

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

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

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

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»
Завідувач кафедри психології
_____ А. І. Яблонський
“_____” листопада 2024 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти

магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему: **ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ ДО
ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ В УКРАЇНІ**

Керівник: доктор психологічних наук,
професор
ЛИТВИНЧУК Леся Михайлівна
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: доктор педагогічних наук,
професор, професор кафедри
психології НУБіП України
ЯШНИК Світлана Валеріївна
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав: студентка VI курсу групи 664М
МУСЕНКО Лілія Анатоліївна
(П.І.Б.)

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

ОПІ: **«Психологія»**

Миколаїв – 2024 рік

АНОТАЦІЯ

Мусенко Л.А. Особливості адаптації комбатантів до цивільного життя в Україні. Під керівництвом доктора психологічних наук, професора Лесі ЛИТВИНЧУК.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 053 «Психологія» Чорноморського національного університету імені Петра Могили 2024 року.

Кваліфікаційну роботу присвячено дослідженню соціально-психологічних аспектів адаптації комбатантів до цивільного життя в Україні.

Актуальність теми обумовлена викликами, що постають перед суспільством через інтеграцію ветеранів бойових дій після їх повернення з війни. Виявлено основні труднощі, з якими стикаються ветерани, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соціальна ізоляція, проблеми працевлаштування, а також недостатній рівень соціальної підтримки.

Об'єктом дослідження виступає процес адаптації комбатантів до цивільного життя. Предметом – специфічні особливості, механізми та чинники, що впливають на процес адаптації.

Робота базується на комплексному підході, що поєднує теоретичний аналіз, емпіричні дослідження, розробку корекційної програми та оцінку її ефективності. Проведено аналіз соціальних і психологічних факторів, що впливають на процес адаптації, а також виявлено ключові бар'єри соціалізації комбатантів. Результати можуть бути використані для розробки та вдосконалення корекційних програм, освітніх тренінгів для ветеранів і їхніх сімей, а також у практиці соціальної та психологічної роботи.

Практичне значення полягає у формуванні ґрунтовної бази для системного вирішення проблем адаптації ветеранів в умовах сучасної України.

Ключові слова: *адаптація, комбатанти, посттравматичний стресовий розлад, стрес, тривога, соціалізація, учасники бойових дій, корекція.*

ANNOTATION

Musenko L.A. Features of Combatants' Adaptation to Civilian Life in Ukraine. Supervised by Doctor of Psychological Sciences, Professor Lesia Lytvynchuk.

Qualifying work for obtaining the educational and qualification level of a master's degree in specialty 053 «Psychology» of the Black Sea National University named after Peter Mohyla in 2024.

The qualification thesis is devoted to studying the socio-psychological aspects of combatants' adaptation to civilian life in Ukraine. The relevance of the topic is determined by the challenges society faces during the integration of combat veterans after their return from war. The study identifies the main difficulties encountered by veterans, including post-traumatic stress disorder (PTSD), social isolation, employment issues, and insufficient social support.

The object of the study is the process of combatants' adaptation to civilian life. The subject encompasses specific features, mechanisms, and factors influencing the adaptation process.

The research is based on a comprehensive approach combining theoretical analysis, empirical studies, the development of a corrective program, and an assessment of its effectiveness. The analysis of social and psychological factors influencing the adaptation process was conducted, and key barriers to combatants' socialization were identified. The results can be utilized for developing and improving correctional programs, educational training for veterans and their families, as well as in social and psychological practice.

The practical significance lies in forming a solid foundation for systematically addressing veterans' adaptation challenges in the context of modern Ukraine.

Keywords: *adaptation, combatants, post-traumatic stress disorder, stress, anxiety, socialization, combat veterans, correction.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ АДАПТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ ДО ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ.....	9
1.1. Поняття адаптації та її види	9
1.2. Вплив військової служби на психіку та соціальну поведінку особистості.....	24
1.3. Психологічні наслідки активних бойових дій.....	29
Висновки до першого розділу	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ.....	39
2.1. Методологія дослідження.....	39
2.2. Організація та проведення констатувального зрізу.....	51
2.3. Процесуальні аспекти психологічної програми корекції.....	59
2.4. Результати психологічного впливу корекційної програми на адаптацію комбатантів до цивільного життя.....	77
Висновки до другого розділу	82
ВИСНОВКИ	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88
ДОДАТКИ	101

ВСТУП

Актуальність теми. Зараз один з найважчих періодів сучасної України. Через тривалі військові конфлікти на сході України, а також повномасштабне вторгнення росії у 2022 році, значна кількість військовослужбовців, чоловіків і жінок, незалежно від віку, захищають незалежність і волю. Від початку вторгнення країни-агресора на територію нашої держави загинуло дуже багато військових, а ті, хто вижив і зміг повернутися до рідних, потребують психологічної допомоги та підтримки. Адже психічне здоров'я і внутрішній стан військовослужбовців ще з перших днів на лінії фронту зазнали значних трансформацій. На жаль, багато людей вважають реальним лише те, що вони можуть ідентифікувати візуально. Через це емоційні та психічні розлади вважаються вигаданими, і що людина з бойовим стресом насправді не є хворою чи пораненою, і вона сама може справитися із своїм станом, використовуючи лише силу волі та власні ресурси. Важливо усвідомити, що емоційні розлади не менш важливі, як і фізичні травми.

Участь у воєнних діях – травматизація з високим ступенем інтенсивності, адже вона впливає на зміни у світогляді, патернах поведінки, способах діяльності та спілкуванні. Щоденне балансування на межі життя і смерті, кидання виклику ризикам всупереч інстинкту самозбереження впливає на копінг-стратегії військових, які відрізняються від звичного способу життя цивільного населення, а іноді можуть вступати з ними в конфронтацію. Багато комбатантів стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією та іншими психологічними проблемами. Відсутність належної психологічної допомоги може ускладнити їхню адаптацію, а також вплинути на оточуючих та суспільство загалом.

Зростає кількість жінок, які брали участь у бойових діях. Їхня адаптація має свої особливості, пов'язані із гендерними стереотипами, відсутністю спеціальних програм підтримки та додатковим тиском суспільства. Вироблені в умовах бойових дій моделі поведінки ускладнюють процес

адаптації учасників бойових дій після повернення додому, в сімейну систему та до життя в громаді. Нерозв'язані проблеми адаптації можуть призводити до маргіналізації ветеранів, конфліктів у сім'ях, зростання рівня злочинності чи інших негативних явищ у суспільстві. Повернення комбатантів до цивільного життя супроводжується зміною ідентичності. Часто вони відчують себе відірваними від цивільного способу життя через культурні та емоційні бар'єри. Ця проблема потребує уважного вивчення та вирішення. Також повернення до цивільного життя часто супроводжується труднощами в працевлаштуванні, перекваліфікації та інтеграції в ринок праці. Це актуалізує питання створення державних і громадських програм підтримки ветеранів. Комбатанти можуть відчувати себе ізольованими або незрозумілими в цивільному суспільстві, особливо якщо немає механізмів взаємодії між ветеранами та іншими громадянами. Це впливає на соціальну згуртованість.

В умовах війни особливого значення набуває співпраця між урядом, громадськими ініціативами та міжнародними організаціями для створення ефективних програм адаптації. Україна може перейняти досвід інших країн, таких як США чи Ізраїль, у питаннях адаптації, реабілітації та підтримки ветеранів, але важливо інтегрувати і пристосувати ці підходи до українських реалій. Забезпечення належних умов для повернення комбатантів до мирного життя є проявом вдячності за їхню службу та захист держави.

Суспільна важливість адаптації ветеранів не лише в тому, щоб допомогти їм подолати психологічні та соціальні труднощі, а й у забезпеченні стабільності та процвітання суспільства в цілому. Ветерани, які успішно адаптуються, можуть стати активними учасниками громадського життя, передаючи свій досвід наступним поколінням і сприяючи розвитку суспільства. Тому питання адаптації ветеранів бойових дій потребує серйозного обговорення та розробки конкретних рішень на всіх рівнях. Дослідження процесу адаптації ветеранів дозволяє розробити ефективніші

механізми їхньої підтримки та інтеграції, що сприятиме зміцненню соціальної стабільності та розвитку країни.

Науковці, які вивчали вплив участі у збройних конфліктах на самопочуття військовослужбовців, відзначають незворотні наслідки для фізіологічного, психологічного та соціального стану досліджуваних. У низці психологічних джерел (Н. Агаєва, О. Кокун, Н. Лозінська, І. Пішко) розкрито основні концепції та моделі травматичного та бойового стресу, загальні механізми його розвитку, прояви бойової психічної патології.

Проблематика адаптації учасників бойових дій та адаптації їхніх сімей посідає окреме місце у різних галузях досліджень. В психологічних дослідженнях проблематика адаптації військовослужбовців розкрито українськими науковцями В. Алещенко, О. Караман, В. Лесков, М. Маслова, Н. Олексюк, Н. Пономаренко, О. Савченко, В. Турбан, О. Хміляр, та закордонними, зокрема Дж. Вілсон, В. Голл, Л. Калхун, Д. Кишбог, Р. Лауфер, Р. Скурфілд, та іншими. Психологічний аспект впливу перебування в зоні бойових дій розкрито у працях О. Блінова, О. Бойка, О. Бондаренко, А. Бородія, О. Буковської, В. Крайнюка, Є. Литвиновського, О. Макаревича, М. Мушкевич, А. Романишина. Дослідження у цій сфері спрямовані на створення ефективних програм реабілітації, забезпечення соціальної підтримки та сприяння професійній адаптації ветеранів, що є критично важливим у сучасному українському контексті.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості адаптації комбатантів до цивільного життя.

Відповідно до мети були визначені **завдання дослідження**:

- 1) Виокремити теоретичні основи адаптації комбатантів до цивільного життя.
- 2) Провести емпіричне дослідження адаптації комбатантів до цивільного життя.
- 3) Розробити корекційну програму, яка допоможе подолати емоційні труднощі ветеранів та уникнути соціальну ізоляцію комбатантів.

4) Дослідити зміни, що відбулися після застосування корекційної програми.

Об'єкт дослідження – процес адаптації комбатантів (ветеранів бойових дій) до цивільного життя.

Предмет дослідження – специфічні особливості, механізми та чинники, що впливають на процес адаптації комбатантів до цивільного життя в Україні.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження застосовано декілька взаємопов'язаних методів дослідження: *теоретичні*: аналіз і синтез (вивчення наукових джерел, нормативно-правових актів, програм реабілітації ветеранів), порівняльний аналіз (дослідження досвіду інших країн у сфері реабілітації комбатантів і можливості його адаптації до українських умов); *емпіричні*: опитування, анкетування, експеримент (констатувальний, формувальний), спостереження; *математичної статистики з унаочненням* (порівняльні таблиці, діаграми).

Наукова новизна дослідження полягає у виявленні унікальних викликів, з якими стикаються ветерани російсько-української війни, зокрема в контексті тривалого збройного конфлікту та його наслідків, забезпечення поглибленого розуміння проблеми, що дає можливість розробити дієві механізми допомоги ветеранам, сприяючи їхній інтеграції у мирне життя й соціальній стабільності в Україні; впливу війни на соціальні процеси в Україні; вперше запроваджено методи адаптації для військових міста Південноукраїнськ; розроблено програму психологічної підтримки комбатантів для «Простору 4.5.0» (м. Південноукраїнськ).

Практичне значення полягає у формуванні ґрунтовної бази для системного вирішення проблем адаптації ветеранів в умовах сучасної України, сприянні їхній успішній інтеграції в суспільство та забезпеченні соціальної стабільності. На основі результатів дослідження можуть бути створені нові або вдосконалені існуючі державні програми для соціальної, психологічної та економічної інтеграції ветеранів; виявлено ефективні

методи боротьби з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), зменшення рівня стресу та покращення якості життя комбатантів; створення адаптаційних тренінгів і програм із розвитку ментального здоров'я для ветеранів та їхніх сімей. Адаптація зарубіжних практик підтримки ветеранів, наприклад, програми реінтеграції, що використовуються в США чи Ізраїлі. Результати дослідження можуть бути корисними для громадських організацій і волонтерських груп, які працюють над створенням ефективних моделей підтримки ветеранів.

Апробація результатів дослідження здійснена на Науково-практичному семінарі з міжнародною участю «Науково-інформаційний супровід професійної підготовки фахівців в умовах невизначеності» (25.04.2024) та на XXVII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Могилянські читання-2024: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти» (6-10 листопада 2024 року, м. Миколаїв).

Окремі положення магістерської роботи опубліковано в:

– Мусенко Л. Особливості психологічного стану учасників бойових дій. *Науково-інформаційний супровід професійної підготовки фахівців в умовах невизначеності: тези науково-практичного семінару з міжнародною участю* (25 квітня 2024 року, м. Миколаїв). Миколаїв: Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2024. С. 118-123.

– Мусенко Л. А. Емоційні переживання учасників бойових дій. *Могилянські читання – 2024: досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти. Психологічні аспекти розвитку особистості в сучасних реаліях: XXVII Всеукр. наук.-практ. конф.: 6–10 листоп. 2024 р., м. Миколаїв: тези / М-во освіти і науки України; ЧНУ ім. Петра Могили; ДНУ «Ін-т модернізації змісту освіти»; Півд. наук. центр НАН та МОН України; Ін-т укр. археографії та джерелознавства ім. М. С. Грушевського НАН України; Первинна*

профспілкова орг. ЧНУ ім. Петра Могили. Миколаїв: Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2024. С. 221-223

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається з вступу, двох розділів, висновків до них, висновків, списку використаних джерел (122 найменувань) та 23 аркушів додатків. Загальний обсяг роботи складає 123 сторінки, з яких основного тексту – 86 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ АДАПТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ ДО ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

1.1. Поняття адаптації та її види

Адаптація – це процес пристосування індивіда до змін у зовнішньому середовищі або внутрішньому стані, що забезпечує збереження рівноваги між людиною і навколишнім світом. Вона включає фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти. Адаптація допомагає людині справлятися з новими умовами життя, зберігати ефективність діяльності та досягати гармонії з оточуючим середовищем[24, с.134].

Адаптація комбатантів до цивільного життя є складним і багатогранним процесом, який передбачає інтеграцію військових досвідів і навичок у нове соціальне середовище. Адаптація комбатантів суттєво відрізняється від адаптації інших категорій населення, таких як цивільні особи, мігранти, пенсіонери або молодь, що виходить на ринок праці. Розходження виражається як в психологічних, так і в соціальних аспектах.

Адаптація визначається як процес, в якому особа або група навчається пристосовуватися до нових умов або середовища. У випадку комбатантів це може включати[105, с.33]:

- Психологічну адаптацію. Включає емоційні та когнітивні зміни, які допомагають індивіду впоратися зі стресом, тривогою, ПТСР та іншими наслідками бойових дій.
- Соціальну адаптацію. Передбачає інтеграцію в соціальне середовище, встановлення нових соціальних зв'язків, відновлення або створення сімейних та дружніх стосунків[31, с.205].

Теорії або моделі адаптації – це різні підходи до пояснення того, як індивіди або групи пристосовуються до нових умов життя[115, с.120]. Вони мають різні акценти на психологічні, соціальні або біологічні процеси, і можуть застосовуватися до широкого спектра ситуацій, таких як адаптація до

стресу, зміни в оточенні або соціальні переходи (в межах теми – адаптація ветеранів до мирного життя)[50, с.117].

Теорія стресу та копіngu (Coping Theory) була розроблена психологами Річардом Лазарусом та Сьюзан Фолкман у 1984 році. Ця теорія фокусується на тому, як люди оцінюють стрес, пристосовуються до стресових ситуацій та адаптуються до нових умов через механізми "копіngu" – активні або пасивні стратегії, які люди застосовують для подолання стресових ситуацій. Відбувається первинна оцінка: людина визначає, чи є ситуація загрозливою, сприятливою чи нейтральною. Ситуація може бути сприйнята як загроза (ризик втрати чогось важливого), виклик (можливість досягнення або розвитку), шкода/втрата (уже завданий збиток). Наступний крок – вторинна оцінка: оцінка власних ресурсів для подолання стресу. Людина вирішує, чи здатна вона впоратися з ситуацією, і обирає відповідну стратегію[116, с. 218].

Лазарус і Фолкман визначили два основні типи копіngu: проблемно-орієнтований копінг, орієнтований на вирішення конкретних проблем, що викликають стрес, зміну стресової ситуації або її уникнення (наприклад, розробка плану дій, пошук додаткової інформації, звернення за допомогою), емоційно-орієнтований копінг, спрямований на управління емоціями, пов'язаними з ситуацією/стресом (наприклад, пошук підтримки, медитація, самозаспокоєння, переосмислення ситуації), уникаючий копінг (неадаптивний) – відхід від проблеми через ігнорування або заперечення (наприклад, вживання алкоголю чи інших психотропних речовин)[116, с. 222].

Якщо стратегії копіngu ефективні, стрес знижується, і людина адаптується до ситуації. Якщо вони неефективні, рівень стресу зростає, що може призвести до емоційного виснаження чи проблем зі здоров'ям. Стрес тлумачиться як взаємодія, де стрес визначається не об'єктивно, а суб'єктивно, через те, як людина сприймає і оцінює ситуацію[69, с. 49]. Також, адаптація до стресу є динамічною і змінюється залежно від контексту, ресурсів і змінних умов.

Модель стресу та копінгу розглядає адаптацію як результат взаємодії між стресовою ситуацією та стратегіями її подолання. Теорія стресу та копінгу має велике практичне значення для психологічної реабілітації. Допомагає зрозуміти, які стратегії найкраще використовувати для адаптації після травм чи криз. Теорія сприяє розробці інтервенцій, її принципи застосовуються в терапії, зокрема в когнітивно-поведінковій терапії, для навчання ефективних копінгових стратегій, соціальній підтримці, де пояснює важливість ресурсів (як внутрішніх, так і зовнішніх) у процесі подолання стресу[63, с. 71]. У контексті адаптації комбатантів до мирного життя теорія стресу та копінгу допомагає виявити, як ветерани сприймають свої труднощі та чи вважають вони їх подоланими, розробити індивідуальні програми реабілітації, що враховують їхні ресурси та стратегії, зосередити увагу на посиленні емоційної стійкості та розвитку ефективних методів вирішення проблем[38, с. 331].

За теорією соціальної підтримки, в інтерпретації Кемерона Х. Хейла, соціальна підтримка розглядається як один з основних факторів адаптації. Вона допомагає людині подолати труднощі через емоційну підтримку, інформацію або матеріальну допомогу від родини, друзів, спільноти чи державних структур. Люди, які отримують підтримку, мають більші шанси адаптуватися до складних життєвих обставин. Соціальна підтримка розглядається як ключовий фактор у мінімізації негативного впливу стресу та полегшенні процесу подолання життєвих викликів[77, с.110].

Емоційна підтримка – забезпечення відчуття турботи, розуміння, співчуття, що сприяє зменшенню емоційної напруги[89, с. 202]. Інструментальна підтримка – практична допомога, наприклад, фінансова допомога чи підтримка в повсякденних справах[98, с. 65]. Інформаційна підтримка – надання знань, рекомендацій чи порад, які допомагають вирішити проблему або зробити вибір[107, с. 88]. Соціальна інтеграція, участь у спільнотах чи групах, які забезпечують відчуття приналежності[58,

с. 118]. Оцінювальна підтримка – допомога у формуванні позитивної самооцінки та впевненості у своїх силах[37, с. 39].

Джерелами підтримки виступають родина, друзі, колеги, громада, професійні організації (наприклад, ветеранські організації), інституційна підтримка, зокрема державні програми чи волонтерські ініціативи. Механізми дії соціальної підтримки: зменшення впливу стресу через відчуття захищеності та прийняття, забезпечення ресурсів, які допомагають впоратися з труднощами, формування позитивного емоційного стану, що сприяє кращій адаптації[74, с. 44].

Соціальна підтримка розглядається як один із ключових факторів, що сприяє успішній адаптації до змін чи травматичних подій. Вона попереджає негативні наслідки, адже люди з високим рівнем соціальної підтримки менш схильні до розвитку депресії, тривоги чи інших емоційних розладів, сприяє розвитку соціальної політики[48, с. 566].

Теорія наголошує на важливості створення мереж підтримки, які сприятимуть інтеграції вразливих груп (зокрема ветеранів, мігрантів чи осіб із травматичним досвідом). Для комбатантів, які повертаються до цивільного життя, соціальна підтримка є критичним фактором. Вона допомагає подолати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), інтегруватися в нове соціальне середовище, забезпечує доступ до ресурсів, необхідних для професійної або особистої реінтеграції[55, с. 116]. Деякі дослідники звертають увагу, що надмірна залежність від соціальної підтримки може призводити до втрати автономності або формувати залежність від зовнішньої допомоги. Важливим є баланс між підтримкою і стимулюванням самостійності[18, с.21].

Теорія розвитку ідентичності є одним із ключових напрямів у психології розвитку, що вивчає процес формування особистісної ідентичності, тобто усвідомлення людиною себе як окремого суб'єкта з унікальними рисами, цілями та соціальними зв'язками. Ерік Еріксон вважав, що адаптація до нових умов сильно залежить від стадії розвитку особистості та її здатності до формування ідентичності. Він розглядав розвиток

ідентичності в межах своєї теорії психосоціального розвитку, яка складається з восьми етапів[88, с. 92].

На кожному етапі індивід стикається з психосоціальним конфліктом, розв'язання якого впливає на формування ідентичності. Центральним етапом для формування ідентичності є підлітковий вік, де основним конфліктом є "ідентичність проти рольової плутанини". Успішне розв'язання цього конфлікту веде до формування чіткого розуміння себе, своїх цілей і місця в суспільстві.

Джеймс Марсія розширив теорію Еріксона, ввівши поняття статусів ідентичності. Він запропонував чотири статуси, які описують процес формування ідентичності: 1) досягнута ідентичність – людина досліджувала свої можливості й зробила чіткий вибір; 2) мораторій – активне дослідження альтернатив без остаточного вибору; 3) передчасна ідентичність – вибір без глибокого дослідження (наприклад, прийняття нав'язаних ролей); 4) дифузна ідентичність – відсутність як дослідження, так і вибору[93, с. 321].

Сучасні підходи до теорії розвитку ідентичності включають: мультивимірний підхід (ідентичність розглядається через різні аспекти: професійна, гендерна, культурна, соціальна), динамічна концепція (ідентичність розвивається протягом усього життя, змінюючись залежно від життєвих обставин)[102, с. 22]. Теорія розвитку ідентичності допомагає в розробці програм, спрямованих на підтримку формування ідентичності підлітків; сприяє реабілітації ветеранів, тобто розуміння змін у ідентичності після бойових дій сприяє кращій інтеграції до мирного життя; допомагає клієнтам у кризові моменти переоцінити свою ідентичність і знайти нові цілі[73, с.87].

Розуміння розвитку ідентичності дозволяє краще усвідомити, як соціальні, культурні та особистісні фактори впливають на становлення особистості. Військова служба або інші травмуючі досвіди можуть змінювати ідентичність людини, тому адаптація потребує реорганізації її внутрішнього світу та соціальних зв'язків[109, с. 115]. Модель розвитку

особистості описує адаптацію як серію завдань, пов'язаних із віковими кризами, які впливають на формування ідентичності та здатність до інтеграції в суспільство[99, с. 120]. Деякі дослідники вказують, що теорії Еріксона та Марсії занадто орієнтовані на західну культуру та не завжди враховують колективістські суспільства, де ідентичність може бути менш індивідуалістичною[106, с. 129].

Теорія біологічної адаптації Генрі Сельє, більш відома як «Загальний адаптаційний синдром» (General Adaptation Syndrome, GAS), є ключовою концепцією в дослідженні реакцій організму на стрес. Сельє, канадський ендокринолог, сформулював цю теорію в середині XX століття, описуючи універсальний фізіологічний механізм адаптації організму до стресорів[51, с.298].

Сельє виділив три основні стадії реакції організму на стрес. Стадія тривоги – первинна реакція організму на стресор – включає активацію симпатичної нервової системи та викид гормонів стресу (адреналіну, кортизолу). Стадія резистентності (опору), при якій організм адаптується до стресу, зберігаючи рівновагу (гомеостаз), витрати енергії збільшуються, але ресурси поступово виснажуються. Стадія виснаження – якщо стрес триває надто довго або надмірно інтенсивний, ресурси організму вичерпуються, що може призводити до фізичних і психічних розладів. Центральну роль у адаптації відіграє гормональна система, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь. Кортизол та інші гормони допомагають мобілізувати енергію для боротьби зі стресорами. Теорія підкреслює, що адаптація організму спрямована на підтримку гомеостазу[72, с. 125].

Стрес порушує цю рівновагу, але адаптивні механізми намагаються її відновити. Незалежно від типу стресора (фізичного, психологічного чи соціального), реакція організму є схожою. Теорія біологічної адаптації допомагає зрозуміти, як хронічний стрес впливає на здоров'я, зокрема на розвиток захворювань, пов'язаних із виснаженням (серцево-судинні хвороби, депресія); стає основою для вивчення емоційного вигорання, тривоги та

інших стресових розладів. Теорія використовується для розробки стратегій подолання стресу та адаптації до тривалих травматичних умов, як-от у ветеранів[44, с. 155].

Сучасні дослідження показують, що стресові реакції залежать від індивідуальних і контекстуальних факторів, таких як генетика чи попередній досвід. Теорія зосереджена переважно на фізіологічних реакціях, менш уваги приділяючи психологічним чи соціальним аспектам адаптації[39, с.104]. У контексті адаптації комбатантів до цивільного життя, теорія Сельє допомагає визначити стадії стресу після бойових дій, пояснити механізми розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), розробляти програми психологічної та фізичної реабілітації з урахуванням фізіологічних механізмів адаптації[57, с. 351]. Таким чином, теорія біологічної адаптації Генрі Сельє залишається основою для багатьох галузей науки, пов'язаних із вивченням стресу та адаптації.

Теорія культурної адаптації. Культурна адаптація полягає в здатності індивідів або груп пристосовуватись до нової культури чи соціальних умов. Вона охоплює психологічні, соціальні та культурні аспекти інтеграції в незнайоме суспільство[97, с. 83]. Основоположниками та ключовими дослідниками у цій сфері є Джон Беррі, Кім Юнг Юн та інші вчені, які розробляли концепції акультурації та міжкультурної комунікації[104, с. 22].

Джон Беррі виділяє чотири стратегії акультурації, які людина може використовувати при взаємодії з новою культурою: інтеграція (збереження власної культури при одночасній адаптації до нової), асиміляція (повне прийняття культури нового середовища з втратою своєї ідентичності), сегрегація (збереження власної культури із відторгненням нової), маргіналізація (втрата зв'язку як із власною культурою, так і з новою)[42, с. 121].

Теорія міжкультурної адаптації Кіма Юнг Юна пояснює процес адаптації як динамічну рівновагу між стресом і зростанням. У новому середовищі людина проходить через цикли культурного шоку (стрес) і

адаптації (зростання). Успішна адаптація залежить від особистісних характеристик, соціальної підтримки та відкритості до нових культурних практик[104, с. 172].

