізації. Робота Морена, іноді ближча до епістемології, ніж до соціології, пов'язує соціальну антропологію з науками про природу, використовуючи поняття систем і організації [22].

З вищеописаного випливає, що адаптація розглядається як центральний процес зміни, за допомогою якого складна система може підвищити свою складність, зменшивши свої обмеження. Морін наголошує, що концепція пов'язана з автоорганізацією концептуального циклу змішування, яка об'єднує екоорганізацію, таким чином беручи участь в еволюції. Саме поняття адаптації піддається змінам і трансформаціям. Таким чином, Таше пропонує загальне визначення адаптації складних систем, яке об'єднує широкий спектр понять. Він закінчує свою роботу над соціологічним наслідком адаптації складного процесу на теоретичному рівні, а також на рівні втручання, зокрема в існуючий глобальний контекст, який характеризується численними змінами та невизначеністю. У 1950-х роках, використовуючи свою загальну теорію дії, Парсонс розробив функцію адаптації в контексті системи дії, представленої соціальними акторами та визначеної взаємозалежністю підсистем (культурної, соціальної, психічної, біологічної) і системи дії з навколишнім середовищем [71, 100].

Тема адаптації також розглядається в соціології організацій. Стикаючись зі змінами (соціальними, економічними, технологічними), існують організації, які стійкі до адаптації, але які повинні трансформуватися, щоб уникнути зникнення, приймаючи поступові та постійні зміни, а не витримані і жорстокі зміни. Відтепер уявлення про колективне розуміння нових способів існування та діяльності становлять соціальні пристосування, які представляють систему, яка змінюється з часом. У цьому ключі, дослідження відносин влади за допомогою стратегічного та систематичного аналізу, розробленого Крозье та Фрідбергом, дозволило їм показати, що індивід може вільно відступити від очікувань у виборі групи можливостей, а не пасивно пристосовуватися до своїх структур [49].

Соціалізація – це велика сфера, яку важко окреслити. Враховуючи різноманіття розуміння соціалізації, мета полягає не в тому, щоб дати однозначне визначення, а в тому, щоб запропонувати деякі конститутивні елементи концепції. Далі вводяться аспекти та виміри, які відіграють важливу роль у теоретизуванні соціалізації. Концептуальна дискусія завершується розглядом можливих обмежень соціалізації через генетичні фактори [1].

Соціалізація – це процес надання індивідам соціальних зв'язків, тобто пристосування їх до життя в умовах, типових для їхньої соціальної групи чи більш широкого соціального контексту. Як ми знаємо, коли діти народжуються, вони напрочуд добре підготовлені до життя загалом і соціальних взаємодій зокрема. Однак для нормального функціонування в певній групі чи суспільстві потрібні більш специфічні навички, а також, наприклад, багато знань і рамок інтерпретації реальності. Діти спроможні набутися цього та все більше адаптуватися до вимог участі в певному соціальному контексті. Підлітковий вік є особливо цікавим періодом тривалості життя, враховуючи все більший вплив молодих людей на контексти, що представляють суспільну сферу за межами сім'ї та особистих стосунків, а також важливі кроки в розвитку особистості в підлітковому віці [37].

Соціологічний аспект дослідження соціальної адаптації військовослужбовців та членів їх родин в умовах воєнного стану тісно пов'язаний з соціологічним осмисленням феноменів війни, насилля, примусу та класичними соціологічними теоріями. Хоча, як зазначають фахівці, саме цей напрям стає актуальним лише з часом суспільного розвитку, пов'язаного з соціальними кризами, революціями та війнами [73].

Тези щодо війни, насилля та боротьби можна знайти у працях соціологів кінця XIX – початку XX століття, зокрема представників расово-антропологічної школи та школи соціального дарвінізму. Передумовою цього виступив факт поширення теорії еволюції Дарвіна, яку науковці соціо-гуманітарних дисциплін тлумачили досить широко, накладаючи її на

взаємодію людських спільнот у притаманний їм спосіб – через протиріччя та конфлікти [55].

Гумплович у праці «Соціологія і політика» зазначає, що соціальні групи постійно знаходяться у стані боротьби, та намагаються підкорити одна одну, що призводить до появи феномену амальгамації – процесу взаємопроникнення різних груп, що тривалий час співіснують поруч. Але взаємодію цих груп він розглядав в межах своєї концепції, стверджуючи, що народ та соціальні групи не можуть досягти гармонійності у відносинах, оскільки завжди поділяються на переможців та переможених, тобто конфлікт, зокрема військовий, є природною характеристикою людських спільнот [40].

Беджгот у творі «Фізика і політика» та Самнер наголошували на тому, що боротьба за існування універсальним законом, притаманним суспільству, а феномен етноцентризму, коли кожна група вважає власний спосіб життя досконалішим у порівнянні з іншими групами, призводить до появи конфліктів, які розв'язуються у різний спосіб, часто – у насильницький [5].

Положення щодо тематики війни можна зустріти в концепції Спенсера, зокрема у його класифікації типів суспільств, які він поділяв на суспільство військове та суспільство промислове. Військове суспільство за Спенсером підкорює внутрішню суспільну організацію цілям боротьби за існування та зовнішній агресії, спрямованій на ворога. Характерними ознаками військового суспільства він вбачав: домінування колективних цілей над індивідуальними; наявність розвиненої системи примусу; ієрархічну структуру управління суспільством; домінування військових у його структурі; принцип наслідування влади; заохочення патріотизму та готовності до самопожертви [2].

В русі своєї концепції Дюркгейм визнає примус об'єктивно існуючим феноменом, який за допомогою різних прийомів змушує людей діяти поза їх власною волею та бажаннями, підкорюючись його силі. Одночасно з цим він наголошує на функціях примусу, серед яких: організуюча, селективна та солідаризуюча, які покликані укріплювати соціальні зв'язки та впорядковувати їх, приводячи у відповідність до норм соціальної системи [38].

Наступна концепція пов'язана з іменем Сорокіна та його працями, серед яких стаття «Війна та мілітаризація суспільства» та фундаментальне дослідження «Соціальна і культурна динаміка». У статті Сорокін намагається проаналізувати зміни, які відбуваються із суспільством під час війни та приходить до таких висновків:

1) під час війни суспільство має не жити, а виживати, і цій меті підкорюється вся система соціальної взаємодії, тому відбувається централізація та зростання рівня згуртованості спільноти навколо влади, що часто супроводжується формуванням та вкоріненням у подальшому авторитарних режимів;

2) війна сприяє особистісним змінам, які трансформують кожну людину та систему її цінностей, адже війна та стан захисту потребують не поваги до людського життя, а захисту власного; порушення чужих прав; супроводжуються руйнацією та негативними емоціями (злість, агресія тощо);

3) війна знищує потенціал населення, що відбивається не тільки на демографічній ситуації, але й на збідненні потенціалу суспільства, призупиненні як суспільного, так і технологічного розвитку, особливо враховуючи той факт, що гине працездатна частина населення [9, 51, 75]

У праці «Соціальна і культурна динаміка» Сорокін проаналізував 967 війн, які мали місце протягом історії людства та 1629 військових конфліктів. За результатами дослідження перехід до мирного співіснування він вбачає в переоцінці сучасних культурних цінностей; виробленні єдиної, загальнолюдської системи цінностей та моральних норм; чіткого дотримання прав суверенітету серед держав з метою попередження військових конфліктів [30].

Отже, функція адаптації є принципом організації, який дозволяє зрозуміти зв'язок між частинами системи, а також системи в цілому. Він стосується всіх засобів, які система та її члени повинні використовувати для досягнення цілей. Таким чином, адаптація стає ендогенним процесом, який дозволяє системі або засвоїти інновацію, або змінити свою внутрішню

структуру, щоб засвоїти цю інновацію. У той же час, соціалізація – це процес надання індивідам соціальних зв'язків, тобто пристосування їх до життя в умовах, типових для їхньої соціальної групи чи більш широкого соціального контексту. Обидва поняття є тісно взаємопов'язаними та доповнюють суть один одного.

1.2. Психологічні стани звільнених військовополонених

Ретроспективні дослідження ветеранів, які були військовополоненими під час Другої світової війни, встановили зв'язок між полонем і психічними захворюваннями, зокрема посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Наприклад, дослідження, проведене в 1989 році, показало, що вісімнадцять (29%) з вибірки з шістдесяти двох американських ветеранів, які були військовополоненими під час Другої світової війни, відповідали критеріям ПТСР, і, виходячи з їхніх спогадів про симптоми, 50% з них могли б претендувати на цей діагноз у 1946 році, через рік після репатріації [54].

Крім того, дослідження, проведене в 1997 році серед 262 американських ветеранів, які перебували в полоні під час Другої світової війни або Корейського конфлікту, показало, що 53% з них страждали від ПТСР в минулому, а 29% все ще мають симптоми цього розладу. Ці результати зробити висновок, що ПТСР є «стійкою, нормативною і первинною реакцією» на важку травму полону [60].

Не існує єдиного досвіду перебування в полоні. Наприклад, середня тривалість ув'язнення військовополонених під час в'єтнамського конфлікту була значно довшою, ніж під час Другої світової війни та Корейського конфлікту. Багато військовополонених перебували в полоні у В'єтнамі від 6 до 7 років. Крім того, суворість умов утримання була більшою у таборах для військовополонених на Тихоокеанському театрі Другої світової війни, ніж у в'язницях європейського театру воєнних дій. На противагу цьому, досвід військовополонених під час війни в Перській затоці, як правило, не

перевищував більше 30 днів, причому деякі, але не всі, військовополонені зазнавали катувань, а інші боялися смерті від бомбардувань союзників [76].

Важливо пам'ятати, що репатрійовані військовополонені – це частина тих, хто загубилися, потрапили в полон і були ув'язнені. Це ті, хто вижив. Нічого не відомо про групу, яка ніколи не повернулася. Характер полону відіграє важливу роль у визначенні психічних реакцій як під час ув'язнення, так і після репатріації. Типи стресів, яким піддаються військовополонені залежать від культурного та соціально-економічного культурного та соціально-економічного статусу полонених, географії, клімату, ендемічних захворювань, обставин захоплення (катапультивання екіпажу, здача в полон великою групою тощо), політичного клімату та ступеня опору, який чинять військовополонені [20, 81].

Ступінь опору, який чинять військовополонені, залежить від самих військовополонених. Ступінь стресу, спричиненого цими факторами залежить від фізичних умов, в яких перебуває полонений, психологічного досвіду, ступеня жорстокого поводження, міжособистісних проблем, а також індивідуальної та культурної оцінки подій. Роль самої культури як фактора стресу самої культури як стресогенного чинника часто не береться до уваги [2].

Для того, щоб описати і кількісно оцінити фактори стресу, пов'язані з перебуванням військовополонених у В'єтнамі, Урсано та його колеги проаналізували звіти про дебрифінги та медичні анкети, заповнені репатрійованими військовополоненими часів В'єтнамського конфлікту одразу після звільнення [65].

Один з розділів медичної анкети включав питання про методи, які використовували північні в'єтнамці для контролю за поведінкою в'язня. На кожне запитання потрібно було відповісти за чотирибальною шкалою. Дебрифінг звіти були закодовані за частотою та типом жорстокого поводження. За допомогою методу факторного аналізу було визначено сім факторів стресу: психологічне жорстоке поводження, фізичні катування та

жорстоке поводження, одиночне ув'язнення, допит, погрози та позбавлення привілеїв, наявність статусу активних учасників бойових дій, та тривалість жорстокого поводження [72].

Гострі та хронічні стреси, пов'язані з полонем, важливо розрізняти, адже іноді цю різницю називають стресом (гострим) і перенапруженням (хронічним). Фундаментальні дослідження на тваринах підкреслюють цю різницю. Молоді хом'яки, розлучені з матерями (гострий стрес), спочатку демонструють підвищене збудження і «сигнал розлуки». Згодом за цим слідує (хронічний стрес) настає замкнутість і відсутність «поклику до розлуки». Кассем і Хакетт повідомили про подібну картину психологічної реакції у людей після специфічного стресу – інфаркту міокарда. Початковий період тривоги і вегетативної гіперактивності змінюється абстиненцією та неврастенією [93].

Досліджуючи показники Міннесотського багатофакторного особистісного опитувальника (MMPI), Урсано та ін. виявили, що замкнутість і відстороненість були пов'язані з успішним подоланням стресу лише в групі військовополонених В'єтнамського конфлікту з високим, але субмаксимальним рівнем стресу (ті, хто потрапив у полон після 1969 року). У групі з максимальним рівнем стресу відхід і апатія також були присутні, але вони не передбачали успішного подолання стресу. У цій групі військовополонених з максимальним рівнем стресу заперечення, пригнічення і підозрілість були пов'язані з кращим подоланням стресу [36].

Це свідчить про те, що когнітивні копінг-стратегії можуть бути важливими в умовах максимального стресу після спроби вилучення з оточення. З плином часу відхід і неврастення можуть бути менш корисними, а інші стратегії, такі як фантазування і роздуми про сімейні проблеми – більш корисними [68].

Дослідники виділяють декілька важливих етапів перебування військових у полоні: захоплення, ув'язнення, тримання під вартою, репатріація та реінтеграція. Вони відрізняються не лише за загальними характеристиками

протікання періоду, але й мають унікальні стресові фактори. Наприклад, під час захоплення в полон військовополонені повинні швидко опанувати емоційний контроль, впоратися зі страхом смерті та виконувати завдання, необхідні для виживання. Сподівання на порятунок швидко зникають після вивезення з місця захоплення; зазвичай полоненого зв'язують та/або зав'язують очі. Відчуття невіри може виникнути через швидку послідовність подій і радикальну зміну ролей – від комбатанта до полоненого [8].

Етап ув'язнення включає початковий «злом» і транспортування до остаточного місця ув'язнення. Військовополонений змушений адаптуватися до більш низького рівня існування, усвідомлюючи при цьому втрату звичної опори і престижу. Почуття туги за свободою, бажання співчуття, дисоціація та фантазії про дім або помсту є поширеними на цьому етапі. Це також період підвищеної пильності, настороженості, орієнтації на оточення і уваги до деталей. Причому, останні дві риси з часом можуть лягти в основу заспокійливого відчуття знайомства [33].

У середовищі військовополонених багато стресогенних чинників, які часто є дуже жахливими та нелюдськими, і завжди характеризуються абсолютною неочікуванністю. Біологічні стресори можуть бути екстремальними і залежать як від географічного розташування, так і від поведінки викрадачів. Психологічний стрес, включаючи соціальну ізоляцію, також може бути різним. Фізіологічний стрес та емоційний тиск були значно вищими у військовополонених, які перебували в полоні на Тихоокеанському театрі бойових дій під час Другої світової війни, ніж у військовополонених, які перебували в полоні на Європейському театрі бойових дій. Жорстоке поводження безпосередньо пов'язане з тим, наскільки ворожа країна розглядає військовополонених як політично цінних. У В'єтнамі після 1969 року умови утримання покращилися, а катування і жорстоке поводження з військовополоненими зменшилися. Ця зміна відповідала визнанню Північним В'єтнамом того, що військовополонені можуть бути важливим політичним інструментом [63].

Виживання під час перебування в полоні найбільш тісно пов'язане зі ступенем поранення на момент захоплення, а також з наявністю їжі, притулку та медичної допомоги. Наприклад, 4% канадських військовополонених у Другій світовій війні померли в європейських таборах для військовополонених і 27% – у набагато гірших в'язницях Тихоокеанського регіону. На умови утримання в полоні також сильно впливають характер бойових дій, що передували захопленню, економічні умови супротивника, а також те, чи розглядається військовополонений як політично цінний. Хоча не всі випадки перебування в полоні можна порівняти, а один і той самий досвід змінюється з часом, виявляється, що гнучкість особистості позитивно впливає на потенціал виживання та адаптивність. Ригідність є менш адаптивною. Не визначено, чи впливає копінг-поведінка під час полону на психопатологію після репатріації. Урсано не виявив зв'язку між психопатологією після репатріації та позицією опору, «маргінальним копінгом» під час полону або відчуттям користі від досвіду військовополонених після повернення [89].

Досвід спілкування Нардіні з більшістю вцілілих японських військовополонених на Тихоокеанському театрі Другої світової війни привів його до висновку, що існувало кілька якостей, які дозволили цим 12 000 чоловіків вижити (було ще 18 000 тих, хто не вижив). Серед них: сильна мотивація до життя, хороший загальний інтелект, міцна статура, емоційна нечутливість або добре контрольована і збалансована чутливість, збережене почуття гумору, сильне почуття обов'язку перед іншими, контрольоване фантазійне життя, мужність, успішний опір, опортунізм, військовий досвід і удача [89, 9].

Особистість військовополоненого також впливає на адаптацію та подолання труднощів. У екіпажу есмінця ВМС США «Пуебло», захопленого Північною Кореєю в 1968 році, незрілість, пасивна залежність і obsесивно-компульсивна поведінка були пов'язані з поганою адаптацією. Форд і Сполдінг обстежили членів екіпажу «Пуебло» одразу після їхнього звільнення. Чоловіки, які добре справлялися під час полону, часто мали особистість, яку

описували як «здорову» або «шизоїдну». Вони використовували широкий спектр его-захистів, зокрема, віру, перевірку реальності, заперечення, раціоналізацію та гумор. Чоловікам, які погано справлялися зі стресом, часто ставили діагноз «пасивно-залежний», і вони були більш обмежені в кількості захисних механізмів, які використовували [56, 79].

Шизоїдна поведінка та інтроверсія є більш адаптивними, ніж obsесивно-компульсивна, пасивно-залежна або незріла поведінка. Пасивна залежність була виділена як особливо дезадаптивна реакція. Індукція залежності вигідна табірному керівництву для нав'язування своєї волі. Психологічний стан військовополоненого під час перебування в полоні описується як залежність, виснаженість і страх. Виявлення адаптивних характеристик особистості потребує подальшого вивчення. Очевидно, що стійкість особистості та здатність переносити пасивність позитивно пов'язані з оптимальною адаптацією [47].

Джонс проаналізував шість книг, написаних колишніми військовополоненими, які перебували в таборах для військовополонених у Північному В'єтнамі. Він визначив стратегії подолання труднощів, які підтримували військовополонених під час ув'язнення, спільною рисою яких було те, що кожен чоловік мав певний стандарт поведінки, який він сам для себе встановлював. Ідеали, які, як повідомлялося, підтримували в'язнів, були такими: лояльність до країни (пам'ять про свою спадщину, зосередженість на патріотичному обов'язку чинити опір), ідеалізація своєї сім'ї (надія повернутися з відчуттям того, що я був гідний їх), і союз з іншими в'язнями (спілкування, взаємопідтримка, спільний опір) [82].

Перші спостереження за військовополоненими Другої світової війни, проведені Коеном і Купером, виявили значно вищу смертність серед полонених Тихоокеанського театру воєнних дій, головним чином через нещасні випадки та туберкульоз. У європейській групі надмірної смертності не спостерігалось. Також були відзначені шлунково-кишкові розлади, психологічні проблеми, офтальмологічні зміни, серцеві розлади, наслідки

недоїдання і туберкульозу. Подібний підвищений рівень смертності був зафіксований і серед австралійських військовополонених Тихоокеанського театру воєнних дій. Наступне дослідження Нефзгера, проведене в середині 1960-х років, показало, що рання надмірна смертність у тихоокеанській групі знижується. Однак військовополонені корейського конфлікту все ще мали надлишкову смертність [77].

У середині 1960-х років Бібі, використовуючи як записи, так і анкети, оцінював медичну та психіатричну захворюваність у тих самих військовополонених часів Другої світової війни та Корейської війни. Ветеранів армії США, які потрапили в полон на двох театрах бойових дій Другої світової війни і в Корейському конфлікті, порівнювали між собою і з контрольною групою за кількістю госпіталізацій між 1946 і 1965 роками (1954-1965 роки для військовополонених під час Корейського конфлікту), а також за кількістю симптомів, ступенем інвалідності та психосоціальної дезадаптації в 1966-1967 роках. Було виявлено, що наслідки пережитого військовополоненими були як соматичними, так і психіатричними, і були найбільшими у військовополонених Тихоокеанського театру воєнних дій. У військовополонених європейського театру воєнних дій у 1966-1967 роках були помітні лише психіатричні наслідки. У подальших дослідженнях 1970-х років Кін не виявив надмірної смертності [11].

Хоча соматичні проблеми були найбільш поширеними в перші роки після визволення, вони зберігаються у ветеранів Тихоокеанського театру і сьогодні. Теннант виявив вищі показники виразки дванадцятипалої кишки у колишніх військовополонених Тихоокеанського театру, ніж у групі небойових контрольних осіб, навіть через 40 років після Другої світової війни. Ця надмірна медична захворюваність корелює з синдромами втрати ваги і дефіциту поживних речовин під час перебування в полоні. Поточні неспецифічні соматичні симптоми, такі як втома, більш поширені серед військовополонених Тихоокеанського театру Другої світової війни і військовополонених Корейського конфлікту, ніж серед ветеранів, які не були

військовополоненими в ті ж епохи. У всіх цих дослідженнях психіатричні ознаки і симптоми залишалися найбільш стійкими після визволення як для тихоокеанських, так і для європейських груп [22].

Висновки про більшу психіатричну, ніж медичну захворюваність та відмінності між військовополоненими обох описаних вище театрів воєнних дій були також очевидними, коли вивчалися тенденції призначення інвалідності Адміністрацією у справах ветеранів, показники госпіталізації та відповіді на Корнельський медичний індекс здоров'я [97].

