

Міністерство освіти і науки України
Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя
Факультет педагогіки, психології, соціальної роботи та мистецтв
Кафедра загальної та практичної психології

Освітня програма: Психологія. Практична психологія

Спеціальність: 053 Психологія

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня *магістр*

ОСОБЛИВОСТІ СМИСЛОЖИТТЄВИХ ОРІЄНТАЦІЙ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПТСР

Студента **Нікітіної Ірини Василівни**

Науковий керівник:

Литовченко Ніна Федорівна,
кандидат психологічних наук, доцент

Рецензент:

Папуча Микола Васильович,
доктор психологічних наук, професор,

Ляховець Лариса Олексіївна,
кандидат психологічних наук, доцент

Допущено до захисту: ____ 2023 р.

Завідувач кафедри:

Проф. _____ **Папуча М.В.**

АНОТАЦІЯ
ОСОБЛИВОСТІ СМИСЛОЖИТТЄВИХ ОРІЄНТАЦІЙ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПТСР

Як і кожна екстремальна ситуація, бойова травма спричинена переживанням військовослужбовцями стресових факторів, які властиві бойовій обстановці. Наслідком їх дії є розлад психіки людини, що призводить до повної чи часткової втрати боєздатності комбатантів. Бойовий стрес обумовлює посттравматичний стресовий розлад, що суттєво впливає на психіку людини, яка опинилася в зоні проведення бойових дій і призводить до особистісної деформації. Значному впливу піддається і система смисложиттєвих орієнтацій, як одна з важливих систем особистості, яка була сформована упродовж життя.

Психологічне дослідження спрямоване на визначення особливостей смисложиттєвих орієнтацій військовослужбовців з ПТСР.

У роботі розглянуте поняття «смисложиттєва орієнтація» та «посттравматичний стресовий розлад», їх сутність, умови і причини формування та вплив на життя особистості. На основі робіт дослідників, показано та проаналізовано зміну або втрату життєвих цінностей та смислів в новій ситуації. Через потребу формування нових смислів та цінностей та підбору нових методів їх реалізації, людина може стикнутися з переживанням внутрішнього конфлікту.

Результати емпіричного дослідження показали, що переживання кризового періоду ціннісно-сислової сфери може призвести до проявів деструктивної поведінки або навпаки, стати певною «точкою росту», що робить людину більш цілеспрямованою, мотивованою та реалізованою.

Ключові слова: смисложиттєві орієнтації, ціннісно – сислова сфера, ПТСР, бойовий стрес, травма, військовослужбовець.

ABSTRACT

**FEATURES OF MEANINGFUL ORIENTATIONS OF MILITARY
SERVICEMEN WITH PTSD**

Like any extreme situation, combat trauma is caused by military personnel experiencing stressful factors that are inherent in the combat environment. The consequence of their action is a disorder of the human psyche, which leads to a complete or partial loss of fighting capacity of the combatants. Post-traumatic stress disorder is a consequence of combat stress, which significantly affects the psyche of a person who was in a combat zone and leads to personal deformation. The system of meaningful life orientations is also significantly influenced, as one of the important systems of the personality, which was formed during life.

The psychological research is aimed at determining the specifics of meaningful life orientations of servicemen with PTSD.

The concept of "meaningful life orientation" and "post-traumatic stress disorder", their essence, conditions and causes of their formation and influence on the life of an individual are considered in the work. Based on the works of researchers, the change or loss of life values and meanings in a new situation is shown and analyzed. Due to the need for the formation of new meanings and values and the selection of new methods of their implementation, a person may experience an internal conflict.

Experiencing a crisis period in the value-meaning sphere can lead to manifestations of destructive behavior or, on the contrary, become a certain "point of growth" that makes a person more purposeful, motivated and realized.

Key words: meaningful life orientations, valuable - meaningful sphere, PTSD, combat stress, trauma, military serviceman.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. РОЗВИТОК ТА ТРАНСФОРМУВАННЯ ЦІННІСНО-СМИСЛОВОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ	
1.1. Проблема ціннісно-смислових орієнтацій особистості у сучасній психологічній науці.....	9
1.2. Розвиток ціннісних орієнтацій під впливом соціуму.....	14
1.3. Специфіка змін ціннісно-смиислової сфери після набуття травмуючого досвіду.....	17
Висновки до розділу 1	22
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СТРЕСУ ТА ПТСР У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ	
2.1. Поняття, механізм розвитку та вплив посттравматичного стресового розладу.....	23
2.2. Специфіка впливу різних видів війн на формування і розвиток ПТСР.....	27
Висновки до розділу 2	32
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СМИСЛОЖИТТЄВИХ ОРІЄНТАЦІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПТСР	
3.1. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР	34
3.2. Інтерпретація результатів опитування за «Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР».....	36
3.3. Методика дослідження смисложиттєвих орієнтацій особистості.....	40
3.4. Інтерпретація результатів тесту СЖО (за Леонтьєвим Д. О.).....	43
3.5. Розрахунок статистичних значимостей відмінностей груп по t-критерію Стьюдента.....	48
Висновки до розділу 3	59
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66

ВСТУП

Актуальність дослідження. Від самого початку свого існування людство завжди стикалося з випробуваннями, війнами, конфліктами, які вимагали реакцій на ці події. Від цієї реакції залежало виживання племені цієї людини. Здовго до появи травматерапії та психології люди знаходили свої методи вирішення питання життя після травми. Все залежало від самої події, проміжку часу, який вона охоплювала, від фізичного стану цієї людини. З плином часу, характер війн й устаткування, яке використовується зазнали великих змін, що, в свою чергу, призводить до певних змін у психіці людини, змінюються її реакції, подальший спосіб життя. Це впливає не тільки на якість існування індивідууму, а й соціуму в цілому.

Бойові дії відносяться до стресових подій, що здатні викликати дистрес майже у кожного, хто став їх свідком або учасником. Саме участь у бойових діях може стати причиною появи психічної травми з віддаленими наслідками.

В умовах бойових дій вплив на психіку людини стрес-факторів може призводити до пониження ефективності діяльності військовослужбовців під час несення служби на полі бою, а також негативно впливає на адаптивний процес після повернення додому.

Сукупність факторів, таких як: інтенсивність травмуючих переживань, час перебування в психотравмуючих умовах, своєчасність надання психологічної допомоги та особистісні й психологічні особливості, можуть впливати на прояв наслідків участі в бойових діях й набувати короткочасного чи довготривалого характеру. Тривалі прояви порушень в результаті участі в бойових діях зокрема, називають посттравматичним синдромом, або ПТСР.

Наслідком участі в бойових діях є травматична зміна й свідомості комбатантів. Особливості життя «у війні» спричиняють втрату себе як частину соціуму, її цілісної складової, після повернення до мирного життя. Це зумовлює порушення адекватної соціальної взаємодії й негативно впливає на процеси самореалізації та самосприйняття.

Вплив травмуючої ситуації завжди впливає на кожного, хто її пережив. Її «сліди» позначаються на різних сферах особистості. Зокрема, на ціннісно – смисловій. Роль цієї сфери полягає у сприйнятті навколишнього світу й себе самого. Що в свою чергу зумовлює поведінку особистості у різних ситуаціях, зокрема, травмуючих. Вона допомагає сформувати особистісний досвід людини, згідно до ситуації, в якій та опинилася. Одним з основних наслідків травмуючої ситуації є втрата ціннісно – смислової орієнтації, що може призвести до повноцінного розвитку особистості та втрати психічного здоров'я.

Дослідження впливу стресу, зокрема, бойового, його наслідків та впливом цих факторів на ціннісно-смислову сферу життя можна побачити у роботах Н. В. Тарабріної, Є. В. Снедкова, О. М. Кокуна, О. А. Утюганова, Н. В. Якушкіна, О. Г. Караяні, В. Я. Семке, О. Г. Сиропятова, О. А. Блінова, Д. А. Леонтьєва, С. Л. Рубінштейна, Б. С. Братуся, М. Рокича, Л. І. Анциферової, Н. С. Лозінської, Г. Сельє, Дж. Крамбо, Л. Махеліка, О. В. Друзя.

Мета дослідження: визначення особливостей смисложиттєвих орієнтацій військовослужбовців з ПТСР.

Об'єкт дослідження: смисложиттєві орієнтації особистості.

Предмет дослідження: особливості смисложиттєвих орієнтацій при ПТСР у військових.

Відповідно до предмета й мети дослідження було запропоновано таку **гіпотезу дослідження:** особливості смисложиттєвих орієнтацій військовослужбовців з ПТСР виявляються у таких параметрах, як: цілі, задоволенність самореалізацією та відчуття контролю.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з питань виникнення та формування ПТСР та вплив травмуючих ситуацій на систему ціннісних орієнтацій людини.

2. Провести емпіричне дослідження психологічної специфіки дії стресу та травмуючої ситуації на психіку людини.
3. Обґрунтувати наслідки травмуючої ситуації (у вигляді ПТСР) та його вплив на систему ціннісних орієнтацій людини.
4. Визначити й описати особливості смисложиттєвих орієнтацій військовослужбовців з ПТСР.

Теоретико-методологічною основою дослідження стали результати досліджень військових медиків, зокрема, психіатрів та психологів, впливу екстремальних ситуацій та бойового стресу на психіку людини (Є. В. Снедкова, Н. В. Тарабріної, О. Г. Сиропятова); формування та прояви посттравматичного стресового розладу (П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, Н. В. Тарабріна); специфіка впливу війн різних видів на розвиток посттравматичного стресового розвитку (В. В. Серебрянников, Г. А. Фастовець, Е. Дінтер, Є. В. Снедков, А. Кардінер, Р. Свонк, П. А. Корчемний); поняття та формування ціннісних орієнтацій (А. Маслоу, К. Хорні, Л. Орбан – Лембрик); роль впливу соціума на розвиток цінностей (В. А. Роменець, А. В. Петровський); зміни ціннісно – смислової сфери після набуття травмуючого досвіду (О. М. Кокун, В. Г. Ромек, Н. С. Лозінська, Л. Ф. Шестопалова).

При розв'язанні завдань використовувалися **методи дослідження:** теоретичні методи – аналіз, узагальнення, систематизація наукових даних щодо виникнення посттравматичного стресового розладу та зміни смисложиттєвих орієнтацій; емпіричні – тестування та опитування за допомогою «Короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР», а також опитувальника «Смисложиттєвих орієнтацій особистості» Д. О. Леонтьєва.

В опитуванні брало участь 24 респонденти. Вік респондентів складав 20 – 65 років. Під час дослідження респондентів було поділено на 2 групи: цивільне населення та військові.

Апробація результатів магістерської дипломної роботи. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на **XIII**

Міжнародній науково-практичній конференції «Психологічні особливості переживання ситуації невизначеності».

Тема: «Вплив ПТСР на подальше життя військового».

Наукова новизна отриманих результатів. Проведене дослідження дає можливість порівняти особливості змін ціннісно-сміслової сфери особистості після впливу бойового стресу.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні знань про розвиток і формування ціннісно-сміслової сфери особистості.

Практичне значення: отримані дані емпіричного дослідження та результати теоритичного аналізу ПТСР військовослужбовців можуть бути використані в процесі надання психологічної допомоги та планування реабілітаційних заходів військовослужбовців ЗСУ та працівників ДСНС.

Структура роботи. Основний текст роботи представлений на 66 сторінках. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаної літератури

РОЗДІЛ 1. РОЗВИТОК ТА ТРАНСФОРМУВАННЯ ЦІННІСНО-СМИСЛОВОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Проблема ціннісно-сміслових орієнтації особистості у сучасній психологічній науці

Визначення «цінність» трактується як явище, подія або предмет, що мають значення для особистості. А. Маслоу охарактеризував цінність, як об'єкт, що задовольняє певні потреби особистості й здатен принести користь [20]. За трактуванням Е. Фромма, цінністю можна назвати ціль людського прагнення [22]. За теорією Л. Орбана–Лембрика, цінність розглядається як норма, стандарт для дотримання [23]. Різні дослідники використовують різноманітні трактування.

Також цінності розрізняють на об'єктивні (природні явища, матеріальні об'єкти, відносини у суспільстві), та суб'єктивні (ідеали, оцінки, орієнтири), внутрішні та зовнішні, загальнолюдські, особистісні й соціальні. Дані трактування відображають певні характеристики цінностей. Сукупність найважливіших якостей внутрішньої структури людини, які мають особливе значення, іншими словами, цінності людини, формують систему ціннісних орієнтацій.

Ціннісні орієнтації — це спрямованість особистості до визначених цінностей, це динамічний аспект ставлення людини до дійсності, до матеріальних і духовних цінностей, у центрі уваги якого оцінка, що визначає характер цього ставлення, мотиви діяльності індивіда, його поведінку, переконання та ідеали [18, с. 15].

Також складовими аналізу ціннісних орієнтацій є життєдіяльність особистості, сімейні відносини, духовні цінності, становище у соціальній структурі, професійна орієнтація та ін.