Концепція культурного шоку розглядає дискомфорт, який виникає у людей при зіткненні з незнайомими соціальними нормами, звичаями та цінностями. Культурний шок має кілька етапів: медовий місяць (захоплення новою культурою), фрустрація (труднощі в інтеграції, поява стресу), адаптація (поступове освоєння норм і традицій), інтеграція (комфортне співіснування з новою культурою)[100, с. 98]. Теорія культурної адаптації в інтерпретації Герта Хофстеде зосереджується на розумінні того, як культурні відмінності впливають на поведінку індивідів та груп у процесі міжкультурної взаємодії. Хофстеде був одним із перших дослідників, які систематизували культурні відмінності, ввівши модель із шістьма вимірами, що описують основні аспекти культурного середовища: дистанція влади—міра прийняття нерівності у суспільстві; індивідуалізм/колективізм —наскільки суспільство орієнтоване на особисті чи групові інтереси; маскулінність/фемінність — ступінь орієнтації на досягнення, конкуренцію (маскулінність) або співпрацю та гармонію (фемінність); уникання невизначеності — як культура реагує на невизначеність і ризики; довгострокова/короткострокова орієнтація — ступінь орієнтації на майбутнє або поточні цінності та традиції; поблажливість/стриманість — рівень дозволеності задоволення потреб і бажань[100, с. 99].

Різниця в культурних вимірах між рідною та новою культурою визначає складність адаптації. Наприклад, люди з культурою високої дистанції влади можуть відчувати дискомфорт у суспільствах із низькою дистанцією влади, де очікується рівність у відносинах. Люди, які переходять у новий культурний контекст, стикаються з необхідністю адаптувати свої цінності та поведінку. Теорія Хофстеде допомагає передбачити, які аспекти культури можуть бути найбільш проблемними для адаптації. Ця модель використовується для прогнозування проблем у міжнародних командах або

компаніях, що працюють на глобальному ринку; наприклад, допомагає викладачам і студентам у багатонаціональних класах краще розуміти культурні відмінності[100, с. 101].

Наразі розробляються програми адаптації з урахуванням конкретних культурних вимірів. У контексті повернення комбатантів до мирного життя в багатокультурних середовищах, теорія Хофстеде може допомогти зрозуміти, як культурні відмінності впливають на їхню адаптацію[100, с. 101].

Теорію критикують за узагальнення культурних відмінностей, що може призводити до стереотипів[64, с. 76].

Вона базується на корпоративному середовищі (дослідження співробітників IBM), тому може не враховувати всі аспекти соціокультурної адаптації. Культурна ізоляція – це відсутність соціальної підтримки. Вона також містить мовний бар'єр, що перешкоджає успішній комунікації, і стереотипи та дискримінацію при негативному сприйнятті з боку місцевого населення. Теорія Хофстеде пропонує цінний інструмент для аналізу міжкультурних взаємодій та вирішення конфліктів у багатокультурному середовищі, що робить її однією з найбільш застосовних у сфері культурної адаптації[64, с. 76].

Теорія трансакційної адаптації – Джон Г. Харріс пропонує погляд на адаптацію як на динамічний процес, де відбувається постійна взаємодія між індивідом і середовищем. Інші елементи цього процесу включають фактори, такі як підтримка, можливості для навчання, зміни в поведінці та зворотний зв'язок. Людина не лише змінює свої поведінкові моделі, а й впливає на середовище через комунікацію, співпрацю та адаптацію правил[42, с. 154]. Адаптація залежить від здатності індивіда змінювати свою поведінку залежно від контексту, одночасно зберігаючи ключові аспекти своєї ідентичності. Застосування цієї теорії дозволяє оцінювати, як колишні військові взаємодіють із цивільним суспільством, обмінюючись ресурсами (наприклад, своїми навичками) та отримуючи нові соціальні ролі[42, с. 154-155].

В науковому дискурсі теорія когнітивної адаптації асоціюється з дослідженнями психолога Шеллі Тейлор. Вона досліджувала, як люди справляються з травматичними чи стресовими ситуаціями, акцентуючи увагу на ролі позитивного мислення, оптимізму та самозахисту в процесі когнітивної адаптації[19, с. 25]. Формування позитивних ілюзій – людина інтерпретує реальність у спосіб, що мінімізує стрес і підвищує впевненість у майбутньому. Відновлення контролю – відчуття, що ситуація піддається особистому впливу. Перегляд життєвих цінностей – здатність знайти новий сенс у житті після травматичного досвіду[19, с. 28].

Теорія гедонічної адаптації, розроблена Шейном Фредеріком і Джорджем Ловенштайном, пояснює явище, коли людина з часом пристосовується до позитивних чи негативних змін у житті, в результаті чого їхній емоційний вплив зменшується. Ця теорія важлива для розуміння емоційної стійкості, сприйняття щастя і способів, як люди справляються з викликами або досягненнями[47, с. 211-212]. Сутність гедонічної адаптації полягає в тому, що люди мають тенденцію повертатися до певного базового рівня щастя (гедонічного рівня) після значних життєвих змін, як позитивних, так і негативних[47, с. 212]. Наприклад, після виграшу в лотерею або серйозної травми рівень щастя через певний час повертається до попереднього стану.

Теорія виділяє такі механізми адаптації: звикання (нові обставини стають звичними, і їхній емоційний вплив слабшає), перегляд очікувань (люди адаптують свої очікування до нової реальності), порівняння (оцінка власного становища у порівнянні з іншими зменшує чи збільшує рівень задоволення)[72, с. 181]. Сильніші емоційні потрясіння вимагають довшого часу для адаптації. Часті зміни викликають менший ефект звикання. Темперамент, характер і особистий досвід впливають на швидкість адаптації. Розуміння гедонічної адаптації допомагає пояснити, чому досягнення багатства чи успіху не завжди призводить до тривалого підвищення рівня

щастя[68, с. 23]. Людям корисно інвестувати у тривалі позитивні переживання (наприклад, стосунки чи хобі), а не лише матеріальні блага.

У роботі з пацієнтами (медицина, психологія), які пережили травматичні події, ця теорія може пояснювати, чому вони поступово повертаються до звичного рівня емоційного благополуччя[36,с. 54]. Адаптація споживачів до продуктів чи послуг означає, що компаніям потрібно постійно створювати нові інновації для утримання інтересу. Однак, теорія недостатньо пояснює, чому деякі події, такі як важкі втрати або серйозні травми, можуть призводити до довгострокових змін у рівні щастя. Не всі люди однаково піддаються адаптації: індивідуальні відмінності можуть змінювати динаміку процесу[34, с. 29].

Біопсихосоціальна модель адаптації інтегрує біологічні, психологічні та соціальні аспекти адаптації. Вона використовується для вивчення процесу пристосування до складних життєвих ситуацій, таких як травма чи хронічний стрес. У рамках цієї моделі адаптація залежить від біологічних факторів (наприклад, генетична схильність до стресостійкості), психологічних факторів (особистісні риси, мотивація, стратегії копіngu), соціальних умов (підтримка від сім'ї, друзів, громади)[87, с. 50].

Когнітивно-біхевіористична модель ґрунтується на зміні когнітивних установок і поведінкових стратегій для адаптації до нових умов – людина сприймає нові умови через процес оцінки (когнітивний компонент) і адаптує свою поведінку відповідно до викликів середовища[79, с. 188].

Модель трикутника адаптації включає три основні елементи, які впливають на адаптацію: індивід (особистісні характеристики, такі як стресостійкість, самооцінка, емоційний інтелект), соціальне середовище (стосунки з родиною, друзями, колегами, а також загальна соціальна підтримка), культурні аспекти (вплив культури на сприйняття ветеранів і їхніх труднощів)[41, с. 160].

Модель адаптаційного циклу включає кілька етапів. Перший етап: шок і дезадаптація (первинна реакція на зміну умов). Другий етап: оцінка та

аналіз (спроба зрозуміти ситуацію і знайти можливі рішення). Третій етап: реакція та перебудова (активна адаптація через зміну поведінки або середовища). Четвертий етап: стабілізація (досягнення нового рівня рівноваги)[30, с. 244].

Соціально-когнітивна модель Альберта Бандури пояснює, як люди навчаються через взаємодію з іншими людьми та соціальним середовищем. Бандура підкреслював важливість моделювання або наслідування як ключового механізму навчання та розвитку. Він фокусує увагу на ролі самоефективності (віри у власні сили) в процесі адаптації[67, с. 6]. Люди, які впевнені у своїх здібностях, успішніше долають зміни в умовах середовища. Бандура вірив, що більшість людських навичок і поведінки набуваються через спостереження за іншими людьми – «моделями». Коли людина бачить, як інші виконують певну дію, вона має схильність повторювати цю поведінку, якщо спостерігає позитивні наслідки, пов'язані з нею[67, с. 8]. Наприклад, діти можуть почати вести себе певним чином, коли бачать, як їхні батьки чи інші важливі для них люди виконують цю поведінку.

А. Бандура підкреслював, що поведінка людини, її особистісні якості і середовище взаємодіють один з одним у складний спосіб. Тобто, людина не тільки реагує на навколишнє середовище, але й активно його формує. Це взаємодія з середовищем може змінювати поведінку, а зміни в поведінці можуть змінювати і саме середовище. Як зазначалося, одна з ключових ідей А. Бандури – концепція самоефективності, яка відображає віру людини у свою здатність досягати конкретних цілей або виконувати певні завдання. Віра в себе відіграє критичну роль у мотивації людини, її здатності справлятися зі стресами та труднощами, а також у прийнятті рішень і виконанні задач[67, с. 8].

А. Бандура наголошував на важливості когнітивних процесів, таких як увага, пам'ять, мотивація, у процесі навчання. Людина активно розмірковує над тим, що вона бачить, що чує, що переживає в соціальному контексті, і формує свої стратегії дій на основі цього[67, с. 9].

Теорія А. Бандури дуже корисна для психолого-педагогічного напрямку, адже вона підкреслює важливість позитивних прикладів і роль наставників. Учителі, які є моделями для учнів, можуть сприяти їхньому розвитку через ефективне демонстрування бажаної поведінки та надання конструктивних зворотних зв'язків[67, с. 8].

У психотерапії та консультуванні соціально-когнітивна теорія допомагає пояснити, як пацієнти можуть змінювати свої переконання та поведінку через спостереження і вивчення нових способів реагування на стрес чи тривогу[67, с. 7].

В рамках управлінської діяльності, концепція самоефективності та моделювання може бути застосована для розвитку команд, побудови лідерських якостей та мотивації співробітників[67, с. 9]. Хоча теорія Бандури була дуже впливовою, її часто критикують за недостатню увагу до біологічних факторів, які також можуть впливати на поведінку[67, с. 10].

Для ветеранів важливо відновити віру в свою здатність ефективно справлятися з викликами цивільного життя. Висока самооцінка та впевненість у власних силах можуть допомогти їм адаптуватися до нових умов. Програми підтримки, які підвищують рівень самоефективності, можуть включати навчання новим професійним навичкам, реабілітацію та інтеграцію у громаду[43, с. 65]. Сформована впевненість у власних силах може мотивувати ветеранів брати участь у соціальних ініціативах, розвивати кар'єру або бути активними членами родини. Для ветеранів важливо не тільки адаптуватися до нових соціальних умов, а й активніше взаємодіяти з суспільством. Це може включати участь у волонтерських програмах, громадських ініціативах або пошук нових соціальних ролей[32]. Оскільки ветерани можуть переживати стрес або травму, соціально-когнітивний підхід до адаптації передбачає використання терапевтичних стратегій для зниження психічного навантаження через спостереження та взаємодію з іншими, що вже подолали подібні труднощі.

Концепція рівноваги розглядає адаптацію як процес досягнення та підтримання балансу між індивідом і зовнішнім середовищем. Позитивні моделі поведінки (наприклад, наставники, інші ветерани, психологи або навіть члени родини) можуть допомогти комбатантам впоратися з процесом адаптації. Спостереження за тим, як інші успішно інтегруються в цивільне життя, може бути критичним для того, щоб зрозуміти, що адаптація можлива і реальна. У групах підтримки або терапевтичних сеансах ветерани можуть обмінюватися досвідом та взаємно підтримувати один одного, що також відповідає принципу соціально-когнітивної теорії, де моделювання стає основою для позитивних змін[41, с. 162].

Модель кризового втручання розроблена для роботи з людьми, які перебувають у стані кризи. Вона передбачає швидке оцінювання ситуації, підтримку та впровадження стабілізуючих інтервенцій для зменшення впливу кризових факторів[95, с. 19].

Екологічна модель адаптації підкреслює вплив взаємодії людини із зовнішнім середовищем, включаючи фізичні, соціальні та культурні аспекти; вивчає, як умови середовища (наприклад, війна, міграція) впливають на адаптацію і які ресурси потрібні для її успішності[18, с. 33].

Соціальні чинники адаптації – це зовнішні умови та обставини, які впливають на процес пристосування індивіда до нового соціального середовища або умов життя. Вони визначають якість і швидкість адаптації, а також впливають на психологічний стан людини[110, с. 80]. У випадку комбатантів, які повертаються до цивільного життя, соціальні чинники відіграють ключову роль у реінтеграції.

Для успішної адаптації дуже важлива підтримка сім'ї. Родина є вагомим джерелом емоційної та матеріальної підтримки. Присутність близьких людей, їхнє розуміння та прийняття сприяють швидшому подоланню труднощів. Відсутність такої підтримки може призводити до соціальної ізоляції, конфліктів і дезадаптації[22, с. 64]. Доступ до соціальної допомоги, наявність державних і недержавних програм підтримки ветеранів,

таких як реабілітаційні центри, програми перекваліфікації та працевлаштування, соціальні гарантії (пенсії, пільги) є важливим аспектом, що зменшує фінансовий стрес. Рівень прийняття суспільством, позитивне ставлення суспільства до ветеранів сприяє їхній інтеграції[117, с. 160].

Негативна стигматизація або нерозуміння військового досвіду може ускладнити адаптацію. Соціальні зв'язки відіграють важливу роль в адаптації. Ветерани, які мають доступ до активних соціальних мереж (друзів, громадських організацій), легше інтегруються в цивільне життя[60, с. 10]. Групова підтримка, наприклад, участь у ветеранських спільнотах, допомагає пережити перехідний період.

Освітній рівень та наявність професійних навичок визначають можливості працевлаштування в мирному житті. Програми перекваліфікації для ветеранів є критично важливими для адаптації до цивільного ринку праці[59, с. 11]. Перекваліфікація чи підвищення кваліфікації дозволяють ветеранам отримувати стабільний дохід і можливість працевлаштування. Економічні труднощі збільшують ризик соціальної ізоляції та депресії[91, с. 231].

Майже всі учасники бойових дій мають не тільки психологічні розлади особистості, а й фізичні травми чи хвороби. Для них дуже важливий доступ до медичних і психологічних послуг для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та фізичної реабілітації[118, с. 98]. Наявність спеціалізованих програм для ветеранів значно покращує адаптацію.

Культурні цінності та релігійна підтримка можуть допомагати у процесі адаптації, забезпечуючи моральну та емоційну стійкість[45, с. 304]. Традиції, що визнають і вшановують роль ветеранів, сприяють їхній інтеграції в суспільство[40, с. 161].

Рівень урбанізації середовища проживання індивіду займає не останню сходинку впливу на емоційний стан особистості. У містах більше можливостей для працевлаштування, освіти та отримання соціальних послуг[53, с. 61]. Однак анонімність і конкуренція можуть посилювати стрес.

У сільській місцевості підтримка громади може бути більш вираженою, але доступ до ресурсів – обмеженим.

Інформаційна доступність і прозорість також відіграє не останню роль в адаптації. Загалом, це інформування ветеранів про їхні права, доступні програми підтримки та можливості безкоштовної реабілітації через консультативні центри і гарячі лінії для допомоги у складних ситуаціях[66, с. 117].

Соціальні чинники формують середовище, в якому комбатанти повертаються до цивільного життя. Вони можуть прискорити адаптацію, якщо є сприятливими, або ж ускладнити її за відсутності підтримки. Усвідомлення важливості цих чинників допомагає розробляти ефективні програми реабілітації та соціальної інтеграції.

1.2. Вплив військової служби на психіку та соціальну поведінку особистості

Військова служба в мирний час значно впливає на психіку та соціальну поведінку людини через специфічні умови, в яких вона перебуває. А служба під час військового стану характеризується підвищеною відповідальністю, мобілізаційною готовністю та виконанням специфічних завдань, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони. Інтенсивні фізичні та психологічні навантаження, стресові ситуації, бойові дії, втрата товаришів та перебування в умовах постійної небезпеки залишають відбиток на психіці військових[29, с. 76-77]. Ці зміни можуть проявлятися як під час служби, так і після повернення до цивільного життя.

У період воєнного стану проводиться часткова або загальна мобілізація громадян, що підлягають військовому обов'язку. Створюються резерви для поповнення Збройних Сил та інших формувань. Військовослужбовці діють за умов посиленого контролю та обмеження громадянських прав. Військове керівництво отримує розширені повноваження[52, с. 89]. До завдань військовозобов'язаних відносяться і участь у бойових операціях та

оборонних діях, і забезпечення правопорядку, охорони стратегічних об'єктів, евакуації населення, і підтримання стабільності у тилу[6, с. 8]. Служба під час військового стану супроводжується значним емоційним тиском через реальну загрозу життю та потребу приймати швидкі рішення в екстремальних умовах[11, с. 11]. Надання допомоги цивільному населенню в евакуації, забезпеченні гуманітарних потреб, ліквідації наслідків бойових дій. Цей вид служби вимагає максимальної відданості, адаптивності та стійкості від військових і резервістів[52, с. 104; 92, с. 41].

Хронічний стрес є невід'ємною частиною військової служби, особливо в умовах бойових дій. Постійне відчуття небезпеки, нестабільність, висока відповідальність і сувора дисципліна формують стан психологічної напруги. Тривалий стрес може призводити до розвитку психічних розладів, таких як тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). У деяких випадках військові після повернення до мирного життя переживають відчуття ізольованості та неспроможності функціонувати у звичайних умовах[15, с. 48].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найбільш поширених психічних проблем серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. ПТСР проявляється через нав'язливі спогади про бойові події, нічні кошмари, підвищену тривожність та дратівливість. Військові з ПТСР часто переживають проблеми зі сном, зниження рівня концентрації, та відчувають емоційну відчуженість від близьких[86, с. 281-282].

Емоційна нестабільність комбатантів виражається у розвитку високої чутливості до емоційних подразників, особливо після тривалих бойових операцій. Це може призводити до проявів агресії, схильності до конфліктів або, навпаки, до замкненості та апатії. Емоційна нестабільність також проявляється у формі швидких перепадів настрою, зниження мотивації та емоційного вигорання[65, с. 144].

У деяких військових після повернення з армії виникають проблеми із самооцінкою. Вони можуть відчувати себе непотрібними в мирному житті

або вважати, що їхній досвід і навички не знаходять застосування в цивільних умовах. Низька самооцінка може сприяти розвитку депресивних станів і зниженню соціальної активності.

Військова служба може впливати на когнітивні процеси, зокрема увагу, пам'ять, реакції на зовнішні подразники. В умовах бойових дій військові часто повинні приймати швидкі рішення в умовах підвищеного ризику, що змінює їхні когнітивні реакції в мирних умовах, де такі навички можуть бути менш необхідними[94, с. 33].

Військова служба має специфічний вплив на соціальну поведінку особистості. Військові формують специфічну військову ідентичність, яка базується на чіткій ієрархії, суворій дисципліні та командних структурах. Військова служба вимагає високої самоорганізації, дисципліни та підпорядкування наказам. Ця ідентичність може суперечити цивільним соціальним нормам, де більше цінується індивідуалізм і самостійність[101, с. 118].

Повернувшись до мирного життя, багато військових відчують труднощі з інтеграцією в суспільство через різницю між військовою та цивільною культурою. Після повернення з армії, особливо з гарячих точок, багато ветеранів можуть відчувати соціальну ізоляцію. Вони часто стикаються з нерозумінням з боку цивільного населення, що не має подібного досвіду[108, с. 36]. Відчуження може спричинити проблеми у сімейних відносинах, соціальному житті та професійній сфері. Це може призвести до зменшення контактів з друзями та родичами, відчуття самотності та ізоляції.

Військові, що повертаються до мирного життя, часто стикаються з проблемами працевлаштування або поверненням до попередньої професії. Їхні навички та кваліфікація, отримані в армії, можуть бути непридатними для мирного життя, що ускладнює адаптацію до цивільної роботи[54, с. 170]. Деякі ветерани стикаються з труднощами виконання мирних соціальних ролей: чоловіка/дружини, батька/матері, працівника тощо[16, с. 311].

Комбатанти часто демонструють підвищену агресивність та схильність до конфліктів, оскільки в бойових умовах така поведінка була необхідною для виживання. Ці риси можуть бути деструктивними у мирному середовищі. Деякі військові можуть проявляти ризикову поведінку, шукаючи екстремальні види діяльності (водіння на високій швидкості, ризиковані рішення в побуті), оскільки вони звикли до високого рівня адреналіну та небезпеки під час служби. Повернення до мирного життя часто супроводжується кризою у сімейних стосунках. Військові можуть відчувати емоційну відстороненість або труднощі у комунікації з близькими. Часто вони не можуть розповісти про пережите в армії, що створює бар'єр між ними та родиною. Конфлікти в сім'ї можуть виникати через непорозуміння або нездатність впоратися з психологічними проблемами, такими як агресія чи депресія[56, с. 60; 61, с.78].

Адаптація учасників бойових дій має індивідуальний характер. Її успішність напряду залежить від психофізичного стану особистості. І це вимагає досконально вивчити всі чинники негативного впливу на особистість. Особливості екстремального середовища впливають на когнітивні навички людини. Бойові дії в різних умовах місцевості мають специфічний вплив на психічний стан військових зі своїми наслідками.

Бойові дії в місті. Інтенсивні вуличні бої в умовах міського середовища супроводжуються високою щільністю населення та забудов. Міські бойові дії зазвичай включають боротьбу за будинки, вузькі вулиці, зруйновані інфраструктури. Це постійне пересування військових через вузькі простори, будівлі або підземні комунікації (тунелі, метро). Часто не всі мешканці евакуюються, що ускладнює бойові операції через небезпеку для мирного населення[13, с. 12]. У міських умовах через замкнутий простір та велику кількість схованок для ворога військові перебувають у постійній небезпеці. Це викликає тривожні розлади і надмірну пильність[13, с. 13]. Військові часто стають свідками масових руйнувань і загибелі мирних жителів, що може призвести до розвитку ПТСР[13, с.13]. Через складнощі уникнення

втратах серед цивільного населення, бійці можуть відчувати провину за вбитих або поранених цивільних осіб. Цей фактор ускладнює емоційне відновлення після боїв у місті. Постійні перестрілки, шум вибухів та руйнувань в місті призводять до безсоння і частих кошмарів, що відтворюють сцени боїв. Тривале перебування в замкнених просторах, наприклад, в укриттях або підземних тунелях, може сприяти розвитку клаустрофобії[13, с. 14].

Бойові дії в лісі. Лісові бої зазвичай включають партизанську тактику з великими відстанями між підрозділами та складністю орієнтації на місцевості. Обмежена видимість і можливість потрапляння в засідки роблять ліс небезпечним місцем для бойових дій. Постійний контакт з природними умовами, зокрема вночі, підвищує відчуття ізоляції. Через відсутність цивільних і значні відстані між бійцями може розвиватися відчуття ізоляції і відірваності від світу. Надмірна пильність і гіперзбудження через постійну потребу слідкувати за кожним рухом і шумом в оточенні викликає патологічну тривогу[79, с. 201]. Це з часом призводить до виснаження нервової системи. Через постійний контакт з природними небезпеками, такими як змії, комахи, холод або спека, у військових може розвиватися параноїдальний страх перед природними явищами після бойових дій. Лісові бої часто тривають у складних умовах, де відсутні нормальні умови для відпочинку або сну. Це призводить до соматизації стресу, що проявляється у вигляді фізичних симптомів, таких як головний біль, м'язова напруга або біль у животі[79, с. 204].

Бойові дії в степу. Бойові дії в степу часто відбуваються на відкритій місцевості з мінімальною кількістю природних укриттів. Велика видимість робить бійців вразливими до ворожого обстрілу, а погодні умови (сильна спека або холод) додають додаткового стресу. Степовий ландшафт дозволяє застосовувати великі технічні засоби, такі як танки або артилерія. Військові в степу можуть відчувати паніку через відсутність природного укриття, що підвищує ризик розвитку агорофобії (страху перед відкритими просторами) після бойових дій. У степу часто проводяться великі бої з масовим

застосуванням артилерії, що може викликати тяжкі психічні травми через масштаб руйнувань і втрат[79, с. 205]. Фізичне і психологічне виснаження через суворі природні умови (спека, холод, відсутність води чи їжі), що веде до розвитку хронічної втоми. Постійний страх бути атакованим з повітря. Через відкриту місцевість військові стають вразливими до авіаударів або артилерійських обстрілів, що підвищує відчуття безпорадності і страху. Стрес від екстремальних погодних умов може сприяти виникненню фізичних захворювань, пов'язаних з тепловим ударом або гіпотермією, які також впливають на психічний стан[79, с. 210].

1.3. Психологічні наслідки активних бойових дій

Участь в активних бойових діях значно впливає на психічний стан людини, залишаючи глибокі емоційні та психологічні наслідки. Такі події, як постійний ризик для життя, свідчення насильства, втрати товаришів та поранення, можуть викликати серйозні психічні розлади, які тривають навіть після завершення бойових дій. Психологічні наслідки бойових дій відрізняються залежно від індивідуальних особливостей, тривалості та інтенсивності пережитих подій[13, с. 12].

В умовах війни в Україні тема емоційних переживань учасників бойових дій є особливо значущою. Багато військовослужбовців повертаються з фронту, переживаючи сильні емоційні та психологічні стани. Тому дослідження цієї теми допоможе краще зрозуміти, як можна ефективніше підтримувати ветеранів і їхні родини, створити ефективніші програми реабілітації. Учасники бойових дій часто стикаються з психічними травмами, такими як ПТСР, який може суттєво впливати на їхнє життя в цивільному житті. Для багатьох військових емоційна підтримка та психотерапія є необхідними для успішної адаптації до мирного життя[70, с. 221]. Ігнорування проблеми може мати негативні наслідки. Таким чином, ця тема є не лише науково важливою, але й має велике соціальне значення для

сучасного світу, особливо в країнах, де тривають або нещодавно завершилися військові конфлікти.

Аналіз та розуміння емоційних переживань учасників бойових дій відкриває глибину проблеми адаптації в соціум та цивільне життя загалом.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – один із найпоширеніших наслідків участі в бойових діях. Симптоми включають тривогу, кошмари, флешбеки (вторгнення спогадів), емоційну загальмованість або надмірну збудженість. Далі – тривога та депресія. Багато учасників бойових дій відчують постійну тривогу, безсоння, почуття безнадійності та пригніченості[2, с. 100-106]. Деякі учасники бойових дій можуть зіткнутися з повторними епізодами ПТСР або депресії після значущих життєвих подій або стресів, навіть через роки після війни. І також, втрата ідентичності – повернення до мирного життя може супроводжуватися почуттям втрати ролі, яку військові виконували під час служби[14, с. 36]. Вони намагаються інтегрувати свій військовий досвід у цивільне життя. Ветерани можуть відчувати конфлікт між своєю попередньою роллю військових і новою роллю в суспільстві (робітника, батька/матері, громадянина). Цей конфлікт може викликати емоційний стрес і відчуття розгубленості.

