

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА КОЦЮБИНСЬКОГО

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

БЕССАРАБИ ОЛЕНИ ЮРІЇВНИ

УДК: 316.6:364-786]:355.018-057.36(477.61/.62)''2014/...''(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ
ДЕЗАДАПТОВАНІСТЬ У ВЕТЕРАНІВ АТО ТА ЇЇ СОЦІАЛЬНО –
ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ

053 Психологія

05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ О.Ю. Бессараба
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Комар Тетяна Олександрівна,
кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології та соціальної
роботи.

Вінниця – 2021

АНОТАЦІЯ

Бессараба О.Ю. Деадаптаваність у ветеранів АТО та її соціально-психологічна корекція. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 Психологія, спеціалізацією – соціальна психологія, психологія соціальної роботи. - Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. - Вінниця, 2021.

У дисертації вперше комплексно досліджено проблеми деадаптаваності у ветеранів антитерористичної операції (АТО) та її соціально-психологічної корекції.

Науково обґрунтовано теоретичну парадигму та модель деадаптаваності ветеранів антитерористичної операції, що проявляється на поведінковому, емоційному, комунікативному та мотиваційно-вольовому рівнях; розкрито зовнішні та внутрішні чинники деадаптаваності ветеранів АТО.

Запропоновано та теоретично обґрунтовано модель соціально-психологічної корекції деадаптаваності ветеранів антитерористичної операції.

Уточнено уявлення про сутність деадаптаваності ветеранів АТО; доповнено психологічні характеристики ветеранів АТО в залежності від рівня вираженості адаптивних та деадаптивних ознак; конкретизовано відомості про динаміку переживань ветеранів АТО під впливом психокорекційної роботи.

Подальшого розвитку набули: теоретичні положення про соціально-психологічну деадаптаваність особистості в кризових умовах.

За результатами науково-психологічного аналізу положень психофізіологічного, діяльнісного, когнітивного, психоаналітичного, гуманістичного та інших наукових підходів було спроектовано структурно-функціональну модель деадаптаваності ветеранів антитерористичної операції. Основоположним конструктом у авторській моделі була особистість учасників АТО, а особистісна властивість – деадаптаваність утворюється в процесі та

результаті соціально-психологічної дезадаптації особистості, під час взаємодії внутрішніх та зовнішніх чинників.

До зовнішніх чинників дезадаптованості ветеранів АТО було віднесено: участь у військових діях; труднощі у працевлаштуванні; напружені стосунки із членами сім'ї, рідними, друзями; необхідність навчання для подальшого працевлаштування; складності отримання соціально-реабілітаційних послуг.

Внутрішні чинники дезадаптованості представлені у взаємодії емоційного, комунікативного, поведінкового та мотиваційно-вольового компонентів, що проходять через призму ставлень до часових перспектив ветеранів АТО.

Встановлено, що соціально-психологічна дезадаптованість ветеранів АТО (операції Об'єднаних сил (ООС)) – це особлива властивість що виникає внаслідок порушення соціальної адаптації після участі у військових діях і характеризується: переживанням довготривалих негативних емоційних станів, деструктивними поведінковими та комунікативними стратегіями, зміною мотивації та суб'єктивно-оцінних ставлень особистості.

Відповідно до основних принципів психодіагностичного дослідження, підбраного методологічного підґрунтя, було скомпоновано психодіагностичний комплекс методик для дослідження особливостей дезадаптованості учасників АТО (ООС).

Емпірично виявлено (за результатами факторного дисперсійного аналізу) вплив соціальних характеристик на показники дезадаптованості та адаптованості ветеранів АТО (ООС). За результатами дослідження рівня освіти ветеранів АТО (ООС) виявлено вищі показники у осіб з вищою освітою, ніж з середньою та середньою спеціальною за шкалами: рівня суб'єктивного контролю щодо досягнень, фаталізму щодо теперішнього та особистісної тривожності. За результатами дослідження сімейного стану встановлено, що у розлучених ветеранів АТО (ООС) інтернальність щодо власного здоров'я найнижча, у неодружених – найвища; у неодружених рівень фізичної агресії нижчий ніж у одружених та розлучених ветеранів АТО (ООС). Тобто, ветерани

АТО (ООС), які не перебували у шлюбі, мають тенденцію до нижчого рівня дезадаптованості після участі у бойових діях. Кількість дітей у ветеранів АТО (ООС) виявилася значимо пов'язаною з проявами гніву і ворожості.

За результатами дослідження ветеранів щодо місця перебування в АТО/ООС встановлено, що рівень депресії і ворожості вищий в осіб, що перебували на лінії зіткнення, у порівнянні з тими, хто перебував на лінії оборони. Чим довший термін перебування, тим нижчі показники самоприйняття, інтернальності і рівень адаптованості, але вищі показники ворожості, емоційного реагування.

Встановлено внутрішню структуру компонентів дезадаптованості й адаптованості ветеранів АТО (ООС), яку ми аналізували через обчислення коефіцієнтів кореляції. Найбільш зв'язаними виявилися компоненти ситуативної тривожності та інтернальність досягнень. Найбільш потужні зв'язки з показником дезадаптованості виявили: обернений «прийняття інших» і прямий рівень депресії й настанови на підозрілість у комунікації. Також встановлено сильні кореляції з ситуативною тривожністю, емоційним способом реагування й відповідно емоційним комфортом, показниками агресивності, зокрема ворожості, гніву й фізичною агресією та показником самоприйняття.

На основі виділеної у кластерному аналізі групи досліджуваних з проявами дезадаптованості і адаптованості було визначено їх відповідні факторні структури.

Виділено трикомпонентну факторну структуру дезадаптованості ветеранів АТО (ООС). До зазначеної структури увійшли такі фактори:

«Екстернально-гедоністичний» фактор, який увібрав показники екстернальності – загальної, досягнень й міжособової, гедонізму у теперішньому і підпорядкованість у настановах на взаємодію. Тобто, ветерани з зазначеними проявами вважають, що вони не впливають на події у власному житті, а лише можуть їм підпорядковуватися або ними насолоджуватися.

«Неприймаючий особистісно-тривожний» фактор увібрав у себе показники власного неприйняття, особистісної тривожності й ворожості,

неприйняття інших, негатив минулого і фаталізм. Ветерани АТО (ООС), в яких домінує даний фактор, не приймають власні особливості та особливості інших людей, оточуючих сприймають вороже, майбутнє сприймають прогностично негативно.

«Асоціально-емоційний ситуативно-тривожний» фактор, що є найслабшим, увібрав п'ять показників, найпотужнішими з яких є показники копінгу соціального відволікання і емоційного дискомфорту. Також до нього увійшли показники ситуативної тривожності, копінг емоційного реагування і показник інтернальності. Особи, в яких домінує даний фактор, характеризуються тривожним сприйняттям життєвої ситуації, униканням соціальних контактів та переважанням негативних емоційних переживань.

До шестикомпонентної факторної структури адаптованості ветеранів АТО (ООС) увійшли такі фактори:

«Відсторонено-дистанціюючий» фактор увібрав у себе три показники, що відносяться до копінг реагування у стресових ситуаціях і пов'язані з різними видами уникання: уникання, соціального відволікання і відволікання.

До «Зовнішньо-ресурсного» фактору було включено показники прийняття інших, інтернальності невдач і неемоційного реагування у стресових ситуаціях. Прийняття інших очевидно зв'язане з усвідомленням того, що причини власних невдач варто шукати не серед інших, а у собі й при цьому максимально ігнорувати емоції.

«Внутрішньо-ресурсний» фактора складається з трьох показників: інтернальності досягнень, самоприйняття й прийняття минулого. Зазначеним компонентом пов'язуються прийняття власного минулого і прийняття себе самого як ресурси для власних досягнень.

«Міжособово-діяльнісний» фактор складається з чотирьох показників: інтернальності міжособових взаємин, спрямованості на домінування, майбутнє і вирішення завдань. Цим компонентом пов'язуються спрямованість на управління власними міжособовими стосунками як способом розбудови власного майбутнього.

«Здоров'я спрямований» фактор складається з чотирьох показників, але з меншим загальним навантаженням: інтернальності здоров'я, позитивного ставлення до минулого, спрямованості на емоційний комфорт і інтернальності сімейних стосунків. У ньому поєднані спрямованість на власне здоров'я (що забезпечує емоційний комфорт) та гарні сімейні стосунки (при умові позитивного сприйняття власного минулого).

«Гедоністично-фаталістичний» фактор є найслабшим і увібрав три показники: гедоністичне ставлення до поточного життя, відсутність мотивованості до досягнень й фаталістичність теперішнього. Цим компонентом групуються показники, які засвідчують гедоністичне ставлення до теперішнього, спрямованість на отримання задоволення від життя й при цьому відсутність бажання чогось досягати, впевненість у тому, що все передречене, тобто життя полягає у власному задоволенні в даний момент часу.

Грунтуючись на результатах представленого теоретичного аналізу та емпіричного дослідження проблеми дезадаптованості ветеранів АТО (ООС), було розроблено програму та модель соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС). Втілення програми передбачало дотримання загальнопсихологічних та психокорекційних принципів.

Практична реалізація програми соціально-психологічної корекції здійснювалася у п'ять етапів: організаційного; соціально-психологічного супроводу ветеранів АТО (ООС) та членів їх сімей; інформаційно-просвітницького; індивідуальної психокорекції; групової психокорекції.

Основними засобами психокорекційного впливу визначені: блок соціально-психологічного супроводу: профорієнтаційна робота (здобуття вищої освіти, перепідготовка спеціалістів), організація тематичного дозвілля сімей ветеранів АТО (ООС), організація сімейних таборів ветеранів АТО, заходи активного відпочинку ветеранів АТО (ООС) та членів їх сімей; інформаційно-просвітницький блок: проведення лекцій, навчальних семінарів, зустрічей з фахівцями різних спеціальностей (юристами, медиками працівниками, соціальними працівниками); блок психокорекційної роботи: індивідуальна

психокорекція (індивідуальне консультування, дистанційне консультування із застосуванням інтернет-ресурсів), групова психокорекція (групова психотерапевтична робота з ветеранами АТО (ООС) методом психодрами, групи підтримки з ветеранами АТО (ООС) та їх дружинами, тренінгова робота з дітьми ветеранів АТО (ООС) із застосуванням арт-терапії, імаготерапії, психодрами).

За результатами формувального дослідження встановлено, що представлені у програмі психокорекційні засоби вплинули на склад визначеної у констатувальному дослідженні чотирикомпонентної факторної структури ветеранів АТО (ООС) з вираженими дезадаптивними ознаками. Встановлено статистично значущі відмінності за показниками шкал, які увійшли у «Екстернально-гедоністичний», «Неприймаючий особистісно-тривожний», «Асоціально-емоційний ситуативно-тривожний» фактори.

Практичне значення результатів полягає в тому, що скомпонований психодіагностичний комплекс методів дослідження соціально-психологічної дезадаптованості ветеранів АТО(ООС) та розроблену програму соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) можна застосовувати під час здійснення соціально-психологічного супроводу ветеранів АТО/ООС у межах соціально-психологічних програм у діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації.

Ключові слова: дезадаптованість, особистість ветерана антитерористичної операції, операція Об'єднаних сил, соціальні чинники дезадаптованості, психологічні чинники дезадаптованості, емоційний компонент дезадаптованості, комунікативний компонент дезадаптованості, поведінковий компонент дезадаптованості, мотиваційно-вольовий компонент дезадаптованості, ставлення до часових перспектив, соціально-психологічна корекція дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції.

SUMMARY

Bessaraba O. Yu. The disadaptation of ATO veterans and its socio-psychological correction. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation is written for obtaining a scientific degree of the doctor of philosophy on a specialty 053 Psychology, specialization - social psychology, psychology of social work. - Vinnytsia State Pedagogical University named after Mykhailo Kotsyubynsky. - Vinnytsia, 2021.

In the dissertation for the first time the problems of disadaptation of veterans of anti-terrorist operation (ATO) and its social and psychological correction are comprehensively investigated.

The theoretical paradigm and model of disadaptation of veterans of anti-terrorist operation, which is seen on the behavioral, emotional, communicative and motivational-volitional levels, are scientifically substantiated; external and internal factors of disadaptation of anti-terrorist operation veterans are revealed.

The model of social and psychological correction of disadaptation of veterans of antiterrorist operation is offered and theoretically substantiated.

The idea of the essence of disadaptation of anti-terrorist operation veterans is specified; the psychological characteristics of anti-terrorist operation veterans were supplemented depending on the level of severity of adaptive and maladaptive symptoms; the information on the dynamics of the experiences of anti-terrorist operation veterans under the influence of psycho-correctional work is provided.

Further development of theoretical provisions on socio-psychological disadaptation of the individual during a crisis took place.

According to the results of scientific and psychological analysis of the provisions of psychophysiological, activity, cognitive, psychoanalytic, humanistic and other scientific approaches, a structural and functional model of disadaptation of veterans of the ATO was designed. The basic construct in the author's model was the

personality of the participants of the anti-terrorist operation, and a personal quality – disadaptation, which is formed in the process and as a result of socio-psychological disadaptation of the individual, during the interaction of internal and external factors.

External factors of disadaptation of ATO veterans included: participation in hostilities; employment difficulties; strained relationships with family members, relatives, friends; the necessity of studying for further employment; difficulties in obtaining social rehabilitation services.

Internal factors of disadaptation are represented in the interaction of emotional, communicative, behavioral and motivational and volitional components, which pass through the prism of attitudes to the time prospects of ATO veterans.

It is established that the socio-psychological disadaptation of ATO (Joint Forces operation (JFO)) veterans is a personal quality arising as a result of violation of social adaptation, after participation in hostilities, characterized by: experiencing long-term negative emotional states, destructive behavioral and communicative strategies, changes in motivation and subjective assessments of the personality.

According to the basic principles of the psychodiagnostic research, a methodological basis was selected, a psychodiagnostic set of methods for studying the peculiarities of disadaptation of ATO (JFO) participants was composed.

The influence of social characteristics on the indicators of disadaptation and adaptability of ATO (JFO) veterans has been empirically revealed (according to the results of factor analysis of variance). The study of the level of education of ATO (JFO) veterans revealed better results in people with higher education than with secondary and special secondary education on the scales: the level of subjective control over achievements, fatalism about the current and personal anxiety. According to the results of the study on the marital status, it has been established that divorced ATO (JFO) veterans have the lowest internality in terms of their own health, and unmarried veterans have the highest internality; the level of physical aggression of unmarried veterans is lower than that of married and divorced ATO (JFO) veterans. That means that, veterans of the anti-terrorist operation who were not

married tend to have less manifestations of disadaptation after participating in hostilities. The number of children was significantly associated with anger and hostility.

According to the results of a study of veterans on the location of the anti-terrorist operation, it was found that the level of depression and hostility is higher for people who were on the line of contact, compared to those who were on the line of defense. The longer the stay, the less self-acceptance, internality and level of adaptability, but higher rates of hostility, emotional response.

The internal structure of the components of disadaptation and adaptability of ATO (JFO) veterans was established, which we analyzed through the calculation of correlation coefficients. The components of situational anxiety and the internality of achievement were the most closely related. The strongest links with disadaptation were inverse "acceptance of others" and direct levels of depression and suspicion of communication. Also, strong correlations were found with situational anxiety, emotional response and, accordingly, emotional comfort, indicators of aggression, including hostility, anger and physical aggression, and self-acceptance.

On the basis of the group of subjects with manifestations of disadaptation and adaptability selected in the cluster analysis, their corresponding factor structures were determined.

The four component factor structure veterans of ATO (JFO) with the expressed disadaptive signs is allocated. This structure includes the following factors:

The "external-hedonistic" factor, which absorbed indicators of externality - general, achievements and interpersonal, hedonism in the present and subordination in the guidelines for interaction. That means that, veterans with these manifestations believe that they cannot change events in their own lives, but can only obey them, or enjoy them.

The "unacceptable personality-anxiety" factor absorbed indicators of one's own rejection, personal anxiety and hostility, rejection of others, negativity of the past, and fatalism. Veterans of anti-terrorist operation in whom this factor dominates

do not accept their own features and features of other people, surrounding perceive hostile, perceive the future prognostically negatively.

The "antisocial-emotional situational-anxiety" factor, which is the weakest, has absorbed five indicators, the most powerful of which is the indicator of coping with social distraction and emotional discomfort. It also included indicators of situational anxiety, coping of emotional response and an indicator of internality. People who has the factor dominated are characterized by anxious perception of a life situation, avoidance of social contacts and the predominance of negative emotional experiences.

The six-component factor structure of anti-terrorist operation veterans with adaptive orientation includes the following factors:

The "detached-distancing " factor has absorbed three indicators related to coping response in stressful situations and associated with different types of avoidance: avoidance, social distraction and distraction.

The "external resource" factor included indicators of acceptance of others, the internality of failures and non-emotional response to stressful situations. Acceptance of others is obviously connected with the realization that the reasons for one's own failures should be sought not among others, but in oneself, and at the same time to ignore emotions as much as possible.

The "internal resource" factor consists of three indicators: the internality of achievements, self-acceptance and acceptance of the past. This component is associated with accepting one's own past and accepting oneself as a resource for one's own achievements.

The "interpersonal-activity" factor consists of four indicators: the internality of interpersonal relationships, the focus is made on such things as: dominance, future and problem solving. This component is associated with the focus on managing their own interpersonal relationships as a way of building their own future.

The "health-oriented" factor consists of four indicators, but with a less overall burden: the internality of health, a positive attitude toward the past, a focus is made

on the emotional comfort, and the internality of family relationships. It combines a focus on one's own health (which provides emotional comfort) and good family relationships (on condition that one has a positive perception of his own past).

The "hedonistic-fatalistic" factor is the weakest and has absorbed three indicators: the hedonistic attitude to current life, the lack of motivation to achieve and the fatalistic nature of the present. This component groups indicators that show a hedonistic attitude to the present, the focus is made on the enjoyment of life and the lack of desire to achieve something, confidence that everything is predicted, it means that life is self-satisfaction at the present moment.

Based on the results of the presented theoretical analysis and empirical study of the problem of disadaptation of ATO (JFO) veterans, a program and a model of social and psychological correction of disadaptation of ATO (JFO) veterans was developed. The implementation of the program involved compliance with general psychological and psychocorrectional principles.

The practical implementation of the program of social and psychological correction was carried out in accordance with five stages of its implementation: organizational; social and psychological support of ATO (JFO) veterans and members of their families; informational and educational; individual psychocorrection; group psychocorrection.

The main means of psycho-correctional influence are: the block of social and psychological support: career guidance work (higher education, retraining of specialists), organization of thematic leisure of families of ATO (JFO) veterans, organization of family camps of ATO (JFO) veterans, activities of ATO (JFO) veterans and active recreation; the information and educational block: conducting lectures, training seminars, meetings with specialists of various specializations (lawyers, medical workers, social workers); the block of psychocorrectional work: individual psychocorrection (individual counseling, remote counseling with the use of Internet resources), group psychocorrection (group psychotherapeutic work with ATO (JFO) veterans by psychodrama, support groups with ATO (JFO) veterans and

their wives, training work with ATO (JFO) veterans' children with the usage of art therapy, imagotherapy, psychodrama).

According to the results of the formative study, it was established that the psychocorrectional means presented in the program influenced the composition of the four-component factor structure of ATO (JFO) veterans with pronounced disadaptive features identified in the statement study. There were statistically significant differences in the indicators of the scales, which were included in the "External-hedonistic", "Non-accepting personality-anxiety", "Social-emotional situational-anxiety" factors.

The practical significance of the results is that the combined psychodiagnostic set of methods for studying the socio-psychological disadaptation of ATO (JFO) veterans and the developed program of social and psychological correction of disadaptation of ATO (JFO) veterans can be used in the implementation of socio-psychological support of ATO (JFO) veterans within socio-psychological programs and work of centers of socio-psychological rehabilitation.

Key words: disadaptation, personality of a veteran of anti-terrorist operation, Joint Forces operation, social factors of disadaptation, psychological factors of disadaptation, emotional component of disadaptation, communicative component of disadaptation, behavioral component of disadaptation, motivational-volitional component of disadaptation, attitude to time perspectives, socio-psychological correction of disadaptation of veterans of anti-terrorist operation.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

а) статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України:

1. Бессараба О.Ю. Деадаптованість як наукова категорія. Теорія і практика сучасної психології, Запоріжжя, Т.1, №1, 2019. С.139-144.
2. Бессараба О.Ю. Психологічні особливості деадаптованості учасників антитерористичної операції. Габітус: науковий журнал. Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій, №23, 2021. С. 79-84.
3. Бессараба О.Ю. Структурні компоненти деадаптованості учасників антитерористичної операції. Вчені записки Таврійського університету імені В.І.Вернадського. Серія: Психологія. Том 32 (71), №2, 2021. С.50-56.
4. Бессараба О.Ю. Соціально-психологічна корекція деадаптованості ветеранів АТО/ООС. Габітус: науковий журнал. Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій, №29, 2021. С. 54-58.

б) статті у наукових періодичних виданнях інших держав та виданнях включених до міжнародних наукометричних баз даних:

5. Bessaraba O. Model of psychology deadapaptability of veterans of anti-terrorism operation. Modern Science – Moderni veda. Praha. Ceska republika, Nemoros, №3, 2021. P. 58-65.

в) статті у міжнародних монографіях:

6. Бессараба О.Ю. Особливості психології деадаптованості ветеранів АТО. Модель деадаптованості. Сучасні підходи соціально-економічного розвитку регіонів : Теорія і практика. Монографія. Польща, м. Ополе 2020. С. 204-212.

г) тези доповідей на наукових конференціях:

7. Бессараба О.Ю. Особливості реабілітації та соціальної адаптації демобілізованих військовослужбовців, членів їхніх сімей та членів сімей

загиблих учасників антитерористичної операції. Реабілітація учасників бойових дій в Україні : досвід та перспективи. Тези доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції, Хмельницький, 2018. С.185-188.

8. Бессараба О.Ю. Методи психокорекції посттравматичних стресових розладів. Реабілітація: соціальна, психологічна, фізична. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції, Вінниця, 2019. С. 159-163.

9. Бессараба О.Ю. Суб'єктивне переживання участі в військових діях ветеранів АТО/ООС. Психологічні засади розвитку, психодіагностики, корекції особистості в системі неперервної освіти. Збірник матеріалів IV Подільської науково-практичної конференції, Вінниця, 2019. С. 26-29.

10. Бессараба О.Ю. Вимоги до особистості консультантів, які надають психологічну допомогу ветеранам АТО/ООС та членам їх сімей. Теоретичні та практичні аспекти психології. Вінниця, 2021.С. 21-27.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	17
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ ВЕТЕРАНІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ.....	24
1.1 Аналіз проблеми адаптації, дезадаптації та дезадаптованості особистості у наукових дослідженнях	24
1.2. Структурно-функціональна модель дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції.....	41
1.3. Особливості соціально-психологічної корекції ветеранів антитерористичної операції	66
Висновки до розділу 1.....	75
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ ВЕТЕРАНІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ.....	78
2.1. Обґрунтування інструментарію емпіричного дослідження	78
2.2. Соціальні чинники специфіки дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції.....	86
2.3. Емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції.....	92
2.4. Особливості взаємозв'язку соціальних та психологічних чинників дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції	120
Висновки до розділу 2	137
РОЗДІЛ 3. КОМПЛЕКСНА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ ВЕТЕРАНІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ	128
3.1. Теоретико-методологічне обґрунтування програми та моделі соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції.....	142
3.2. Програма соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції.....	160
3.3. Оцінка ефективності програми соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції.....	165
Висновки до розділу 3.....	172
ВИСНОВКИ.....	175
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	179
ДОДАТКИ.....	202

ВСТУП

Актуальність дослідження. Для забезпечення територіальної цілісності Україна вимушена проводити бойові дії у вигляді антитерористичної операції/операції Об'єднаних сил (АТО/ООС) на Сході країни. Тисячі молодих людей беруть участь у військових діях, після їх мобілізації гостро постають проблеми соціально-психологічної адаптації, оскільки війна завдає не тільки фізичну, а й душевну травми. Учасники бойових дій довгі роки несуть у собі тягар болю. Одні, в силу особистісних якостей, можуть подолати ці проблеми самотійно, іншим необхідна соціальна, психологічна підтримка та допомога.

Проблема адаптації воїнів АТО до мирного життя – це виклик українському громадянському суспільству та державі, які виявилися значною мірою неготовими належним чином забезпечити успішну соціальну інтеграцію бійців АТО. Учасники бойових дій після повернення до мирного життя зіштовхуються не тільки з матеріальними проблемами, але й із психологічними, зокрема професійним самовизначенням.

Однією із головних проблем для українського суспільства, спричинених війною, є недостатнє впровадження на державному рівні послуг соціально-психологічного супроводу ветеранів АТО та членів їх родин. Після війни ветеранам важко повернутися до мирного життя. У воїнів АТО, зазвичай, виникають порушення соціальної взаємодії та втрата інтересу до суспільного життя, зниження активності, прагнення до соціальної ізоляції, переорієнтація ціннісних орієнтацій. Внаслідок недостатньої уваги суспільства та держави до проблем ветеранів АТО у військовослужбовців можливе виникнення комплексу несприятливих емоційних змін.

Необхідність розв'язання проблем соціальної та професійної адаптації учасників АТО – це одна з найбільш значущих проблем, якій приділяється значна увага в засобах масової інформації та яка виноситься на порядок денний засідань урядових комітетів і громадських організацій. Процес включення учасників АТО у життя суспільства після воєнних дій — це комплексна

система заходів, яка повинна включати роботу не лише з самими бійцями, але й їхніми сім'ями, друзями, волонтерами, представниками державних, муніципальних служб тощо.

Аналізуючи психічні та психологічні особистісні зміни військових в періоди Другої Світової війни та війни в Афганістані, дослідники відзначали: наявність нервово-психічного виснаження («фронтowa втома», «фронтове виснаження») (Р. Грінкер, Р. Фейрберн, П. Шпігель), появу психічних розладів (В. Гіляровкій, М. Гуревіч, Е. Краснушкін, Б. Осіпов), виникнення психічних розладів у військовослужбовців у віддаленому періоді (С. Литвинцев, О. Лобата, Ю. Малахов, В. Нечипоренко, Е. Снедков, К. Шамрила).

Вітчизняними науковцями розглядалися психічні та психологічні наслідки участі військових у АТО (ООС) та специфіка проведення їх психодіагностичного дослідження (О.Кокун, Л.Кондратенко, Л.Манилова, М.Мушкевич, Н.Пророк, І.Стаднік), основні засади соціально-психологічної реабілітації учасників АТО/ООС (Н.Агаєв, Л.Гридковець, О.Кокун, Н.Лозінська, І.Пішко, Р.Попелюшко, Т.Титаренко, І.Чухрій), особливості психологічної допомоги родинам військовослужбовців (О.Запарожець).

Дослідженням соціальної адаптації як соціального процесу займалися В. Альперович, В. Васильєв, А. Здравомислов, В. Ковальов, О. Колеснікова.

Питання адаптації та дезадаптації розглядалися в роботах К. Абульханової-Славської, Л. Анциферової, Ф. Березіна, Н. Гришиної, О. Донченко, О. Кронік, Е. Еріксона, М. Пірен, Т. Титаренко, Н. Чепелевої та інші. Біологічні механізми адаптації вивчали П. Анохін, І. Аршанський, К. Биков та інші. Проблеми соціальної реадaptaції різною мірою висвітлені в дослідженнях В. Голини, І. Даниліна, В. Потьомкіна та інших авторів.

Проблема адаптації учасників АТО до мирного життя є малодослідженою у вітчизняній науці і потребує детального аналізу та вивчення. Для прогнозування векторів психокорекційного впливу важливо вивчити

особливості соціально-психологічної дезадаптованості учасників АТО, зокрема чинники її виникнення.

Саме те, що вивчення особливостей соціально-психологічної дезадаптованості ветеранів АТО та її психокорекція в Україні є новою темою для вітчизняних психологів і потребує детального аргументованого аналізу, і спонукало нас до вибору теми дослідження **«Дезадаптованість у ветеранів АТО та її соціально-психологічна корекція»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Напрямок дисертаційного дослідження пов'язаний із темою науково-дослідної роботи кафедри психології та соціальної роботи Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського **«Соціально-психологічні особливості самоздійснення особистості в умовах трансформаційних змін»** (0120U100295).

Тему дисертації затверджено на засіданні Вченої ради Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського (протокол №4 від 25.10.2017р.) і погоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол №1 від 30 січня 2018р.).

Об'єкт дослідження - дезадаптованість ветеранів антитерористичної операції.

Предмет дослідження – дезадаптованість у ветеранів АТО та її соціально-психологічна корекція

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично виявити дезадаптованість ветеранів антитерористичної операції, її чинники та структурні компоненти і окреслити шляхи її соціально-психологічної корекції.

Відповідно до поставленої мети визначені такі **завдання** дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до змісту та структури дезадаптованості ветеранів АТО, розробити модель досліджуваного явища.

2. Дібрати систему методів, психодіагностичних методик, спрямованих на визначення дезадаптованості ветеранів АТО.
3. Емпірично виявити зовнішні, внутрішні чинники та особливості дезадаптованості ветеранів АТО.
4. Розробити та експериментально перевірити концептуальну модель соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО, визначити її ефективність.

Гіпотеза дослідження. Соціально-психологічна дезадаптованість ветеранів АТО зумовлена як зовнішніми (соціальними), так і внутрішніми (психологічними) чинниками, виявляється через захисні механізми, агресивну поведінку, депресивні стани, що погіршує умови їх особистісного розвитку, впливає на власні психічні стани, здоров'я.

Компонентами зазначеної дезадаптації є емоційний, поведінковий, комунікативний, мотиваційно-вольовий, що у сукупності представляють цілісне ставлення до життя. Подолати соціально-психологічну дезадаптованість ветеранів АТО можна шляхом використання комплексу адекватних психокорекційних заходів, спрямованих на адаптацію ветеранів АТО.