Засвоєння цінностей та їх формування – дві складові, які творять механізм становлення ціннісних орієнтацій. Говорячи про базові цінності, які є складовою основи ціннісної свідомості людини та мають вплив на її поведінку в різних сферах життєдіяльності, їх можна виділити у кількості до трьох

десятиків. Формування їх відбувається під час первинної соціалізації, у віці двадцяти або вісімнадцяти років. Вони носять стійкий, стабільний характер і мають прямий вплив на ідентичність, цілісність та послідовність поведінки людини. Але, безумовно, ціннісні орієнтації не мають настільки чітких границь, які притаманні цілям і життєвим планам особистості [19, с.17].

Якщо ж розглядати термін «орієнтація», то за тлумаченнями соціальної психології можна характеризувати його як взаємовідносини між індивідом та навколишнім середовищем. Цей зв'язок між ними здійснюється через шляхи пізнання та орієнтації. Так відбувається процес суб'єктивного відображення явищ та предметів й формується ставлення до них, в результаті чого здійснюється вибір важливих для людини об'єктів.

Зв'язок та взаємодія людини з навколишнім світом, суспільством та іншими людьми здійснюється через оцінювання. За твердженнями К. Платонова, «оцінка відноситься до однієї з трьох функцій психіки. Поряд з регуляцією і пізнанням. Орієнтація людини на інших людей, суспільство, його ідеали, норми й сприйняття, що панують в ньому формують ціннісне сприйняття особистості».

Цінності особистості залежать від суспільних цінностей, від рівня розвитку й положення індивіда в соціальній системі. Значну роль у цьому процесі віграє мета і ціль, яка є «відображенням бажаного майбутнього, тобто усвідомленого об'єкта потреби» [19, с. 23].

Основа свідомості та поведінки особистості, вплив на її розвиток – це невеликий перелік факторів, на які має вплив орієнтація цінностей людини. Вона є регулятором розвитку, орієнтиром норм і правил поведінки особистості. Це складна система, в якій виражене все розмаїття й мультиаспектність таких цінностей.

Біологічні, культурні, соціальні складові існування впливають на формування цінностей людини й набувають особистісного сенсу, якщо вони стають частиною внутрішнього світу індивіда. Маючи соціальну природу походження, цінності входять в структуру особистості, де відбувається їх

перетворення. Деякі цінності так і залишаються для людини сторонніми, чужими суспільними цінностями, а деякі стають власними, особистими. Самовдосконалення, самоспостереження, самоконтроль – цінності, які продукуються самою особистістю і є індивідуально унікальними для кожного. Виділяють два ціннісні рівні особистісного підходу у структурі особистості: зовнішній та внутрішній. До зовнішнього відносяться норми поведінки які панують у суспільстві з самого народження людини. Саме норма є характеризуючою складовою оцінки поведінки індивіда у суспільстві. Вона являється зовнішнім регулятором поведінки людей (етикет, традиції, мораль, релігійні настанови та інше). До внутрішнього підходу можна віднести цінності і охарактеризувати його як особистісний напрям поведінки людини. Звісно, у процесі життя індивіда вони являються поведінковими регуляторами й доповнюють один одного. Перетворення норм на особистісну цінність залежить не тільки від самої особистості, а й від характеру культури, в якому вони функціонують.

Саморегуляція поведінки являється однією з характеристик особистості. Діяльність індивіда відповідає його цінностям й тільки тим нормам, які набули для нього цінності. Навіть найнезалежніша людина повинна дотримуватись певних норм. Інакше спільне життя серед людей стане неможливим, так як свобода кожної людини є обмеженою свободою інших. Якщо ж цього не відбувається, поведінка людини стає асоціальною, свобода стає свавіллям. Ось чому соціум має бути зацікавленим в тому, щоб норми набували форм цінностей, що в свою чергу трансформуються у ціннісні орієнтації поведінки людини.

Цінності ж які пройшли через свідомість індивіда й набули форм власних цінностей, формують внутрішній ціннісний рівень особистості. Зокрема, це стосується сутності особистісної активності та питань сенсу життя – «екзистенціальні цінності».

Прояв ціннісних орієнтацій дозволяє зрозуміти людині особистісний смисл того, що відбувається. Він набуває психологічних форм й називається

переживанням. Отже, переживання характеризується, як особливий емоційний процес, що початкується з рівня повсякденної свідомості й переростає до рівня усвідомленого духовного почуття. Емоції як позитивні, так і негативні, представляють собою різноматний емоційний світ людини, у якому «відзеркалена» уся ціннісна система індивіда. Основними поняттями екзистенціальної психології являються емоції не ситуаційні (пристрасті), а емоції, як стійкі структури буття. Саме питання відношень емоцій і цінностей спонукали появу екзистенціальної психології.

Саме емоційність цінносного ставлення призводить до необхідності спробувати змінити ієрархію власних цінностей в тому випадку, якщо людину незадовольняє чи перестає задовольняти позиція існуючих цінностей, глибока мотивація власних дій та свідоме ставлення до вчинків індивіда. Внутрішній діалог індивіда подібний поведінці оточуючих людей й розглядається не як діалог об'єкта та суб'єкта, вона являється внутрішньоособистісним спілкуванням, під час якого йде процес усвідомлення ціннісної системи індивіда. Таким чином, усвідомленість життєвого смислу стає екзистенціальною цінністю. Здійснюється це за умови усвідомлення як сенсу свого власного життя, духовного орієнтиру власної поведінки. Таким чином, усвідомлення смислу життя набуває положення екзистенціальної цінності. Це відбувається лиш тоді, коли він усвідомлюється як сенс власного життя, як моральний орієнтир для своїх дій.

Міжособистісне спілкування, або різноманітні взаємовідносини між різними людьми, є важливим аспектом в аналізі психологічних особливостей ціннісних орієнтацій. Такі особливості зумовлені різницею психічної та фізичної орієнтацій частково батьківських особистостей, частково навколишнім середовищем, в якому розвивається індивід. Також на їх прояв впливають відмінності конституцій темпераменту індивідів.

Формування особистості визначається накладанням життєвого і соціального досвіду на конституцію та темперамент людини. Різниця конституцій та різні способи поведінки в одному середовищі та умовах,

формують різний життєвий досвід людей. Звичайні навички, не закріплені в характері, з легкістю змінюються під впливом нових моделей поведінки в результаті індивідуальної адаптації до культурних моделей. А якщо поведінка стала складовою характеру людини, змінити її можливо тільки радикально змінюючи сам характер. Таким чином, при поєднанні різних типів темпераменту, талантів та потенціалів, можемо побачити щедрий спектр різноманіття особистостей.

Різноманіття типів особистості впливає на розвиток різних орієнтацій у стосунках між ними. За класифікацією орієнтацій (К. Хорні) виділяють «орієнтацію проти людей, на людей та від людей» [13. с. 99]. Згідно до цих типів орієнтації виділяють три типи особистості. Поступливий, агресивний та ізолюючий. Ці три типи гнучко використовуються, залежно від ситуації:

1. Особистість, орієнтована на інших людей (тип поступливий), прагне задовольнити свою потребу в безпеці шляхом пошуку покровителя, того, хто подбає, захистить, піклуватиметься про її повсякденні потреби. Це покірنا особистість, яка прагне схвалення та любові за будь – яку ціну, якщо підпадає під повну залежність, відчуває себе іграшкою в руках покровителя. Як правило частіше зустрічається у жінок.
2. Особистість, орієнтована на інших (тип агресивний), потреба в безпеці задовольняється за допомогою агресивних дій. Частіше зустрічається у чоловіків. Девіз особистості: «життя - боротьба», все потрібно завоювати й відняти.
3. Особистість орієнтована від людей (тип ізолюючий або відокремлений), безпека понад інших потреб. Заради своєї незалежності, здатні жертвувати радощами життя. Прирікають себе на ізоляцію, не розуміння з боку оточуючих, відмовляються від довірливих відносин з людьми» [13].

Отже, за всім вищесказаним можна дійти висновку про те, що ціннісні орієнтації являються складною мотиваційно – смисловою системою людини,

що являється характеристикою її спрямованості й цілісності та має прояв в її активності, особистісних якостях, життєвому плані, ідеалах та переконаннях.

1.2. Розвиток ціннісних орієнтацій під впливом соціума

Людині, яка виступає комунікатором у групі та займає соціальну позицію в суспільстві, притаманне оціночно – вибіркоче ставлення до людей, які її оточують. Вона оцінює, порівнює, обирає інших людей для спілкування, враховуючи як власні можливості, потреби, інтереси, свій власний досвід, так і можливості певної групи. В совокупності цих факторів утворюється соціально – психологічна форма поведінки.

Прямий вплив на специфіку поведінки людини має група, до якої вона належить, характер її стосунків з іншими співрозмовниками та групою в цілому. До механізмів впливу також можна віднести норми, цінності, рольові та статусні положення груп. Для розуміння особистості як соціально – психологічного явища, необхідно розглядати індивідуальну поведінку, як соціальне (за змістом) та психологічне (за формою) явище, основане на певних нормах, мотивах, установках та інтересів.

За типологією та згідно ситуації, поведінка може бути: вербальною (мова), знаковою (реакція на знаки), рольовою (певна роль особистості, що відповідає вимогам суспільства), а також поведінка, що відхиляється від установлених в суспільстві норм (правові, соціальні, моральні). Переоцінка особистістю своїх комунікативних можливостей, послаблення критичності в контролі за реалізацією комунікативної програми поведінки, тобто неадекватність поведінки негативно позначається на міжособистісних і групових стосунках, що може викликати агресію, депресію, конфлікт тощо [25, с.123].

Основною складовою соціальної поведінки є вчинок. Через вчинки людина стверджується як особистість у ставленні до суспільства, інших людей. Змінюючи себе й ситуацію навколо себе, індивід чинить вплив на своє оточення. Таким чином, можна дійти висновку, що вчинок є стимулом розвитку

людини в суспільстві. У своїй провідній визначеності вчинок є комунікативним актом, що здійснюється між особистістю і матеріальним світом [25, с.124]. За твердженнями В. А. Роменця, вчинкова взаємодія виокремлює індивід від зовнішнього світу, розглядає це як об'єднання інформативної складової між світом та індивідом для ствердження її у матеріальному світі. Він відмічає такі моменти вчинків: ситуація, мотивація та вчинковий акт [25, с.125].

Як певний соціопсихологічний тип, індивід схильний мати декілька кліше поведінки. Суспільна група (її нормативні вимоги), до якої належить людина, також впливає на формування соціально-психологічних поведінкових ліній. Інтеграція і соціалізація особистості відбувається різними способами, під впливом різних чинників, що носять об'єктивний та суб'єктивний характер. На це впливає склад, орієнтація групи, особливостей її складу.

А. В. Петровським було сформульовано основні етапи входження особистості, становлення й розвитку в соціумі: адаптація, індивідуалізація та інтеграція.

1. Під час адаптації особистість активно засвоює ті норми й цінності, які панують у спільноті. Будучи членом соціальної групи, людина відчуває потреби бути «як усі». В деяких випадках ця спроба може бути не зовсім вдалою, тоді настає дезадаптація. Наслідком цього може бути формування залежності та невпевненості.

2. Для другої фази (індивідуалізації) характерні пошуки методів і механізмів ідентифікації своєї індивідуальності та її закріплення. При відсутності підтримки з боку соціуму, може розвинути деіндивідуалізація, що проявляється негативізмом та агресією.

3. Третя фаза (інтегративна) характеризується визначенням суперечності між спробами індивіда бути ідеально представленим своїми особливостями в групі, а з іншого – потребою спільноти прийняти, схвалити й культивувати лише ті його індивідуальні властивості, які сприяють його розвитку, а отже і його самого, як особистості [25, с.21].

Фаза дезінтеграції настає при неподоланні суперечності, що може

призвести до деградації, ізоляції від певної групи, чи повного виключення індивіда з її складу.

Вплив соціального суспільства, або те, що притаманне цій групі, здатне проявлятися більшою мірою в поведінці особистості, ніж його індивідуальні властивості поведінки. В результаті цього може виникнути деіндивідуалізація. Для неї характерні страх оцінок і втрата ідентичності. Її проявами є підвищена чуттєвість до зовнішніх впливів, відсутність здатності контролю своєї поведінки, розумне її планування, підвищення імпульсивності.

Що до питання інтеграції індивіда в групи, варто зазначити, що можна бути одночасно залученим до різних соціальних груп, однак ступінь інтеграції в кожен з них буде різним. Інтеграція – це про впорядковані та безконфліктні відносини між групою та індивідом.

Виділяють рівні інтеграції: інтеграція індивіда у соціальні відносини, опосередковані видом діяльності, функціональна інтеграція (соціальні зв'язки на статусно – та статево – рольовому рівні), нормативна інтеграція (засвоєння морально – нормативних та ін. регуляторів), міжособистісна регуляція [25, с. 22]. Єдність таких складових, як: стиль життя, життєвий контроль, статево – та статусно – рольова реалізації, особисті властивості складають загальну систему інтегрованості індивіда.