Після отриманих бойових травм, включаються механізми емоційної саморегуляції: захисні реакції, контроль над агресією, розвиток емоційної стійкості. Військові часто використовують захисні стратегії, такі як емоційна дистанція, уникнення спогадів чи негативних почуттів. В умовах бойових дій підвищується рівень агресії, яку після повернення намагаються контролювати. Деякі військові розвивають сильні навички самоконтролю, що допомагають їм справлятися з екстремальними стресовими ситуаціями[80, с. 409].

Підвищена збудливість. Військові часто залишаються в стані підвищеної готовності навіть після закінчення бойових дій. Це означає постійну настороженість, труднощі з розслабленням та неспроможність зняти

напругу. Невміння "вимкнути" цей стан призводить до безсоння, нічних кошмарів і хронічної втоми, що є поширеним симптомом серед ветеранів бойових дій[112, с. 127].

Духовна криза. Учасники бойових дій можуть стикатися з "кризою віри" після повернення з війни, коли жорстокість та втрати підривають їхню духовну основу. Це може призвести до глибоких внутрішніх конфліктів. Духовність або релігія вже не є джерелом сили і допомоги у відновленні після пережитого[3, с. 28].

Переживання жінок-військових. Жінки, які беруть участь у бойових діях, можуть зіштовхуватися з іншими видами емоційних переживань через дискримінацію, гендерну нерівність або сексуальне насильство. Дослідження їхніх переживань розширює загальну картину цієї теми. Чоловіки та жінки можуть мати різні шляхи відновлення після емоційних травм. Наприклад, жінки частіше звертаються до психотерапії або соціальної підтримки, тоді як чоловіки можуть більше уникати таких методів[80, с. 714].

Досвід військових інвалідів. Додаткова психологічна травма через фізичні каліцтва. Втрата кінцівок, поранення чи інші фізичні травми значно впливають на емоційний стан військових. Це може призводити до депресії, почуття меншовартості та втрати сенсу життя. Відновлення після фізичних травм часто супроводжується тривалим процесом емоційного відновлення, що потребує професійної допомоги[78, с. 23; 20].

Перегляд новин або соціальних медіа, що висвітлюють бойові дії, може повторно активізувати травматичні спогади. Учасники бойових дій можуть відчувати сильний стрес або емоційні зриви, переглядаючи такі матеріали. Ветерани можуть спілкуватися в групах, де активно обговорюють травматичні переживання, що може як допомагати в реабілітації через взаємну підтримку, так і підтримувати негативні емоційні цикли[80, с. 616].

Участь у військових ритуалах, таких як паради, церемонії пам'яті загиблих, може мати як позитивний, так і негативний вплив на ветеранів. Для деяких ритуали є важливим засобом вшанування товаришів і полегшення

емоційного навантаження, для інших – це нагадування про важкі переживання.

Деякі військові вдаються до зловживання алкоголем або наркотиками – як засіб саморегуляції емоцій. Це може бути спробою подолати емоційний біль або пригнічені почуття, але часто призводить до ще глибших проблем зі здоров'ям. Іноді в рамках лікування ветеранів можуть виникати випадки надмірного використання знеболювальних препаратів або антидепресантів, що створює нові проблеми з психічним та фізичним здоров'ям, фармакологічну залежність.

Військові часто використовують чорний або саркастичний гумор як спосіб подолати важкі емоційні переживання. Така форма гумору дозволяє розрядити напругу та полегшити психологічний тиск під час бойових дій. Гумор може залишатися ефективним інструментом для ветеранів у подоланні стресу та травматичних спогадів, хоча іноді він може бути незрозумілим для людей поза військовим середовищем [7, с. 54].

Можна виділити найрозповсюдженіші емоційні переживання, притаманні військовим[80, с. 64]:

Почуття провини за вцілілість. Військові, які повернулися додому, часто відчують провину через те, що вижили, тоді як їхні товариші загинули. Це може викликати сильні негативні емоції та самопокарання.

Гнів і фрустрація. Емоційна реакція на втрату товаришів, небезпеку чи важкі умови може призводити до тривалого відчуття гніву, яке важко контролювати.

Страх і тривога. Постійний страх за своє життя під час бойових дій залишає емоційний слід, що може проявлятися в підвищеній тривожності після повернення [26, с. 242].

Емоційна загальмованість. Учасники бойових дій можуть "вимикати" емоції під час конфлікту, що пізніше ускладнює вираження почуттів у мирному житті[27, с. 99].

Учасники бойових дій, що воюють в міських умовах, можуть зазнавати більш інтенсивних емоцій через пряму взаємодію з цивільними, випадкові жертви або гуманітарні кризи.

Військова культура часто спрямована на розвиток стійкості до стресу, емоційної витримки та дисципліни. Так склалося, що від військових очікують, що вони будуть "сильними" і не виявлятимуть слабкості. Так, це необхідно в умовах бойових дій, але призводить до пригнічення емоцій. Ця «токсична мужність» також може перешкоджати зверненню за допомогою, через що відбувається накопичення внутрішнього стресу[113, с. 148].

Позитивний вплив мають товариські відносини між військовими під час бойових дій, і можуть стати важливим ресурсом для емоційної підтримки після конфлікту. "Братерство зброї" – почуття глибокої довіри та підтримки між товаришами. Спільні переживання під час війни часто створюють міцні емоційні зв'язки між військовими, які продовжують підтримувати один одного навіть після завершення служби. Але не виключаємо й відсутність цього тісного кола, і як наслідок – емоційний вакуум і відчуття самотності[82, с. 113].

Емоційні переживання мають великий вплив на міжособистісні відносини. Може виникати соціальна ізоляція. Через важкість у вираженні своїх почуттів або непорозумінні з боку оточення, учасники бойових дій можуть відчувати ізоляцію, самотність або відчуження[70, с. 222]. Труднощі в адаптації до мирного життя також можуть викликати непорозуміння у стосунках з близькими, що часто призводить до конфліктів або розривів у родині.

Деякі ветерани виявляють, що участь у мистецькій діяльності, такій як малювання або музика, може стати способом висловлення емоційних переживань і зцілення від травм. Війна іноді пробуджує в людині потребу у креативному вираженні власних емоцій. Арт-терапія – це один із методів психотерапії, який часто використовують для роботи з ветеранами.

Малювання, скульптура або музика можуть допомогти ветеранам виразити те, що важко сказати словами[76, с. 227].

Дезорієнтація є першою реакцією після повернення з війни, і часто включає шок і втрату орієнтації в мирному житті. Військові можуть відчувати себе чужими в звичайному середовищі. Багато хто починає ставити питання про сенс власного життя і про те, що війна змінила в їхньому світосприйнятті. Прийняття – це кінцева стадія емоційної адаптації, коли особа починає приймати власний досвід і поступово інтегрує його в своє життя[23, с. 338].

Методи дослідження стану учасників бойових дій охоплюють широкий спектр психодіагностичних інструментів та підходів, які допомагають оцінити психологічний стан військових після бойових дій. Використовуються стандартизовані опитувальники та тести для вимірювання рівня стресу, депресії та тривожності. Приклади: Шкала ПТСР (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist, PCL)[122], Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)[119], Шкала депресії Бека (BDI)[72, с. 55], Міннесотський багатофазний особистісний опитувальник (MMPI)[121], тест Роршаха[72, с. 79], тест тематичної апперцепції (ТАТ)[120], тест самооцінка психічних станів за методикою Г. Айзенка (для вимірювання таких емоційних станів: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність)[72, с. 78-79], багаторівневий тест-опитувач «Адаптивність» (МЛО-АМ) А.Г.Маклакова і С.В.Чермяніна[72, с. 79]та ін. Основні проблеми, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією, тривожністю дозволяє виявити клінічне інтерв'ю[75, с. 170]. Це збір інформації про життєвий досвід, емоційний стан та симптоматику учасників бойових дій шляхом структурованих або напівструктурованих бесід.

В ході консультацій, фахівці спостерігають за поведінкою учасників бойових дій в різних соціальних і терапевтичних ситуаціях, що дозволяє краще зрозуміти їхню взаємодію з оточенням та емоційні реакції. Вимірювання фізіологічних реакцій на стрес (частота серцебиття, рівень

кортизолу, артеріальний тиск) під час різних стимулів, дозволяє оцінити рівень тривожності чи стресу[114, с. 14].

Для виявлення глибоких внутрішніх конфліктів і травматичних спогадів використовуються такі підходи, як психоаналіз, когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія[81, с. 24].

Для ефективної інтеграції у суспільство використовуються фокус-групи та групова терапія. Це дозволяє учасникам бойових дій краще зрозуміти колективний досвід та підтримати одне одного через обговорювання своїх проблем з іншими ветеранами[25, с. 27-28].

Широкого розповсюдження у роботі з учасниками бойових дій зазнали методи ізраїльських психологів, через багатий досвід Ізраїлю в умовах постійної військової загрози. Ці методи включають як класичні підходи до психотерапії, так і інноваційні технології, які розроблені з урахуванням специфіки ізраїльського суспільства та військових конфліктів[33, с. 48].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) широко використовується для роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та тривожними станами. Ізраїльські психологи активно застосовують КПТ, яка допомагає військовим змінювати негативні мисленнєві шаблони та поведінкові реакції на стресові ситуації[71, с. 121]. Одна з форм КПТ: Терапія через вплив (Exposure Therapy)[96, с.29]. Це поступове зануренні пацієнта у травматичні спогади під контролем терапевта. Метод дозволяє зменшити інтенсивність страхів і тривожності, що виникають у відповідь на ці спогади[96, с. 33].

Технологія десенсибілізації та переробки травматичних спогадів за допомогою рухів очей, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), використовується ізраїльськими психологами для зниження емоційного стресу, пов'язаного з бойовим досвідом[22, с. 60]. Застосування психофізіологічних методів (Biofeedback) дозволяє учасникам бойових дій контролювати свої фізіологічні реакції на стрес, такі як серцебиття або м'язову напругу. Завдяки спеціальним приладам вони вчаться керувати своїм тілом і знижувати рівень тривожності[22, с. 61].

Також, важливою частиною реабілітації в Ізраїлі є групова терапія, де ветерани мають можливість ділитися своїм досвідом з іншими. Це створює відчуття спільності та зменшує відчуття ізоляції[88, с.101]. Творчі форми терапії (музика, малювання) допомагають учасникам бойових дій виразити свої емоції, зменшити стрес і відновити емоційний баланс[88, с. 104]. Іноді використовуються й тілесні техніки, що допомагають впоратися з фізичними проявами тривожності[88, с. 109]. Ізраїльські психологи надають велику увагу включенню родини в процес лікування та реабілітації[83, с. 88]. Підтримка сім'ї є критично важливою для зниження рівня стресу та полегшення адаптації до мирного життя[83, с. 90]. Ізраїльські фахівці мають великий досвід у роботі з солдатами безпосередньо після бойових дій або терактів. Ця практика дозволяє зменшити ризик розвитку ПТСР шляхом негайного надання психологічної допомоги[83, с. 91].

Різноманіття методів допомагає отримати об'єктивну та суб'єктивну інформацію про психологічний стан учасників бойових дій, що сприяє розробці індивідуальних планів лікування та адаптації.

Висновки до першого розділу

Психологічна адаптація ветеранів до мирного життя часто включає використання теорій стресу та копіngu, де механізми копіngu допомагають справлятися з наслідками травм. Соціальна адаптація може включати підтримку родини, друзів і спеціальних організацій, а також інтеграцію ветеранів в нові соціальні та економічні умови через програми працевлаштування та підтримки. Культурна адаптація може бути пов'язана з тим, як ветерани пристосовуються до цивільного суспільства після тривалого перебування в військових умовах.

Моделі адаптації описують механізми та етапи, через які індивід або група пристосовується до змін у середовищі чи соціальних умовах. У різних наукових підходах виділяються кілька моделей, які пояснюють процес адаптації, особливо в психологічному, соціальному та біологічному

контекстах. Моделі адаптації дозволяють створювати системні підходи до реабілітації ветеранів, враховуючи їхні психологічні, соціальні та фізіологічні потреби. Наприклад, модель стресу та копінгу може бути застосована для подолання ПТСР, а культурна модель адаптації – для інтеграції ветеранів у мирне суспільство.

Соціальні чинники формують середовище, в якому комбатанти повертаються до цивільного життя. Вони можуть прискорити адаптацію, якщо є сприятливими, або ж ускладнити її за відсутності підтримки. Усвідомлення важливості цих чинників допомагає розробляти ефективні програми реабілітації та соціальної інтеграції.

Програми реабілітації для ветеранів можуть інтегрувати соціально-когнітивні підходи, які допомагають відновити віру в себе та навчитися новим способам поведінки через взаємодію з іншими ветеранами або людьми, які вже адаптувались до цивільного життя. Ветерани можуть стати наставниками для інших, що сприятиме підвищенню їхньої самомотивації та впевненості у своїх силах.

Військова служба має значний вплив на психіку та соціальну поведінку особистості, що часто ускладнює повернення до цивільного життя. Психічні розлади, такі як ПТСР, емоційна нестабільність і відчуження, можуть суттєво вплинути на соціальну адаптацію. Військові після демобілізації часто стикаються з труднощами у спілкуванні з близькими, працевлаштуванні та виконанні мирних соціальних ролей. Тому для успішної адаптації необхідна підтримка з боку держави, суспільства та спеціалістів-психологів. Бойові дії в різних умовах місцевості мають специфічний вплив на психічний стан військових. В міських умовах військові частіше стикаються з високим рівнем стресу через хаос і тісноту, у лісі – з ізоляцією і непередбачуваністю, а в степу – з відкритістю і вразливістю. У кожному середовищі ці фактори формують особливі психологічні травми, які впливають на довгострокову адаптацію після повернення з війни.

Учасники бойових дій переживають широкий спектр емоцій – від глибокого стресу та тривоги до почуття провини за вцілілість. Їхній емоційний стан може змінюватися протягом бойових дій та після повернення до мирного життя. Бойові дії залишають глибокий емоційний і психологічний відбиток. Після повернення з війни учасники бойових дій часто стикаються з труднощами в інтеграції в цивільне життя. Відчуття ізоляції, незрозумілості з боку суспільства та проблеми з адаптацією ускладнюють процес повернення до нормального життя. Багато емоційних проблем, пов'язаних із бойовими діями, можуть зберігатися протягом усього життя, впливаючи на стосунки, професійну діяльність і загальне самопочуття ветеранів. Професійна психологічна допомога, підтримка з боку сім'ї та колег-військових, а також участь у терапевтичних групах і програмах реабілітації є критично важливими для відновлення емоційного здоров'я ветеранів. Війна впливає не тільки на окремих людей, але й на ціле суспільство, спричиняючи колективну травму, яка потребує часу на загоєння.

Психологічна напруга після повернення до мирного життя для багатьох бійців виявляється значно важчим випробуванням, ніж участь у бойових діях.

Швидка психологічна допомога та рання діагностика розладів, зокрема за допомогою таких методів, як кризове втручання, є критичними для запобігання глибоким психологічним проблемам у майбутньому. Використання методів, розроблених в Ізраїлі та інших країнах, таких як EMDR та Biofeedback, підтверджує їх ефективність у роботі з військовими.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

2.1. Методологія дослідження

В першому розділі розглянуто теоретичні особливості адаптації комбатантів до цивільного життя. В результаті проведеного аналізу визначено, що адаптація базується на багатьох аспектах, включаючи психологічні, соціальні та культурні чинники. Емоційний стан комбатантів характеризуються комплексними психофізіологічними реакціями, які виникають у відповідь на певні стимули чи ситуації і супроводжуються суб'єктивним переживанням, фізіологічними змінами та вираженням у поведінці[4, с. 29].

Адаптація до цивільного життя осіб, що приймали участь в активних бойових діях, має значущу роль і є складним процесом. Під впливом воєнних дій, люди можуть переживати тривалі та інтенсивні емоції, афективні та тривожні стани, проявляється ПТСР. Характерним є прояв впливу негативних емоцій, таких як страх, ненависть, гнів, сум, туга та інші. Вони можуть викликати стрес, психічні розлади та вплинути на загальне благополуччя особистості.

Учасники бойових дій переживають широкий спектр емоцій – від глибокого стресу та тривоги до почуття провини за вцілілість. Їхній емоційний стан може змінюватися протягом бойових дій та після повернення до мирного життя. Бойовий стрес залишає глибокий емоційний і психологічний відбиток. Найпоширенішими наслідками є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, відчуття самотності, а також проблеми зі сном та підвищена тривожність [5, с. 3]. Багато емоційних проблем, пов'язаних із бойовими діями, можуть зберігатися протягом усього життя, впливаючи на стосунки, професійну діяльність і загальне самопочуття ветеранів.

Наше дослідження присвячене вивченню особливостей адаптації ветеранів бойових дій до цивільного життя в Україні.

Метою експериментального дослідження є вивчення особливостей процесу адаптації комбатантів до цивільного життя, виявлення факторів, які впливають на цей процес, а також визначення ключових проблем і психологічних бар'єрів, з якими стикаються військові після повернення до мирного життя. Відповідно до методико-теоретичного аналізу, проведено узагальнення даних, які були орієнтовані на дослідження адаптації комбатантів, що зумовило актуальність визначеної мети дослідження.

Дослідження проводилося в декілька етапів. Перший – це вивчення та упорядкування теоретичної бази із проблематики дослідження, підбір методик для діагностики структурних складових емоційної сфери комбатантів, вибір групи респондентів. Другий – проведення дослідження.

Під час проведення експериментального дослідження було використано такі емпіричні методи: опитування, тестування (було використано Шкалу тривоги Гамільтона[21, с. 47], Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації[12, с. 54], експрес-діагностика схильності до афективної поведінки В.В. Бойко)[10, с. 74], методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження), оцінка розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерій Стьюдента[12, с. 48].

Експериментальне дослідження проводилося у вигляді опитування, тестування та інтерв'ювання за допомогою google-form, платформи telegram; форма дослідження – дистанційна. До дослідження було залучено комбатантів України, всього 50 осіб. Вік досліджуваних 21–58 років. Всі учасники були проінформовані про мету дослідження та дали згоду на участь.

Для досягнення мети та розв'язання поставлених завдань ми визначили такі етапи експериментального дослідження: створити програму емпіричного дослідження; сформулювати відповідну меті дослідження систему

дослідницьких дій, спрямованих на вивчення особливостей адаптації комбатантів; експериментально розкрити особливості емоційної сфери комбатантів України; розробити та провести психологічно-консультативну програму; на основі проведеної роботи окреслити зміни, що відбулися у показниках емоційної сфери комбатантів після її перевірки.

Таким чином дослідження буде відбуватися за допомогою наступного психодіагностичного комплексу методик представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Методична основа емпіричного дослідження

Методики дослідження	Критерії	Визначення
Шкала тривоги Гамільтона (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, скор. HARS)	Тривога	Ступінь тривожних симптомів.
Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП)	Невротизація	Схильність до тривожних, депресивних, істеричних та інших невротичних проявів
	Психопатизація	Схильність до дезадаптивної, антисуспільної поведінки, відхилення від соціальних норм
Експрес-діагностика схильності до афективної поведінки (В.В. Бойко)	Афективні стани	Довготривалі стани настрою, які не спричинені одним стимулом, а є результатом накопичення досвіду.

Проаналізуємо методичний комплекс більш докладно:

1. Шкала тривоги Гамільтона (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, скор. HARS) – діагностика оцінює рівень тривожності на підставі клінічних питань, що дозволяє кількісно оцінювати вираженість тривожного синдрому[21, с. 48]. Шкала тривоги Гамільтона може використовуватися як при першій діагностиці тривожних розладів, так і для оцінки ефективності лікування (психотерапії, медикаментозної терапії тощо). Оскільки вона

охоплює як психологічні, так і соматичні симптоми тривожних розладів, шкала дозволяє отримати досить повне уявлення про стан пацієнта[21, с. 47].

Шкала Гамільтона складається з 14 пунктів (критеріїв), кожен з яких оцінює конкретні симптоми тривоги. Симптоми поділяються на психологічні та соматичні (тілесні). Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою від 0 до 4, де: 0 – відсутність симптомів, 1 – незначні симптоми, 2 – помірні симптоми, 3 – виражені симптоми, 4 – дуже виражені симптоми (Додаток А).

Критерії Шкали Гамільтона[21, с. 47-48]:

1) Тривога психічна: відчуття напруження, неспокою, внутрішнього страху або дратівливості; суб'єктивне відчуття тривожності (пацієнт відчуває, що йому важко розслабитися).

2) Тривога соматична: тіло реагує на тривогу через напругу м'язів, головний біль, тремор, або інші фізичні прояви (напр. пітливість, серцебиття, запаморочення).

3) Страх: страх перед певними ситуаціями або обставинами (наприклад, страх перед темрявою, залишатися самому вдома тощо).

4) Порушення сну: проблеми зі сном (засинанням, перерваним сном, безсонням), неспокійний сон або пробудження зі страхом.

5) Когнітивні функції: зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, відчуття сплутаності думок.

6) Депресивні симптоми: підвищена плаксивість, апатія, відчуття безнадії або депресивний настрій.

7) Напруга м'язів: суб'єктивне відчуття фізичної напруги, спазмів, тремору або скутості в тілі.

8) Сенсорні прояви: підвищена чутливість до зовнішніх стимулів (наприклад, шуму або світла).

9) Кардіоваскулярна система: симптоми, що пов'язані з серцевою діяльністю (підвищене серцебиття, біль у грудях, підвищений тиск).

10) Дихальна система: ускладнене дихання, відчуття стиснення у грудях, задишка.

11) Шлунково-кишкова система: симптоми порушення травлення: нудота, діарея, болі в животі, сухість у роті.

12) Сечостатева система: порушення сечовипускання або проблеми з менструальним циклом, зниження лібідо.

13) Автономна нервова система: підвищена пітливість, тремор, холодні кінцівки, підвищена чутливість до температурних змін.

14) Загальні симптоми: інші неспецифічні симптоми тривоги, наприклад, постійне відчуття занепокоєння.

Оцінка результатів. Після того, як усі 14 пунктів оцінені, підраховується загальний бал: 0-17 балів – легка тривожність, 18-24 бали – помірна тривожність, 25-30 балів і більше – виражена тривожність.

Шкала тривоги Гамільтона може допомогти об'єктивувати та оцінити тяжкість тривоги клієнта. Легкі та помірні рівні тривожності (до 24 балів) часто відповідають адаптивній реакції на стрес або невеликі тривожні розлади. Такі особистості можуть ефективно працювати та підтримувати нормальне соціальне функціонування, хоча відчувають деякий дискомфорт[53, с. 77]. Високі та дуже високі показники (понад 25 балів) свідчать про значні проблеми з тривогою, що можуть впливати на фізичне та емоційне здоров'я[34, с. 23].

Тривога є нормальним людським почуттям, але коли вона стає надмірною та заважає повсякденному життю, може знадобитися допомога спеціалістів для зниження рівня тривожності. Емоційні прояви тривоги: постійне занепокоєння, відчуття безпомічності або надмірної напруги, дратівливість та підвищена емоційна реактивність[60, с. 9]. До когнітивних проявів тривоги відносять: проблеми з концентрацією уваги, переживання негативних думок або катастрофічних сценаріїв, нездатність заспокоїтися або відволіктися від проблем[60, с. 9-10]. Фізично тривога виражається в прискореному серцебитті, відчутті стискання в грудях або дихальних труднощах, пітливості, треморі, м'язових напругах, головних болях, розладах сну[60, с. 12].

Ситуаційна тривога – виникає в певних обставинах: перед виступом, іспитом чи важливою подією[45, с. 211]. Хронічна тривога – постійне відчуття занепокоєння, яке триває навіть без явної причини[45, с. 213]. Генералізований тривожний розлад (ГТР) – надмірна тривожність, яка охоплює різні аспекти життя й триває протягом тривалого часу[45, с. 215]. Панічні атаки – раптові епізоди сильного страху або тривоги, які супроводжуються інтенсивними фізичними симптомами[61, с. 79].

Причинами тривоги можуть бути стрес (хронічний або надмірний стрес може стати тригером для розвитку тривожних станів), травматичні події (тривога часто виникає після емоційно важких або травматичних ситуацій), генетика (схильність до тривоги може бути частково спадковою), хімія мозку (акубаротравма, дисбаланс нейромедіаторів (серотонін, норепінефрин) можуть призводити до розвитку тривожних розладів)[61, с. 80].

Тривога може значно впливати на процес адаптації, особливо в умовах змін, стресових ситуацій або життєвих викликів. Підвищена тривожність може перешкоджати здатності концентруватися та засвоювати нову інформацію, що важливо при адаптації до нових умов або ситуацій. Людина може відчувати складнощі в прийнятті рішень або обмірковуванні різних варіантів, що ускладнює вибір правильних стратегій для адаптації. Людина, яка відчуває тривогу, часто уникає ситуацій або подій, які викликають занепокоєння[49, с. 143]. Це може призвести до того, що вона уникає нових викликів або змін, що, в свою чергу, гальмує процес адаптації. Наприклад, замість того, щоб активно шукати нові рішення, людина може відмовлятися від нових можливостей або втрачати ініціативу.

Тривога може впливати на взаємовідносини з іншими людьми, оскільки вона провокує підвищену дратівливість, закритість або уникнення соціальних контактів. Це може створити додаткові труднощі в адаптації до нових соціальних груп або спільнот, які часто є необхідними для успішного пристосування[40, с. 119]. Тривожність часто проявляється на фізичному рівні, наприклад, у вигляді підвищеної втоми, м'язового напруження,

головних болів чи безсоння. Це впливає на загальне самопочуття людини і знижує її здатність до адаптації через фізичне виснаження[28, с. 53].

Тривога змушує людину зосереджуватися на негативних думках і майбутніх катастрофах, що перешкоджає формуванню позитивних установок, необхідних для успішної адаптації. Постійне очікування невдачі або страх перед змінами може сповільнити процес пристосування до нових умов. Високий рівень тривожності може знижувати мотивацію до дій, оскільки людина боїться зробити помилку або зазнати невдачі. Це особливо помітно в ситуаціях, коли адаптація вимагає активної участі або ініціативи[90].

Тривога може сприяти розвитку психологічного дискомфорту, стресу та навіть депресивних станів, що ускладнює внутрішнє прийняття нових обставин. Труднощі у спілкуванні та встановленні соціальних зв'язків можуть стати бар'єром у пристосуванні до нових колективів або спільнот. У нових робочих умовах тривога може викликати сумніви в своїх професійних якостях або перешкоджати освоєнню нових навичок, що гальмує адаптацію на робочому місці[72, с. 70]. Люди з високим рівнем тривожності демонструють повільніше фізіологічне відновлення після стресу, порушення страху у формі його посилення та тривале зникнення[72, с. 54].