Методологічну і теоретичну основу дослідження склали: положення про соціально-психологічну адаптацію та дезадаптацію особистості (А.Налчаджян, С.Максименко, Ж. Піаже, В.Петровський, А. Фурман); положення про дезадаптованість особистості (А. Адлер, Г. Айзенк, Б. Ананьєв, А.Налчаджян, О. Кузнецова, С. Максименко, А. Фурман); положення про вплив участі у військових діях на особистість (А. Єна, В. Маслюк, А. Сергієнко); психологічні особливості ветеранів антитерористичної операції/операції об'єднаних сил (О.Кокун, С. Максименко, М.Мушкевич, О. Романчук); положення про соціально-психологічну корекцію (І. Вачков, Ю. Ємельянов, С.Кузікова, С. Максименко, А.Осіпова, Чухрій, Т. Яценко).

Методи дослідження. Для вирішення сформульованих у дослідженні завдань було використано комплекс взаємодоповнюючих методів:

теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікація та систематизація теоретичних і експериментальних даних (для визначення сутності і особливостей соціально-психологічної дезадаптованості ветеранів АТО), метод моделювання;

емпіричні: констатувальний експеримент: спостереження, усне, письмове опитування, тестування; формувальний експеримент – методи групової та індивідуальної психокорекційної роботи;

- методи математичної обробки та інтерпретація результатів: кількісний та якісний аналіз результатів дослідження, факторний дисперсійний аналіз, кластерний аналіз, t – критерій Стюдента, кореляційний аналіз Спірмана.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження проведено впродовж 2017-2021 років на базі Управління у справах ветеранів війни Департаменту соціальної та молодіжної політики Вінницької обласної державної адміністрації, Управління соціального обслуговування Департаменту соціального захисту населення Львівської обласної державної адміністрації, ГО «Українське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО», ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО», ГО «Вінницьке обласне товариство психологів та психотерапевтів». Вибірку досліджуваних склали 150 ветеранів антитерористичної операції.

Наукова новизна полягає у тому, що:

- уперше запропонована структурно-функціональна модель дезадаптованості ветеранів АТО, що проявляється на поведінковому, емоційному, комунікативному та мотиваційно-вольовому рівнях;
- уперше запропонована модель соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО;
- розкрито зовнішні умови та чинники (участь у військових діях, ряд соціальних проблем таких, як труднощі у працевлаштуванні, напружені стосунки із членами сім'ї, рідними, друзями; необхідність навчання для

подальшого працевлаштування, складності отримання соціально-реабілітаційних послуг) та внутрішні чинники (представлені у взаємодії емоційного, комунікативного, поведінкового та мотиваційного компонентів, що проходять через призму ставлень до часових перспектив ветеранів АТО дезадаптованості ветеранів АТО;

- уточнено уявлення про сутність дезадаптованості ветеранів АТО; доповнено психологічні характеристики ветеранів АТО у залежності від рівня вираженості адаптивних та дезадаптивних ознак; конкретизовано відомості про динаміку переживань ветеранів АТО під впливом психокорекційної роботи;

- набули подальшого розвитку теоретичні положення про соціально-психологічну дезадаптованість особистості в кризових умовах.

Практичне значення результатів полягає в тому, що скомпонований психодіагностичний комплекс методів дослідження соціально-психологічної дезадаптованості ветеранів АТО та розроблену програму соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО можна застосовувати під час здійснення соціально-психологічного супроводу ветеранів АТО у межах соціально-психологічних програм та діяльності центрів соціально-психологічної реабілітації.

Результати дослідження впроваджено в практику соціально-психологічного супроводу учасників АТО (ООС): Управління у справах ветеранів війни Департаменту соціальної та молодіжної політики Вінницької обласної державної адміністрації (акт впровадження А 251 № 315/2 від 17.03.2021р.); Управління соціального обслуговування Департаменту соціального захисту населення Львівської обласної державної адміністрації (акт впровадження В 130 № 121/2 від 10.03.2021р.); ГО «Українське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО» (довідка №10 від 20.05.2021р.); ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО» (довідка №4 від 10.04.2021р.); ГО «Вінницьке обласне товариство психологів та психотерапевтів» (довідка №5 від 16.12.2020р.).

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження обговорено та схвалено на науково-практичних конференціях: *міжнародних*: науково-практична онлайн-конференція «Психотерапія – сучасна наука про людину» (Київ, 2020); *всеукраїнських*: III Всеукраїнська науково-практична конференція «Реабілітація учасників бойових дій в Україні : досвід та перспективи». «Особливості реабілітації та соціальної адаптації демобілізованих військовослужбовців, членів їхніх сімей та членів сімей загиблих учасників антитерористичної операції» (Хмельницький, 2018); *регіональних*: I Всеукраїнська науково-практична конференція «Реабілітація : соціальна, психологічна, фізична». «Методи психокорекції посттравматичних стресових розладів» (Вінниця, 2019); IV Подільська науково-практична конференція «Психологічні засади розвитку, психодіагностики, корекції особистості в системі неперервної освіти». «Суб’єктивне переживання участі в військових діях ветеранів АТО/ООС» (Вінниця, 2019).

Публікації. Основні наукові положення й результати дослідження опубліковані в 10 наукових працях: 4 статті у вітчизняних, 1 – у зарубіжних періодичних наукових виданнях; 1- зарубіжна монографія; 4 – у матеріалах конференцій.

Структура роботи. Дисертаційне дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (249 найменувань, з них 21 – іноземними мовами) і 8 додатків. Загальний обсяг роботи становить 242 сторінок, з них основного змісту – 178 сторінки. Дисертація містить 37 таблиць і 15 рисунків на 24 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ ВETERANІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

1.1 Аналіз проблеми адаптації, дезадаптації та дезадаптованості особистості у наукових дослідженнях

З огляду на багатфакторність та багатовимірність предмету пропонованого поняття – досліджуваної нами дезадаптованості як властивості особистісної структури учасника антитерористичної операції (АТО) варто почати з розкриття понять процесів адаптації, дезадаптації, дезадаптованості, закономірностей їхнього взаємозв'язку та рівнів прояву в житті будь-якої особистості в цілому.

Аналізуючи позицію вітчизняних психологів, насамперед зазначимо, що стосовно трактування поняття "адаптація" у наукових колах не вироблено єдиного загальновизнаного підходу. Одні автори розглядають адаптацію як процес засвоєння індивідом суспільних взаємин, норм поведінки та системи цінностей (Г. Андреева, В. Зінченко, В. Розов, Б. Мещеряков), інші (Ю. Альошина, П. Кузнецов, Г. Медведєв) вбачають у ній процес засвоєння особистістю соціального досвіду суспільства в цілому та мікросередовища, до якого вона належить, зокрема [14].

Виходячи з аналізу літератури з даної проблеми ми можемо зробити висновок, що адаптацію можна розглядати як процес, у ході якого встановлюється або підтримується функціонування системи (тобто підтримка її основних параметрів) при зміні умов зовнішнього і / або внутрішнього середовища.

Нерідко адаптацією, або адаптованістю, називають і результат такого процесу - наявність у системи пристосованості до деякого фактора середовища. Поняття адаптації відноситься, перш за все, до високоорганізованих (технічних, біологічних, соціальних і інших) систем.

Значне поширення адаптації і різноманітність в органічній природі тривалий час служило одним з основних аргументів теології, що розглядає феномен адаптації як результат «творчих актів» або дії внутрішніх духовних начал, або особливої «життєвої сили» (ентелехії, психеї, археї та інших).

Адаптація є певним результатом пристосувального процесу – адаптаціогенеза, що протікає при взаємодії живих систем з навколишнім середовищем. Адаптація на рівні біологічних структур, функцій і поведінкових рішень є одним з найяскравіших проявів органічної доцільності.

Дослідження адаптації відбувається в міждисциплінарному науковому просторі, про що свідчить інтерес до даного поняття з боку різних гуманітарних та суспільних наук, що, в свою чергу, дозволяє відносити його до числа універсальних. У широкому, філософському, аспекті адаптацію розуміють, як "... будь-які взаємодії індивіда та середовища, при яких відбувається узгодження їх структур, функцій та поведінки" [142].

Матеріалістичне трактування природи адаптації вперше запропонував Ч. Дарвін, показавши, що адаптації виникають у результаті дії природного відбору - еволюційного процесу виживання і розвитку найбільш пристосованих особин в ході постійної боротьби за існування.

Поняття адаптації використовувалося в біологічній науці по відношенню до біологічних (живих) систем - для позначення процесу пристосування будови і функцій організмів (популяцій, видів) і їх органів до певних умов зовнішнього середовища.

Адаптація на рівні біологічних структур, функцій і поведінкових рішень є одним з найяскравіших проявів органічної доцільності. У біологічних системах адаптація формується протягом усіх стадій життєвого циклу організму. Сукупність вироблених у процесі розвитку адаптацій надає живим системам доцільну організацію.

Згодом поняття адаптації вийшло за межі біології. Воно стало вживатися в багатьох технічних, природничих і гуманітарних науках.

У медицині терміном «адаптація» позначаються характеристики оптимальної життєдіяльності людини. Процеси адаптації охоплюють всі рівні життєдіяльності людини: від молекулярного до психічної регуляції діяльності людини.

У межах соціології розглядається соціальна адаптація особистості, соціальної групи до соціального середовища, в процесі якої встановлюються співвідношення, які забезпечують розвиток як особистості і соціальної групи, так і середовища. Соціальна адаптація охоплює біологічну, психічну і соціальну сфери буття людини. Однак поняття адаптації має обмежені можливості застосування, оскільки воно відображає, переважно, реактивну поведінку, пов'язану з тим або іншим пристосуванням людини до навколишнього середовища.

Отже, поняття «адаптація» в різних джерелах трактується як пристосування організму, індивіда до навколишнього середовища з метою досягнення внутрішнього гомеостазу та успішної взаємодії з зовнішніми чинниками впливу.

З позиції психофізіологічного напрямку, І. Павлов розглядав психологічний зміст адаптації, зазначаючи; що «... в процесі адаптації значну роль відіграє нервова система як головний фактор рівноваги та як механізм, який організовує чітку адаптивну систему» [126; 127].

Згідно з психофізіологічним напрямом процес адаптації реалізується у будь-який момент, коли в системі організм-середовище виникають нові зміни, що забезпечують формування нового гомеостатичного стану, що дозволяє досягнути максимальної ефективності фізіологічних функцій та поведінкових реакцій. Оскільки організм і середовище знаходяться в динамічній рівновазі, їх співвідношення постійно змінюється, і, відповідно, процес адаптації здійснюється постійно [14].

Відповідно до наукової роботи Ф.Березіна, основне значення психічної адаптації полягає в тому, щоб поряд з підтримкою власного психічного

гомеостазу забезпечувалася оптимізація постійної взаємодії між психічними та фізіологічними характеристиками, що виражаються у формуванні певних, відносно стабільних, психофізіологічних (психовегетативних, психогуморальних і психомоторних) відношень. Науковець застосував структурно-рівневий підхід та виокремив відповідні рівні адаптації: психофізіологічний, психологічний і соціально-психологічний [14].

П. Анохін ввів поняття функціональної системи, яке охоплює всі межі пристосувальної діяльності. Науковець зазначав, що коли організм виконує всі свої функції, а саме інтеграцію або об'єднання в єдине ціле, емоції можуть впливати на наш організм з користю та завдавати шкоди [9].

Отже, адаптація, в цілому, є складним процесом пристосування організму, індивіда, особистості у площині фізіологічних, природних, психологічних та соціальних вимірів.

Поняття «адаптація» має широкий контекст свого визначення та застосування, але для соціального застосування у психологічній літературі науковці більше схильні вживати термін «соціальна адаптація».

А. Реаном запропонував таке визначення соціальної адаптації: «...це постійний процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища та результат цього процесу» [156;157].

Ім-адаптація за внутрішнім і зовнішнім критерієм є неповною, односторонньою, можливою формою адаптації особистості. Ре-адаптація особистості є системною, повною соціальною адаптацією. Внутрішній критерій визначає психоемоційну стабільність, відсутність негативних особистісних утворень та станів. Зовнішній критерій – співвіднесення поведінки особистості зі встановленими формами поведінки в соціумі, її відповідність нормам, правилам та цінностям соціуму. Дезадаптація за зовнішнім критерієм проявляється, як конфліктна, асоціальна, девіантна, деліквентна поведінка. Системна соціальна адаптація (Ре-адаптація) за внутрішнім і зовнішнім критеріями – це комплексне особистісне новоутворення, яке полягає у здатності

особистості до самоактуалізації та гармонійних міжособистісних стосунків. Важливим фактором соціальної адаптації є соціально-психологічна толерантність особистості, яка зменшує ризик виникнення когнітивного дисонансу та дезадаптації [24; 157].

У більшості відомих теорій соціальної адаптації це явище нерозривно пов'язане з психологічною діяльністю людини та її індивідуально-психологічними особливостями. Тому існує термін «соціально-психологічна» адаптація, який об'єднує в собі два континууми життєдіяльності людини – зовнішній (зміна навколишнього середовища або пасивне пристосування до вже існуючих його умов) та внутрішній (зміна своїх властивостей для кращого пристосування).

Проблема психологічної адаптації широко розкривається в межах психологічної теорії, зокрема у віковій і педагогічній психології, де забезпеченню успішного входження особистості в те чи інше середовище, в тому чи іншому віці та подоланню її дезадаптації приділяється особлива увага [7; 37; 44; 80; 114; 219].

У психологічній енциклопедії О. Степанова адаптація розглядається, як пристосування живого організму до динамічних умов зовнішнього і внутрішнього середовища. Окремо в цьому джерелі даються визначення адаптації соціальної, сенсорної, професійної і т. д [142].

Г.Бал розглядає адаптацію, як оптимальну реалізацію особистісних внутрішніх можливостей, здібностей людини, її особистісного потенціалу, психологічного включення в діяльність [11].

Психологічна адаптація, як вже зазначалось у вище наведених визначеннях, є активним процесом, тобто діяльністю індивіда в часі. Результатом цього процесу є сформована здатність індивіда до адаптації, тобто адаптивність, і його властивість – адаптованість. Деякі наукові джерела у структурі адаптаційного процесу виокремлюють дві різні за змістом і структурою тенденції – адаптація-деадаптація, адаптивність-деадаптивність,

адаптованість-дезаптованість. Для кращого розуміння закономірностей механізму адаптації та співвіднесення цих понять треба розглянути різні теорії, представлені у наукових дослідженнях.

Деадаптація як процес означає зниження адаптаційних можливостей людини в умовах середовища життєдіяльності в цілому або в певних умовах (на роботі, в групі, в сім'ї).

Деадаптація як прояв є зовнішньою характеристикою неблагополуччя людини, яке знаходить відображення в його нетиповій поведінці, відношенні і результативності діяльності в умовах даного середовища.

Дослідження проблеми соціально-психологічної адаптації висвітлено в наукових здобутках Л.Виготського, А.Налчаджяна, В. Петровського, А.Фурмана та інших [38; 115; 131; 201].

Найвищим рівнем вияву адаптації цілий ряд науковців психологічної науки вбачають у творчості та можливості власної реалізації (Г.Бал, І.Бех; А.Фурман; С.Шандрук) [11; 20; 201; 202; 214; 215].

С.Шандрук у своїх наукових працях розкриває психологічні особливості креативності та творчої діяльності, які є необхідними складовими соціально-психологічної адаптації та самореалізації особистості [215; 216].

Особливості соціально-психологічної дезадаптованості особистості представлені в працях: А. Адлера, Г. Айзенка, Б. Ананьєва, О. Кузнєцової, С. Максименка, Ж. Піаже, І.Ревасевич, Л. Собчик [2; 3; 4; 8; 97; 98; 132; 158; 176].

Для уточнення сутності поняття "соціально-психологічна дезадаптованість" розглянемо основні теоретичні підходи до визначення соціально-психологічної адаптації та дезадаптації, які мають місце в сучасних наукових дослідженнях.

У межах діяльнісного напрямку психології соціально-психологічна адаптація представлена:

А. Фурман дає визначення адаптації як: «....а) пристосування будови і функцій організму, його органів і клітин до умов середовища, яке в ситуації з людиною має біологічну і психологічну складові, кожна з яких на різному рівні забезпечує процеси гомеостатичної рівноваги у взаєминах індивіда й оточення; у тварин адаптація здійснюється в межах внутрішніх засобів і регулятивних функцій самого організму, а людина для цього користується різними допоміжними засобами, здебільшого продуктами своєї діяльності (житло, одяг, інструменти тощо) й найголовніше, що вона спроможна до довільної психорегуляції своїх станів, учинків, поведінки в цілому; б) пристосування людини як особистості до умов суспільної життєдіяльності шляхом прийняття і дотримання загальноприйнятих вимог, норм і цінностей соціального оточення (групи, колективу, етносу) з метою задоволення своїх потреб, мотивів, інтересів; в) універсальна тенденція до встановлення або відновлення рівноваги між людиною й соціумом (суспільством) як одна з основних онтологічних психоформ, законовідповідного буття, конкретний вияв яких знаходить відображення в динамічній єдності протилежно спрямованих тенденцій — акомодатії та асиміляції (за Ж Піаже); г) функціональна основа розвивальної взаємодії людини із соціальним довкіллям (інші люди, групи, організації), яка передбачає широке вживання культурних знаків і засобів спілкування та дає змогу їй за допомогою вчинкової активності і професійної діяльності самоствердитися і самореалізуватися в суспільстві» [201].

У наукових роботах С.Максименка соціально-психологічна адаптація визначається, «...як процес взаємодії особистості з середовищем, при якому особистість повинна враховувати особливості середовища й активно впливати на нього, щоб забезпечити задоволення своїх основних потреб і реалізацію значимих ланцюгів» [97; 98].

І.Візнюк у своїх наукових працях розкриває особливості соціально-психологічної адаптації у контексті збереження психосоматичного здоров'я, де

одним з основних чинників представлено психологічну стійкість людини [36; 37].

Вітчизняні автори (В. Агеєв, О. Леонтьєв та інші), представники діяльнісного підходу, в структурі соціально-психологічної адаптації особистості виділяють наступні компоненти (вони ж критерії адаптованості): вихідні параметри діяльності особистості, ступені інтеграції особистості з макро- і мікросередовищем, ступінь реалізації внутрішньоособистісного потенціалу, емоційне самопочуття. Використання цих показників у якості критеріїв адаптації дозволяє виділити чотири основних рівні адаптованості особистості: надмірний, оптимальний, низький, дезадаптивний [115].

Питання про рушійні сили активності і розвитку адаптаційних механізмів особистості усе ще вважається відкритим. Розв'язанням цього питання у вітчизняній психології займалися Л. Анциферова, О. Леонтьєв, А. Петровський, С. Рубінштейн. На думку О. Леонтьєва, реальний шлях дослідження особистості полягає у вивченні тих трансформацій суб'єкта, які створюються саморухом його в діяльності в системі суспільних відносин. Внутрішнє діє через зовнішнє і цим саме себе змінює [165].

Отже, спираючись на критерій ступеня адекватності між метою і результатами діяльності особистості, є об'єктивні підстави чітко розмежувати три різновиди адаптаційних процесів-показників: а) адаптивність як справжня чи відносна гармонійність між суб'єктивною метою і кінцевими результатами, що супроводжуються позитивними ставленнями – оцінками, розумінням, прийняттям – особистості до навколишнього світу і самої себе; б) неадаптивність як більшою чи меншою мірою усвідомлена невідповідність між метою і результатами діяльності, що породжує амбівалентні почуття й оцінки, але яка не справляє психотравмуючого впливу на особистість; в) дезадаптивність як певна дисгармонія між метою і результатами, що є джерелом психічної напруги (стрес, психічний зрив, шок, паніка і т. ін.), внутрішнього дискомфорту і нестабільного перебігу психічних процесів (страх,

депресія, фрустрація тощо). Зазначені рівні адаптаційної взаємодії індивіда і середовища водночас є взаємопов'язаними рівнями функціонування соціально-психологічної адаптації, які завжди повно і конкретно виявляються як у процесуальному плані (система “адаптивність – неадаптивність – дезадаптивність»), так і в результативному (система «адаптованість – неадаптованість – дезадаптованість») [115, с.3].

У психоаналітичному напрямку процес соціально-психологічної адаптації/деадаптації визначається формулою «конфлікт – тривога – захисна реакція», згідно з якою структура особистості «Его» (Я) знаходиться у постійному напруженні між конфронтуючими «Ід» (Воно) та «Супер-Его» (Над Я), де перше є уособленням біологічних примітивних інстинктів особистості, а друге – інтеріоризованими соціальними нормами та мораллю. Для того, аби задовольнити бажання «Ід» у соціально прийнятній формі й при цьому зберегти внутрішній психологічний баланс, «Его» вдається до захисних реакцій (витіснення, заперечення, раціоналізація, інтелектуалізація, проєкція, регресія, сублімація тощо). На думку засновника психоаналізу З. Фрейда, найбільш ефективним є захисний механізм сублімації, який веде до успішної адаптації індивіда. У рамках цього підходу виділяють дві складові адаптації – процес і результат. У якості процесу адаптація є пусковим механізмом захисних реакцій та їх функціонуванням, як результат – нові набуті особистісні властивості і якості, що зумовлюють адаптованість або неадаптованість. Добре сформована адаптованість забезпечує високу продуктивність діяльності, задоволеність якістю життя та психологічну рівновагу [199, с. 26; 235].

Спорідненою з психоаналітичним підходом є концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє, за якою конфлікт виникає при невідповідності потреб індивіда з вимогами й умовами навколишнього середовища, що провокує підвищення рівня особистісної тривоги. «Его», реагуючи на високий рівень тривоги, мобілізує усі внутрішні психологічні резерви для відновлення гомеостатичної рівноваги. У результаті процесу

підключення й функціонування мобілізаційних резервів особистості виділяють два рівні адаптації: адаптованість і неадаптованість. Критерієм визначення адаптованості є відсутність особистісної тривоги [171, с.210].

Важливо підкреслити, що ступінь адаптованості особистості в даному підході визначається характером її емоційного самопочуття. Внаслідок цього виділяються два рівні адаптації: адаптованість і неадаптованість. Адаптованість при цьому пов'язується з відсутністю у особистості тривоги. Неадаптованість – з наявністю проявів стану тривоги [93]. При тривалому перебуванні організму в екстремальних умовах настають значні зміни – фізіологічні, психологічні та соціально-психологічні, які набувають уже незворотного характеру. Організм вступає у смугу патологічних пошкоджень, що може призвести до смерті. В подальших дослідженнях явища загального адаптивного синдрому було встановлено, що виникає стадія «супер – гіперкомпенсації», коли вже незворотно пригнічені захисні механізми, виснажені ерготропні функції живої системи і починають домінувати трофотропні фактори, що неминуче приводять організм до колапсу, шоку й загибелі, якщо тільки не втрутяться зовнішні сили [115].

У межах концепції Е. Еріксона соціально-психологічна адаптація/дезадаптація описується формулою «протиріччя – тривога – захисні реакції індивіда у навколишньому середовищі – гармонійна рівновага або конфлікт». Якщо захисних механізмів індивіда не достатньо для відновлення рівноваги і немає «поступок» з боку навколишнього середовища, виникає конфлікт. За інших обставин результатом процесу адаптації є співпраця у взаємодії індивіда й навколишнього середовища [71; 234]. Згадаємо епігенетичну теорію Е. Еріксона, яка представляє періодизацію психічного розвитку індивіда, де на кожному віковому етапі за певних соціальних і психологічних передумов особистість може розвиватися за одним із зазначених варіантів [205].

На кожному із цих етапів на особистість впливають різні позитивні чи негативні фактори навколишнього середовища, з якими вона вступає в активну взаємодію (чи може вона впливати на соціальне середовище, чи ні), формує своє ставлення і обирає адаптивний чи неадаптивний варіант свого розвитку.

Важливою для розуміння проблеми соціально-психологічної адаптації/деадаптації є концепція німецького психоаналітика Х. Хартманна, який наголошував на важливому значенні конфліктів для розвитку особистості, однак зазначав, що не уся адаптаційна діяльність пов'язана з конфліктними ситуаціями, й виділяв «вільну від конфліктів сферу Я» [203]. Досліджуючи механізми, засоби, чинники та критерії процесу адаптації та деадаптації, Х. Хартманн писав: «Ми називаємо людину добре адаптованою, якщо продуктивність її діяльності, її здатність насолоджуватися життям і її психічна рівновага залишаються непорушеними» [203, с.39].

Механізми соціально-психологічної адаптації та деадаптації, прагнення індивіда до встановлення внутрішньої рівноваги й успішної взаємодії з навколишнім середовищем знаходять своє відображення у концепції комплексу неповноцінності А. Адлера [2; 3; 205; 229]. Згідно з його теорією, з народження або з раннього дитинства через внутрішні й зовнішні фактори в кожній людині формується комплекс неповноцінності, який вона прагне компенсувати. Адекватне розуміння своєї неповноцінності стимулює особистість до конструктивних рішень і позитивних досягнень. При надмірній концентрації на комплексі відбувається гіперкомпенсація, яка може мати такий негативний вихід своєї реалізації, як прагнення до встановлення влади над іншими за будь-яку ціну. А. Адлер у межах своєї теорії розвинув психосоматичний підхід, який був уособлений у понятті органічної неповноцінності. Цим науковець намагався пояснити, чому хвороби по-різному впливають на різних людей. Так, при компенсації органічного порушення особистість може використовувати свій фізичний недолік, як стимул до духовного удосконалення. Також психоаналітик зазначав, що «Прагнення до

удосконалення є вродженим у тому сенсі, що воно є елементом життя, силою натхнення, без чого життя було б немислимим» [3, с.118; 205].

Теорія А. Адлера хоч і належить до психоаналітичного підходу, однак має в своїй основі ідеї, що поклали початок гуманістичному напрямку в психології.

Гуманістичним теоріям соціально-психологічної адаптації та дезадаптації притаманний погляд на ці явища через призму духовного й ціннісного удосконалення особистості, превалює думка про те, що напруження є основним чинником досягнення адаптованості, а не прагнення відновити гомеостаз. Процес адаптації втілений у формулі «конфлікт – фрустрація – акти пристосування». За А. Маслоу, конфлікт виникає лише при фрустрації фундаментальних потреб особистості, до яких він відносив фізіологічні потреби, потребу у безпеці, афіліативні потреби, потреба в повазі та любові, потреба в самоактуалізації. Акти пристосування поділяють на конструктивні і неконструктивні, при цьому перші адекватно співвідносяться з вимогами навколишнього середовища, спрямовані на вирішення чітко визначених проблем, досягнення цілей, реалізацію мотивів, поведінку характеризує усвідомленість і наявність змін у характері та міжособистісній взаємодії. Неконструктивним актам властиві агресія, регресія, застрягання. Індивід їх не усвідомлює і прагне витіснити із сфер свідомості негативні переживання, що не є вирішенням проблеми. Гуманістичний підхід розглядає адаптацію, як процес оптимальної взаємодії особистості й навколишнього середовища, а основним критерієм адаптованості є рівень інтеграції особистості у навколишнє середовище [103; 104; 105].

У розумінні внутрішнього світу людини заслуговує на увагу концепція Е. Фромма: «...Поки особистість розривається між прагненням бути незалежною, сильною і почуттям своєї незначущості та безпеки, вона знаходиться у стані конфлікту» [200]. Щоб позбутися конфлікту, людина використовує захисні механізми, які Е. Фромм назвав “втечею від свободи”.

На його думку, «...людина може долати почуття своєї нікчемності в порівнянні з навколишнім світом або за рахунок відмови від власної цілісності (мазохізму), або за рахунок руйнування інших (садизму)» [200; 205].

Відчуттям ізольованості та самовідчуження страждають не лише патологічно стурбовані особистості, але й майже всі члени сучасного суспільства. Це хвороба нашого часу, яка має щонайменше три яскраво виражені ознаки: 1) відокремленість від природи; 2) недостатність значущих міжособистісних стосунків; 3) відчуження від свого істинного «Я» [205, с. 846].

Прагнення до життя і потяг до руйнування, на думку Е. Фромма, пов'язані між собою: чим сильніше проявляється прагнення до життя, тим слабші руйнівні тенденції і, навпаки, чим сильніше може пригнічуватися прагнення до життя, тим сильніший потяг до руйнування. На його думку, “руйнівність – це результат непрожитого життя”. Тому зруйнувати світ означає “останню відчайдушну спробу не дати цьому світові зруйнувати мене” [200; 205, с. 430-442].

У когнітивній психології формула процесів соціальної адаптації та дезадаптації має формулювання: «конфлікт – загроза – реакція пристосування (або непристосування)», однак трактування її відмінне від нього. Під час взаємодії з соціальним середовищем особистість може отримувати інформацію, яка суперечить її сформованим установам, що призводить до розбіжностей між реальним образом ситуації й особистісними уявленнями про неї. Цю розбіжність Р. Лазарус та Л. Фестінгер назвали когнітивним дисонансом, який спричиняє внутрішній дискомфорт і загрозу для індивіда. Л. Фестінгер відзначав, що «.....Наявність дискомфорту та відчуття загрози визначає емоційну дезадаптованість, яку особистість може подолати через: 1) пошук раціонального пояснення інформаційному протиріччю; 2) фільтрацію інформації, тобто уникнення такої, що може спричинити когнітивний дисонанс; 3) самокорекцію та зміну власних установок [199].

Звертаємо увагу на те, що в межах когнітивного підходу до процесу адаптації є чітке розмежування двох полюсів його результату – це адаптованість і дезадаптованість, а також форми адаптаційних актів.