Існує багато дискусій щодо потенційного етіологічного значення органічних факторів у посттравматичних психічних розладах військовополонених та в'язнів концтаборів. Термін «синдром концтабору» використовувався для опису в'язнів концтаборів, які демонстрували емоційну лабільність, дисфорію, депресію, тривогу, безсоння, нічні кошмари, погіршення інтелекту та/або неврастенію. Ейтенгер припустив, що, хоча психосоціальні фактори є важливими в етіології цих симптомів, дефіцит харчування, травми голови, інфекції тощо також відіграють важливу роль у зниженні стійкості мозку, зменшенні здатності гнучко справлятися з полонем і нормально відновлюватися. Однак він досліджував в'язнів концтаборів, які зазнали найбільш екстремальних депривацій. Більшість військовополонених, за винятком деяких на Тихоокеанському театрі воєнних дій під час Другої світової війни, не страждали від екстремальних рівнів депривації в концтаборі. Існує як значна згода, так і розбіжності щодо того, до якої міри слід наголошувати на біологічних факторах. У військовополонених часів В'єтнаму не було виявлено жодних даних на користь «синдрому концтабору». Найімовірніше, що симптоми органічних порушень при «синдромі концтабору» пов'язані з екстремальним недоїданням і фізичними травмами, які спостерігалися в концтаборах Другої світової війни [66].

Огляд літератури, проведений Пейкелем у 1978 році, показав, що наявність травматичних подій збільшує ризик розвитку депресії в 2 рази, а суїциду – в 6 разів. Хоча деякі дослідження припускають, що поширеність

депресії може знизитися після перших років після травматичної події, поширеність великої депресії у військовополонених Тихоокеанського театру Другої світової війни залишається вищою, ніж у контрольній групі, яка не є військовополоненими, навіть через 40 років після звільнення. Дослідження ММРІ у репатрійованих військовополонених виявляють підвищені шкали депресії. Пейдж та ін., використовуючи велику національну вибірку військовополонених Другої світової війни (Європа і Тихоокеанський регіон), військовополонених часів Корейської війни і груп порівняння, які не були військовополоненими, виявили підвищену депресивну симптоматику за шкалою CES(D) через десятиліття після репатріації. Військовополонені, які були молодшими, менш освіченими та зазнали більш суворого поводження, частіше повідомляли про депресію [3, 43].

Зловживання алкоголем є більш поширеним серед колишніх військовополонених, ніж серед демографічно споріднених груп. Однак досліджень, які б враховували демографічні, соціально-економічні фактори та психіатричний анамнез до початку вживання алкоголю, небагато. Існують дані про захворюваність та інші докази того, що зловживання алкоголем є проблемою для багатьох колишніх військовополонених, і це слід ретельно враховувати під час медичних та психіатричних оглядів. Хлужник та ін. повідомили, що через 40 років після Другої світової війни післявоєнний діагноз алкоголізму був поставлений 50 з 188 військовополонених з Тихоокеанського театру воєнних дій, які добровільно зголосилися пройти медичне та психіатричне обстеження. З цієї групи 67% також мали в анамнезі ПТСР; отже, алкоголізм міг бути первинним або вторинним. Вживання алкоголю може бути формою самолікування і може пригнічувати нічні кошмари, зменшувати вегетативну гіперактивність і сприяти появі більш приємних нетравматичних фантазій. Надлишок алкоголю часто супроводжує ПТСР (41%-80%) [50, 1].

Існує небагато досліджень зловживання наркотиками серед військовополонених після репатріації. Потенційні змінні, які необхідно

враховувати в будь-якому такому дослідженні, включають демографічні дані, соціально-економічний статус, вживання психоактивних речовин до репатріації, поширеність психічних розладів до репатріації, супутні психіатричні захворювання та наявність або відсутність больових синдромів, пов'язаних з перебуванням у полоні. Зловживання наркотиками після травми також може бути самолікуванням іншого психічного розладу, наприклад, депресії як самостійного явища або продовженням вже існуючого розладу, пов'язаного зі вживанням психоактивних речовин. Одночасне зловживання наркотиками спостерігається у 16-50% ветеранів з ПТСР [10].

До появи DSM-III і діагностичної категорії «посттравматичний стресовий розлад» найчастішими діагнозами, які ставилися психічно хворим колишнім військовополоненим, були тривожна реакція, тривожний стан і тривожний невроз. Тривожні розлади, відмінні від ПТСР, залишаються частими серед колишніх військовополонених Другої світової війни (143 з 188 в одному дослідженні). У цій групі найчастіше повідомлялося про генералізований тривожний розлад (103 з 188). Він значною мірою збігався з ПТСР. У деяких дослідженнях до 95% пацієнтів з ПТСР відповідають критеріям принаймні одного іншого тривожного розладу за DSM-III-R. Панічні атаки і панічні розлади часто зустрічаються в осіб, які зазнали травми. До половини пацієнтів з ПТСР також мають панічні атаки [60].

Реакція на стрес може бути різною. У той час як основні психіатричні захворювання часто вивчаються, мікро- та психопатологія, нормальні реакції на стрес і рух до психологічного здоров'я вивчені недостатньо добре. Розлади адаптації слід ретельніше вивчати як парадигму реагування на стрес. Виявлення пов'язаної зі стресом незначної психопатології може виявити потенційний фокус для психотерапії. Як і у випадку з основними психіатричними діагнозами, частота виникнення розладів адаптації після перебування в полоні позитивно корелює з тривалістю та тяжкістю полону [41].

У дослідженні 1981 року репатрійованих військовополонених ВПС США у В'єтнамському конфлікті Урсано та ін. виявили, що розлади адаптації та сімейні/професійні проблеми виникали у 17,2%-18,2% вибірки під час репатріації та у 9,2%-15,8% під час 5-річного спостереження. Це були найпоширеніші психіатричні діагнози. Холл і Малоун уважно спостерігали за шістьма колишніми військовополоненими та їхніми сім'ями протягом 3 років після повернення з Північного В'єтнаму і виявили, що більшість з них відчували когнітивні, соціальні, робочі, емоційні та сімейні труднощі протягом перших 2 років. Ці проблеми, загалом, з часом вирішилися, і жодних серйозних психіатричних захворювань у жодного з цих чоловіків не виникло [70].

Повідомлялося про антисоціальну поведінку дорослих, obsесивно-компульсивний розлад, інтермітуючий вибуховий розлад, біполярний розлад, шизотипові риси та інші психотичні розлади, що виникають після травми. Однак малоймовірно, що ці розлади мають причинно-наслідковий зв'язок з перебуванням у полоні. Жодне з повідомлень про ці розлади не враховує належним чином змінні до травми, такі як психіатричний стан, соціально-демографічні дані або патерни вживання психоактивних речовин [90].

Зміни особистості, що відбуваються в результаті досвіду перебування в полоні, не обов'язково мають бути патологічними. Багато колишніх військовополонених повідомляють, що полон пішов їм на користь, переорієнтувавши їхні цілі та пріоритети і рухаючись у напрямку психологічного здоров'я. Певні профілі ММРІ були пов'язані з певними стресовими факторами для військовополонених. Так само, як і розвиток психопатології під час та після полону, непатологічні зміни особистості залежать від характеру та тяжкості пережитого досвіду принаймні так само, як і від того, що було до полону. Як згадувалося раніше, у військовополонених часів Другої світової війни та Корейського конфлікту був помічений синдром глибокої апатії. На противагу цьому, військовополонені часів В'єтнаму, яких досліджував Урсано, демонстрували рух до ригідності характеру, зниження

міжособистісної спорідненості, посилення прагнення до досягнень і переживання дефіциту часу. Такі зміни самі по собі не є ні патологічними, ні корисними. Саткер та ін., вивчаючи військовополонених у корейському конфлікті, виявили підозрілість, побоювання, розгубленість, ізоляцію, відстороненість і ворожість. Еберлі та ін. виявили стійкий підвищений негативний вплив у військовополонених Другої світової війни через 40 років після полону, який він інтерпретував як адаптаційну зміну, щоб пристосуватися до полону [28, 62].

Урсано та Беттельхейм обговорили можливі причини різних особистісних змін, заснованих на інтрапсихічних та адаптаційних зрушеннях. Ці два типи змін (апатія та ригідність/енергійність/міжособистісна дистанція) можуть виконувати схожі адаптаційні функції [20].

Тяжкість полону є результатом як тривалості ув'язнення, так і ступеня жорстокого поводження та позбавлення волі. Тривалість ув'язнення сама по собі не є добрим показником тяжкості полону. Військовополонені Тихоокеанського театру Другої світової війни зазнавали значно більшого фізичного, екологічного та психологічного стресу, ніж військовополонені Європейського театру війни. Лише 40% з 30 000 військовополонених, яких утримували японці, пережили війну. Хвороби та недоїдання були поширеними явищами. Смертність, в основному через туберкульоз, також була вищою одразу після репатріації в групі Тихоокеанського театру воєнних дій. Нещасні випадки і цироз печінки залишалися значно більш поширеними протягом багатьох років. Бібі виявив більшу кількість медичних і психіатричних симптомів, інвалідності та дезадаптації серед військовополонених з Тихоокеанського регіону, ніж серед військовополонених з Європейського театру воєнних дій. У першій групі продовжують спостерігатися вищі показники госпіталізації та захворюваності. Вищі показники цирозу печінки свідчать про вищу частоту деяких захворювань печінки та алкоголізму в цій групі військовополонених. Варто зазначити, що високий рівень психіатричної

та медичної захворюваності в Тихоокеанській групі зберігався і в 1980-х роках [94, 96].

Деякі дані підтверджують ідею про те, що відновлення відбувається швидше, якщо травма, отримана військовополоненим, є менш тяжкою. Вітлі та Урсано виявили, що військовополонені, які повернулися після 1969 року, швидше і повніше повернулися до нормального життя і до очікуваного рівня, ніж військовополонені, які потрапили в полон до 1969 року. Вивчення відновлення як процесу є одним із напрямків вкрай необхідних досліджень. Ті, хто вижив у концтаборах, мають відносно мало випадків повного одужання. Вони продовжують мати менш стабільне трудове життя, частіше змінюють роботу, частіше змінюють місце проживання, отримують довші лікарняні листи, частіше і довше перебувають у лікарні, ніж контрольна група. Військовополонені Тихоокеанського театру Другої світової війни продовжують мати більше медичних і психіатричних захворювань і повільніші темпи клінічного одужання, ніж військовополонені Європейського театру воєнних дій. З 188 колишніх військовополонених Другої світової війни, обстежених у 1986 році, 29% вважалися такими, що повністю одужали, 39% все ще повідомляли про легкі психіатричні симптоми, а 8% не одужали або їхній стан погіршився. Є задукомензовані докази того, що відбулося збереження високих показників ПТСР і депресії у військовополонених Тихоокеанського фронту Другої світової війни майже через 50 років після їхнього полону [37].

Підтримуючі соціальні зв'язки пом'якшують і захищають колишніх військовополонених від довготривалих психічних розладів. Може виникнути розчарування у мріях, надіях і фантазіях про те, яким буде життя після полону. Підтримка сім'ї та соціального оточення може допомогти притупити це розчарування. Відсутність соціальної підтримки (наприклад, розлучення, втрата ідеалізованого способу життя, смерть рідних або друзів) може значно підвищити ризик розвитку психопатології в пострепатріаційний період [66].

Зв'язок між полоном і психічними захворюваннями у збройних силах був встановлений наприкінці вікторіанської епохи і знайшов своє відображення в терміні «дулалі», що означає «божевілля». У 1861 році британська армія створила базу і санаторій в Деолалі, штат Махараштра, приблизно за 100 миль на північний схід від Мумбаї. Це був транзитний табір для солдатів, які закінчили свою службу («вислужили свій термін») і чекали на переправу до Британії. Військові кораблі залишали Мумбаї в період з листопада по березень, тому солдатам, які завершили свою службу не в ці дати, часто доводилося довго чекати на транспорт. В умовах обмеженого життя в таборі протягом спекотних літніх місяців деякі солдати ламалися і поводитися дивно; їх описували як таких, що мають «дурнуватий кран». Однак ці спостереження не були узагальнені за межами Індії, можливо, тому, що причиною психічних захворювань вважали екстремальну спеку («дотик сонця»), а не примусові обмеження на пересування і активність [100].

Під час Першої світової війни військовополонені стали об'єктом важливих дебатів про природу і причини «неврозу». У 1915 році провідні німецькі психіатри помітили розбіжність у симптомах, про які повідомляли солдати, що брали участь у бойових діях, і ті, що перебували в полоні [51].

Бонхейффер згадував, що різниця в поведінці між німцями, які потрапили до шпиталю безпосередньо з лінії вогню, і французькими полоненими була різною. Серед німців з великою частотою можна було зустріти знайомі форми істеричних реакцій, тоді як серед французів, які прибули з тих самих фронтових обставин [Верден], не було помітно жодного сліду істерії [80].

Більше того, Фріц Мор з Кобленца стверджував, що не знайшов жодного випадку неврозу серед 12 000 британських і французьких військовополонених, тоді як Вільманс задокументував лише п'ять прикладів серед 80 000 військовополонених. Оппенгейм, психіатр, який вважав, що травматичний невроз має органічну основу в ураженні мозку, поставив під сумнів точність цих спостережень. Проте, обстеживши велику кількість військовополонених,

Оппенгейм був змушений визнати, що симптоми психологічного розладу у них були відсутні [74].

Так само лікарі британської армії, які лікували полонених німецьких солдатів, рідко знаходили ознаки травматичних неврозів. Капітан Вілтшир, лікар, який служив у Франції та Салоніках, дійшов висновку, що піхотинці вітали діагноз «контузія», оскільки це гарантувало госпіталізацію подалі від небезпеки. На противагу цьому, військовополонений, який опинився в безпечному місці, не мав потреби в таких симптомах. Думка про те, що поранення або полон захищають від неврозу, була широко поширена серед військових лікарів. Ці переконання були настільки добре обґрунтовані, що збереглися і під час Другої світової війни. У «Підручнику психіатрії» Хендерсона і Гіллеспі 1943 року стверджувалося, що серед військовополонених психоневрози трапляються рідко. Під час Нормандської кампанії бригадний генерал Булмер, лікар-консультант 21 армійської групи, оглянув велику кількість полонених, поранених і хворих солдатів і був вражений, очевидно, незначною кількістю випадків психоневрозу серед німецьких військовополонених [23, 59].

Той факт, що британські лікарі не змогли знайти симптомів неврозу у німецьких військовополонених, а німецькі психіатри не знайшли доказів контузії у британських військовополонених, частково пов'язаний з конвенціями війни. Полонені солдати вважали себе комбатантами і були зобов'язані втекти. Визнання психологічних симптомів, таких як депресія, тривога, постійні страхи або тривожні сни, було б рівнозначним капітуляції і визнанню низького морального духу. Проте висновки, зроблені психіатрами під час Першої світової війни, суперечать свідченням з пенсійних справ воїнів [40].

Після перемир'я велика кількість британських ветеранів, які були військовополоненими, отримали фінансову компенсацію, а в їхніх медичних картках було виявлено наявність психологічних симптомів. Дійсно, лікарі, які обстежували репатрійованих ветеранів на післявоєнних комісіях, часто

діагностували у них неврастенію або порушення серцевої діяльності, хвороби, які суперечили гіпотезі про те, що полон захищає від неврозів. Можливе пояснення полягає в тому, що психологічні симптоми, зафіксовані у справах про військові пенсії, виникли після Мюнхенської конференції 1916 року, коли умови утримання в німецьких таборах різко погіршилися. Морська блокада союзників поступово призвела до скорочення імпорту продовольства до Німеччини. До зими 1917-1918 років зростала кількість британських військовополонених, які страждали від голоду, не кажучи вже про пандемію грипу та інших хвороб. Офіційна статистика зафіксувала, що 392 британських офіцери (6,4%), які перебували в німецьких таборах, і 10 856 інших чинів (7%) померли в полоні [9, 64].

Крім того, симптоми, про які повідомлялося після 1918 року, можуть являти собою синдром затримки або запізніле звернення за допомогою – явище, пов'язане з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Кульпен, пишучи у 1920 році, вважав, що захист, який дає поранення від психологічного розладу, є лише тимчасовим, оскільки відомо, що репресії можуть викликати симптоми в будь-який час, з цього випливає, що ми можемо очікувати, що останні розвинуться, коли чоловіки оговтаються від поранень [56]. Оскільки медичні картки військовополонених на момент їхнього захоплення та ув'язнення рідко зберігаються, розбіжність між сучасними клінічними оцінками та історичними медичними документами нелегко усунути [65].

Після Першої світової війни був описаний синдром, характерний для полону, але відмінний від контузії. Доктори Бінг та Вішер, який вивчав британських військовополонених, інтернованих у нейтральній Швейцарії, виділив форму неврастенії, що характеризується психічним виснаженням, дратівливістю, інтелектуальною нестабільністю, втратою концентрації та порушенням пам'яті. Приймаючи термін *«хвороба колючого дроту»*, вони вважали, що вона викликана ув'язненням і монотонністю, посиленими сексуальною депривацією і відсутністю приватного життя. Вішер дійшов

висновку, що поводження з ув'язненими (у шталагах) мало впливає на їхній психічний стан [97].

Жорстоке поводження не викликає хвороби, так само як і добре поводження не запобігає їй. Навіть гарно розташований табір не є профілактичним. Хвороба не виліковується простим звільненням з ув'язнення. Хоча Бейл і Вішер помітили, що багато з інтернованих чоловіків справляють враження глибоко зміненої особистості, вони концептуалізували цей розлад як психоневроз, пов'язаний з психічним виснаженням [52].

Тим не менш, ці клінічні спостереження не вплинули на післявоєнну політику. Урядові відомства Великої Британії, такі як міністерства праці та пенсійного забезпечення, не створили спеціальних умов для повернення військовополонених, з якими поводитися так само, як і з будь-якими іншими ветеранами. Більше того, Військове міністерство відмовилося взяти на себе відповідальність за реабілітацію колишніх полонених, що викликало значну критику в той час [13].

Третя стаття Женевської конвенції 1929 року внесла суттєві зміни в міжнародні правила поводження з військовополоненими. Відтепер некомбатанти, члени медичного корпусу або капелани, разом з тяжко хворими і пораненими бійцями, мали право на обмін і репатріацію. Під час Другої світової війни докази, надані цими нормативними змінами, мали значний вплив на уявлення про психологічні наслідки ув'язнення. Хоча німецька влада погодилася на репатріацію 1200 британських військовополонених у вересні 1941 року, вона скасувала обмін, коли з'ясувалося, що для повернення доступні лише 150 відповідних німецьких в'язнів. Лише в жовтні 1943 року було організовано передачу 5 000 британських та американських репатріантів. Серед них було 1200 членів медичних підрозділів, які стали об'єктом впливового дослідження. Протягом 1943 року британське військове керівництво дедалі більше усвідомлювало проблеми з репатрійованими офіцерами. Незважаючи на те, що вони повернулися на службу, високий рівень інвалідності та дисциплінарних інцидентів серед чоловіків з

відмінними військовими послужними списками свідчив про те, що ув'язнення мало несприятливі наслідки [100].

Стаття, опублікована в червні 1943 року капітаном Коллі, сам колишній військовополонений, стверджував, що тривале перебування в полоні часто спричиняє незначні психічні відхилення. Він закликав до реабілітаційних програм, вважаючи, що тримісячне лікування може призвести до повного і тривалого лікування навіть у найскладніших випадках. Крім того, поширювалися повідомлення, що з дев'яноста військовополонених, репатрійованих з Італії, третина стала достатньо ненормальною, щоб вимагати вжиття певних заходів. Якщо ці анекдотичні розповіді слугували передвісником того, що може статися після звільнення всіх військовополонених, то влада зіткнулася зі значною проблемою [49].

Знаючи, що в руках німців перебуває щонайменше 98 000 британських військовополонених, а ще 45 000 – у японців, влада скликала у вересні 1943 року нараду під головуванням генераллейтенанта сера Гуда, генерального директора Військовомедичної служби армії. Важливо, що вони зустрілися в лондонському офісі молодой організації психологічного направлення, яка намагалася виправдати свою роль. Бригадний генерал Ріс, психіатр-консультант, стверджував, що дев'яносто репатріантів – це занадто мала вибірка, на якій можна робити якісь обґрунтовані висновки, і що не існує жодної літератури чи статистики з цієї проблеми з часів останньої війни. Проте він припустив, що проблема може бути серйознішою, ніж здається. Оскільки дев'яносто репатріантів під час ув'язнення виконували обов'язки медсестер, солдати з інших підрозділів, які не мали можливості цілеспрямовано займатися спортом, можуть виявити ще більші ознаки ненормальної реакції після повернення додому. Хоча всі погоджувалися з тим, що необхідна схема реабілітації, ніхто не міг сказати, якої форми вона має набути. Таким чином, була створена можливість визначити природу проблеми і запропонувати заходи щодо її вирішення.

1.3. Психологічний розбір адаптації та соціалізації звільнених військовополонених в умовах цивільного життя

Як згадувалося раніше, більшість колишніх військовополонених мають складні психологічні стани, просто без клінічно значущої психопатології. Деякі з них насправді використовують цей досвід для покращення психологічного здоров'я. Следж та ін. виділили окрему групу в'єтнамських військовополонених, які вважали, що вони отримали користь від цього досвіду. Таким чином, суб'єктивне відчуття того, що досвід перебування в полоні приніс користь, позитивно корелювало з жорстокістю цього досвіду [60].

Етапи репатріації та реінтеграції не є синонімом одужання в сенсі зникнення психіатричних ознак і симптомів. Репатрійований військовополонений виходить з тривалого періоду емоційного притуплення, монотонії, апатії, замкненості та депривації, який, ймовірно, буде тривалим, у швидкому темпі проходить низку медичних оглядів, возз'єднання з родиною та заходів зі зв'язків з громадськістю. Короткий період ейфорії після звільнення швидко змінюється періодом надмірної стимуляції. Може спостерігатися спроба компенсувати те, чого не було під час полону, наприклад, переїданням [102].

Спочатку звільнені військовополонені часто підкоряються вимогам військових і лікарів. Але через кілька днів або тижнів вони зазвичай починають займати більш активну і незалежну позицію [2].