А. Х. К. Вонг і П. Ф. Ловібонд припускають, що неоднозначність є ключовим фактором підвищення фізіологічної реакції на сигнали небезпеки. Коли люди з високим рівнем тривожності стикаються з ситуацією, яка може сигналізувати про загрозу, вони, демонструють підвищене збудження порівняно з нетривожними людьми. Подолання або контроль тривоги є ключовим елементом для успішної адаптації[88, с.154].

2. Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) призначений для інтегральної діагностики патопсихологічних відхилень, що об'єднуються у формі синдромів невротизації та психопатизації[1, с.208]. Опитувальник є доступним і легким у використанні, дає чітке уявлення про загальний рівень психоемоційного

стану людини, але як і всі суб'єктивні опитувальники, результати можуть бути спотворені через недобросовісні відповіді або недостатню саморефлексію респондента. Опитувальник (Є. Бажин, Н. Ласко, А. Тархан) містить 90 тверджень[1, с. 210-213](Додаток Б).

За підсумками результатів опитування, діагностуються наступні показники: невротизація – виявлення “невротичного радикала” (або диференціальна діагностика невроз/норма) – дратівливість, відчуття власної неповноцінності, нерішучість, іпохондричність та ін.; психопатизація – виявлення “психопатичного радикала” (диференціальна діагностика психопатія/норма) – конфліктність, експлозивність, антисоціальна поведінка, неконформність та ін. [1, с. 215]. При обробці даних виконується алгебраїчне підсумовування по кожній шкалі діагностичних коефіцієнтів.

На основі кількості позитивних відповідей на певні групи тверджень розраховується індекс кожної категорії. Основні психологічні критерії, що оцінюються опитувальником: емоційна нестабільність, тривожність, депресивні настрої, істеричні реакції, соціальна дезадаптація, антисоціальна поведінка, самоконтроль, агресивність, поведінкові відхилення, схильність до маніпулювання[1, с. 216]. Опитувальником оцінюється частота та інтенсивність змін настрою, виявляються емоційні реакції на стресові ситуації (роздратованість, тривожність, паніка), оцінюється наявність постійного відчуття занепокоєння, страху, переживання за майбутнє.

Тривожні розлади можуть проявлятися через надмірне хвилювання або уникання небезпечних, на думку респондентів, ситуацій. Опитувальник виявляє наявність пригніченого стану, зниження інтересу до діяльності, апатію (симптоми включають плаксивість, безнадійність, зниження життєвої енергії), виявляє схильності до емоційних сплесків, театральності в поведінці[73, с. 26]. Типові прояви: демонстративна поведінка, маніпулятивність через емоції[73, с. 29]. Оцінюються складності у взаємодії з іншими людьми, проблеми з інтеграцією у соціальні групи. Тривожні розлади виявляються через відчуження, уникання спілкування або

конфліктність. Аналізуючи результати, можливо виявити схильність до порушення соціальних норм, агресивність, маніпулятивність, брехню, ризиковані або девіантні дії (вандалізм, агресію до інших), рівень здатності до управління своїми емоціями і поведінкою в соціальних ситуаціях. Високий рівень самоконтролю вказує на здатність підтримувати внутрішню рівновагу, низький – на імпульсивність. За допомогою опитувальника оцінюється рівень вербальної або фізичної агресії, що проявляються через конфліктність, спалахи гніву, агресивну поведінку до інших. Також виявляються відхилення в поведінці (зокрема схильність до антисоціальних дій або ризикованих вчинків), та рівень схильності до маніпуляцій оточуючими, використання інших у своїх цілях[73, с. 33].

Інтерпретація результатів:

Низький рівень невротизації/психопатизації:

Респондент добре справляється зі стресовими ситуаціями, має адекватну емоційну реакцію та здатний підтримувати здорові соціальні стосунки. Рівень тривожності та напруги незначний, і вони не впливають на загальне функціонування[59, с. 16].

Помірний рівень невротизації:

Людина може відчувати періодичний дискомфорт, тривогу, напругу, які виникають у відповідь на стресові ситуації, але ці стани не мають стабільного характеру. Соціальні функції в основному збережені, однак у певних обставинах можуть виникати труднощі у відносинах з іншими людьми або в адаптації до нових ситуацій[37, с. 18].

Високий рівень невротизації:

Постійна тривога, страхи, напруженість і нервозність, що впливають на повсякденне життя. Людина може мати труднощі в адаптації до стресових ситуацій, її поведінка може характеризуватися замкнутістю, униканням, схильністю до депресії та психосоматичних розладів[95, с. 31].

Помірний рівень психопатизації:

Включає відхилення у поведінці та порушення соціальних норм, однак ці проблеми можуть бути виражені помірно та не настільки впливати на загальне функціонування. Можлива імпульсивність, агресивність, соціальна ізоляція або конфліктність[89, с. 266].

Високий рівень психопатизації:

Людина демонструє стійкі психопатичні риси, такі як агресія, імпульсивність, деструктивна поведінка, порушення соціальних норм, знижена емпатія. Такі особи можуть мати труднощі у взаємодії з іншими, не визнають соціальних правил та меж, проявляють високу ризикову поведінку[89, с. 271].

Опитувальник РНП широко використовується у клінічній та психологічній практиці для виявлення рівня емоційних та поведінкових порушень, оцінки адаптаційних можливостей особистості, а також для діагностики стресових розладів, особливо в контексті терапевтичної роботи або під час психологічних консультацій.

3. Експрес-діагностика схильності до афективної поведінки В.В. Бойка.

Дезорганізуючі емоційні стани – це дисфункціональні патерни поведінки, що проявляються частими й тривалими негативними емоційними станами, які забарвлюють усі аспекти особистості. Стійка дезорганізація емоцій може протікати у трьох режимах: стійкої активізації, змінної активізації та гноблення психічної діяльності[89,с. 277]. При режимі змінної активізації періоди активізації емоцій чергуються з фазами відносного емоційного спокою. Особистість переживає нестабільні емоційні стани, які змінюються від бурхливих реакцій до пригнічених станів, що можуть значно знижувати працездатність та зумовлювати труднощі у взаєминах з оточуючими. Людина відчувається спустошеною, безсилою і не здатною активно взаємодіяти з оточуючим світом при пригніченні психічної діяльності. У цьому випадку постійне внутрішнє напруження призводить до виснаження психічної енергії, що знижує загальний рівень активності особистості. При стійкій активізації психіки емоційна енергія, яка виникає в

результаті внутрішніх переживань, не знаходить адекватного виходу. Вона накопичується всередині особистості, посилюється за рахунок психічної енергії інших внутрішніх чинників, таких як особистісні потреби, спогади, уявлення, фантазії та цінності. Накопичена енергія поступово зростає і призводить до крайнього ступеня внутрішнього напруження, яке заважає людині адекватно реагувати на зовнішні обставини. Така механіка характерна для афективних станів, невідреагованих переживань, особистої тривожності, невмотивованої тривожності та фрустрації[89, с.284].

Основою дезорганізуючих емоцій є нездатність емоційної енергії вивільнятися природним шляхом. Коли особистість накопичує емоції і не може їх висловити або опрацювати, вони трансформуються в афективні стани, які постійно посилюються за рахунок взаємодії з іншими психологічними процесами[111, с. 56]. Це може бути пов'язано з переживаннями, внутрішніми конфліктами, потребами, фантазіями чи навіть певними цінностями особистості.

Афективні стани характеризуються частими й тривалими переживаннями неконтрольованих емоцій. Людина схильна легко впадати в афективні стани, що можуть перетворитися на постійну "емоційну жуйку", яка негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я, на взаємини з іншими людьми, перешкоджає адаптації до спокійних умов життя[89, с. 313].

Методики експрес-діагностики, розроблені В.В. Бойком у середині 1990х років[43, с. 13], є короткими за часом обстеження, і невеликими за обсягом. Вони складаються з 11 запитань, на які потрібно відповісти "так" або "ні". Методики спрямовані на виявлення низки психоемоційних особливостей та станів, зокрема дезорганізуючих емоційних станів: афект, відтворення переживань, фрустрація, невмотивована тривожність, дистимія, циклотимія, екзальтованість. З цього переліку було обрано тести на дослідження афективних станів(Додаток В).

Процедура обробки результатів: чим більше ствердних відповідей дає людина, тим більш виражений її дисфункціональний емоційний стереотип.

10–12 балів свідчать про стійку афективність як рису характеру, 5–9 балів вказують на схильність до афективності, а 4 і менше – на відсутність виражених афективних станів.

Деякі афективні стани можуть мати позитивну валентність (щастя, радість), а інші – негативну (гнів, тривога). Певні афективні стани можуть бути пов'язані з підвищеною активністю (гнів, ентузіазм), а інші – з пригніченістю (депресія, смуток).

Афективні стани мають тенденцію до накопичення і можуть привести до[91, с. 185]:

- невмотивованої тривожності (почуття тривоги без очевидної зовнішньої причини);
- фрустрації (постійне відчуття незадоволення від того, що потреби чи бажання залишаються нереалізованими);
- емоційних вибухів (емоційна енергія досягає критичної межі, можливі різкі та бурхливі реакції, що можуть бути небезпечними для оточуючих і самої людини)[74, с. 61].

Дезорганізуючі емоційні стани є серйозним психологічним чинником, що негативно впливає на функціонування особистості. Вони проявляються через часті та тривалі негативні емоційні стани, що перешкоджають нормальному психічному та фізичному функціонуванню. Дисфункціональний стереотип емоційної поведінки стає домінантним і суттєво впливає на всі сфери життя людини.

У дослідженнях афективних переживань терміни "афект", "настрій" і "емоція" часто використовуються як синоніми[74, с. 59]. Афект охоплює як настрої, так і емоційні стани. Настрій є довготривалим та менш інтенсивним, тоді як емоція є короткочасною реакцією на зовнішній стимул. Афективні стани також можуть бути позитивними чи негативними, активними чи деактивованими, залежно від їх впливу на збудження[89, с. 403].

Отже, обрані нами методики відповідають вимогам надійності, стандартизації, валідності, співвідносяться з метою роботи та завданнями

дослідження адаптації комбатантів України. Означена вибіркова сукупність, підібраний та охарактеризований психодіагностичний інструментарій дають змогу перейти до наступної частини нашого дослідження – проведення констатувального зрізу із подальшим аналізом його кількісних та якісних характеристик.

2.2. Організація та проведення констатувального зрізу

Організація та проведення констатувального зрізу є важливим етапом дослідження, метою якого є визначення вихідного рівня знань, умінь, навичок чи інших характеристик об'єкта дослідження. Цей зріз допомагає встановити початковий стан досліджуваного явища та є основою для подальшого аналізу та оцінки впливу експерименту чи впровадження змін.

У даному дослідженні успішної адаптації комбатантів після повернення до цивільних умов життя проводимо зріз емоційної сфери особистості, яка ґрунтується на наступних показниках: рівні тривожності, невротизації та психопатизації, афективна поведінка та їх негативний вплив на людину. Отож наступним етапом стало більш детальне вивчення змістовних компонентів емоційної сфери. Констатувальний зріз є базою для подальшої роботи в дослідженні, дозволяючи нам визначити точки впливу та ефективно організувати корекційні та консультативні заходи.

У констатувальному етапі дослідження взяли участь 50 респондентів віком від 21 до 58 років метою якого було дослідити особливості емоційного стану комбатантів після повернення із зони бойових дій.

За допомогою першої методики, Шкали тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A), вивчався рівень тривоги респондентів в розрізі критеріїв. Респондентам пропонувалося оцінити 14 критеріїв свого стану від 0 до 4, де 0 – відсутність симптомів, 1 – незначні симптоми, 2 – помірні симптоми, 3 – виражені симптоми, 4 – дуже виражені симптоми.

Розглядаючи дані таблиці (Додаток Г) можна визначити, що легкого ступеню тривожності немає у жодного, в одній особі ступінь тривожності від

легкої до помірної, 18 комбатантів мають ступінь тривожності від помірної до важкої, і 31 особа має сильне занепокоєння. Цей показник склав 62% від загальної кількості респондентів (Рис.2.1).

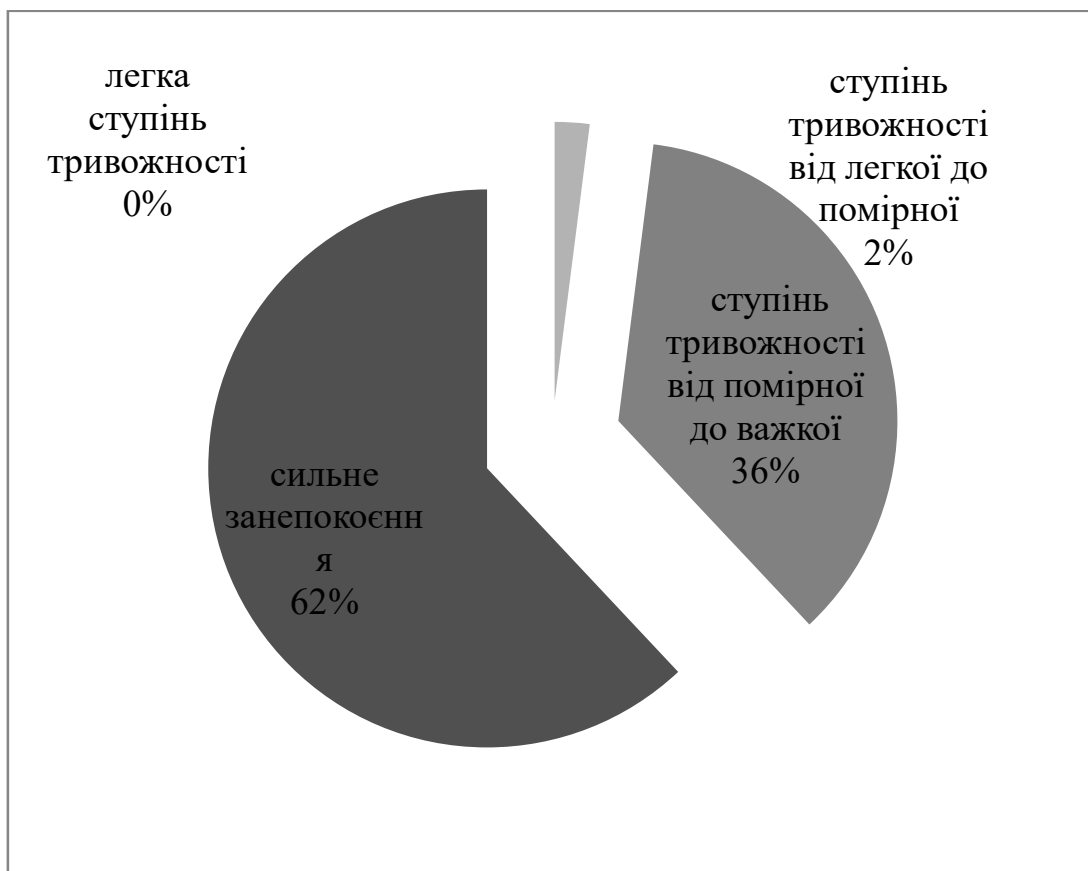


Рис. 2.1. Результати діагностики шкали тривоги Гамільтона за кількістю опитуваних.

Аналіз отриманих даних показує, що по середньому арифметичному найбільше балів досліджувані набрали в таких критеріях: психічна тривога – 3,1 бали (відчуття напруження, неспокою, внутрішнього страху або дратівливості, суб'єктивне відчуття тривожності), когнітивні функції – 2,8 балів (зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, відчуття сплутаності думок, депресивні симптоми – 2,9 балів (підвищена емоційність, апатія, відчуття безнадії або депресивний настрій) (Рис. 2.2).

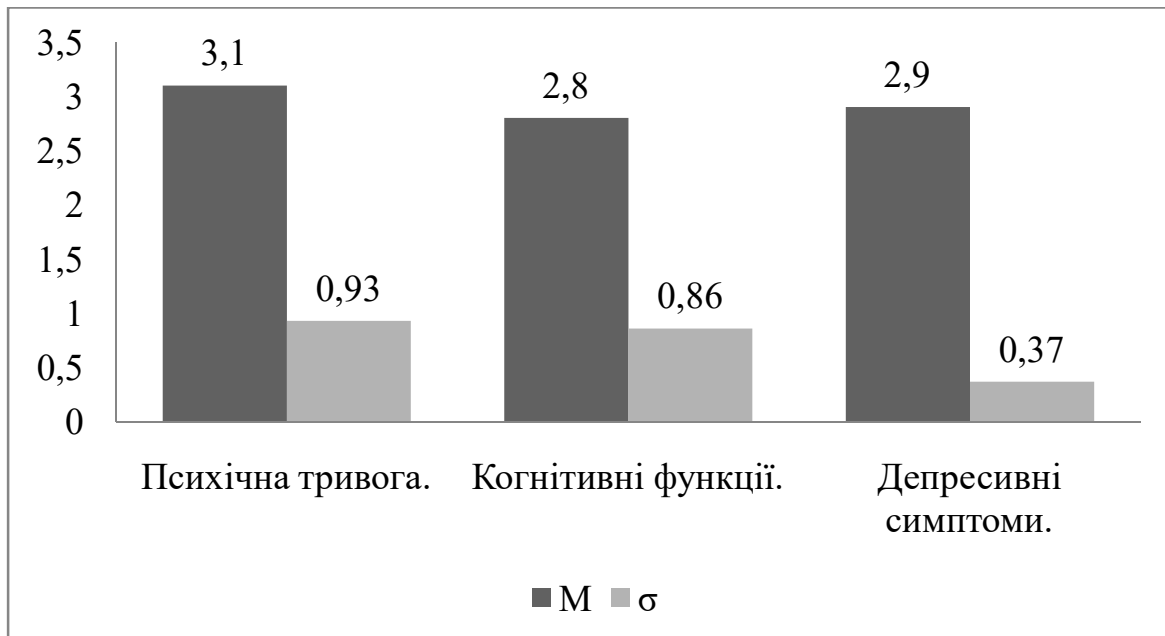


Рис. 2.2. Показники середніх значень рівня тривоги (три критерії, що набрали найбільше значення) попереднього зрізу за шкалою Гамільтона (N=50)

N – кількість відповідей

M – середній результат по шкалам

σ – середнє квадратичне відхилення (сігма)

Отримані результати попереднього зрізу такі: 98% учасників мають високий або значний рівень тривоги, що вказує на серйозну проблему. 62% демонструють найвищий рівень тривожності, що свідчить про необхідність активних втручань.

Такий високий рівень тривоги може суттєво ускладнювати процеси соціальної та психологічної адаптації, що вимагає впровадження спеціальних програм підтримки комбатантів. Результати тестування за Шкалою тривоги Гамільтона вказують на наявність серйозних проблем із тривожними розладами серед учасників дослідження. Загалом, результати свідчать про високу потребу в психологічній підтримці для роботи з тривожністю.

За наступною методикою (Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації) проводимо інтегральну діагностику патопсихологічних

відхилень, що об'єднуються у формі синдромів невротизації та психопатизації. Опитувальник містить 90 тверджень.

За результатами опитувальника, було виявлено високий рівень і невротизації і психопатизації (Рис. 2.3).

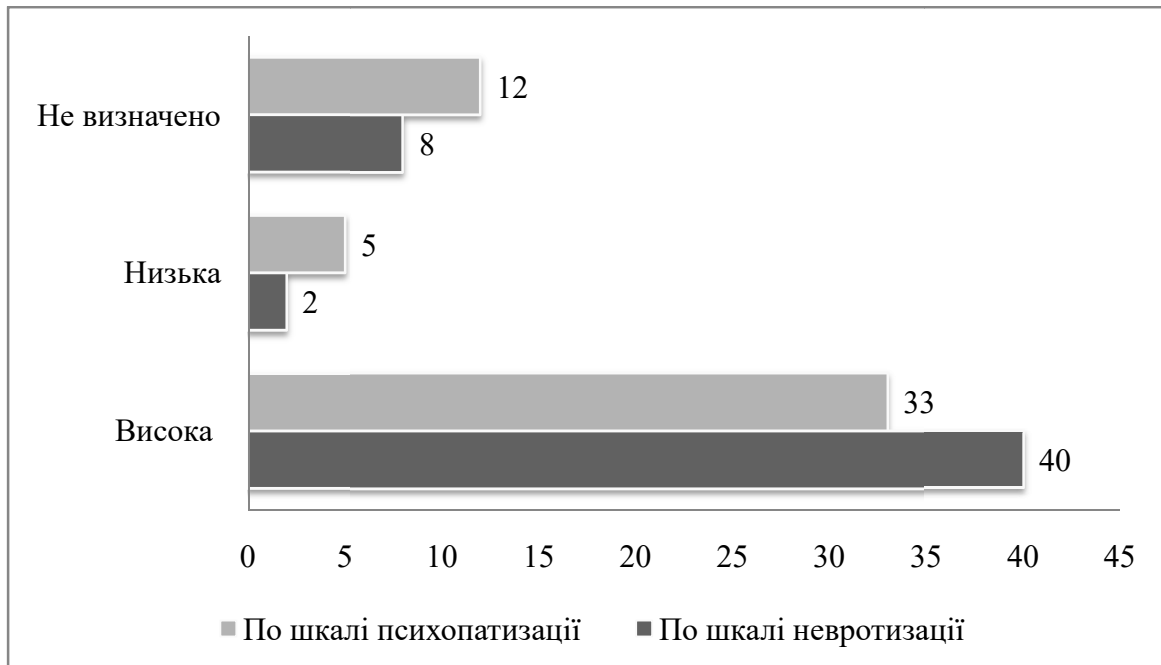


Рис. 2.3. Результати аналізу даних опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (Є.Ф. Бажин, Н.Б. Ласко, А.У. Тархан) за кількістю опитуваних

Аналіз даних опитувальника дав наступний розподіл за рівнем невротизації та психопатизації серед опитаних:

1) Невротизація: 40 осіб (80%) мають високий рівень невротизації, що вказує на значну емоційну нестабільність, тривожність і схильність до стресових станів, 8 осіб (16%) мають невизначений рівень невротизації, що може свідчити про проміжний стан або недостатність даних для однозначного висновку, 2 особи (4%) мають низький рівень невротизації, що свідчить про емоційну стійкість та здатність контролювати свої емоції. Наглядно у відсотковому співвідношенні за кількістю опитуваних респондентів (Рис. 2.4.).

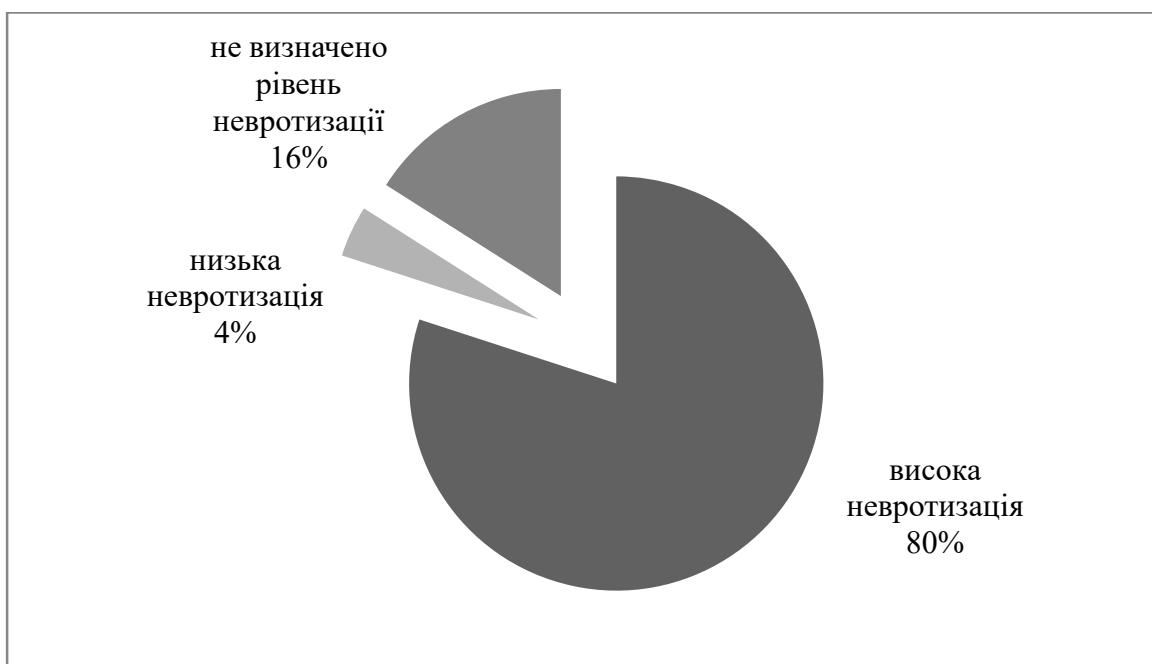


Рис. 2.4. Результати кількості опитуваних у відсотках за даними опитувальника визначення рівня невротизації

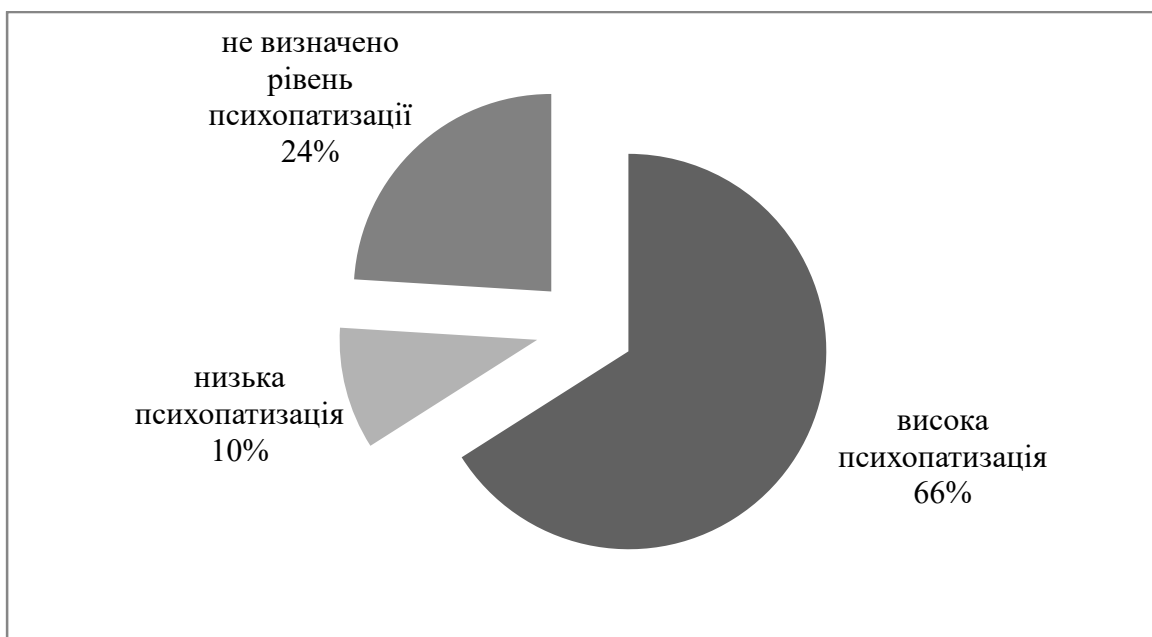


Рис. 2.5. Результати кількості опитуваних у відсотках за даними опитувальника визначення рівня психопатизації

2) Психопатизація: 33 особи (66%) виявили високий рівень психопатизації, що свідчить про тенденцію до девіантної поведінки, емоційної жорсткості, імпульсивності та можливих порушень соціальних норм, 12 осіб (24%) мають невизначений рівень психопатизації, що може

свідчити про нестабільний стан або необхідність додаткової діагностики, 5 осіб (10%) мають низький рівень психопатизації, що вказує на відповідність соціальним нормам і емоційну регуляцію без схильності до девіантної поведінки. Наглядно у відсотковому співвідношенні за кількістю опитуваних респондентів (Рис. 2.5).