Варто виділити й труднощі, які можуть вплинути на успішність інтеграції. Ними можуть бути: нерівність соціальних стартових можливостей індивіда, комунікативна невідповідність, а також індивідуальні властивості.

Суть суперечності між зовнішнім і внутрішнім у вчинку полягає у можливій розбіжності між тим, що людина хотіла зробити і тим, що вона зробила, між тим, як вона описує свій вчинок і тим, як його сприймають оточуючі. Іншим питанням є усвідомлення «виконавця» та «об'єкта» вчинку. У різних людей, або окремої особи, рівень усвідомлення ситуації, мотивів та наслідків вчинку може бути різним. На момент ініціації вчинку і в процесі його реалізації, несвідоме, надсвідоме, підсвідоме й свідоме взаємодіють, синхронізуючись або вступаючи в протиріччя один з одним. Це протиріччя

визначає межі відповідальності та нагороди за вчинок людини. Розходження між розумом та емоціями є тим, що характеризує справжність вчинку. Вирішення протиріч між самовираженням і можливістю його проявити в індивідуалізованій формі, знаходять у сталості ставлення до індивіда, як до особистості та об'єкта, а не як до засобу. Інші завжди мають таку ж цінність, як і ти сам. Тому, роблячи щось, не варто очікувати нічого натомість. Роблячи вчинок, необхідно усвідомлення й переживання його як вчинку, бажання його зробити, а не підкорятися «команді» зовні. З огляду того, що вчинок враховує взаємодію (або співучасть), суб'єкти вчинкового акту можуть відігравати певні поведінкові ролі.

За мотивацією вчинки поділяють: «за моделями «там і тоді» й «тут і тепер»; за критерієм продуктивності: чим більше ризик і чим більша самовідданість, тим вагоміший вчинковий ефект, тим сильніша і глибша вчинкова післядія». Дія отримує значення вчинку, коли людина долає себе, підпорядковуючись своїм чи суспільним вимогам. І чим складніше це зробити, тим рівень вчинку вищий [24, с. 135].

1.3. Специфіка змін ціннісно–сміслової сфери після набуття травмуючого досвіду

Травма, або травмуюча ситуація, чинить різний вплив на особистість і завжди позначається її різних сферах, зокрема, на ціннісно – смисловій. Ціннісно–сміслова сфера (далі ЦСС) — частина особистості, яка допомагає у сприйнятті себе й оточуючого світу людиною, що в свою чергу формує поведінку людини у різних ситуаціях. У тому числі й травмуючих. Вивченням наслідків травмивних подій на ціннісно–сміслову область життя людини займається багато дослідників (О. М. Кокун, В. Я. Семке, Н. С. Лозінська, Тарабріна Н. В., Л. Ф. Шестопалова, В. Г. Ромек, та інші), багато досліджень серед жертв техногенних катастроф, сексуального насилля та бойового стресу присвячено саме цій галузі. Опираючись на думку дослідників можна прийти висновку, що головним наслідком травми являється саме втрата ціннісно–

смилових орієнтацій. Це в свою чергу формує порушення психологічного здоров'я й нормального розвитку особистості. Така небезпека цінностям спричиняє появу «кризи цілісності», яка може стати причиною появи внутрішнього конфлікту, призвести до зниження зацікавленості у буденних справах, які раніше мали значення, втрату подальших перспектив. Зазнає змін система внутрішнього «Я» людини, змінюється особистісне сприйняття картини світу.

Під впливом травмуючого процесу змін зазнають й міжособистісні стосунки. Це характеризується страхом встановлення стосунків, підтримки вже існуючих. Через відсутність довіри до оточуючих, підвищується рівень тривоги, в результаті чого людина стає агресивною й закритою.

За визначенням Г. Сельє, можна розглядати стрес, як «напругу організму через дію зовнішніх факторів, що викликають неспецифічні реакції організму» [27, с. 181]. За допомогою стресу, людина пристосовується до нових умов оточуючого середовища, фактором, що допомагає їй самозбереженню та розвитку. Проте, під інтенсивною дією стресу, що має тривалий характер, у особистості може розвинути дистрес, або порушення психіки під дією стресу. Г. Сельє було виділено три фази протікання реакції на стрес:

1. фаза тривоги (відчуття небезпеки призводить до повного задіяння всіх сил організму);
2. фаза супротиву (або резистентності, під час цієї фази чиниться опір стресовому фактору, шляхом мобілізації всіх захисних механізмів людини, шляхом уникання чи вирішення певної ситуації);
3. фаза виснаження (при негативному результаті вирішення проблеми, з'являються прояви соматичних розладів) [27, с. 182]

А. О. Реан виділяє три стадії за глибиною впливу на психічний стан людини (Ромек, 2004): «важка задача (відсутність досвіду у вирішенні певної незнайомої задачі сприяє зміні сталої поведінки, осмисленню й оцінці особистих можливостей), загроза (відчуття загрози підвищує тривожність й

появу необґрунтованого страху, без чітких меж), травма (наслідок стресу, який в подальшому житті може негативно відобразитись на особистості)».

Отже, згідно цієї типології можна побачити розділення понять стресу та травми. Різниця між стресом та травмою полягає в їх інтенсивності.

При інтенсивному стресі (в деяких випадках, тривалого), який може нести загрозу життю й здоров'ю людини й може виснажувати захисні функції організму формується травма. При звичайній стресовій ситуації виникає певне напруження й залучаються всі функції організму для вирішення цієї ситуації. Травмивна подія впливає на ЦСС загальним чином. Але варто виділити деякі її складові. Першою складовою можна назвати цінності особистості. Після переживання травмуючої події, людина на перше місце ставить піклування про себе та матеріальні цінності (те, що необхідно для виживання), розвиток та духовність відходять на інший план. Іншими словами, людина прагне до задоволення своїх базових потреб [30, с.125]. Таким чином виникає внутрішньо особистісний конфлікт, який зумовлений протиріччями між цінностями людини, який заміщує функції власних орієнтирів та підтримки на негативний вплив подальшого розвитку особистості. Травмуюча подія, що не була належно опрацьованою стає тим стримуючим фактором, який негативно впливає на особистий розвиток людини та її відносини з оточуючим середовищем. В деяких випадках життєві цінності взагалі втрачаються людиною. Трапляється це при втраті особистістю чогось вкрай для неї важливого, при переживанні великого потрясіння (втрата роботи, неможливість самореалізації, втрата близької людини). Переживання такого роду подій можуть призводити до появи депресії й суїцидальних намірів. Людина, яка має травмуючий досвід та страждає від хронічного ПТСР характерні зовнішні прояви ціннісних орієнтацій. Вони виражені у бажанні жити на власний розсуд, нерплячості до інших. Одним з методів виходу з травмуючої ситуації необхідні внутрішні цінності, зокрема бажання до саморозвитку та внутрішніх змін особистості [30., с. 70].

За твердженням Н. І. Кривокінь, завдяки успішному впровадженню

травматичних переживань в оновлену картину оточення, цілком можливі й позитивні результати від такої заміни. З часом така цінність, як чесність та відкритість щодо обставин власного жаття та до життя близьких набирає росту [32, с. 170].

Другою складовою ЦСС, що змінюється, є смисли і смисло–життєві орієнтації. Під час переживання травмуючої ситуації змінюється смислова структура людини. Вона намагається знайти сенс в ситуації, яка склалася й залучити це знання до власного досвіду. Так як під час травмівної події втрачається старий життєвий смисл, досить важливим завданням є формування нового життєвого смислу для подальшого життя особистості.

Поява конфлікту між старими й новими смислами або ж нездатність створити нові, може призвести до появи «смислової кризи». Відсутність смислу суттєво впливає на об'єктивність розуміння та сприйняття майбутнього, минулого та сьогодення, своїх перспектив та реалізації в оточуючому середовищі («психологічний ступор»). Під дією травмуючого фактора руйнівного впливу зазнають цілі та результат, які входять до параметрів смисложиттєвих результатів особистості. Відтак, людина стикається з новими смислами: те, що раніше було для людини забороненим, наразі набуває статусу норми. Опираючись на думку Н. І. Кривокінь, вважається, що успіх проходження кризи характеризується появою можливостей оцінювати власні ресурси по–іншому. З'являється бачення нових цілей і перспектив у власному житті. Завдяки формуванню нових цілей з'являється віра у перспективність майбутнього, відбувається відновлення контролю над дійсністю [32, с. 172].

Травматичний досвід також впливає на установки людини. Реакцією нервової системи на загрозу стає активування основних установок. Присутність мінімальних подразників може стати причиною прояву негативізму щодо нейтральних ситуацій.

Під дією негативної ситуації негативного впливу зазнають базисні установки особистості. На думку Кучманіча І. М., в результаті цього впливу формуються нові, негативні установки. Такі як: негативний досвід складних

ситуацій та схильність до надання негативного тону нейтральним ситуаціям [38, с. 148].

Поява таких установок сприяє росту тривожності, підозрливості, агресивності, замкнутості. Якщо вихід з кризового періоду минає позитивно, відновлення позитивних установок відбувається з урахуванням вже нового досвіду, що вчить особистість зріло та свідомо вирішувати життєві задачі.

Варто відмітити ще один елемент ЦСС, який зазнає змін під дією травми – самовідношення. Зважаючи на те, що в більшості випадків травмуюча ситуація має неконтрольований характер, саме відчуття неконтрольованості себе, свого життя, відчуття безпомічності, закріплюється у свідомості людини. В майбутньому у особистості може проявлятися не сприйняття себе, сприйняття себе поганою, непотрібною, слабкою. При сприйнятті оточуючого світу загрозливим, людина починає захищати свій образ «Я» від нового досвіду, що призводить до його ригідності [35, с. 226].

Негативне відношення до себе й відчуття безпомічності при виникненні певної ситуації, призводить до появи почуття провини й самозвинувачення (у комбатантів під дією цих факторів з'являється провинна «вцілілого»). Із-за того, що людина не дозволяє собі отримувати задоволення й радості від життя, а ніби обрікає себе на страждання, у неї виникає сильне почуття сорому. Наявність цих факторів, можуть призвести до розвитку депресії та намірів суїциду.

Під дією травматичного досвіду також змінюється структура ідентифікації. За твердженнями С. Д. Максименка, було виділено три типи новоутворень ЦСС після травмуючих подій: зміна у сприйнятті себе як особистості та підвищення самооцінки; зміна ставлення до оточуючих та цінування міжособистісних стосунків; зміна у сприйнятті світу та цінності власного життя, його осмисленість. [31. с. 96].

Отже, ЦСС та її складові підпадають високому впливу травмуючої ситуації. Травмівна подія здатна деструктивно змінювати психіку але як противагу можна відмитити й позитивний вплив після конструктивного

проходження кризи людиною. Що в свою чергу допомагають особистості набуті стійкості у надзвичайних ситуаціях та стати більш свідомою та зрілою. Завдяки ЦСС людина здатна оцінювати себе, своє майбутнє, та оточуюче середовище. Залежно від індивідуальних факторів ЦСС, відбувається аналіз та переробка травмуючих подій, що дозволяє виробити план подолання проблеми.

Висновки до розділу 1

Отже, Визначення «цінність» трактується як явище, подія або предмет, що мають значення для особистості. Сукупність найважливіших якостей внутрішньої структури людини, які мають особливе значення, іншими словами, цінності людини, формують систему ціннісних орієнтацій. Прямий вплив на специфіку поведінки людини має група, до якої вона належить, характер її стосунків з іншими співрозмовниками та групою в цілому.

Ціннісно–сміслова сфера (далі ЦСС) — частина особистості, яка допомагає у сприйнятті себе й оточуючого світу людиною, що в свою чергу формує поведінку людини у різних ситуаціях. У тому числі й травмуючих. Головним наслідком травми являється саме втрата ціннісно–сміслових орієнтацій. Це в свою чергу формує порушення психологічного здоров'я й нормального розвитку особистості. Травмівна подія здатна деструктивно змінювати психіку, але як противагу можна відмитити й позитивний вплив після конструктивного проходження кризи людиною. Що в свою чергу допомагають особистості набуті стійкості у надзвичайних ситуаціях та стати більш свідомою та зрілою. Завдяки ЦСС, сформованої на протязі життєвого відрізка, людина здатна оцінювати себе, своє майбутнє, та оточуюче середовище. Залежно від індивідуальних факторів ЦСС, відбувається аналіз та переробка травмуючих подій, що дозволяє виробити план подолання проблеми.

РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СТРЕСУ ТА ПТСР У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

2.1. Поняття, механізм розвитку та вплив посттравматичного стресового розладу

Різноманітність поглядів фахівців щодо виникнення бойового стресу, недостатня наявність психодіагностичного інструментарію, значні ускладнення його досліджень в клінічних, а також в бойових умовах, а також інші причини, ускладнюють більш детальне дослідження такого поняття, як бойовий стрес. Наукові дослідження, в основному, розглядають окремі фактори клініко-патологічного впливу такого виду стресу на психічний стан військовослужбовців. Дослідженням даної проблеми займаються медики, зокрема військові. Головну роль у цих дослідженнях займають саме психіатри.