Аналогічне розмежування знаходимо в теорії А. Жмирікова, який виділяє два рівні адаптованості: повна адаптованість та дезадаптація. У структурі соціальної адаптації науковець вказує на такі компоненти, як параметри діяльності особистості, рівень її інтеграції у макро- та мікросередовищі, рівень реалізації внутрішньособистісного потенціалу, емоційне самопочуття. Згідно з цими елементами виділяють чотири рівні адаптованості особистості – високий, оптимальний, високий-надмірний, низький-дезадаптивний.

Здійснивши науково-психологічний аналіз передових теорій соціально-психологічної адаптації та дезадаптації, можемо зробити висновок, що дезадаптованість є якісним новоутворенням у структурі особистості, яке формується у процесі негативних тенденцій перебігу її адаптаційної активності. Характеризують це новоутворення деструктивні властивості характеру, поведінки та Я-концепції особистості, наприклад, низький рівень соціально-психологічної толерантності, низька самооцінка, відірваність образу Я-реального від Я-ідеального, вироблені девіантні копінг-стратегії, що поєднуються з ригідними стереотипними уявленнями особистості про себе, світ, інших людей, негнучкість взаємодії у міжособистісній площині, використання неефективних захисних механізмів, відсутність критичності мислення та емоційної оцінки, невротичність, депресивність, різноманітні страхи, нерациональні ідеї тощо.

Отже, ми погоджуємося з думкою, що дезадаптивним можна назвати такий хід внутрішньопсихічних процесів і поведінки, який приводить не до розв'язання проблемної ситуації, а до її поглиблення, до підсилення труднощів і тих неприємних переживань, які вона викликає [115, с.32].

Основними критеріями, що виявляють дезадаптованість, є нервово-психічне напруження, стан підвищеної тривоги і фрустрації, негативне

ставлення до себе.

Коли людина потрапляє в проблемну ситуацію (а не тільки при переживанні конфліктної ситуації), то вона починає задіювати адаптативні процеси, тому звідси говорити про рівні дезадаптованості.

А.Налчаджян виділяє наступні її рівні: 1) стійка ситуативна дезадаптованість, яка має місце тоді, коли особистість не знаходить шляхів і засобів адаптації (виникає специфічний захисний комплекс – неправильне сприйняття дійсності і усвідомлення свого соціального статусу); 2) тимчасова дезадаптованість, яка долається за допомогою адекватних адаптивних предметних, внутрішньопсихічних і соціальних дій; 3) загальна стійка дезадаптованість: вона є станом перманентної фрустрованості, наявність якої активізує патологічні захисні механізми [115].

За тривалістю впливу на особистість розрізняють тимчасову, стійку ситуативну і загальну стійку дезадаптованість особистості. Тимчасова дезадаптація пов'язана з включенням у нову ситуацію, до котрої необхідно адаптуватися (вступ у школу, на роботу, народження дитини й ін.). Стійка ситуативна дезадаптованість пов'язана з неможливістю знайти прийнятні засоби адаптації в специфічних умовах при вирішенні проблем (в умовах професійної діяльності, у сфері сімейних стосунків та ін.).

Причинами виникнення стану дезадаптованості є: 1) пережитий психосоціальний стрес, викликаний розлученням, професійними проблемами, хронічними захворюваннями та ін.; 2) пережиті екстремальні ситуації – травматичні ситуації, у котрих людина брала участь безпосередньо як свідок, якщо вони були пов'язані зі сприйняттям смерті або реальної її загрози, важких травм і страждань інших людей (або своїх власних), зазнаючи при цьому інтенсивного страху, страхітливості, почуття безпомічності (подібні ситуації викликають особливий стан – посттравматичний стресовий розлад); 3) невдале включення в нову соціальну ситуацію або порушення сталих взаємовідносин у групі [115].

І.Чухрій виокремлює зовнішні та внутрішні чинники дезадаптованості особистості. До зовнішніх чинників науковиця віднесла напружені взаємини з членами сім'ї, розлади в родині, низький ступінь особистісної реалізації в соціумі, проблеми міжособистісної взаємодії та проблеми професійного самовираження. До внутрішніх чинників – наявність внутрішніх конфліктів, тривожність, депресивність, агресивність, акцентуації характеру [212].

Представники диспозиційного напрямку в психології приділяли велику увагу впливу психодинамічних властивостей особистості на її адаптаційні можливості та утворення дезадаптованості. На думку Г. Айзенка, Б. Ананьєва, В. Русалова, Я. Стреляу, адаптованість та дезадаптованість зумовлені структурними характеристиками цілісного організму, його конституційними властивостями, темпераментом [4; 8; 166].

Визначаючи структуру особистості, Г. Айзенк, насамперед, використовує протилежність екстраверсії та інтроверсії. На його думку, найбільш адаптованими є екстравертовані особи, вони виявляють себе в таких рисах, як афектованість, бадьорість, веселість, задоволення, гумор, соціабельність, співчуття, самосвідомість, висока рухова активність [4; 166; 199]. Нейротизм характеризує людину з боку її емоційної лабільності, гіпертивності, тривожності. Особистості з високим рівнем нейротизму відрізняються нервозністю, нестійкістю та, в цілому, низькою адаптивністю, а при високих показниках - дезадаптованістю. Г. Айзенк вирізняє також певні характеристики психотизму, серед яких соціальне віддалення, перебування в полоні ілюзій, загальмованість, підозрілість, роздратування, почуття провини [4; 166; 199].

Вплив загострених рис характеру (акцентуацій) на процес адаптації та виникнення адаптованості та дезадаптованості викладений у дослідженнях К. Леонгарда, А. Личко [89]. Слід зазначити, що експериментальні психодіагностичні дослідження показали, що у особистостей внутрішньо недостатньо конгруентних, з певними труднощами соціально-психологічної адаптації, в силу захисних механізмів дійсно розвиваються ті компенсаторні

риси, які допомагають подолати почуття незадоволеності собою та інші негативні емоції. Існують посилення на те, що труднощі в адаптації та дезадаптованість виникають при спрямованості впливу факторів у “місце найменшої протидії” кожного акцентуйованого типу [176].

І.Візнюк у своїх наукових працях також висвітлює внутрішні чинники дезадаптованості особистості, зокрема вплив іпохондричних розладів на поведінку особистості [36; 37]. Стан дезадаптованості може супроводжуватися відхиленнями в поведінці особистості; тоді виникають конфлікти, що не мають явної причини, неадекватні реакції, відмова від виконання розпоряджень, стосовно котрих раніше не виникали протидії [135].

Соціально-психологічна дезадаптованість особистості, в першу чергу, виражається в неможливості її адаптації до власних потреб і бажань. З іншого боку, особистість, яка має порушення в адаптації чи повну дезадаптованість, не може задовольнити чи йти назустріч тим вимогам і очікуванням, які висуває їй соціальне середовище і власна соціальна роль. Однією з ознак соціально-психологічної дезадаптованості особистості є переживання нею довгострокових внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження психічних механізмів і форм поведінки, що необхідні для їх розв’язання [115, с. 30-35].

Варто зазначити, що дезадаптованість – не процес, а особистісна властивість, що виникає від незадоволення основних потреб у результаті використання неадекватних способів поведінки (психологічно незрілий тип адаптації) [201]. При цьому може виникати невроз або психопатія, що характеризується незбалансованістю на рівні організму в системі особистість – середовище. Стан балансу - це стан задоволення потреб. Стан тривоги – це індикатор незадоволення потреб [113; 199].

При вираженому порушенні збалансованості в системі особа – середовище, коли вимоги до адаптаційних механізмів наближаються до меж чи можливостей, ці межі розширюються, рівень тривоги значно зростає, формується емоційний стрес [168; 171; 199].

Численні наукові праці та наші спостереження свідчать, що дезадаптованість особистості призводить до неадекватної, погано контрольованої поведінки, конфліктних стосунків, деформацій в особистісному розвитку, у навчальній діяльності, проблем у сімейних стосунках тощо.

Особливе значення для розв'язання проблеми дезадаптованості мають праці зарубіжних психологів [157; 198; 199; 205]. Вони важливі тим, що приділяють найбільшу увагу зв'язку особистісних порушень, які виникли як наслідок дезадаптації (неправильно сформований контакт із середовищем у дитинстві) та психологічних проблем особистості в дорослому віці.

На основі теоретичного вивчення сутності поняття «соціально-психологічна дезадаптованість» нами встановлено, що воно визначає рівень та результат функціонування людської психіки, що виражається в неможливості адаптації до власних потреб і бажань та в неможливості задовольнити вимоги й очікування, які ставить соціальне середовище. Центральною ознакою названої дезадаптованості є переживання особистістю довготривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження нею психічних механізмів і форм поведінки, що необхідні для їх розв'язання. Соціально-психологічна дезадаптованість проявляється у випадках, коли зміна середовища не призводить до зміни поведінки або пристосування тільки за рахунок себе, що призводить до структурних змін.

1.2 Структурно-функціональна модель дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції

Для збереження своєї територіальної цілісності, суверенітету і незалежності наша держава вимушена проводити бойові дії у вигляді антитерористичної операції (операції Об'єднаних сил). Антитерористична операція (АТО) почалася на Сході України 14 квітня 2014 року. Під час АТО

правоохорнці та військові стримували наступ проросійських незаконних угруповань, які захопили окремі райони України. З 30 квітня 2018 року на території України триває операція Об'єднаних сил (ООС) – комплекс військових і спеціальних організаційно-правових заходів українських силових структур, спрямованих на протидію незаконних російських та проросійських збройних формувань у війні на Сході України [136].

Враховуючи те, що ведення бойових дій на сході України почалось у 2014 році і триває досі, то за цей тривалий період у антитерористичній операції взяли участь не один десяток тисяч молодих людей. Україна та її громадяни не були готові до воєнного конфлікту, підготовка кадрів для ведення бойових дій здійснювалася в експрес режимі, відповідно після демобілізації для учасників АТО (ООС) характерним став прояв дезадаптованості. Дезадаптованість призводить до виникнення девіантних форм поведінки, адикції та суїцидальної схильності у ветеранів АТО (ООС), саме тому, в суспільстві гостро постала проблема пошуку шляхів, методів профілактики та корекції проявів дезадаптованості ветеранів АТО (ООС), що неможливе без чіткого усвідомлення особливостей дезадаптованості та її структурних компонентів [21; 22].

Суспільні взаємовідносини у сфері соціального і правового захисту військовослужбовців та членів їхніх сімей регулюють понад сто нормативноправових актів. Попри це, система соціального захисту учасників бойових дій на сьогодні залишається недостатньо врегульованою. Питання соціального захисту учасників бойових дій регламентуються Законом України “Про статус ветеранів війни та гарантій їх соціального захисту” №45 від 22.10.1993, спрямованим на захист учасників бойових дій шляхом: встановлення правового статусу учасників бойових дій; забезпечення належних умов для підтримки здоров'я; надання пільг, переваг та соціальних гарантій; формування в суспільстві шанобливого ставлення до них. Законом визначені базові права, пільги та гарантії для учасників бойових дій, але не прописані

відповідні механізми та порядки реалізації цих прав, що ускладнює їх застосування. Значну увагу державні структури приділяють наданню учасникам бойових дій пільг, переваг і соціальних гарантій. На сьогодні система пільг налічує близько 50 видів. Разом з тим передбачені пільги, переваги і соціальні гарантії здебільшого мають компенсаторне, а не мотивуюче спрямування та не забезпечують гідного рівня життя учасників бойових дій [137; 138; 139].

Наразі, статус учасника бойових дій отримали 460 079 осіб, з них 19 117 особи з Вінницької області. В той же час в Україні кількість загиблих та померлих внаслідок АТО (ООС) становить 13 300 осіб. Дана статистика змінюється з кожним днем, тому для ефективного відновлення психологічного здоров'я населення, зокрема учасників бойових дій та членів їхніх сімей, членів сімей загиблих учасників АТО (ООС), потрібна ефективна психокорекційна програма [66; 194].

Після війни ветеранам важко повернутися в русло мирного життя. Фізичне повернення додому не завжди збігається із психологічним. Час, проведений у зоні бойових дій, та отриманий там досвід ще довго впливатимуть на бійця. Воїн міг: потрапити під обстріл ворога або в засідку, бути обстріляним із ручної зброї, бути атакованим ворогами, бути в епіцентрі вибухів, бачити мертві тіла або частини тіл (та змушений був їх збирати), дізнатися про смерть чи серйозну травму когось із товаришів. Учасник АТО (ООС) може отримати значні травми від вибуху бомби, міни чи інших вибухових пристроїв. Перебування у незнайомому місці та серед вороже налаштованого місцевого населення також може ускладнити його життя. Отже, воїн повертається додому із «військовим» сприйняттям дійсності. Сильні негативні емоції впливають на відношення до життя і міняють ціннісну сферу особистості.

Вивчення проблеми психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) повинно базуватися на аналізі складових цього явища, адже саме через розуміння кожного із компонентів можна збагнути суть цієї проблеми, її

глобальність і наслідки як для ветеранів АТО (ООС), так і для країни в цілому. Адже від психологічної дезадаптованості ветеранів АТО страждають не лише вони, а й ті, хто їх оточує [21; 22].

Після повернення до мирного життя ветерани АТО (ООС) стикаються з тим, що їхній військовий досвід непотрібний або можливість його застосування обмежена отриманими пораненнями тощо. Неоднозначне ставлення громадян до ветеранів АТО (ООС), тривале перебування в екстремальних і стресових умовах призводить до того, що учасники АТО (ООС) виявляються неконкурентоспроможними на ринку праці. Такого роду соціальна «відчуженість», ізолюваність призводить до виникнення психологічних проблем, породжує агресію та аутоагресію.

Маючи своєрідний життєвий досвід, учасники антитерористичної операції представляють собою таку категорію населення, яка потребує особливого підходу. На перший план постає питання про необхідність адаптації до нових умов, про перебудову психіки на мирний лад.

В. Кондрюкова писала, що «... Ветерани війни – це особлива категорія українців, які, безумовно, є патріотами і героями, але також є особами, на життя яких суттєво вплинули бойові дії. На думку фахівців, колишні військові з посттравматичним стресовим розладом (надалі – ПТСР) без відповідної допомоги небезпечні і для суспільства, і самі для себе.» [83].

А. Єна, В. Маслюк, А. Сергієнко у своїх дослідженнях виявили, що близько 80% досліджуваних учасників бойових дій, особливо після безпосереднього повернення з госпіталів, у яких проходили лікування після поранень, мають чітко виражену установку та відсутність прагнення займати активну життєву та соціальну позиції, що проявляється у бажанні отримати групу інвалідності, пільги тощо. Підґрунтям цього є активність щодо захисту групових інтересів воїнів-ветеранів [72, с. 7]. Окрім того, значна кількість учасників АТО (ООС) після повернення до умов мирного життя починають проявляти загострене бажання працювати поза колективом. Відсутність чіткого

бачення, в якому напрямку рухатися, небажання змиритися із різницею між життям «там» і «тут», прояви ПТСР, відсутність розуміння з боку рідних поступово посилюють прояви психологічної дезадаптованості у ветеранів АТО (ООС).

Точних даних щодо стану здоров'я ветеранів АТО (ООС) в Україні немає.

Як свідчать результати соціологічних опитувань ветеранів, першим номером у рейтингу проблем, «які турбують їх сьогодні» є «неприйняття учасників АТО (ООС) суспільством». Ця проблема має певне підґрунтя [82; 84].

Як свідчить зарубіжна історія збройних конфліктів, безпосередня участь у них негативно впливає на психологічний стан учасників бойових дій та їхнє подальше життя. Так, згідно з даними американського національного дослідження ветеранів війни у В'єтнамі - 30,6% американців, що брали в ній участь, у подальшому були визнані такими, що захворіли на посттравматичний стресовий розлад.

Ймовірність стати безробітним (порівняно з іншими особами) в осіб, що брали участь у збройному конфлікті була у п'ять разів вища, розлучення пережило 70% сімей ветеранів війни у В'єтнамі, батьківські проблеми були у 35 % з них, крайні форми ізоляції від людей спостерігалися у 47,3%, виражена ворожість у 40%, потрапили до в'язниці або були заарештовані – 50% [189].

О. Сенявська, аналізуючи особливості учасників війни в Афганістані, пише: «.. станом на листопад 1989 року, кількість розлучень і гострих сімейних конфліктів у сім'ях «афганців» складала 75%, понад 2/3 ветеранів не були задоволені роботою і часто змінювали її через конфлікти, що періодично виникали, 90% мали заборгованість у вищих навчальних закладах або погану успішність, 60% страждали від алкоголізму і наркоманії, спостерігалися випадки суїциду або ж його спроб, 3700 ветеранів афганської війни перебували у в'язницях» [172].

В Афганістані в основному застосовували стрілецьку зброю, на Донбасі – артилерійську. І природно, що всі психологічні травми більше пов'язані з контузіями, які отримали багато учасників.

Отже, після війни ветеранам важко повернутися до мирного життя. Участь у бойових діях може призвести до переорієнтації цінностей. У ветеранів часто зустрічається порушення соціальної взаємодії та втрата інтересу до суспільного життя, зниження активності, прагнення до соціальної ізоляції. Внаслідок недостатньої уваги суспільства та держави до проблем ветеранів АТО (ООС) у військовослужбовців можливе виникнення комплексу «жертви» та розвиток посттравматичного стресового розладу [172].

А. Козінчук у своїх працях зазначає: «Повертаючись до мирного життя, насамперед повертається тіло. Ментально воїн ще перебуває в стані війни. Мається на увазі система цінностей. Уявіть собі, що людина, основним інстинктом якої є виживання, повертається в суспільство, цінностями якого є збагачення, політика, гарний одяг тощо. Для воїна це неважливо, й соціум його не сприймає. Тому ветеранам часто здається, що вони «ненормальні». Хоча все, що з ними відбувається, – це адекватні реакції. Від цих розбіжностей потерпають як самі ветерани, так і близьке оточення, якщо й ті, й інші не підготовлені до такого розвитку подій» [82].

Є ще одна проблема - це суїциди ветеранів АТО (ООС). Понад тисяча осіб в Україні, які брали участь в АТО (ООС), наклали на себе руки [29; 186].

Міжнародний досвід свідчить, що військовослужбовці, які певний час перебували в екстремальних умовах, насамперед, потребують не психологічної допомоги, а адаптації. «Адаптація – це не тільки процес, але й властивість будь-якої живої саморегулювальної системи. Дана властивість для людини, як біосоціальної системи, є інтегральною, обумовленою особливостями розвитку фізіологічного та психічного рівнів, і розглядається, як властивість особистості в цілому» [95].

Окрім того, як стверджує О. Буковська, у процесі адаптації до мирних умов існує ризик перенесення ветеранами АТО (ООС) сприйняття навколишнього середовища через «військову призму дійсності» на власну сім'ю. А це провокує, з одного боку, необґрунтовані страхи за сім'ю, а з іншого – тривогу щодо зміни ставлення сім'ї до себе [27, с. 29]. Все це зумовлено тим, що після демобілізації учасники АТО (ООС) вже не можуть поновитися на колишній роботі або швидко працевлаштуватися, що руйнує у них образ «годувальника сім'ї». Ті, хто отримав поранення, окрім вище вказаного, схильні думати, що дружини їх такими не приймуть, що тепер вони тягар для сім'ї, в результаті – 90% сімей після демобілізації учасників АТО (ООС), які отримали поранення чи втратили дієздатність, знаходяться на межі розлучення.

Враховуючи все вище вказане, впливає, що психологічна дезадаптація як результат впливу травмуючих подій відображає внутрішню чи зовнішню (іноді комплексну) дисгармонізацію взаємодії особистості із самою собою та суспільством, що проявляється у внутрішньому дискомфорті, порушеннях поведінки, взаємин і діяльності. Такий стан є свідченням виснаження як фізичних, так і психічних сил людини, по суті, втратою «колишнього себе» [88, с. 138]. Що стосується визнання змін у своєму психологічному та фізичному стані, то лише незначна кількість ветеранів АТО (ООС) вказує, що ніяких змін не помічає, тоді як більшість розуміє, що «вони не такі, як раніше». Ці тенденції зумовлені, перш за все, формою договору (контрактники, офіцери, солдати, добровольці) і відповідно – мотивацією до участі у бойових діях, що, в свою чергу, впливає на сприйняття їхніх наслідків.

Окрім того, психологічна дезадаптованість як результат впливу травмуючих подій значною мірою пов'язана з переживанням ветеранами АТО (ООС) посттравматичного стресового розладу, прояв якого вказує на те, що, захищаючи свою державу, її цілісність і незалежність, учасники АТО (ООС) піддавалися впливу надзвичайно сильного бойового стресу, що призвів як до внутрішньої, так і до зовнішньої дисгармонізації взаємодії особистості.

Бійці, що перебувають на війні, переживають травматичний стрес, який, на думку О. Пушкарьового, спричинений такими факторами, як: 1) чітко усвідомлюване почуття загрози для життя, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідизації; 2) ні з чим не порівнюваний стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою: у зв'язку з цим з'являється психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю побратимів чи з необхідністю вбивати; 3) вплив специфічних факторів бойової обстановки (дефіцит часу, пришвидшення темпів дій, раптовість, невизначеність, новизна); 4) проблеми із задоволенням необхідних потреб (повноцінний сон, дефіцит води і харчування тощо); 5) незвичний для учасників війни клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція, вітер, мороз та ін.) [143].

Отже, дезадаптація як прояв, у загальному розумінні, є зовнішньою характеристикою негараздів людини, які проявляються у нетиповій поведінці, відносинах і результативності діяльності в конкретних умовах середовища. Нетиповість форм поведінки і відносин як прояв дезадаптованості у ветеранів АТО/ООС проявляється в:

- ізолюваності;
- обмеженні контактів лише з «бойовими товаришами»;
- труднощах у налагодженні комунікацій в умовах миру;
- недовірі до навколишнього світу, особливо до державних структур [22].

Всі ці поведінкові прояви психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) можуть виникнути раптово, якщо мова йде про стороннього спостерігача, але насправді це далеко не безпідставні і ситуативні прояви. Як правило, вони виникають у результаті дії зовнішніх каталітичних факторів (голосні крики, раптові оплески, притишені кроки) і початок розвитку критичного стану залишається непоміченим, а зовнішні прояви кризи виникають як наслідок внутрішніх переживань.

Так звані флешбеки, тобто повернення в минулі переживання (бій, засідка, полон) та прояв неадекватних реакцій (раптове прагнення повзти,

ховатися під стіл), виснажують психіку, загострюють негативне психологічне самопочуття ветеранів АТО (ООС), особливо, якщо вони виникають під впливом таких думок, як: «Вони не зрозуміють мене ніколи!». Подібні деструктивні стани виявлені у більш ніж половини ветеранів АТО (ООС). І як правило, пережитий стрес впливає на те, що ветерани АТО (ООС) не можуть визначити різницю в ступені невідповідності психічних реакцій на подразники до і після пережитих травмуючих подій [47, с. 77].

Як зазначає О. Тополь, результатом психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) є різні форми адиктивної поведінки, з допомогою яких вони намагаються змінити стан свідомості, «втекти» від реальності в ілюзорний, віртуальний світ, вдаючись до вживання алкоголю, наркотичних засобів, ігор тощо [191, с. 231].

А. Єна і В. Могільов вказують на те, що тривалий вплив бойового стресу призводить до деформації особистісних структур учасників АТО (ООС), появи таких характерологічних змін, як:

- емоційна нестійкість;
- тривожність і настороженість, підвищена вразливість;
- запальність, дратівливість аж до бурхливих афективних спалахів, немотивована лють, дисфорія;
- загострене почуття справедливості, максималізм у судженнях і вчинках;
- відчуття безпорадності, страху, нервування;
- схильність до проявів яскраво виражених реакцій протесту [72, с. 6].

У цьому випадку саме реакція на вихідну подію завдає більшої шкоди, ніж подія сама по собі, адже високий рівень тривожності «керує» свідомістю учасника АТО (ООС), примушуючи його вірити в реалістичність страхітливих думок, які при звичайних ситуаціях просто не сприймаються.

М. Мушкевич зауважила, що ветеранам АТО (ООС) властиві прояви комплексної дисгармонізації взаємодії особистості, які поступово загострюють їхній стан психологічної дезадаптованості. До таких проявів автор віднесла:

- спроби уникнути думок, почуттів і розмов, пов'язаних із травмою;
- спроби уникнути дій, місць або людей, які викликають спогади про травму;
- часткова або повна амнезія важливих аспектів травми;
- виражене зниження інтересу до раніше важливих видів діяльності або до участі в них;
- почуття загальної відчуженості від близьких;
- нездатність орієнтуватися на довготривалу перспективу;
- гіперактивність, яка проявляється у дратівливості або спалаху гніву, надмірній пильності, загостреній реакції на різкі сигнали [112, с. 138].

Таким чином, у стані кризи активізуються примітивні захисні механізми особистості, зокрема проекція, витіснення, заперечення, ізоляція.

Отже, стан психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) супроводжується почуттям незадоволеності, що немає чітко окресленого закінчення та викликає постійні мимовільні повернення до епізодів життя, що вже трапилися, а тому не дозволяє їм адекватно реагувати на події, які відбуваються. Такі прояви психологічної дезадаптованості є очевидними, оскільки тривале перебування у бойових умовах, поранення є серйозними стресами, які спричиняють порушення у сприйнятті ветеранами АТО (ООС) картини життя, інших людей і ситуацій, що їх оточують.

Окрім того, суттєвою проблемою багатьох ветеранів АТО (ООС) є неможливість розділити своє життя на «до» і «після», де «після» означає новий етап і рух вперед. Ветеран АТО (ООС) після повернення до мирних умов тривалий час знаходиться ніби на межі: фізично – «тут», на мирній території, в сім'ї чи серед друзів, виконуючи звичні дії, а психічно – все ще залишаючись «там», знову і знову переживаючи колишні емоції, події, згадуючи товаришів,

думки, речі чи навіть побутові дрібниці [28, с. 176]. Все це вказує на відсутність контролю над ситуацією, що розгортається у внутрішньому, суб'єктивному світі особистості. Існування «прірви» між фізичним і психічним призводить до намагання підмінити існуючу дійсність бажаною і як наслідок – виникнення фрустрації.

Як стверджують Г. Аверьянов та А. Курпатов, саме почуття незадоволеності є ключовою ознакою психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС), яка, в свою чергу, є формою неприйняття реальності та опору їй. У результаті цього, процес психологічної адаптації неможливий без прийняття ветеранами АТО (ООС) умов свого існування [87, с. 23].

Дослідження «адаптації» та «дезаптації» військовослужбовців, які брали участь у антитерористичній операції (АТО) або операції Об'єднаних сил (ООС) є однією з найактуальніших проблем сьогодення. Результатами військових дій на теренах України є виникнення безлічі болючих проблем, пов'язаних з адаптацією учасників АТО (ООС) до мирного життя.

Повертаючись у звичайне життя, військові не можуть повноцінно звикнути до середовища, де не лунають вибухи та немає свисту куль над головою. Проблема дезаптації пов'язана з пережитими військовими подіями на сході України, які значно вплинули на їхню психіку. Такі люди відчують проблему при спілкуванні з сім'єю, друзями, в новій діяльності. Опинившись у зоні військових дій, людина почала адаптуватися до них, міняючи свої цінності, погляди на життя, установки, звикла до свого оточення, відвикаючи від минулого.

Особистість учасника АТО (ООС) була під впливом шкідливих факторів війни, через що зазнала деяких деформацій. Коли військовий приїжджає додому, йому важко, адже сформовані нові цінності, стилі поведінки, установки не збігаються з мирним життям, що затрудняє адаптацію. Маючи величезний жахливий досвід війни, військовий не може ним поділитися розуміючи, що його мало хто зрозуміє, окрім його побратимів. Часто військовим доводилося

бачити своїх мертвих друзів, доводилося стріляти та вбивати, долати різні випробування, які диктувала їм війна. Через що після повернення настає дезадаптація і, коли людина не змогла пристосуватися, може наступити стан дезадаптованості.

На процес дезадаптації впливає: емоційна, поведінкова, когнітивна, міжособистісна сфери людини. Щоб забути або знизити душевний біль, який спричинила війна, військові починають вживати алкогольні напої чи психотропні препарати, які погано впливають не тільки на фізичне здоров'я, а й на психічне, при цьому пришвидшуючи процес дезадаптації. Також потрібно не забувати про можливі розлади, такі як гострий стресовий розлад (ГСР) або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), які значно впливають на дезадаптованість бійця АТО/ООС [143; 155; 178; 179].

Особливо важко адаптуватися військовослужбовцям, які зазнали різних фізичних каліцтв та стали інвалідами. Через поганий розвиток психологічних служб та економічної сфери в Україні кваліфіковану допомогу може отримати не кожен. Тому наразі є гостра проблема дослідження соціально-психологічної дезадаптованості осіб, які брали участь у бойових діях.

Процес дезадаптованості дуже складний та багатограний, на нього впливає безліч чинників. При дезадаптації виникають значні зміни в різних сферах життя людини, таких як: поведінкова, емоційна, когнітивна та інші.

До об'єктивних ознак соціальної дезадаптації учасників бойових дій відносять: втрату колишніх соціальних (в т.ч. родинних) зв'язків, безробіття, втрату житла і майна, гемблінг, вживання наркотичних речовин, демонстрацію неприйняття соціальних норм, аутоізоляцію (надмірне усамітнення), відмову від соціальної та психологічної допомоги при одночасній усвідомлюваній потребі в них [140; 141; 144].

До суб'єктивних ознак соціальної дезадаптації належать: наявність постійних негативно забарвлених переживань, почуття «провини» перед

загиблими, перманентний внутрішній дискомфорт, відчуття «пустоти», «глухого кута», феномен «зайвої людини».