Більшість опитаних демонструють високий рівень як невротизації, так і психопатизації, що є тривожним сигналом щодо їхнього психоемоційного стану. Такий рівень емоційної нестабільності може проявлятися у вигляді підвищеної тривожності, дратівливості, агресивності, схильності до ризикованих або антисоціальних дій. Це свідчить про значні труднощі в адаптації до цивільного життя та можливу потребу в психологічній або психіатричній допомозі.

Високі показники психопатизації можуть вказувати на зниження емпатії, проблеми з контролем імпульсів і схильність до порушення соціальних норм. У контексті адаптації комбатантів, це може бути пов'язано з впливом пережитих травм, втрат та екстремальних умов військової служби. Така поведінка може спричиняти конфлікти в сім'ї, трудових колективах і ширшому соціальному середовищі.

У той же час невелика частка людей із низькими показниками невротизації та психопатизації вказує на наявність емоційно стабільних осіб, які здатні до адекватної соціальної взаємодії. Ці люди, ймовірно, володіють стійкими адаптаційними механізмами, які допомагають їм подолати стрес і зберігати соціальну функціональність навіть у складних умовах. Їхня поведінка характеризується раціональністю, виваженістю та здатністю встановлювати та підтримувати здорові міжособистісні стосунки.

Загалом, високі показники тривожності й емоційної дезорганізації свідчать про необхідність індивідуальної психологічної допомоги та корекційних заходів для зменшення рівня тривожності та відхилень у поведінці.

У ході проведення дослідження за третьою методикою експрес-діагностики схильності до афективної поведінки В. В. Бойка комбатантам необхідно було відповісти "так" або "ні" на 11 питань. Дана діагностика показала такі результати: середнє арифметичне балів складає 7,64, що означає переважно середній рівень схильності до афективний станів, який мають 43 опитуваних, високий у 7 комбатантів, а низьких показників немає взагалі (Рис.2.6).

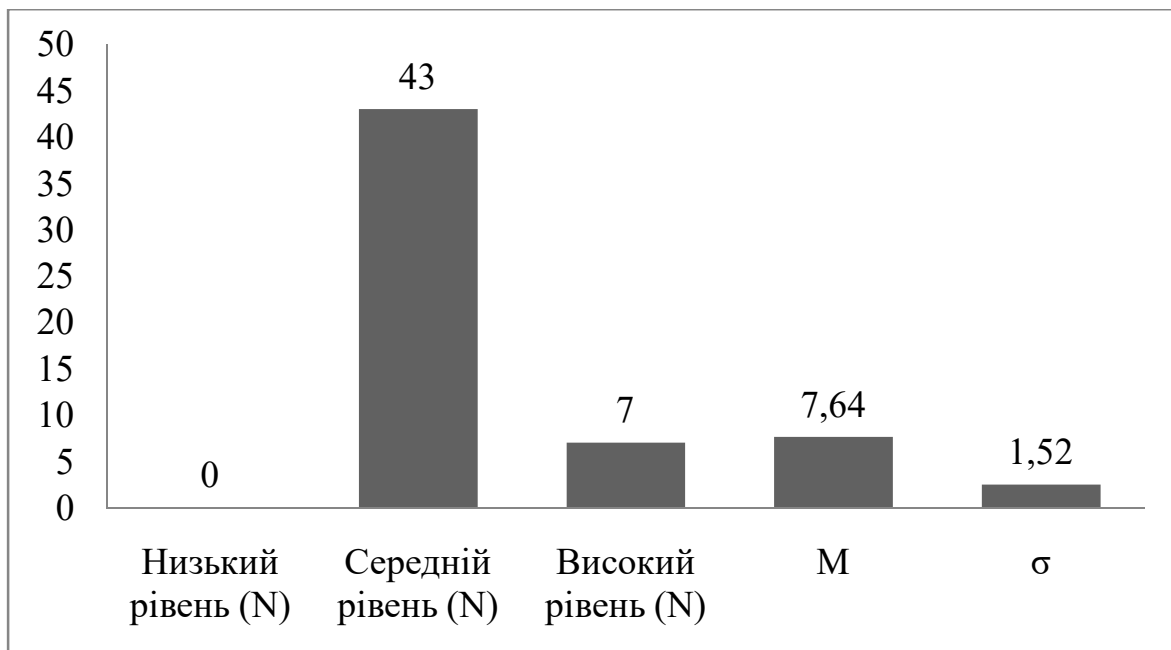


Рис. 2.6. Результати проведеного попереднього зрізу за експрес-діагностикою схильності до афективної поведінки В. В. Бойка (N=50)

N – кількість відповідей

M – середній результат по шкалам

σ – середнє квадратичне відхилення (сігма).

При цьому, як зазначено у таблиці Додатку Е, бали різняться від 4 до 11. Докладніше, чотири респонденти набрали по 5 балів, п'ять осіб набрали по 6 балів, сімнадцять комбатантів набрали по 7 балів, тринадцять осіб набрали по 8 балів, ще дві четвірки – по 9 і 10 балів, і у трьох – 11 балів. Також результати тесту на дослідження схильності до афективної поведінки

можна побачити у відсотковому співвідношенні за кількістю опитуваних респондентів (Рис. 2.7).

Отже, результати попереднього зрізу такі: досліджувані мають здебільшого середній рівень схильності до афективної поведінки, що свідчить про середній прояв частих та відносно тривалих переживань бурхливих та погано керованих емоцій.

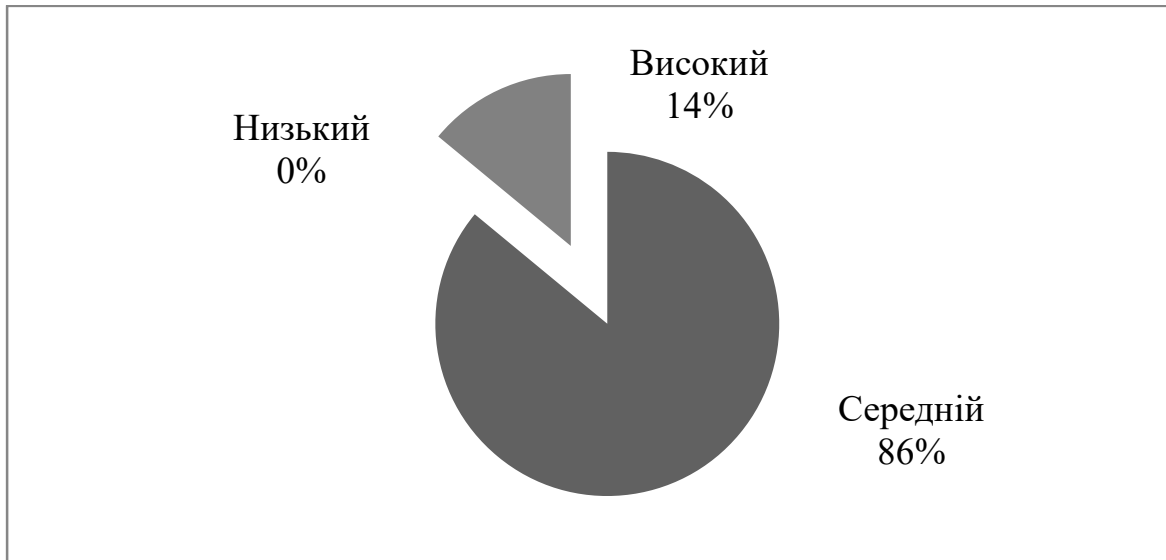


Рис. 2.7. Результати кількості опитуваних у відсотках за експрес-діагностикою схильності до афективної поведінки В. В. Бойка

Афективна поведінка – це прояв психічної активності особистості, що виникає під впливом її емоційних переживань і виражається через конкретні дії та вчинки. Вона охоплює широкий спектр емоційно зумовлених реакцій, таких як прояви радості, гніву, смутку, страху, агресії або інших емоцій. Ця поведінка формується в результаті взаємодії комбатанта з оточенням і ситуаціями, що викликають емоційний відгук, та демонструє, як емоції впливають на спосіб, у який він реагує в різних умовах. Вона може включати як вербальні, так і невербальні прояви емоцій, а також конкретні дії, спрямовані на регуляцію адаптації[15, с. 114].

Афективна поведінка пов'язана з тим, як емоції, настрої та почуття впливають на поведінку комбатантів і їхні дії. Вона відображає, як емоційні стани впливають на їхню взаємодію з навколишнім середовищем. Загалом,

афективна поведінка є важливим елементом людської психології, оскільки вона визначає, як людина сприймає світ і діє в повсякденному житті[15, с. 116].

В підсумку, аналізуючи та узагальнюючи всі результати на цьому етапі дослідження, ми можемо зазначити, що до проведення адаптивної програми, комбатантам характерний середній рівень схильності до афективної поведінки, але високі рівні невмотивованої тривожності, високі показники психопатизації та невротизації. Таким чином, отримані дані дають змогу перейти до апробації розробленої адаптивної програми та опису її результатів.

2.3. Процесуальні аспекти психологічної програми корекції

На цьому етапі нашого дослідження було розроблено корекційну програму в форматі тренінгових занять, оскільки досвід роботи в групі надає чудові можливості для спілкування, обміну інформації і переживаннями та практики нової поведінки у безпечному середовищі.

Ветерани можуть спілкуватися в групах, де активно обговорюють травматичні переживання, що може як допомагати в реабілітації через взаємну підтримку. Для людей важливо бути частиною групи, яка розуміє, через що вони проходять і стикалася з подібними проблемами, це допомагає учасникам бачити, що вони не самотні, і що страждання є універсальними. Групові зустрічі дають людям шанс практикувати альтруїзм, індивіди можуть спостерігати та наслідувати або моделювати позитивну та корисну поведінку по відношенню до інших[17, с. 15]. Взаємодія з тренером та іншими членами групи і отримання зворотного зв'язку може допомогти особі дізнатися більше про себе. Сеанси групового заняття можуть сприяти спільному почуттю приналежності та прийняття один одного. Відкрите обговорення своїх почуттів і емоцій допомагає полегшити біль, зменшити провину та стрес[17, с. 20]. Хоча тренінги надають керівництво і підтримку через

групову динаміку, вони також допомагають учасникам усвідомити, що кожен несе відповідальність за свої дії та їхні наслідки[10, с. 86].

Метою психологічної корекційної програми є успішна адаптація комбатантів до цивільного життя через покращення психоемоційного стану досліджуваних.

Завдання корекційної програми – розвинути емоційний інтелект комбатантів, поліпшити їх психоемоційний стан та пропрацювати негативні стани. А саме поглибити розуміння внутрішнього світу емоцій, вдосконалити навички емоційного регулювання та покращити якість взаємодії з оточуючим середовищем. А також дізнатися, як емоції природно пов'язані з іншими аспектами людської емоційності, такими як потреби, бажання та думки [8, с. 74]. Дослідити, що потрібно для того, щоб відчувати мир у контакті з емоціями та почуттями в період воєнного стану і який вплив на це можуть зробити самі комбатанти.

Було проведено 8 тренінгових зустрічей онлайн з використанням платформи Zoom, тривалістю приблизно 1–1,5 години, об'єднаних основною метою дослідження і проводилися з інтервальністю 2 рази на тиждень.

Корекційна програма включає теоретичну та практичну частини з використанням таких тем: світ емоцій та почуттів, вплив стресу на психоемоційну сферу особистості, гнів та агресія, страх і тривога, образа, провина і сором, вплив емоційного вигорання на особистість, особистий ресурс та моя внутрішня опора, а також за бажанням студентів – мотивація та постановка цілей [9, 10, 76].

Корекційну програму розроблено за таким алгоритмом:

- визначено мету корекційної програми;
- прописано перелік задач, які виражають цілі корекційної роботи;
- обрано методологію і зміст програми;
- підібрано стратегію і тактику проведення корекційної програми;
- обрано групову форму роботи;
- знайдено вправи і техніки для групових зустрічей;

- обдумано загальний час на реалізацію усієї корекційної роботи;
- обрано частоту необхідних зустрічей, а саме 2 рази на тиждень;
- визначено тривалість кожного тренінгового заняття (1 – 1,5 години);
- розроблено корекційну програму і визначено зміст цих занять;
- врахування та відстеження розвитку корекційних заходів, можливість внесення доповнень та виправлень у програму відповідно до змін;
- підготовлено необхідні ресурси та устаткування для провадження запланованих групових зустрічей.

Програма передбачає такі методи її проведення: короткий теоретичний огляд, групова дискусія, рефлексія, психологічні техніки з використанням ізотерапії, дихальні практики, медитації та релаксації, використання афоризмів, а також адаптування роботи з метафоричними асоціативними картами під онлайнрежим.

Процедура проведення програми, яка має свої змістовні та процесуальні характеристики, така: початок заняття, а саме знайомство або привітання, вступне слово відповідно до обраної теми групового заняття, обговорення правил групи, рефлексія на завершення кожної тренінгової зустрічі.

Правила групи до кожної розробленої програми включають: обов'язкову конфіденційність, що ніяка інформація не вийде за межі заняття, взаємоповагу один до одного, обговорювати саму дію, без критики особи, не перебивати та говорити від свого імені, брати участь у виконанні завдань добровільно.

Тренінгове заняття 1. «Від емоцій до почуттів».

Мета заняття – створення дружної атмосфери для спілкування та встановлення емоційного контакту. Розширити знання комбатантів для розуміння та управління своїми емоціями і почуттями, створити усвідомленість щодо впливу емоцій на психічний стан та поведінку. Надати учасникам інструменти для розвитку емоційного інтелекту, покращення

міжособистісних відносин та досягнення особистого і професійного зростання.

Завдання:

1. Розкрити різноманітні аспекти емоцій та почуттів.
2. Визначити важливість усвідомленості власних емоцій для забезпечення психічного благополуччя.
3. Навчити прийомам регулювання емоцій та реакцій на стресові ситуації.
4. Розвинути навички емпатії та сприяти розумінню емоцій інших людей.
5. Створити атмосферу відкритості та взаємопідтримки серед учасників.

Матеріали та обладнання: папір, ручки та олівці/фломастери.

Час проведення: 1 година 30 хвилин.

Місце проведення: онлайн за допомогою платформи Zoom.

Структура корекційної програми:

- 1) Вступне слово, знайомство з учасниками групи за допомогою вправи «Якщо я погода то яка?» та обговорення правил.
- 2) Теоретичний блок. Робота з термінами «Що таке емоції і почуття», а саме їх значення та види, і метод «Асоціативний куш».
- 3) Основна частина:
 - Вправа «Карта тіла почуттів» де потрібно розмалювати чоловічка різними кольорами які відповідають за певні емоції та почуття, направлена на знайомство з емоційними станами та де вони знаходяться в нашому тілі.
 - Вправа «Зірка почуттів»: учасникам необхідно намалювати коло і розділити його на 8 секцій, де прописуються спочатку 4 негативні емоції та почуття, а на протилежній стороні пишуться їх антоніми, направлена на роботу з негативними почуттями та переключення уваги на позитивні.
 - Вправа «Позитивне мислення» для зміни негативних автоматичних думок на позитивні, оскільки позитивне мислення знижує емоційне

напруження (згадати 5 своїх маленьких досягнень, похвалити себе за ці досягнення).

– Вправа «Таємний тапінг», яка направлена на саморегуляцію в стресовій ситуації (Визначаємо рівень інтенсивності емоції, зокрема гніву, за шкалою від 0 до 10, де 0 – це відсутність проблеми, а 10 – найвищий рівень. Почніть постукувати пальцями по певних точках тіла: край долоні (точка «Карате»), внутрішній кут брови, зовнішній кут ока, під оком, під носом, підборіддя, ключична зона, під пахвою. Під час постукування повторюйте позитивне твердження, наприклад: «Незважаючи на те, що я відчуваю гнів, я приймаю себе таким, як є». Ви маєте відчути, що рівень емоції знижується.)

4) Завершення та проведення рефлексії, обговорення наступних питань:

- Як ви себе зараз відчуваєте?
- Що вам сподобалося сьогодні?
- Яка тепер я погода?

Тренінгове заняття 2. «Вплив стресу на адаптивні навички особистості».

Мета заняття – розширити розуміння впливу стресу на психічне здоров'я та емоційний стан особистості, надати учасникам знання та навички для ефективного управління стресом та підвищення рівня психологічної адаптивності.

Завдання:

1. Вивчення фізіології та психології стресу.
2. Розкриття емоційних та психічних реакцій на стресові ситуації.
3. Дослідження можливих наслідків тривалого стресу на психічне здоров'я.
4. Навчання технік релаксації та медитації для зниження стресового рівня.
5. Розробка стратегій задля управління стресом.

6. Впровадження прийомів для підвищення внутрішньої стійкості до стресу.

Матеріали та обладнання: папір, ручки, та олівці/фломастери.

Час проведення: 1 година 20 хвилин.

Місце проведення: онлайн за допомогою платформи Zoom.

Структура корекційної програми:

1) Вступне слово, привітання учасників групи за допомогою вправи «Колір мого настрою» та обговорення правил.

2) Теоретичний блок, робота з термінами, а саме що таке стрес, його види та специфіка впливу на людину, а також розмова про те як справлятися зі стресом.

3) Основна частина:

– Вправа «Дихання по квадрату» для стабілізації свого стану в стресовій ситуації (вдих на 4 секунди, затримка на 4 секунди, видих на 4 секунди, затримка на 4 секунди. Повторюйте кілька циклів.).

– Вправа «Заземлення» для заземлення та самодопомоги. (використовується правило 5-4-3-2-1: назвіть 5 предметів, які бачите, 4 звуки, які чуєте, 3 речі, які відчуваєте, 2 запахи, які відчуваєте, і 1 смак. Це допомагає повернутися в момент «тут і зараз»).

– Вправа «Візуалізація»: уявіть спокійне місце, яке асоціюється у вас з відчуттям безпеки та спокою. Детально уявіть кольори, звуки, запахи цього місця, залишаючись там подумки кілька хвилин.

– Вправа «Настрій» з використанням ізотерапії, де потрібно уявити негативну ситуацію та перенести її на папір, на зворотній стороні написати свої переживання, після чого порвати аркуш.

– Вправа «Світлофор» з використанням ізотерапії, де пропонується намалювати проблему червоним кольором, жовтим - план для її вирішення, а зеленим - що станеться коли складений план втілиться в життя.

– Вправа «Метод прогресивної м'язової релаксації» для розслаблення різних груп м'язів по всьому тілу (напружування різних груп м'язів на 5-10

секунд, потім повністю розслабляючи їх. Починати з ніг і поступово піднятися до голови.).

4) Завершення та проведення рефлексії, обговорення наступних питань:

- Як ви себе зараз відчуваєте?
- Що вам сподобалося сьогодні?
- Який колір настрою?

Тренінгове заняття 3. «Гнів та агресія в житті».

Мета заняття – розвиток свідомості учасників щодо власних негативних емоцій, навчання ефективним та конструктивним стратегіям управління гнівом та агресією, підвищення освіченості про їхні причини та наслідки, а також покращення міжособистісних відносин.

Завдання:

1. Аналізувати фізіологію та психологію гніву та агресії.
2. Зрозуміти їхню природу та вплив на поведінку.
3. Навчання ефективним технікам саморегуляції та заспокоєння під час виникнення гніву.
4. Закріпити навички для покращення якості взаємодії та створення позитивного середовища.
5. Використати техніки релаксації, такі як дихальні вправи або медитації для зменшення напруги.

Матеріали та обладнання: папір, ручки та олівці/фломастери.

Час проведення: 1 година 30 хвилин.

Місце проведення: онлайн за допомогою платформи Zoom.

Структура корекційної програми:

- 1) Вступне слово, привітання учасників групи за допомогою вправи «Якщо я тваринка то яка?», обговорення правил.
- 2) Теоретичний блок, робота з термінами, а саме що таке гнів та агресія.
- 3) Основна частина:

– Вправа «Відреагування почуттів. Мій гнів» де потрібно згадати ситуацію що викликає гнів, та втілити їх на аркуші паперу за допомогою олівця. Обговорення емоцій, що викликала вправа.

– Вправа «Надування повітряної кульки», яка є дихальною практикою (покласти руки на живіт під ребра, глибоко вдихнути, потім повільно видихнути так, щоб руки розійшлися в сторони, повторити 4-5 разів).

– Вправа «Лист гніву», де комбатантам необхідно висловити всі свої пригнічені емоції та почуття до певної особи чи ситуації за принципом завершення незакінчених речень.

– Вправа «Материки» за допомогою ізотерапії, для роботи з особистими кордонами у міжособистісному спілкуванні (малюється уявний материк, дається назва йому, описується фауна, даються імена (за бажанням), придумується історія кожному, описуються правила поведінки на материках (жорсткі чи гнучкі); уявляється ще один такий материк з жителями, тепер уявляються межі свого материка (вони прозорі, жорсткі і відчутні?), якби ваш материк зустрівся в океані з іншим материком, як би відбувалося спілкування їхніх мешканців? Вони б намагалися завоювати один одного, або шукали б шляхи взаємодії? Які способи це могли б бути?).

– Вправа «Чотири стихії», а саме візуалізація та релаксація (використовуються образи чотирьох природних елементів (вода, вогонь/світло, повітря, земля) для досягнення стану глибокого розслаблення та внутрішньої гармонії).

4) Завершення та проведення рефлексії, обговорення наступних питань:

- Як ви себе зараз почуваете?
- Що вам сподобалося сьогодні?

Тренінгове заняття 4. «Я не камінь: страхи та тривоги».

Мета заняття – розвиток навичок управління страхом і тривогою, збільшення свідомості про власні емоції та їхні впливи на поведінку, а також

надання учасникам інструментів для зниження рівня тривоги та покращення загального психічного благополуччя.

Завдання:

1. Дослідити природу та роль страху в житті комбатанта.
2. Визначити види тривоги та їх вплив на емоційний стан учасників.
3. Сприяти усвідомленню власних страхів та тривог.
4. Вивчити техніки релаксації та дихальних вправ для зниження рівня страху та тривоги.
5. Розвинути навички спостереження за власним емоційним станом.
6. Сприяти обміну досвідом та підтримці в групі.
7. Визначити особисті стратегії управління страхом та тривогою.

Матеріали та обладнання: папір, ручки та олівці/фломастери.

Час проведення: 1 година 30 хвилин.

Місце проведення: онлайн за допомогою платформи Zoom.

Структура корекційної програми:

- 1) Вступне слово, привітання учасників групи за допомогою вправи «Колір мого настрою» і «Чого я боюся?» та обговорення правил.
- 2) Теоретичний блок, робота з термінами, а саме що таке страх і тривога, їх види та прояви, поняття вікна толерантності.
- 3) Основна частина:

– Вправа «Робота зі страхами» де потрібно написати та проаналізувати всі свої страхи на ірраціональність (Напишіть список своїх страхів. Постарайтесь виписати всі страхи, які вас турбують на даний момент, навіть якщо вони здаються дріб'язковими або нелогічними. Проаналізуйте кожен страх за допомогою таких запитань: наскільки цей страх реалістичний? (Чи дійсно є загроза?) Чи траплялося щось подібне в минулому? Якщо так, як ви впоралися? Що найгірше може статися?/Наскільки це ймовірно? Що ви можете зробити, якщо страх справдиться?/Як би ви діяли? Чи є цей страх ірраціональним або перебільшеним? Далі оцініть інтенсивність кожного страху за шкалою від 1 до 10 (де 1 – це мінімальна тривожність, а 10 –

максимальна). Визначте, які з цих страхів ірраціональні. Напишіть, чому вони є такими. Можливо, деякі з них не мають реальної основи або є лише вашими уявленнями про майбутнє. Сформулюйте альтернативні думки для кожного страху).

– Вправа «Безпечне місце», де необхідно намалювати своє місце гармонії та комфорту, щоб створити почуття внутрішньої опори.

– Вправа «Біла кімната» для роботи з негативними думками, а саме знайомство з ними, аналіз та відпускання (Займіть зручну позу. Сядьте або ляжте так, щоб вам було комфортно. Закрийте очі та розслабте тіло, відчуйте його вагу. Уявіть білу кімнату. Уявіть просторе світле приміщення з білими стінами, стелею та підлогою. У цій кімнаті немає зайвих предметів, вона абсолютно порожня, але випромінює тепло і затишок. Відчуйте простір. Уявіть, що ця кімната – ваш особистий простір, де ви абсолютно захищені. Тут немає ніяких загроз або стресових факторів, тільки спокій і чистота. Насолоджуйтесь відчуттям спокою. Уявіть, що повітря в кімнаті наповнене світлом і спокоєм, які повільно заповнюють ваше тіло. Вдихаючи це повітря, ви відчуваєте, як ваші страхи, напруга та тривоги зникають. Ви можете уявити, що ходите по кімнаті, сідаєте або просто спостерігаєте за її білими стінами, насолоджуючись тишею і спокоєм. Поступово повертайтеся до реальності. Коли відчуєте себе спокійно, повільно відкрийте очі, поверніться до навколишнього світу, зберігаючи відчуття спокою).

– Вправа «Метелик» для стабілізації свого стану в стресовій ситуації (Займіть спокійну позу, сідаючи або стоячи, щоб було комфортно. Перехрестіть руки. Покладіть руки на груди так, щоб пальці обох рук торкалися плечей або ключиць, утворюючи форму крил метелика. Почніть легке постукування. Почергово стукайте кінчиками пальців по плечах або грудях, імітуючи рух крил метелика. Постукування має бути м'яким, розслабленим і комфортним. Дихайте глибоко. Одночасно з постукуванням зосередьтеся на диханні – вдихайте повільно і глибоко через ніс, а видихайте через рот. Сповільніть своє дихання і намагайтеся зосередитися на відчутті

спокою. Сконцентруйте на відчуттях. Під час виконання вправи звертайте увагу на свої емоції, думки і фізичні відчуття. Уявіть, що кожне постукування допомагає вам відпустити тривоги і напругу. Продовжуйте до заспокоєння. Виконуйте постукування до тих пір, поки не відчуете полегшення або зниження рівня тривоги. Це може зайняти кілька хвилин.).

– Вправа «Аналітична», яка полягає в пошуку альтернативних тверджень тривожним думкам (Напишіть або сформулюйте чітко тривожну або негативну думку, яка викликає занепокоєння. Задайте собі кілька запитань для аналізу: Чи є конкретні докази, що підтверджують цю думку? Чи можливо, що ця думка перебільшена або занадто узагальнена? Чи була подібна ситуація раніше? Які тоді були наслідки? Спробуйте знайти раціональні, альтернативні думки, які можуть замінити тривожні. Наприклад, якщо ви думаєте: «Я завжди провалюю важливі справи», альтернативне твердження може бути: «Були ситуації, коли я досягав успіху, і цього разу я також зроблю все можливе». Оцініть, наскільки реалістичною є нова думка. Спробуйте знайти докази того, що вона правильніша або корисніша за початкову тривожну. Після аналізу тривожної думки і пошуку альтернативи, прийміть нову думку як більш реалістичну та конструктивну).