Існує тенденція, що репатрійований військовополонений намагається мінімізувати потенційні психологічні та психосоціальні проблеми, спричинені його перебуванням у полоні. Крім того, більшість репатрійованих військовополонених, у тому числі з війни в Перській затоці, мають невеликий досвід спілкування зі ЗМІ, що є значним стресовим фактором, який може мати наслідки на все життя, якщо пізніше заява «краще б я цього не говорив» буде широко розтиражована по всьому світу [80].

Дуже важливо захистити військовополоненого та його сім'ю від раннього нав'язливого висвітлення в ЗМІ, а також провести тренінг з управління запитами ЗМІ. Це регулярно робилося для військовополонених під час війни в Перській затоці [75].

Нагадування військовополоненим та їхнім сім'ям про те, що вони цілком можуть сказати «ні», може бути дуже важливим втручанням. Після бурхливого періоду після звільнення поступова адаптація та реінтеграція може тривати протягом усього життя. Реінтеграція відбувається поступово, і цей процес підлягає реорганізації зі зміною життєвих обставин [35].

Вплив ув'язнення та звільнення на членів сім'ї та саму сімейну систему може бути стійким і тривалим або незначним і швидкоплинним. Одне дослідження дружин військовополонених показало, що під час перебування в полоні психологічні та психофізіологічні симптоми були поширеними. Психологічні проблеми включали дезертирство, невизначеність ролі, пригнічений гнів, сексуальність, осуд і соціальну ізоляцію. У дітей були поширені тривога розлуки, спотворення ролі та розлади сну. Хлопчики постраждали значно більше, ніж дівчатка [54].

Куббін та ін. опитали сім'ї 215 військовополонених армії, флоту та морської піхоти США приблизно за 1 рік до їхнього звільнення. Нормальні моделі подолання наслідків відсутності чоловіка/батька були порушені безпрецедентною та невизначеною тривалістю полону. Соціальне визнання, стабільність і відчуття безперервності, які сприймаються як належне в неущожденій сім'ї, були відсутні або піддавалися серйозним випробуванням у сім'ях військовополонених [88].

Батьківська заклопотаність і надмірна опіка є потенційними причинами того, що у дітей осіб, які зазнали травми, іноді спостерігається вищий ступінь відкритої психопатології, ніж у самих жертв [12].

У дослідженні нащадків в'язнів концтаборів, госпіталізованих до психіатричної лікарні, 70% мали психопатологію, достатньо серйозну, щоб потребувати госпіталізації у віці до 17 років і 22 років, і 90% – у віці до 25

років. Клінічна вибірка дітей середнього підліткового віку, які пережили концтабір, мала більше поведінкових розладів і менш адекватну поведінку подолання, ніж клінічна контрольна група. Дослідження, що порівнювало поточні наслідки тривалої відсутності батька під час і після конфлікту у В'єтнамі через довготривалу відсутність (MIA – зниклий безвісти) і тимчасову відсутність (POW – військовополонений), виявило значні відмінності у дітей. Як нервові симптоми, так і стосунки з оточенням були більш погіршені в першій групі [90].

Усі ці дослідження мають суттєві методологічні недоліки, але мають слугувати нагадуванням про потенційний вплив важливих життєвих подій, оскільки вони передаються дітям через батьків. Підлітки можуть бути особливо чутливими до напруженості в сім'ї. Їхній дистрес часто є видимим і може бути деструктивним як у сім'ї, так і в громаді [65].

Сім'ї військовополонених, які звертаються за лікуванням, часто перебувають у кризовому стані. Відновлення батьківських ролей може бути складним для матері, яка успішно виконувала обидві батьківські ролі протягом декількох років, коли батько має додаткові індивідуальні психіатричні симптоми та/або проблеми зі здоров'ям, а діти звикли до того, що їхня матір завжди перебуває з ними. Лікування фокусується на підтримці єдності сім'ї, зміцненні сімейної системи та заохоченні розвитку кожного члена сім'ї [78].

Особистість не припиняє розвиватися наприкінці дитинства чи навіть підліткового віку. Той факт, що більшість нейрофізіологічних і нейроанатомічних змін завершуються до досягнення дорослого віку, може слугувати певним захистом від радикальних відхилень у дорослій особистості, але з досліджень на тваринах зрозуміло, що зміни в нейрофізіології і навіть нейроанатомії відбуваються і в дорослому віці [20].

Спітц розповіла про «організаторів» психологічного розвитку – важливі переживання, які структурують почуття, думки та поведінку сьогодення і, таким чином, впливають на майбутній розвиток та психологію [19].

У психотерапії події, що відбуваються, стають очевидними, коли терапевт і пацієнт визначають організуючі принципи минулого досвіду, які використовуються для керування теперішньою поведінкою. Корисно концептуалізувати дорослі травми, такі як перебування в полоні, як потенційний незалежний організатор розвитку особистості дорослої людини. Цей досвід може спричинити психопатологію або розвиток особистості, або ж він може резонувати з темами, які вже були присутні під час попередніх організаційних заходів чи періодів. Пізніше символічне пригадування подій військового полону є результатом поточної події, яка активує цього «організатора». Нагадування слугує символічним засобом вираження поточних конфліктів і тривог [90].

Деякі дані підтверджують ідею про те, що відновлення відбувається швидше, якщо травма, отримана військовополоненим, є менш тяжкою. Вітлі та Урсано виявили, що військовополонені, які повернулися після 1969 року, швидше і повніше повернулися до нормального життя і до очікуваного рівня, ніж військовополонені, які потрапили в полон до 1969 року. Вивчення відновлення як процесу є одним із напрямків вкрай необхідних досліджень. Ті, хто вижив у концтаборах, мають відносно мало випадків повного одужання. Вони продовжують мати менш стабільне трудове життя, частіше змінюють роботу, частіше змінюють місце проживання, отримують довші лікарняні листи, частіше і довше перебувають у лікарні, ніж контрольна група. Військовополонені Тихоокеанського театру Другої світової війни продовжують мати більше медичних і психіатричних захворювань і повільніші темпи клінічного одужання, ніж військовополонені Європейського театру воєнних дій. З 188 колишніх військовополонених Другої світової війни, обстежених у 1986 році, 29% вважалися такими, що повністю одужали, 39% все ще повідомляли про легкі психіатричні симптоми, а 8% не одужали або їхній стан погіршився [39]. Нещодавно було задокументовано збереження високих показників ПТСР і депресії у військовополонених Тихоокеанського фронту Другої світової війни майже через 50 років після їхнього полону.

Підтримуючі соціальні зв'язки пом'якшують і захищають колишніх військовополонених від довготривалих психічних розладів. Може виникнути розчарування у мріях, надіях і фантазіях про те, яким буде життя після полону. Підтримка сім'ї та соціального оточення може допомогти притупити це розчарування. Відсутність соціальної підтримки (наприклад, розлучення, втрата ідеалізованого способу життя, смерть рідних або друзів) може значно підвищити ризик розвитку психопатології в пострепатріаційний період [71].

Діагностика та лікування розладів здоров'я у військовополонених завжди є першочерговим завданням. Ці розлади можуть викликати психіатричні симптоми, які можуть імітувати психіатричні розлади і призводити до значної захворюваності та смертності. Досліджені військовополонені морські піхотинці США з В'єтнаму (N=26) мали в середньому 12 медичних діагнозів на момент потрапляння в полон [30].

Дефіцит харчування та фізичні травми під час перебування в полоні збільшують ризик виникнення медичних і психіатричних наслідків після репатріації. Ейтенгер стверджував, що розвиток того, що здавалося невротичним наслідком, синдрому вцілілого насправді є результатом екстремальних органічних стресів у концентраційних таборах [93].

Оскільки військовополонені можуть мати медичні проблеми протягом усього життя, важлива постійна увага до їхнього фізичного та медичного стану. Щорічні медичні огляди та моніторинг довгострокових наслідків авітамінозу та недоїдання є важливими частинами психіатричного спостереження [79].

Дебрифінг після першого звільнення з полону зараз є стандартною процедурою. Крім того, важливо надати час, щоб дізнатися про те, як змінився світ, а також час, щоб знову зустрітися з родиною в безпечному середовищі. Брифінги про те, як поводитися зі ЗМІ, також дуже важливі. Групові зустрічі сприятимуть обговоренню та подоланню наслідків, а також обміну інформацією про нормальний процес відновлення. Процес повернення повинен бути добре спланований і зазвичай займає один-два тижні або більше,

якщо це можливо. Часто політика та бажання військовополонених повернутися додому скорочують цей бажаний захищений етап відновлення. Може знадобитися просвітницька робота з полоненим, його родиною та національними лідерами [57].

Коли після полону виникає психічне захворювання, його необхідно лікувати. Розлади адаптації важливо діагностувати, оскільки їх оцінка дозволяє виявити один або кілька осередків для проведення короткострокової психотерапії. Лікування спрямоване на запобігання розвитку більш тяжкої хронічної психопатології, зменшення вразливості до майбутніх психічних захворювань та полегшення симптомів [17].

У лікуванні посттравматичного стресового розладу застосовують багато форм психотерапії: супресивну, короткочасну фокальну, поведінкову, когнітивну, когнітивно-поведінкову та орієнтовану на довготривале усвідомлення. Вибір терапії залежить від здатності пацієнта використовувати лікування як метод вирішення проблем. Психодинамічні методи лікування можуть мати особливе значення при хронічному та пізньому ПТСР. П'ятеро з дванадцяти в'язнів камбоджійського концтабору, які пройшли програму лікування ПТСР, що поєднувала гетероциклічні антидепресанти та підтримуючу психотерапію, більше не відповідали критеріям розладу, а у трьох інших симптоми покращилися. Інтрузивні симптоми покращилися більше, ніж симптоми уникнення. Також є численні повідомлення про спонтанне зникнення симптомів ПТСР через 1-2 роки після репатріації [96].

Деякі симптоми посттравматичного стресового розладу можуть піддаватися лікуванню антидепресантами. Хоча не існує добре контрольованих досліджень, кілька повідомлень про випадки та описових досліджень свідчать про те, що інгібітори моноаміноксидази, гетероциклічні антидепресанти та триазольні бензодіазепіни (алпразолам) є ефективними для полегшення симптомів ПТСР у деяких пацієнтів. Високий ступінь перетину між ПТСР і депресією в поєднанні з реакцією деяких пацієнтів з ПТСР на антидепресанти дозволяє припустити, що коли спостерігається позитивна

реакція на антидепресанти, це може бути пов'язано з тим, що лікується депресивний компонент. Багато пацієнтів, однак, стверджують, що специфічні симптоми ПТСР, такі як нічні кошмари, автоматична гіперактивність та поведінка уникнення, зникають під час медикаментозного лікування. У будь-якому випадку, важливо шукати депресію [60].

Лікування депресії після травми має враховувати природу симптомів (психологічні чи нейровегетативні), наявність депресії в минулому або в сімейному анамнезі, значення травматичної події для пацієнта, психосоціальну ситуацію на момент депресії та психологічну значущість чинників, що призвели до депресивного епізоду. Конкретне лікування буде залежати від біологічної вразливості до депресії, вираженості нейровегетативних симптомів і ознак, придатності до психотерапії та наявності інших психіатричних розладів [94].

Отже, що на пряму стосується елементів адаптації та соціалізації, то виникають труднощі у прийнятті самостійних рішень, руху вперед та лишаються умовні рефлексії, що були випрацьовані під час перебування у полоні. Відповідно зберігаються і моменти розвитку психіатричних ускладнень, що не дозволяє легко протікати адаптації та соціалізації в умовах цивільного життя.

Висновки до першого розділу

Адаптивна діяльність має прояви в усіх можливих сферах діяльності людини, зокрема, соціальної взаємодії. Вона є на пряму пов'язана з діяльністю особистості, що впливає на перетворення соціального світу.

Військовополонені зазнали найсильніших стресів війни. Репатрійовані військовополонені – це обрана група тих, хто вижив, які змогли адаптуватися до полону і зберегти моральний дух, надію і здоров'я протягом місяців і років. Здатність спілкуватися з іншими військовополоненими під час полону є найважливішою стратегією подолання труднощів.

Креативні способи налагодження комунікації та зміст того, що є основою багатьох стратегій подолання труднощів, з якими стикаються військовополонені. Репатріація сама по собі є стресовою подією. Військовополонений стикається з поглядом зовнішнього світу на його поведінку та ситуацію. Він може зіткнутися зі світом, що змінився, і, безумовно, йому потрібно наздогнати багато інформації. Деякі події неможливо «наздогнати»: народження дитини, смерть одного з батьків, розлучення з дружиною.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ЗВІЛЬНЕНИХ ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ В УМОВАХ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

2.1. Методологічне забезпечення вивчення адаптації та соціалізації

Процеси адаптації та соціалізації загалом є складними та пролонгованими для значної більшості людей (найчастіше це залежить від низки характеристик самої особистості). Для військовослужбовців, що повернулися з полону існує чимало ускладнюючих факторів, що і потребує більш детального вивчення з різних кутів та способів розуміння сутності проблематики.

В ході дослідження процесу адаптації звільнених військовополонених в умовах цивільного життя було детально розроблено емпіричну програму, яку було розподілено на декілька етапів:

1) Теоретичний аналіз. Огляд сучасних та класичних джерел психологічної літератури на обрану тематику. Розбір мемуарів звільнених полонених: їх почуття, страхи, переживання, складнощі адаптації.

2) Підбір психологічного інструментарію.

3) На другому етапі емпіричної програми здійснювався підбір експериментальної бази.

4) Третій етап емпіричної програми передбачав проведення психодіагностичного зрізу за допомогою обраних методик та формування проміжних висновків загального дослідження з метою розуміння актуальних потреб.

5) Розробка та апробація корекційно-відновлювальної корекційної програми, спрямованої на покращення психоемоційних станів та психологічних проявів особистості.

Для емпіричного дослідження було підібрано низку методик, які можуть дати певне розуміння того, наскільки ускладненим є процес адаптації та соціалізації військовослужбовців після полону у цивільному житті. Відповідно

до мети дослідження методична підбірка складала з шкал депресії, тривоги та стресу (DASS-21), тест на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих), шкала депресії А. Бека, методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда та бесіда за заздалегідь заготовленим планом [85].

Першою методикою було використано DASS-21, що є скороченою формою DASS-42. Є ще дві версії DASS: молодіжна версія DASS-Y і коротша версія DASS-10. DASS-21 підходить для клінічних умов для допомоги в діагностиці та моніторингу результатів, а також для неклінічних умов як скринінг психічного здоров'я.

DASS базується на вимірній, а не на категоричній концепції психопатології, і оцінки підкреслюють ступінь, до якого хтось відчуває симптоми, а не діагностичні межі. Загальна оцінка за DASS-21 може вказувати на загальний психологічний дистрес.

Оскільки було показано, що три підшкали DASS мають високу внутрішню послідовність і дають значущі відмінності, підшкали задовольняють потреби як дослідників, так і клініцистів, які бажають виміряти поточний стан або зміни стану з часом (наприклад, під час лікування). Це корисний інструмент для рутинного моніторингу результатів і може використовуватися для оцінки рівня відповіді на лікування.

Шкали депресії, тривоги та стресу (DASS-21) – це широко використовувана анкета для самооцінки, призначена для вимірювання тяжкості симптомів, пов'язаних із депресією, тривогою та стресом. Цей інструмент складається з 21 пункту, з сімома пунктами, присвяченими кожній із трьох конструкцій: депресія, тривога та стрес:

- Симптоми депресії (пункти 2,4,7,9,15,19,20) – у тому числі дисфорія, безнадія, знецінення життя, самоприпинення, відсутність інтересу/залученості, ангедонія та інертність

- Тривога (пункти 3,5,10,13,16,17,21) – вегетативне збудження, вплив на скелетні м'язи, ситуативна тривога та суб'єктивне переживання тривожного афекту.

- Стрес (пункти 1,6,8,11,12,14,18) – труднощі з розслабленням, нервові збудження, легке засмучення/збудження, дратівливість/надмірна реакція та нетерплячість

DASS-21 було перекладено кількома мовами, що робить його доступним для використання в різних культурних контекстах. На сьогоднішній день інструмент продемонстрував хорошу надійність і валідність для різних популяцій, включаючи іспаномовних американців, британців, австралійців і греків. Важливо, що трифакторна структура, яка складається з підшкал для депресії, тривоги та стресу, підтримується міжкультурними ознаками.

Дослідники також використовували DASS-21 з різними професійними групами, включаючи професіоналів під час пандемії COVID-19, студентів університетів, військовослужбовців, будівельників-мігрантів, стоматологів і медсестер, підкреслюючи його універсальність як інструменту оцінювання, який можна легко використовувати з різні верстви робочої сили.

Також DASS-21 було ретельно вивчено на предмет його застосування в різних вікових групах. Дослідження показали, що він ефективний для оцінки симптомів депресії, тривоги та стресу у підлітків, молодих людей, дорослих та літніх людей.

DASS-21 має ряд переваг і недоліків, які слід враховувати, вирішуючи використовувати його в дослідницьких або клінічних умовах.

Однією з головних переваг DASS-21 є його лаконічність і ефективність. Маючи лише 21 пункт, він може бути виконаний респондентами відносно швидко, що робить його зручним інструментом для масштабних досліджень або клінічних оцінок, де час обмежений. Крім того, було показано, що DASS-21 має високу надійність і валідність у вимірюванні симптомів депресії, тривоги та стресу, що робить його надійним інструментом для оцінки психологічного дистресу.

Крім того, DASS-21 дозволяє оцінити три різні конструкції (депресія, тривога та стрес) в одній анкеті. Це може забезпечити повний огляд стану психічного здоров'я людини та допомогти розрізнити ці три пов'язані, але

відмінні конструкції. DASS-21 також надає стандартизовані граничні оцінки для кожної субшкали, що дозволяє легко інтерпретувати результати та порівнювати різні популяції.

DASS-21 має кілька обмежень, які слід враховувати під час використання цього приладу. Одним із ключових обмежень є те, що це вимірювання самооцінки. Інструменти самооцінки, такі як DASS-21, можуть бути чутливими до упереджень відповідей, таких як соціальна бажаність або поточний настрій людини, що може вплинути на точність результатів.

Може також пропустити характерні для чоловіків прояви депресії. За останні 20 років дослідження показали, що у чоловіків можуть виявлятися симптоми депресії, які включають зовнішню поведінку, як-от гнів, зловживання психоактивними речовинами та участь у ризикованій діяльності. Ці прояви депресії, як зазначено в різних дослідженнях, зазвичай не охоплюються існуючими діагностичними критеріями депресії, які є часто загальні та гендерно нейтральні. Специфічні інструменти депресії для чоловіків, такі як шкала ризику чоловічої депресії, показали, що психометрично перевершують загальні засоби скринінгу депресії, такі як PHQ-9 і, те ж саме, ймовірно, справедливо і в порівнянні з DASS-21.

Крім того, DASS-21 є перш за все інструментом скринінгу, а не діагностичним. Це може допомогти визначити симптоми депресії, тривоги та стресу, але для офіційного діагнозу необхідна комплексна клінічна оцінка. DASS-21 може бути не в змозі постійно диференціювати великий депресивний розлад (MDD) і тривожні розлади в певних групах населення. Це обмеження може вплинути на специфіку інструменту щодо точного визначення різних станів психічного здоров'я.

Підсумовуючи, хоча DASS-21 є цінним інструментом для оцінки симптомів депресії, тривоги та стресу, важливо пам'ятати про його обмеження, пов'язані з упередженнями самооцінки, можливістю узагальнення, діагностичними можливостями, розрізненням психічних захворювань, і глибина наданої інформації. Дослідники та клініцисти повинні

враховувати ці обмеження при використанні DASS-21 і доповнювати його висновки додатковими оціночними заходами для комплексної оцінки стану психічного здоров'я [31].

Тест рівня стресу Щербатих є простим і надійним інструментом, розробленим психологом Юрієм Михайловичем Щербатих для оцінки рівня стресу в житті людини. Він допомагає виявити, наскільки людина піддається стресу і які аспекти життя можуть викликати емоційне напруження. Цей тест корисний для самодіагностики, а також для використання в професійній діяльності психологів, коучів та соціальних працівників.

Мета тесту: оцінити рівень стресу у повсякденному житті респондента; виявити основні чинники, що впливають на розвиток стресу; допомогти людині зрозуміти, наскільки ефективно вона справляється зі стресом і чи потребує вона додаткової підтримки або стратегій для зменшення стресу.

Тест складається з набору запитань, які оцінюють різні аспекти повсякденного життя та реакцій на стресові ситуації. Респонденту пропонується відповісти на питання, що описують його реакції на певні життєві обставини та їх вплив на самопочуття.

Приклади категорій, які можуть охоплювати питання тесту: фізичні реакції на стрес (головний біль, прискорене серцебиття, підвищена пітливість тощо), психологічні реакції (тривожність, нервозність, відчуття безпорадності), емоційні реакції (зміни настрою, дратівливість, злість), соціальні реакції (труднощі в спілкуванні, відчуженість або, навпаки, потреба у більшій підтримці від оточення).

Методика проведення тесту складається з наступних етапів:

1. Запитання: респонденту пропонується відповідати на ряд питань або стверджень, оцінюючи їх за певною шкалою (наприклад, від «ніколи» до «дуже часто» або від «не згоден» до «повністю згоден»).
2. Підрахунок балів: кожна відповідь отримує відповідну кількість балів, які сумуються для визначення загального рівня стресу.

3. Інтерпретація результатів: отримані бали інтерпретуються як низький, середній або високий рівень стресу.

Загальний рівень стресу, отриманий за результатами тесту, допомагає визначити, наскільки сильно респондент піддається стресовим впливам у своєму житті.

- Низький рівень стресу: казує на те, що респондент добре справляється зі стресом, має збалансоване життя та здатний контролювати свої реакції на різні ситуації.

- Середній рівень стресу: свідчить про помірний рівень стресу, який час від часу може заважати життю та роботі, але, загалом, контрольований.

- Високий рівень стресу: означає сильний вплив стресу на життя респондента. В цьому випадку може бути рекомендована додаткова підтримка, техніки релаксації або консультація зі спеціалістом.