За даними авторів Кокурн О. М., Лозінської Н. С., клінічно оформленими ПТСР страждають від 12,5% до 44% ветеранів війни, а часткові ознаки цього симптомокомплексу у віддалений період виявляються у 63-91,5% випадків [3, с. 56].

Близько 80% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях під час проведення антитерористичної операції, знаходилися у стані бойового стресу, який в подальшому трансформувався приблизно у 25% посттравматичних стресових розладів (далі ПТСР) різного ступеня виразності. 98% учасників бойових дій потребують кваліфікованої підтримки і допомоги внаслідок дії бойових стрес-факторів [3, с. 57].

Підсумком впливу бойового стресу є форма психічної бойової травми, яка вражає психіку учасників бойових дій. Наявність фізичних уразень, каліцтв або їх відсутність, загроза для життя або здоров'я являється досить болючим стресовим досвідом при якому є недостатньою здатність людини інтегрувати свої емоційні переживання. Бойова травма певним чином допомагає адаптуватися бійцю до певних чинників небезпечного середовища, а також

являється поясненням виникнення причин розладів адаптації військових. Простими словами, це нормальна реакція здорової психіки на ненормальні події оточуючого середовища.

За твердженнями Блінова О. А., бойова психічна травма руйнує базові цінності та формує патологічні механізми регуляції поведінки під впливом бойових стрес – факторів, які чинять злам захисного шару психіки [4, с. 27]. Травми такого роду негативно впливають на психіку протягом тривалого часу, що призводить до змін особистоті бійців, перешкоджають адаптації до військової служби, а також мирного, нормального життя.

Отже, опираючись на результати досліджень, можна дійти висновку про те, що під дією стрес-факторів виникають тимчасові психологічні реакції, які в свою чергу призводять до виникнення певного психічного стану, який спонукає функціонувати психіку військовослужбовців в зовнішньому бойовому, соціально зовнішньо-груповому, а також внутрішньо-особистісному середовищах.

Зазначений процес здійснюється під дією досить тривалого, інтенсивного і потужного впливу стрес – факторів, на стадіях проходження етапів адаптації до бойової діяльності. За впливом, бойовий стрес буває конструктивним, травматичним та негативним. За рівнями низьким, середнім та високим.

Наразі, під час повномаштабного вторгнення країни-агресора, майже все населення нашої країни опинилося в епіцентрі травмуючих подій та переживань.

Травмуванню піддалися і ті, хто був свідком цих жахливих подій і ті, хто брав і бере участь у відвойовуванні і звільненні наших земель — наші захисники й захисниці. Тому, питання і проблеми діагностики і терапії гострого стресового розладу (далі ГСР) та посттравматичного стресового розладу є актуальною, як ніколи.

Посттравматичним стресовим розладом (далі ПТСР) називають психічний стан, для якого характерна наявність комплексу симптомів, які з'являються у людини в наслідок переживання екстремального травматичного

стресового впливу [10, с. 5]. Такий травматичний досвід може виникнути під час випадків сімейного чи сексуального насильств, аварій, терористичних актів, стихійного лиха, тощо. Прояви ПТСР дуже сильно впливають на функції психіки пацієнтів і обов'язково потребують професійного втручання з використанням методів психотерапії та медикаментозного лікування.

Згідно даних Блінова О. А., прояви ПТСР мають основні симптоми. До них належать повторення (вторгнення) – травматична подія нав'язливо повторюється у вигляді спогадів, нічних кошмарів, а також «флеш-бек ефектів» [10, с. 7 – 8]. Цей стан супроводжується інтенсивними негативними переживаннями, уникнення стимулів, які пов'язані з травмою в поєднанні з симптомами емоційного відчуження, реакцією так званого, емоційного «оціпеніння», а також часткової психогенної амнезії й почуттям віддаленості від інших людей та гіперактивація, яка характеризується наявністю психоемоційного збудження, що проявляється у вигляді безсоння, зниження концентрації уваги, спалахів гніву, відчуття постійної загрози. При виникненні основних симптомів формуються й додаткові, порушення в афективній і когнітивній та поведінкових сферах, що в свою чергу накладає відбиток у вигляді порушень соціального функціонування та в системі ставлення до самого себе.

Чим менші можливості для вербальної обробки й інтеграції у мовній зоні кори головного мозку при виникненні повторної травматизації, тим вищою стає небезпека. Якщо говорити простіше, чим довше продовжується період мовчання після травмуючої події, тим більшим є ризик комплексної дисоціації. Пацієнти, які набули такого досвіду, мають порушення здатності інтегрувати травматичний досвід з іншими подіями життя. Спогади про травму у таких людей складаються з інтенсивних емоцій, соматосенсорних переживань, які набувають активності під час ситуацій, які нагадують про травму. Так як травматичні спогади не інтегруються в когнітивну схему, вони не змінюються з часом. Це є причиною «застигання» таких пацієнтів в травмі «тут і зараз», тоді, коли в нормальному стані травматична або взагалі, ситуація сприймається як

те, що належить минулому. Пізніше відбувається певний обмін між нав'язливими думками про травму та реакціями на візуальні, аудіальні та кінестетичні сигнали. Втрачається грань між нейтральними і попереджувальними знаками навколишнього середовища. Наприклад, при оцінці невинного звукового сигналу, що надходить у головний мозок, задіюється досвід, пов'язаний з пережитою і недостатньо інтегрованою стресовою ситуацією [6]. При цьому відбувається швидке та інтенсивне реагування вегетативної й соматичної систем, яке випереджає тілесні реакції, які зазвичай виконують функцію системи раннього сповіщення наближення умовної загрози. Це призводить до втрати впливу фізичних сигналів над емоційними станами, як наслідок втрачається їх можливість служити орієнтирами при будь-якій активності чи діяльності. Таким чином, звичайні, нормальні фізичні відчуття наділяються певним загрозливим змістом. Як результат, особиста фізична активність сприймається, як джерело страху.

Основним чинником адаптації та відновлення функціонування пацієнтів з ПТСР є навчання визначенню власних потреб, способам їх задоволення, а також плануванню власних дій особистості. Для цього потрібно навчитися проводити так званий «уявний експеримент» – розглядати широкий спектр своїх можливостей до початку дій. Складність полягає в тому, що людина, яка пережила травмуючу ситуацію, втрачає цю здатність – фантазування чи програвання в уяві різних варіантів. Як показує практика, коли травмовані люди дозволяють собі фантазувати, у них з'являється сильна тривога, що «бар'єри», що охороняють їх від спогадів про травму, можуть бути зруйновані [7, с. 150].

Щодо лікування хворих з ПТСР, то воно має надаватися максимально в ранні строки після травмуючої події, по можливості, і включати в себе медикаментозну й немедикаментозну терапію, психотерапію та психокорекцію. Як правило лікування має тривалий характер. Якщо говорити про фармакологічне лікування такої категорії пацієнтів, то воно визначається особливостями клінічної картини посттравматичного розладу, наявністю

розладів роботи внутрішніх органів та систем. Також враховуються особистісні та фізіологічні особливості пацієнтів. Застосовуються переважно антидепресанти.

2.2. Специфіка впливу різних видів війн на формування і розвиток ПТСР

Синдром війни спостерігається у багатьох ветеранів, які брали участь у воєнних конфліктах з другої половини минулого та початку 21 сторіччя і має специфічну симптоматику, до складу якої входить ПТСР. Загальними факторами їх формування є поєднання таких чинників, як загроза життю і безпеці, «ворожа територія», постійна напруга і втома, наявність бойових уражень (бойова психічна й бойова фізична травми), низький рівень підтримки суспільства й мотивації в цілому. Слід зазначити, що кожна війна відрізняється своїм набором симптомів і має свою специфіку і прояви у учасників різних військових конфліктів.

Певні специфічні прояви ми можемо спостерігати на прикладі гібридної війни, яка почалася в 2014 році на території нашої держави. За своїм характером її можна охарактеризувати як високотехнологічний конфлікт, який істотно відрізняється від поняття «класичної» війни. У гібридній війні поєднуються не тільки бойові дії. Під дією ворога опиняється економіка та політика. Задіяні дипломатичні, інформаційні, психологічні, сфери. Як правило, кібернетичними, когнітивними методами впливу, які комплексно призводять до системної дестабілізації в усіх сферах життя і діяльності держави, яка є об'єктом агресії, та її населення.

Складність і специфіка гібридної війни полягає в тому, що така війна не оголошується, а тому, не може закінчитися класично, тому набуває довготривалого характеру зі змінною інтенсивністю. Під час такої війни задіяне не тільки все населення країни, але й все міжнародне співтовариство.

Велика кількість інформації у вільному доступі, підвищення використання електронних засобів відображення, нової військової техніки та інших засобів

масового ураження – сукупність цих факторів надмірно перевантажує сенсорну систему військових, що призводить до надмірного прояву нових типів синдрому, що в свою чергу посилює та формує ПТСР. Велику роль відіграє різноманіття електронних пристроїв (гаджетів), за допомогою яких здійснюється постійний доступ до джерел різноманітної інформації, яка може носити і деструктивний характер. Для порівняння можна взяти приклад В'єтнамської війни, коли комбатанти зтикалися з негативною реакцією вже після повернення з зони бойових дій. Наразі, будь-яка інформація поширюється дуже швидко, за лічені години. В не рідких випадках вона носить дискредитуєчий або маніпулятивний характер керівництва, підрозділів, установ та ін. Тому військові схильні до негативного впливу вже на самих ранніх етапах підготовки, при перебуванні безпосередньо в зоні бойових дій, а також при поверненні. Саме такі негативні інформаційні впливи можна розцінювати як окремий вид іноваційної зброї, яка набуває масового впливу, що веде до додаткового травмування військових і суспільства в цілому.

Результатом такого впливу є формування нових поведінкових та психологічних особливостей, пов'язаних з ураженням сенсорної, гематологічної систем, порушень зорових аналізаторів, нейроендокринної функції, тощо. Все це відбувається у «зв'язці» з ПТСР, а також з іншими «класичними» проявами. Небезпека такого синдрому полягає в тому, що він може розвинути не тільки після повернення, але й безпосередньо, під час виконання служби, що в свою чергу накладає негативний відбиток на виконання бойових завдань. В такому випадку, соматопсихічний стан бійців вже порушений.

Опираючись на твердження Тімченко О. В., можна виділити стадії розвитку ПТСР: «пред-ПТСР»; «м'який ПТСР» та «сформований ПТСР» [5, с. 115]. Для першої стадії характерній скритий перебіг. Друга фаза характеризується не значними, соматичними проявами, які як правило можна діагностувати медичним інструментальним шляхом та методом лабораторних досліджень. Третя фаза полягає у багатосимптомних проявах розладу, який при

відсутності терапії трансформується у ПТСР.

За визначенням Широбокова Ю. М., можна виділити типи відношення до війни: «воїни за покликанням», «воїни по обов'язку», «озброєні миротворці», «ті, хто професійно працюють на забезпечення армії і війни», «паціфісти», «антивоєнна людина» і інші [1, с. 254].

За результатами досліджень та спостережень авторів, була розроблена модель формування ПТСР сучасних війн та конфліктів.

При вступі на військову службу відбувається «нульовий» етап. Велику роль на цьому етапі відіграє навіть саме отримання повістки, виклик до ТЦК, проходження комісії, прибуття до пункту збору, а потім до учбової частини. Тривожність призивника посилюється зміною звичайного укладу життя людини, а також відсутністю інформаційної складової, стосовно нового. Знову ж, велику роль в цьому відіграє інформаційна складова, отримана з новин, пабліків, фільмів про те, що відбувається в бойових зонах. Не останню роль в формуванні фази «пред-ПТСР» відіграють фобії, рівень розвитку інтелекту і психіки особистості, її власний досвід. Для цієї фази характерна індивідуальна зміна і зниження адаптивних можливостей.

На першому етапі, «підготовчому», новобранці, як правило, проходять бойову підготовку в умовах, максимально наближених до тих, які відбуваються в зоні бойових дій. Проводяться стрільби, тактичні навчання, бойові злагодження, які по закінченню навчань закріплюються перевітками. На цьому етапі формується нове уявлення про війну, своєї участі в ній, її особливості. Відбувається потужне надходження нової інформаційної складової, яка сприяє адаптації до цих умов. Якщо підходи навчання правильні – адаптаційна здатність підвищується, якщо ж ні, тоді під дією тривожності, може відбутися посилення страхів людини.