– Вправа «Діалог із собою» з метою екстреної самодопомоги (Особа уявляє в себе дві половинки. Одна сторона може говорити про свої тривоги, страхи або проблеми, інша – відповідати раціональними аргументами або пропонувати підтримку. Наприклад: страх: «Я не зможу з цим впоратися», раціональність: «Я вже раніше справлявся з подібними ситуаціями, і цього разу мені теж це вдасться»).

4) Завершення та проведення рефлексії, обговорення наступних питань:

- Як ви себе зараз почуваєте?
- Чи змінився колір настрою?
- Що вам сподобалося сьогодні?

Тренінгове заняття 5. «Образа, провина та сором».

Мета заняття – покращити розуміння комбатантів власних емоційних реакцій на образу, провину та сором. Надати їм інструменти для конструктивної взаємодії з цими емоціями та подолання негативних впливів.

Завдання:

1. Розкрити та обговорити основні емоцій, пов'язаних з образою, провиною та соромом.
2. Зрозуміти взаємозв'язок цих емоцій із психологічним благополуччям.
3. Розробити ефективні стратегії для подолання образи, провини та сорому.
4. Навчити технікам саморегуляції та підтримки психічного здоров'я.
5. Отримати навички конструктивної комунікації для уникнення негативних впливів образи, провини та сорому на взаємодію з іншими.

Матеріали та обладнання: папір, ручки та олівці/фломастери.

Час проведення: 1 година 30 хвилин.

Місце проведення: онлайн за допомогою платформи Zoom.

Структура корекційної програми:

- 1) Вступне слово, привітання учасників групи за допомогою вправи «Яка я сьогодні погода?» і «Що мене може образити?» та обговорення правил.
- 2) Теоретичний блок, робота з термінами, а саме що таке образа, провина і сором, їх прояви.
- 3) Основна частина:
 - Вправа «Адвокат», де комбатантам потрібно уявити що вони стали своїми адвокатами, яким потрібно довести свою невинність в певній ситуації (Обери конкретну подію або проблему, яка викликає почуття провини, сорому чи невпевненості. Уяви, що тобі потрібно довести свою невинність або виправдати свої дії в цій ситуації. Аргументуй, чому твої дії були виправдані або чому ти не повинен себе звинувачувати).

– Вправа «Віддам біль на папері», з використанням ізотерапії, де потрібно намалювати свій біль та олівцями перетворити її в щось інше.

– Вправа «Дихання на зворотний рахунок», яка застосовується для того, щоб заспокоїтися та почати контролювати себе (Сядь або ляж, розслабся. Повільно вдихай, рахуючи від 5 до 1. На кожен рахунок – один глибокий вдих. Також видихай повільно, рахуючи у зворотному порядку від 5 до 1).

– Вправа «Робота з ім'ям», задля відчуття ідентичності, що розвивається під впливом оточення (запиши своє ім'я на аркуші паперу, які емоції та думки воно викликає, що означає для тебе, запитай себе, як оточення (сім'я, друзі, суспільство) вплинуло на сприйняття цього імені, як твоє ім'я відображає твою особистість і як оточення вплинуло на твій розвиток).

– Техніка «Усвідомлення тіла» на заземлення, щоб переключити увагу на відчуття тіла та закоритися в теперішньому моменті (Сядьте або ляжте зручно, закрийте очі. Сконцентруйтеся на своїх ногах, відчуйте, як вони торкаються підлоги чи поверхні. Пройдіться думками по всьому тілу, фіксуючи відчуття в кожній його частині. Повільно вдихайте і видихайте, усвідомлюючи кожний дотик тіла з поверхнею, відчуття напруги або розслаблення).

4) Завершення та проведення рефлексії, обговорення наступних питань:

- Як ви себе зараз відчуваєте?
- Що вам сподобалося сьогодні?
- Чи змінилася я-погода?

Тренінгове заняття 6. «Вплив емоційного вигорання на особистість».

Мета заняття – визначити вплив емоційного вигорання на психічне здоров'я та якість життя особистості, дослідити профілактику та подолання емоційного вигорання учасників групи.

Завдання:

1. Дослідити та визначити поняття емоційного вигорання.
2. Проаналізувати симптоми та фактори, що спричиняють емоційне вигорання.
3. Визначити способи профілактики емоційного вигорання в особистому та професійному житті.
4. Навчити ефективним технікам самопідтримки та відновлення емоційного балансу.
5. Використати практики, які сприяють релаксації та відновленню енергії.
6. Підтримати комунікації та взаємодії в групі.

Матеріали та обладнання: папір, ручки та олівці/фломастери.

Час проведення: 1 година 20 хвилин.

Місце проведення: онлайн за допомогою платформи Zoom.

Структура корекційної програми:

1) Вступне слово, привітання учасників групи за допомогою вправи «Колір мого настрою» і «Хто я?», беручи до уваги риси характеру, хобі та переживання та обговорення правил.

2) Теоретичний блок, робота з термінами, а саме що таке синдром емоційного вигорання, його прояви та види.

3) Основна частина:

– Вправа «Колесо життєвого балансу». (Учасники мають намалювати коло і розділити його на 8 секторів, які будуть відповідати за різні сфери життя. Потім за 10-бальною шкалою оцінюється прояв кожного сектору, в підсумку визначаємо місця з якими варто пропрацювати).

– Вправа «Квітка самоповаги», для роботи із самоповагою, потрібно намалювати квітку і написати свої хороші якості.

– Техніка «Коштовний камінь», із використанням ізотерапії, направлена на роботу з особистими кордонами та власним ресурсом.

Учасники групи повинні намалювати дорогоцінний камінь та написати правила поводження з ним.

- Перегляд мультфільму "В'язальниця або остання петля" та його обговорення.

- Написати 10 речей які ми можемо робити для себе.

- Вправа «Ліс», для розслаблення та відновлення сил (Закрийте очі та уявіть, що ви опинилися в спокійному лісі. Відчуйте, як вітер лагідно дме, чуєте звуки природи – пташки, шелест листя. Уявіть, що йдете по стежці, відчуваючи кожен крок і занурюючись у спокій. Насолоджуйтесь цією прогулянкою, відчуваючи себе частиною природи).

- Використання МАК для афірмації на день: «Яка мудрість має розкритися для мене зараз?»

4) Завершення та проведення рефлексії, обговорення наступних питань:

- Як ви себе зараз відчуваєте?
- Що вам сподобалося сьогодні?
- Чи змінився колір настрою?

Тренінгове заняття 7. «Мій особистий ресурс та моя внутрішня опора».

Мета заняття – розвиток та усвідомлення особистих ресурсів учасників, а також зміцнення їхньої внутрішньої опори для більш ефективного подолання викликів та досягнення особистих цілей.

Завдання:

1. Вивчити внутрішні сильні сторони учасників групи.
2. Розвинути навички самосприйняття та самовизначення.
3. Створити позитивний образ себе і стимулювати віру у власний потенціал.

4. Заохотити учасників до постійного особистісного розвитку та вдосконалення навичок.

5. З'ясувати як поповнюють внутрішні ресурси учасники тренінгу.

Матеріали та обладнання: папір, ручки та олівці/фломастери.

Час проведення: 1 година 15 хвилин.

Місце проведення: онлайн за допомогою платформи Zoom.

Структура корекційної програми:

1) Вступне слово, привітання учасників групи за допомогою вправи «Якби я був деревом (явищем природи), я б був...» та обговорення правил.

2) Теоретичний блок, робота з термінами, а саме що таке ресурси особистості, розмова про те як можна відновити свій ресурс.

3) Основна частина:

– Вправа «Ресурси в нашому житті»: комбатанти мають визначити внутрішні та зовнішні ресурси і те як можна їх поповнювати.

– Вправа «Моє сонце» із використанням ізотерапії та методу незавершених речень, задля формування уявлення про свій внутрішній потенціал.

– Вправа «Моя опора», з використанням візуалізації та ізотерапії, де потрібно уявити крила і опору під ногами та намалювати їх.

– Вправа «Дерево життя», де потрібно намалювати дерево, кожен елемент якого відповідає за певну сферу життя, діяльність, близьких людей.

– Техніка «Лист від свого Я» саморефлексії (Напишіть листа, висловлюючи свої переживання, бажання, цілі або те, що вас турбує. Включіть у листі позитивні підтвердження і слова підтримки для себе. Прочитайте листа вголос пізніше, щоб відчути підтримку і зрозуміти свої потреби).

– Використання МАК для афірмації на день: «Яка можливість має розкритися для мене зараз?»

4) Завершення та проведення рефлексії, обговорення наступних питань:

– Як ви себе зараз відчуваєте?

- Що вам сподобалося сьогодні?
- Що хочете бачити в майбутньому?
- Домашнє завдання учасникам групи: завести щоденник досягнень за два дні.

Тренінгове заняття 8. «Мотивація та постановка цілей».

Мета заняття – розкрити сутність мотивації, надати інструменти для розвитку внутрішньої та зовнішньої мотивації учасників, а також вивчити та навчити ефективним методам постановки та досягнення цілей.

Завдання:

1. Дослідити концепцію мотивації та її роль в досягненні цілей.
2. Проаналізувати вплив особистих мотиваторів на прийняття рішень та постановку цілей.
3. Сформулювати конкретні, вимірювані та досяжні цілі.
5. Проаналізувати типові перешкоди на шляху досягнення цілей.
6. Розробити стратегії подолання труднощів та збільшити впевненість у власних можливостях.

Матеріали та обладнання: папір, ручки та олівці/фломастери.

Час проведення: 1 година 10 хвилин.

Місце проведення: онлайн за допомогою платформи Zoom.

Структура корекційної програми:

- 1) Вступне слово, привітання учасників групи за допомогою вправи «Колір мого настрою» і «Доброзичливі побажання комусь або на групу» та обговорення правил.
- 2) Теоретичний блок, робота з термінами, а саме обговорення того що усе починається з мотивації та постановки цілей, також розмова про самомотивацію та прокрастинацію.
- 3) Основна частина:
 - Вправа «Я заслуговую на...»: задля знаходження в собі того, за що можна похвалити.

- Вправа «Продумайте свої життєві плани», де потрібно написати цілі на наступний рік і те як можна їх реалізувати.
- Техніка «Лист із майбутнього»: необхідно написати лист від себе майбутнього, коли всі поставлені цілі здійсняться.
- Вправа «Промінчик» на релаксацію та розслаблення (Займіть зручне положення. Закрийте очі, уявіть, що над вами світить промінчик, який повільно спускається вниз, обіймаючи вас теплом. Відчуйте, як світло розслабляє кожную частину тіла, знімаючи напругу. Після 5-10 хвилин відкрийте очі та поділіться відчуттями).
- Використання МАК для афірмації на день: «Яка думка має зацікавити мене зараз?»

4) Завершення, рефлексія та зворотній зв'язок з приводу всіх проведених групових занять.

Отже, розроблена корекційна програма розрахована на покращення емоційної сфери комбатантів та успішну їх адаптацію до цивільного життя. Після проведеної психокорекційної програми важливо оцінити її результативність і ефективність. Це означає, що необхідно знати, чи досягаються поставлені цілі, щоб відстежувати зміни, які відбуваються після психокорекції. Саме тому було проведено повторні діагностування, аби перевірити, чи набули комбатанти знань та навичок щодо поліпшення свого психоемоційного стану і їх готовності застосовувати у своєму житті. Таким чином результати ефективності психологічного впливу відображено у наступному розділі.

2.4. Результати психологічного впливу корекційної програми на адаптацію комбатантів до цивільного життя

Результати корекції емоційної сфери для успішної адаптації комбатантів показали кількісні та якісні зміни. Група формувалася на добровільних засадах, за умови конфіденційності, виходячи з зацікавленості до запропонованої програми та бажання ветеранів працювати над своїм

психоемоційним станом. Після проведення корекційної програми група була повторно обстежена тими самими методиками, як і до проходження програми, за винятком Опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації.

1) Зріз за допомогою Шкали тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A) визначив рівень тривоги по критеріям характеристики емоційності, що включає у себе чотири критерії: емоційна збудливість, інтенсивність емоцій та їх тривалість і негативних вплив на індивіда. Результати контрольної та експериментальної групи до та після формувального експерименту за цим тестом відображені у таблиці 2.2 та Рис. 2.8

Таблиця 2.2.

Результати групи за шкалою тривоги Гамільтона

Критерій тривоги	до КП		після КП		$t_{\text{емп.}}$	$t_{0.01}$	$t_{0.05}$
	М	σ	М	σ			
Тривожний настрій	3,1	0,93	2,56	0,73	4,81	2,68	2,01
Напруження	2,5	0,74	2,2	0,4	3,69	2,68	2,01
Страхи	2,4	0,73	2,12	0,63	4,58	2,68	2,01
Інсомнія	2,5	0,81	2,18	0,77	4,36	2,68	2,01
Когнітивні порушення	2,8	0,86	2,46	0,65	3,84	2,68	2,01
Депресивні синдроми	2,9	0,37	2,58	0,5	4,85	2,68	2,01
Напруга м'язів	2	0,86	1,8	0,62	3,78	2,68	2,01
Соматичні, сенсорні	1,9	0,68	1,82	0,56	2,58	2,68	2,01
Серцево-судинні	1,8	0,39	1,76	0,43	1,77	2,68	2,01
Респіраторні	1,9	0,33	1,82	0,39	1,77	2,68	2,01
Гастроінтестинальні	1,2	0,94	0,9	0,79	3,46	2,68	2,01
Сечостатеві	1,1	0,52	0,92	0,4	2,86	2,68	2,01
Вегетативні	2,4	0,8	1,92	0,7	5,76	2,68	2,01
Загальні	2,9	0,54	1,84	0,47	12,09	2,68	2,01

М – середній результат у досліджуваних групах;

σ – середнє квадратичне відхилення (сігма);

$t_{\text{емп.}}$ – критерій Стюдента піддослідної групи до і після корекційної програми;

$t_{0.01}$ – це критичне значення для рівня значущості $p \leq 0.01$ ($p \leq 0.01$) (1%);

$t_{0.05}$ – це критичне значення для рівня значущості $p \leq 0.05$ ($p \leq 0.05$) (5%).

Застосовано оцінку розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерій Стюдента, для перевірки статистичної значущості відмінностей за результатами корекційної програми в групі. Якщо емпіричне значення t більше за $t_{0.01}$ (критичне значення), то відмінності між показниками групи до і після вважаються статистично значущими з високою впевненістю (99%). Якщо емпіричне значення t більше за $t_{0.05}$ (критичне значення), то відмінності також вважатимуться значущими, але при більш м'якому рівні значущості (95% впевненості).

Оскільки емпіричне значення $t_{\text{емп}}$ більше критичних значень, то приймається альтернативна гіпотеза H_1 . Відмінності між результатами до і після корекційної роботи групи є статистично значущими на рівні значущості $p \leq 0.01$ ($p \leq 0.01$), що вказує на дуже сильну ймовірність, що ці відмінності не випадкові, а суттєві.

З таблиці 2.2 видно, що значно змінилися на краще показники тривоги по критеріям: психічна тривога, соматична, страхи, порушення сну, когнітивні функції, депресивні симптоми, напруга м'язів, сенсорні прояви, шлунково-кишкова система, сечостатева система, автономна нервова система та загальні симптоми. А от показники кардіоваскулярної та дихальної систем, відповідно t-критерій Стюдента не мають відмінностей. Іншими словами, різниця між показниками групи є неістотною або випадковою, і не може бути пояснена певним впливом або фактором.

Зазначене дозволяє зробити висновок про переважно позитивний вплив корекційної програми на показники характеристики емоційності експериментальної групи, і відповідно на успішність адаптації учасників.

Також з даних Рис. 2.8. зазначаємо, що середнє арифметичне комбатантів експериментальної групи до та після корекції відрізняється. Показники автономної нервової системи після групових зустрічей з 2,4 бала знизилися до 1,92 бала. Середній показник тривожного настрою знизився на 0,54 бала, а когнітивні і депресивні показники знизилися відповідно на 0,34 і 0,32 бала.

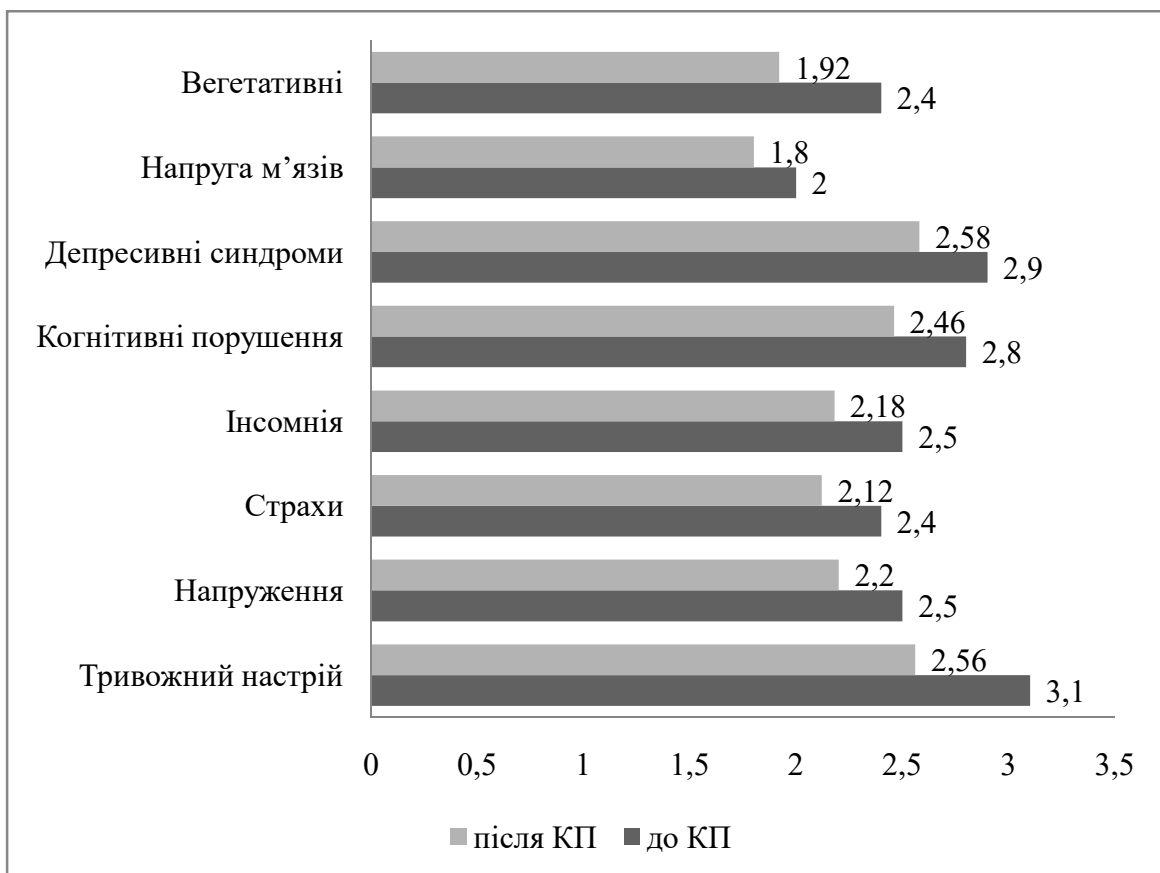


Рис. 2.8. Середнє арифметичне результатів за шкалою тривоги Гамільтона досліджуваних комбатантів до та після корекційної програми

Таким чином, після корекційної програми у комбатантів знизився рівень досліджуваних показників. А саме поліпшилась схильність до менших проявів страху чи тривоги, вміння оцінювати ситуації об'єктивно, залишатися спокійними та збалансованими у стресових ситуаціях. Такі особи

мають менш проявлену реактивність, здатні концентрувати увагу та працювати ефективно, незважаючи на емоційні впливи, можуть утримувати стабільний настрій без значних емоційних коливань. Вони схильні дивитися на ситуації позитивно та надіятися на краще, адаптуватися до труднощів і справлятися з ними, уникають вираження негативу та довготривалого поглиблення у негативних емоціях.

2) Дослідження експериментальної групи після формувального експерименту за експрес-діагностикою схильності до невмотивованої тривожності В. В. Бойка подано у таблиці 2.3. та Рис. 2.8.

Таблиця 2.3.

Результати експериментальної групи після формувального експерименту за експрес-діагностикою схильності до афективної поведінки В. В. Бойка

Показники	Результати до експерименту		Результат групи після експерименту		$t_{\text{емп}}$	$t_{0,01}$	$t_{0,05}$
	М	σ	М	σ			
Афективна поведінка	7,67	1,52	5,92	1,89	12,86	3,68	2,01

М – середній результат у досліджуваних групах;

σ – середнє квадратичне відхилення (сігма);

$t_{\text{емп.}}$ – критерій Стюдента піддослідної групи до і після корекційної програми;

$t_{0,01}$ – це критичне значення для рівня значущості $p \leq 0.01$ $p \leq 0.01$ (1%);

$t_{0,05}$ – це критичне значення для рівня значущості $p \leq 0.05$ $p \leq 0.05$ (5%).

За таблицею 2.3 звертаємо увагу, що результати експериментальної групи потрапили в зону значущості відмінностей. Отже, можна підсумувати, що розроблена корекційна програма здатна позитивно впливати на схильність до афективної поведінки, а саме її зниження.

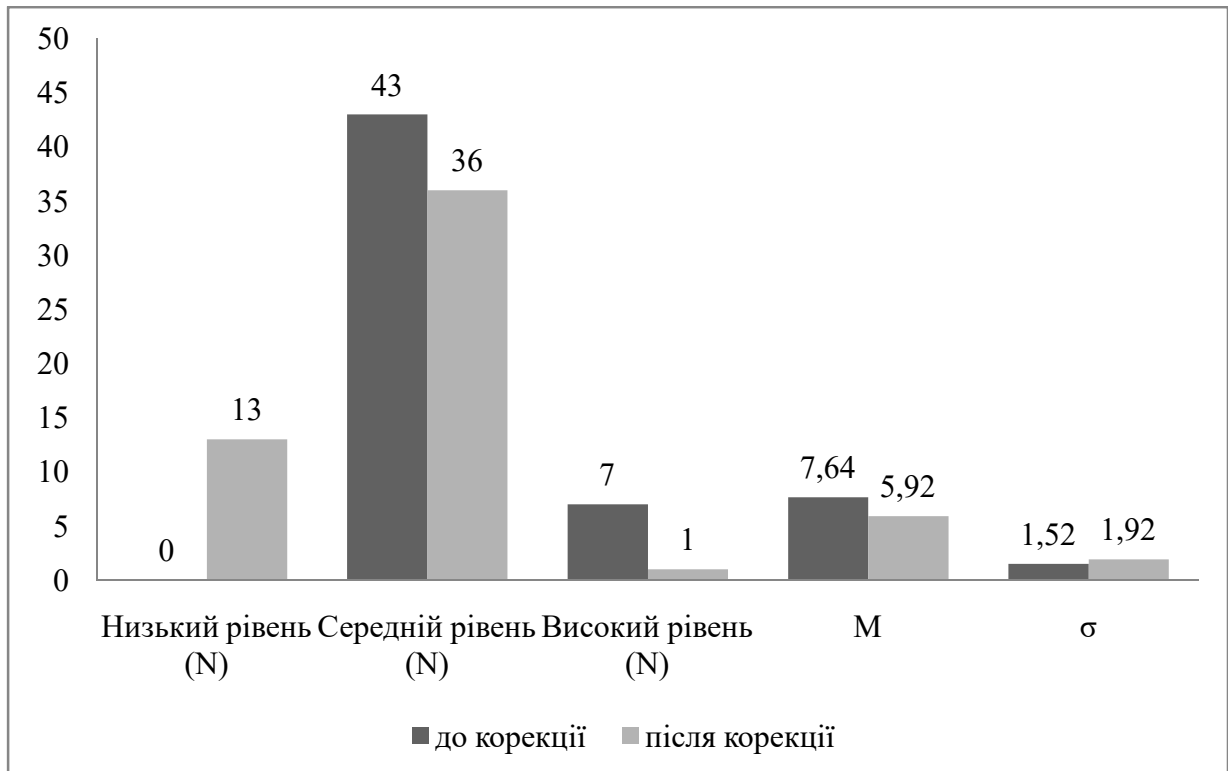


Рис. 2.9. Результати до і після корекції групи за експрес-діагностикою схильності до афективної поведінки В. В. Бойка (N=50)

N – кількість відповідей;

M – середній результат по шкалам;

σ – середнє квадратичне відхилення (сігма).

Аналізуючи Рис. 2.9, можна сказати, що всі комбатанти експериментальної групи загалом показали покращення результатів, середнє арифметичне яких знизилося на 1,72 бали, а саме з середнього рівня – 7,64 до середнього – 5,92, але нижчого показника. Якщо розглянути таблицю отриманих результатів в Додатку Ж, можна підкреслити, що після корекційної програми 13 осіб має низький результат схильності до

афективної поведінки, у 36 комбатантів – середній, а з високим рівнем схильності до афективної поведінки залишилася одна особа.

Отже, після корекційної програми рівень схильності до афективної поведінки у комбатантів значно знизився. Такі особи характеризуються схильністю до стабільних емоцій та рідкої зміни настрою, здатні ефективно контролювати свої емоції та уникати раптових спалахів агресивної поведінки чи неврівноважених або імпульсивних дій, вміють розглядати ситуацію об'єктивно без емоційного впливу, можуть ретельно зважувати свої вчинки та робити обдумані рішення, не схильні перебільшувати чи драматизувати ситуації. Це має позитивний вплив на адаптацію до цивільного життя.

За результатами аналізу показників учасників експериментальної групи після експерименту ми можемо побачити стабільне зменшення досліджуваних компонентів та показників емоційної сфери комбатантів, що дає змогу стверджувати про позитивний вплив розробленої корекційної програми на адаптацію до цивільного життя.

Висновки до другого розділу

Емпірична частина мала на меті дослідити особливості адаптації комбатантів після повернення до цивільного життя. Під час проведення експериментального дослідження було використано наступні методи: тестування, констатувальний експеримент та корекційна робота (формувальний експеримент). Дослідницько-експериментальна робота виконувалась на базі Чорноморського національного університету імені Петра Могили. Вибірку дослідження склали 50 осіб віком від 21 до 58 років.

Респонденти пройшли констатувальний психодіагностичний зріз за допомогою таких методик: шкали тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A), опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП), експрес-діагностики схильності до афективної поведінки (В.В. Бойко). За допомогою обраних тестів встановили основні

критерії дослідження такі як: рівень тривоги за критеріями, рівень психопатизації, рівень невротизації та афективна поведінка.