Під час перебування в зоні, де проводяться військові дії, військові швидко намагаються адаптуватися до навколишнього середовища, при цьому відбуваються зміни в її особистості. Зміни відбуваються і в когнітивній, емоційній, поведінковій, мотиваційній сферах особистості. Ці зміни в сферах особистості є необхідними і допомагають військовому підняти рівень психологічної стійкості. У військового, насамперед, розвивається професійне мислення та професійна пам'ять, що дозволяє вирішувати поставлені завдання.

Науковці виділили такі професійно значущі властивості мислення військовослужбовця: інноваційність, рефлексивність, інтуїтивність рішень, гнучкість, здатність до передбачення, здатність до прогнозування, конструктивність, застосування певного принципу, самостійність, ініціативність, здатність до конкретизації, оперативність, здатність до узагальнення, комплексність [62]. Формування цих професійно значущих властивостей мислення військовослужбовця сприятиме підвищенню психічної стійкості до екстремальних ситуацій.

Т.Берг дає свою кількісну характеристику стресового реагування в екстремальних ситуаціях. Вчений відмічав, що під час загрози та сильних стресових подій мнестичні функції значно знижуються, особливо в обсязі короткочасної пам'яті. Також порушується та знижується обсяг та стійкість уваги. Під час незвичайних ситуацій процес запам'ятовування значно знижується, як і швидкість переключення уваги, людина не може добре пам'ятати ті події та не помічає важливих деталей. Тобто, під час екстремальних ситуацій у людини страждають довільні психічні процеси [7].

Також відбуваються зміни на рівні емоційної сфери у військовослужбовців. Бійці вчаться керувати своїми емоціями, регулювати, відстороняючи свої емоції від професійної діяльності, що значно допомагає їм у пристосуванні до середовища та підвищують свою емоційну стійкість. Так,

Т. Макарова та В. Верещагін вважають, що значущими факторами емоційної стійкості є показники самопочуття, активності та настрою людини [93].

Під стресом розуміють неспецифічну реакцію організму на сильний подразник, а також відповідь нервової системи на нього. Першим, хто дав визначення «стресу», був Г. Сельє, ще у 1936 році він звернув увагу на те, що організм, як складна високоорганізована система, у відповідь на різні інтенсивні впливи реагує адаптаційно – захисними реакціями, всю сукупність яких він назвав адаптаційним синдромом. Учений визначив три його стадії: а) тривоги, коли після деякого нетривалого падіння стійкості організму починається мобілізація його ресурсів; б) підвищеної опірності організму; в) виснаження організму, зниження його стійкості [171].

Стрес виникає, перш за все, як загроза, яка дистанційно впливає на людину, викликаючи у неї те чи інше емоційне ставлення до цієї загрози та готуючи тим самим весь організм до можливих фізичних наслідків. Отже, стрес є для людини такою загрозою, емоційне переживання якої впливає на її здатність досить ефективно здійснювати свою діяльність.

При дії надто сильного та довготривалого подразника на нервову систему процес збудження може охопити нервові клітини головного мозку. У такому стані гальмівні рефлексії не спрацьовують і людина повністю втрачає контроль над своїми діями. Такий стан організму називається станом афекту [47].

До негативно забарвлених емоційних станів також відносять тривогу. Перебуваючи на передовій, бійці день у день відчують велику напругу через військові дії. Але повертаючись до звичайного життя, часто відчують стан гострого внутрішнього неусвідомленого неспокою, пов'язаного у свідомості з прогнозуванням невдачі, небезпеки чи очікуванням чогось важливого в умовах невизначеності [27].

Особливим в емоційній сфері військовослужбовця, як зазначає у своїх наукових працях Н.Волинець, є стани фрустрації – це сильний емоційний стан, який виникає через непередбачені перешкоди, які ведуть до незадоволеної

потреби. Наслідками фрустрації є зміни в поведінці, що можуть призвести до депресії та агресії [42; 43; 44].

Загрозою для військових умов є психічний стан паніки, який миттєво оволодіває людиною. Паніка – це сильний емоційний стан переживання людиною, під час якого в неї виникає нерегульована та неконтрольована поведінка аж до повної втрати володіння своїми діями. Паніка виникає перед реальною або уявною загрозою, яка предстала перед людиною, внаслідок чого виникає прагнення усунути загрозу або уникнути її, але не боротися з нею.

Жах – це ще один сильний ефект, при якому виникає стан сильного переляку, який супроводжується страхом, що охоплює людину. Під час жаху у людини спостерігається заціпеніння, тремтіння тіла та відсутність активної реакції на усунення подразника [159; 223].

Важливими є не тільки емоційні стани під час бою, але й стани, які можуть виникати після. Різні психічні розлади, які спостерігаються у військових є небезпечними для успішної адаптації в мирному суспільстві і, якщо в подальшому розвиваються психічні розлади та довготривалим є процес дезадаптації, то в них укріплюються бар'єри для адаптації. Як правило, військові зіштовхуються з нерозумінням, засудженням, труднощами в спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами у сфері фінансів, освіти, створення або збереження сім'ї, сексуального життя тощо [34].

Перебування на війні і безпосередня участь у бойових діях супроводжуються комплексним впливом наступних чинників:

- 1) ясно усвідомлюване почуття загрози для життя, так званий «біологічний страх смерті», а також страхи поранення, болю, інвалідизації;
- 2) ні з чим не порівнюваний стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою;
- 3) психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю товаришів по зброї;
- 4) психоемоційний стрес, пов'язаний з необхідністю вбивати інших людей;

5) вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпу дій, раптовість, невизначеність, новизна);

6) негаразди і обмеження в умовах бойових дій (нерідко відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчування);

7) іноді незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція та ін.) [47].

Фундаментальна робота Г. Сельє заклала теоретичні основи поняття про ПТСР і загальний адаптаційний синдром.

Проблематикою особливостей переживання психологічної травми займалися Л. Кравчук, І. Малкіна-Пих, Т. Паронянц, Є. Підчасов, Н. Тарабріна [100; 101; 133; 149; 183; 184] та ін. Автори аналізували вплив травматичних подій на формування психологічної травми, утворення захисних механізмів, що часто були симптомами посттравматичних стресових розладів (далі ПТСР) [116; 130].

Посттравматичний стресовий розлад – це непсихотична відтермінована реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Для виникнення ПТСР потрібно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду і здатний викликати дистрес [75; 76].

Дослідник А. Кардинер називав посттравматичний стресовий розлад хронічним військовим неврозом. Вчений, досліджуючи ПТСР, вивів симптоми, які властиві цьому неврозу, такі як збудливість, що передує гальмуванню, та сильне роздратування, нестриманість людини при реагуванні на різні зовнішні подразники, застрягання на травматичних подіях, намагання втекти від проблем реальності, сильні агресивні реакції на зовнішні події [76].

Явище ПТСР є дуже непростим, воно з'являється, коли людина відчула сильний стрес, який не спостерігався раніше у її досвіді, а тому викликає дистрес [22]. Дистрес відноситься до стресу, який виникає при серйозній загрозі життю або фізичній цілісності організму, в умовах, коли людина була

змушена вбити іншу людину та бачила мертві тіла товаришів або їх каліцтва. Всі ці чинники можуть призводити до ПТСР.

Взагалі про ПТСР, як окреме явище, говорити стали відносно недавно. Вперше про дане явище заговорили в США в 1980 році після війни у В'єтнамі. М. Горовіц запропонував вивести як самостійний синдром та назвав його «посттравматичний стресовий розлад» [28].

Також особливістю посттравматичного стресового розладу є те, що виникає він не миттєво, а протягом деякого часу. Для психологів важливо правильно діагностувати час виникнення та протікання синдрому. ПТСР діагностується лише у випадку, якщо всі симптоми синдрому тривають не менше одного місяця [10].

Дослідників ПТСР є безліч, і стрімко зростає їх кількість через актуальність проблеми, а саме тому зростає кількість різних підходів до розуміння явища ПТСР. Наприклад, такі вчені, як А. Пушкар'єв, В. Доморацький, Є. Гордєєва, дослідивши ПТСР, дають свою класифікацію: в людини спочатку виникають гострі симптоми, які тривають 3 місяці, після з'являються хронічні симптоми, які тривають від 3 і більше місяців, та симптоми, які виникають після 6 місяців, ці симптоми називають відтермінованими. Якщо вчасно не продіагностувати та не допомогти, ПТСР може тривати довгі роки.

Найважливішими клінічними симптомами ПТСР, згідно з МКБ-10, є:

I. Травматична подія наполегливо повторюється в переживанні одним (або більше) з наступних способів:

1. Повторюване і нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприймань, викликає тяжкі емоційні переживання.

2. Повторювані важкі сни про подію.

3. Важкі дії або відчуття, ніби травматична подія переживалася знову (включає відчуття «пожвавлення» досвіду, ілюзії, галюцинації і дисоціативні

епізоди - «Флешбек-ефекти», включаючи ті, які з'являються в стані інтоксикації).

4. Інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. Фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні чи внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

II. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) з перерахованих нижче особливостей.

1. Зусилля для уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою.

2. Зусилля для уникнення дій, місць або людей, які будять спогади про травму.

3. Нездатність згадати важливі аспекти травми (психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або неучасть у раніше значимих видах діяльності.

5. Відчуття відстороненості або відокремленості від решти людей.

6. Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові).

7. Відчуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей або бажання довгого життя).

III. Постійні симптоми зростаючого порушення (які не спостерігалися до травми). Визначаються з наявності, принаймні, двох з нижче перерахованих симптомів.

1. Труднощі із засинанням або поганий сон (ранні пробудження).

2. Дратівливість або вибухи гніву.

3. Утруднення із зосередженням уваги.

4. Підвищений рівень тривожності, гіперпильність, стан постійного очікування загрози.

5. Гіпертрофована реакція переляку [109].

Окрім посттравматичного стресового розладу, військовослужбовці зазнають негативного впливу інших травмуючих розладів. Одним з таких є гострий стресовий розлад (ГСР). Він виникає швидше, ніж ПТСР, і його динаміка проходження є більш м'якою, але всеодно людина відчуває сильний дискомфорт. Наслідком ГСР є переродження в ПТСР. Гострий стресовий розлад має свої особливості прояву: 1) тривалість розладу є не довшою 1 місяця та виникає відразу після травми; 2) ГСР є тимчасовим, при ньому порушуються механізми адаптації і він необов'язково перетворюється на ПТСР; 3) часто ГСР може поєднуватися з іншими реакціями, наприклад, переживання горя; 4) ГСР лікується поєднанням медикаментів та психотерапії.

Варто згадати і про психічні стани, які можуть виникати у військовослужбовців. Це такі стани, як: відчуття песимізму, коли військовослужбовець відчуває байдужість до навколишнього та до себе; почуття занедбаності, почуття недовіри до світу, часто неспроможність говорити про події, які сталися на війні, втрата логосу або сенсу життя, зниження самооцінки, через що невпевненість у своїх силах, відчуття «поганого сну», тобто військовий відчуває, що ті події, які відбувалися були сном, поганий сон або неможливість його, переживання за товаришів, що загинули на війні, та переживання вини «чому загинули вони, а не я», закритість у спілкуванні з навколишнім світом, особистісна тривога, прагнення мати при собі зброю для захисту, постійне відчуття мобілізації та готовності до війни, ненависть до влади, прагнення звільнитися від зайвої агресії до інших осіб, маніпуляція жінками для того, щоб задовольнити свої сексуальні потреби та знизити свій рівень сексуальної напруженості тощо [47; 59].

Якщо взяти світову статистику психічних розладів, то можна спостерігати, що кожний п'ятий, навіть не маючи якихось фізичних травм, має

якісь психічні розлади, а серед поранених та інвалідів - це кожний третій. Але це невелика частина тих порушень, що можуть виникати під дією екстремальних ситуацій, адже для більш серйозних наслідків має пройти не менше місяця.

Наступною важливою сферою, яка кардинально змінюється після того, як військовий побував на війні та пережив її жахи, – це поведінкова сфера особистості.

Вивчаючи наукові праці, можна помітити, що індивідуальну адаптаційну реакцію людини на складні життєві обставини визначають копінг – поведінкою та її видами [60; 90].

Поняття копінгу походить з англійського «cope», що в перекладі означає переборювати, також можна знайти і в німецькій літературі використання слова «bewaltingung», що також означає переборювати. Копінг – це індивідуальне вміння справлятися зі складною ситуацією, застосовуючи свою власну логіку дій. Першим, хто дав визначення, був Г. Гартман, який, захопившись працями З. Фрейда про захисні механізми психіки, вирішив доповнити її та ввів копінг як вирішення внутрішніх та зовнішніх конфліктів. Так, при поверненні до мирного життя ветерани АТО (ООС) стикаються з тим, що їхній військовий досвід непотрібний або можливість його застосування обмежена отриманими пораненнями тощо. Неоднозначне ставлення громадян до ветеранів АТО (ООС), тривале перебування в екстремальних і стресових умовах призводить до того, що учасники АТО (ООС) виявляються неконкурентоспроможними на ринку праці. Такого роду соціальна «відчуженість», ізолюваність призводить до виникнення психологічних проблем, породжує агресію та аутоагресію [90].

Окрім вказаних чинників, на виникнення психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) впливає ставлення до війни. Емоційний компонент проявляється у біполярних ставленнях, де, з одного боку, ветерани не приймають і заперечують все пов'язане з війною, з іншого – постійно згадують минулі події, іноді навіть відчуваючи теплі переживання щодо «духу єдності і

братерства», якого немає чи який не проявляється такою мірою у мирному житті.

Когнітивний компонент відображає власне сприйняття себе, як «того, від кого щось залежить», «хто, як не я» чи сприйняття себе, як людини, від якої нічого не залежить. Когнітивний компонент ставлення до війни тісно пов'язаний із здатністю брати на себе відповідальність за своє життя та життя близьких людей чи «інфантилізацією» сприйняття дійсності і власного життя. Це вказує на те, що сприйняття і розуміння значення, ролі і свого місця у війні залежить від внутрішніх характеристик особистості.

Поведінковий компонент ставлення до війни реалізується через надмірну соціальну включеність, активну соціальну позицію, образ «благородного героя», захисника. Так, значна кількість ветеранів АТО (ООС) орієнтована на загальноприйняті й соціально схвалювані норми поведінки, намагаються дотримуватися корпоративних вимог, у повсякденній діяльності групові інтереси ставлять вище особистісних, що вказує на альтруїстичну спрямованість. Але для дезадаптованих ветеранів АТО (ООС) ці прояви мають протилежну спрямованість. Так, дезадаптовані ветерани АТО (ООС), як правило, думають, що їхні дії і думки «правильні», адже вони бачили те, що іншим і «не снилося». Будь-яка образа чи конфліктна ситуація у мирному житті призводить до неадекватних, агресивних реакцій, а будь-яке намагання «притіснити» їхні права призводить до «масштабних» дій.

Ще одним структурним компонентом, який суттєво впливає на прояв дезадаптованості, є власне мотивація до участі у бойових діях. Виявлено, що добровольці, порівняно із мобілізованими учасниками АТО (ООС), легше адаптуються до мирних умов, оскільки, приймаючи рішення добровільно взяти участь у бойових діях, наявність бажання захистити свою державу, чітка життєва позиція та ідейність «уберігають» від деяких розчарувань. Хоча іноді добровольці теж не до кінця усвідомлюють усі труднощі, з якими вони можуть зіткнутися, керуючись «ідейним романтизмом». Що стосується контрактників,

то їхнє сприйняття війни «переломлюється» через призму грошової винагороди, відповідно витрачені ними «життєві ресурси» будуть компенсовані матеріально. Щоправда, жоден із вказаних мотиваційних проявів не може «захистити» від травматичного впливу на особистість. Окрім того, у разі поранень чи втрати кінцівок сприйняття дійсності буде залежати більшою мірою від особистісно-адаптаційного потенціалу особистості, ніж від її попередньої мотивованості до участі в бойових діях.

Визначення особливостей психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) не можливе без аналізу дезадаптивних форм поведінки та їх проявів. Так, однією із форм дезадаптивної поведінки є адиктивна поведінка. Оскільки прояви ПТСР та нездатність прийняти дійсність перешкоджають адаптації до мирних умов, то найпростіший спосіб «притупити» переживання – «утопити» їх в алкоголі чи наркотиках. Досить часто саме під впливом різних психотропних речовин та алкоголю учасники АТО (ООС) скоюють злочини, акти насилля чи самогубство. Останній прояв дезадаптованості сьогодні стоїть дуже гостро. Так, на сьогодні близько тисячі учасників АТО (ООС) закінчили життя суїцидом, хоча конкретна статистика щодо суїциду залишається «засекреченою». Під впливом ПТСР, для якого, в першу чергу, характерна нестійкість психіки, навіть самі незначні втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; особливі види агресії; боязнь нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живим; ідентифікацію себе з убитими [18].

Окрім того, психологічна дезадаптованість є результатом і наслідком злочинної поведінки учасників АТО (ООС). Жорстокість війни, суб'єктивне зниження цінності людського життя та здоров'я продукує можливість виникнення насильницьких злочинів. Матеріальні труднощі, пов'язані з бойовими умовами, послаблення охорони матеріальних цінностей, безпеки мирного населення, – усе це сприяє вчиненню корисливих злочинів. Перевтома, вживання спиртних напоїв, збільшення насиченості джерелами підвищеної небезпеки (зброєю, бойовою технікою) на тлі зменшення цінності

людського життя та здоров'я сприяють підвищенню рівня необережної злочинності [6].

Аналізуючи отриманий матеріал та враховуючи результати теоретико-психологічного аналізу поняття дезадаптованості, ми побудували структурно-функціональну модель дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції/операції Об'єднаних сил, яка представлена на рисунку 1.1.

У структурі психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) можна виділити соціальні (зовнішні) та внутрішні (психологічні) чинники, що зумовлюють виникнення вказаного явища.

Серед найбільш вагомих соціальних чинників, що призводять до виникнення дезадаптованості, нами було виокремлено: участь у військових діях; складності працевлаштування, напружені відносини із членами сім'ї, рідними, друзями; потреба здобуття вищої освіти або перекваліфікації для подальшого працевлаштування; недостатня соціально-психологічна допомога. Діапазон впливу чинників війни на людину надзвичайно широкий. При цьому набагато більший масштаб мають пом'якшені і відтерміновані наслідки війни, що впливають не тільки на психофізичне здоров'я ветеранів АТО (ООС), а й на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій [17; 18; 23].

Нами було виокремлено внутрішні (психологічні) чинники психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС). Зазначені чинники були згруповані в емоційному, комунікативному, поведінковому та мотиваційному компонентах, що, проходячи через призму самоствалення до часових перспектив, утворюють особистісну властивість ветеранів АТО (ООС) – дезадаптованість.

Емоційний компонент є дуже важливим у житті будь – якої людини, а особливо бійця АТО (ООС), адже військові залежать від емоцій, які виникають під час бою, і справляється з ними не кожен.

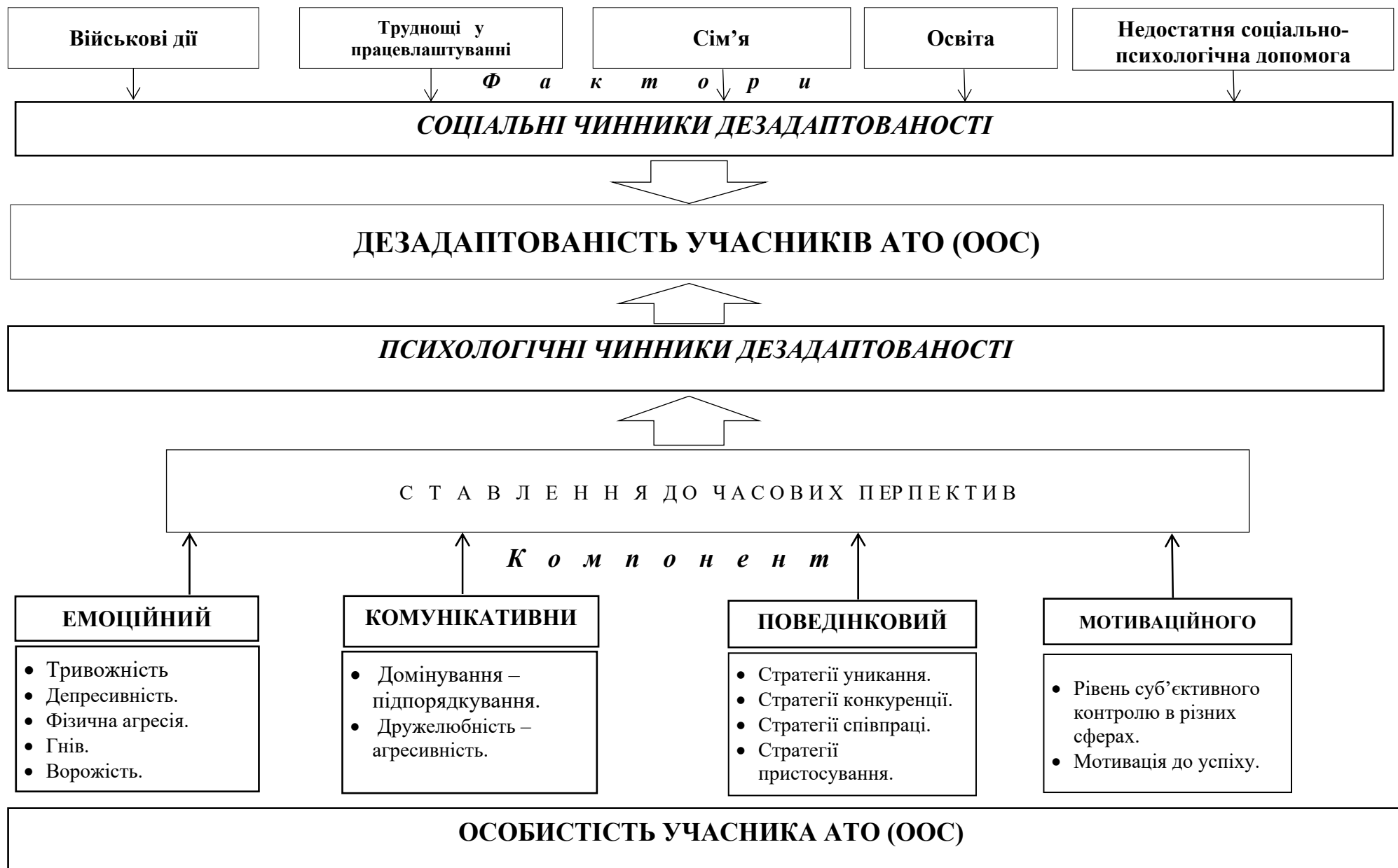


Рис. 1.1 Структурно-функціональна модель дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції

Емоційний компонент у запропонованій структурно-функціональній моделі розкривається через наявність у ветеранів АТО (ООС) таких негативних переживань: тривожності, депресивності, агресивності (зокрема фізичної, проявів гніву, ворожості та інших).

Для більшості ветеранів АТО (ООС), переважно із симптомами ПТСР, властиве різко негативне ставлення до соціальних інститутів, до уряду, а ще душевні надломи, зриви, жорстокість, непримиренність, підвищена конфліктність, з одного боку; втома, апатія, з іншого боку, – все це природні реакції організму на наслідки тривалого фізичного і нервового напруження, пережитого в бойовій обстановці.

У комунікативному компоненті запропонованої структурно-функціональної моделі було представлено комунікативні стратегії: домінування-підпорядкування, дребезлювності-агресивності у комунікації. З аналізу наукових джерел встановлено, що у ветеранів АТО (ООС) виникає цілий ряд проблем комунікації з оточуючими.

Поведінковий компонент дезадаптованості у запропонованій моделі презентується стратегіями: уникання, конкуренції, співпраці, пристосування.

Ще одним структурним компонентом, який суттєво впливає на прояв дезадаптованості, є мотиваційний. Зазначений компонент представлений рівнем суб'єктивного контролю в різних сферах та мотивацією до успіху.

Всі представлені компоненти проходять через призму ставлення ветеранів АТО (ООС) до часових перспектив, що представлено вивченням негативного минулого, гедоністичного теперішнього, майбутнього, позитивного минулого і фаталістичного теперішнього.

Отже, у дисертаційному дослідженні, за результатами науково-психологічного аналізу, нами було спроектовано та скомпоновано структурно-функціональну модель дезадаптованості ветеранів АТО (ООС). За результатами науково-психологічного аналізу встановлено, що участь у військових діях спричинює зміни емоційної, комунікативної, поведінкової та мотиваційної сфер

та у ставленнях до часових перспектив, що і було розкрито у відповідних компонентах утворення дезадаптованості.

1.3. Особливості соціально-психологічної корекції ветеранів антитерористичної операції

Соціально-психологічна корекція як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів учасників бойових дій має носити інтегративний характер, включати заходи соціального супроводу, психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні, використовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної роботи (супровід, консультування, групова корекція, аутотренінг, саморегуляція тощо).

Ефективні психокорекційні заходи спрямовуються не лише на виведення людини з кризового стану, а і на розвиток нових життєво важливих умінь. Найбільш успішними є результати соціально-психологічної роботи, коли не лише з'ясовуються причини розладів, а і формується у ветеранів АТО (ООС) потреба в особистісному зростанні та розвитку закладених можливостей.

Успішна соціальна адаптація характеризується добре збалансованим співвідношенням між потребами людини і вимогами соціального середовища. Особистість з гарною соціальною адаптивністю відрізняється врівноваженістю, гармонійністю, збалансованістю самореалізації з самоконтролем, що забезпечує дотримання загальноприйнятих нормативних вимог середовища. Показником дезадаптованості людини є: тривожний настрій, депресія або навіть більш серйозні прояви – невротичні розлади, алкоголізм, наркоманія [115, с. 74].

Ефективність соціально-психологічної адаптації визначається як за об'єктивними показниками досягнень, так і за суб'єктивною задоволеністю людини своїми досягненнями в тій професійній та соціально-економічній позиціях, які вона займає.

Проблема надання психологічної допомоги особистості, яка потрапила в стресову ситуацію, висвітлюється в наукових працях вітчизняних та зарубіжних науковців. В. Доморацький, Н. Крилов, А. Пушкарьова досліджували особливості корекції посттравматичного стресового розладу в учасників військових дій [124]. А.Караяні, Н.Тарабріна, О.Тімченко, Т.Яценко впровадили в психологічну практику технології діагностики та подолання стресових розладів [81; 124; 183; 187; 188; 227; 228]. Праці І. Малкіна-Пиха були спрямовані на психологічну допомогу в кризових ситуаціях. Ф. Шапіро займався вивченням психотерапії емоційних травм [99].

За даними низки дослідників, війна та участь у військових діях належать до найбільш травматичних для особистості життєвих подій, оскільки містять у собі загрозу для життя та здоров'я людини (А. Караяні, Н. Тарабрина, Л. Трубіцина та ін.) [81; 124; 183; 187; 188]. Крім «травматичності» цієї події, перешкоджає опрацюванню психікою участі у військових діях насамперед відсутність умов для цього в ситуації військових дій. Зокрема, до таких умов належать увага до своєї внутрішньої реальності (К. Роджерс [163; 164]) і свого внутрішнього світу (Б. Ананьєв, С. К'єркегор, К. Ясперс та ін.), і, відповідно, вільний час для осмислення події, що відбулася, її рефлексія тощо [8].

А. Караяні описував особливості переживання травматичних подій ветеранами війни та визначив основні вектори психокорекційної роботи: «.....переживання життєвих подій може відбуватися шляхом розповідання життєвих історій, що дозволяє зняти напруження та вписати подію у власний досвід. Таким чином, метою розповіді травматичної історії є інтеграція, а не просто вираження почуттів» [81]. Процес реконструкції травматичної історії спрямований на трансформацію – перетворення цієї травмуючої історії у прийнятну, для чого необхідна актуалізація елементів травматичного досвіду «тут і зараз», можливість вписати його в історію свого життя і в результаті прийняти цю історію, погодившись із нею.

Переживання травматичної життєвої події відбувається протягом кількох фаз переживання травми (Є. Лопухіна, І. Малкіна-Пих, Л. Трубіцина,

О. Хухлаєв та ін.): фаза шоку, фаза заціпеніння, фаза гніву, фаза депресії та оплакування, фаза зцілення [101].

Проходячи ці фази, життєва подія з травматичної та небезпечної для особистості перетворюється на фрагмент життєвого досвіду, що входить в історію людини [101]. Таким чином, особистість може рухатися в майбутнє, реалізуючи свої життєві цілі та завдання. Водночас травматичний досвід, навпаки, перешкоджає саморозвитку особистості, змушуючи її фіксуватися на минулому, а не на теперішньому й майбутньому [217].

Вперше зазначена динаміка переживання травматичного досвіду була описана Е. Кюблер-Росс. Спостерігаючи за реакцією хворих на оголошений смертельний діагноз, Елізабет Кюблер-Росс виділяла п'ять основних етапів психологічних переживань, які можуть проходити в довільному порядку або вибірково:

1. Заперечення — людина, отримавши звістку про невиліковність хвороби, в багатьох випадках у перший момент не може збагнути, що це сталося саме з нею, тому не може прийняти почуте.

2. Гнів — людина намагається зрозуміти, як таке з нею могло статися, однак не знаходячи раціонального пояснення, як це дуже часто буває в стані афекту, обурюється на лікарів, близьких і навіть сторонніх осіб, звинувачуючи їх у недбальстві та злих намірах.

3. Компроміс — люди, все ще надіючись на краще, обіцяють собі або вищим силам корінним чином змінити життя на «правильне», відмовитися від шкідливих звичок, виправити деструктивні вчинки, у разі якщо діагноз не підтвердиться або хвороба відступить. У залежності від психологічних установок, переживання супроводжуються практичними діями - від благань та спокути вини (у психологічно слабких особистостей) до пошуків дієвих рішень (у сильних духом осіб).

4. Депресія — людина віддаляється від соціуму, впадає у відчай і переживає жах, при цьому різко падає активність, втрачається інтерес до світських проблем.