Також, важливою особливістю є місце дислокації військовослужбовців в бойовій зоні. Вона поділена на лінію зіткнення, а також на 2 та 3 лінії оборони. Військовослужбовці, які виконують завдання на лінії зіткнення і в кризових зонах, однаково підвладні стресовим чинникам, тому вірогідність формування

ПТСР у тих чи інших є однаковою. Під дією травмуючих чинників різної інтенсивності після прибуття до лінії зіткнення, у комбатантів може сформуватися гостра стресова реакція або стресовий розлад і якщо у людини попередньо вже був сформований ПТСР, він може підсилитися і активно проявитися. «М'яка» фаза може і не сформуватися, якщо інтенсивність стресових факторів перевищує особисту психологічну стійкість комбатанта. Недооцінка ступеню гострої бойової стресової реакції та рівень копінг-поведінки військового (або форма поведінки) можуть призвести до дезадаптації в подальшому.

Одним з супутніх моментів перебування на полі бою є підсилення очікуваних страхів, зокрема, страх смерті, поранень, болю. Близько 90% військовослужбовців відчують в бою страх в явно вираженій формі. При цьому у 25% з них страх супроводжується нудотою, блювотою, у 20% – нездатністю контролювати функції сечовипускання і кишківника. Низкою досліджень встановлено, що приблизно 30% комбатантів відчують найбільший страх перед боєм, 35% – в бою і 16% – після бою [14].

Страх перед невідомим, як правило, наростає до бою та набуває різних проявів вже після нього. Важливу роль грає отримання бойових травм фізичних та психічних. Вони можуть поєнуватися, також комбатант може отримати стрес-шок різний за інтенсивністю.

За допомогою досліджень встановлено, що складна бойова обстановка викликає серйозні психологічні розлади, і повну втрату боєздатності на певний час у комбатантів зі слабким типом нервової системи. В аналогічних умовах комбатанти із середнім типом нервової системи знизять активність бойових дій лише на короткий час. Комбатанти з сильним типом нервової системи не піддаються відчутному психо-травмуючому впливу бойового середовища. Залежно від індивідуальних якостей особистості, їх приблизно стресовий розлад може мати накопичувальний характер, розвиватися або не розвиватися (компенсуватися) майже зовсім. За даними дослідників Німеччини та США (Е. Дінтер, Р. Свонк, У. Маршал) процес адаптації до бойових дій триває 15-25

дів, після чого настає «пік моральнопсихологічних можливостей», після 35 дів перебування на полі бою у людини розвиваються психічні розлади. Проте, дослідження «афганської» війни, за твердженнями Кривокінь Н. І., можуть скоригувати інформацію стосовно адаптивних можливостей військовослужбовців під дією бойового стресу. «Упродовж 6-ти місяців перебування в бойовій обстановці у 20,3% бойового контингенту підвищуються адаптивні здібності особистості, бійці стають стійкими, обстріляними, здатними успішно протистояти противнику. У 42,6% воїнів немає помітних емоційно-поведінкових змін. Однак у 36,1% виникає «стійка соціально-психологічна дезадаптація» [32, с. 169]. У бойових підрозділах, що беруть участь у боях протягом 7-ми місяців – 1-го року кількість солдатів і офіцерів з підвищеною адаптивністю до бойових екстремальних впливів зменшувалася до 5,8%, і, навпаки, «стійка дезадаптація» — порушення здатності адаптуватися до небезпек і гніту війни — була відзначена в 61,1%. Перебування більше року в бойовій обстановці створює таку «особистісну дезадаптацію» у 83,3%; через рік ні в кого вже не зберігається підвищена адаптованість до бойового стресу» [32].

Третім етапом є етап повернення. Якщо ПТСР виявлений, тоді комбатант проходить фазу лікування, реабілітації, супровід до повного одужання. Якщо ж ПТСР є в наявності, але поки ще не виявлений, тоді він починає проявлятися різноманітними наслідками у вигляді поведінкових особливостей: підвищена демонстративність поведінки, втома, апатія, виражені страхи, агресивність, спалахи гніву, конфліктні ситуації в сім'ї, соціумі, підвищена підозрілість, не рідкі зловживання алкоголем та наркотичними препаратами. Досить характерним проявом ПТСР є також почуття провини («провина вцілілого»), почуття невпевненості в собі, дереалізація пережитих подій, втрата контролю над подіями повсякденного життя, звинувачення оточуючих за пережитий на війні досвід і т.д. Навички поведінки, сформованої під дією стресових факторів, поєднуються з тими, що були сформовані раніше, до набуття бойового досвіду. Це також має вплив на процес адаптації.

Під дією ПТСР у комбатантів можуть проявлятися нові патерни поведінки:

1. Стан надломленості, якому притаманне постійне переживання страху, неповноцінності і неврівноваженості, схильність до жорстокості. Часто люди у такому стані прагнуть до усамітнення, вживають алкоголь і наркотики.

2. Схильність до інфантильних вчинків, недоречних жартів. Як правило, недооцінюється реальна загроза для власного життя.

3. Стан підвищеної агресії. Проявляється у комбатантів, які за час бойових дій виробили в собі гіперагресію. Вони небезпечні і для себе, і для оточуючих, особливо коли в руках у них зброя.

В реаліях сучасної війни, варто виділити комбатантів, які несуть службу не безпосередньо в зоні бойових дій, але працювали з високоточною та високовартісною зброєю. Як правило, це оператори безпілотних літальних апаратів (далі бпла), пілоти. В цьому випадку ситуація використання такого виду зброї може підсилювати когнітивний дисонанс між обстановкою в якій знаходиться оператор бпла та оператор, який обробляє інформацію з бпла і тією інформацією, яку вони отримують через засоби відображення інформації. Особливо, коли вони безпосередньо спостерігають в реальному часі результати нанесених ними фізичних ушкоджень / втрат особам, які стали об'єктом їх дій з усвідомленням реальності наслідків і ступеня власної відповідальності.

Важливими факторами, які сприяють накопиченню стресу є застосування електронних засобів відображення, таких як тепловізори та прилади нічного бачення. Використання такого устаткування є необхідною складовою для збереження життя військових і контролю за діями ворога. Але така «віртуальна реальність» чинить додатковий, негативний вплив на нервову й сенсорну систему, зокрема. Володіння знаннями з використання такої техніки, страх за своє життя, страх перед потраплянням у полон, матеріальна відповідальність, відповідальність за життя колег – сукупність цих особливостей призводить до додаткових ускладнень перебігу ПТСР.

Висновки до розділу 2

Отже, вплив бойового стресу формує психічну бойову травму, яка вражає

психіку комбатантів. Також бойова психічна травма руйнує базові цінності та формує патологічні механізми регуляції поведінки під впливом бойових стрес – факторів, які чинять злам захисного шару психіки. З плином часу, травми такого роду здатні формувати розвиток посттравматичного стресового розладу.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – стійка реакція на травмівну подію. ПТСР може розвинути після випробування (травмівної події), під час якого людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу своєму життю чи життю іншої людини. Тривалість та інтенсивність досвіду такого роду здатні визначати ступінь розвитку ПТСР. Проявом ПТСР можна вважати симптоми, які тривають більше місяця до півроку. А саме: травматична подія нав'язливо повторюється у вигляді спогадів, нічних кошмарів, а також «флеш-бек ефектів» і супроводжується інтенсивними негативними переживаннями, уникненням стимулів, які пов'язані з травмою в поєднанні з симптомами емоційного відчуження, реакцією так званого, емоційного «оціпеніння», а також часткової психогенної амнезії й почуттям віддаленості від інших людей та гіперактивація, яка характеризується наявністю психоемоційного збудження, що проявляється у вигляді безсоння, зниження концентрації уваги, спалахів гніву, відчуттям постійної загрози.

При виникненні основних симптомів формуються й додаткові, порушення в афективній і когнітивній та поведінкових сферах, що в свою чергу накладає відбиток у вигляді порушень соціального функціонування та в системі ставлення до самого себе.

Основним чинником адаптації та відновлення функціонування пацієнтів з ПТСР є навчання визначенню власних потреб, способам їх задоволення, а також плануванню власних дій особистості. Щодо лікування хворих з ПТСР, то воно має надаватися максимально в ранні строки після травмуючої події, по можливості, і включати в себе медикаментозну й немедикаментозну терапію, психотерапію та психокорекцію. Як правило лікування має тривалий характер.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СМИСЛОЖИТТЄВИХ ОРІЄНТАЦІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПТСР

Розділ присвячено методикам, які було обрано для проведення дослідження. Також тут будуть описані етапи дослідження та процедури його проведення.

В даному розділі представлено емпіричне дослідження зміни та різниці ціннісно–сміслової сфери особистостей, які пережили травмуючий досвід. Набуті під час життя до травмуючої події смисли та цінності зазнають змін або втрачаються при потраплянні в нову ситуацію. Через вимушеність вибору нових підходів для досягнення та встановлення нових смислів та цінностей, особистість може переживати внутрішній конфлікт. Через появу й підвищення тривожності, зниження віри в себе й оточуюче середовище, образи на себе та інших, змінюється самовідношення особистості. З'являється знесилення, безпорадність, почуття неможливості впливати на власну долю. Але варто зазначити й формування нових новоутворень ціннісно–сміслової сфери, які формують стресостійкість, зрілість, допомагають більше цінувати смисли та цінності буття.

В опитуванні брало участь 24 респонденти. Вік респондентів складав 20 – 65 років. Під час дослідження респондентів було поділено на 2 групи: цивільне населення та військові.

До групи цивільного населення відноситься 11 опитуваних. У дослідженні приймали участь респонденти різного роду діяльності, зокрема медики, викладачі, продавці, пенсіонери, інженери.

До другої групи належать діючі військовослужбовці ЗСУ та працівники ДСНС, які знаходилися й знаходяться у місцях проведення бойових дій.

3.1. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР

Для проведення дослідження було використано «коротку шкалу тривоги, депресії та ПТСР», яка призначена для виявлення первинних симптомів у осіб, які пережили психічні травми різного виду. Це один з інструментальних

методів дослідження, який дає змогу виявити та дати оцінку наявності, інтенсивності тривожних, депресивних симптомів, а також симптомів ПТСР (спочатку вона була призначена для виявлення саме ознак ПТСР). Шкала широко використовується практичними психологами, клінічними психологами, а також лікарями. Її було створено у США, 1996 року. Адаптація та переклад було виконано І. О. Котенєвим, того ж року.

Простота й доступність даного методу діагностики полягає у невеликій кількості конкретних запитань, передбачаючи конкретні відповіді, що дає змогу з легкістю використовувати її в роботі з пацієнтами різних категорій (вікових, соціальних), використовуючи її навіть в «польових» умовах.

Депресивні, тривожні розлади й ПТСР досить часто мають взаємопов'язану симптоматику й присутність цього фактору може значно ускладнювати діагностику та лікування. Саме тому, використання певної шкали дає змогу дати структуровану оцінку симптомів й дає можливість оцінити ефективність лікування у майбутньому.

Отже, враховуючи вищезазначену інформацію, можна вказати на важливість та необхідність комплексного підходу до діагностики й лікування роду комплексу опитувань персоналу (з метою виявлення особистостей з груп ризику, наприклад), а також з самодіагностичною метою.

«Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» складається з:

1. реєстраційного бланку, де вказується П. І. Б. респондента, вік, стать, дата обстеження, спеціальність (підрозділ та звання для військових);
2. інструкції: «З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж зазвичай, наступні стани? Оберіть тільки 1 варіант відповіді («так» або «ні») та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка»;
3. з десяти питань стосовно наявності чи відсутності: напруженості, роздратування, вторгнення у свідомість

неприємних образів чи спогадів про інцидент, неувважності або поганого зосередження уваги, присутності сильного смутку або печалі, сильної втоми або нестачі енергії, потрясіння чи паніки, прагнення уникати всього, що нагадує про травмуючу подію чи інцидент, труднощами з засинанням або погіршенням сну, зниженням інтересу до життя або звичайної діяльності (в тому числі й професійної).

Для обробки результатів опитування використовується інтерпретація: проводиться простий підрахунок позитивних відповідей. Наявність трьох відповідей «так», говорить про «порогове» значення, про наявність порушень психічного стану є 4 і більше відповідей «так». Таким чином, чим більше відповідей «так» дає респондент, тим більше в нього виражені негативні наслідки травматизації психіки (тривога, депресія, ПТСР) [39, с. 135].

3.2. Інтерпретація результатів опитування за «Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР»

В опитуванні брало участь 24 респонденти, серед яких було 7 жінок (29,2%) та 17 чоловіків (70,8%). Вік респондентів складав 20 – 65 років. Під час дослідження респондентів було поділено на 2 групи: цивільне населення та військові.

До групи цивільного населення відноситься 11 чоловік (45,8%), з яких 6 (25%) респондентів жіночої статі і 5 (20,8 %) чоловічої (див. табл. 3.1.). У дослідженні брали участь респонденти різного роду діяльності, зокрема медики, викладачі, продавці, пенсіонери, інженери.

Таблиця 3.1.