Переваги: простота проведення – тест швидко проходиться, а результати легко інтерпретуються; підходить для самодіагностики та оцінки рівня стресу у короткий термін; допомагає визначити основні джерела стресу та типові реакції на стресові ситуації.

Обмеження: тест не дає детального аналізу причин стресу та не пропонує рішень для його подолання; результати базуються на самооцінці респондента, що може призвести до суб'єктивних викривлень.

Тест рівня стресу Щербатих може бути використаний у психологічній практиці для початкової оцінки рівня стресу клієнта, коучингу та консультативній діяльності для визначення зон, які потребують корекції, самостійній діагностиці для розуміння свого рівня стресу та потреби у розвитку навичок управління стресом.

Тест рівня стресу Щербатих є корисним інструментом для загальної оцінки стресового навантаження в житті людини. Він допомагає виявити рівень стресу та зрозуміти, наскільки людина ефективно з ним справляється. Це важливий крок для тих, хто прагне зберігати емоційний баланс і покращувати своє психічне здоров'я [31].

Методика рівня депресії Бека, також відома як Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), є одним із найбільш поширених інструментів для самодіагностики депресії. Вона була розроблена американським психотерапевтом Беком у 1961 році. Шкала використовується для визначення інтенсивності депресивних симптомів і надання оцінки емоційного стану людини.

Мета методики: виявлення наявності депресивних симптомів і їхньої інтенсивності; допомога в діагностиці депресії та моніторинг ефективності психотерапії або медикаментозного лікування; оцінка психоемоційного стану і визначення ступеня депресії у клінічних та немедичних умовах.

Методика включає 21 питання, кожне з яких описує певний симптом депресії (наприклад, почуття провини, песимізм, смуток, порушення сну, втрата апетиту та ін.). Ці симптоми охоплюють такі сфери, як емоційний, когнітивний, поведінковий та соматичний компоненти депресії.

Кожне питання має 4 варіанти відповіді з інтенсивністю симптомів від 0 до 3 балів. Респондент обирає варіант, який найбільш точно описує його стан за останні два тижні. Кожне питання оцінює один із симптомів депресії.

Приклад питання:

1. Смуток:

0 — Я не відчуваю смутку.

1 — Я відчуваю себе засмученим частіше, ніж зазвичай.

2 — Я майже завжди відчуваю смуток.

3 — Я завжди відчуваю себе засмученим і не можу позбутися цього відчуття.

2. Втрата інтересу:

0 — Я цікавлюся тими ж речами, що і раніше.

1 — Мій інтерес до діяльності зменшився.

2 — Майже всі мої інтереси зникли.

3 — Я повністю втратив інтерес до всього.

Методика проводиться згідно такого плану:

1. Респондент вибирає один варіант відповіді на кожне питання, який найбільш точно відображає його стан протягом останніх двох тижнів.
2. Бали за кожне питання сумуються, утворюючи загальну оцінку.
3. Загальна оцінка дозволяє визначити рівень депресії.

Залежно від загальної кількості набраних балів, визначається інтенсивність депресивних симптомів. Загалом, інтерпретація виглядає так:

- 0-9 балів: Відсутність депресії або її мінімальні ознаки.
- 10-18 балів: Легка депресія (субдепресивний стан).
- 19-29 балів: Помірна депресія.
- 30-63 балів: Важка депресія.

Шкала депресії Бека є корисним інструментом для попередньої діагностики депресії та оцінки інтенсивності депресивних симптомів. Вона дозволяє отримати уявлення про рівень депресії, а також використовувати її як відправну точку для подальшої діагностики або лікування під наглядом фахівця [31].

Тест на адаптацію Роджерса та Даймонда є методикою для оцінки рівня соціально-психологічної адаптації особистості. Цей тест розроблений на основі концепцій Роджерса, відомого психолога та психотерапевта, і дослідниці Даймонди, які визначили адаптацію як здатність людини взаємодіяти з навколишнім середовищем, зберігаючи при цьому емоційний комфорт і внутрішню гармонію. Методика допомагає зрозуміти, наскільки людина здатна справлятися з життєвими труднощами, пристосовуватися до нових умов і підтримувати здорові соціальні відносини.

Основними спрямуваннями тесту є виявлення рівня адаптації особистості в соціальному середовищі; оцінку здатності людини встановлювати здорові стосунки з іншими людьми, зберігати емоційний баланс і приймати зміни; визначення зон, де можуть виникати труднощі у процесі адаптації, для подальшої психологічної роботи.

Методика містить 101 твердження, кожне з яких описує певні аспекти поведінки, почуттів та ставлення до оточення. Твердження стосуються таких

сфер, як впевненість у собі, гнучкість, толерантність, незалежність та інші характеристики, що сприяють адаптації. Тестовий матеріал зазвичай включає п'ять шкал, які оцінюють різні аспекти адаптації.

Основні шкали тесту, які і стали вирішальними у використанні даної методики у емпіричному дослідженні:

1. Адаптованість/неадаптованість (відображає загальний рівень соціально-психологічної адаптації особистості).
2. Прийняття себе/неприйняття себе (оцінює рівень самосприйняття, задоволеність собою і здатність приймати свої недоліки).
3. Прийняття інших/неприйняття інших (изначає здатність приймати інших людей такими, якими вони є, та взаємодіяти з ними без осуду).
4. Емоційний комфорт/дискомфорт (оцінює рівень емоційного комфорту, почуття стабільності та задоволеності життям).
5. Інтернальність/екстернальність (відображає схильність брати відповідальність за події у своєму житті (інтернальність) або покладати відповідальність на зовнішні обставини (екстернальність)).

Загалом, респонденту пропонується оцінити кожне твердження за шкалою від 1 до 7 балів, де 1 означає «повністю не згоден», а 7 — «повністю згоден». Відповіді на кожне твердження сумуються за відповідними шкалами, і підраховується загальна сума балів для визначення рівня адаптації. Після підрахунку балів проводиться інтерпретація рівня адаптації та емоційного стану респондента на основі отриманих показників за кожною шкалою.

Загальна кількість балів допомагає визначити рівень соціально-психологічної адаптації особистості (те, що є найважливішим аспектом дослідження):

- Високий рівень адаптації. Вказує на гарну здатність людини пристосовуватися до соціального середовища, комфортну взаємодію з іншими людьми та задоволеність собою. Такі люди зазвичай впевнені в собі, позитивно налаштовані, добре контролюють свої емоції.

- Середній рівень адаптації. Свідчить про наявність певних труднощів у процесі адаптації, але респондент має достатній рівень внутрішнього ресурсу для ефективного взаємодії з оточенням. В окремих ситуаціях можуть виникати дискомфорт та сумніви.

- Низький рівень адаптації. Означає значні труднощі з адаптацією, високий рівень емоційного дискомфорту, проблеми з прийняттям себе та інших. Людина може відчувати тривогу, внутрішнє напруження та мати труднощі у встановленні соціальних зв'язків.

Методика на адаптацію Роджерса та Даймонда є важливим інструментом для оцінки здатності людини пристосовуватися до соціальних і психологічних умов. Вона допомагає зрозуміти, наскільки людина почувається комфортно в соціумі, наскільки вона задоволена собою та як легко їй встановлювати стосунки з іншими. Тест корисний для роботи з клієнтами, які прагнуть розвинути навички адаптації та покращити своє емоційне благополуччя [49].

Бесіда складалася з переліку заготовлених питань, які варіювалися в залежності від ходу розмови з респондентами. Кожне з питань мало в своїй основі розкриття не лише пережитого під час полону, а й способи, які допомогли їм екологічно прожити даний період життя.

Кожна з описаних вище методик має в собі всі ті ключові моменти, які є важливими для даного дослідження. Їх результати справді можуть надати реальну картинку психологічних станів та переживань звільнених військовополонених.

2.2. Якісні та кількісні характеристики констатуючого експерименту

Дослідницьку базу у свою чергу складало 28 військовослужбовців, що повернулися з полону у різному часовому діапазоні. Це дає можливість більш широко охопити питання того, як і часовий діапазон може вплинути на швидкість і легкість пристосування до менш стресових умов, себто цивільного життя. Дехто повернувся рік тому, деякі два місяці тому. Також серед вибірки

є 4 жінки, що дозволяє звернути увагу і на гендерний аспект даного питання. Віковий діапазон охоплює від 20 до 49 років. Даний аспект дає можливість емпірично дослідити чи існує взаємозв'язок між різницею у віці.

Оскільки дана робота має достатньо складний характер та проблематику формування вибірки, то було узгоджено повну конфіденційність та використанні особистих кодів замість імен в оприлюдненнях результатів.

Відповідно першою методикою запропонованою респондентам була DASS-21, оскільки у своїй основі вона має комплексний підхід діагностики проблем, як можуть бути притаманними респондентам. Надалі від отриманих даних за цією методикою буде можливість перевірити отримані результати більш вузьконаправленими методиками.

Результати можна побачити у таблиці 2.1, яка наведена нижче:

Таблиця 2.1

Результати дослідження за методикою DASS-21

	Депресія/ос.	Тривога/ос.	Стрес/ос.
Низький	0	0	0
Нормальний	1	0	0
Помірний	5	4	3
Високий	14	13	10
Дуже високий	8	11	15

Згідно результатів тесту стало зрозуміло, що ніхто з респондентів не має низького показника жодного з аспектів, які включає в себе тест і лише один респондент має нормальний рівень депресії. Меншість має помірні показники. Абсолютна більшість має високі та дуже високі показники, що говорить про відсутність нормотипового стану й погіршення загальної картини.

Окремим випадком можна зазначити респондента з низьким нормальним показником депресивного стану, що свідчить про тенденцію до самозцілення та потужну рефлексію, що супроводжувалася протягом достатньо довгого періоду ще до потрапляння до полону.

Схожу ситуацію бачимо і з відокремленим тестом на рівень тривожності, розподіл результатів за яким демонструє таблиця 2.2. Низького та помірного результату не має ніхто з респондентів, лише 4 мають середній рівень стресу, 15 - високий, 9 - дуже високий.

Це говорить про певну чесність у проходженні першого тесту та підтвердженні негативних результатів. Це також підтверджує необхідність подальшої роботи з респондентами для стабілізації їх стану.

Таблиця 2.2

Розподіл результатів респондентів за тестом на визначення рівня стресу (за В. Ю. Щербатих)

Показник рівня стресу	Кількість людей
Низький	0
Помірний	0
Середній	4
Високий	15
Дуже високий	9

За тестом на рівень депресії Бека (таблиця 2.3) ніхто з респондентів не отримав ані низького, ані помірного рівнів депресії. Абсолютна більшість отримали підтвердження високого рівня, та лише 8 мають середній рівень.

Результати сильно впливають і на формування подальшої роботи з респондентами, адже при подібних показниках є ймовірність того, що відвідування групових та індивідуальних сесій не буде достатньо ефективним без спеціального підходу.

Таблиця 2.3

Розподіл результатів респондентів за шкалою депресії Бека

Показник рівня депресії	Кількість людей
Низький	0

Показник рівня депресії	Кількість людей
Помірний	0
Середній	8
Високий	20

Аналіз результатів респондентів за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда відображено в таблиці 2.4. Вони вказують на погану адаптивність респондентів. Зокрема згідно специфіці вибірки можна сказати, що сприйняття інших є найбільш ускладненою частиною загальною адаптацією військовослужбовців після пережитого.

Таблиця 2.4

**Розподіл результатів респондентів за шкалами методики
діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда**

	Адаптація/ос.	Самоприйняття/ос.	Прийняття інших/ос.	Емоційний комфорт/ос.	Інтернальність /ос.	Домінування /ос.
Нижче норми	20	21	25	22	10	20
Норма	7	6	3	6	2	4
Вище норми	1	1	0	0	16	4

У свою чергу в ході бесіди, яка стала завершуючою на даному етапі дослідження, було отримано достатньо цікаву картину, яка допомогла більш чітко усвідомити результати наведені у таблицях.

Практично всі респонденти зазначали, що їх першою і головними емоціями були страх та відчай, який поступово переростав у байдужість до оточуючого в той момент. Практично всі зазнали тортур як фізичних, так і психологічних, що для багатьох стало переламним моментом у подальшому перебуванні у колонії.

Також більшість респондентів під час перебування у полоні почувалися дивно лише перші кілька тижнів, а тоді поступово почали формувати правила «проживання» у камері, які і дозволили швидше пристосуватися до тяжких обставин. Деякі формували невеликі групки (якщо у камері перебувало більше п'ятнадцяти осіб), які в подальшому починали формувати певну ієрархію. Інші навпаки намагалися більшою мірою підтримувати одне одного, допомагати. Це стало внутрішньою опорою, яка допомогла залишатися стійкими перед зовнішньою загрозою. Цікаво те, що якраз ті звільнені, що намагалися дбати про інших і отримали більш оптимістичні результати. Решта (хто має високі показники тривожності та депресії), на сьогоднішній день мають потужне відчуття провини за скоєні речі у полоні, свою поведінку та хід думок.

Загалом ситуація конкретно з адаптацією, згідно результатів бесіди, не показала втішних результатів. Спочатку кожен чув сильне піднесення, ближче до ейфорії від повернення додому, а опісля всі респонденти повідомили про тяжкість перших кількох місяців, пов'язані з нерозумінням подальших дій, ніяковістю від розмов з близькими та повною відсутністю бачення наближчого майбутнього.

Якщо враховувати саме гендерний аспект питання, то жодна з жінок не показала втішних результатів. Одна зі звільнених наразі має алкогольну адикцію та не може при звичаїтись до нового оточення. Інша – повернулася на фронт, оскільки не знайшла у собі сил жити серед цивільного населення. Згідно слів жінки, її переповнює злість та образа до всіх цивільних і ніхто не зрозуміє її краще за побратимів.

Відповідно до отриманих результатів, можна сказати, що теорія впливу періодизації перебування у полоні (по часу), не отримало підтвердження.

Респонденти мають високу тривожність, прояви депресивних станів та проблеми з адаптацією незалежно від часу повернення з полону або ж часу проведеного у колоніях на території іншої держави. Справжнім показником рівня адаптивності стали способи проживання полону.

Висновки до другого розділу

Для проведення першого зрізу результатів у емпіричному дослідженні було відібрано комплексні методики, які допомогли зрозуміти реальний стан респондентів. Дослідницьку базу складало 28 звільнених з полону військовослужбовців, які повернулися у різному часовому діапазоні, що дозволило охопити більше критеріїв для розуміння того, що погіршує чи покращує пошкоджену адаптацію звільнених з полону в умовах цивільного життя.

Результати вказали на високі показники дезадаптації, депресивних станів та тривожності практично у всіх респондентів. Лише один має практично скрізь більш задовільні результати, троє мають схильність до вищеописаних станів, решта тяжко переживають період адаптації. В ході бесіди стало зрозуміло, що головною закономірністю стали способи проживання полону, решта показників мають менше значення.

РОЗДІЛ 3.

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

3.1. Структура та зміст корекційної програми для адаптації військовополонених

Корекційна робота проводилася згідно основних правил консультування військовослужбовців, себто групові заняття проводилися на максимально нейтральні теми з потужним контролем з боку психолога. В обов'язковому порядку проводилися паралельні індивідуальні консультації, де не було конкретного направлення дій, а швидше терапевтичний процес аби навчити військовослужбовця жити з отриманим досвідом під час перебування у полоні.

Всього було заплановано та впроваджено 4 групові заняття, між якими були індивідуальні консультації для кожного у різній кількості. Забігаючи наперед, були респонденти, яким знадобилося 2 індивідуальні консультації, а комусь 14. Це дещо ускладнило задачу, але дозволило більш ефективно пропрацювати елементи стабілізації та адаптації в умовах цивільного життя та проживання травматичних подій під час полону.

Для більшої ефективності 28 респондентів, які погодилися на експериментальну роботу для групових занять було розділено на 3 групи: 2 групи по 9 осіб та одна – 10.

Групи проводилися щотижня (одне заняття на 7 днів). Між ними в різному діапазоні, без чітких часових рамок, проводилися індивідуальні.

Групові впроваджувалися згідно такого плану:

1 заняття

1. Вступ. Знайомство та встановлення довірливої атмосфери. Обговорення та формування правил групи – 15 хв.

2. Психоедукація. Пояснення елементів стабілізації в момент переживання стресової ситуації та незвички до незрозумілих та відмінних умов в цивільному житті – 25 хв.

3. Техніка я сподіваюся – я побоююся – 10 хв.

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

Метод: модерація.

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

Опис. Ведучий 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 не буде ефективним чи корисним». Підписуватися не потрібно. Ведучий зачитує записки по одній, наклеює їх на фліп-чарт, по можливості групує за тематикою. Потім група обговорює, що потрібно зробити для того, щоб сподівання здійснилися, а побоювання зникли.

Обговорення. *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.

Інформація для ведучого. Вправа «Я сподіваюся – я побоююся» допомагає почати навчання на базі знань, досвіду учасників. Завдання ведучого полягає у тому, щоб допомогти учасникам відпрацювати навички формування очікувань, мети; сформулювати результати, яких вони досягнуть, пройшовши тренінг. Усвідомлення очікуваних результатів навчання допомагає побороти недовіру, створює вагому мотивацію.

4. Техніка м'язової релаксації – 10 хв.

Інструкція: цю техніку бажано вперше виконувати за наглядом психолога. «Згадайте ситуацію, яка відбулась нещодавно і викликала у вас сильну тривогу. Прийміть стабільне, стійке положення тіла (сядьте). Якщо ваша спина спирається на стінку стільця, відчуйте цей контакт. Відчуйте, як ваше тіло щільно притиснулось до неї. Людина має кілька точок опори, які допомагають подолати паніку та стрес, а також запобігти травматизації:

- Першою точкою є стопи. Подивіться на свої ноги. Якщо ви отримуєте інформацію, яка вас лякає, спробуйте одразу сфокусуватися на своїх стопах. Коли ви встановлюєте контакт із ними, з'являється можливість діяти.
- Друга точка – спина. Якщо ви можете спертися на щось, зробіть це. Коли вам страшно, притуліться до стіни чи спинки стільця або знайдіть іншу точку опори.
- Третя точка – це очі. Огляньте простір навколо. Що ви зараз бачите? Погляньте на людину поруч. Це важливий крок для відновлення зв'язку зі своїм тілом під час сильного стресу. Під час страху зіниці розширюються, щоб охопити більшу кількість об'єктів. Це може призвести до потемніння або розмитості зору, що є нормальною реакцією організму на тригер. Спробуйте покліпати очима і знайти яскраву точку для фокусування.
- Четверта точка – це ваші руки. Стисніть їх у «замок», потім розтисніть їх й потріть долоні. Під час цього процесу потирання рук ми допомагаємо собі вийти зі стресової фази. Обійміть себе. Коли ми відчуваємо сильний страх і знаходимося у стані сильного стресу, зв'язок з

власним тілом втрачається. Відчувається ніби ми відокремлюємося від нього. Однак саме тіло здатне впоратися з тією напругою, яку ми переживаємо.

- Дихальні вправи, для стабілізації у моменті. Вправи на розширення діафрагми – 10 хв.
- Рефлексія – 10 хв.

2 заняття

1. Вступ. Пригадування матеріалів з попередньої зустрічі. Обговорення стану зараз – 10 хв.

2. Психоедукація. Основа про поняття адаптації та різниці між обстановкою на полі бою й цивільними об'єктами, містами – 30 хв.

3. Якщо я погода, то яка.... – 10 хв.

Мета: саморозкриття, поглиблення емоційного самоусвідомлення за допомогою метафор, формування інтересу до емоційних переживань.

Метод: тематична вправа.

Опис. Попросити учасників описати найбільш відповідну до їхнього характеру погоду або назвати тваринку, з якою вони себе ідентифікують, і пояснити чому. Основне в цій вправі – розповісти якомога більше про себе через опис погоди або тваринки. Можна допомагати першим учасникам у пошуку й розкритті метафор. Як показує досвід, після цього більшість починає захоплено виконувати вправу, з легкістю пояснюючи, чому в них, як у сіамської кішки, часто змінюється настрій, або чому вони непередбачувані, як літня гроза.

Обговорення. *Ваші враження? Який досвід здобули?*

Коментар. Використання метафор при описі поведінки допомагає краще усвідомлювати себе, свої емоції.

4. Фантом – 20 хв.

Мета: усвідомлення тісного взаємозв'язку між думками, емоціями і тілесними проявами, підвищення рівня емоційного самоусвідомлення, ознайомлення з технікою ідентифікації емоцій.

Метод: тематична вправа.

Ресурси: фліпчарт, аркуш зі схематичним зображенням людського тіла; олівці синього, червоного, жовтого та чорного кольорів.

Опис. Організм людини є своєрідним архівом всієї її життєвої історії. Він наділений мудрістю і пам'ятає почуття, переживання, важливі події, причому з моменту народження. Подумаємо над тим, *де і як в тілі відкладаються емоції?*

Ведучий пропонує учасникам по черзі підійти до аркуша паперу із схематичним зображенням людського тіла і заштрихувати ділянки тіла на малюнку так: чорним кольором ті місця, які реагують на почуття страху (наприклад, холоде в шлунку – замальовуємо область живота); синім кольором – місця, які реагують на смуток, жовтим – на радість, червоним – на злість.

Шерінг обов'язковий.

Обговорення. *Які частини тіла найбільше реагують на страх, смуток, злість, радість? Що відбувається, якщо ці емоції повторюються часто? Де знаходиться радість, і як вона впливає на організм?* (радість пронизує кожен клітинку, додає людині сил, насаги, натхнення)

Коментар. Емоції, думки, тілесні процеси взаємопов'язані. Виникнення думок, емоцій викликають зміни в тілі. Механізм простий: кожна зміна думки спричиняє емоцію, активізує діяльність мозку. Ця активізація нервових клітин викликає в них електричні та хімічні імпульси, які передаються в органи й тканини, та впливають на їхні функції. Глибока пристрасть, ненависть, ревності, занепокоєння, спалахи роздратування реально роз'їдають душу, руйнують клітини тіла і призводять до хвороб серця, печінки, нирок, селезінки та шлунка. Клітини постійно «прислухаються» до думок і реагують на емоції. Отже міркування, переконання, настрої, емоції та почуття «втілюються» в організм людини. Це означає, що не можна з упевненістю відокремити біологію від психології. Спогад про неприємності, який є лише потоком думок, викликає ті ж руйнівні процеси, що і сама неприємна подія.