5. Прийняття - людина усвідомлює смерть як невідворотний процес та змирюється.

У подальших наукових дослідженнях науковці трансформували стадії переживання травматичної ситуації за Е.Кюблер-Росс під специфічні особливості самої травматичної ситуації.

Було встановлено, що час переживання травматичної ситуації доволі тривалий та динамічний. Ця динаміка процесу переживання травматичної ситуації включає в себе чотири етапи:

На першому етапі людина намагається заперечити все, що з нею сталося. Ця фаза так і називається «заперечення» або «шок». Цей стан настає відразу після потрапляння у стресову ситуацію, яка призвела до травми, особливо цей етап проявляється на емоційному відреагуванні. На цьому етапові вмикаються механізми захисту психіки та цей період проживання етапу заперечення недовгий.

Другий етап має назву «фаза агресії та провини». На даному етапі людина звинувачує у всіх прожитих подіях все навколишнє середовище та саму себе. При цьому проявляє до всіх сильну агресію (аутоагресію).

Третім етапом є депресія людини. Після заперечення, почуття провини та викиду сильної агресії психіка намагається заглушити дані переживання, після чого людина потрапляє в депресію. В особі виникають сірі будні, вона не бачить виходу з даної ситуації, всі речі та справи, які раніше приносили задоволення, вже не приносять, небажання щось робити та змінювати, з'являються думки про самогубство. Щоб пройти даний етап, важлива допомога близького для людини оточення, але допомога повинна бути ненав'язливою.

Четвертий етап є останнім, і має назву «зцілення». Під час цього етапу відбувається повне та свідоме прийняття свого минулого досвіду, виділення з нього корисного та поганого і продовження нормального життя.

Важливо зазначити, що проходження зазначених етапів не завжди є послідовним, переживання можуть піддаватися регресним явищам, тобто

можуть повертатися попередньо пройдені етапи. І кінцевий етап надання психологічної допомоги – досягнення прийняття травматичного досвіду, переструктурування особистості, вибудовування нових взаємодій та соціальних контактів.

Ряд вітчизняних (О. Кокун, С. Максименко, О. Романчук та інші) та закордонних (К. Монсон, Л. Морланд, Р. Ротоунда, Т. О'Фаррел та інші) досліджень вказує на те, що участь у війні чи проживання на території, де йде війна, суттєво підвищують частоту психічних розладів. Жахіття війни ніколи не минають безслідно. І травми, які отримують воїни, не лише фізичні, а й психологічні.

Чинники, які спричиняють переживання травми: загроза життю і серйозного фізичного пошкодження, поранення, військовослужбовці бачать смерть інших людей та їх поранення, перебування в полоні, тортури, знущання, екстремальні умови життя та діяльності, вбивство та поранення інших людей, сексуальне насильство, невизначеність.

Механізм психічної травми завжди один, а відрізняються вони за ступенем впливу на особистість. За цими параметрами можна визначити кілька рівнів психологічної травматизації учасників АТО (ООС).

До травм, пов'язаних з бойовим стресом, належать:

1) шоківі травми – виникають у ситуаціях загрози життю самого бійця чи його побратимів;

2) сенсові травми виникають внаслідок зради та несправедливості, з якими зіткнулася людина.

Травми внаслідок втрати здоров'я – виникають після поранень і контузій. Ветеран може набути чутливості до коливань погодних умов і перепаду тиску, мати сезонні загострення. Коли людина втрачає фізичне здоров'я, в неї залишається значно менше внутрішнього ресурсу, щоб справитися із стресом. А стрес у суспільстві присутній завжди.

Травми внаслідок втрати частин тіла. В Україні у ветеранів, які втратили кінцівки, виникають проблеми з протезуванням, пересуванням по місту і в

громадському транспорті. Це дуже відображається на психологічному стані ветеранів, їм необхідно навчитися жити в нових умовах, віднайти нові сенси життя.

Варто також пам'ятати, що на кожному з перерахованих травм можуть накладатися психологічні проблеми, що існували до війни. Таке поєднання поглиблює травму, ускладнює вихід із неї та адаптацію.

Вплив травми на психічне здоров'я залежить від: характеристики травматичної події і її наслідків; характеристики потерпілої особи; реакції соціального оточення [124].

Виокремлено можливі психічні розлади після травми: ускладнена реакція втрати; зловживання психоактивними речовинами; гострий стресовий розлад та посттравматичний стресовий розлад; депресія; генералізований тривожний розлад/ соціальна фобія; розлади апатії, дисоціативні розлади, соматоформні розлади; короткий психотичний епізод [151].

При роботі з психічною травмою основним є створення безпечного місця, оскільки порушується базова довіра, утворюються ранні етапи розвитку. Засоби - створення безпечних стійких меж психологічної роботи: чітко призначений час, не запізнюватися, місце проведення психологічної допомоги не змінюється, конфіденційність, якщо це групова робота, то кількість та склад учасників не змінюється.

Травма руйнує пам'ять (специфічні нейронні зв'язки), за допомогою психологічної роботи зв'язки відновлюються, тому робота тривала у часі. При травмі відбувається розчеплення спогадів, розпад особистості. Психологічна робота спрямована на зцілення – створення нової особистості з переробленим травматичним досвідом. Шрам від травми залишиться, проте людина набуде нового досвіду взаємодії, життя та стосунків. Постає запитання, чи можна застосовувати ті навички, які виробилися під час військових дій, у мирному житті. Уважність? Спостережливість? [30; 57; 74; 208; 245].

Під час психологічної роботи військовослужбовці та ветерани можуть ознайомитися з навиками саморегуляції. Основною метою емоційно-вольової

саморегуляції є врівноваженість емоційно-вольової сфери особистості, що є важливим чинником, який забезпечує продуктивність інших психологічних методів підвищення психічної стійкості військовослужбовців до екстремальних ситуацій [56].

Розрізняють психічну саморегуляцію як функцію психіки, засіб і метод регулювання психіки. Метою саморегуляції є приведення себе до норми. Вона здійснюється на двох рівнях: гомеостатичному (адаптивному) і вищому (коли ініціатива виходить від самого суб'єкта). Саморегуляція довільної активності є одним із способів підвищення психічної стійкості військовослужбовців і розуміється, як системно організований процес щодо ініціації, побудови, підтримки й управління всіма видами й формами зовнішньої та внутрішньої активності, які спрямовані на досягнення суб'єктом мети. Це свідомо активація певних можливостей особистості для здійснення професійної діяльності. Принцип саморегуляції розкриває особисті способи організації управління психікою щодо об'єктивних і суб'єктивних умов діяльності [17; 18; 21].

Система психічної саморегуляції людини включає два основні рівні: довільна саморегуляція відбувається завжди свідомо та індивідуально. В цій регуляції значиму роль відіграють мисленеві процеси, які є обов'язковими для виконання саморегуляції людини. Найголовнішою є форма мислення, самопереконавання як спосіб саморегуляції особистості [247; 239].

Науковці виділяють кілька методів саморегуляції: мотиваційна саморегуляція, емоційна саморегуляція, саморегуляція уваги, саморегуляція загального психофізіологічного тону та операційної активності [15]. До способів саморегуляції можна віднести самопереконавання, самонавіювання тощо, когнітивну регуляцію (управління пам'яттю та уявою, зміна спрямованості мислення, раціоналізація), настановну регуляцію, зміну обмінних процесів і притоки нервових імпульсів до головного мозку (дихальні та психомоторні вправи, м'язово-судинна релаксація й тонізація, самомасаж тощо).

Широко використовуються у психокорекційній роботі з ветеранами АТО (ООС) психологічні методи роботи з трансгенераційною (міжполінною) передачею досвіду подолання психічної травми. Робота з міфами, легендами, казками українського народу.

Застосування образу українського козацтва – як потужного національного образу сили українських воїнів. Можна застосовувати легенди, думи, міфи та казки про козаків. Наприклад, Козак Мамай – образ козака та своєрідний духовний символ України. Його постать описана в багатьох легендах (Савур-могила, легенда про козака Мамая та інші) та казках (Змій).

Важливо зазначити, що ритуали – стійкі до травми, вони зберігають трансгенераційний досвід поколінь. Ритуали опрацювання горя – похорон, поминання, оплакування, світла пам'ять про померлих у дні Христового Воскресіння – Великодня.

У психокорекційній роботі з учасниками АТО (ООС) особлива роль належить проблемі відбудови внутрішньої безпеки. Важливо відновити довіру, оскільки внаслідок втрати базисної довіри до світу відчувається безпорадність, знижується відчуття групової ідентифікації. Поряд з довірою втрачається баланс. У психологічній роботі формуються нові значення себе та суспільства. Відбувається соціальна перебудова - створення нових соціальних зв'язків. Ефективними в роботі з військовослужбовцями є групові методи надання психологічної допомоги. Групи ветеранів, членами яких є лише учасники військових дій, зарекомендували себе, як ефективні методи психокорекції. У зазначених групах учасники можуть відчуті підтримку від людей, які пережили схожі події. У сучасних світових практиках починає набувати популярності метод комбінованих психологічних груп, у якому учасникам, які пройшли курс психологічної підтримки у ветеранських групах, для покращення соціальної адаптації до умов мирного життя пропонується пройти курс психологічної допомоги з учасниками, які не брали участі у військових діях, проте також мають потребу в психологічній підтримці.

Важливе місце в психологічній роботі має переживання справедливості. У казках та легендах, переважно з козацького періоду, добро перемагає зло. Важливими є реагування світової спільноти проти дій агресора, є відстоювання кордонів та захист Батьківщини.

Повага та турбота про себе – важливі компоненти психологічного здоров'я. Під час психокорекційної роботи важливо відновити або сформувати вміння піклуватися про себе, свій простір (психологічний, житловий та інші), своє здоров'я, особистісне зростання. Основні складові піклування про себе: здоров'я, харчування, медичний контроль, дозвілля, саморозвиток, взаємодія з оточуючими, професійний розвиток, гармонійні сімейні стосунки.

При проведенні соціально-психологічної корекції з ветеранами АТО (ООС) варто зважати на те, що психологічної допомоги потребує не лише сам ветеран, але й члени його сім'ї. Після участі у військових діях людина повертається іншою – фізично і емоційно. Будь-які тілесні ушкодження впливають на психіку людини, до цього додаються невидимі моральні травми від самої участі у військових діях [91; 161; 162; 209; 211].

Сім'я переживає розлуку під час очікування військового з війни, яка позбавляє членів родини спілкування, взаємодії, сімейних свят та іншого. Важливою проблемою соціально-психологічної корекції є реінтеграція ветеранів АТО (ООС), оскільки під час військової служби військовослужбовець живе іншим життям, то закріплюються різні способи життя членів сім'ї [16; 129].

Поява у ветерана АТО (ООС) симптомів ПТСР спричинює порушення сімейної взаємодії, конфліктність, серйозні сексуальні розлади, знижується емоційна відкритість.

Важливо, щоб усі члени сім'ї мали можливість отримати психологічну допомогу, а тому доцільно залучати до заходів соціально-психологічної корекції дружин (чоловіків) ветеранів та їх дітей.

За результатами теоретичного аналізу проблеми виокремлено поняття соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) – це

система соціально-психологічних заходів, спрямована на виправлення утворених внаслідок участі у бойових діях змін емоційної, поведінкової, комунікативної, пізнавальної, мотиваційної сфер та ставлень ветеранів АТО (ООС) та членів їх сімей.

Висновки до 1 розділу

За результатами теоретичного узагальнення проблеми дезадаптованості у ветеранів АТО та її психокорекції, виокремлено поняття дезадаптованості ветеранів АТО та соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО.

Відповідно, соціально-психологічна дезадаптованість ветеранів АТО (ООС) - це особистісна властивість, яка виникає внаслідок порушення соціальної адаптації після участі у військових діях, вона характеризується: переживанням довготривалих негативних емоційних станів, порушеннями пізнавальних процесів, деструктивними поведінковими та комунікативними стратегіями, змінами ціннісних орієнтацій, мотивації та суб'єктивно-оцінних ставлень особистості.

Встановлено, що дезадаптованість ветеранів АТО (ООС) визначає рівень та результат функціонування людської психіки, що виражається в неможливості адаптації до власних потреб і бажань, у неможливості задовольнити вимоги та очікування, які ставить соціальне середовище. Центальною ознакою названої дезадаптованості є переживання особистістю довготривалих внутрішніх і зовнішніх конфліктів без знаходження нею психічних механізмів і форм поведінки, що необхідні для їх розв'язання. Соціально-психологічна дезадаптованість проявляється у випадках, коли зміна середовища не призводить до зміни поведінки або пристосування тільки за рахунок себе, що призводить до структурних змін.

Грунтуючись на основних положеннях психофізіологічного, діяльнісного, когнітивного, психоаналітичного та гуманістичного напрямів, було

спроектовано структурно-функціональну модель дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції.

У структурі психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) можна виділити зовнішні (соціальні) та внутрішні (психологічні) чинники, що зумовлюють виникнення вказаного явища.

Серед найбільш вагомих соціальних чинників, що призводять до виникнення дезадаптованості нами було виокремлено: участь у військових діях; труднощі в працевлаштуванні, напружені відносини із членами сім'ї, рідними, друзями; потреба у здобутті вищої освіти або перекваліфікації для подальшого працевлаштування; недостатня соціально-психологічна допомога.

Виокремлені внутрішні (психологічні) чинники психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) були згруповані в емоційному, комунікативному, поведінковому та мотиваційному компонентах, що, проходячи через призму самоставлення до часових перспектив, утворюють особистісну властивість ветеранів АТО (ООС) – дезадаптованість.

Емоційний компонент у запропонованій структурно-функціональній моделі розкривається через наявність у ветеранів АТО (ООС) таких негативних переживань: тривожності, депресивності, агресивності (зокрема фізичної, проявів гніву, ворожості та інших).

У комунікативному компоненті запропонованої структурно-функціональної моделі було представлено комунікативні стратегії: домінування-підпорядкування, дрежелюбності-агресивності у комунікації.

Поведінковий компонент дезадаптованості у запропонованій моделі презентується стратегіями: уникання, конкуренції, співпраці, пристосування.

Мотиваційний компонент представлений рівнем суб'єктивного контролю в різних сферах та мотивацією до успіху.

Усі представлені компоненти проходять через призму ставлення ветеранів АТО (ООС) до часових перспектив, що представлено вивченням: негативного минулого, гедоністичного теперішнього, майбутнього, позитивного минулого і фаталістичного теперішнього.

За результатами теоретичного аналізу встановлено, що під час участі у військових діях ветерани АТО (ООС) зазнають травмування, що впливає на емоційну, поведінкову, комунікативну і мотиваційну особистісні сфери та особистісні ставлення, що потребує їх залучення до програм соціально-психологічної корекції. Встановлено, що до участі у програмах соціально-психологічної корекції важливо залучати всіх членів сім'ї учасників АТО (ООС).

За результатами теоретичного аналізу проблеми виокремлено поняття соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) – це система соціально-психологічних заходів, спрямована на виправлення утворених внаслідок участі у бойових діях змін емоційної, поведінкової, комунікативної, пізнавальної, мотиваційної сфер та ставлень ветеранів АТО (ООС) та членів їх сімей.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ ВЕТЕРАНІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

2.1. Обґрунтування інструментарію емпіричного дослідження

Перед нами стоїть завдання дослідити дезадаптованість ветеранів АТО (ООС). Важливо дослідити всі сфери, які можуть впливати на процес дезадаптації бійців.

Методологічну основу емпіричного дослідження склали наукові положення про проведення психологічного дослідження (Л.Бурлачук, Е.Гуревич, Д.Райгородський), дослідження особистісної дезадаптованості особистості (К.Роджерс, А.Фурман), дослідження психологічних особливостей учасників АТО/ООС (О.Коkun, Л.Кондратенко, Л.Манилова, Н.Пророк) [124; 144].

Емпіричне дослідження дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) здійснювалося відповідно до загальнонаукових психологічних принципів: системності, об'єктивності, розвитку, єдності біологічного та соціального.

Мета емпіричного дослідження полягає у визначенні специфіки та компонентного складу дезадаптованості ветеранів АТО (ООС).

Завдання емпіричного дослідження:

1. Дослідження особливостей соціальних чинників дезадаптованості учасників АТО (ООС).
2. Дослідження особливостей психологічних чинників дезадаптованості учасників АТО (ООС), представлених у вигляді емоційного, комунікативного, поведінкового та мотиваційного компонентів.
3. Дослідження ставлень до часових перспектив ветеранів АТО (ООС).
4. Визначення факторної структури дезадаптованості ветеранів АТО (ООС).

Емпіричне дослідження проведено впродовж 2017-2020 років на базі Управління у справах ветеранів війни Департаменту соціальної та молодіжної

політики Вінницької обласної державної адміністрації; Управління соціального обслуговування Департаменту соціального захисту населення Львівської обласної державної адміністрації; ГО «Українське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО»; ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО»; ГО «Вінницьке обласне товариство психологів та психотерапевтів».

До участі в дослідженні було залучено 150 ветеранів АТО (ООС), які перебували на лінії зіткнення та оборони. Орієнтований вік досліджуваних сягає від 21 до 40 років у кількості 150 осіб.

Констатувальне дослідження проводилося відповідно до етапів:

1. Підготовчий етап дослідження. Під час зазначеного етапу визначалося методологічне підґрунтя та принципи дослідження, було сформовано мету дослідження.

2. Відповідно до запропонованої структурно-функціональної теоретичної моделі дезадаптованості ветеранів АТО (ООС), було скомпоновано психодіагностичний комплекс методів дослідження та схему проведення констатувального дослідження.

3. На третьому етапі емпіричного дослідження проводилося вивчення психологічних особливостей дезадаптованості ветеранів АТО (ООС).

Схема проведення емпіричного дослідження складалася з таких основних компонентів (Рисунок 2.1.):

1. Етапи дослідження: підготовчий етап, етап підбору психодіагностичного інструментарію, етап констатувального дослідження.

2. Дослідження соціальних чинників дезадаптованості учасників АТО (ООС) (Соціологічна карта (Бессараба О.)).

3. Дослідження психологічних чинників дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) [153]:

КОНСТАТУВАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ УЧАСНИКІВ АТО (ООС)

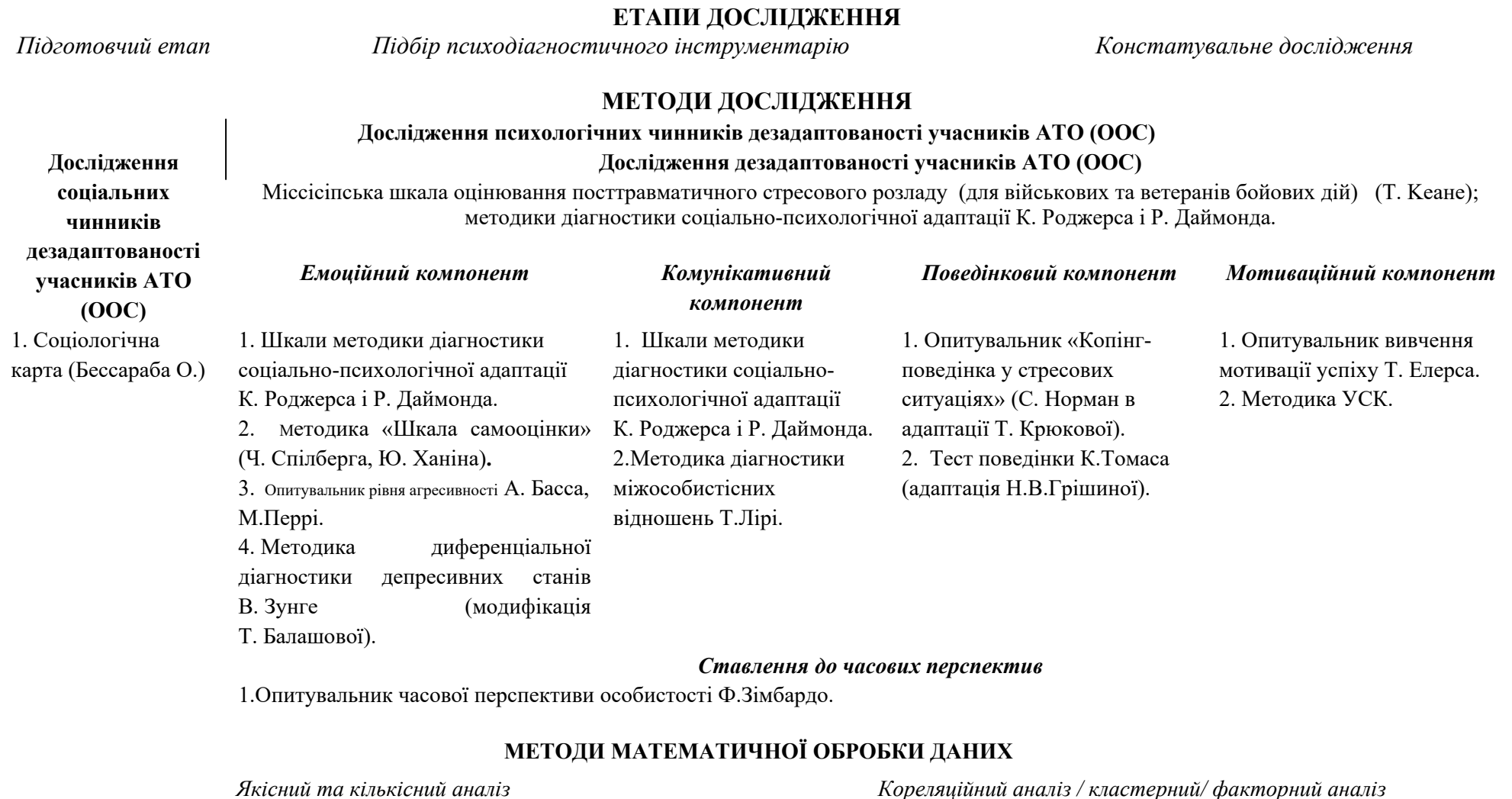


Рис. 2.1. Схема констатувального дослідження особливостей соціально-психологічної дезадаптованості учасників антитерористичної операції (операції Об'єднаних сил)

а) дослідження дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) (Міссісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для військових та ветеранів бойових дій) (Т.Кеане); методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда);

б) емоційного компоненту (Шкали методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда; методика «Шкала самооцінки» (Ч. Спілберга, Ю. Ханіна); опитувальник рівня агресивності А. Басса, М.Перрі; методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікація Т. Балашової);

в) комунікативного компоненту (Шкали методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда; Методика діагностики міжособистісних відношень Т.Лірі);

г) поведінкового компоненту (Опитувальник «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (С. Норман в адаптації Т. Крюкової); тест поведінки К.Томаса (адаптація Н.Грішиної));

д) мотиваційного компоненту (Опитувальник вивчення мотивації успіху Т. Елерса; методика УСК).

4. Дослідження ставлень до часових перспектив ветеранів АТО (ООС) (Опитувальник часової перспективи особистості Ф.Зімбардо) [77];

5. Застосування методів математичної обробки даних дослідження (якісний і кількісний аналізи, кореляційний, кластерний і факторний аналізи).

Проаналізуємо діагностичний потенціал скомпонованого психодіагностичного комплексу дослідження дезадаптованості ветеранів АТО/ООС.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерса і Р. Даймонда). Дану методику, яка визначає рівень соціально- психологічної адаптації, розробили вчені Карл Роджерс та Розалінд Даймонд у США ще в 1954 році, після чого вона швидко набрала популярності та була перекладена кількома мовами і зазнавала кількох адаптацій. Методика розроблена для

діагностики соціально-психологічної адаптації людей у соціальному середовищі.

Застосовувати методику можна, починаючи з підліткового віку. Дана методика має 6 інтервальних шкал, які мають свої підшкали:

1. «Адаптація», яка містить в собі шкали: Адаптивність - виявляє рівень пристосування особистості до навколишнього середовища, враховуючи її потреби, мотиви, інтереси. Дезадаптація - виявляє незрілість особистості в соціальному середовищі.

2. «Самоприйняття», яка включає: Прийняття себе - визначає ступінь задоволення людини собою. Неприйняття себе - виявляє незадоволення людини своїми особистісними характеристиками.

3. «Прийняття інших»: Прийняття інших - виявляється у потребі спілкування, спільної взаємодії та діяльності. Неприйняття інших - визначає в людини небажання взаємодіяти з оточенням.

4. «Емоційна комфортність»: Емоційний комфорт - визначає емоційне відношення людини до того, що оточує її. Емоційний дискомфорт має протилежне значення до емоційного комфорту.

5. «Інтернальність»: Внутрішній контроль, інтернальність. Зовнішній контроль, екстернальність.

6. «Спрямованість до домінування»: Домінування - виявляє рівень спрямованості людини стати лідером, керувати іншими тощо. Підлеглість - виявляє рівень схильності бути підлеглим.

7. «Ескапізм» (втеча від проблем) не є інтернальним показником, але передбачається в методиці та визначає рівень втечі від проблемних ситуацій.

Міссісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу. Методика дозволяє виявити ПТСР у військовослужбовців, та людей, які мають ПТСР і які не мають (показники адаптованості, наявність психічних розладів, наявність ПТСР).

Опитувальник «Копінг-поведінка у стресових 116 ситуаціях» (CISS), розроблений канадськими вченими на чолі з С. Норманом у 1990 р. та

адаптований Т. Крюковою у 2001 р., дозволяє визначити такі копінг-стратегії особистості: проблемно-орієнтовану; емоційно-орієнтовану; стратегію уникання; відволікання; а також соціальне відволікання (або пошук соціальної підтримки). Наявні дані про зв'язок копінг-стратегій методики С. Нормана із резилентністю (L. Campbell-Sills, S. L. Cohan, M. B. Stein), зокрема проблемно-орієнтований копінг сприяє підвищенню резилентності, а емоційно-орієнтований, навпаки, негативно позначається на резилентності та на соціальній адаптації в цілому [177]. «Методика виміру копінг-поведінки в складних ситуаціях (С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер-адаптація Т. Крюкової)»

Дана методика досліджує, які типи поведінки та реакції людина використовує в стресових ситуаціях.

Опитувальник рівня агресивності (А. Басса, М. Пеппі) [153].

Розроблений для дослідження рівня агресивності.

Опитувальник передбачає визначення 3 шкал: фізична агресія; гнів; ворожість.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікована Т. Балашовою).

Головна мета методики визначити депресивні стани або депресію у досліджуваних. За допомогою опитувальника визначаються: стан без депресії; легка, ситуативна депресія; маскована депресія; діагностується дипресія.

Опитувальник часової перспективи Ф.Зімбардо. Опитувальник був розроблений для діагностики часової перспективи: негативного минулого; гедоністичного теперішнього; майбутнього; позитивного минулого; фаталістичного теперішнього.

Методика вимірювання мотивації успіху Т. Елерса. Методика розроблена для визначення рівня мотивації успіху.

Тест поведінки К. Томаса (адаптація Н. Грішиної) [60]. Для опису типів поведінки людей у конфліктних ситуаціях К. Томас пропонує двомірну модель регулювання конфліктів, основними вимірами в яких є кооперація, пов'язана з

увагою людини до інтересів інших людей, залучених у конфлікт, і напористість, для якої характерний акцент на захисті власних інтересів. Відповідно до цих двох основних вимірів К. Томас виділяє наступні способи врегулювання конфліктів:

- 1) змагання (конкуренція) - прагнення домогтися задоволення своїх інтересів на шкоду іншому;
- 2) пристосування, що означає принесення в жертву власних інтересів заради іншого;
- 3) компроміс;
- 4) уникання, для якого характерні як відсутність прагнення до кооперації, так і відсутність тенденції до досягнення власних цілей;
- 5) співпраця, коли учасники ситуації знаходять альтернативу, що повністю задовольняє інтереси обох сторін.

За допомогою адаптованої Н. Грішиною методики американського соціального психолога К. Томаса (1973) визначають типові способи реагування на конфліктні ситуації. Можна виявити, наскільки людина схильна до суперництва і співпраці в групі, шкільній команді, чи прагне вона до компромісів, чи уникає конфліктів, або, навпаки, загострює їх. Методика дозволяє оцінити рівень адаптації кожного члена колективу до спільної діяльності.

Методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі [153]. Дана методика розроблена Т. Лірі (1954р.) і призначена для дослідження уявлень суб'єкта про себе та ідеальне "Я", а також для вивчення взаємовідносин у малих групах. За допомогою цієї методики виявляється переважаючий тип відносин до людей у самооцінці та взаємооцінці. При цьому виділяються два фактори: "домінування-підпорядкування" і "дружелюбність-агресивність (ворожість)". Саме ці чинники визначають загальне враження про людину в процесах міжособистісного сприйняття.

Методика може використовуватися як для самооцінки, так і для оцінки поведінки людей, за якими спостерігають ("з боку"). В останньому випадку

випробуваний відповідає на запитання як би за іншу людину, ґрунтуючись на своїх знаннях про неї. Підсумовуючи результати такого тестування різних членів групи (наприклад, трудового колективу), можна скласти узагальнений "представницький" портрет будь-якого її члена, наприклад, лідера. І робити висновки про ставлення до неї інших членів групи. Типи відносин до оточуючих за результатами кожного з восьми блоків:

1. Авторитарний. 2. Егоїстичний. 3. Агресивний. 4. Підозрілий
5. Підпорядковується. 6. Залежний. 7. Доброзичливий. 8. Альтруїстичний.

Методика УСК. Методика є модифікованим варіантом опитувальника американського психолога Дж. Роттера. З її допомогою можна оцінити рівень суб'єктивного контролю над різноманітними ситуаціями, іншими словами, визначити ступінь відповідальності людини за свої вчинки і своє життя. Люди розрізняються за тим, як вони пояснюють причини значущих для себе подій і де локалізують контроль над ними.