Таблиця кількості статевого співвідношення респондентів опитування

жінки	чоловіки
7	17
29.2%	70,8%

До другої групи належать діючі військовослужбовці ЗСУ та працівники ДСНС. Серед них 9 військовослужбовців діючого бойового підрозділу ЗСУ (37,5%) та 4 (16,6%) працівники ДСНС, які знаходилися й знаходяться у місцях проведення бойових дій.

Згідно опитувальника «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» вдалося отримати та інтерпретувати дані стосовно наявності–відсутності ПТСР та супутніми йому тривожними і депресивними симптомами. За шкалою виявилось, що відсутність проявів ПТСР, тривожності та депресивного стану спостерігається у 11 респондентів (45,8%), 3 з яких належать до цивільних верств населення й 8 до військових та працівників ДСНС (4 працівника ДСНС та 4 військовослужбовців ЗСУ).

Наявність проявів ПТСР, тривожності та депресивного стану виявлено у 13 учасників дослідження (54,1%), серед яких 8 цивільних та 5 військових (5 військовослужбовців ЗСУ). Зведені результати позначені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Таблиця наявності – відсутності проявів ПТСР респондентів

група респондентів	наявність ПТСР	відсутність ПТСР
військові	5	8
цивільні	8	3
%	54.1%	45.8%

Опитувальник «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» складається з 10 питань. Згідно отриманих статистичних даних:

1. нездатність розслабитися (або напруженість) відчувають 9 респондентів (37,5%), 15 (62,5%) учасників дослідження таких проблем не мають;
2. роздратування або поганий настрій мають 10 (41,7%) опитуваних, у 14 (58,3%) респондентів скарги такого роду в період проведення дослідження були відсутні;

3. вторгнення у свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент спостерігалось у 8 (33,3%) опитуваних, у 16 (66,7%) вони були відсутніми;
4. на неуважність і погане зосередження уваги покаржилось 11 (45,8%) респондентів, у 13 (54,2%) вони були відсутні;
5. почуття сильного смутку й печалі спостерігалось у 6 (25%) учасників, у 18 (75,0%) учасників вони відсутні;
6. відчуття сильної втоми та нестачі енергії мало місце у 13 (54,2%) опитуваних, у 11 (45,8%) вони були відсутні;
7. потрясіння або паніка були присутні у 6 (25,0%) респондентів, у 18 (75,0%) респондентів цей показник був відсутнім;
8. прагнення уникати всього, що нагадує про травмуючу подію відзначалося у 6 (25,0%) учасників, у 18 (75,0%) учасників воно не відзначалося;
9. труднощі з погіршенням засинання або погіршення сну спостерігалось у 9 (37,5%) респондентів, у 15 (62,5%) вони виявлені не були;
10. зниження інтересу до життя, до звичайної діяльності, у тому числі й професійної спостерігалось у 6 (25,0%) опитуваних, у 18 (75,0%) респондентів скарги такого роду були відсутні.

Загальні статистичні дані результатів опитування за «Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР» позначені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Загальні статистичні дані результатів опитування за «Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР»

№ п.п.	П. І. Б.	СТАТЬ	ВІК	спеціальність	відсутність тривоги, депресії, ПТСР	наявність тривоги, депресії, ПТСР
1.	Л.А.В.	ж	38	викладач		4
2.	І. В.	ж	39	реабілітолог		5
3.	О. С.	чол.	38	продавець		5
4.	О. В.	ж	44	продавець		4
5.	Т. Г.	ж	65	пенсіонер		4
6.	А. В.	чол.	41	нач. кафедри ППБ ЖДН (полковник)	1	
7.	М. В.	чол.	31	викладач кафедри ППБ ЖДН (капітан)	0	
8.	І. Г.	чол.	49	інженер ОП	2	
9.	Д. К.	ж	47	викладач	0	
10.	Д. Г.	чол.	59	професор	0	
11.	Є. М.	чол.	37	інженер мережевого обладнання		6
12.	Т. С.	чол.	44	заст. нач. кафедри ППБ ЖДН (полковник)	1	
13.	В. С.	чол.	37	інженер (рядовий)		10
14.	В. В.	чол.	24	(рядовий)		7
15.	М. К.	ж	25	в.медик	0	
16.	Р. І.	чол.	46	рядовий	3	
17.	В. В.	чол.	42	ст. солдат	1	
18.	Б. В.	чол.	28	серж.	0	
19.	С. В.	чол.	34	мол. лейт.		4
20.	А. І.	ж	40	лікар		5
21.	Д. К.	чол.	20	студент		8
22.	М. О.	чол.	40	інструктор (сержант)		7
23.	О. В.	чол.	27	оператор птрк (ст. солдат)		4
24.	П. О.	чол.	30	електрик	1	

3.3. Методика дослідження смисложиттєвих орієнтацій особистості за опитувальником Д. О. Леонтєєва

Тест смисложиттєвих орієнтацій являється адаптованою версією тесту «Ціль в житті» Дж. Крамбо та Л. Махеліка (PIL, Purpose-in-Life Test). [40] У 1986 – 88 р. тест було адаптовано Д. О. Леонтєєвим. Тест дає змогу дослідити уявлення респондентів про їх майбутнє життя характеризуючи осмисленість життєвої перспективи, наявність чи відсутність цілей у майбутньому, задоволеність життям, інтерес до життя, сприйняття і уяву про себе, як про сильну й активну особистість, яка здатна самостійно контролювати своє життя і приймати рішення [40].

Тест СЖО включає в себе субшкали:

1. Цілі в житті (відсутність або наявність комплексу цілей на майбутнє);
2. Результативність життя (задоволення самореалізацією);
3. Процес життя (насиченість, емоційність, інтерес життя);
4. «Локус контролю – життя» (контроль над власним життям або віра у фатум);
5. «Локус контролю – Я» (рівень уяви про себе, як про сильну особистість).

Інструкція тесту. Респондентам запропоновані пари протилежних тверджень. Завданням опитуваних являється вибрати одне з двох тверджень, яке на їх думку, відповідає дійсності й позначити однією з цифр 1, 2, 3, де 1 – мінімальний бал, а 3 – максимальний. Якщо обидва з тверджень для респондента вірні, тоді відмічається 0.

Ключі до методики. «Під час обробки результатів, виконується підсумовування числових значень для всіх 20 шкал й сумарний бал переводиться в стандартні значення. Підрахунок балів переводять відмічені респондентом позиції на симетричній шкалі (3 2 1 0 1 2 3) в оцінки за

висхідною чи низхідною асиметричною шкалою за правилом: у висхідну шкалу переводять 1234567, переводяться пункти 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17. У спадну шкалу 7654321, переводять пункти 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20. Висхідна градація від 1 – 7, чергується з низхідною 7 – 1. Максимальний бал 7 відповідає полюсу наявності мети в житті, а мінімальний бал 1, полюсу її відсутності. Після переведення всіх 20 пунктів у низхідні та висхідні шкали, за відповідними субшкалами підсумовуються бали й вносяться в таблицю окремо.

Субшкали:

1. Цілі – підраховується з підсумком пунктів (далі пп) 3, 4, 10, 16, 17, 18.
2. Процес пп – 1, 2, 4, 5, 7, 9.
3. Результат пп – 8, 9, 10, 12, 20.
4. Локус контролю – Я пп – 1, 15, 16, 19.
5. Локус контролю – життя пп – 7, 10, 11, 14, 18, 19.

Інтерпретація результатів.

«Цілі в житті» характеризують наявність або відсутність у житті респондента цілей у майбутньому, які надають життю осмисленості, спрямованості і часової перспективи. низькі бали за цією шкалою будуть властиві людині, яка живе сьогоднішнім або вчорашнім днем. Високі бали за цією шкалою свідчать про цілеспрямованість людини, а також про відсутність реальної опори для втілення планів і відсутністю відповідальності за їх втілення. Такі два випадки можна розрізнити, враховуючи показники по інших шкалах СЖО.

Процес життя (інтерес або емоційна насиченість життя). Такий показник вказує на здатність сприйняття власного життєвого процесу життя цікавим, наповненим змістом й емоційно насиченим. Високі бали (при низьких балах за іншими шкалами) свідчать про гедонізм, свідчать про те, що людина живе сьогоднішнім днем. Низькі бали свідчать про присутність незадоволеності своїм життям на даний момент, але спогади про минуле або спрямованість у майбутнє, надають людині повноцінного сенсу.

Задоволення самореалізацією або результативність життя. Шкала відображає

оцінку людиною пройденого відрізка життя й осмисленість продуктивності його прожитої частини. Високі бали за цією шкалою, при низьких балах інших шкал, вказують на доживання людиною свого життя, у якої все залишилося в минулому. При цьому минуле надає смислу залишку життя людини. Низькі бали є прямим свідченням незадоволеності людиною прожитим відрізком життя.

Локус контролю – Я. Високі бали характеризують наявність у респондента уявлення про себе, як про господаря свого життя, сильну особистість, яка має свободу вибору й будує своє життя згідно своїм уявленням і цілям. Низькі бали свідчать про невіру у свої сили й контроль власного життя.

Локус контролю – життя. Або керованість життям. Високі бали свідчать про присутність у людини переконань у тому, що їй дано контролювати своє власне життя, приймати рішення та втілювати їх у життя. Низькі бали говорять про віру у фатум, наявність переконаності у тому, що життя не підвладне контролю, свобода вибору має ілюзорний характер й немає ніякого сенсу щось планувати на майбутнє [40].

Необхідні для оцінки результатів норми наведені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Середні і стандартні відхилення субшкал та загальних показників ОЖ

(N – 200 чол)

Шкала	Чоловіки	Чоловіки	Жінки	Жінки
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення
1. Цілі	32, 90	5, 92	29, 38	6, 24
2. Процес	31, 09	4, 44	28, 80	6, 14
3. Результат	25, 46	4, 30	23, 30	4, 95
4. ЛК – Я	21, 13	3, 85	18, 58	4, 30
5. ЛК – Життя	30, 14	5, 80	28, 70	6, 10
6. Загальний показник ОЖ	103, 10	15, 03	95, 76	16, 54

3.4. Інтерпретація результатів тесту СЖО (за Леонтьєвим Д. О.)

За результатами дослідження респондентів умовно можна поділити на 3 групи.

До першої належать ті, хто набрав меншу кількість балів. Кількість сягнула 6 чоловік (кількість респондентів відсоткова 25,0%). За результатом попереднього тестування наявності ПТСР, у 5 учасників дослідження він був підтверджений, у 1 учасника не виявлено. Мінімальна кількість балів осмисленості життя (ОЖ) від 51 до 86. У 3 респондентів (12,5%) , спостерігалася мінімальна кількість балів у всіх 5 субшкалах: ціль в житті, процес життя, результативність життя, Локус Контроль (далі ЛК) – Я та ЛК –

життя. Низька кількість балів вказує на незадоволеність своїм життям зараз, незадоволеність прожитою частиною життя, присутність зневіри в свої власні сили, можливості самому контролювати своє життя, віра в фаталізм, впевненість в тому, життя людини не підвладне їй самій, свобода вибору має ілюзорний характер і не має сенсу щось планувати на майбутнє. У 1 респондента (0,41%) з виявленим ПТСР, знижені показники субшкали «ЛК – Життя», що свідчить про впевненість у фаталізмі, та відсутність переконань у подальшому плануванні майбутнього. Ще 1 респондент (0,41%) з виявленим ПТСР, набрав мінімальну кількість балів у субшкалах ціль, процеси життя та результативності життя. Що свідчить про ознаки незадоволення прожитої частини життя та життя у сьогоднішній день, але при цьому, націленість на майбутнє здатна надавати повноцінного сенсу життя. Учасник дослідження без виявленого ПТСР (0,41%) мінімальну кількість балів набрав за субшкалами процесу та ЛК–Життя. Що є ознакою незадоволення життям у сьогоднішній день та впевненості в тому, що життя людини не підвладне свідомому контролю.

До другої групи належать досліджувані з середньою кількістю балів ОЖ (від 88 до 110 балів). До цієї категорії респондентів входить 15 чоловік (62,5%), з них, у 7 опитуваних (29,1%) наявні ознаки ПТСР згідно результатів попереднього опитування. У 8 учасників дослідження (33,3%) ознаки ПТСР, на момент проведення дослідження, відсутні.

У 2 опитуваних без ознак ПТСР (0,83%) спостерігалось зниження балів субшкали процес життя, у 1 з них (0,41%) також було знижено бали субшкали ЛК – Життя. Зниження балів субшкал цих показників свідчить про те, що респонденти не задоволені своїм сьогоднішнім життям, однак при цьому, їм можуть надавати повноцінного сенсу згадки про минуле або націленість у майбутнє. Іншими словами, людина може бути не задоволеною положенням речей на сьогоднішній момент, але вона може планувати щось, що здатне покращити її майбутнє, при цьому задіюючи свій минулий досвід. У другому випадку (ЛК – Життя) зниження балів говорить про впевненість у

непідвладності свідомому контролю власного життя та ілюзорності свободи вибору, безглуздості планування чогось на майбутнє.