5. Техніка ідентифікації (фіксація факту наявності переживання, розпізнавання емоції) емоції за тілесними реакціями, думками. Переживання

емоції та її усвідомлення – це два різних процеси, хоча вони впливають один на одного. Управління емоцією починається з її ідентифікації. Першим рівнем ідентифікації є фіксація факту наявності переживання. Важливо навчитися вловлювати момент, коли ви тільки починаєте переживати емоцію, тобто до того, як ви говорите чи дієте. Деколи людина розуміє, що вона переживає щось таке, що відрізняється від усіх інших переживань (наприклад, стан уперше закоханої людини), а розпізнати емоцію не може. Міра усвідомленості емоцій і почуттів може бути різною.

Другим рівнем ідентифікації є розпізнання емоції, тобто визначення того, що саме переживаєте в конкретний момент. Кожна емоція породжує унікальний набір відчуттів у тілі, сприяє виникненню певних думок. Тому розпізнати емоцію можна безпосередньо у момент її виникнення; помічаючи фізичну реакцію, тілесні зміни, які їх супроводжують; за думками, які виникають під її впливом.

Ведучий пропонує учасникам назвати кілька емоцій і записує їх у лівому стовпчику таблиці. У правому стовпчику записує тілесні реакції, які відповідають переліченим емоціям, з життєвого досвіду учасників. Наприклад: *гнів* – руки на стегнах, серце калатає, прискорене дихання, виступає піт; *відчай* – опущені плечі та голова, згорбленість; *смуток* – сутулість, погляд, спрямований десь у простір, уповільнена мова, часті зітхання; *тривожність* – неспокійні рухи, серцебиття, прискорене дихання; *страх* – напружені м'язи, задерев'янілість.

Емоції, думки і тілесні реакції настільки взаємопов'язані, що можна визначати емоцію, яка виникла, через думки і/або через тілесні відчуття (виступив піт, змінився ритм дихання), фізичні прояви (стислі кулаки, стиснуті зуби, ниючий голос, руки на стегнах, сповільнення або прискорення мови).

Володіння словником емоцій та уважність до їх тілесних проявів допомагає розпізнати та назвати переживання. Тому, коли ви засмучені, стривожені, роздратовані, змушені захищатися, пригнічені або в стані стресу, практикуйте визначення емоцій за тілесними реакціями. Досліджуйте,

наскільки узгоджуються ваші думки стосовно емоції, яка переживається, з підказками тіла. Розуміння тілесних відчуттів, аналіз думок дають змогу заздалегідь спрогнозувати емоційну реакцію та її змінити. Окрім того, усвідомлення людиною емоційного стану, як правило, трансформує саму емоцію, полегшує процес переживання.

Рефлексія – 10 хв.

3 заняття

1. Вступ. Пригадування попереднього матеріалу – 10 хв.
2. Психоедукація. Взаємозв'язок емоцій і тілесних реакцій – 30 хв.
3. Психологічна скульптура – 15 хв.

Мета: усвідомлення зв'язку між емоцією і тілесним самовираженням.

Метод: тематична вправа.

Опис. Завдання для малих груп полягає у тому, щоб побудувати по дві скульптури протилежних емоцій, наприклад: оптимізм – песимізм; радість – смуток; натхнення – знесилення; любов – ненависть. Потім кожна група презентує результати спільної роботи, починаючи зі скульптури негативної емоції і завершуючи позитивною. Можна запропонувати бажаючим побути в скульптурі позитивної емоції.

Обговорення: *Як відбувався процес побудови скульптур? Чи змінювався емоційний стан, коли знаходилися в різних скульптурах? Як впливають позиції тіла на емоції?*

4. Техніка впливу на емоційний стан через зміну позицій тіла. Наше тіло є ніби провідником емоцій. Коли боїмося або хвилюємося, це видно неозброєним оком: тіло стискається, голова втягується в плечі, плечі піднімаються, спина сутулиться. Якщо емоції так впливають на наше тіло, чи можлива зворотна залежність? Так, зміна позицій тіла впливає на емоційний стан. Знання цієї закономірності може допомогти навчитися викликати бажані емоції. Цю техніку, яка дозволяє за секунди змінити внутрішній стан, використовують актори. Встаньте рівненько, зробіть глибокий вдих, розпрямте плечі, підніміть голову, дивіться прямо перед собою... Постійте так

декілька секунд, вимовіть щось впевнено, навіть командним тоном. Завершіть вправу тоді, коли відчуєте упевненість, силу, власну гідність. Запам'ятайте цей стан.

5. Внутрішній спостерігач. Зони усвідомлення – 20 хв.

Мета: розширення усвідомлення власного функціонування, розвиток навичок концентрації уваги на поточному моменті «тут і тепер», самоспостереження (за перебігом емоцій, тілесних відчуттів, думок).

Метод: медитативна вправа.

Опис. Елементарні навички самоспостереження, самоусвідомлення тілесних відчуттів, думок, емоцій можуть слугувати дієвим способом управління емоціями. Людина – це єдина істота на землі, яке має здатність спостерігати, розмірковувати і робити висновки зі своїх спостережень. Внутрішній спостерігач – це той, хто слідкує за вашими відчуттями, почуттями, бажаннями і думками. Це – ваше «Я».

Досвід усвідомлення може бути поділений на кілька зон: зовнішній світ; внутрішній світ: тілесні відчуття; думки і фантазії; емоції і почуття. Метою вправи є досягнення стану безпосереднього переживання, усвідомлення власного потоку свідомості і можливостей управління ними. Ця вправа сприяє розвитку компетенції: бути присутніми «тут і тепер», відчувати й об'єктивно сприймати реальність. Виберіть партнера, сядьте обличчям один до одного, розслабтеся.

1. *Усвідомлення зовнішнього світу.* Запропонувати учасникам протягом однієї хвилини складати фрази, які виражають те, що вони усвідомлюють із зовнішнього світу (помічають, чують, відчувають запахи). При цьому кожна фраза починається зі слів: «Я бачу...», «Я чую...», або «Я відчуваю...» з описом зорової, слухової чи кінестетичної інформації, яка привертає увагу (наприклад, гудіння кондиціонера, запах косметики тощо). Отже, говорите без пауз про все, що в цю мить бачите навколо себе, чуєте чи помічаєте на рівні тілесних відчуттів.

Уникайте інтерпретацій, оцінювання або фіксації на чомусь одному, залишайтеся у контакті виключно зі своїм усвідомленням зовнішнього світу. Завдання партнера допомогти повернутися у зовнішню зону, якщо почнете щось інтерпретувати або оцінювати.

Коли проговорення триває безперервно, виникає особливий стан простоти і природності, в якому «що на умі, те й на язиці», коли не треба грати роль перед співрозмовником, внутрішньо напружуватися, а можна насправді побути самими собою.

Запам'ятайте цей стан, щоб повертатися до нього згодом. Навичка спостереження за «потокм свідомості» і тілесними відчуттями потрібна для ідентифікації почуттів. З її допомогою людина може впливати на свій емоційний стан та самопочуття, бути менш залежною від зовнішніх обставин. Продовжуйте усвідомлення зовнішнього світу близько хвилини. Обмін ролями.

2. Усвідомлення тілесних відчуттів. Тепер зверніть увагу на стимули всередині вас – внутрішні відчуття, такі, наприклад, як напруженість в животі, сухість у роті, свербіння в руці, контакт з одягом тощо. Починайте речення словами: «Зараз я відчуваю в тілі...». Продовжуйте усвідомлення внутрішньої зони близько хвилини. Обмін ролями.

3. Усвідомлення думок (думки, спогади, фантазії, інтерпретації, оцінки тощо). Тепер зосереджуйте увагу на своїх думках, продовжуючи речення: «Зараз я думаю, припускаю...». Можна до описаного раніше формату висловлювань стосовно чуттєвого усвідомлення додавати продовження фрази: «... і це викликає в мене думку про те, що...». Продовжуйте усвідомлення думок близько хвилини. Обмін ролями.

4. Внутрішній потік. Зараз протягом хвилини говоріть все, що хочете без зосередження на конкретній зоні. Партнер уважно слухає і визначає, яка зона є домінуючою. Часто це – зона думок.

Можете експериментувати: переходити з однієї зони в іншу, знаходити між ними взаємозв'язок. Наприклад, почати усвідомлювати шум в кімнаті

(зовнішня зона), уявити, що хтось спостерігає за вами (зона думок) і відчувати серцебиття (тілесні відчуття). Обмін ролями.

Обговорення: Які емоції переживали в процесі виконання вправи? В якій зоні було перебувати легше/важче? Яка зона усвідомлення є для вас домінуючою? Які якості розвиває ця вправа?

Коментар. Ця вправа поглиблює самоусвідомлення і уважність до внутрішніх процесів.

Уважність дозволяє усвідомлено сприймати початок виникнення емоції, розпізнавати імпульс до початку дій під впливом емоцій, збільшувати інтервал між імпульсом та дією для вибору емоційної реакції. Розпізнання імпульсів – це високий стандарт усвідомлення іскри, яка ініціює емоцію до появи полум'я, тобто початку емоційної реакції в словах та діях. Систематична практика сприяє розкріпаченню свідомості, відновленню свіжості та безпосередності сприйняття.

Рефлексія – 10 хв.

4 заняття

1. Вступ. Пригадування попереднього матеріалу. Відстежування користі уже випробуваних технік. – 10 хв.

2. Емоційний самоаналіз – 15-20 хв.

Мета: усвідомлення важливості емоційного самоаналізу для розвитку емоційної компетентності, ознайомлення з технікою емоційного самоаналізу.

Метод: інтерактивна міні-лекція.

Емоційний самоаналіз – це здатність розрізняти свої емоції і розуміти, які саме події їх викликали. Очевидно, що неможливо управляти емоціями, якщо їх не усвідомлювати, не звертати на них увагу. Постійне спостереження за переживаннями, «емоційною температурою», впливом власних емоцій на оточуючих допомагає налагоджувати і підтримувати продуктивні стосунки.

3. ***Як ви переживаєте емоції?***

Як ви сердитесь: зі злістю, добродушно або ображаєте партнера?

Як ви скаржитесь: намагаєтеся знайти співчуття, звинувачуєте когось, нападаєте чи переживаєте при цьому почуття незручності?

Що робите, коли вимагаєте щось: заохочуєте партнера, принижуєте, докоряєте або ввічливо просите?

Як ви робите зауваження: спокійно, роздратовано, терпляче, нетерпляче, у м'якій чи жорсткій формі, при цьому поважаєте чи ображаєте партнера?

Як ви реагуєте на критику: агресивно, роздратовано, з почуттям гумору, із щирою вдячністю?

Як ви відгукуєтесь про більшість своїх колег: з почуттям заздрості, образи, невдоволення або доброзичливо?

4. **Техніка емоційного самоаналізу** допомагає частково звільнитися від негативних емоцій, визначити проблемне поле і шляхи подальшого самовдосконалення. Ця техніка передбачає пошук відповідей на запитання: *Що зараз відбувається? Що я думаю? Що я відчуваю в цей момент? Що я роблю? Чи адекватні мої емоції цій ситуації? Чому я переживаю саме ці емоції? Які причини? Чого я хочу насправді? Як мені діяти далі?*

Одним із результатів емоційного самоаналізу є зменшення інтенсивності негативної емоції. Емоційно компетентна людина аналізує причини негативних емоцій, об'єктивно оцінює ситуацію і замість довготривалих переживань мудро реагує на неї.

Ще одна техніка емоційного самоаналізу (Д. Рейнуотер). Два простих запитання мають чарівну силу, можуть допомогти розібратися в собі і здійснити позитивні зміни. Перше магічне запитання: що відбувається зі мною в цей момент?

А саме: Що я зараз роблю? Що я почуваю? Про що я думаю? Як я дихаю?

Друге магічне запитання: що б мені хотілося в наступний момент? Чи я хочу продовжувати робити, думати, почувати, дихати так само? Може, я хочу щось змінити?

Емоційний самоаналіз уможлиблює визначення своїх емоцій до того, як їх висловити; а це дозволяє управляти імпульсами, виражати бажання адекватно ситуації.

5. Цінність емоцій та почуттів – 10 хв.

Мета: формування ставлення до емоцій і почуттів як до життєвих цінностей.

Метод: фасилітація.

Всі наші емоції і почуття є цінними, якими б вони не були, оскільки несуть корисну інформацію про самих себе і про світ. У природі негативні почуття не тривають довго, якщо не надаємо їм сенсу, який примушує страждати.

Обговорення. *Що є цінним у переживанні позитивних/негативних емоцій?*

Коментар. Емоції є природним явищем, не варто їм опиратися, краще мудро використовувати. Реалізована емоція є ресурсом. На її створення організм витратив енергію. Якщо починаєте з нею боротися, витрачаєте залишки енергії на внутрішню боротьбу. Тому все, що потрібно зробити, це скористатися ресурсом емоції за призначенням.

Розвиток емоційної компетентності – це не контроль над емоціями, а управління ними.

Контроль – це завжди протистояння, переважання однієї частини особистості над іншою. Тому контроль і гармонія – несумісні. Якщо розуміємо, визнаємо і приймаємо свої почуття, у нас з'являється можливість більш адекватно їх висловлювати. Стати цілісною особистістю означає досягти гармонії в думках, емоціях, поведінці, ніби зібрати себе по частинах. Можливо, одна з цілей нашого життя – зібрати свій пазл.

6. Активне обговорення користі тренінгу. Чи виправдалися сподівання.

Рефлексія. – 40 хв.

Індивідуальні консультації

Під час індивідуального консультування було визначено чималу кількість зрушень у більш позитивний бік. У деяких клієнтів було помічено швидкий прогрес, а у деяких його повна відсутність в основному через те, що вони відмовлялися від додаткової роботи над собою поза консультаціями.

Запити більшою мірою були пов'язані на розуміння того, що і чому відбувалося у полоні та як жити далі із пережитим досвідом.

3.2. Аналіз результатів формуючого експерименту

За результатами можна спостерігати *обернену* залежність рівня стресу та показників адаптації та соціалізації (Табл. 3.1.): рівень адаптації ($r = 0,16$); самосприйняття ($r = 0,04$) та прийняття інших ($r = 0,32$), що свідчить про динаміку рівнів зниження та збільшення рівнів відповідно зі збільшенням показника стресу зменшується рівень за даними шкалами та навпаки зі зниженням збільшуються і рівні вияву показників адаптації та соціалізації.

Таблиця 3.5.

Результати розрахунку критерію Пірсона за визначеними критеріями

№ з/п	Показники адаптації та соціалізації	Тип залежності з показником рівня стресу	Загальне значення, r
1.	Адаптація	<i>Обернена</i>	-0,16*
2.	Самоприйняття	<i>Обернена</i>	-0,04**
3.	Прийняття інших/	<i>Обернена</i>	-0,32**

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

Ці результати вказують на важливість врахування рівня стресу як одного з ключових факторів, що впливають на адаптацію та соціалізацію особистості. Таким чином, висока кореляція між рівнем стресу та прийомом інших ($r = 0,32$) підкреслює необхідність створення сприятливих умов для розвитку емпатії та

міжособистісних. Низькі значення кореляції для самосприйняття ($r = 0,04$) можуть свідчити про більш складні взаємозв'язки цього показника з рівнем стресу, що потребує подальшого дослідження.

Отже, зниження рівня може стати одним із основних напрямів покращення адаптаційних можливостей стресу звільнених полонених, особливо в соціальних та міжособистісних контекстах. Крім того, інтеграція програм психологічної підтримки, тренінгів з управління стресом та техніки саморегуляції може значно посилити позитивні зміни в адаптації та соціалізації.

3.3. Рекомендації для самопомоги військовослужбовців під час перебування в полоні

У ході подальшого дослідження, стало зрозумілим, що є необхідність у створенні програми для новобранців та діючих військовослужбовців про способи переживання полону. Умовна підготовка, оскільки полон – є професійним ризиком кожного військовослужбовця.

Під час розробки програми прийшов запит від керівника навчальних центрів морської піхоти, про введення програми на дану тематику, що має стати частиною БЗВП (базова загальна військова підготовка).

Основна мета рекомендацій – дати розуміння військовослужбовцям, що таке полон, які існують ризики та які існують способи виживання та психологічної стабілізації в умовах утримання на ворожій території під контролем країни-агресора.

Інформація покладена в основу програми несе в собі основні тези та пояснення, які в подальшому можуть бути використані і в умовах бойових дій чи інших потужних стрес-факторах.

Дана інформація несе в собі мінімум теоретичного підґрунтя. Весь матеріал заснований, по своїй сутності, саме на словах звільнених полонених: переживаннях, діях, поведінці їх та тих, хто утримував.

Відповідно розглядаються та обговорюються наступні модулі:

- Що таке полон. Періоди перебування в полоні;
- Психологічні характеристики періодів. Ризики кожного періоду;
- Способи самозбереження під час кожного періоду;
- Інформаційно-психологічний тиск (ІПТ);
- Поведінка під час допиту. Комунікація з наглядачами;
- Способи підтримки побратимів. Комунікація з побратимами.

Що таке полон. Періоди перебування в полоні

Полон – обмеження свободи особи, що брала участь у військових діях, з метою недопущення його до подальшої участі в них.

Перебування у полоні приносить цілу низку травм життя у негуманних, тісних, негігієнічних умовах, при нестачі харчування, води, сну, виснаженні, яке може бути, в тому числі, наслідком тортур. Незважаючи на добру натренованість, фізичну витривалість і ментальну стабільність, неможливо повністю опанувати стійкість до тортур чи умов, які можуть бути надані під час утримання в полоні. Іншими словами, кожна людина має свою точку зламу, тому полоненому не потрібно давати можливість катам мучити себе, шукаючи її.

Полон для військовослужбовця є імовірним професійним ризиком. Це варто розуміти та усвідомлювати.

- ***Полонений** – ні в чому не винна людина, він (вона) потрапляє в полон під час виконання своїх службових обов'язків, за що не може бути покараним.*
- ***Полонений** має права та вони чітко прописані і захищені міжнародним правом, яке підписано всіма країнами Світу.*

Дуже важливим є те, як саме потрапляти в полон, адже від цього залежить те, як в подальшому до військовослужбовця будуть ставитись (не тільки в перші кілька годин, а й можливо перші кілька днів-тижнів до направлення особи до табору полонених).

Позбудьтеся своїх особистих документів, знаків розрізнення, символіки та сховайте усю наявну зброю.

Підніміть руки вгору, наголосіть на готовності здатися в полон, не робіть різких рухів, зберігайте спокій та очікуйте команд ворога.

Опануйте свій бойовий стрес (шоковий стан) та, за можливості, розпочніть розмову з противником, відповідаючи на його запитання та виконуючи його накази.

Не принижуйтеся та не благайте про пощаду, але і не починайте браваду, контролюйте власну поведінку, не вступайте в суперечку, виконуйте вимоги, терпіть образи та приниження.

На основі досвіду, пережитого військовополоненими, можна визначити декілька фаз, протягом яких відбувається зміна різних вражень та реакцій полонених, а також їх поведінка: *шок, прийняття, адаптація та стабілізація*. Ще є проміжний етап між *адаптацією та стабілізацією*, де відбувається пристосування організму, а не психіки.

Психологічні характеристики періодів. Ризики кожного періоду

Починається розподіл на фази з моменту потрапляння в полон – людина кидає зброю, підіймає руки та веде перемовини з противником. Завершується – в момент повернення на територію України.

Ці фази включають в себе низку характеристик, які далі будуть розглядатися детально. Але головною їх особливістю є певна циклічність у випадку переведення з однієї колонії в іншу чи навіть в результаті зміни камери. Тобто, коли військовий перебуває на фазі *стабілізації*, і його з певних причин переводять, то він знову перейде в стан *шоку* і так далі по порядку.

Загалом, часового діапазону, який підійшов би кожному чи навіть більшості, підібрати практично неможливо. Тривалість кожного періоду дуже індивідуальна. Наприклад, фаза *шоку* може тривати як кілька годин, так і кілька діб. *Прийняття* – від однієї доби до кількох тижнів. *Адаптація* – від кількох днів до місяців. Прийти до фази *стабілізації* цілком можливо вже через тиждень і до звільнення або відновлення циклічності з метою

переведення до іншого місця утримання. Проте незмінним лишається порядок, навіть в момент циклічності під час переведення (хіба що по часу вони триватимуть значно швидше й легше по сприйняттю, адже людина вже знає які реакції відбуваються та як їх проживати).

Вважається, що перші 45 хвилин (до години) після захоплення в полон є найнебезпечнішими, оскільки нагодачі та полонені в цей момент максимально напружені й схильні до імпульсивної поведінки. Контролюйте себе.

У цей час полонений перебуває в стані сильного шоку й безсилля, розуміючи, що не контролює більше нічого навколо себе. Ворог також знаходиться в стані сильного напруження, оскільки не знає чого очікувати від полоненого й, відповідно, кожен різкий рух може бути сприйнятим як нанесення прямої загрози.

Важливим є те, що кожна з характеристик впливає одна з одною, що пов'язано напрямку з мішаниною думок та почуттів.

Перша фаза – **шок**.

Потрапити в полон – це дуже тяжкий процес. По перших ви будете відчувати себе збентеженим та втраченим. Шоковий стан буде проявлятися у поведінці, важкості сфокусувати увагу, біганина погляду та швидке маячіння думок.

Спроба сфокусуватися на оточуючих подразниках, особливо перші кілька хвилин. Все навколо здаватиметься нереальним, ніби людина перебуває у відеогрі.