Можливі два полярні типи такої локалізації: екстернальний (зовнішній локус) і інтернальний (внутрішній локус). Перший тип проявляється, коли людина вважає, що те, що відбувається з нею, не залежить від неї, а є результатом дії зовнішніх причин (наприклад, випадковості або втручання інших людей). У другому випадку людина інтерпретує значущі події, як результат своїх власних зусиль. Розглядаючи два полярних типи локалізації, слід пам'ятати, що для кожної людини характерний свій рівень суб'єктивного контролю над значущими ситуаціями. Локус же контролю конкретної особи більш-менш універсальний по відношенню до різних типів подій, з якими їй доводиться стикатися як у випадку удач, так і в разі невдачі.

Отже, нами було укомплектовано психодіагностичний комплекс, який складався із 12 методик, застосування яких дало змогу не лише емпірично перевірити відмінності в адаптованості учасників бойових дій різного віку, а й розробити структурну модель адаптації з урахуванням усіх проаналізованих у теоретико-емпіричному дослідженні її чинників.

2.2 Соціальні чинники дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції

На першому етапі дослідження ми з'ясували особливості характеристики вибірки. Тобто ми вивчили особливості соціальних чинників ветеранів АТО/ООС.

Вибірку досліджуваних складали 150 осіб – учасників АТО (ООС). Перше завдання полягало в конвертації емпіричних даних до пакету статистичної обробки SPSS (23). Для цього було закодовано номінальні дані учасників: стать; вікова група; освіта; лінія зіткнення / оборони; сімейний стан; соціальний стан (працюючий / ні) ; вікова група. Також було додатково обраховано характеристики: кількість дітей; термін перебування в АТО (ООС). Ці дані необхідні для аналізу залежності досліджуваних показників від складових конкретної соціальної ситуації.

Основні частотні розподіли подано у таблиці нижче.

Таблиця 2.1.

Основні частотні розподіли ветеранів АТО (ООС) за статтю

Стать	Відсотки (%)	Кількість (N)
ч	96%	144
ж	4%	6
Разом	100%	150

Згідно з таблицею 2.1. бачимо, що 96% вибірки були чоловіки і тільки 4% жінки.

У таблиці 2.2. показаний розподіл вибірки за віком. Згідно з даною таблицею найбільше учасників було віком 40-49 років (48%). Високий відсоток показали ветерани віком 30-39 років (29%). До 29 років – 13%.

Таблиця 2.2.

Основні частотні розподіли ветеранів АТО (ООС) за віком

Вік	Відсоток (%)	Кількість (N)
до 29	13%	19
30-39	29%	44
40-49	48%	72
50 і більше	10%	16
Разом	100%	150

Згідно віковою періодизацією - це дорослість. Завдання даного періоду – самовизначення, створення сім'ї, суспільне визнання, наявність конкретних життєвих цілей, самореалізація.

У таблиці 2.3 представлений розподіл вибірки за місцем перебування в зоні бойових дій.

Крім того, місце перебування в зоні АТО (ООС) даної вибірки 92 % (138 учасників) були на першій лінії, тобто на лінії зіткнення, 8 % (13 учасників) - друга лінія зіткнення.

Особливу увагу слід звернути на поділ за роком демобілізації, а саме: демобілізовані у 2015 році (34%) пережили Іловайський котел (бої за Іловайськ – серпень 2014 року), битву за Донецький аеропорт (травень 2014 – січень 2015 років) і Дебальцівський плацдарм (бої за Дебальцеве – лютий 2015 року); демобілізовані у 2016 році (28%) у якості основної травмуючої події називали битву під Авдіївкою (бої за промзону, 2014 – і дотепер), бої на Світлодарській дузі (2016 рік і дотепер), а серед демобілізованих у 2017 році (12%) найбільше учасників позиційних боїв під Горлівкою (2017 рік і дотепер).

Зазначимо, що у нашому дослідженні проаналізовано лише результати діагностики учасників бойових дій чоловічої статі.

Таблиця 2.3.

Основні частотні розподіли ветеранів АТО (ООС) за місцем перебування в зоні бойових дій

Лінія зіткнення	<i>так</i>	92%	138
	<i>ні</i>	8%	13
	Разом	100%	150
Лінія оборони	<i>так</i>	25%	38
	<i>ні</i>	75%	113
	Разом	100%	150
Лінія зіткнення і оборони	<i>так</i>	8%	13
	<i>ні</i>	92%	138
	Разом	100%	150

Отже, переживши сильний стрес під час військових дій, значна кількість ветеранів, які брали участь в бойових діях, скаржаться, що вони не можуть знайти розуміння в суспільстві, в сім'ї, відчувають труднощі у спілкуванні на виробництві.

Повернення ветеранів АТО (ООС) до мирного життя після впливу екстремальних умов супроводжується труднощами в адаптації до мирного життя, зокрема, напруженими відносинами між ними і суспільством, тривожністю, страхом, агресивністю, підозрілістю. Життєвий досвід цих людей відрізняється від досвіду осіб, які не брали участі у бойових діях, це багато в чому породжує нерозуміння з боку певної частини населення особливостей їх

поведінки, котре вони сприймають і оцінюють з притаманним їм фронтовим максималізмом.

У таблиці 2.4.представлений розподіл за сімейним статусом.

Таблиця 2.4.

Основні частотні розподіли ветеранів АТО (ООС) за сімейним статусом

Сімейний статус	Відсотки (%)	Кількість (N)
не перебував у шлюбі	19%	28
у шлюбі	73%	109
розлучений	8%	13
Разом	100%	150

Згідно з аналізом можемо зробити висновок, що ветерани АТО (ООС) одружені 73% (109 учасників), неодружені 19% (28 учасників) та розлучені 8 % (13 учасників). Крім того, в таблиці 2.5. представлені наявність та кількість дітей.

Сім'я є великим ресурсом для адаптації ветерана АТО (ООС). Крім того, психологічну допомогу ветеранам АТО (ООС) можна надавати опосередковано. Можна надавати допомогу дружинам ветеранів, але разом з тим дати їм знання, як долати тривогу та стрес, щоб вони усвідомлювали, які проблеми на них можуть чекати, були готові стати місточком між ветераном та спеціалістами, які готові йому допомогти. Дружини учасників бойових дій після повернення своїх чоловіків опиняються в складній ситуації: ламаються напрацьовані роками стереотипи подружніх та сімейних стосунків, фактично з нуля вирішуються питання лідерства в сім'ї. Іноді доводиться практично заново вибудовувати сімейні відносини між усіма членами родини. За час розлуки учасник АТО (ООС) та його дружина набули різного, нерідко травматичного

досвіду. Їм обом важливо усвідомити цей факт і прийняти рідну людину з цим досвідом, яким би важким і неоднозначним він не був.

Таблиця 2.5.

Основні частотні розподіли ветеранів АТО/ООС за наявністю та кількістю дітей

Кількість дітей	0	17%	25
	1	31%	47
	2	44%	66
	3 і більше	8%	13
	Разом	100%	150

Індивідуальні та сімейні консультації з дружинами ветеранів АТО (ООС) спрямовані на створення ресурсного сімейного оточення для демобілізованих бійців. Ця мета може бути досягнута через покращення розуміння дружиною себе, емоційне вираження емоцій, розширення навичок подолання проблем.

Досить важливою у психологічному консультуванні є інформаційна складова, оскільки жінка, опинившись у досі невідомій їй ситуації, часто відчуває розгубленість і тривогу, породжену тим, що вона не знає, як правильно себе поводити.

Важливою інформацією є:

- як готувати сім'ю до його повернення, як його зустрічати;
- що з ним відбувається, до чого вона має бути готова, як може допомогти собі та чоловікові у непростий час реадаптації до мирного життя.

Дружина повинна розібратися із власними внутрішніми проблемами, це дасть можливість допомогти і своєму чоловікові, і родині в цілому. Потрібно відпрацьовувати навички відслідковувати в собі наявність та витoki напруги, тривоги, страхів, невпевненості у собі.

Важливо також розуміти, що психологічні проблеми, що виникають у сім'ях ветеранів АТО (ООС), в переважній більшості такі самі, як і в інших родин: конфлікти поколінь; криза, пов'язана з народженням малюка; підліток в сім'ї; особистісні проблеми (криза середнього віку, проблеми, пов'язані з працевлаштуванням тощо). Але всі традиційні проблеми сім'я може переживати в загостреній і навіть патологічній формі, оскільки ще не «перетравлені» наслідки перебування в зоні бойових дій. Тому паралельно з вирішенням специфічних психологічних проблем, пов'язаних із перебуванням чоловіка в зоні бойових дій, важливо продовжувати системну психологічну допомогу в частині традиційних сімейних проблем.

Показники освіти учасників АТО (ООС) представлені на рис. 2.6.

Ветерани АТО (ООС) з вищою освітою 46%, учасники, ветерани, з незавершеною вищою освітою 25%, з середньою спеціальною освітою 4%, з середньою освітою 25%, з незавершеною середньою освітою 6,5%.

Таблиця 2.6.

Основні частотні розподіли ветеранів АТО (ООС) за рівнем освіти

Освіта	Відсотки (%)	Кількість (N)
середня	25%	38
середня спеціальна	4%	6
незакінчена вища	25%	38
вища	46%	69
Разом	100%	150

Працевлаштування: 84,8% працевлаштовані, 15,2% непрацевлаштовані.

Таблиця 2.7.

**Основні частотні розподіли ветеранів АТО (ООС) за
працевлаштуванням**

Працюючий	так	83%	125
	ні	17%	25
	Разом	100%	150

2.3. Емпіричне дослідження особливостей соціально-психологічної дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції

Ми з'ясовували особливості адаптованості ветеранів АТО (ООС) за методикою “Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу”. Результати представлені на рис. 2.2.

Отже, достатній рівень адаптованості спостерігається у 51,3% (77 осіб) досліджуваних учасників бойових дій, 32% (48 осіб) мають порушення адаптації та потребують медико-психологічного супроводу на базі закладів непсихіатричного профілю, 16,7% (25 осіб) потребують консультації лікаря психіатра для підтвердження діагнозу ПТСР і відповідного лікування.

З різними розладами адаптації можуть працювати психологи, якщо уточнюючі тести показують помірні рівні травмованості. Якщо ж розлади адаптації проходять на фоні більш вираженої психологічної травмованості з помірною втратою смислу життя та депресією, то долучатися має психотерапевт, а то й психіатр.

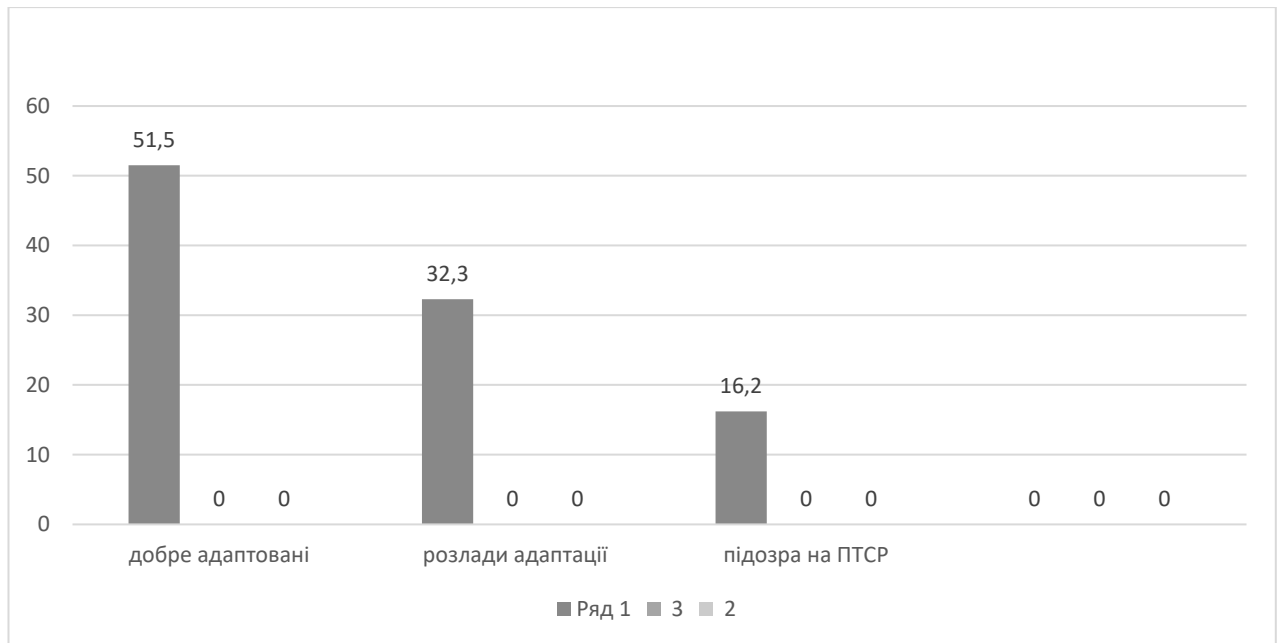


Рис. 2.2. Діаграма розподілу відсоткових значень показників ветеранів АТО (ООС) за методикою «Міссісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу» (%)

Також обраховано середнє арифметичне значення, яке становило 74,60 бала. Якщо порівняти середні значення за нашою вибіркою з даними, які надає Н. Тарабрінова, то можемо бачити, що вони майже ідентичні, а саме 73,76 бала.

Отже, досліджувані учасники бойових дій характеризуються переважно достатнім рівнем соціальної адаптованості, однак у 48,5% ветеранів виявляються порушення адаптації, що може проявлятися у різноманітних психічних розладах або навіть ПТСР.

На наступному етапі дослідження нами було визначено особливості дезадаптованості за методикою «Соціально-психологічна адаптація» (К.Рджерса і Р. Даймонда) (Див. таб. 2.8).

Дослідження за методикою «Соціально-психологічна адаптація» (К.Роджерса і Р. Даймонда) показало, що за шкалою «Адаптованість» 62,4% мають завищену адаптацію, 35,3% в межах норми та 2,3% - в межах низької адаптації. Шкала «Дезадаптованість» показує, що 2,2% мають показники вищі норми та 41,3% знаходяться в межах норми. Наступна пара шкал - це

Таблиця 2.8.

**Результати дослідження рівня адаптованості учасників АТО (ООС)
за методикою «Соціально-психологічна адаптація»(К. Роджерс і Р).**

Даймонд)

№	Шкали	Нижче норми	Норма	Вище норми
1	а) Адаптованість	2,3%	35,3%	62,4%
	б) Дезадаптованість	55,5%	42,3%	2,2%
2	Шкала Брехні	85,5%	14,5%	
3	а) Прийняття себе	-	24,9%	75,1%
	б) Неприйняття себе	43,7%	53,7%	2,6%
4	а) Прийняття інших	-	35,5%	64,5%
	б) Неприйняття інших	41,2%	56,2%	2,6%
5	а) Емоційний комфорт	3,7%	82%	18,3%
	б) Емоційний дискомфорт	50%	46%	4%
6	а) Внутрішній контроль		12,6%	87,4%
	б) Зовнішній контроль	45,87%	50%	4,13%
7	а) Домінування		70,01%	29,99%
	б) Підлеглість	12,51%	70,81%	16,68%
8	Ескапізм	8,34%	83,32%	8,34%

«Прийняття себе», де 75,1% мають результати вищі норми і 24,9% знаходяться в межах норми та шкала «Неприйняття себе» у 43,7% ветеранів результати нижчі норми, у 53,7% - в межах норми, у 2,6% - вищі норми. В шкалі «Прийняття інших» 64,3% мають високі результати, 35,7% ветеранів - на рівні норми. Шкала «Неприйняття інших» показує, що більшість ветеранів, а саме 56,2%, знаходяться в межах норми, але певна частка (2,6%) мають результати вищі норми [18; 19].

За шкалою «Емоційний комфорт» ми можемо спостерігати, що 82% бійців у межах норми, 18,3% мають результати вищі норми. Наступна шкала з цієї пари – це «Емоційний дискомфорт», де у 4% результати вищі норми, у 46% у межах норми та у 50% нижчі норми. За шкалою «Внутрішній контроль» можемо спостерігати, що у 87,4% результати внутрішнього контролю є завищеними, тобто вищі норми, в 12,6% ветеранів знаходяться в межах норми. Шкала «Зовнішній контроль», де 45,87% мають результати нижчі норми, 50% знаходяться в межах норми та 4,13% вищі норми. Наступні шкали – це «Домінування», де ми бачимо, що 70,01% ветеранів знаходяться в межах норми, 29,99% мають результати вищі норми; шкала «Пієглість», за якою ми спостерігаємо такі результати, як 70,81% ветеранів у межах норми, 12,51% мають результати нижчі норми та 16,68% - вищі норми. Наступна одинока шкала – це «Ескапізм», де 83,32% в межах норми, 8,34% мають результати нижчі норми та 8,34% - вищі норми.

Також була шкала брехні за якою 82% ветеранів знаходяться в межах нижчі норми, 18% - у межах норми.

Однією з найважливіших шкал є «Шкала Брехні», яка показує нам, що 85,5% відповідей були правдивими, інші результати піддаються сумнівам на їх чесність.

Отже, ми маємо дуже неочікувані та цікаві результати. Наприклад, у першій парі шкал «Адаптація» та «Деадаптованість» можемо спостерігати, що аж 62,4% за шкалою «Адаптація» мають завищені результати, що може свідчити, що ветерани АТО (ООС) мають занадто високі адаптаційні можливості, вони виконують всі забаганки суспільства та всі його потреби, мотиви та інтереси.

Шкали «Прийняття себе» та «Неприйняття себе» виступають як критерій самооцінки особистості та виявляють рівень задоволення своїми особистісними характеристиками. Отож, за результатами цих шкал можемо побачити, що в більшості ветерани мають високий рівень позитивного ставлення до самих себе.

Наступні цікаві результати ми можемо спостерігати за шкалою «Прийняття інших», де 58% бійців мають високий рівень, що говорить нам про потребу у спілкуванні з оточуючими. Дані результати були підтверджені протилежною шкалою «Неприйняття інших», де ми бачимо подібні результати.

Цікавими є результати за шкалою «Емоційний комфорт», де 3% не задоволені своїм емоційним відношенням до навколишнього середовища та 20% є занадто чутливими. Протилежна шкала «Емоційний дискомфорт» підтверджує, що 3% бійців не задоволені своїм емоційним станом. Також у 58% результати є нижчими норми, що може свідчити про певні негативні емоційні стани.

Наступна пара шкал «Внутрішній контроль» та «Зовнішній контроль» показує інтернальність або екстернальність особистості. За даними цих шкал ми бачимо, що 71% досліджуваних мають завищений рівень інтернальності за шкалою «Внутрішній контроль», що підтверджує і протилежна шкала. Ці результати говорять нам, що військовослужбовці всі вчинки в своєму житті пояснюють своїми особистісними характеристиками та беруть відповідальність за своє життя на себе.

За шкалою «Домінування» бачимо, що 13% бійців не мають бажання бути лідерами та вести за собою, у 29% таке прагнення спостерігається. Хоча за протилежною шкалою «Підлеглість» 35% військових взагалі не мають наміру йти за кимось. Тобто, тільки невелика кількість ветеранів мають прагнення до лідерства.

За останньою шкалою «Ескапізм» (втеча від проблем) ми можемо спостерігати, що 36% бійців вирішують проблеми, не уникаючи їх взагалі, і лише 3% намагаються уникнути життєвих проблем.

Також за даною методикою є інтегральні шкали, які показують різницю між парами шкал А та В. Для зручності ми підраховували середнє значення (Таб. 2.9. та рис 2.3).

Таблиця 2.9

Інтегральні показники досліджуваних ветеранів АТО (ООС) за методикою соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда

	N	середнє
адаптивність	150	70,60
самоприйняття	150	75,15
прийняття інших	150	69,14
емоційний комфорт	150	69,64
інтернальність	150	36,76
домінування	150	58,91

Для загальної картини проявів СПА у респондентів досліджуваних груп характерним є те, що найвищим інтегральним показником є адаптивність, самоприйняття. Найнижчим інтегральним показником є інтернальність та потяги до домінування.

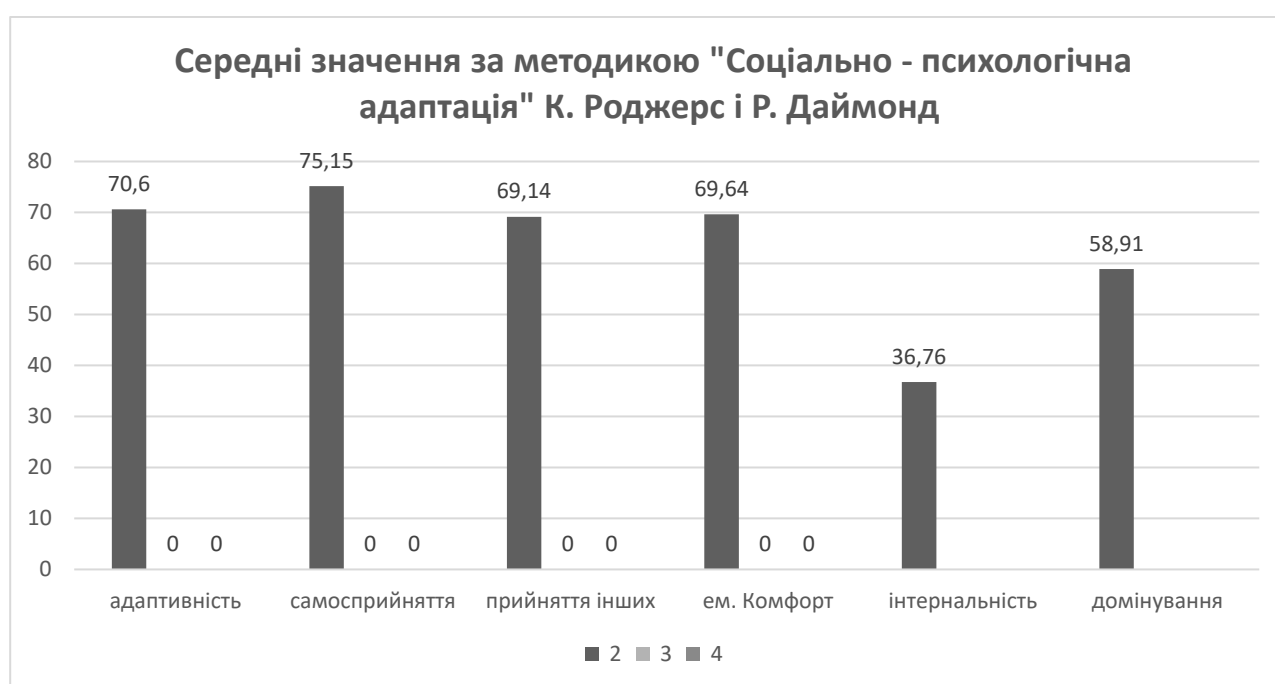


Рис. 2.3 Діаграма розподілу середніх значень показників ветеранів АТО (ООС) за методикою «Соціально-психологічна адаптація» (К. Роджерс і Р. Даймонд)

Емоційний комфорт, як одна з ключових потреб у соціалізації та взаємодії, у досліджуваних свідчить про здатність адаптованих учасників АТО (ООС) до адекватного емоційного реагування на проблеми взаємодії та особистісного розвитку. Їхнє ставлення до оточення є стабільним. У той же час, досліджувані характеризуються певною невизначеністю у своєму емоційному ставленні до оточуючих і до подій життя. Їм притаманні невпевненість, емоційна ригідність, відстороненість в емоційній взаємодії з іншими. Власне, це і є визначальним у їхньому соціальному статусі.

За інтегральним показником «Адаптація» (яка включає в себе шкали «Адаптація» та «Дезадаптованість») бачимо різницю в середньому у 70,60%, яка є дуже значною.

За інтегральним показником «Самоприйняття» (яка включає в себе шкали «Прийняття себе» та «Неприйняття себе» спостерігаємо розбіжність аж у 75,15%, що також є високим показником.

За інтегральними показниками «Прийняття інших» (яка включає в себе шкали «Прийняття інших» та «Неприйняття інших») маємо розбіжність у 69,14%.

У наступному інтегральному показнику «Емоційна комфортність» (яка включає в себе шкали «Емоційний комфорт» та «Емоційний дискомфорт») бачимо розбіжність у середньому в 69,64 %.

Наступний інтегральний показник – це «Інтернальність» (яка включає в себе шкали «Внутрішній контроль» та «Зовнішній контроль»), за цим показником різниця становить 36,76%.

Остання інтегральна шкала «Бажання до домінації» (яка включає в себе шкали «Домінування» та «Підлеглість») показує різницю у 58,91%.

Отже, за результатами середніх значень бачимо, що у інтегральних шкалах «Адаптація», «Самоприйняття», «Прийняття інших», «Емоційна комфортність» є велика різниця. Це говорить про полярність відповідей учасників дослідження.

Для аналізу дезадаптованості на поведінковому рівні ми використовували методику «Методика виміру копінг-поведінки в складних стресових ситуаціях» (С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер, за адаптацією Т. Крюкової) (Таб. 2.10 та рис. 2.4).

Копінг-стратегії – це безперервно змінні когнітивні і поведінкові спроби справитися із специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами, які оцінюються, як надмірні або такі, що перевищують ресурси людини. Копінг-стратегії - це процес, який весь час змінюється, оскільки особа і середовище утворюють нерозривний, динамічний взаємозв'язок і здійснюють один на одного взаємний вплив. Їх, зазвичай, розглядають, як дії, до яких люди вдаються, потрапивши у скрутне становище. Це поняття об'єднує когнітивні, емоційні, поведінкові стратегії, які використовують, щоб подолати напружені, стресові ситуації.

Таблиця 2.10.

Результати діагностики копінг-поведінки ветеранів ВАТО (ООС) в складних стресових ситуаціях (%)

Рівні прояву	Орієнтація на вирішення задач	Орієнтація на емоції	Стратегія уникання	Субшкала відволікання	Субшкала соціальне відволікання
низький	6,03	59,5	22,06	97,99	100
середній	47,74	40,5	80,4	2,01	0
високий	46,23	0	7,54	0	0

А. Маслоу визначає копінг, як готовність індивіда вирішувати життєві проблеми шляхом пристосування до обставин, що передбачає сформованість уміння використовувати певні засоби для подолання стресу. Особливості цього вміння пов'язані з «Я-концепцією», локусом контролю, життєстійкістю, емпатією, умовами середовища [103; 104, с. 95].

За Р. Лазарусом, копінг-поведінка (співвладаюча поведінка) – це постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля, що докладаються людиною задля

того, аби справитися зі специфічними зовнішніми та внутрішніми вимогами, які надмірно напружують чи перевищують її ресурси.



Рис. 2.4 Діаграма розподілу відсоткових значень показників ветеранів АТО (ООС) за методикою «Методика виміру копінг-поведінки в складних стресових ситуаціях»

За обрахунками ми отримали такі результати: 48, 24% ветеранів мають середній рівень орієнтації на вирішення задачі, 46% ветеранів мають високий рівень орієнтування на вирішення задач, 6,03% - низький рівень. Отже, ветерани АТО (ООС) у складних стресових ситуаціях намагаються використати когнітивну реконструкцію проблеми, змінити ситуацію, акцентуються на поставленому завданні, планують і цілеспрямовано розв'язують проблему.

Копінг, орієнтований на емоції, 59,5 % ветеранів мають низький рівень, 40,% мають середній рівень. Тобто в стресових ситуаціях ветерани не використовують дану стратегію для зниження стресу. Правда, середній рівень вказує, що можуть все-таки використовувати такі реакції як: самозвинувачення, агресивність, роздратованість.

Стратегія уникання (22,06% - низький рівень, 80,4% - середній рівень, 7,54% - високий рівень) – описує поведінку або когнітивні зміни, спрямовані на уникнення стресової ситуації.

Отже, для зниження негативного впливу травмуючої події вони нерідко використовують стратегію уникання – відволікаються на повсякденні справи, виявляють надмірну соціальну активність або навпаки – уникають соціальних контактів.

Отже, за результатами проведеної діагностики встановлено, що усі досліджувані мають у своєму арсеналі різні адаптивні копінг-стратегії та користуються ними залежно від ситуації, що сприяє їх соціальній адаптації як в умовах бойових дій, так і у мирному житті.

Отже, у більшості випадків ветерани АТО (ООС) мають орієнтацію на вирішення, на уникання проблем, але не було виявлено ні одного бійця, який мав би високий рівень орієнтації на емоції. Це можна пов'язати з їх професією, де, задля того щоб вижити, військові використовують такий механізм захисту, як дисоціація, що дозволяє витіснити емоції у стресових ситуаціях. Адже будь – які емоції у стресових ситуаціях заважають правильно та чітко виконувати свою роботу.

Для зручності демонстрації результатів за цими трьома шкалами ми також перевели отримані дані в середньостатистичні (Див. Рис. 2.5.).

Орієнтація на вирішення задачі є логічним та раціональним вибором людини, яка докладає багато зусиль, щоб досягти максимальних результатів у діяльності.

У даній методиці є дві шкали: «Відволікання» та «Соціальне відволікання», для зручності ми також підраховали середнє арифметичне значення. За шкалою «Відволікання» максимально можна було набрати 32 бали, в середньому ветерани набирали 12 балів. За шкалою «Соціальне відволікання» максимальним є значення 20 балів, в середньому бійці набирали також 12 балів.

Отже, Шкала «Відволікання» показує нам, наскільки людина схильна в стресових ситуаціях шукати підтримку у своєму близькому оточенні - сім'ї або у друзів. Отримані нами дані говорять про те, що ветерани АТО (ООС) не схильні до пошуку підтримки у близькому оточенні, і це не дивно, бо після війни у ветеранів АТО (ООС) спостерігаються зміни в міжособистісній сфері.