Серед інших 7 (29,1%) респондентів з ознаками ПТСР (згідно проведення опитування за допомогою «Короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР»), було виявлено низькі бали у субшкалах «ЛК – Життя», 1 чоловік (0,41%), «Ціль життя», 2 респонденти (0,83%), «Результат життя», 1 респондент (0,41%), «Процес життя», 1 респондент (0,41%), «ЛК– Я», 1 респондент (0,41%). Низькі бали свідчать про властивість людей, які живуть вчорашнім та сьогоднішнім днем, незадоволені своїм сьогоднішнім, при цьому, спогади про минуле та спрямованість у майбутнє можуть надавати йому повноцінного сенсу. Також, низькі показники цих субшкал говорять про незадоволеність респондентів прожитим відрізком свого життя, невіру у свої сили контролювати події власного життя, вірою у фаталізм та переконання у тому, що свідоме керування своїм власним життям неможливе.

Показники інших шкал, окрім зазначених вище, з мінімальною кількістю балів, сягають середнього рівня, що відповідає нормам таблиці середніх та стандартних відхилень субшкал і загального показника ОЖ (N=200 чол).

До третьої групи відносяться 3 респонденти (12,5%), які набрали максимальну кількість балів ОЖ (118 – 137). З них, 1 респондент (0,41%) мав ознаки наявності ПТСР, згідно попереднього тестування. У інших 2 респондентів (0,83%) ознаки наявності ПТСР відсутні. Високі бали у субшкалах свідчать про цілеспрямованість особистості, сприйняття нею свого життя, як цікавий процес, що наповнений змістом і насичений емоційно. Людина здатна оцінювати пережитий життєвий досвід, його продуктивність і осмисленість. Має уявлення про себе, як про сильну особистість, яка має свободу вибору й здатна будувати своє життя згідно своїм цілям і планам.

Отже, згідно отриманих результатів опитувальника по СЖО, кількість респондентів з виявленим ПТСР має низьку кількість балів ОЖ і сягає кількості 5 чоловік (20,8%). Середня кількість балів у 7 респондентів (29,1%) з

виявленим ПТСР. Високий рівень балів набрав 1 (0,41%) респондент з виявленим ПТСР.

Опитувані без наявності ознак ПТСР мали низький показник ОЖ у кількості 1 (0,41%) респондента. Середня кількість балів у 8 чоловік (33,3%) без наявних ознак ПТСР. Високий рівень балів виявлено у 2 (0,83%) респондентів. Загальний аналіз значень смисложиттєвих орієнтацій по групам та загальні результати тесту СЖО за Леонтьєвим О. Д. усіх опитуваних, представлені в таблицях 3.5. та 3.6. розділу.

Таблиця 3.5.

Загальний аналіз значень смисложиттєвих орієнтацій опитуваних з ПТСР і без ПТСР (тест СЖО Леонтьєва Д. О.)

Групи показників балів по ОЖ	Респонденти з ПТСР	відсоткова кількість	Респонденти без ПТСР	відсоткова кількість
Низька	5	20,8 %	1	0,41 %
Середня	7	29,1 %	8	33,3 %
Висока	1	0,41 %	2	0,83 %
Загальна кількість	13	50,31 %	11	34,54 %

Таблиця 3.6.

Таблиця інтерпретації результатів тесту по СЖО (Леонт'єв Д. О.)
респондентів з наявністю та відсутністю ПТСР

№ пп	П.І.Б	Наявність ПТСР	Ціль	Процес	Результат	ЛК- Я	ЛК- життя	Заг. ОЖ
1.	Л. А. В.	так	27	28	26	20	29	100
2.	І. В.	так	28	24	26	17	26	93
3.	О. С	так	16	10	10	6	10	52
4.	О. В.	так	38	21	29	24	38	118
5.	Т. Г.	так	42	30	22	22	22	97
6.	А. В.	ні	42	41	34	28	42	137
7.	М. В.	ні	27	22	26	17	12	72
8.	І. Г.	ні	30	25	24	21	23	90
9.	Д. К.	ні	42	40	34	26	42	137
10.	Д. Г.	ні	35	33	26	24	33	110
11.	Є. М.	так	28	27	25	18	23	86
12.	Т. С.	ні	38	27	29	23	27	104
13.	В. С.	так	27	27	14	21	28	88
14.	В. В.	так	24	24	20	19	25	82
15.	М. К.	ні	38	35	25	24	37	116
16.	Р. І.	ні	31	26	23	24	25	98
17.	В. В.	ні	38	27	29	23	27	104
18.	Б. В.	ні	28	25	26	18	27	89
19.	С. В.	так	40	29	26	21	30	105
20.	А. І.	так	31	20	21	19	34	90
21.	Д. К.	так	23	18	18	15	19	70

22.	М. О.	так	15	13	10	7	13	51
23.	О. В.	так	24	30	26	15	25	93
24.	П. О.	ні	29	27	23	19	31	93

3.5. Розрахунок статистичних значимостей відмінностей груп по t – критерію Стьюдента

Учасників дослідження було поділено на 2 групи: 1. Досліджувані з наявним ПТСР;

2. Досліджувані без ПТСР.

За допомогою методів статистичної перевірки гіпотез, а саме критерію t – Стьюдента, проведено перевірку рівності середніх значень у 2 вибірках за всіма субшкалами тесту СЖО Леонт'єва Д. О. Далі табл. 3.7 – 3.12.

Таблиця 3.7.

1. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою СЖО «Ціль»

Ціль (досліджувані з ПТСР)	Ціль (досліджувані без ПТСР)
27	42
28	27
16	30
38	42
42	35
28	38
27	38
24	31
40	38
31	28
23	29
15	
24	

$$t_{\text{емп.}} = -2.26501$$

$$t_{0.01} = 2.8188$$

$$t_{0.05} = 2.0739$$

Приймається Н1:

Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,05$.

Таблиця 3.8.

2. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою
СЖО «Процес»

Процес (досліджувані з ПТСР)	Процес (досліджувані без ПТСР)
28	41
24	22
10	25
21	40
30	33
27	27
27	35
24	26
29	27
20	25
18	27
13	
30	

$$t_{\text{емп.}} = -2.52878$$

$$t_{0.01} = 2.8188$$

$$t_{0.05} = 2.0739$$

Приймається Н1:

Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,05$.

Таблиця 3.9.

3. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою
СЖО «Результат»

Результат (досліджувані з ПТСР)	Результат (досліджувані без ПТСР)
26	34
26	26
10	24
29	34
22	26
25	29
14	25
20	23
26	29
21	26
18	23
10	
26	

$$t_{\text{емп.}} = -2.91854$$

$$t_{0.01} = 2.8188$$

$$t_{0.05} = 2.0739$$

Приймається Н1:

Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,01$.

Таблиця 3.10.

4. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою
СЖО «ЛК – Я»

«ЛК – Я» (досліджувані з ПТСР)	«ЛК – Я» (досліджувані без ПТСР)
20	28
17	17
6	21
24	26
22	24
18	23
21	24
19	24
21	23
19	18
15	19
7	
15	

$$t_{\text{емп.}} = -2.875$$

$$t_{0.01} = 2.8188$$

$$t_{0.05} = 2.0739$$

Приймається Н1:

Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,01$.

Таблиця 3.11.

5. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою
СЖО «ЛК – Життя»

«ЛК – Життя» (досліджувані з ПТСР)	«ЛК – Життя» (досліджувані без ПТСР)
29	42
26	12
10	23
38	42
22	33
23	27
28	37
25	25
30	27
34	27
19	31
13	
25	

$$t_{\text{емп.}} = -1.42845$$

$$t_{0.01} = 2.8188$$

$$t_{0.05} = 2.0739$$

Приймається гіпотеза Н₀:

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

Таблиця 3.12.

6. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою
СЖО «Загальна ОЖ»

«Загальна ОЖ» (досліджувані з ПТСР)	«Загальна ОЖ» (досліджувані без ПТСР)
100	137
93	72
52	90
118	137
97	110
86	104
88	116
82	98
105	104
90	89
70	93
51	
93	

$$t_{\text{емп.}} = -2.24006$$

$$t_{0.01} = 2.8188$$

$$t_{0.05} = 2.0739$$

Приймається Н1:

Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,05$.

Наступним етапом дослідження було розділення респондентів на 2 групи:

1. Досліджувані ЗСУ та працівники ДСНС з ПТСП;
2. Досліджувані цивільного населення з ПТСП.

За допомогою методів статистичної перевірки гіпотез, а саме критерію t-Стюдента, проведено перевірку рівності середніх значень у 2 вибірках за всіма субшкалами тесту СЖО Леонтєва Д. О. Далі табл. 3.13 – 3.18.

Таблиця 3.13.

1. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стюдента за шкалою СЖО «Ціль»

Ціль (досліджувані ЗСУ та ДСНС з ПТСП)	Ціль (досліджувані цивільного населення з ПТСП)
27	27
24	28
40	16
15	38
24	42
	28
	31
	23

$$t_{\text{емп.}} = -0.63004$$

$$t_{0.01} = 3.1058$$

$$t_{0.05} = 2.201$$

Приймається гіпотеза Н₀:

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

2. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стюдента за шкалою
СЖО «Процес»

Процес (досліджувані ЗСУ та ДСНС з ПТСР)	Процес (досліджувані цивільного населення з ПТСР)
27	28
24	24
29	10
13	21
30	30
	27
	20
	18

$$t_{\text{емп.}} = 0.61291$$

$$t_{0.01} = 3.1058$$

$$t_{0.05} = 2.201$$

Приймається гіпотеза Н₀:

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

Таблиця 3.15.

3. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою
СЖО «Результат»

Результат (досліджувані ЗСУ та ДСНС з ПТСР)	Результат (досліджувані цивільного населення з ПТСР)
14	26
20	26
26	10
10	29
26	22
	25
	21
	18

$$t_{\text{емп.}} = -0.76238$$

$$t_{0.01} = 3.1058$$

$$t_{0.05} = 2.201$$

Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

Таблиця 3.16.

4. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою
СЖО «ЛК – Я»

«ЛК – Я» (досліджувані ЗСУ та ДСНС з ПТСР)	«ЛК – Я» (досліджувані цивільного населення з ПТСР)
21	20
19	17
21	6
7	24
15	22
	18
	19
	15

$$t_{\text{емп.}} = -0.31324$$

$$t_{0.01} = 3.1058$$

$$t_{0.05} = 2.201$$

Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

Таблиця 3.17.

5. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою
СЖО «ЛК – Життя»

«ЛК – Життя» (досліджувані ЗСУ та ДСНС з ПТСР)	«ЛК – Життя» (досліджувані цивільного населення з ПТСР)
28	29
25	26
30	10
13	38
25	22
	23
	34
	19

$$t_{\text{емп.}} = -0.21565$$

$$t_{0.01} = 3.1058$$

$$t_{0.05} = 2.201$$

Приймається гіпотеза Н₀:

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

Таблиця 3.18.

6. Статистична значимість відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалою СЖО «Загальна ОЖ»

«Загальна ОЖ» (досліджувані ЗСУ та ДСНС з ПТСР)	«Загальна ОЖ» (досліджувані цивільного населення з ПТСР)
88	100
82	93
105	52
51	118
93	97
	86
	90
	70

$$t_{\text{емп.}} = -0.38859$$

$$t_{0.01} = 3.1058$$

$$t_{0.05} = 2.201$$

Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

Висновки до розділу 3

Отже, згідно отриманих результатів опитувальника по СЖО, кількість респондентів з виявленим ПТСР має низьку кількість балів ОЖ і сягає кількості 5 чоловік (20,8%). Середня кількість балів у 7 респондентів (29,1%) з виявленим ПТСР. Високий рівень балів набрав 1 (0,41%) респондент з виявленим ПТСР.

Опитувані без наявності ознак ПТСР мали низький показник ОЖ у кількості 1 (0,41%) респондента. Середня кількість балів у 8 чоловік (33,3%) без наявних ознак ПТСР. Високий рівень балів виявлено у 2 (0,83%) респондентів.

Далі, респондентів було поділено на 2 групи: 1. досліджувані з ПТСР та 2. досліджувані без ПТСР й було проведено аналіз статистичної значимості відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалами СЖО:

«Ціль» – Приймається H_1 : Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,05$.

«Процес» – Приймається H_1 : Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,05$.

«Загальна ОЖ» – Приймається H_1 : Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,05$.

Що свідчить про перевагу у респондентів з ПТСР таких цінностей, як наявність цілей у майбутньому, які дають життю осмисленості та спрямованості. Показники субшкали «Процесу життя» вказують на те, що людина сприймає власне життя як наповнений змістом цікавий процес, емоційно насичений.

«Результат» – Приймається H_1 : Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,01$.

«ЛК– Я» – Приймається H_1 : Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,01$.