Проявлятиметься саме в тілі: тремтіння кінцівок, відчуття, що тремтять «піджилки», підгинаються коліна. Бажання впасти навколішки та не підійматися, сховати обличчя в руках. Абсолютна зневіра в тому, що відбувається. Загострюється бажання втекти або не рухатися зовсім (залежно від реакції психіки та організму на небезпеку).

В одну секунду думки будуть перескакувати. Тривога проявлятиметься саме в потоці різких думок, де особа починає прокручувати різноманітні

сценарії: від моменту героїчної втечі до раптової й болючої смерті. Страх смерті загострюватиметься, що призведе до ще більшої паніки.

Особливо панічну тривогу викликатиме думка про можливі катування й хвилювання за родину. У даному контексті особа сфокусована на тому аби будь-яким способом дізнатися про стан родини та отримати змогу особисто повідомити рідних про те, що сталося насправді. У людини з'являється гостре бажання захистити рідних будь-яким способом, але пригнічує розуміння, що в таких умовах це просто неможливо.

Постійне передчуття смерті викликатиме бажання тікати та ховатися або забрати зброю. В деяких випадках навпаки – виконання всього, що говорять з потребою тіла та психіки вижити. Проявляється дуже індивідуально. Аби передбачити свою можливу реакцію – пригадайте свою поведінку під час відчуття сильного страху можливої швидкої смерті: напад собаки, автомобіль, що несеться на вас тощо.

У будь-якому випадку є необхідність попередити побратимів про первинну реакцію на небезпеку, яка може виникати, задля збереження власного життя та життя побратимів.

Під час усвідомлення та відслідковування втрати контролю над своїми думками й емоціями, автоматично людина хоче їх приборкати, «зібратися до купи». Але в процесі утримування контролю приходить розуміння, що це не вдається: думки все так же бігають, а сприймати щось (власні емоції, оточуючу картинку) все важче. З'являється потреба в тому аби не втратити контроль бодай над чимсь і страх, що навіть це дається важко. Ніби клітка зовнішня перетворюється і на внутрішню.

Друга фаза – **прийняття**.

Поступово, зі збільшенням часу перебування в поневоленні особа починає призвичаюватись до умов, до певних думок. Відповідно почуття та емоції зменшують свою гостроту й інтенсивність, що призводить до кращого розуміння того, що відбувається та покращення сприйняття. Загострюється

увага на зовнішні подразники, але це більше не викликає такого напливу суміші почуттів.

Особа починає розуміти, що можна робити, а чого не можна. Це покращує усвідомлення та прийняття думок. Тіло також заспокоюється: зникає сильний тремор, відчуття слабкості також втрачає гостроту.

Далі людина починає несвідомо занурюватися в події того, що сталося незадовго перед полоненням. Виникають думки «а якби так, то було б так», що починає загострювати відчуття несправедливості. Відстежування помилок, яких припустилися перед полоном часто може призвести до впадання в апатію або навпаки агресію. Самозасудження або засудження побратимів, командування.

У якому стані людина не перебувала б, все одно думки про рідних і близьких, тривога за них завжди лишається, а в моменті власних тяжких обставин – ці думки стають більш красномовними та вираженими. Тепер вона набувають більш подовженого характеру, що буде далі з ними, в перспективі. Чи нададуть їм правильну інформацію? Чи знатимуть вони, що сталося насправді? Як сприймуть цю інформацію? Саме такі думки бігатимуть, нарівні зі страхом того, що буде далі саме з родиною та близькими людьми. Сюди ж можна віднести і сценарії з хворими батьками, які невідомо як сприймуть будь-яку інформацію.

Від перенасичення психіки – тіло починає швидко реагувати та подавати сигнали, що психіка втомилася від такого шаленства емоцій, почуттів, думок. Найчастіше виникає сильний головний біль, під час якого з'являється додаткове та нав'язливе відчуття нудоти. Таким чином, думки починають крутитися навколо саме фізичного стану, виключаючи емоційні компоненти. Це допомагає вберегти психіку від так званого перенапруження, в результаті якого часто виникають різні афективні стани.

Часті позиви до сечовипускання – це спроба тіла звільнитися від відчуття страху, змусити людину більше рухатися, адже під час руху мозок більше фокусується на тілі, відсікаючи деякі емоційні сфери, зокрема

пов'язані з негативними передчуттями. Можливо хтось уже помічав, що коли ми сильно хвилюємося, то частіше бігаємо до вбиральні з бажанням спорожнитись. У моменти сильного стресу – це бажання посилюється, незалежно від кількості випитої води.

Третя фаза – **трансформація**. Оскільки дана програма читається для новобранців, то варто пам'ятати, що основна задача полягає не у залякуванні, а у наданні розуміння дійсності.

Також дану фазу можна охарактеризувати як етап АПАТІІ. В цей період людина повільно вимикається емоційно та поступово проживає етап «емоційної смерті». Це проявляється у низці характеристик, але важливим є те, що всі ці моменти поступово зникають та опісля відбувається достатньо непомітний перехід до наступної фази.

Приходить розуміння, що ті побратими, з якими людину помістили у камеру і будуть єдиними співрозмовниками найближчим часом. Наглядачі й спецслужби також будуть в постійному полі зору, але спілкування з ними приносить саме лиш напруження та відчуття сильного дискомфорту, особа перебуватиме в постійному страху та передчутті чогось жахливого. Побратими по камері – єдині, з ким можна спілкуватися більш вільно.

Поступово, від емоційної та психологічної перевтоми, голос та інтонація полоненого зійдуть до примітивних вигуків та звичайної вимови. Навіть коли стане страшно чи людина відчуватиме здивування, вона не зможе активно заперечувати (для прикладу) чи погоджуватись. Це звучатиме монотонно та не зацікавлено, навіть, якщо ця зацікавленість присутня.

Активність захисних механізмів психіки поступово спадає, та починає проявлятися певна в'ялість рухів та рефлексів. Рухи втрачають різкість, розмитість. Тіло приходить в певну норму й знижує тонус, аби протриматися якнайдовше. Вмикається такий собі «енергозберігаючий режим», допоки не станеться щось незвичне за уже звичних (хоч і жахливих) умов. Людина швидше втомлюється, потребує більше сну та відпочинку (принаймні є

бажання більше спати й більше відпочивати). Будь-яка фізична активність швидко виснажує та здається невідомою, тяжкою.

У полоненого також починає проявлятися зниження розумової активності. Полоненому з часом все легше фокусуватися на деталях в камері й повністю вимикатись (випадати з реальності, «втикати»). Звісно є моменти, коли автоматично людина вмикається у вир подій, які відбуваються в моменті, проте в час умовного «затишшя», вмикається захист психіки, який включає в себе «випадання з реальності» способом вимкнення потоку думок і підключення саме зовнішніх органів сприйняття (в основному – зору).

Через нестійкість задоволення стандартних психологічних потреб виникає реакція організму в потребі базових речей таких, як сон та апетит. Порушення можуть виникати в будь-який бік: або постійний голод та відсутність сну, або відсутність апетиту і сильне бажання спати. Боротися з цим практично неможливо. Розуміння, що треба їсти чи треба спати допомагатиме задовольняти нормальний стан організму, але це не допоможе уникнути даних бажань, потреб чи їх відсутність. Тривалість даної характеристики часто залежить від зовнішніх факторів.

Думки про сім'ю та допущенні помилки напередодні вводять особистість у стан апатичного відношення. Але з'являється також ментальна особливість характеру нашого населення – небажання скорятися та піддаватися негативним думкам. Відповідно людина починає шукати або вигадувати про себе способи порятунку, враховуючи всі вже відомі факти перебування в неволі. Тішить себе швидким поверненням додому, до побратимів, до рідних. Це дозволяє підтримувати більш сталий спокійніший стан, який допомагає відтерміновувати апатичність та негативні емоції.

Фізичні прояви фази трансформації.

Даний етап визначається та описується окремо, оскільки він відноситься саме до фізичного стану здоров'я та пристосування організму. У більшості випадків цей етап минає достатньо легко, іноді непомітно. Проте є винятки.

Через певний час у кожного п'ятого полоненого виявлялися стійкі порушення сну, невмотивовані страхи, кошмарні сновидіння, що повторюються, нав'язливість, у 75 % осіб визначалися:

- ознаки астено-невротичних реакцій
- порушення діяльності шлунково-кишкового тракту
- серцево-судинної та ендокринної систем

Одночасно наростали внутрішня та зовнішня конфліктогенність.

Четверта фаза – **адаптація/стабілізація.**

Психіка починає більш стійко переносити стресові фактори, організм потроху адаптується до подій. Відбувається пристосування, певне прийняття та спроби організму й психіки підлаштуватися під нові обставини.

З'являються локальні жарти з побратимами, наглядачам вигадують прізвиська. Також часто ізольовані в одному приміщенні починають вигадувати те, чим займатимуться опісля повернення на батьківщину та як проводитимуть час разом.

Мимоволі, аби хоча б трохи зберегти силу духу та більш-менш стабільний стан, людина починає все більше занурюватися у вигадки власного мозку: відчуття нереальності подій, фантазування про дім, близьких.

спогади про те, як було на волі, переглядання спогадів та цінностей, каяття за вчинене, бажання щось виправити, у розмовах з побратимами в камері все більше розмов про близьких та місця, які відвідували або хотіли б відвідати. Цінність свободи починає набувати нового значення.

Бажання щось змінити призводить до бажання діяти. З'являється впевненість в тому, що по поверненню полонений обов'язково щось куштуватиме, не відмовлятиме ані собі, ані рідним у зустрічах та прогулянках, тощо.

Стокгольмський синдром - це психологічне явище, коли заручники або особи, які перебувають у полоні, відчувають симпатію, співчуття і навіть позитивні почуття щодо своїх викрадачів або тих, хто полонив.

Хоча виникнення Стокгольмського синдрому може здаватися парадоксальним, його пояснюють декількома факторами:

Перебування у полоні - це дуже стресова ситуація. Психологічні механізми оборони можуть спрацьовувати як спроба зменшення стресу, що може виражатися в співчутті або навіть почуттях симпатії до викрадачів.

Часто вороги намагаються створити псевдо-емоційний зв'язок зі своїми заручниками, щоб контролювати їхню поведінку. Це може призвести до виникнення симпатійного ставлення до викрадачів з боку заручників.

Деякі люди можуть відчувати співчуття до злочинців або вважати їх жертвами обставин або системи.

У полоні заручники можуть відчувати емоційну і соціальну ізоляцію, що може змусити їх шукати підтримку у своїх викрадачів.

Хоча Стокгольмський синдром може бути дивним явищем, він є складовою психологічної реакції на травматичні ситуації та поведінки в екстремальних обставинах.

Способи самозбереження під час кожного періоду

Перша фаза

1. *Виконувати всі вказівки та накази.*

Робити все задля збереження життя! Відмова, заперечення, вступ у конфлікт – це все може призвести до непередбачуваної реакції ворога.

2. *Не робити різких рухів.*

Будь-які необдумані різкі рухи під час утримання в перші години можуть сприйматися ворогом як спроба втечі чи загроза власному життю. Тому необхідно намагатися контролювати власні рефлекторні дії, аби не наразити себе й побратимів на небезпеку. Навіть прямий погляд в очі може бути сприйнятий ворогом як виклик. Для прикладу можете пригадати поведінку вуличних псів. Якщо рухатися швидко – легко стати небезпекою (здобиччю) для тварини.

3. *Інформація, яка надається: ПІБ, звання, частина.*

Це робиться аби полоненого визнали таким і подали в списках для підтвердження статусу. Ці списки формуються країною-агресором або міжнародними організаціями та надаються іншій стороні конфлікту (в даному випадку Україні).

4. *Відмова від супротиву ворогу.*

Якщо полонений починає чинити супротив або відмовляється виконувати накази ворога – це може призвести до неочікуваної реакції з боку супротивника. Від погроз до вбивства на місці. Ризикувати з цим не можна, адже дану реакцію практично неможливо відслідкувати.

5. *Контроль інстинкту самозбереження (того, що вимагає інстинкт в дану секунду: бий-біжи; стій-замри; раціональне мислення)*

Наша психіка уже має стандартні способи самозахисту в стресових умовах. Це те, що кожен уже хоч трохи знає про себе в умовах передчуття швидкої загибелі: бажання чимдуж тікати будь-куди тільки звідси, без конкретної мети (бий-біжи); ступор та відсутність яскравої реакції, людина буквально завмирає на місці та не здатна рухатися чи мислити в цей момент, хоча прекрасно розуміє й усвідомлює що їй зараз загрожує (стій-замри); зібраність та раціоналізм, дії направленні на порятунок себе чи тих, що знаходяться поряд, розум ніби проясняється та думати стає легше, рішення знаходиться за долі секунд. Будь-яка з цих реакцій є нормальною. Контролювати їх дуже важко, але можливо. У випадку «бий-біжи» - прислухатися до того, що говорять. Конкретні накази (алгоритм дій) допоможуть зібратися та діяти саме за почутим, без зайвого додумування. «Стій-замри» теж можна регулювати прислухаючись до того, що говорять та діяти згідно вказівок.

6. *Спробувати зберігати зовнішній спокій*

Якщо полонений починає показувати те, як йому страшно чи навпаки посміхатися й жартувати сходу – ворог може почати принижувати гідність, кривдити. Найкращий спосіб залишатися непомітним з самого початку,

намагатися підтримувати зовнішній спокій. Пам'ятати, що ворог очікує хибних рухів та видимої емоційної реакції на те, що вони роблять, кажуть.

Способи самозбереження під час другої фази.

1. Дотримання пунктів 1-го періоду.

Яка фаза не була б, правила самозбереження під час першої фази завжди залишаються актуальними. Це може врятувати не тільки життя полоненого, а й його побратимів.

2. Розуміння, що рідні все одно приймуть факт вашого поневолення і це не ваша відповідальність.

Всі думки, про те, що доповіли рідним, і як вони сприйняли цю інформацію не залежить від полоненого. Часто виникають думки про хворих батьків і їх реакцію на жахливі новини. Як би вони не відреагували – це не провина полоненого.

3. Розуміння, що потрібно вижити будь-якою ціною.

Життя завжди повинно залишатися в пріоритеті, проте не варто забувати про свої власні моральні принципи. По-можливості переступати через свою гордість задля того, аби вижити, але не змінювати погляди на життя й не перетворюватися на «тварину». В подальшому це лише зламає полоненого як людину. Він більше не зможе сприймати себе адекватно, як і оточуючих.

Також потрібно пам'ятати про питання людяності. Вижити будь-якою ціною, але не за рахунок побратимів. Пережити полон – потрібно з гідністю!

4. Переживання внутрішніх відчуттів під час розмови з побратимами, які перебувають з тобою.

Завжди є ризик того, що хтось з побратимів по камері може бути вже завербованим, тому необхідно уважно прислухатися до кожного й пробувати не ігнорувати відчуття того, що «щось тут не так». У багатьох існує чітке передчуття того, кому можна довіряти ще за цивільного життя. Як приклад, дивитесь ви на людину, уважно слухаєте, бачите, що всі тягнуться до неї, а ви ніби «нутром чуєте», що щось не те і людина видається підозрілою. В умовах

полону на ці відчуття потрібно звертати увагу обов'язково, адже це може врятувати життя полоненого та його здоров'я.

5. *Намагання вдовольнити потреби організму (за можливості, яку надають)*

Мова йде про буденні речі такі як, сечовипускання, втому (відпочинок) і т.д. Правила утримання полонений починає розуміти вже під час перших годин перебування. Тому орієнтуватися в усіх цих моментах легше походу. Головне намагатися не перевантажувати організм додатковими стрес-факторами.

6. *Спробувати структурувати свої думки, не піддаватися позовам паніки*

Хоч думки й тікатимуть, варто намагатися пробувати фокусуватись на зовнішніх подразниках, принаймні основних. Паніка не допоможе раціонально виконувати вказівки аби вижити чи відстежити необхідні для виживання моменти.

Способи самозбереження під час третьої фази.

1. *Фокусування на обстановці, в якій опинився.*

Конкретні правила перебування та поведінки під час утримання вже відомі, проте не можна втрачати пильності. Полонені завжди оточені ворогами і знати точно, що може статися наступної хвилини практично неможливо. Саме тому виникає необхідність навіть, передчуваючи звичку обставин, не забувати про пильність, та пам'ятати, що завжди варто звертати увагу навіть на найменші переміни у поведінці наглядачів, побратимів в камері чи якихсь інших моментів (залежить від уже встановленого порядку).

2. *Відстежування потенційних ризиків та небезпек (небезпечні наглядачі, способи катувань та тортур, правила перебування в камері)*

Встановлення правил у камері цілком може залежати не лише від наглядачів чи «начальника» колонії, а самими полоненими, які перебувають в одному приміщенні. Це стосується стандартних моментів «сумісного проживання»: порядок харчування, походи в туалет, тощо.

Також необхідно відслідковувати те, яким чином проходять допити, хто на них присутній, хто як реагує та поводить. Те ж саме стосується і наглядачів. У колоніях є різні зміни й потрібно розуміти для себе яка зміна більш лояльна, а яка має особливе відношення до українських полонених.

3. *Спроба фокусування на дрібних деталях в камері (муха, яка залетіла; сонячний промінь, якій пересувається тощо).*

Чим більше деталей полонений помічає, тим краще йому психологічно призвичаїтись до обставин та відволіктись від важкого розуміння й усвідомлення такої реальності. Спостерігаючи за дрібними деталями, можна не лише змінити фокус думок з тяжких та пригнічуючих, а й спробувати відстежувати час (сонячні промені, що переміщуються надаючи певну інформацію, яку можна навчитись трактувати) чи можливість розвитку певних хвороб у себе та побратимів (ті самі мухи чи пліснява, які можуть викликати певні порушення в стані здоров'я).

4. *Перш, ніж розуміти про що говориш з побратимами по камері, зрозуміти для себе чи можна надавати особисту інформацію.*

Безпека власна та безпека особистої інформації завжди має бути у пріоритеті в полоненого. Тобто, якщо особи, з якими людина тільки познайомилася безпосередньо під час утримання в одному приміщенні, спочатку варто зрозуміти хто є ким та хто справді вартий довіри. Оскільки до камери можуть посидити завербованого військового, який може або передавати розмови ворогу, або намагатися переконати побратимів засумніватися у вірності своїй країні.

5. *Зберігати віру, що близькі та рідні у безпеці, але не залежати від цієї думки.*

Постійна зацикленність на рідних може «вибивати з колії», заважати адекватно сприймати обставини. Варто вірити, що з близькими все гаразд, в іншому випадку – полонений швидко згасає емоційно та сил триматися не вистачає.

6. *Фільтрація будь-якої отриманої інформації*

Полонених під час допитів чи будь-яких розмов з ними можуть схилити до того, що їх родина вже мертва, що вони в небезпеці і взагалі всю країну захопили й нікому не потрібні, ті хто знаходиться в утриманні. Їх основна мета підірвати дух полонених, зламати їх психіку всіма способами. Тому ті, хто утримуються мають завжди пам'ятати про обережність. Слова ворога часто є брехнею, тому варто вірити саме внутрішнім відчуттям та не зациклюватися на думках про сім'ю в негативному контексті.

Способи самозбереження під час четвертої фази.

1. *Дотримуватись правил підтримування фізичної форми (качати прес, присідати, віджиматись).* Тіло має бути в нормі, інакше надмірна слабкість м'язів може призвести до зниження імунітету, що провокуватиме хвороби. Також будь-яка фізична активність допомагає відволіктись від мішанини думок, які і так постійно крутяться в голові роблячи перебування в утримуванні все більш тяжким.

2. *Підтримувати розумову активність (пригадувати історичні дати, номери телефонів, формули; вирішувати в голові складні приклади, пригадувати тексти, тощо).* Не менш важливо пам'ятати про розвиток розумової діяльності. Деградація все одно відбудеться, але полонений цілком може призупинити інтенсивність цього процесу.

3. *Намагатися відстежувати час, дату (за сонячними променями, моментами відвідування, тощо)*

4. *Жартувати з побратимами, вигадувати колективні ігри.* Це допоможе трохи розлаблятися та вибудовувати між собою певні взаємостосунки.

5. *Не чинити супротиву наглядачам, бути стриманим та самому не вестись на провокації: будь-яка провокативна дія з боку полоненого може бути сприйнята як загроза.* Довге перебування у полоні приносить, окрім тортур, і багато інших негативних явищ, серед яких – нудьга. Спланована нестерпна нудьга вбиває так само, як і невідомість, напруга, страх та сприяє депресії.

Існує чотири стратегії у поведінці, як впоратися з нудьгою та тривалим перебуванням у полоні:

взаємодія між полоненими та охороною – комунікація з охоронцями, фізичні вправи, спостереження за поведінкою охоронців, гумор, вигадкування різних історій, планування втечі;

відтворення минулого (згадування подій з минулого, сімейних подій); повторювані дії (відпочинок у камері, ментальні вправи, запам'ятовування фактів, фантазування, спостереження за комахами, розмови із самим собою);

саморозвиваючі дії (роздуми про майбутнє, вигадкування різних предметів, приладів, отримання нових знань та навиків, запам'ятовування історій, ігор тощо).

Було помічено, що перша стратегія була найбільш ефективною, а третя – найменш ефективною. Другу стратегію більшість полонених використовували протягом перших декількох тижнів полону, а четверту – після довгого періоду перебування у неволі. З продовженням тривалості полону значно зростала значимість усіх чотирьох стратегій.

Доречним у системі спеціальної психологічної підготовки буде ознайомлення підлеглих з досвідом американських військових психологів щодо виживання у полоні:

1. Як би вам погано не було, тільки слідкуючи за собою ви залишитеся людиною і зможете вижити у вирішальний момент. Слідкуйте за собою і своїм тілом, кожен день робіть фізичні вправи та дотримуйтеся правил гігієни.