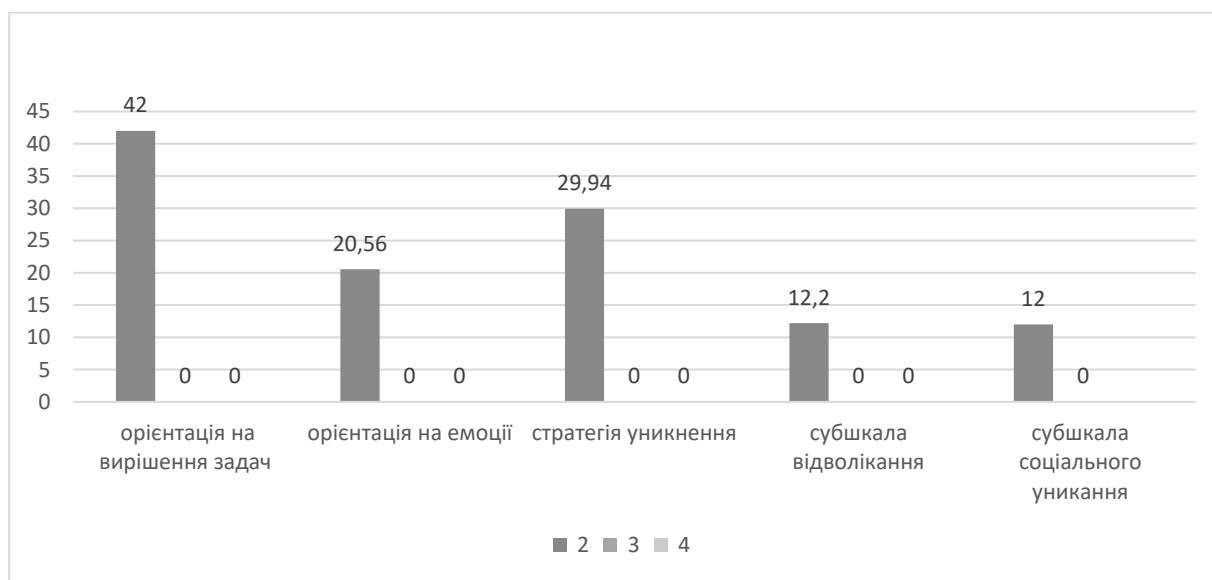


Рис. 2.5. Діаграма розподілу середніх значень ветеранів АТО (ООС) за методикою «Методика виміру копінг-поведінки в складних стресових ситуаціях» (С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер, за адаптацією Т. Крюкової).

Також цікавими є результати за шкалою «Соціальне відволікання», які виявилися низькими, тобто у ветеранів не спостерігається потреба у соціальному оточенні та взаємодії з ним.

Наступна методика дасть змогу вивчити, які форми поведінки використовують ветерани АТО (ООС) у конфліктних ситуаціях, тобто, чи вони використовують продуктивні, чи деструктивні форми поведінки.

Для опису типів поведінки ветеранів АТО/ООС у конфліктних ситуаціях ми використали методику «Тест поведінки К. Томаса (адаптація Н. Грішиної)».

Ми визначали, чи є в поведінці кооперація, пов'язана з увагою людини до інтересів інших людей, залучених у конфлікт, і напористість, для якої

характерний акцент на захисті власних інтересів. Результати досліджень представлені в Таб 2.11.

Таблиця 2.11.

**Результати дослідження стратегій поведінки ветеранів АТО (ООС) у
конфліктних ситуаціях**

	Стратегії поведінки ветеранів АТО (ООС) у конфліктних ситуаціях				
	конкуренція	співпраця	компроміс	уникання	пристосування
Середні бали	5,09	5,66	7,68	6,10	5,53

Згідно з нашим дослідженням ветерани АТО (ООС) у конфліктних ситуаціях використовують компроміс (7,68 балів) та уникання (6,1 балів). Тобто для них характерна як відсутність прагнення до кооперації, так і відсутність тенденції до досягнення власних цілей.

Такі типи поведінки, як конкуренція, співпраця та пристосування знаходяться майже на однаковому рівні.

Аналіз результатів засвідчив, що ветерани АТО (ООС) мають найнижчий рівень суперництва, тобто вони не намагаються добиватися задоволення своїх інтересів за рахунок інших. Їм властиве уникання, що характеризує відсутність кооперації і тенденцій до досягнення власних цілей. На думку багатьох дослідників [140; 141], людина не може досягнути успіху при демонструванні таких форм поведінки, як пристосування, уникання та компроміс.

Таким чином, можна зробити висновок, що у ветеранів АТО (ООС) неадекватна самооцінка (частіше занижена). У тих із них, які мають занижену самооцінку, характерною стратегією поведінки є “уникання боротьби”.

У випадку, коли самооцінка завищена, переважно обирають стратегію суперництва. Це може бути пояснено тим, що в даній категорії ветеранів АТО (ООС) менше виражена соціально-психологічна дезадаптація через заміщення

“Я-реального” “Я-ідеальним”, але при цьому залишається болючий минулий досвід війни і неприйняття іншого (особливо тих, хто не воював).

Внаслідок дезадаптованості ветерани АТО (ООС) часто схильні шукати шляхи вирішення конфлікту на поведінковому рівні за рахунок компромісу та уникання, ригідних форм поведінки, які блокують можливість реалізації свого власного потенціалу.

Провідним фактором, який суттєво впливає на формування індивідуального стилю поведінки ветеранів АТО (ООС), є рівень тривожності. Підвищена тривога веде до поступового її закріплення і перетворення у підвищений рівень тривожності, як індивідуально-особистісної властивості, яка легко з'являється а несприятливих умов.

У зв'язку з цим, предметом нашого дослідження стало вивчення реактивної та особистісної тривожності ветеранів за методикою Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна [153; 192]. Ця методика, як і попередня, є суб'єктивною характеристикою особистості, проте не зменшує її цінності в психодіагностичному плані. Враховуючи стандартні норми методики Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна, ми отримали наступні результати, які представлені в таблиці 2.12. та рис. 2.5.

Таблиця 2.12.

Особливості тривожності ветеранів АТО (ООС)

Рівень тривожності ветеранів АТО (ООС)	Реактивна тривожність у ветеранів АТО (ООС) у %	Особистісна тривожність у ветеранів АТО (ООС) у %
Низький	66,33	13,20
Середній	30,15	65,60
Високий	3,52	20.30

Згідно з позицією Ю. Ханіна, реактивна тривожність означає реакцію людини на різні, частіше всього соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки чи агресивної реакції, сприйняття негативного до себе відношення, загрози своїй самоповазі, престижу) [153]. Особистісна тривожність, як більш стійка риса особистості, представляє індивідуальні особливості сприймання впливу різних стресорів, тобто свідчить про відносно стійку схильність людини сприймати загрозу своєму «Я» в різних ситуаціях і реагувати на ці ситуації підвищеною тривогою. Рівень особистісної тривожності характеризує минулий досвід, тобто наскільки часто індивіду довелось переживати реактивну тривогу.

Як правило, показники особистісної та реактивної тривожності пов'язані між собою. У людей з високим показником особистісної тривожності реактивна тривожність у схожих ситуаціях виявляється більшою мірою. Особливо виражений такий зв'язок у ситуаціях, які загрожують самооцінці особистості. З іншого боку, в ситуаціях, які викликають біль чи несуть іншу фізичну загрозу, індивіди, які мають високий показник особистісної тривожності, не виявляють якоїсь особливо вираженої ситуативної тривожності [173].

Отже, в ситуаціях, що ставлять під сумнів самоповагу чи авторитет індивіда, ситуативна тривожність виявляється максимально.

Підвищення тривоги, що обумовлене страхом перед можливими завданнями, є пристосувальним механізмом, який підвищує відповідальність індивіда перед суспільними вимогами та установками. Це ще раз підтверджує соціальну природу явищ тривожності [195].

Крім того, як видно з таблиці 2.12, високий рівень особистісної тривожності підтверджує той факт, що існують суперечності між «Я-реальним» та «Я-ідеальним». У ветеранів АТО (ООС) це може бути пов'язано з образом, нереалізованістю їх певних потреб, перш за все матеріальних, при відносно високому рівні домагань у цій сфері.

Аналізуючи таблицю 2.12. та рис. 2.6. ми бачимо, що особистісна тривожність ветеранів АТО (ООС) така: 65,6% знаходиться на середньому рівні, на високому -20,3%, на низькому -13,2%.

Якщо людина часто переживає стан тривоги, а він характеризується суб'єктивним відчуттям напруги, хвилювання, з фізіологічного боку – активацією нервової системи, то можливе поступове формування особистісної властивості – тривожності, як відносно стійкої індивідуальної особливості, що виявляється в здатності індивіда відчувати цей стан [192, с. 215]. Стан тривоги виникає у зв'язку з можливими неприємностями, непередбаченими ситуаціями, змінами у звичайній життєдіяльності й виражається специфічними переживаннями – хвилюваннями, побоюваннями, порушеннями спокою.

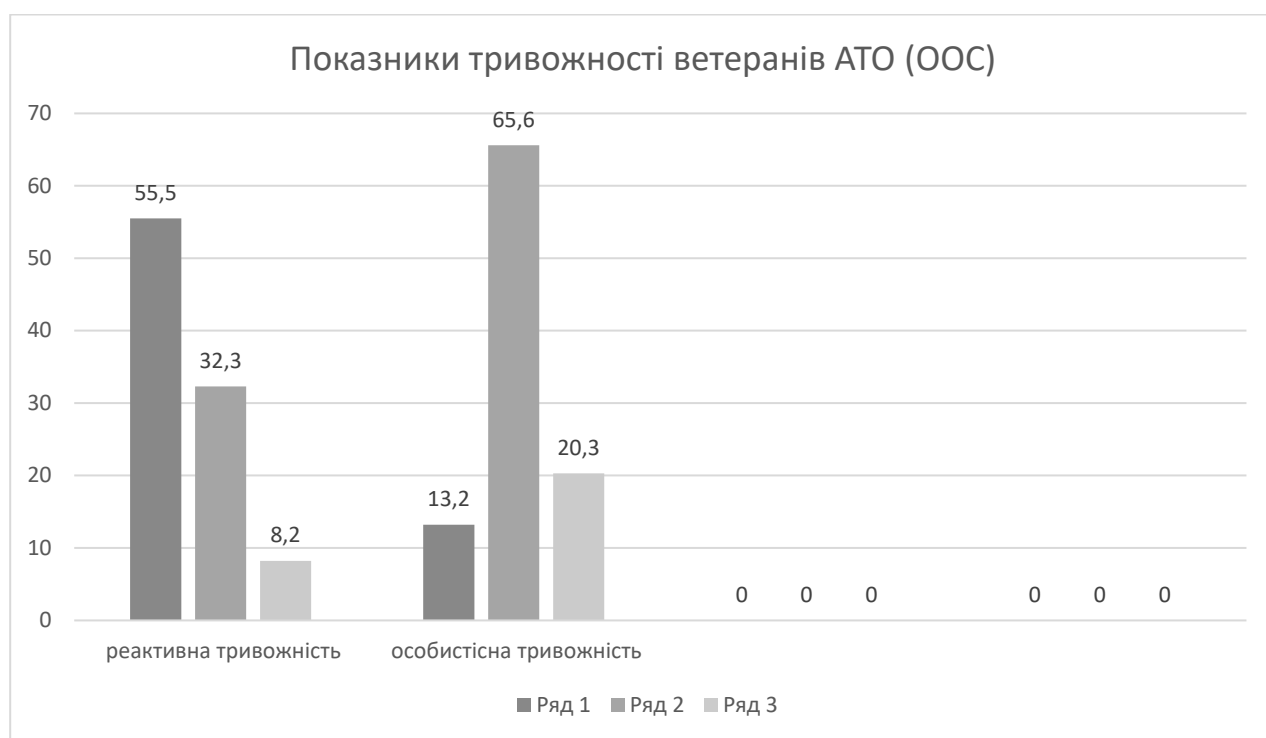


Рис. 2.6. Діаграма розподілу відсоткових показників ветеранів АТО (ООС) значень за методикою визначення тривожності Ч. Спілбергера і Ю. Ханіна (%)

Функція тривоги не тільки може попереджати про можливу небезпеку, але й стимулювати особистість до пошуку і конкретизації цієї небезпеки, до активного визначення об'єкта загрози. Вона може виявлятися, як відчуття безпорадності, невпевненості в собі, безсилля перед зовнішніми факторами, перебільшення сили небезпеки. Поведінкові вияви тривоги у ветеранів характеризуються загальною дезорганізацією діяльності, порушеннями в її спрямованості і продуктивності. Це призводить до зниження результативності, успішності будь-якої діяльності.

Невротична тривожність формується на основі внутрішніх протиріч у розвитку особистості і її психіки, наприклад, високий рівень домагань, недостатнє моральне пояснення мотивів можуть привести ветерана до неадекватного переконання в тому, що для нього існує загроза з боку інших людей, власного тіла і т.п.

Тривожність ветеранів як підвищена схильність переживати тривогу через реальну чи уявну небезпеку може даватися ознаки у міжособистісному спілкуванні, у поведінці і супроводжуватися виявом неадекватно підвищеної психоемоційної напруженості, призводити до порушень регуляторних процесів. При постійних виявах таких станів вона, як засвідчили наші спостереження, закріплюється і перетворюється у стійку властивість особистості і може стати навіть домінуючою рисою характеру. Такої позиції щодо трансформацій психічних станів притримуються й інші науковці [93]. Нами встановлено, що тривожність як риса особистості ветерана є найбільш значущим ризик-фактором, що сприяє нервово-психічним захворюванням. Високий рівень тривожності знижує ефективність його інтелектуальної діяльності, гальмує її в напружених ситуаціях, наприклад, конфліктна взаємодія, знижує рівень розумової працездатності, викликає невпевненість у своїх здібностях, є однією з причин низького соціального статусу особистості тому, що така поведінка характеризується емоційною неврівноваженістю, роздратуванням і може призвести до емоційного стресу.

Стан тривоги загалом свідчить про емоційну нестійкість особистості, недостатню пристосованість організму до змін навколишньої дійсності, він є суб'єктивним виявом неблагополуччя особистості, тобто її дезадаптованості.

Для дослідження рівня агресії та основного її вияву ми взяли «Опитувальник рівня агресивності» (А. Басса, М. Перрі) (Таблиця 2.13).

Після обробки даних, були отримані такі результати: за шкалою «Фізична агресія» 44,22% ветеранів мають середній вияв фізичної агресії, 35,68% - високий рівень фізичної агресії, 20,10% - низький рівень.

Таблиця 2.13.

**Результати відсоткових значень показників ветеранів АТО (ООС)
за методикою «Опитувальник рівня агресивності» (А. Басса – М. Перрі)
%**

Рівні	Низький	Середній	Високий
Фізична агресія	20,10	44,22	35,68
Гнів	20,27	61,64	18,09
Ворожість	31,66	48,24	31,66

За шкалою «Гнів» 61,64% бійців мають середній рівень, 18,09% - високий рівень, 20,27% - низький рівень. За шкалою «Ворожості» було виявлено, що 48,24% мають середній рівень ворожості, 31,66% мають високий рівень ворожості та 31,66% мають низький рівень ворожості (Див. Рис. 2.7.).

Отже, шкала «Фізична агресія» має найвищий показник з високим рівнем агресії 35,68%. Дана шкала є інструментальним компонентом агресії, тобто викид агресії на зовнішні об'єкти (бійки, ламання речей або їх пошкодження тощо).

Наступною за високим рівнем викиду агресії є шкала «Ворожість» (31,66%). Цей компонент агресії є когнітивним компонентом, що спирається на переживання почуття несправедливості та обмеженості, невдоволення бажань.

Високий рівень за шкалою «Гнів» (18,09%). Гнів є афективним компонентом, що включає в себе фізіологічне збудження і підготовку до агресії.

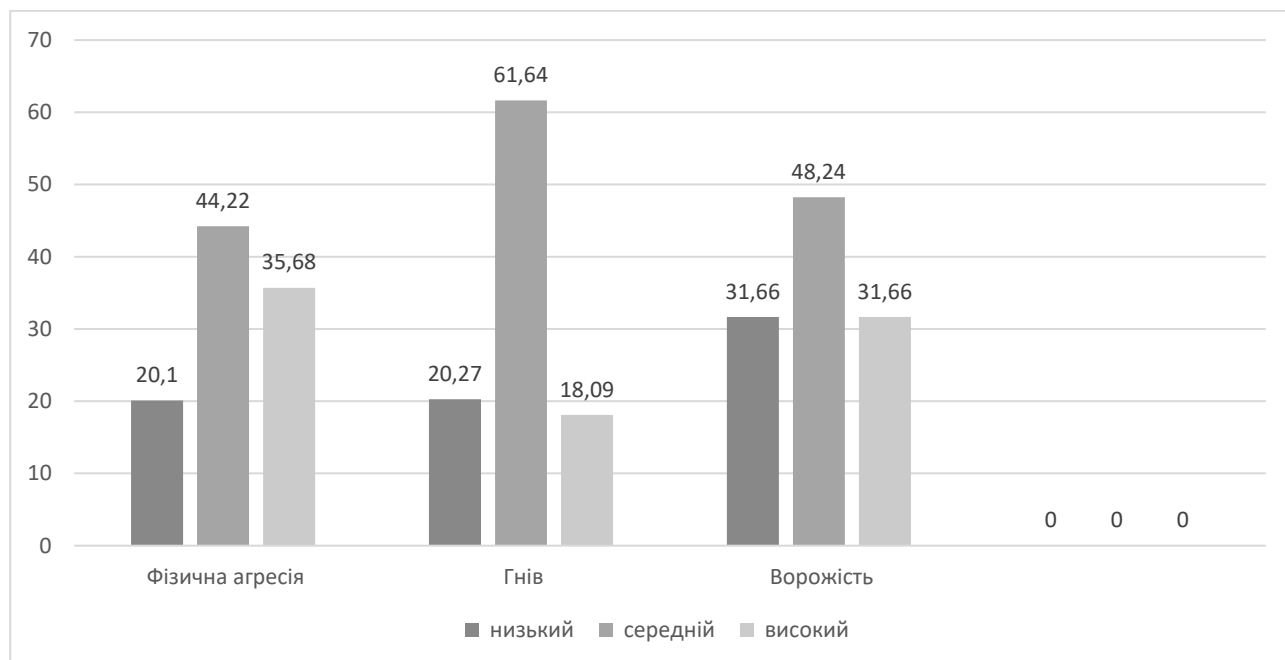


Рис. 2.7. Діаграма розподілу відсоткових значень показників ветеранів АТО (ООС) за методикою «Опитувальник рівня агресивності» (А. Басса, М. Перрі)

Для обрахування загального рівня агресії ми вираховували середні значення за трьома шкалами, а також знайшли їх суму (Таблиця 2.114).

Таблиця 2.14.

Середні значення показників ветеранів вАТО/ООС за методикою «Опитувальник рівня агресивності» (А. Басса, М. Перрі)

	Фізична агресія	Гнів	Ворожість
Серед.	23,88	19,72	18,74

Максимальний бал за даною методикою 120, після обрахування середніх значень та їх сумування ми отримали 62,34 бала (Див.таб. 2.6), що становить

53%, тобто це і є середній рівень агресії. Згідно з даними (0 – 30% низький рівень, 30 – 60% середній, 60 – 100% високий рівень) .

Виходячи з отриманих даних, ми бачимо, що певна кількість ветеранів АТО (ООС) може проявляти фізичну агресію.

Наступна методика «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В. Зунге (модифікація Т. Балашової). Після обробки даних, спостерігаємо такі результати: 58% ветеранів не мають ніяких ознак депресії або депресивних станів, в 40% спостерігається легка форма депресії та в 2% субдепресивний стан. (Див. Рис. 2.8.).

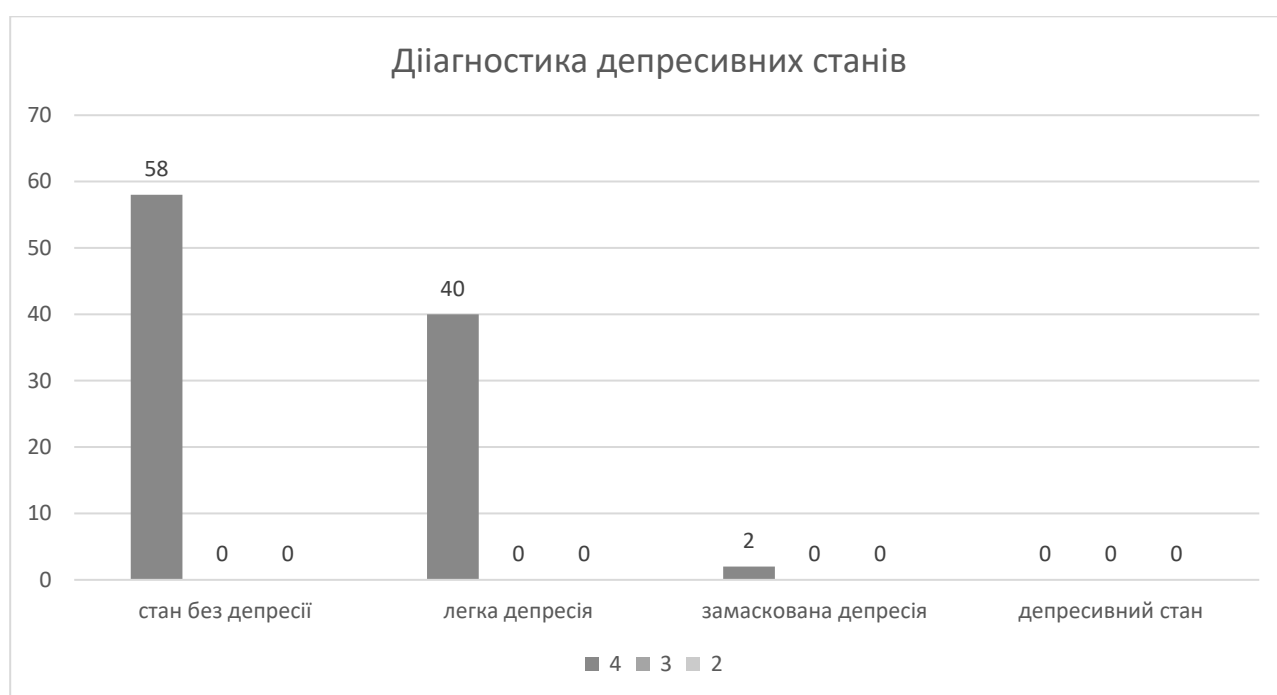


Рис. 2.8. Діаграма розподілу відсоткових значень показників ветеранів АТО (ООС) за методикою «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В. Зунге (модифікація Т. Балашової)

Дані результати можемо пов'язати з тим, що пройшло достатньо часу після повернення для адаптації.

Для дослідження часової перспективи було проведено «Опитувальник часової перспективи особистості» Ф. Зімбардо (ZPTI). На думку автора

методики, з точки зору психологічного ідеальним варіантом є збалансована картина суб'єктивного часу.

Ф. Зімбардо писав: «...Орієнтація на майбутнє дає людям крила, щоб злетіти до нових досягнень, орієнтація на минуле (позитивне) зміцнює коріння і живить почуття ідентичності, а орієнтація на даний час (гедоністична) наповнює наше щоденне життя молодістю і чуттєвими радощами. Людина потребує гармонійного поєднання цих трьох орієнтацій для того, щоб повністю реалізувати свій потенціал » [77; 249].

На думку автора методики Ф.Зімбардо, часова перспектива – це несвідомий процес, у результаті якого неперервний потік особистого і соціального досвіду розподіляється за часовими категоріями, або рамками, які допомагають впорядкувати, узгоджувати і надавати сенс поняттям [77; с. 127].

Ці когнітивні рамки можуть відображати циклічні, повторювальні в часі патерни або ж унікальні, неповторювальні моменти з життя індивіда. Вони використовуються для кодування, зберігання та відтворення досвіду, а також для формування очікувань, цілей, непередбачувальних обставин та уявних сценаріїв.

Результати дослідження часової перспективи ветеранів АТО (ООС) представлені в таблиці 2.15 та рисунку 2.9.

Отже, «Негативне минуле» має показник високого рівня 24,4%. Даний фактор вказує на неприйняття власного минулого, що викликає біль, розчарування, провину. Високі бали за даною шкалою означають, в цілому, негативний погляд, пов'язаний з втратою побратимів, песимістичний погляд на минуле. Крім того, при будь-якій фрустрації ветерани АТО (ООС) регресують у травму минулого. Крім того, при будь-якій фрустрації ветерани АТО (ООС) регресують у травму минулого. В силу реконструктивного характеру негативні атитюди можуть впливати на теперішнє. Високі бали за цією шкалою корелюють з депресією, тривогою і низькою самооцінкою.

Також дослідниками виявлена кореляція між високими балами за цією шкалою і рівнем агресії. Міжособистісні відносини людей з високими балами за

цією шкалою обмежені і часто незадовільні. Вони не мотивовані працювати заради винагороди в майбутньому, але також не отримують задоволення і від свого життя в сьогоденні.

Шкала «Фаталістичне теперішнє» має вищий відсоток високого рівня 48,2%. Високі бали за цією шкалою демонструють фаталістичне, безпорадне і безнадійне відношення суб'єкта до майбутнього і до життя в цілому. Ці люди переконані в тому, що майбутнє зумовлене і не залежить від дій самої людини. З точки зору цих людей, людина – іграшка в руках долі.

Вони, як правило, не задоволені своїм життям і не думають, що в подальшому щось зміниться. За даними досліджень високі показники за цією шкалою корелюють з депресією і високим рівнем тривожності, низькою спроможністю передбачати і зважувати майбутні наслідки, а також з агресією.

Таблиця 2.15.

**Показники ветеранів АТО (ООС) за методикою «Опитувальник
часової перспективи» Ф. Зімбардо(ZPTI)(%)**

Рівні прояву	Негативне минуле	Гедоністичне теперішнє	Майбутнє	Позитивне відношення до минулого	Фаталістичне теперішнє
низький	42,1	69,6	2,2	8,3	8,3
середній	33,5	9,2	83,5	38,4	43,5
високий	24,4	12,2	14,3	14,3	48,2

Фактор сприйняття гедоністичного сьогодення має такі рівні прояву: високий - 12,2%, середній -9,2%, низький - 69,6%.

Високі бали за цією шкалою відображають гедоністичне, ризиковане, «відчайдушне» ставлення до часу і життя; орієнтацію на задоволення в сьогоденні і нездатність принести щось у жертву в сьогоденні, щоб отримати винагороду в майбутньому. Високі бали за цією шкалою корелюють з низькою здатністю передбачати і зважувати майбутні наслідки, непослідовністю,

слабким контролем емоцій, імпульсивністю, прагненням до пошуку відчуттів. Згідно з даними досліджень, представники цієї групи більш схильні до вживання психоактивних речовин, мають неясні цілі на майбутнє. При цьому вони енергійні, беруть участь у великій кількості різних справ, часто займаються спортом.

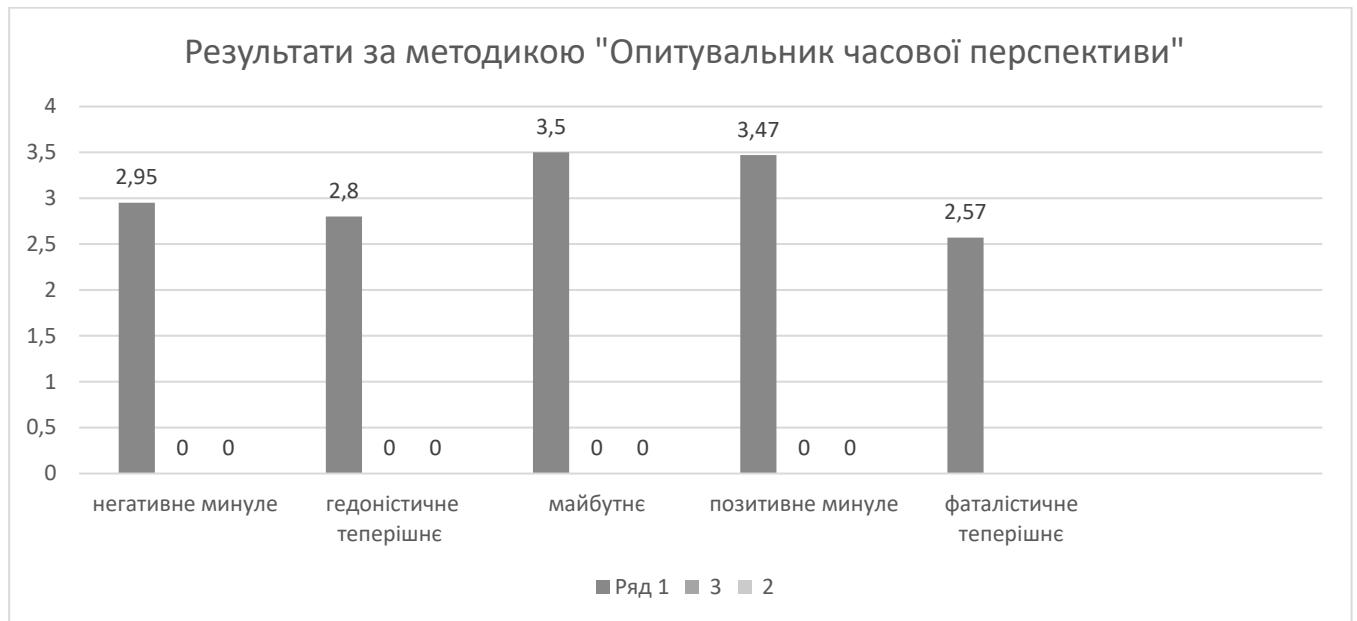


Рис. 2.9. Діаграма середніх значень показників ветеранів ВАТО/ООС за методикою «Опитувальник часової перспективи» Ф. Зімбардо(ZPTI)

Ступінь орієнтації на майбутнє (високий рівень -14,3% середній рівень - 83,5%, низький рівень - 2,2%), виражає наявність у особистості цілей і планів на майбутнє. Високі бали за цією шкалою відображають загальну орієнтацію суб'єкта на майбутнє. Поведінка людей з високими балами за цією шкалою визначається мотивацією на досягнення майбутніх цілей і винагород.