Попередній зріз даних до корекційної роботи показав дуже високий рівень тривоги, середній рівень схильності до афективної поведінки, і високі показники невротизації та психопатизації. Найбільше у досліджуваних комбатантів виражені тривожні та депресивні настрої: стурбованість, очікування найгіршого, втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою.

Відповідно до отриманих результатів попереднього зрізу було запропоновано впровадити та апробувати програму корекції, мета якої – успішна адаптація до цивільного життя досліджуваних, які приймали участь у активних бойових діях (комбатантів). Дана програма включає теоретичну та практичну частини з використанням таких тем: від емоцій до почуттів, вплив стресу на адаптивні навички особистості, гнів та агресія, страх і тривога, образа, провина і сором, вплив емоційного вигорання на особистість, мій особистий ресурс та моя внутрішня опора, мотивація та постановка цілей.

Було проведено 8 групових зустрічей онлайн за допомогою платформи Zoom, що тривали приблизно 1–1,5 години, об'єднаних основною метою дослідження і проводилися з інтервальністю 2 рази на тиждень.

Після проведення корекційної роботи показники емоційної сфери ветеранів змінилися з позитивною тенденцією. Результати контрольного зрізу показали позитивну динаміку адаптації в порівнянні до і після корекції. Відповідно до критичних значень t-критерію Стьюдента для залежних вибірок, всі результати досліджуваних компонентів експериментальної групи потрапили в зону значущості відмінностей до та після експерименту, окрім показників кардіоваскулярної та дихальної систем критерій тривоги.

За результатами аналізу показників учасників експериментальної групи після програми ми можемо побачити стабільне зменшення досліджуваних

складових, що дозволяє зробити висновок про ефективність проведеної корекційної програми.

Дана робота може бути продовжена в ракурсі вивчення та корекції успішної адаптації комбатантів вже після закінчення активних бойових дій та воєнного стану.

ВИСНОВКИ

У цій роботі здійснено теоретико-емпіричний аналіз особливості адаптації комбатантів до цивільного життя в Україні. Висвітлено сутність досліджуваного явища та його основні структурні компоненти. Розроблено інструменти для діагностики та корекції емоційного стану у формі тренінгових занять. Відповідно до завдань дослідження сформульовано такі висновки:

1) Виокремлено теоретичні основи адаптації комбатантів до цивільного життя, що дало змогу розкрити характер цього процесу. В роботі було проаналізовано і узагальнено теоретико-методологічні підходи до вивчення поняття адаптації. Аналіз літератури дозволив узагальнити поняття адаптація як багатовимірний процес, який включає фізіологічні, психологічні та соціальні фактори. Виокремлено шістнадцять розповсюджених теорій адаптації, включаючи теорію стресу і копіngu, теорію соціальної підтримки, теорію культурної адаптації, соціально-когнітивну теорію, біологічну, трансакційну та інші моделі. Ці підходи створюють основу для дослідження процесу адаптації комбатантів до цивільного життя. Процес адаптації є складним і багатограним, оскільки комбатанти проходять через значні психологічні, соціальні та емоційні зміни особистості після участі в бойових діях. Адаптація охоплює як відновлення психічної рівноваги, так і соціальну інтеграцію. Теоретичний аналіз літератури виявив, що ветерани часто стикаються із психоемоційними труднощами, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні стани та емоційна нестабільність. Також визначено, що адаптація до мирного життя ускладнюється соціальними бар'єрами (ізоляція, упередження та проблеми працевлаштування). Комбатанти можуть відчувати емоційну відчуженість, втрату сенсу життя і не здатні знайти підтримку серед близьких і суспільства. Водночас відсутність належної психологічної допомоги та підтримки з боку державних і соціальних інститутів лише ускладнює процес реабілітації. Ця

проблема є актуальною, оскільки без своєчасної допомоги військові ризикують погіршенням свого психічного і фізичного здоров'я, що також негативно впливає на їхні родини і суспільство в цілому.

2) Емпіричне дослідження адаптації комбатантів до цивільного життя виявило ключові психологічні та соціальні труднощі, з якими стикаються ветерани. В дослідженні було застосовано методи оцінки емоційного стану ветеранів та їхніх соціальних зв'язків. На першому етапі здійснено підбір теоретичних та емпіричних методів: опитування, тести (шкала тривоги Гамільтона, опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації, експрес-діагностика схильності до афективної поведінки В.В. Бойко). Було зафіксовано високий рівень тривожності, невротизації та психопатизації.

3) Розроблено корекційну програму, що спрямована на подолання емоційних труднощів ветеранів та запобігання їхній соціальній ізоляції. Програма базується на сучасних психологічних методиках, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, соматичні техніки, техніки кризової психології, групову роботу та ізотерапію. Структура корекційної програми враховує потреби ветеранів та сприяє емоційній стабілізації, підвищення впевненості, покращення комунікативних вмінь та розвитку навичок соціальної взаємодії учасників.

4) Дослідження змін після застосування корекційної програми показало позитивні результати. Оцінка розбіжностей експериментальних даних перед застосуванням та в кінці корекційної програми за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок, показала, що всі результати досліджуваних компонентів експериментальної групи потрапили в зону значущості відмінностей до та після експерименту, окрім показників кардіоваскулярної та дихальної систем, що не мають відмінностей. За результатами порівняльного аналізу показників учасників групи після експерименту можна побачити стабільне зменшення досліджуваних компонентів, а саме: схильність до афективної поведінки та невмотивованої тривожності. Спостерігається зниження рівня тривожності, покращення

емоційного стану та підвищення здатності до соціальної адаптації у комбатантів. Це свідчить про позитивний вплив розробленої корекційної програми та відкриває перспективи для її подальшого використання в експериментальних та наукових дослідженнях у даній темі, а також у психологічній роботі профільних закладів.

Проведене дослідження підкреслює важливість глибокого аналізу психологічних проблем у військових після участі в бойових діях. Військові мають дуже високий травматичний досвід. Лікування психологічних розладів повинно включати широкий спектр підходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія, групова терапія, арт-терапія, фізіологічні методи та реабілітаційні програми. Ефективна реабілітація потребує також підтримки родини та суспільства. Важливим психологічним чинником адаптації є те, які стратегії подолання комбатант обирає для управління своїм психічним станом. Стратегії можуть бути продуктивними (звернення по допомогу, заняття спортом, розвиток хобі) і непродуктивними (уникання проблем, агресивна поведінка, зловживання психоактивними речовинами). Успішна адаптація залежить від здатності комбатанта розвивати здорові стратегії подолання стресу та відновлення психічного благополуччя.

У контексті психологічного дослідження адаптації комбатантів до цивільного життя в Україні, методологія має важливе значення для забезпечення надійності та валідності отриманих результатів. Швидка психологічна допомога та рання діагностика розладів, зокрема за допомогою таких методів, як кризове втручання, є критичними для запобігання глибоким психологічним проблемам у майбутньому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1) Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
- 2) Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія. Київ: Талком, 2019. 700с.
- 3) Блінов О. А. Психологія бойового стресу: дис... д-ра. психол. наук. Київ: Талком, 2020. 648с.
- 4) Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ:Талком, 2016. 246с.
- 5) Блінов О. А. Опитувальник бойового стресу: наук.-метод. Видання: Київ:Талком, 2019. 36с.
- 6) Блінов О. А., Максименко С. Д., Черненко І. О. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР): наук.-метод. видання. Київ:Талком, 2019. 23с.
- 7) Боллас Крістофер. Тінь об'єкта. К.: Вид. Ростислава Бурлаки, 2019. 332с.
- 8) Боковець О. І., Емоційний інтелект як ресурс психічного здоров'я. *Психологія особистості*. 2022. Випуск 37. С. 68-75.
- 9) Бояршинова К., Белінська М., Калениченко К., Лаптева Г., Марценковська Г., Парфенюк Т. Методичні рекомендації зі зміцнення резильєнтності. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2022. 30 с.
- 10) Браніцька Т. Р., Матохнюк Л .О., Шпортун О. М. Психологічна підтримка та супровід дорослих і дітей у кризових ситуаціях: практикум, Вінниця, 2022. 131 с.

- 11) Булан А. А. Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 4 (29). С. 9-12.
- 12) Вавринів О. Організація та проведення психологічних і соціальнопсихологічних досліджень: практичний посібник. ЛьвДУВС, 2023. 116с.
- 13) Вавринів О. С., Христук О. Л. Дослідження психоемоційних станів особистості під впливом стресогенних факторів. *Зб.наук.праць, ЛьвДУВС, 2023. Вип.2. С.11-15*
- 14) Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. Посттравматичний стресовий розлад. Навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. МОЗ України. Тернопіль, ТДМУ, 2016. 260 с.
- 15) Вітенко І. С., Борисюк А. С., Вітенко Т. І. Основи психології. Основи педагогіки : навч.-метод. посібник. 2-ге вид. Чернівці: Книги XXI, 2009. 200 с.
- 16) Власова О. І. Психологія соціальних здібностей: структура, динаміка, чинники розвитку: Монографія. К., 2005. 600 с.
- 17) Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Н. Ф., Лінський І. В. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Харків, ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.
- 18) Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С., Марута Н. О., Бачеріков А. М., Панченко О. А., Рачкаускас Г. С. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. Методичні рекомендації. Харків: Гуманітарний центр, 2022. 47 с.
- 19) Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С., Марута Н. О., Бачеріков А. М. та ін. Реабілітація посттравматичних стресових розладів. Методичні рекомендації. Харків. 2006. 47 с.
- 20) Гарріс Ш., Кокс Р.О. Сталева воля. К.: БрайтСтарПаблішинг, 2019. 280 с.

- 21) Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. К.: Вид.ВСВ «Медицина», 2023. 120с.
- 22) Герберт К. Розуміти травматичний досвід. Путівник для безпосередніх учасників та їхніх родин. Львів: Видавництво «Скриня», 2015. 68 с.
- 23) Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору [пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак]. Львів : Старого Лева, 2015. 416 с.
- 24) Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. С. 27-42.
- 25) Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження) / [авт. кол. за заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Ткачук. Київ : Ніка-Центр, 2020. 122 с.
- 26) Губенко І. Я., Карнацька О. С., Шевченко О. Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник. К.: Вид. ВСВ «Медицина», 2021. 312с.
- 27) Дерев'янка С. П. Актуалізація емоційного інтелекту в емоціогенних умовах. *Соціальна психологія*. 2008. № 1. С. 96–104.
- 28) Діденко Г. О. Вплив травматичних подій на особистість : історичний аспект: Соціальні трансформації у кризовий період:Матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. Вінниця : ТОВ "Нілан-ЛТД", 2017. С. 52-55.
- 29) Джеймс Холліс. Душевні трясовини. К.: Вид. Ростислава Бурлаки, 2023. 264с.
- 30) Дуткевич Т. В. Загальна психологія. Теоретичний курс: навч. посіб. для студентів. Кам'янець-Подільський, 2015. 431 с.
- 31) Жданович Ю. М. Особливості адаптації дітей вимушених переселенців. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської*

молоді. 2017. Вип. 19. Т. 1. С. 204-213. URL: https://lib.iitta.gov.ua/708775/1/_21-1__204-213_Жданович.pdf

32) Зливков В., Лукомська С., Євдокимова, Н., Ліпінська С. Діти і війна: монографія. Київ-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/734177>

33) Зубовський Д. С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період. *Молодий вчений*. 2018. № 8 (60). Серпень. С. 47-52.

34) Ісаков Р. І. Психосоматична психологія. К.: Видання: ВСВ «Медицина», 2023. 167с.

35) Кайл К. Американський снайпер. Автобіографія найуспішнішого снайпера у військовій історії США. / Переклад з англ. Андрія Поритка. Львів: Видавництво Старого Лева, 2006. 448 с.

36) Кантофер Тім. Депресія – прокляття сильних. К.: Вид. КМ-БУКС, 2023. 168с.

37) Карамушка Л.М., Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати. Метод. рекомендації. К.: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022, 52с.

38) Карута Кеті. Почути травму. Розмови з провідними спеціалістами з теорії та лікування катастрофічних досвідів. К.: Вид. Дух і література, 2017. 496с.

39) Кирієнко Л. А., Кушнар'ов С. В. Психологічне забезпечення працівників МВС та військовослужбовців Національної гвардії – учасників антитерористичної операції: монографія / за редакцією доктора юридичних наук, професора В.О. Криволапчука. К.: ДНДІ МВС, 2015. 123 с.

40) Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П., Литвиненко Л. І., Царенко Л. Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. К.: ТОВ “Видавництво “Логос”, 2015. 207с.

41) Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М. Специфіка перебігу кризових станів, психотравми та посттравматичного стресового розладу у дітей.

Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки : методичний посібник. Київ, 2015. 232с.

42) Кісарчук З., Омельченко Я. М., Лазос Г. [та ін.] Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / ред. З. Кісарчук. Київ : Вид. Дім “Слово”, 2020. 178 с.

43) Кокун О. М. Психофізіологія. Навчальний посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.

44) Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінський Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 282с.

45) Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості. Дис.д-ра наук:19.00.01, Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України, К., 2009. 511 с.

46) Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності. Підручник для студентів вищих навч. закладів. К.: Ельга, Ніка-Центр, 2003. 400 с.

47) Корольчук В. М. Обґрунтування організаційної моделі дослідження стресостійкості особистості. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2010. Вип. 7. С. 210-218.

48) Костишин Н. С., Яковець Т. А. Стресостійкість колективу під час війни: налаштування психологічного клімату. *Грааль науки*. 2022. № 14-15. С. 565-570. DOI 10.36074/grail-of-science.27.05.2022.102.

49) Кочарян О. С., Барінова Н. В., Харченко А. О. Специфічність структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, що пережили різні типи інфантильних травм. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2018, Том 2, Вип. 9. С. 145-158.

50) Кравченко К. О., Тимченко О. В., Ширококов Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у

військовослужбовців – учасників антитерористичної операції: монографія. Харків: видання НУЗЦУ, 2017. 256с.

51) Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: Монографія. Київ: Ніка-Центр, 2007. 432с.

52) Кремень В. Г. Психологія професійної діяльності офіцера: підручник. Хмельницький: Вид.Академії ПВУ, 1999. 488 с.

53) Кризова психологія. Навчальний посібник / Ред. О.В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2010. 383с.

54) Кузікова С.,Зливков В., Лукомська С.,Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни. Навч.посібник. К.-Ніжин: Вид.Лисенко М.М., 2024. 260с.

55) Лазос Г .П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. Київ : ТОВ “Видавництво “Логос”, 2015. 232с.

56) Лівін М., Полудьонний І. Простими словами. Як розібратися у своїх емоціях. 2-ге вид. К. : Наш формат, 2021.264с.

57) Максьюм К. В. Емоційний інтелект: основні концептуальні підходи та структурна модель соціально-психологічного феномену. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Т. VI : Психологія обдарованості. 2018.Вип. 14. С. 348-355.

58) Максименко С. Д. Психогенетичний потенціал особистості : монографія. Том 2. Київ : “Видавництво Людмила”, 2021. 448 с.

59) Максименко С. Д. Теоретико-методологічні проблеми психології особистості. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. праць Кам’янець-Поділ. нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. 2010. Вип. 7. С. 3–18.

- 60) Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. *Медична психологія*. 2015. № 1(37). С. 8-13.
- 61) Маркова М., Росінський Г. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. № 1 (94). С. 78–82.
- 62) Миронова С. П., Гаврилов О. В., Матвеева М. П. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.
- 63) Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій. К.: Вид. ВСВ «Медицина», 2023. 127с.
- 64) Міщук С. С. Згуртування як провідна умова подолання психотравми: традиційний та сучасний контексти. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник. К. : ТОВ “Видавництво “Логос”, 2015. С.64–77
- 65) Міщук С. С. Відчуженість як центральний феномен психотравмівного процесу. *Психологічний часопис*. 2019. Вип. 5. № 12. С. 137-151. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12>
- 66) Мозговий В., Луценко О. Оптимізація психологічної реабілітації учасників АТО в санаторнокурортних умовах. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф.(м. Київ, 30 берез. 2016 р.). Київ, 2016. С. 116-119.
- 67) Моргун В. Р. Емоційний інтелект у багатовимірній структурі особистості. *Постметодика*. 2010. № 6 (97). 2–14 с
- 68) Моріно Жаклін. Гуманістична медіація: Ще один погляд у майбутнє. К.: Вид. Ростислава Бурлаки, 2022. 160с.

69) Мороз Л. І., Сафін О. Д. Модель розвитку стресостійкості здобувачів вищої освіти в умовах воєнного стану. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Том 34 (73). № 5. С. 48-53.

70) Мусенко Л. А. Емоційні переживання учасників бойових дій. *Могилянські читання – 2024 : досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти. Психологічні аспекти розвитку особистості в сучасних реаліях : XXVII Всеукр. наук.-практ. конф. : 6–10 листоп. 2024 р., м. Миколаїв : тези. М-во освіти і науки України ; ЧНУ ім. Петра Могили ; ДНУ «Ін-т модернізації змісту освіти» ; Півд. наук. центр НАН та МОН України ; Ін-т укр. археографії та джерелознавства ім. М. С. Грушевського НАН України; Первинна профспілкова орг. ЧНУ ім. Петра Могили. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2024. С. 221-223.*

71) Мусенко Л. Особливості психологічного стану учасників бойових дій. *Науково-інформаційний супровід професійної підготовки фахівців в умовах невизначеності : тези науково-практичного семінару з міжнародною участю (25 квітня 2024 року, м. Миколаїв); Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2024. С. 118-123*

72) Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

73) Носенко Е. Л., Коврига Н. В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції: монографія. К.: Вища школа, 2003. 126 с.

74) Овчаренко А. І. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. К.: нац. акад. внутр. справ, 2014. 160 с.

75) Омельченко Я. М. Значення типу реагування на стрес значимих дорослих у процесі формування стресостійкості особистості. *Психологічний часопис*. 2019. Вип. 5. № 12. С. 169-181. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.12>.

76) Омельченко Я. М. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу: практичний посібник / Я.М. Омельченко, З.Г. Кісарчук, Т.С. Гурлева, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. Я.М. Омельченко. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.

77) Омельченко Я. М. Технологія розвитку життєстійкості дітей військовослужбовців, що мають прояви ПТСР, засобом відновлення сприятливого психоемоційного контакту у родині. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу. Монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім “Слово”, 2020. С. 87-114.

78) Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. / заг. ред. : Н. Пророк. Київ, 2018. 208с.

79) Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика: монографія / В.І. Цимбалюк, В.В. Стеблюк, О.В. Друзь та ін. К.: Вид. ВСВ «Медицина», 2021. 256с.

80) Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат, 2017. 1068 с.

81) Павленко Т., Яригіна О., Кулікова Л., Коновалова О., Миронець С., Ушакова Н., Єлькина А. Психологічна допомога військовим: навчальний посібник. Міжнародна асоціація Психосоматики та Тілесної Терапії. К.: вид. Психобук, 2022. 124с.

82) Панок В. Г. Прикладна психологія. Теоретичні проблеми : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2017. 188 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/707672/1/panok2017.pdf>

83) Підчасов Є. В., Ломакін Г. І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. Вип. 10. С. 86–98.

84) Повернення із зони бойових дій. Пам'ятка для сімей військовослужбовців, які повернулися з зони АТО / За ред. Майстренко Т.М., переклад з англ. Масик О.Л. 32 с.

85) Почути травму. Розмови з провідними спеціалістами з теорії та лікування катастрофічних досвідів. Інтерв'ю провела Кеті Карут / Пер. з англ. Катерини Диси. К.: ДУХ І ЛІТЕРА, 2017. 496 с.

86) Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій (АТО). *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. Т 2 (45). С. 280-285.

87) Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л. А. та ін.; за ред. Волинець Л. С. К. : ТОВ "Видавничий дім "Калита", 2015. 72 с.

88) Резнікова О. А. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія». Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2018. 173 с.

89) Сапольські Роберт. Біологія поведінки. Причини доброго і поганого в нас. К.: Видання: Наш формат, 2021. 672с.

90) Сафін О. Д. Реабілітація і реадaptaція учасників АТО у психологічному дискурсі. Дата публ. 04.12.2016. URL: <http://dspase.udpu.org.ua:8080/jspui/handle/6789/6138>

91) Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Загальна психологія. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2012. 296 с.

92) Сірий І. Мотивація військово-професійної діяльності військовослужбовців за контрактом, її психологічна структура та методика дослідження. *Військово-спеціальні науки*. 2015. №2 (33). С. 39-43.

93) Слюсаревський М. М. Несходимі терени Психеї: маршрути наукового пізнання: вибрані праці. Київ: Талком. 2019, 664 с

94) Слюсаревський М. М., Чуніхіна С. Л. (ред.). Психологія російсько-української війни: внутрішній погляд. Матеріали Всеукраїнського круглого столу (7 квітня 2022 року). Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології, Асоціація політичних психологів України. Київ: Талком, 2022. 52с.

95) Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування / Т. М. Титаренко. К.: Главник, 2004. 96с. (Серія: Психол. інструментарій).

96) Титаренко Т. М. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: Збірник статей. Київ: Міленіум, 2015. 150 с.

97) Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій. Київ : ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.

98) Харченко А. О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія: Психологія.* 2016. №3 (25). С. 58-67.

99) Харченко А. О. Структурні особливості мотиваційно-сенсової сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія: «Психологія».* 2018. Вип. 59. С. 119-130.

100) Харченко В.Є., Шугай М.А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості. Метод. посіб. Острого: Вид. Нац. Ун-ту «Остроз.акад.», 2015. 158 с.

101) Хлєбова Вероніка. Бути жертвою більше не вигідно. К.: Вид. Ростислава Бурлаки, 2021. 270с.

102) Холліс Джеймс. Під тінню Сатурна. К.: Вид. Ростислава Бурлаки, 2024. 272с.

103) Холліс Джеймс. Проєкт «Едем». У пошуках чарівного Іншого. К.: Вид. Ростислава Бурлаки, 2024. 276с.

- 104) Царенко Л., Вебер Т., Войтович М., Гриценко Л., Кочубей В.,Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240с.
- 105) Циганенко Г. В., П'яста Р. Путівник військовослужбовця та демобілізованого. Практичний посібник. Львів: Колесо, 2016. 64 с.
- 106) Цимбалюк М., Жигайло Н. Формування стресотійкості студентів в умовах війни для правового та євроінтеграційного процесів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. Спецвипуск. С. 128–136. URL: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/spec_2022/17.pdf
- 107) Юнак В. Ю. Депресія: погляд психотерапевта. К.: Вид. ВСВ «Медицина», 2023. 334с.
- 108) Яценко Т. С. Архаїчний спадок психіки: психоаналіз феноменології проблеми. Дніпро: Інновація, 2019. 283 с.
- 109) Abram Kardiner. The Traumatic Neuroses of War National. P. B. Hoeber, Incorporated, 1941. 258 p.
- 110) Bericat Alastuey, Eduardo. La cultura del horror en las sociedades avanzadas: de la sociedad centripeta a la sociedad centrífuga Reis. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 2005, núm. 110, P. 53-89.
- 111) Bilgehan Emeklier, Nihal Emeklier. Emotions in War: The Emotionality-Rationality Equationin Clausewitz's Theory of War. *The Philosophical Journal of Conflictand Violence*. 2022. Vol. VI, Issue 1. P. 46-64.
- 112) Cheung-Blunden V., Blunden B. Cheung-Blunden, Violetand Blunden, Bill (2008) 'The Emotional Construal of War: Anger, Fear, and Other Negative Emotions', Peaceand Conflict. *Journal of Peace Psychology*, 14:2, P. 123–150.
- 113) Damasio A., Carvalho G. B. The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nat. Rev. Neurosci.* 2013. 14(2), P. 143-152
- 114) Das. K. K. Psychiatry: A The oretical approach to Define and Analyze Emotions. *Research and Reviews in Psychology*, 2020. Vol.1, No. 2, 2017. P. 13-14.

115) Hochschild A. R. Ideology and emotion Management: A perspective and path for future research». In: Kemper TD (ed.) *Research Agendas in the Sociology of Emotions*. Albany, State University of New York Press, 1990. P. 117–142.

116) Lazarus, R. S., Averil J. .R., Opton E. M. *Towards a Cognitive Theory of Emotion. Feelings and Emotions*. NY, 1970. P. 207–232.

117) Leeper, R. W. The motivational and perceptual properties of emotions as indicating the fundamental character and role. *Feelings and Emotions*. 1970. P. 151-168.

118) Murray L. *Brains&Bullets: How Psychology Wins Wars*. Biteback Publishing, 2013. 292 p.

119) R Philip Snaith, The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003.volume 1, Article number: 29. URL: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>

120) Saxon, Wolfgang (30 March 2000). "Leopold Bellak, 83; Expert on Psychological Tests". *The New York Times*. Retrieved 25 May 2010. P.1-14.

121) Tarescavage AM, Ben-Porath YS. Examination of the feasibility and utility of flexible and conditional administration of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form. *Psychol Assess*. 2017 Nov;29(11). P. 1337-1348.

122) Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Foa, E. B., Young-McCaughan, S., Yarvis, J., Hembree, E. A., Mintz, J., Peterson, A. L., & Litz, B. T. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military Service members. *Psychological Assessment*, 2016. № 28(11), P. 1392-1403. <https://doi.org/10.1037/pas0000260>

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала тривоги Гамільтона

(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A)

Шкала тривоги Гамільтона (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, скор. HARS) оцінює рівень тривожності на підставі клінічних питань, що дозволяє кількісно оцінювати вираженість тривожного синдрому і часто використовується для оцінки антипсихотичних препаратів.

Вона складається з 14 показників, кожен із яких визначається низкою симптомів. Кожен показник оцінюється за 5-бальною шкалою від 0 (відсутня) до 4 (важкий).

1) Тривожний настрій: (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість).

2) Напруження (відчуття напруження, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися).

3) Страх (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту).

4) Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості й слабкості при пробудженні, кошмарні сни)

5) Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)

6) Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)

7) Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруження, судороги клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)

- 8) Соматичні сенсорні (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)
- 9) Серцево-судинні (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)
- 10) Респіраторні (тиск і стиснення у грудях, задуха, часті зітхання)
- 11) Гастроінтестинальні (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зменшення маси тіла)
- 12) Сечостатеві (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)
- 13) Вегетативні (сухість у роті, почервоніння чи блідість шкіри, пітливість, головний біль із відчуттям напруження)
- 14) Поведінка при огляді (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини).

Шкала тривоги Гамільтона може допомогти об'єктивувати та оцінити тяжкість тривоги пацієнта.

Кожен параметр оцінюється за рівнем виразності:

0 = ні, + 1 = незначний, + 2 = помірний, + 3 = важкий, + 4 = дуже тяжкий

Для оцінки за шкалою тривоги Гамільтона необхідно виконати підсумовування вибраних балів.

Інтерпретація:

Показники ≤ 17 вказують на легку ступінь тривожності.

Показники від 18 до 24 вказують на ступінь тривожності від легкої до помірної.

25-30 балів вказують на ступінь тривожності від помірної до важкої.

Бали > 30 вказують на сильне занепокоєння.

Додаток Б

Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП)

Призначений для інтегральної діагностики патопсихологічних відхилень, що об'єднуються у формі синдромів невротизації та психопатизації. Опитувальник розроблений групою авторів у ЛНДПНІ ім. В.М. Бехтерева (Є.Ф. Бажин, Н.Б. Ласко, А.У. Тархан, 1976 р.).