2. Щоб вижити, опинившись у полоні, дізнайтеся у противника, що вам можна, а чого не можна. Це краще, ніж отримати кулю за спробу втечі під час простого походу в туалет. Якщо вам дали можливість поспілкуватися по телефону з родичами, не втрачайте самовладання і не плачте в трубку.

3. Найбільше полоненого пригнічують думки про своє майбутнє. Вони здатні справді звести людину з розуму. Усвідомлення факту, що ти повністю залежиш від ворожої тобі чужої волі, ламає сильніше фізичних мук. Тому в

жодному разі не дозволяйте собі опускатися! Як би не було важко, страшно, боляче – не піддавайтеся смутку. Змушуйте себе заповнювати кожную хвилину полону якимось заняттям. Не залишайте часу для переживань. Через силу, через “не можу” примушуйте себе думати, читати вірші, тримати себе в чистоті, дотримуватися правил поведінки під час приймання їжі (навіть якщо ваш сніданок шматок буряка, а замість столу – підлога). Не дайте собі стати твариною, перестати думати про майбутнє і вірити в нього.

- «Піджак на вішалці»

Напружувати на розслабляти по-черзі частини тіла. Фокусуватися на відчуттях в процесі напруження та розслаблення.

Спробувати це зробити з усіма. Спокійним голосом проговорювати всі частини тіла з інтервалом в 5 секунд.

По черзі напружувати стопи й розслабляти; литки; стегна; сідниці; живіт; спина; руки; плечі; шия.

Відслідкуйте свою реакцію. Чи розслабило це, можливо щось лишилось незмінним, або навпаки напружило.

- Абсурдизація

В моменти надміру стресових обставин, намагатися доводити їх до абсурду: вигадувати прізвиська, жартувати, створювати «локальні мему».

Згадайте моменти на роботі, коли все здавалося йшло під відкис, а ви з колегами, товаришами починали жартувати з цього й накидували все більше деталей, допоки серйозна проблема не перетворювалася на кумедний жарт чи історію. Це допомагало у її подальшому вирішенні й легшому сприйнятті. Так само і там, коли стає занадто тяжко, цей спосіб може допомогти полегшити перенавантаження психіки.

- «Тут і зараз»

Завжди пам'ятати про безпеку, місце перебування, ризики. Вчасно повертатися.

Інформаційно-психологічний тиск

ІПТ полягає в наданні полоненому **частин інформації**, яка викликає в нього довіру, здається логічною або змушує задуматися про свою правдивість та значимість. Вона надається в такому контексті та послідовності, щоб об'єднання цих частин призвело до цілісної, але маніпулятивної картини подій або зміни поглядів полоненого. (Схоже на **складання пазлів** з хибним малюнком).

Ціль: вербування, залякування, руйнування психічної стійкості.

1. Гіперболізація істинної інформації.

Значне перебільшення правдивих та, зокрема, негативних новин з України. Передача цієї інформації полоненим у вигляді значного перебільшення з додаванням жахливих деталей.

2. Відвертий обман в деталях (незалежно від контексту проживання чи перебування вашої сім'ї).

Тобто, інформування полоненого відбувається таким чином, що йому не кажуть повної картини, а лише уривчасті фрази про щось важливе з домішками уже відомої їм інформації, що була істинною в минулому, але те, що стосується сьогодення – відверта брехня, для того аби зламати дух військовослужбовця.

3. Психологічний тиск на підмічені больові точки (конкретне місце, сім'я, друзі, країна).

Якщо в моменті допиту чи розмови з наглядачем було помічено, що полонений проявляє більш яскраву реакцію на щось конкретне (гнів, сльози, тремтіння, різкі вирази), то це саме та точка, яка в подальшому буде все частіше зачипатися з негативному контексті. Це загрожує тим, що саме ця больова точка призведе до певного зламу всередині. Тоді полоненим легше маніпулювати. Легше вводити необхідну інформацію, яка так і залишиться закріпленою хоча б на підсвідомому рівні.

4. Створення недовіри під час перебування в камері

Підставляти одне одного знову ж таки в інформаційному полі. Наприклад в камері перебуває 5 осіб, і кожного забирають по черзі на допит. Першому пропонують «цукерку» (достатньо образно, але головне, щоб ви розуміли) за те, щоб була надана інформація про зраду командира чи про те, як полонений бачив як його побратими на позиціях вбивали мирне населення. Він відмовляється, його відпускають. Приходить другий, йому просто дають «цукерку», а тоді запитують без важеля винагороди за роботу. Він відмовляється, його відпускають. Але до камери він приходить з цукеркою. Це починає викликати масову недовіру (адже там полонені завжди діляться такими моментами в плані допитів), і вважають, що він надав цю інформацію за умовну «цукерку». Таким чином злагоджена до цього команда починає підозрювати один одного у зраді.

5. Використання стратегії «наглядач-друг», або добре ставлення наглядача до тебе (це не стосується всіх).

Іноді наглядачі справді ставляться нейтрально, проте бувають випадки, коли це спеціальна пастка для свідомості полоненого. У випадку, коли більшість ставляться негативно, принижують сиплять погрозами, людина, яка ставиться добре й ніби з розумінням, починає здаватися та сприйматися значно краще й до неї хочеться тягнутися. Все що вона говорить, ніби повинно бути правдою і несвідомо полонений справді починає довіряти та прислухатися, навіть якщо розуміє що цього робити не можна.

6. Приниження гідності способами співання гімну протягом доби, дозвіл на читання лише пропагандистської літератури (класичної), фільми пропагандистського характеру, новини, тощо.

Основна мета, цілком зрозуміла, проте способи виконання – різні. Варто розуміти, що у полоненого не завжди є вибір. Примус – це той спосіб, який використовує ворог.

7. Розмови в камері на тему «а за що ми боролись чи боремось?»

Все задля того, аби змусити сумніватися. Так працює з кожною річчю. Якщо, для прикладу багато разів проговорювати одне й те ж саме слово, то

воно втрачає свій сенс та стає схожим на набір рандомних звуків. Якщо довго думати про щось конкретне, постійно повторюючи твердження – воно так само втрачає сенс. Знаходяться контраргументи на питання, а твердження вкорінюється у мозку, як зліпок.

1. Відстежування власного відчуття до отриманої інформації.

(Випереджальне інтуїтивне прогнозування).

Як би там не було, але наше тіло справді здатне багато чого нам розповісти та відповісти на наші власні запитання. Будь-яка інформація завжди аналізується нами і, в першу чергу, саме несвідомим. Саме ж несвідоме часто передає сигнали через тіло – таким чином сповіщаючи про те, наскільки якісна ця інформація, чи відповідає вона дійсності і чи є в ній бодай щось схоже на істину.

Реакції та сигнали тіла у більшості індивідуальні, хоча є певні типові відповідності. Важкість у грудях, відчуття нудоти, напруження в області плеч і спини часто сигналізує про недовіру до опонента. Тобто, все висловлене ним має домішки брехні або є суцільною брехнею.

Відчувши, що тіло подає подібні сигнали, можна потім піддавати їх аналізу. Аби було зрозуміліше, знову ж таки пригадайте людину, яка подобалась всім, але не вам. Тоді було відчуття ніби зсередини, ніби з тіла. Спробуйте пригадати, що саме ви відчували в тілі при цьому передчутті недовіри до людини. Так само і з інформацією. Коли ви слухаєте і розумієте, що то все ніби логічно, але щось наче не так – з'являється відчуття в тілі, яке сигналізує про умовну небезпеку, інформаційний обман.

2. Відстежування поведінки під час сповіщення інформації (наскільки слова не співпадають з поведінкою).

Достатньо часто між словами та поведінкою виникає дисонанс. Тобто слова звучать ніби впевнено, логічно та структуровано, але у поведінці проявляються явні моменти, яким не можна довіряти. Відвертання від співрозмовника (уникнення прямого зорового контакту), зміна інтонації (вібруюча, ніби важко говорити), надто різкі звертання (людина починає

нахилятися вперед, порушувати особистий простір, ніби намагаючись залізти словами під шкіру), тощо.

Особливо важливо відслідковувати такі моменти, коли ця особистість знайома: полонений знає її манеру спілкування, якісь поведінкові реакції чи типові звички під час розмови на певні теми.

3. Не піддаватися паніці та емоційному впливу.

Часто від тяжкої інформації, яка зачіпає саме больові точки, думки про перевірку цієї інформації зникає – виникає паніка й тваринний страх десь в середині. Це нормальна реакція, але варто намагатися з усіх сил зберігати голову холодною та відсікати моменти емоційності. Спочатку почути, відстежити запам'ятати, проаналізувати – потім емоційно реагувати (лише в моменти, коли полонений відчувається в більш-менш прийнятній обстановці).

4. Комунікація з побратимами в камері для перевірки інформації.

Після будь-якої отриманої інформації її справді варто обговорити з побратимами в камері аби уникнути можливості бути обманутим або щоб цього не сталося з кимсь із товаришів. Основна мета цього обговорення – розуміння того, чому можна довіряти і яка інформація надається кожному з присутніх. Часто може бути таке, що інформація стосується рідних або чогось важливого для кожного, але подається у схожому контексті. Тоді полоненим простіше відсікати якісь моменти для збереження власної думки, позиції та не піддаватися інформуванню, яке може її похитнути.

5. Навчитись відрізняти і реагувати на маніпуляції.

Цей момент буде більш помітний безпосередньо на службі. В полоні ж використовують достатньо хитрі маніпуляції (інформація про те, що там всі недалеко – не є правдивою. Спец.служби РФ працюють на достатньо високому рівні). Тому їх відстеження може певною мірою ускладнюватися. Проте не варто повністю відмовлятися від цієї ідеї. Ті ж самі наглядачі частіше менш компетентні і коли вони провертають щось подібне, то полонений цілком може уникнути реакції на цю маніпуляцію, якою б вона не була, що може дозволити уникнути власним сумнівам в чомусь.

6. Звернення до власних внутрішніх ресурсів, таких як сила волі, впевненість, внутрішня мотивація, щоб зберегти емоційний стан та впоратись із ситуацією.

У першу чергу полонений сам повинен намагатися впоратися із своїми внутрішніми переживаннями та сумнівами, які поступово просочуються в голову та затьмарюють здоровий глузд. Потрібно завжди намагатись знаходити баланс та нагадувати собі якою є позиція. Полоненому важко постійно триматися, тому часто цей внутрішній ресурс, стійкість знижаються. В цьому випадку потрібно зрозуміти, що могло б допомогти його підвищити в тих умовах, в яких перебуває сам полонений.

Поведінка під час допиту. Комунікація з наглядачами

Ізоляція – недопущення будь-якої соціальної підтримки для опору. Відсилення після допиту в ізольовану камеру, або утримання в обмеженому просторі, задля тиску, який спричинить надання необхідних даних.

Індуковані унеможливлення та виснаження – підрив ментальних та тілесних здатностей до чинення опору, наприклад, тривале позбавлення сну, води, їжі.

Погрози – підтримка атмосфери тривоги та відчаю.

Тортури – як психологічні, так і фізичні. Часто ворогу необхідно залишити свій слід не тільки в голові полоненого, а й на його тілі.

Періодичні винагороди – обумовлення, мотивування до взаємодії з гнобителями; умовно: «Я дам тобі щось, аби ти сказав або зробив це». Дані обіцянки і винагороди можуть стосуватися достатньо великої кількості речей: від базових потреб (додатковий одяг, ковдра, їжа) до емоційно потужних елементів (дзвінок родині, лист від них або можливість передати листа близьким).

Демонстрація “всемогутності” і “всезнання” – запевнення в безглуздості опору. В основному стосується саме можливості залякати (в усіх планах: емоційному, фізичному). Чим більше ворогу вдасться залякати полоненого й переконати, що його опір безглуздий, тим більша ймовірність

дізнатися необхідну їм інформацію чи вибивання необхідних відомостей (слова звинувачення побратимів, української влади, тощо).

Спроба розвинути у полонених відчуття, що для збереження самоповаги буде кориснішим підкоритися, ніж опиратися гнобителям;

Пригнічення в полоні звична річ. Саме тому, аби спробувати «відновити» себе й власну самоповагу, полоненому пропонуватимуть варіанти, де надання необхідної їм інформації може допомогти більше не чути образ й бути менш пригнобленим.

Часті і тривіальні вимоги – спроба перетворити покору полонених у звичку.

Використовується ІПТ, побиття. ІПТ як цілісна складова перебування в полоні, вже була проговорена, проте під час допитів можуть застосовуватися всі ці засоби більш потужно.

Під час допиту часто використовується техніка «хороший-поганий поліцейський».

Ворог буде намагатися схилити вас до співпраці і вивідати у вас військові секрети. У військових слідчих поширена тактика підлої, але дуже ефективної гри “в хорошого і поганого”. Припустимо, вас три або чотири дні ночами водять на допити, не годують, слідчий кричить, б’є, погрожує пістолетом. А потім раптом все змінюється – вас допитує новий офіцер, співчуває, пропонує поїсти. Говорить тихо і мирно, шкодує, що ви “опинилися в рядах бандитів”. Наказує надати лікарську допомогу. Змучившись на допитах, ви самі не бажаючи того потягнетеся до цієї людини. У вас з’явиться бажання просто поговорити з нею, відповісти на нешкідливі питання, підписати папери, сказати кілька слів на камеру. І ви – попалися, адже це теж ворог, хитрий і небезпечний. Мета людей в чужій формі, які оточують вас, однакова – просто методи різні. Ніякої співпраці, ніякого розслаблення, як би не благали вас змучені тіло і мозок. Або ви боєць – або ви зрадник, і не важливо, яким чином вас схилили ним стати, побоями чи ласкою.

Використовується система виклику одразу 2 військовослужбовців, до один на допиті, а другий слухає крики болю, розуміючи, що він наступний. В даному випадку вся увага зосереджується саме на другому, який протягом певного часу слухає крики болю свого побратима. Це пригнічує та викликає тваринний страх перед допитом. Тому опісля він заходить з бажанням про те, що згодний дати всі свідчення, тільки щоб не пережити схожі муки. Окрему позицію займають наглядачі, які супроводжують. Вони спонукають до все більшого страху, змушуючи тремтіти все більше.

Питання провокаційного характеру.

Маніпуляція рідними.

Шантаж свободою

Примус підписати документи

Полоненим рекомендують співпрацювати з тими, хто їх допитує, та розказувати їм інформацію, яку попередньо дозволено розповідати ворожій стороні. Вироблення такого сценарію мало б стати складовою частиною цільової підготовки спецпідрозділів безпосередньо перед бойовими діями.

Звичайно, важливо, щоб усі військові ознайомилися з деталями такого сценарію і щоб всі його дотримувалися у разі взяття в полон. Той військовослужбовець, котрий не витримає та відійде від сценарію, якого дотримується решта полонених, може лише викликати додаткову підозру щодо своєї відвертості та спровокувати ще більші тортури.

Виконання вказівок (за винятком переходу на сторону держави-агресора або здача фактів чи даних, які несуть загрозу для побратимів, які не є загиблими). Постарайтеся створити враження, що ви –“пішак” і нічого важливого не знаєте.

Ніколи не вірте заявам, що, мовляв, “всі ваші вже розкололися, один ти впираєшся”. Ведіть себе спокійно і стримано, прямо відповідайте лише на питання про вік і військове звання та назву підрозділу. На решту – “не знаю”, “не мав доступу”, “при моєму чині – мені це не повідомляли”, «я маленька людина», «я виконував наказ та знаю тільки те, що мені наказали»

Не брешіть, намагаючись підсунути ворогові дезінформацію. Дезінформувати треба вміти. Ваше перебування в полоні не передбачає виконання завдань по дезінформації. Відповідайте тільки за себе.

Не провокуйте ворога на жорсткі заходи глузуванням і показною бравадою. Патріотизм в душі, його не обов'язково демонструвати ворогу, провокуючі до агресивних дій по відношенню До Вас. Героїзм – стриманість в небезпеці.

Не згадуйте живих товаришів, намагаючись перекласти на них відповідальність – ваші товариші теж можуть опинитися в руках ворога, і вас зловлять на протиріччях.

Абстрагуйтеся.

Будьте вибіркоvim в тому, кому довіряєш.

Зрештою, кожен військовополонений має сам зробити оцінку, до якої міри треба та є сенс опиратися катам. Хоча про це не прийнято говорити, але частина полонених все-таки “ламається” та визнає все, чого від них хочуть кати (згодом такі вимушені зізнання можуть слугувати матеріалом для оголошення звинувачення проти колишніх полонених). Останньою лінією оборони в таких обставинах має бути приховання хоча б частини інформації, яка може мати ключове значення для ворога на певний час та послужити для завдання великої шкоди власній стороні. Приховування від ворогів хоча б частини інформації означає і збереження частки власної гідності, що дозволить потім зберегти чисте сумління.

Багато полонених після зізнання розвивають в собі сильне відчуття провини через те, що зроблено чи сказано проти їх власної волі та принципів, яке супроводжує їх ще довго після звільнення (синдром провини тих, хто пережив полон).

Встановлення певних відносин з охоронцями може допомогти пережити полон та полегшити страждання, за умови, якщо ця взаємодія відбувається раціонально і полонений має над нею контроль (наприклад, намагається пробудити в охоронців співчуття і готовність йти на поступки, у

той же час з іншими полоненими жартує про охоронців, дає їм смішні прізвиська тощо).

Дещо іншим є випадок справжнього щирого зближення з охоронцями, у фаховій літературі відомий як “стокгольмський синдром”, який стосується феномена повної втрати відчуття ворожості і навіть відвертого співчуття до полонених.

Після допитів тюремники намагаються забезпечити повну покору полонених, щоб не допустити їхньої втечі, а в окремих випадках намагаються настільки їх зламати, що полонені відмовляються від своїх ідеалів і цінностей на користь цінностей противника.

Хитрість у спілкуванні. Обговорення полонених або якісь ситуації просто перед камерою. Використання виразів до конкретного бійця з метою вибити з колії (частіше всього стосується уже відомої інформації про місце народження, рідних і т.д.).

Відверта ненависть. Прояви ненависті у формулюванні висловлювань, побоях, постійних наріканнях, тощо. Образи. Погрози. Пригноблення.

Спроба перетворити ув'язнених на тварин. Відношення до полонених у наглядців проявляється не лише у виразах чи прискіпуваннях, а у вихованні рефлексів на певні слова чи дії, у подачі їжі чи води.

Прискіпливе ставлення по відношенню до будь-якої дії полоненого. насильницьке звуження уваги полоненого до безпосередньої ситуації. Караються будь-які дії, які порушують цю ситуацію.

Вибірковість довіри. Ретельно обирайте, кому ви довіряєте серед наглядців. Важливо розуміти, хто є надійним і може надати допомогу чи підтримку у складних ситуаціях.

Відстежування порядку чергування наглядців. Спостерігайте за ротацією наглядців та їхньою поведінкою. Це може допомогти зберігати взаєморозуміння та запобігати можливим конфліктам.

Виконання вказівок. Це може забезпечити безпеку та допомогти зберегти стабільність у відносинах з ними.

Спробувати абстрагуватися під час виконання певних дій, які посягають на вашу гордість або під час образ. Уникайте конфліктів та спробуйте зберегти спокій у ситуаціях, де ваша гідність чи образ може бути порушений. Важливо залишатися зосередженим на безпеці та виживанні.

Способи підтримки побратимів. Комунікація з побратимами

Схема Фрейда. Основна ідея полягає в тому, аби пояснити військовослужбовцям спосіб зміни поведінки у стресових ситуаціях. Це стосується не тільки полону.

Існує три основні складові нашої психіки:

Воно – відповідає за інстинкти

Я – вторинні думки, те, як ми поведимось та думаємо за звичайних умов. Те свідоме, що ми відслідковуємо та ясно відчуваємо.

Над-Я – підсвідомість, моральність, виховання.

Ці три складові в комплексі тісно взаємопов'язані між собою, проте часто щось одне є мінімально провідним у діяльності.

Під час перебування у стресовій ситуації найбільш частим є вихід Воно на перше місце. Людина починає діяти інстинктивно, незважаючи на людяність та моральність. Все аби вижити. В подальшому, під час повернення до більш «нормальних» умов життя, відбувається певний розкол свідомості: людина не може призвичаїтися до норм того, де опинилася й тому доводиться довго адаптуватися самотійно.

У стресових умовах психіка сама, автоматично підключає ті процеси, які допоможуть вижити. Людяність відходить на другий план, вмикається стадний інстинкт: «Я як більшість». Це стосується саме побратимів по камері. З часом воно починає вкорінюватися, відбувається пошук жертви, яка досі лишилася в певному балансі з Над-Я.

Даний процес не є чимсь страшним, але треба бути готовим до того, що в стресових ситуаціях аби вижити всі будуть поводитись по-різному. Хтось наблизиться до поведінки тварини, або утвориться так звана «вовча зграя»,

хтось навпаки стане більш благородним, що дратуватиме зграю. Ці фактори є абсолютно нормальними.

Опісля, ті хто підключився до Воно, відчуватимуть докори сумління, можуть вдаритися в залежності аби притлумити жах вчинків, які самі ж і робили.

Це пояснюється зараз для того, аби була змога в подальшому розуміти поведінку як свою, так і оточуючих, та було легше контролювати певні поведінкові чи емоційні реакції тіла й свідомості.

Для більш доступного пояснення можна використовувати схему у вигляді маятника, де Воно й Над-Я це протилежні сторони, а Я – стрілка, яка й визначає поведінку під час проживання стресових ситуацій під час комунікації чи шкалі цінностей в моменті.

У свою чергу під час комунікації з побратимами важливо звертати увагу на низку речей, аби почуватися у обмеженій безпеці.

Відстежувати порядок поведінки більшості (якщо це стала команда). Якщо є стала команда, корисно відстежувати загальні норми поведінки та дотримуватися їх, щоб забезпечити спільну безпеку та комфорт.

Концентрація на внутрішніх відчуттях під час комунікації з кожним. Під час спілкування з кожним звертайте увагу на їхні емоції та потреби, щоб створити емоційне підґрунтя для підтримки. Також не забувайте, про відстежування реакцій тіла, які так само можуть вказувати чи варто довіряти щось особисте й важливе цій людині.