У респондентів з ПТСР переважає оцінювання пройденого життєвого відрізка та осмислення його результативності, сприйняття себе як господаря власного життя, особистість, яка має свободу вибору і яка будує своє життя згідно своїх

цілей та уявлень.

«ЛК–Життя» – Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

Наступним етапом дослідження був поділ респондентів на 2 групи:

1. досліджувані ЗСУ та ДСНС з ПТСР та
2. досліджувані цивільного населення з ПТСР.

Також й було проведено аналіз статистичної значимості відмінностей по t – критерію Стьюдента за шкалами СЖО:

Ціль, Процес, Результат, ЛК-Я, ЛК-Життя, загальна ОЖ.

Отриманим результатом було:

Приймається гіпотеза H_0 :

Статистично значимих відмінностей між результатами 1 та 2 груп немає.

Це свідчить про відсутність відмінностей між респондентами з ПТСР. Не залежно від роду їх діяльності.

ВИСНОВКИ

Збільшення кількості учасників бойових дій з діагностованим ПТСР є рушійною силою для дослідження та вивчення цього питання більш детально. Особлива увага приділяється діагностиці ПТСР, а саме його проявам, не тільки з медичної точки зору, а й соціально-психологічної. Вплив психологічних розладів такого плану на життя в соціумі та при виконанні бойових задач, спонукає до більш детального підходу у вирішенні цієї проблеми.

Підсумком впливу бойового стресу є форма психічної бойової травми, яка вражає психіку учасників бойових дій. Наявність фізичних уражень, каліцтв або їх відсутність, загроза для життя або здоров'я являється досить болючим стресовим досвідом при якому є недостатньою здатність людини інтегрувати

свої емоційні переживання. Певним чином, бойова травма допомагає адаптуватися комбатантам до чинників небезпечного середовища, але з іншого боку, вона також є причиною порушень психіки, які можуть призвести до втрати або зниження бойового потенціалу військових.

Бойовий стрес повністю відповідає загальному адаптаційному синдрому Г. Сельє і може бути розглянутим як стан психічного напруження до умов бойової діяльності у процесі адаптації з використанням ресурсного потенціалу.

Бойова психічна травма руйнує базові цінності та формує патологічні механізми регуляції поведінки під впливом бойових стрес-факторів, які чинять злам захисного шару психіки.

З часом, травми такого роду набувають форми посттравматичного стресового розладу. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – стійка реакція на травмівну подію. ПТСР може розвинути після випробування (травмівної події), під час якого людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу своєму життю чи життю іншої людини. Від ПТСР нажаль, не застрахований ніхто. Розлад може виникати у будь-кого і в будь-якому віці (навіть у дитячому). Але не в кожній особі, яка зазнала травми, розвивається різко виражений або навіть незначний ПТСР. Ступінь розвитку цього розладу та рівень його переживання, часто залежить від тривалості й інтенсивності травмівного досвіду. Діагноз «ПТСР» можна поставити у випадку проявів симптомокомплексу більше ніж місяць.

Прояви ПТСР мають основні симптоми. До них належать повторення – травматична подія нав'язливо повторюється у вигляді спогадів, нічних кошмарів, а також «флеш-бек ефектів» і супроводжується інтенсивними негативними переживаннями, уникненням стимулів, які пов'язані з травмою в поєднанні з симптомами емоційного відчуження, реакцією так званого, емоційного «оціпеніння», а також часткової психогенної амнезії й почуттям віддаленості від інших людей та гіперактивація, яка характеризується наявністю психоемоційного збудження, що проявляється у вигляді безсоння, зниження концентрації уваги, спалахів гніву, відчуттям постійної загрози.

Ціннісно–сміслова сфера (далі ЦСС) — частина особистості, яка допомагає у сприйнятті себе й оточуючого світу людиною, що в свою чергу формує поведінку людини у різних ситуаціях. У тому числі й травмуючих. Головним наслідком травми являється саме втрата чи кардинальна зміна ціннісно–сміслових орієнтацій. Це, в свою чергу, формує порушення психологічного здоров'я й нормального розвитку особистості.

Для осіб, що пережили травмуючі події, характерні ціннісні орієнтації спрямовані на зовні: бажання свободи, прямоти та нетерпимості до інших, бажання жити на власний розсуд. Дані ціннісні орієнтації були тісно пов'язаними з хронічним ПТСР. Для подолання травмуючих подій більш необхідними є внутрішні цінності, такі як бажання внутрішніх змін, саморозвиток, толерантність.

Дані наукових досліджень показали, що при успішному впровадженні травматичного досвіду в оновлену картину оточуючого середовища індивіда, цілком можливі й позитивні результати заміни цінностей. Через певний проміжок часу відмічається збільшення цінності чесності та відкритості до оточення, цінності власного життя й життя близьких людей.

Складовою ЦСС, що змінюється, є смисли і смисло-життєві орієнтації. Під час переживання травмуючої ситуації змінюється смислова структура людини. Вона намагається знайти сенс в ситуації, яка склалася й залучити це знання до власного досвіду. Так як під час травмивної події втрачається старий життєвий смисл, досить важливим завданням є формування нового життєвого смислу для подальшого життя особистості.

Отже, як можна побачити, ЦСС та її складові підпадають під високий вплив травмуючої ситуації. Травмивна подія здатна деструктивно змінювати психіку але як противагу можна відмитити й позитивний вплив після конструктивного проходження кризи людиною. Що в свою чергу допомагають особистості набуті стійкості у надзвичайних ситуаціях та стати більш свідомою та зрілою. Завдяки ЦСС, сформованої на протязі життєвого відрізка, людина здатна оцінювати себе, своє майбутнє, та оточуюче середовище.

Залежно від індивідуальних факторів ЦСС, відбувається аналіз та переробка травмуючих подій, що дозволяє виробити план подолання проблеми.

За результатами проведенного дослідження цієї наукової роботи серед військовослужбовців та цивільного населення виявлено наявність проявів ПТСР, тривожності та депресивного стану виявлено у 13 учасників дослідження (54,1%), серед яких 8 цивільних та 5 військових (5 військовослужбовців ЗСУ). Статистичний критерій значимості відмінностей між опитуваними комбатантами з ознаками ПТСР та цивільної групи населення з ПТСР, показав відсутність відмінностей між респондентами з ПТСР.

Аналіз статистичної значимості відмінностей по t-критерію Стьюдента за шкалами СЖО: «Ціль», «Процес», «Результат», «ЛК-Я», «ЛК-Життя», «загальна ОЖ». Результат показав перевагу у респондентів з ПТСР субшкал: «Ціль», «Процес» та «загальна ОЖ», що свідчить про наявність цілей у майбутньому, які дають життю осмисленості та спрямованості. Показники субшкали «Процесу життя» вказують на те, що людина сприймає власне життя як наповнений змістом цікавий процес, емоційно насичений. Також, у респондентів з ПТСР переважає оцінювання пройденого життєвого відрізка та осмислення його результативності, сприйняття себе як господаря власного життя, особистість, яка має свободу вибору і яка будує своє життя згідно своїх цілей та уявлень.

Підсумовуючи все вище сказане, можна прийти до висновку, що травматичний досвід сприяє формуванню нового життєвого смислу для подальшого життя особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців–учасників антитерористичної операції* : монографія / К. О. Краченко, О. В. Тімченко, Ю. М. Широбоков. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
2. *Психолого-корекційний практикум травм війни* : навч. посібник / Іван Сулятицький, Катерина Островська, Василь Осьодло та інші. Львів : ЛНУ імені Івана Франка., 2019. 396 с.
3. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. *Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога*. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
4. Блінов О. А. *Бойова психічна травма*: монографія / О. А. Блінов. К.: Київ: Талком, 2020. 700 с.
5. Тімченко О. В. *Синдром посттравматичних стресових порушень : концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування* : Монографія / О. В. Тімченко. Харків : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
6. Іллін Є. П. *Мотивація і мотиви* / Є. П. Іллін; переклад з рос. мови, передмова та прим. Т. Тадеєвої. Тернопіль : Навчальна книга. Богдан, 2013. 512 с.
7. Туриніна О. Л. *Психологія травмуючих ситуацій*: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с. Бібліогр.: с. 149–159.
8. *Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клін. посібник*. Харків: Арсіс, 2001. 303 с.
9. Л.О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. *Характеристики Психогенні психічні розлади* : навчально-методичний посібник. ВСВ «Медицина», 2021. 208 с.
10. Михайлова О. І. *Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях* : хрестоматія / упорядник О. І. Михайлова. Ніжин : Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 249 с.

11. Даник Ю., Малярчук Т., Бріггс Ч. (2017). *HybridWar: Hightech, інформаційні та кіберконфлікти, зв'язки*. Щоквартальний журнал, 16 (2), с. 5 – 24.
12. Грандт В. В. *Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для здобувачів вищої освіти другого магістерського рівня за освітньо-професійною програмою «Психологія»*. Запоріжжя: ЗНУ, 2023. 110 с.
13. *Війна на Донбасі: реалії і перспективи врегулювання*. Центр Розумкова. Київ. 2019. 144 с.
14. Романичін А. М., Бойко О. В., Богородизький Д. В. *Психологія бою : діяльність і команда підрозділу щодо підтримання морально – психологічного стану особистого складу в ході бойових дій: навчально-методичний посібник*, НАСВ, Львів, 2015. 322 с.
15. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. *Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник*. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
16. Блінов О. А. *Прояви посттравматичних стресових розладів / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Житомир : «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Том VII. *Екологічна психологія*. Випуск 32. с. 15–20.
17. *Світова гібридна війна: український фронт / ред. Горбулін В. П.* НІСД, Київ, 2017. 496 с.
18. Коваленко А. Б. *Соціальна психологія : підручник / А. Б. Коваленко, М. Н. Корнєв. К. : Знання, 2006. 400 с.*
19. Забродський М. М. *Основи вікової психології : Навч. посібник*. Тернопіль, 2005. с. 91-106.
20. Трофімов Ю., Рибалка В., Гончарук П. *Психологія : Підручник*. К. : Либідь, 2008. 560 с.
21. Павліченко А. *Ціннісні орієнтації у системі становлення особистості / Анатолій Павліченко // Психологія і суспільство*. 2005. № 4. с. 98-120.
22. Фромм Е. *Втеча від свободи / Еріх Фромм; перекл. з англ. М.Яковлева*. Харків: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2019. 288 с.

23. Орбан – Лембрик Л. *Особистість у контексті соціально-психологічної парадигми / Соціально-психологічний вимір демократичних перетворень в Україні /* За ред. С. Максименка, В. Циби, Ю. Шайгородського та ін. Київ : Український центр політичного менеджменту, 2003. с. 378–392.
24. Філоненко. М. *Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря :* Монографія. ЦУЛ, 2015. 334 с.
25. Шайгородський Ю. *Ціннісні орієнтації в психологічній структурі особистості.* Соціальна психологія. 2009. № 4 (36) / С.65–73.
26. Петьков В, А. *Аномалії розвитку особистості як психологічна проблема /* В. А. Петьков // *Вісник Національного університету оборони України.* 2015. Вип. 2. с. 196 – 201.
27. Литвиненко О. Д. *Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи /* О. Д. Литвиненко // *Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова.* Психологія. 2016. №1 (39). с. 180-185.
28. *Психологія переживання подій: збірник наукових праць /* за ред. М. В. Папучі. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2020. 190 с.
29. Гаврилець І. Г. *Психофізіологія людини в екстремальних ситуаціях.* Навчальний посібник. Київ: К.: ЗАТ «Віпол», 2006. 188 с.
30. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. *Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях /* В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
31. *Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика :* монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
32. Кривокінь Н. І. *Екзистенційне переосмислення травмуючого досвіду учасниками бойових дій в Афганістані: погляд через роки /* Н. І. Кривокінь // *Проблеми екстремальної та кризової психології.* 2014. №14. с.168-176.
33. Герман Д. *Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства від знуцань у сім'ї до політичного терору /* Д. Герман ; [пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак]. Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. 416 с.

34. *Особистість у кризових ситуаціях* : огляд сучасних психодіагностичних методик : навч. посіб. / авт. кол.: Н. О. Євдокимова, В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. Миколаїв : Іліон, 2016. 342 с.
35. Попов В. М. *Вплив травмуючих ситуацій на формування вивченої безпеки* / В. М. Попов // *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2015. №17. с. 224-230.
36. Шестопалова Л. Ф. *Особливості змін особистості і соціального функціонування у жертв екстремальних ситуацій* / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова. *Міжнародний медичний журн.* 2010. №1. с. 6-10.
37. Горбунова В. В. *Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах*. Наука і освіта. 2016. № 5. с. 40 – 44.
38. Кучманич І. М. *Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості* / І. М. Кучманич, Р. А. Мороз // *Проблеми сучасної психології*. 2017. Вип. 36. с. 146 – 159.
39. Агаєв Н. А., Кокурн 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.
40. *Тест смисложиттєвої орієнтації (СЖО)* <http://medbib.in.ua/test-smyslojiznennyye-orientatsii-39994.html>