Діагностуються наступні показники: а) невротизація – виявлення “невротичного радикала” (або диференціальна діагностика невроз/норма) – дратівливість, відчуття власної неповноцінності, нерішучість, іпохондричність та ін.; б) психопатизація – виявлення “психопатичного радикала” (диференціальна діагностика психопатія/норма) – конфліктність, експлозивність, антисоціальна поведінка, неконформність та ін.

Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю)
 _____ Дата обстеження
 _____ Вік _____ Стать _____ Посада (підрозділ)
 _____ Спеціальність
 _____ Військове звання _____

Інструкція: Опитувальник складається з 90 тверджень, що стосуються стану Вашого здоров'я і Вашого характеру. Прочитайте кожне твердження і вирішіть, вірно воно по відношенню до Вас або невірно. Якщо Ви вирішили, що дане твердження вірне – поставте галочку в графі «згоден» на бланку відповідей поряд з номером, який відповідає номеру твердження. Якщо твердження по відношенню до Вас невірно – поставте галочку в графі «не згоден» на бланку відповідей поряд з номером, який відповідає номеру твердження. Якщо твердження по відношенню до Вас буває вірним чи невірним в різні періоди Вашого життя, обирайте так, як це правильно на даний час. Будь-яке твердження, яке Ви не можете розцінити по відношенню до себе як вірне, слід вважати невірним.

Уважно стежте за тим, щоб Ваші відповіді у бланку відповідали номерам тверджень.

Ім'я _____. Вік _____. Стать (ч/ж) _____. Участь у БД _____.

№ тверджен- ня	Варіанти відповідей		№ тверджен ня	Варіанти відповідей		№ тверд ження	Варіанти відповідей	
	Згоден	Не згоден		Згоден	Не згоден		Згоден	Не згоден
1			31			61		
2			32			62		
3			33			63		
4			34			64		
5			35			65		
6			36			66		
7			37			67		
8			38			68		
9			39			69		
10			40			70		
11			41			71		
12			42			72		
13			43			73		
14			44			74		
15			45			75		
16			46			76		
17			47			77		
18			48			78		
19			49			79		
20			50			80		
21			51			81		
22			52			82		
23			53			83		
24			54			84		
25			55			85		
26			56			86		
27			57			87		
28			58			88		
29			59			89		
30			60			90		

Текст опитувальника

1. У різних частинах свого тіла я часто відчуваю печіння, поколювання, “повзання мурашок”, заніміння.
2. Все своє життя я суворо дотримуюсь принципів, заснованих на почутті обов'язку.
3. Я рідко задихаюся і в мене не буває сильного серцебиття.
4. Мені часто хотілося б бути жінкою (якщо Ви жінка: я задоволена тим, що я жінка, а не чоловік).
5. Раз на тиждень, або частіше, я буваю дуже збудженим і схвилюваним.
6. Страх перед мишами у мене відсутній.
7. Голова у мене болить часто.
8. Бували випадки, коли мені було важко втриматися від того, щоб що-небудь не поцупити у кого-небудь, наприклад, у магазині.
9. Часом мені так і хочеться вилаятися.
10. Дехто радий був би мені нашкодити.
11. Два-три рази на тиждень вночі мене мучать кошмари.
12. Бувало, що в школі мене викликали до директора за бешкетництво.
13. Зараз я себе почуваю краще, ніж коли-небудь.
14. Я намагаюся запам'ятати різні цікаві історії, щоб потім розповідати їх іншим.
15. Майже щодня трапляється що-небудь, що лякає мене.
16. Про кохання я читаю із задоволенням.
17. У мене бували періоди, коли через хвилювання я втрачав сон.
18. Іноді я говорю неправду.
19. Зазвичай, робота вимагає в мене значного напруження.
20. Я дотримуюся принципів моралі більш суворо, ніж більшість інших людей.
21. Іноді я буваю такий збуджений, що це навіть заважає мені заснути.
22. Я хотів би бути автогонщиком.
23. Значну частину часу я цілком задоволений життям.

24. Я зловживав спиртними напоями.
25. У мене набагато менше різних побоювань і страхів, ніж у моїх знайомих.
26. Я не особливо лякаюся, коли бачу змій.
27. Буває, що я відповідаю на листи із запізненням.
28. Я завжди був байдужий до гри в ляльки.
29. Мені б хотілося зустрічатися часто поза роботою зі своїми знайомими та друзями.
30. Мені часто здається, що у мене ком у горлі.
31. Життя для мене майже завжди пов'язане з напругою.
32. Я люблю читати науково-популярні журнали про техніку.
33. Мені важко зосередитися на якому-небудь завданні чи роботі.
34. Поганий настрій у мене швидко минає, тому що завжди знаходиться що-небудь цікаве, що мене відволікає.
35. Я мало втомлююся.
36. Буває, що я серджуся.
37. Я вірю в майбутнє.
38. Потрібно дуже багато доказів, щоб переконати людей в якій-небудь істині.
39. Я часто поринаю у сумні роздуми.
40. У школі я часто прогулював уроки.
41. Часом мені здається, що моя голова працює повільніше, ніж зазвичай.
42. Я вважаю, що дітей слід було б ознайомити з усіма питаннями статевого життя.
43. Найважча боротьба для мене - це боротьба з самим собою.
44. Полювання мені подобається.
45. Буває, що я відкладаю на завтра те, що потрібно зробити сьогодні.
46. Як правило, оцінки за поведінку в школі у мене були не хорошими.
47. Я майже завжди про що-небудь або про кого-небудь тривожусь.
48. Часом я буваю сповнений енергії.
49. У мене мало впевненості в собі.

50. Часом я був змушений обходитися різко з людьми, які вели себе грубо або настирливо.
51. Я цілком упевнений у собі.
52. Я обурююся кожен раз, коли дізнаюся, що злочинець з яких-небудь причин залишається без покарання.
53. Декілька разів на тиждень мене турбують неприємні відчуття у верхній частині живота (під ложечкою).
54. В гостях я поведжусь за столом краще, ніж удома.
55. Іноді у мене буває таке відчуття, що переді мною накопичилося стільки труднощів, що здолати їх просто неможливо.
56. Упевнений, що за моєю спиною про мене говорять.
57. Раз на тиждень, або частіше, я без видимої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.
58. Пригодницькі розповіді мені подобаються більше, ніж розповіді про кохання.
59. Часом я вимотую себе тим, що занадто багато на себе беру.
60. Я побоююся користуватися ножем або іншими гострими або колючими предметами.
61. Я дуже уважно ставлюся до того, як я одягаюся.
62. Часом я відчуваю дивні запахи.
63. Якщо мені не загрожує штраф, а автомобілів поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де мені хочеться, а не там, де потрібно.
64. Я люблю збирати квіти і вирощувати кімнатні рослини.
65. Мій зір залишився таким же, як і був останнього часу.
66. Я часто вважаю себе зобов'язаним відстоювати те, що знаходжу справедливим.
67. Я вірю, що в кінці кінців справедливість візьме верх.
68. Мене дуже зачіпає, коли мене сварять або критикують.
69. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я навіть не можу всидіти на місці.

70. У деяких членів моєї сім'ї є звички, які мене дратують.
71. Я люблю ходити на танці.
72. Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.
73. За можливістю, я намагаюся уникати великого скупчення людей.
74. Буває, що я відчуваю ненависть до членів моєї сім'ї, яких я зазвичай люблю.
75. Мій шлунок дуже турбує мене.
76. Думаю, що багато хто перебільшує свої нещастя, щоб їм поспівчували і допомогли.
77. Повинен зізнатися, що часом я хвилююся через дрібниці.
78. Руки в мене такі ж спритні та моторні, як раніше.
79. Часто я і сам засмучуюсь, що я такий дратівливий і буркотливий.
80. Я відмовляюся грати в деякі ігри, тому що у мене це погано виходить.
81. Буває, що я можу з ким-небудь трохи попліткувати.
82. Майже всі мої родичі ставляться до мене доброзичливо.
83. Кілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що повинно трапитися щось страшне.
84. Найчастіше мої вчинки неправильно тлумачаться.
85. Якби мені дали таку можливість, я міг би успішно керувати людьми.
86. Я думаю, що мені сподобалося б полювати на хижих звірів.
87. Болі в серці або грудях у мене бувають рідко (або не бувають зовсім).
88. Іноді у мене буває таке відчуття, що я просто повинен зашкодити самому собі або кому-небудь іншому.
89. В гостях я частіше сиджу де-небудь осторонь або розмовляю з ким-небудь одним, ніж беру участь у загальних розвагах.
90. Буває, що непристойний жарт викликає у мене сміх.

“Ключ”. Опитувальник включає три шкали: невротизації, психопатизації і нещирості (неправди). Непарні питання відносяться до шкали невротизації (40 питань), парні - до шкали психопатизації (також 40 питань). Шкала нещирості включає питання: 9, 18, 27, 36, 45, 54, 63, 72, 81, 90, тобто кожне дев'яте твердження (всього 10 запитань).

Діагностичні коефіцієнти за шкалою невротизації

Діагностичні коефіцієнти за *шкалою невротизації*

Питання	Чоловіки		Жінки		Питання	Чоловіки		Жінки	
№	Так	Ні	Так	Ні	№	Так	Ні	Так	Ні
1	-5	2	-4	3	47	-3	2	-2	2
3	3	-4	3	-3	49	-2	2	-2	3
5	-2	2	-2	4	51	5	-3	2	0
7	-4	1	-4	2	53	-5	2	-2	1
11	-5	1	-4	2	55	-3	2	-2	2
13	9	-1	7	-1	57	-4	0	-4	1
15	-12	1	-4	1	59	-1	2	-1	4
17	-3	6	-1	3	61	1	-1	2	-3
19	-1	1	-3	4	65	1	-3	2	-2
21	-1	4	-1	4	67	1	-3	1	-3
23	6	-2	7	-2	69	-1	2	-2	3

25	6	-2	2	-1	71	3	-1	3	-2
29	1	-3	2	-4	73	-3	3	-1	1
31	-1	2	-2	3	75	-8	1	-3	1
33	-4	3	-2	2	77	-3	2	-1	2
35	8	-2	3	-1	79	-2	2	-1	2
37	1	-4	1	-4	83	-4	1	-3	1
39	-3	3	-1	3	85	4	-1	5	-1
41	-2	3	-1	4	87	1	-1	0	-1
43	-1	3	-1	4	89	-2	2	-2	2

Діагностичні коефіцієнти за шкалою психопатизації

Питання	Чоловіки		Жінки		Питання	Чоловіки		Жінки	
№	Так	Ні	Так	Ні	№	Так	Ні	Так	Ні
2	-2	4	-1	4	46	-2	1	-4	1
4	-10	0	1	0	48	1	-4	1	-2
6	-1	3	-2	1	50	0	-3	-1	5
8	-9	0	-10	0	52	-1	2	1	-3
10	-2	2	-2	2	56	-1	2	-1	2
12	-2	1	-4	1	58	0	1	-1	1
14	1	-4	2	-4	60	-5	1	0	0
16	0	-1	0	-5	62	-3	1	-1	0
20	2	-1	-1	2	64	1	0	1	-1
22	-1	1	-2	1	66	-1	2	-1	4
24	-3	1	0	0	68	1	-1	1	-2
26	0	0	-3	2	70	-1	1	-1	2
28	0	0	-1	0	74	0	1	-1	1
30	-2	0	-3	1	76	-2	2	2	-2
32	0	1	-2	1	78	1	-2	1	-3
34	-1	3	2	-3	80	0	0	2	-5
38	1	-4	0	-2	82	1	-2	1	-1
40	-2	1	-3	0	84	-2	1	-2	2
42	-2	2	-1	0	86	-1	1	-1	0
44	-1	1	-10	0	88	-5	1	-1	0

Обробка та інтерпретація результатів

При обробці даних виконується алгебраїчне підсумовування по кожній шкалі діагностичних коефіцієнтів (див. “Ключ”).

Вибір висновку за шкалами відбувається виходячи з таких порогових діагностичних значень:

а) за шкалою психопатизації: - висока психопатизація - менш (-5) балів; - низька психопатизація - більше (+5) балів; - від -5 до +5 балів - невизначений діагноз;

б) за шкалою невротизації: - висока невротизація - менш (-10) балів; - низька невротизація - більше ($+10$) балів; - від -10 до $+10$ балів - невизначений діагноз;

в) за шкалою брехні: результати тесту вважаються недостовірними, якщо показник за даною шкалою більше або дорівнює 5.

Змістовний аналіз шкал РНП показав, що твердження, які входять в шкалу невротизації, містять такі характерні прояви невротичних станів, як швидка стомлюваність, порушення сну, іпохондрична фіксація на неприємних соматичних відчуттях, зниження настрою, підвищена дратівливість, збудливість, наявність страхів, тривоги, невпевненості в собі.

Твердження шкали психопатизації охоплюють лише деякі з рис, характерних для психопатичних особистостей: байдужість до принципів почуття обов'язку і моралі, байдужість до думки оточуючих, підвищений нонконформізм, прагнення виділитися серед оточуючих, лицемірство, запальність, підозрілість, підвищене самолюбство і самовпевненість.

Слід зазначити, що чим далі від полюса шкал будуть розташовані індивідуальні оцінки, тим меншою мірою індивідам будуть властиві наведені нижче характеристики.

При високому рівні невротизації (висока по абсолютній величині негативна оцінка) може спостерігатися виражена емоційна збудливість, що продукує різні негативні переживання (тривожність, напруженість, занепокоєння, розгубленість, дратівливість). Безініціативність цих осіб формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань. Їх егоцентрична особистісна спрямованість проявляється як в схильності до іпохондричної фіксації на неприємних соматичних відчуттях, так і в зосередженості на переживаннях своїх особистісних недоліків. Це, у свою чергу, формує почуття власної неповноцінності, складнощі у спілкуванні, соціальну боязкість і залежність, невпевненість у собі, найгіршу загальну пристосованість. Можливі порушення сну, підвищена стомлюваність та інші астеничні прояви.

При низькому рівні невротизації (висока по абсолютній величині позитивна оцінка) відзначається емоційна стійкість і позитивний фон основних переживань (спокій, оптимізм). Реалістичність бажань, ініціативність, розвинене почуття власної гідності, соціальна сміливість, незалежність, впевненість у собі, соціальна активність, легкість у спілкуванні, хороша загальна пристосованість.

Високий рівень психопатизації свідчить про легковажність, холодне ставлення до людей, напористість, впертість у міжособових взаєминах. Нехтування нормами почуття обов'язку та моралі, непередбачуваність вчинків і можливість створення конфліктних ситуацій. Прагнення виділитися з середовища оточуючих, підвищене самолюбство і самовпевненість. Байдужість до думки оточуючих, підвищений нонконформізм, безпечність, лицемірство, запальність, підозрілість.

Низький рівень психопатизації може говорити про обачність, поступливість, орієнтованість на думку оточуючих, доброзичливе ставлення до людей, про прихильність до суворого дотримання загальноприйнятих правил і норм поведінки.

Додаток В**Експрес-діагностика схильності до афективної поведінки
В. В. Бойко.**

Опис тесту: афективна реакція – непсихотичний психічний розлад, який виникає у відповідь на дію подразника (зовнішнього або внутрішнього), може бути як короткочасним (хвилини), так і подовженим (години), проявляється емоційними, вегетативними, моторними порушеннями, як в межах окремих симптомів, так і їх сукупністю, тобто бурхлива емоційна реакція на подразник.

Інструкція: Дайте відповідь «Так» або «Ні» на наведені нижче ситуації: як ви найчастіше чините. Обробка та інтерпретація результатів: підраховується кількість ствердних відповідей (кожна ствердна відповідь оцінюється в 1 бал, негативні відповіді не враховуються). Чим більше ствердних відповідей отримано, тим більше дисфункціональний стереотип емоційної поведінки обстежуваного.

10-11 балів – високий рівень афективності, яка стала невід'ємною рисою характеру випробуваного.

5-9 балів – афективність властива випробуваному, можливо, досягла рівня тенденції.

4 бали і менше – випробуваному не властиві дисфункціональні афективні стани.

Питання:

1. Ви довго пам'ятаєте образи які вам нанесли?
2. Практично постійно з'ясовуєте з кимось відносини (або з одною і тією ж людиною, або з різними партнерами)?
3. Вам дуже важко зробити перший крок до примирення, коли вас хтось образив?
4. Ви довго переживаєте через несправедливість по відношенню до себе?

5. Дрібні неприємності зазвичай розповідаєте ближнім, шукаючи співчуття?
6. По декілька днів ви подумки з'ясовуєте свої відносини з кривдником (висловлюєте йому, що думаєте, доводите свою правоту і т. п.)?
7. Посварившись з близькою людиною, ви можете не розмовляти з нею довгий час?
8. Ви довго переживаєте конфуз, що трапився з вами, допущений промах, помилку в роботі?
9. Після конфлікту вдома (на роботі) буваєте до того засмучені, що йти додому (на роботу) вам здається просто нестерпним?
10. Ви часто насилу засинаєте через те, що проблеми прожитого або майбутнього дня весь час крутяться у ваших думках?
11. Ви не в стані відволіктися від важких проблем, що потребують вирішення?

Додаток Г

Результати досліджуваних до корекційної програми за шкалою тривоги Гамільтона.

№ з/п	С. балів	результат	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	18	ступінь тривожності від легкої до помірної	2	2	1	1	1	2	0	2	2	2	0	1	1	1
2	31	сильне занепокоєння	3	2	3	3	0	2	4	2	2	2	1	1	3	3
3	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	2	2	2	4	1	1	1	2	3	2	1	3
4	34	сильне занепокоєння	4	3	1	1	4	3	3	3	2	1	0	2	3	4
5	36	сильне занепокоєння	4	4	3	3	3	3	3	1	2	2	3	0	2	3
6	33	сильне занепокоєння	3	2	3	2	2	3	1	2	2	2	3	3	2	3
7	34	сильне занепокоєння	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3
8	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	3	2
9	34	сильне занепокоєння	4	3	1	1	4	3	3	3	2	1	0	2	3	4
10	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	3	2
11	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	3	2
12	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	3	2
13	36	сильне занепокоєння	4	4	3	3	3	3	3	1	2	2	3	0	2	3
14	34	сильне занепокоєння	4	3	1	1	4	3	3	3	2	1	0	2	3	4
15	36	сильне занепокоєння	4	4	3	3	3	3	3	1	2	2	3	0	2	3
16	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	3	2
17	34	сильне занепокоєння	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3
18	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	3	2
19	34	сильне занепокоєння	4	3	1	1	4	3	3	3	2	1	0	2	3	4
20	32	сильне занепокоєння	4	3	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	3	2
21	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	3	3	2	3	1	2	2	2	1	1	1	3
22	28	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	3	2	3	1	2	2	2	1	1	1	3
23	30	ступінь тривожності від помірної до важкої	4	2	3	3	2	3	1	2	2	2	1	1	1	3

24	30	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	3
25	30	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	1	1	1	3
26	30	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	3
27	30	ступінь тривожності від помірної до важкої	4	2	3	2	2	3	2	2	2	2	1	1	1	3
28	31	сильне занепокоєння	4	2	3	1	2	3	2	2	2	2	1	1	3	3
29	31	сильне занепокоєння	4	2	3	3	4	3	2	1	2	2	0	1	1	3
30	31	сильне занепокоєння	2	2	3	2	3	3	1	3	2	2	1	1	3	3
31	32	сильне занепокоєння	4	2	3	3	2	3	1	1	2	2	3	1	2	3
32	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	4	2	3	3	2	2	1	2	2	2	0	1	2	3
33	33	сильне занепокоєння	4	2	3	1	3	4	1	2	2	2	3	1	2	3
34	36	сильне занепокоєння	3	2	2	3	4	3	3	2	2	2	3	1	3	3
35	31	сильне занепокоєння	2	2	3	3	3	3	2	1	2	1	2	1	3	3
36	36	сильне занепокоєння	4	3	2	3	3	3	3	3	2	2	1	1	3	3
37	30	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	4	1	3	3	3	2	1	2	2	0	1	3	3
38	31	сильне занепокоєння	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	3	3
39	31	сильне занепокоєння	2	2	3	3	4	3	2	1	2	2	1	1	2	3
40	33	сильне занепокоєння	4	2	3	3	3	3	1	3	2	1	1	1	3	3
41	32	сильне занепокоєння	4	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1	1	2	3
42	31	сильне занепокоєння	4	2	3	3	2	2	1	2	2	2	1	1	3	3
43	30	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	3
44	33	сильне занепокоєння	4	2	2	1	4	3	3	2	2	2	1	1	3	3
45	32	сильне занепокоєння	4	4	1	3	3	3	2	1	1	2	1	1	3	3
46	33	сильне занепокоєння	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	1	1	3	3
47	32	сильне занепокоєння	2	3	2	3	4	3	2	1	2	2	1	1	3	3
48	34	сильне занепокоєння	4	4	2	2	3	3	2	2	2	2	1	1	3	3
49	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	3	3	1	3	3	2	1	2	2	0	1	3	3
50	33	сильне занепокоєння	4	4	3	1	4	2	1	3	2	2	0	1	3	3

Додаток Д

**Результати досліджуваних до адаптивної програми за Опитувальником
визначення рівня невротизації та психопатизації” (РНП)**

№з/п	шкала щирості	шкала невротизації	шкала психопатизації
1	2	-30	-23
2	1	-13	-15
3	0	-23	-15
4	3	-12	-7
5	1	-31	-16
6	1	-11	7
7	1	-20	-15
8	3	-19	-7
9	3	-15	-8
10	2	-10	-9
11	0	-37	-26
12	0	-20	-12
13	0	-29	-13
14	1	-15	-11
15	1	-26	-19
16	2	-15	-3
17	1	-16	-10
18	0	-22	-7
19	0	-10	-5
20	0	-14	-7
21	0	-14	-10
22	1	-19	-5
23	1	-9	-5
24	1	-15	-1

25	1	-15	2
26	0	-15	-7
27	2	-22	2
28	0	-10	7
29	1	-14	-10
30	1	-13	-15
31	3	-23	-7
32	1	-12	-7
33	1	-20	-16
34	1	-31	-15
35	1	-9	-2
36	1	-29	-12
37	0	-3	6
38	0	-12	-3
39	0	0	7
40	0	-13	-2
41	0	-26	-1
42	2	-30	-13
43	2	-35	-19
44	1	18	9
45	0	-9	12
46	0	-23	-13
47	0	52	-9
48	2	-33	-3
49	2	-26	-9
50	0	-55	-25

Додаток Е

**Результати досліджуваних до адаптивної програми за експрес-
діагностикою схильності до афективної поведінки В. В. Бойка**

№	Бали	№	Бали	№	Бали	№	Бали	№	Бали
1.	9	11.	8	21.	7	31.	7	41.	7
2.	8	12.	8	22.	7	32.	8	42.	8
3.	5	13.	9	23.	7	33.	7	43.	7
4.	7	14.	6	24.	7	34.	5	44.	10
5.	10	15.	10	25.	9	35.	9	45.	8
6.	6	16.	8	26.	8	36.	8	46.	7
7.	7	17.	7	27.	7	37.	8	47.	11
8.	6	18.	7	28.	5	38.	7	48.	11
9.	11	19.	7	29.	6	39.	8	49.	8
10.	7	20.	5	30.	8	40.	7	50.	6

Додаток Є

Результати досліджуваних після корекційної програми за шкалою тривоги Гамільтона.

№ з/п	бали	результат	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	18	ступінь тривожності від легкої до помірної	2	2	1	1	1	2	0	2	2	2	0	1	1	1
2	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	3	2	0	2	2	2	2	2	1	1	2	1
3	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	2	2	2	3	1	1	1	2	2	1	1	2
4	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	4	3	1	1	3	2	2	2	2	1	0	2	1	1
5	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	4	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	1	2
6	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	3	1	1	2
7	28	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	2	3	2	2	3	2	1	2	2	1	1	2
8	26	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1	2	2
9	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	1	1	3	3	2	2	2	1	0	2	2	2
10	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	0	1	2	2
11	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	0	1	2	2
12	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1	2	1
13	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	3	2	3	3	2	2	1	2	2	2	0	2	1
14	26	ступінь тривожності від помірної до важкої	4	3	1	1	3	3	2	2	2	1	0	0	2	2
15	32	сильне занепокоєння	4	3	2	3	3	3	2	1	2	2	3	0	2	2
16	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2	1	0	2	1
17	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2
18	28	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	1	2	2

19	28	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	3	1	1	3	3	3	3	2	1	0	1	2	3
20	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	3	2	3	3	2	2	2	1	2	1	1	3	2
21	24	ступінь тривожності від легкої до помірної	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	0	1	1	2
22	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	2	2	3	1	2	2	2	0	1	1	2
23	28	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	3	3	2	3	1	2	2	2	1	1	1	2
24	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2
25	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	2	3	2	3	1	2	1	1	1	2
26	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2
27	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1	2
28	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	1	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2
29	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	3	3	3	2	1	2	2	0	1	1	2
30	28	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	2	2	3	1	3	2	2	1	1	2	2
31	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	3	3	2	3	1	1	2	2	2	1	2	2
32	25	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	3	3	2	2	1	2	2	1	0	1	2	1
33	22	ступінь тривожності від легкої до помірної	3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	0	1	2	1
34	30	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2
35	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	2	2	1	2	1	1	1	3	2
36	33	сильне занепокоєння	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	1	1	3	3
37	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	3	1	3	3	3	2	1	2	2	0	1	3	1
38	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	3	1
39	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	3	2	2	3	2	1	2	2	1	1	2	2

40	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	2	2	3	3	1	2	2	1	1	1	2	2
41	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	4	2	3	2	3	3	1	1	2	2	1	1	2	2
42	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	4	2	2	3	2	2	1	2	2	2	1	1	3	2
43	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	1	1	2	2
44	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	3	2
45	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	3	1	2	3	3	2	1	1	2	1	1	2	2
46	26	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	0	1	2	2
47	28	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	1	1	3	2
48	29	ступінь тривожності від помірної до важкої	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	1	2	2
49	26	ступінь тривожності від помірної до важкої	2	2	2	1	3	3	2	1	2	2	0	1	3	2
50	27	ступінь тривожності від помірної до важкої	4	2	3	1	3	2	1	3	2	1	0	0	3	2

Додаток Ж

**Результати досліджуваних до адаптивної програми за експрес-
діагностикою схильності до афективної поведінки В. В. Бойка**

№	Бали	№	Бали	№	Бали	№	Бали	№	Бали
1.	9	11.	8	21.	7	31.	7	41.	7
2.	8	12.	8	22.	7	32.	8	42.	8
3.	5	13.	9	23.	7	33.	7	43.	7
4.	7	14.	6	24.	7	34.	5	44.	10
5.	10	15.	10	25.	9	35.	9	45.	8
6.	6	16.	8	26.	8	36.	8	46.	7
7.	7	17.	7	27.	7	37.	8	47.	11
8.	6	18.	7	28.	5	38.	7	48.	11
9.	11	19.	7	29.	6	39.	8	49.	8
10.	7	20.	5	30.	8	40.	7	50.	6