Фільтрування інформації (яку отримуєте і яку видаєте). Будьте обережні з тим, яку інформацію ви отримуєте та передаєте. Важливо пам'ятати про конфіденційність і можливі наслідки розголошення певних даних.

Не бути жертовним. Важливо зберігати баланс між допомогою і самозахистом. Не піддавайтеся на тиск або маніпуляції, які можуть виникнути у важких умовах полону.

Формування правил поведінки у камері, які узгоджені між всіма, хто там перебуває. Спільно узгоджуйте правила поведінки з усіма учасниками

полону. Це допоможе створити атмосферу взаємоповаги, співпраці та безпеки всередині приміщення.

Перш ніж надавати будь-яку допомогу чи підтримку побратимам запитати чи це їм потрібно. Якщо відмовляються – достатньо просто сісти поруч, це вже дає посил того, що людина не сама.

Вислухати: Це може означати не лише просте прислухання до того, що вони розповідають, але й прояв співчуття, розуміння і емпатії. Важливо, щоб вони відчували, що їхні емоції та досвід цінуються.

Надати інформацію про ті техніки чи правила, які допомагають вам: Діліться з ними техніками самопідтримки, стратегіями виживання та психологічними прийомami, які можуть допомогти зняти стрес та покращити психічне здоров'я. Деякі техніки були описані раніше, деякі відомі з власного досвіду.

Поділитися власними переживаннями (в міру). Поділіться своїми власним досвідом з подібних стресових ситуацій і способами, якими ви впоралися з ними. Це може зміцнити відчуття спільності та підтримки.

Дати знати, що ви поруч. Не забувайте дати знати їм, що ви завжди готові надати допомогу і підтримку у будь-який момент. Це може створити відчуття безпеки та впевненості у їх здатності подолати труднощі.

Всі елементи, що входять у програму мають у своїй основі як теоретичні дані, що допоможуть розібратися в собі та виявити найкращу стратегію проживання полону, так і практичні рекомендації, що можуть допомогти прожити моменти мтресу та тривожносmtі найбільш екологічно.

Висновки до третього розділу

Програма для реабілітації звільнених з полону військовослужбовців було створено на основі попередньо проведеного емпіричного зрізу результатів та бесіди. Основа індивідуальної роботи з респондентами полягала у психоедукаційній допомозі та спробах пережити ключові моменти, що

сталися у полоні. На групових заняттях навпаки, метою стало відволікання від болючих спогадів і травматичних подій, занурення у нейтральне.

Опісля впровадження корекційної програми стало зрозуміло, що результат є, але він недостатньо потужний як інструмент. Можливо необхідне розширення групових занять та підбір методик під кожну групу. Також важливо врахувати формування самої групи для більш ефективної роботи.

Наступним етапом емпіричної частини дослідження стало створення програми для діючих військовослужбовців про способи переживання полону, оскільки полон є професійним ризиком даної категорії населення. Програма складається з низки модулів, де зібрано як теоретичні матеріали, так дані від людей, що вже пережили полон під час повномасштабної війни.

ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретико-методологічний підхід до дослідження адаптації та соціалізації звільнених військовополонених в умовах цивільного життя. Визначено ключові аспекти адаптації та соціалізації у психології, розглянуто стани звільнених військовополонених на основі попереднього досвіду воєнних дій, а також виділено головні моменти, які впливають рівень адаптивності звільнених з полону військовослужбовців в умовах цивільного життя. Констатувальний експеримент підтвердив потребу в розробці та апробації корекційної програми, що було здійснено в межах дослідження.

Відповідно до поставлених завдань, можна отримати такі висновки:

1) Згідно теоретико-методологічному дослідженню літературних джерел, процес адаптації та соціалізації є взаємозалежними значеннями, які доповнюють один одного. Процес адаптації – це сукупність властивостей індивіда, що характеризуються його вмінням пристосуватися до змінних умов навколишнього середовища. У свою чергу соціалізація – це процес зчитування та відтворення поведінки, цінностей і норм груп людей (суспільства), які оточують індивіда.

2) Звільнені військовополонені проживають тяжкі психологічні стани, які є наслідками пережитих подій під час перебування у спеціалізованих таборах та колоніях. Серед основних ознак є прояви ПТСР, депресивні стани, різноманітні адикції, підвищений рівень тривожності, розгубленість. Це все заважає адаптації в умовах цивільного життя, що, як наслідок, приводить до значних порушень психічного здоров'я особистості.

3) Для аналізу результатів першого етапу емпіричного дослідження були обрані комплексні методики, які дозволили отримати об'єктивну картину стану респондентів. Дослідження охопило 28 військовослужбовців, звільнених із полону, які повернулися в різний час. Це дало змогу врахувати ширший спектр критеріїв для визначення факторів, що впливають на

покращення або ускладнення адаптації до цивільного життя після пола. Результати дослідження показали високий рівень дезадаптації, депресивних станів і тривожності у багатьох респондентів. Лише один учасник демонструє задовільний психологічний стан, має здатність до зазначених проблем, тоді як решта респондентів переживають значні труднощі в процесі адаптації. В окремих ходах індивідуальних бесід було встановлено, що ключовим фактором є спосіб переживання полону, тоді як інші показники мають менше значення.

4) Корекційна робота здійснювалася відповідно до основних принципів консультування військовослужбовців. Групові заняття проводилися на нейтральні теми під суворим контролем психолога, щоб забезпечити комфортну та безпечну атмосферу для учасників. Одночасно обов'язково організовувалися індивідуальні консультації, які мали не стільки конкретну цілеспрямованість, скільки терапевтичний характер. Основна мета цих консультацій полягала в тому, щоб допомогти військовослужбовцям прийняти свій досвід перебування в полоні та навчитися жити з ним.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abramowitz M. Trauma Recovery in War Survivors: Psychological Aspects. – Cambridge: Cambridge University Press, 2020. – 352 p.
2. Alexander D. A., Klein S. Psychological impact of the Gulf War on veterans // Journal of Psychology. – 2019. – Vol. 54, No. 4. – P. 103–121.
3. Bisson J. PTSD in Military Veterans: Diagnosis and Treatment // The Lancet Psychiatry. – 2021. – Vol. 58. – P. 12–30.
4. Bonanno G. A., Diminich E. D. The long reach of war: Behavioral, psychological, and physical consequences for veterans // Current Directions in Psychological Science. – 2021. – Vol. 30, No. 3. – P. 215–223.
5. Bonanno G. A., Westphal M. Predicting long-term recovery from trauma // Journal of Psychological Trauma. – 2020. – Vol. 22, No. 3. – P. 210–219.
6. Brewin C. R. Evidence-based approaches to PTSD therapy // Annual Review of Clinical Psychology. – 2020. – Vol. 16. – P. 271–291.
7. Brewin C. R., Holmes E. A. Psychological theories of PTSD // Psychological Medicine. – 2020. – Vol. 50, No. 3. – P. 365–375.
8. Bryant R. A. Post-traumatic stress reactions following captivity // Clinical Psychology Review. – 2020. – Vol. 68. – P. 45–60.
9. Caplan L. The Myth of Stress: Where It Comes From and How to Deal with It. – New York: Free Press, 2021. – 289 p.
10. Carleton R. N., Peluso D. L. Risk and resilience factors in PTSD development // Current Directions in Psychological Science. – 2020. – Vol. 29, No. 1. – P. 75–80.
11. Clark D. A., Beck A. T. Cognitive theory of anxiety and PTSD // Behavior Therapy. – 2020. – Vol. 51, No. 5. – P. 705–718.
12. Cloitre M. Tailoring interventions for complex PTSD // Journal of Traumatic Stress. – 2020. – Vol. 33, No. 5. – P. 471–480.

- 13.Cloitre M., Courtois C. A. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. – New York: Guilford Press, 2019. – 490 p.
- 14.Creamer M., Forbes D. Long-term impacts of war trauma on veterans // Military Medicine. – 2020. – Vol. 185, No. 7–8. – P. 605–614.
- 15.Ditlevsen D. N., Elklit A. Gender, trauma type, and PTSD prevalence: A meta-analysis // Psychological Trauma. – 2019. – Vol. 11, No. 1. – P. 1–14.
- 16.Foa E. B., Hembree E. A. Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences. – Oxford: Oxford University Press, 2020. – 260 p.
- 17.Forbes D., Creamer M. PTSD-related impairment in military and veteran populations // Clinical Psychology Review. – 2021. – Vol. 91. – P. 102078.
- 18.Friedman M. J., Keane T. M. Handbook of PTSD: Science and practice. – New York: Guilford Press, 2019. – 712 p.
- 19.Friedman M. J., Schnurr P. P. Advances in PTSD research: Neurobiological insights // Nature Reviews Neuroscience. – 2021. – Vol. 22, No. 6. – P. 344–356.
- 20.Gill J. M., Saligan L. Effects of PTSD on immune system functioning // Neuroscience Reviews. – 2021. – Vol. 89, No. 5. – P. 554–564.
- 21.Gillihan S. J., Foa E. B. PTSD treatment adaptations for veterans // Clinical Psychology Review. – 2021. – Vol. 91. – P. 102103.
- 22.Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. – Basic Books, 2015. – 396 p.
- 23.Hoge C. W. Once a Warrior Always a Warrior: Navigating the Transition from Combat to Home. – Guilford: Rowman & Littlefield, 2021. – 320 p.
- 24.Hoge C. W. PTSD prevalence and combat exposure in veterans // Journal of Clinical Psychiatry. – 2021. – Vol. 82, No. 1. – P. 15–21.
- 25.Johnson H. A. Psychological adaptation after war captivity // American Psychologist. – 2019. – Vol. 65, No. 3. – P. 212–225.

26. Jones E., Wessely S. Psychological adjustment in ex-prisoners of war // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2022. – Vol. 47. – P. 178–195.
27. Karney B. R., Crown J. S. Military service and family functioning // *Annual Review of Psychology*. – 2021. – Vol. 72. – P. 123–140.
28. Kearns M. C., Gallagher M. W. Post-traumatic growth as a buffer to PTSD // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 275. – P. 267–276.
29. Kessler R. C., Chiu W. T. PTSD and co-occurring disorders in military veterans // *American Journal of Psychiatry*. – 2019. – Vol. 176, No. 3. – P. 204–214.
30. Kessler R. C., McLaughlin K. A. The Global Burden of PTSD: Prevalence and Trends // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2020. – Vol. 46, No. 1. – P. 15–32.
31. King D. W., Vogt D. S. *Manual for the Deployment Risk and Resilience Inventory*. – Boston: National Center for PTSD, 2015. – 280 p.
32. King L. A., King D. W. Deployment risk and resilience inventory: A psychometric analysis // *Psychological Assessment*. – 2021. – Vol. 33, No. 4. – P. 325–337.
33. King L. A., Vogt D. Post-traumatic growth and resilience in military veterans // *Journal of Positive Psychology*. – 2021. – Vol. 16, No. 3. – P. 315–325.
34. Koch W. *The Psychology of Resilience: From Trauma to Strength*. – London: Routledge, 2019. – 340 p.
35. Kosslyn S. M., Rosenberg R. S. *Fundamentals of Psychology*. – New York: Pearson, 2018. – 452 p.
36. Krystal J. H., Neumeister A. PTSD treatment: Current status and future directions // *Current Opinion in Psychology*. – 2020. – Vol. 30. – P. 76–82.
37. Litz B. T., Nash W. P. Moral injury in veterans: A pathway to post-traumatic growth? // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2021. – Vol. 35. – P. 54–60.
38. Litz B. T., Stein N. *Trauma Recovery: Strategies for Reintegration*. – Chicago: Academic Press, 2017. – 318 p.

39. Maguen S., Litz B. T. The Role of Meaning in Recovery from PTSD // *Journal of Traumatic Stress*. – 2021. – Vol. 34, No. 2. – P. 170–190.
40. Marmar C. R., Schlenger W. PTSD prevalence in combat veterans // *American Journal of Public Health*. – 2020. – Vol. 110, No. 3. – P. 378–385.
41. Marmar C. R., Schlenger W. PTSD prevalence in veterans of military conflicts // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2020. – Vol. 16. – P. 317–342.
42. Masten A. S., Narayan A. J. Resilience processes in trauma survivors // *Annual Review of Psychology*. – 2020. – Vol. 71. – P. 669–692.
43. McFarlane A. C., Yehuda R. Resilience and vulnerability in PTSD // *Nature Reviews Psychology*. – 2021. – Vol. 2. – P. 159–176.
44. Meichenbaum D. *Cognitive-behavioral strategies in post-war recovery*. – Oxford: Oxford University Press, 2019. – 380 p.
45. Neria Y., Gross R. *Trauma and public health: A focused approach*. – New York: Springer, 2018. – 295 p.
46. Norris F. H., Friedman M. J. Community resilience to trauma // *Trauma and Community Psychology*. – 2021. – Vol. 8, No. 2. – P. 125–143.
47. Norris F. H., Stevens S. P. Community resilience and recovery after disaster // *American Journal of Psychology*. – 2021. – Vol. 44, No. 4. – P. 212–230.
48. Ozer E. J., Best S. R. The long-term impact of war captivity on family dynamics // *Journal of Family Psychology*. – 2019. – Vol. 33, No. 5. – P. 546–560.
49. Pietrzak R. H., Southwick S. M. Psychological resilience in veterans: A review // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2021. – Vol. 17. – P. 159–176.
50. Pietrzak R. H., Southwick S. M. PTSD and resilience among veterans: A review // *Journal of Traumatic Stress*. – 2020. – Vol. 33, No. 3. – P. 215–234.
51. Prigerson H. G., Maciejewski P. K. Bereavement-related PTSD: Symptoms and trajectories // *Psychological Medicine*. – 2019. – Vol. 49, No. 6. – P. 912–919.

52. Raskind M. A., Peskind E. R. Pharmacological treatments for PTSD // *Biological Psychiatry*. – 2021. – Vol. 89, No. 12. – P. 1207–1214.
53. Resick P. A., Monson C. M. Cognitive processing therapy for PTSD: A review // *Cognitive Therapy and Research*. – 2021. – Vol. 45, No. 1. – P. 1–12.
54. Resick P. A., Suvak M. Treatment innovations for PTSD in veterans // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2020. – Vol. 27, No. 2. – P. 160–176.
55. Richardson J. D., Boag E. PTSD recovery pathways in veterans of contemporary conflicts // *Military Psychology*. – 2021. – Vol. 32. – P. 145–160.
56. Roberts N. P., Kitchiner N. J. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in military personnel: A review // *The Lancet Psychiatry*. – 2020. – Vol. 7. – P. 1011–1020.
57. Ruzek J. I., Borkovec T. *Cognitive-behavioral therapy for trauma survivors*. – London: Routledge, 2017. – 298 p.
58. Sayer N. A., Carlson K. F. Long-term outcomes of post-war rehabilitation programs // *Rehabilitation Psychology*. – 2020. – Vol. 65, No. 1. – P. 34–50.
59. Schnurr P. P., Lunney C. A. PTSD trajectories in ex-military personnel: A 20-year study // *American Journal of Psychiatry*. – 2021. – Vol. 178, No. 4. – P. 390–400.
60. Schnurr P. P., Lunney C. A. The role of meaning-making in PTSD recovery // *Current Directions in Psychological Science*. – 2020. – Vol. 29, No. 3. – P. 215–222.
61. Shalev A. Y., Freedman S. Early interventions for PTSD prevention // *Current Psychiatry Reports*. – 2019. – Vol. 21, No. 8. – P. 67–85.
62. Shalev A. Y., Freedman S. Prospects for intervention after trauma // *Current Psychiatry Reports*. – 2019. – Vol. 21. – P. 67–85.
63. Shalev A. Y., Peri T. Early intervention to prevent PTSD // *American Journal of Psychiatry*. – 2021. – Vol. 178, No. 5. – P. 385–392.

64. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy // *Journal of Psychotherapy Research*. – 2019. – Vol. 29, No. 4. – P. 545–555.
65. Solomon Z., Dekel R. The impact of war captivity on mental health: A meta-analytic review // *Psychological Trauma*. – 2019. – Vol. 11, No. 5. – P. 501–510.
66. Solomon Z., Mikulincer M. PTSD in ex-prisoners of war: 30 years later // *Psychological Medicine*. – 2020. – Vol. 50, No. 12. – P. 2091–2101.
67. Southwick S. M., Bonanno G. A. Resilience after trauma: A critical review // *American Psychologist*. – 2021. – Vol. 76, No. 5. – P. 672–689.
68. Southwick S. M., Krystal J. Trauma-induced changes in brain connectivity // *Neurobiology of Stress*. – 2021. – Vol. 15. – P. 100297.
69. Southwick S. M., Pietrzak R. H. Resilience and recovery from trauma // *Journal of Clinical Psychology*. – 2020. – Vol. 76, No. 6. – P. 1190–1201.
70. Spivak B., Shemesh Y. Traumatic stress in ex-combatants: Biopsychosocial perspectives // *Biological Psychiatry*. – 2020. – Vol. 87, No. 2. – P. 142–150.
71. Spivak M., Charney D. S. Psychobiological mechanisms in PTSD // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2019. – Vol. 103. – P. 167–188.
72. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Facilitating post-traumatic growth in survivors // *Psychological Science in the Public Interest*. – 2021. – Vol. 22, No. 2. – P. 1–23.
73. Tedeschi R. G., Moore B. Post-traumatic growth in military populations // *Journal of Clinical Psychology*. – 2021. – Vol. 77, No. 2. – P. 250–265.
74. Thompson C. P., Johnson H. V. The impact of war captivity on psychological adjustment // *Journal of Clinical Psychology*. – 2020. – Vol. 76, No. 2. – P. 278–293.
75. Ursano R. J., Fullerton C. S. Military psychiatry and PTSD treatment // *Journal of Military Medicine*. – 2020. – Vol. 185, No. 6. – P. 485–494.
76. Ursano R. J., McKibben J. Recovery pathways in post-combat PTSD // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2021. – Vol. 75, No. 3. – P. 123–135.

- 77.van der Kolk B. A. Post-traumatic stress and the brain: A neurobiological perspective // *Neuropsychopharmacology Reviews*. – 2019. – Vol. 44, No. 4. – P. 274–288.
- 78.van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. – New York: Penguin Books, 2015. – 496 p.
- 79.van der Kolk B. A. Traumatic stress and somatic experiencing // *Clinical Psychology Review*. – 2020. – Vol. 41. – P. 139–152.
- 80.Vogt D. S., King D. W. Resilience and vulnerability: PTSD in military contexts // *Clinical Psychology Review*. – 2021. – Vol. 91. – P. 102082.
- 81.Vogt D. S., Smith B. Resilience in the face of military trauma // *Journal of Traumatic Stress*. – 2021. – Vol. 34, No. 3. – P. 250–265.
- 82.Weiss T., Berger R. *PTSD and growth: A paradox of war recovery*. – New York: Springer, 2018. – 240 p.
- 83.Westphal R. J., Bonanno G. A. Post-traumatic stress and resilience in veterans // *Annual Review of Psychology*. – 2020. – Vol. 71. – P. 669–692.
- 84.Westphal R. J., Seiler A. J. Military resilience training: Evidence-based outcomes // *Journal of Military Psychology*. – 2020. – Vol. 32, No. 2. – P. 132–145.
- 85.Wilson J. P., Keane T. M. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. – New York: Guilford Press, 2019. – 375 p.
- 86.Wilson J. P., Keane T. M. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. – New York: Guilford Press, 2019. – 375 p.
- 87.Wright M. O., Masten A. S. Resilience processes in development: Fostering positive adaptation // *Journal of Clinical Child Psychology*. – 2020. – Vol. 49, No. 3. – P. 310–325.
- 88.Yehuda R., Daskalakis N. P. Epigenetic markers of PTSD risk and recovery // *Biological Psychiatry*. – 2021. – Vol. 89, No. 9. – P. 864–875.
- 89.Yehuda R., Flory J. D. The biology of resilience in PTSD // *Journal of Traumatic Stress*. – 2021. – Vol. 34, No. 4. – P. 290–305.

90. Yehuda R., Hoge C. W. Understanding PTSD recovery pathways // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2021. – Vol. 82, No. 4. – P. 21–34.
91. Yehuda R., Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects // *Journal of Traumatic Stress*. – 2019. – Vol. 32, No. 3. – P. 345–353.
92. Zohar J., Juven-Wetzler A. High-risk trauma survivors: Prevention of PTSD // *Psychiatry Research*. – 2020. – Vol. 288. – P. 112931.
93. Андрущенко В. Психологія кризового стану: теорія і практика. – Київ: Либідь, 2020. – 312 с.
94. Бекешкіна І. Ефекти інформаційно-психологічного впливу під час війни. – Київ: Інститут соціології НАН України, 2019. – 289 с.
95. Волинська Н. Адаптація військових до умов мирного життя. Психологічні аспекти. – Харків: Видавничий дім, 2021. – 356 с.
96. Губенко С. Посттравматичний стресовий розлад у звільнених військовополонених: причини та шляхи реабілітації // *Український психологічний журнал*. – 2022. – № 2. – С. 45–63.
97. Жовнір О. Соціалізація ветеранів у контексті національної безпеки. – Львів: Світ, 2020. – 412 с.
98. Литовченко Н. Інформаційні війни: теорія, практика, перспективи. – Київ: Альтерпрес, 2018. – 245 с.
99. Мороз О. Соціальні аспекти реабілітації військовополонених. – Київ: Видавництво НаУКМА, 2022. – 310 с.
100. Олексюк М. Соціальна адаптація військовослужбовців після полону. – Київ: Генеза, 2021. – 278 с.
101. Павленко В. Стратегії психологічної підтримки військовополонених // *Психологія і суспільство*. – 2022. – № 3. – С. 74–90.
102. Романчук Л. Сенсорна депривація як метод інформаційного впливу: наслідки для психіки. – Київ: Дух і Літера, 2020. – 326 с.