Шкала «Позитивне відношення до минулого» показує рівень прийняття власного минулого, при якому будь-який досвід є досвідом, що сприяє розвитку.

Високі бали за цією шкалою мають 14,3% ветеранів АТО (ООС), що відображає позитивне ставлення до минулого. Ветерани відмічають, що позитивним було відчуття братерства, віра в свої сили, гордість за Україну.

За всіма п'ятьма шкалами для зручності було підраховано середньостатистичні бали. За даною методикою отримали такі результати (середні значення): шкала «Негативне минуле» - 2,95, «Гедоністичне теперішнє» - 2,8, «Майбутнє» - 3,5, «Позитивне минуле» - 3,47, «Фаталістичне теперішнє» - 2,57.

Отже, після обробки результатів бачимо, що ветерани орієнтовані на «майбутнє» та «позитивне минуле». Ці дані говорять нам про те, що ветерани АТО/ООС орієнтовані на винагороди, які будуть у майбутньому, та мають позитивне ставлення до подій у минулому, мають ностальгичний характер. Дані результати підтверджуються низькими балами за шкалою «Фаталістичне теперішнє».

Наступна методика «Вимірювання мотивації до успіху» Т. Елерса (Таблиця 2.16). За допомогою даної методики ми отримали такі результати: 47,6% бійців мають середній рівень мотивації до успіху, 44,2 % мають високий рівень та 8,2% -низький рівень мотивації до успіху.

Таблиця 2.16

Дослідження мотивації до успіху ветеранів АТО (ООС) Т. Елерса (%)

Рівні мотивації до успіху		
низький	середній рівень	високий рівень
8,2	47,6	44,2

Отже, у ветеранів спостерігається середній та високий рівні мотивації до успіху, тобто бійці будують плани на майбутнє та намагаються домогтися свого. Ці дані підтверджуються результатами за методикою «Методика диференціальної діагностики депресивних станів» В. Зунге (модифікація Т. Балашової), адже людина в депресії не будує плани на майбутнє.

Знання характеру людини дає можливість прогнозувати поведінку людини, заздалегідь корегувати і контролювати способи звертнення до інших людей, дії, вчинки. Особливої уваги заслуговує аналіз основних тенденцій, -

домінування і дружелюбність. Якщо переважає домінування, очевидні конфлікти і неправильне розуміння стосунків людей, важче організувати ефективну, з психологічного погляду взаємодію. Тому важливо зорієнтуватися на дружелюбні та кооперативні взаємовідносини з іншими. Для цього ми використовуємо методику створену Т.Лірі, Г.Лефоржем, Р.Сазеком у 1954 р.

За допомогою даної методики виявляється тип, що переважає у ставленні до людей у самооцінці та взаємооцінці. При дослідженні міжособистісних відносин найчастіше виділяють два фактори: домінування-підкорення та дружелюбність-агресивність. Саме ці фактори визначають загальне враження про людину в процесі міжособистісного сприйняття.

У багаторічному дослідженні, яке проводилося американськими психологами під керівництвом Р.Бейлза, поведінка членів групи оцінюється за двома змінними, аналіз яких здійснюється в тримірному просторі, утвореному трьома осями: домінування – підкорення, дружелюбність – недружелюбність, емоційність – аналітичність.

Результати досліджень за методикою Т. Лірі представлені в таблиці 2.17.

Таблиця 2.17.

**Середні значення показників ветеранів АТО (ООС) за методикою
Т. Лірі**

	Авторитарний	Егоїстичний	Агресивний	Підозріливий:	Підпорядковується	Залежний	Доброзичливий	Альтруїстичний
Середні бали	7,72	6,48	7,34	4,7	5,18	5,66	7,1	7,1

Аналізуючи таблицю 2.9., ми отримали наступні результати: найвищі показники за шкалою авторитарний тип (7,72 балів). Ця властивість характеризує впевнену у собі людину, але не обов'язково лідер, завзятий і наполегливий. Високі показники і за шкалою агресивний тип, що характеризує ветерана, як впертого, завзятого, наполегливого і енергійного. Але разом з тим у них високі бали за шкалами доброзичливий та альтруїстичний типи.

Типи ставлень до оточуючих за результатами кожного з восьми блоків:

2. Егоїстичний (6,48 балів) – егоїстичні риси, орієнтація на себе, схильність до суперництва.
3. Агресивний (7,34) - впертий, завзятий, наполегливий і енергійний.
4. Підозріливий (4,7 балів) – критичний по відношенню до всіх соціальних явищ і оточуючих людей.
5. Підпорядковується (5,18 балів) – скромний, боязкий, поступливий, емоційно стриманий, здатний підпорядковуватися, не має власної думки, слухняно і чесно виконує свої обов'язки.
6. Залежний (5,66 балів) - конформний, м'який, очікує допомоги і порад, довірливий, схильний до захоплення оточуючими, ввічливий.
7. Доброзичливий (7,1 балів) - схильний до співпраці, кооперації, гнучкий і компромісний при вирішенні проблем і в конфліктних ситуаціях прагне бути в згоді з думкою оточуючих, свідомо конформний, слідує умовностям, правилам і принципам "гарного тону" у відносинах з людьми, ініціативний ентузіаст у досягненні цілей групи, прагне допомагати, відчувати себе в центрі уваги, заслужити визнання і любов, товариський, проявляє теплоту і дружелюбність у відносинах.
8. Альтруїстичний (7,1 балів) - відповідальний по відношенню до людей, делікатний, м'який, добрий, емоційне ставлення до людей проявляє в співчутті, симпатії, турботі, ласці, вміє підбадьорити і заспокоїти оточуючих, безкорисливий і чуйний.

Отже, якісну характеристику даної вибірки можна представити наступним чином: Гарний керівник, наставник і радник. Щирий, безпосередній, наполегливий у своїх досягненнях. Скромний. Потребує допомоги і довіри з боку оточуючих. Доброзичливий, прагне до співпраці. Співчуваючий і здатний допомагати іншим.

Також за допомогою формул було обраховано показники за двома основними параметрами «Домінування» і «Дружелюбність».

Домінування = $(7,72 - 5,18) + 0,7(7,1 + 6,48 - 4,7 - 5,66) = 4,79$ низький рівень домінування. Дані результати свідчать про виражене прагнення людини до лідерства в спілкуванні, до домінування.

Дружелюбність $(7,1 - 7,34) + 0,7(7,1 - 6,48 - 6,48 + 5,66) = -0,2$.

Характеристики, які не виходять за межі 8 балів, властиві гармонійним особистостям, показники, які перевищують 8 балів, вказують на акцентуації властивостей, близькі до акцентуації властивостей 14-16 балів свідчать про труднощі соціальної адаптації (рис. 2.10).



Рис.2.10. Середні показники ступеня вираженості характеристик ветеранів АТО (ООС)

Отже, гармонійними особистостями є ті в кого перемагає дружелюбність, з ставленням до оточуючих з розумінням. Крім того, досить виражена авторитарність, агресивність, але компенсується доброзичливістю та альтруїзмом, особливо до побратимів.

Наступна методика «Рівень суб'єктивного контролю» .

Таблиця 2.18

Дослідження рівню суб'єктивного контролю ветеранів АТО (ООС)

Шкали	Ізагальне	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Із
Бали	27	8,26	7,54	6,94	5,22	2,96	2,58
max	44	12	12	10	8	4	3-4
min	0	0	0	0	0	0	0

У змісті таблиці 2.18. римськими цифрами позначені наступні шкали: Із – шкала загальної інтернальності; Ід – шкала інтернальності в області досягнень; Ін – шкала інтернальності в області невдач; Іс – шкала інтернальності в сімейних відносинах; Ів- шкала інтернальності в області виробничих відносин; Ім- шкала інтернальності в області міжособистісних відносин; Із – шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби.

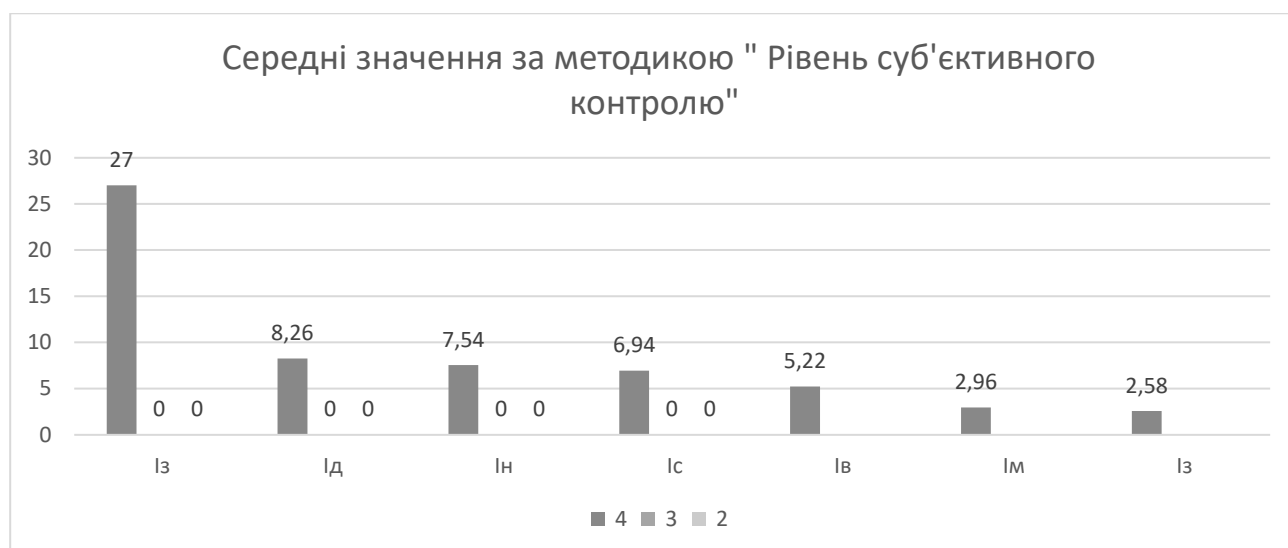


Рис. 2.11. Діаграма середніх значень показників ветеранів ВАТО (ООС) за методикою «Рівень суб'єктивного контролю»

Аналізуючи таблицю 2.18. та діаграму 2.11., ми бачимо, що шкала загальної інтернальності Із показує 27 балів, це вказує на середній рівень

суб'єктивного контролю над будь – якими значущими ситуаціями. Такі особи вважають, що частина важливих подій у їхньому житті була результатом їх власних дій, що вони можуть керувати ними. Але є ситуації , які вони розглядають, як результат випадку або дії інших людей.

Ід – шкала інтернальності в області досягнень дорівнює 8,26 бала - це вищий за середній рівень суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями. Отже ветерани АТО (ООС) вважають, що в житті майже всього досягли самі.

Ін – шкала інтернальності в області невдач дорівнює 7,54 бала, це вказує на вищий за середній рівень суб'єктивного контролю по відношенню до негативних подій і ситуацій, що проявляється в схильності звинувачувати самого себе у різноманітних неприємностях і невдачах.

Іс -шкала інтернальності в сімейних відносинах дорівнює 6,94 балів, що дорівнює вищому за середній рівень суб'єктивного контролю.

Високий показник Іс означає, що людина вважає себе відповідальною за події, що відбуваються в її сімейному житті. Низький Іс вказує на те, що суб'єкт вважає своїх партнерів причиною значущих ситуацій, що виникають у нього. Тобто в сімейних стосунках ветерани АТО (ООС) не беруть відповідальність повністю на себе.

Ів -шкала інтернальності в області виробничих відносин – 5,22 балів, це вказує на вищий за середній рівень суб'єктивного контролю.

Ім - шкала інтернальності в області міжособистісних відносин дорівнює 2,96 бала, це вказує на вищий за середній рівень. Даний показник за Ім свідчить про те, що людина відчуває себе здатною викликати повагу і симпатію інших людей, але є ситуації, за які суб'єкт не схильний брати на себе відповідальність, зокрема за свої відносини з оточуючими .

Із - шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби, дорівнює 2,58 бала, це вказує на високий рівень суб'єктивного контролю.

Високий показник свідчить про те, що людина вважає себе багато в чому відповідальною за своє здоров'я і вважає, що одужання залежить переважно від її дій.

2.4 Особливості взаємозв'язку соціальних та психологічних чинників дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції

Було досліджено вплив соціальних характеристик на показники дезадаптованості і адаптованості. Для їх вирішення ми застосували однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) та критерій Стюдента для випадку бінарних номінальних змінних (див. додаток Б).

- У випадку фактора віку (вікових груп) жодних статистично значимих відмінностей у вимірюваних показниках не було знайдено (Додаток Б).

- У випадку рівня освіти значимі відмінності знайдено серед показників: рівня суб'єктивного контролю щодо досягнень ($p < 0,01$); фаталізму щодо теперішнього, особистісної тривожності ($p < 0,05$) тощо. Кращі значення даних показників в осіб з вищою освітою, найгірші – з середньою спеціальною (Додаток Б).

- За чинником «працюючий – непрацюючий» статистично значимих відмінностей не було знайдено (Додаток Б).

- За сімейним станом маємо два статистично значимі показники й один – наближений до значимого. По-перше, це інтернальність щодо власного здоров'я ($p < 0,01$), найнижча вона у розлучених, а найвища – у неодружених. По-друге, це показник фізичної агресії ($p < 0,05$), який є найнижчим у неодружених, в одружених і розлучених він значимо вищий і приблизно однаковий. Аналогічна ситуація, що трохи не дотягує до статистичної значимості (значимість F-критерію = 0,058) показник дезадаптованості (за Міссісіпською шкалою), який є нижчим також у неодружених. На основі останнього можемо відзначати тенденцію до того, що особи, які не перебували

у шлюбi, мають тенденцію до нижчого рівня проявів дезадаптованості після участі у бойових діях (Додаток Б).

- Кількість дітей виявилася значимо пов'язаною з проявами гніву і ворожості, який є найвищим в осіб, що мають двох дітей ($p < 0,05$) (Додаток Б5).

- Щодо місця перебування в АТО (ООС) віднайдено статистично значимий зв'язок з рівнем депресії і ворожості ($p < 0,05$). Він виявився вищим в осіб, що перебували на лінії зіткнення, у порівнянні з тими, хто перебував на лінії оборони (Додаток Б).

- Нарешті ми проаналізували зв'язок терміну перебування в АТО (ООС) з досліджуваними показниками. Значимі кореляції виявилися зі самоприйняттям (-0,42 на рівні значимості $p < 0,01$), ворожістю (0,37 на рівні значимості $p < 0,01$), рівнем адаптованості (-0,34 на рівні значимості $p < 0,05$), інтернальністю (-0,36 на рівні значимості $p < 0,05$), емоційним копінг реагуванням (0,36 на рівні значимості $p < 0,05$). Тож, чим довший термін перебування, тим нижче самоприйняття, інтернальність і рівень адаптованості, але вищі ворожість, емоційне реагування (Додаток Б).

Наступним завданням було дослідити внутрішню структуру вимірюваних компонентів дезадаптованості й адаптованості, яку ми аналізували через обчислення коефіцієнтів кореляції (за Спірменом).

Найперше, що нас цікавило - це зв'язаність вимірюваних показників. Ми обчислили для кожного з них кількість значимих і сильних значимих ($< 0,05$) зв'язків. Після того їх впорядкували за спаданням. Таким чином отримали уявлення про значимість кожного показника в досліджуваній структурі, який наводимо у таблиці нижче. Найбільш зв'язаними виявилися компоненти ситуативної тривожності (65% зв'язаності), депресії (60% зв'язаності), інтернальність досягнень (60% зв'язаності). Відзначимо, що в усіх них є високим і коефіцієнт сильних зв'язків – більше 70%. Проте найвищим даний показник виявився у інтегрального показника соціально-психологічної адаптації – 96%.

Таблиця 2.19

**Значимість показників у досліджуваній структурі дезадаптованості і
адаптованості ветеранів АТО (ООС)**

Показник	К-сть значимих зв'язків	< 0,01	Відсоток значимих зв'язків	Відсоток силь- них зв'язків серед значимих (< 0,01)
С-Х. ситуативна тривожність	28	21	65%	75%
Zunge. рівень депресії	26	20	60%	77%
RSK. досягнень	26	19	60%	73%
CISS. .-соціального відволікання	25	17	58%	68%
RSK. загальна	25	17	58%	68%
RSK. міжособове	25	16	58%	64%
CISS. емоції	24	20	56%	83%
Liri. підпорядкований	24	11	56%	46%
Zimbardo. гедонізм у сучасному	24	16	56%	67%
RDI. адаптація	23	22	53%	96%
RDI. самоприйняття	23	19	53%	83%
RDI. прийняття інших	23	20	53%	87%
RDI. ем.комфорт	23	20	53%	87%
Zimbardo. негативне минуле	23	18	53%	78%
Agres. ворожість	22	19	51%	86%
С-Х. особистісна тривожність	22	19	51%	86%
RDI. інтернальність	21	16	49%	76%
Zimbardo. фаталізм у сучасному	21	17	49%	81%
MSCRP. адаптація	20	16	47%	80%
Liri. підозріливий	19	18	44%	95%
RSK. сімейний стан	19	11	44%	58%
RSK. невдача	18	11	42%	61%
RDI. домінування	17	6	40%	35%
Agres. гнів	16	9	37%	56%
Liri. авторитарний	12	10	28%	83%
Zimbardo. позитивне минуле	12	5	28%	42%
CISS. уникання	11	4	26%	36%
Liri. егоїстичний	11	7	26%	64%

Продовження таблиці 2.19

Liri. агресивний	11	9	26%	82%
Zimbardo. майбутнє	11	4	26%	36%
CISS. рішення задач	10	5	23%	50%
Agres. фізична	10	6	23%	60%
Thomas. суперництво	8	3	19%	38%
Thomas. пристосування	8	3	19%	38%
RSK. професійний	8	4	19%	50%
Liri. залежний	7	6	16%	86%
Liri. доброзичливий	6	5	14%	83%
Liri. альтруїстичний	6	5	14%	83%
Elers. мотивація досягнення	6	2	14%	33%
Thomas. співробітництво	3	0	7%	0%
RSK. здоров'я	3	1	7%	33%
CISS. .-відволікання	2	2	5%	100%
Thomas. компроміс	1	0	2%	0%
Thomas. уникання	1	1	2%	100%

У дослідженні зв'язаності, насамперед, нас цікавив зв'язок показника дезадаптації за Міссісіпською шкалою з іншими вимірюваними показниками. Він виявився у досліджуваній вибірці також досить високим – 47% показників мають пряму або обернену значиму кореляцію, при чому показник сильних значимих зв'язків складає 80%. Нижче наводимо таблицю значимих кореляцій даного показника. Як бачимо, найбільш потужними зв'язками з показником дезадаптації виявилися: обернений «прийняття інших» (-0,72) і прямі - рівень депресії (0,69) й настанови на підозрілість у комунікації (0,65). Також, варто відзначити й сильні кореляції з ситуативною тривожністю (0,61), емоційним способом реагування (0,61) й відповідно емоційним комфортом (-0,61), показниками агресивності, зокрема ворожості (0,59), гніву (0,56) й фізичною агресією (0,53). Такий самий за інтенсивністю рівень зв'язку відзначимо й щодо показника самоприйняття (0,53).

Таблиця 2.20

Значимі кореляції за Спірменом показника MSCRP ветеранів АТО (ООС)

RDI. адаптація	-,632**
RDI. самоприйняття	-,533**
RDI. прийняття інших	-,718**
RDI. ем.комфорт	-,608**
RDI. інтернальність	-,488**
CISS. емоції	,614**
CISS. .-соціального відволікання	-,303*
Agres. фізична	,532**
Agres. гнів	,560**
Agres. ворожість	,590**
Zunge. рівень депресії	,685**
Liri. агресивний	,357*
Liri. підозріливий	,651**
C-X. ситуативна тривожність	,605**
C-X. особистісна тривожність	,480**
Zimbardo. негативне минуле	,487**
Zimbardo. гедонізм у сучасному	,376**
Zimbardo. фаталізм у сучасному	,321*
RSK. досягнень	-,280*
RSK. міжособове	-,361*

Наступним завданням був поділ існуючих спостережень на групи на основі емпіричних даних без прив'язки до їх змісту. Для цього було застосовано ієрархічний кластерний аналіз з методом зв'язку Уорда й рівнем близькості – квадратом евклідової відстані. Нами було проаналізовано моделі з різною кількістю кластерів – від двох до семи. Найбільш прийнятною за

критерієм «стрибка» виявилася трикластерна модель – розмір стрибка, порівняно з попереднім, був більш ніж у два з половиною рази більший за попередній: з 363551 до 444604 (Додаток В).

Таблиця 2. 21.

Відсотковий розподіл кластерів за моделями

%	Модель 5	Модель 4	Модель 3	Модель 2
Кластер 1	28%	34%	34%	70%
Кластер 2	36%	36%	36%	30%
Кластер 3	6%	9%	30%	0%
Кластер 4	9%	21%	0%	0%
Кластер 5	21%	0%	0%	0%

Як бачимо з динаміки кластерних моделей, порівняно з п'ятою у третій моделі об'єднуються кластер 1 з кластером 3 та кластер 4 з кластером 5. Наводимо значення середніх вимірюваних показників за трикластерною моделлю (Додаток Г).

З наведеної таблиці (додаток Г) можна бачити, що особи, які попали до першого кластеру мають найвищі рівні:

- дезадаптованості (за Міссісіпською шкалою);
- копінг-поведінкового емоційного реагування (CISS);
- фізичної і ворожої агресивності та гніву (М.Баса, М.Перрі);
- депресії (В.Зунге);
- егоїстичного, агресивного, підозрілого, підпорядкованого способу комунікації (Т.Лірі);
- особистісної і ситуативної тривожності (Ч.Спілберга, Ю.Ханіна);
- негатив минулого, гедонізм і фаталізм у теперішньому (Ф.Зімбардо).

Й одночасно мають найнижчі рівні:

- соціально-психологічної адаптованості;
- самоприйняття; прийняття інших;
- емоційного комфорту;
- інтернальності;
- домінування (усе за інтегральними показниками К.Роджерса і Р.Даймонда);
- копінг-поведінки спрямованої на вирішення задач (CISS);
- майже усі показники інтернальності, за винятком інтернальності професійної і власного здоров'я (РСК).

У подальшому було обраховано статистичну значущість відмінностей середніх значень показників у виділених кластерах (Додаток Д).

Порівнюючи дані результати з п'ятикластерною моделлю, відзначаємо чітку відмінність між підкластерами, з яких склався перший кластер трикластерної моделі. 6% з них виявилися з явно вираженою дезадаптацією, тоді як в інших 32% можемо констатувати лише ту чи іншу завищеність / заниженість певних показників (Додаток Е). Так само з таблиці (Додаток Е) ми можемо інтерпретувати й змістову відмінність другого кластеру, що не змінюється в три- і в п'ятикластерній моделях, і четвертого з п'яти кластерами, що складають третій кластер трикластерної моделі. Кидається у вічі один з нижчих серед усіх п'яти кластерів середній рівень показника дезадапованості саме у другому кластері (66,44), який вищий лише за відповідний показник п'ятого кластеру (55,67). Тож виникає природне запитання, чому об'єднання п'ятого кластеру відбулося з четвертим, а не з другим. Відповідь на нього ми отримуємо, аналізуючи показники соціально-психологічної адаптації (за К.Роджерсом і Р.Даймондом). А саме, показники: інтернальності (28,67 проти 100,00 і 71,00 відповідно); самоприйняття і прийняття інших (77,78 проти 89 і 97,33 та 69,56 проти 80,50 і 88,00 відповідно); загального рівня адаптації (72,56 проти 82,75 і 87,67). Вказане

може свідчити про нижчий рівень дезадаптованості, але, разом з тим, й істотно нижчий внутрішній ресурс щодо адаптаційних процесів.

До п'ятого кластеру увійшли досліджувані з найнижчим рівнем дезадаптованості і найвищими показниками адаптованості. Тоді як четвертий кластер увібрав у себе осіб з середнім рівнем дезадаптованості, проте з найвищим показником інтернальності (100). Також щодо нього відзначимо й значимо нижчий показник копінгу, спрямованого на вирішення задач (34) й найвищі копінги на уникання (37,25), відволікання (15,75) і соціальне відволікання (15,25). Істотно вищим виявився показник ситуативної тривожності (25,50 проти 15,67), тоді як щодо особистісної тривожності відмінність з п'ятим кластером виявилася незначною.

Підводячи підсумки ієрархічного кластерного аналізу, відзначимо таке:

- вибірка досліджуваних учасників була поділена за рівнем дезадаптованості на три групи, які можна умовно назвати – *високий* (38% загальної вибірки), *середній* (36%) і *низький* (26%);
- група з високим рівнем дезадаптованості складається з двох підгруп – *дезадаптовані* (6%), у яких майже усі вимірювані показники на межі або за межами норми й *з ознаками дезадаптованості* (32%), в яких показники адаптації виявилися заниженими, а показники дезадаптованості завищеними;
- група з низьким рівнем дезадаптованості також складається з двох підгруп – *адаптовані* (18%), у яких показники адаптованості високі, а показники дезадаптованості – низькі, й *високим внутрішнім ресурсом адаптації* (8%), у яких трохи завищений рівень дезадаптованості компенсується високими значеннями внутрішніх показників адаптованості.

Наступним завданням було на основі виділеної у кластерному аналізі групи досліджуваних з проявами дезадаптації і адаптації (модель 1) визначити їх відповідні факторні структури.

Для знаходження першої структури ми відібрали 18 з 43 вимірюваних показників, що мали найбільшу зв'язаність. Зменшення кількості показників обумовлювалося звуженням обсягу вибірки – перша група складає 34% від

загальної кількості досліджуваних (51 особа) (див. попередній пункт). Варто відзначити, що середній рівень показника дезадаптації (Міссісіпська шкала) склав 96,13, а показника адаптації (К.Роджерс і Р.Даймонд) – 57,87.

Ми застосовували метод головних компонент із Варімакс обертанням, критерієм виділення кількості факторів був метод «кам'янистого осипу» Кеттела, згідно з яким ми отримали 3 головних компоненти (рис.2.12), що описують 66% загальної дисперсії. Розглянемо більш детально кожний фактор.

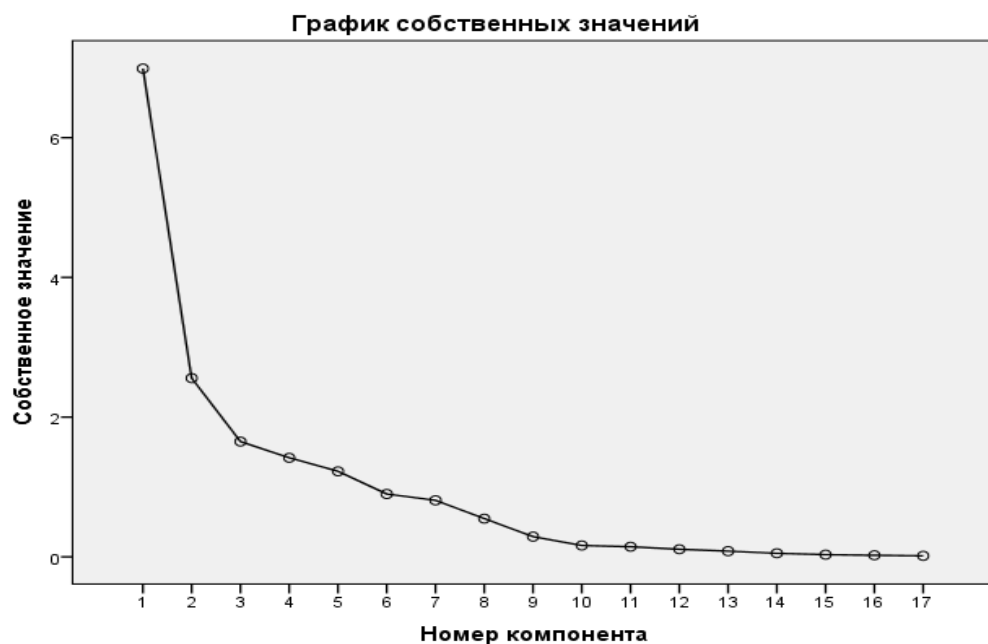


Рис. 2.12 Графік дезадапційної спрямованості ветеранів АТО (ООС)

Перший з них задається п'ятьма показниками й описує 26% загальної дисперсії. Він увібрав у себе, насамперед, показники екстернальності (інтернальність з від'ємними вагами) – загальної (-0,94), досягнень (-0,84) й міжособової (-0,80), гедонізму у теперішньому (0,65) і підпорядкованість у настановах на взаємодію (0,52). Даний компонент ми інтерпретували, як **«Екстернально-гедоністичний»** (табл. 22).

Осіб, у яких домінує даний фактор можна охарактеризувати такими словами: «все, що відбувається, зокрема мої досягнення, мої проблеми, моє оточення, - усе це залежить не від мене. Мені залишається лише підпорядковуватися тому, що є й насолоджуватися ним».

Таблиця 2.22.

**Складові «Екстернально-гедоністичного» дезадаптивного фактору
ветеранів АТО (ООС)**

RSK. загальна	-,943
RSK. досягнень	-,839
RSK. міжособове	-,799
Zimbardo. гедонізм у сучасному	,653
Liri. підпорядкований	,518

Другий фактор задається шістьма показниками й описує 24% загальної дисперсії. Він увібрав у себе показники власного неприйняття (самоприйняття з від’ємними вагами – -0,84), особистісної тривожності (0,73) й ворожості (0,64), неприйняття інших (прийняття з від’ємними вагами – -0,64), негатив минулого і фаталізм теперішнього (відповідно, 0,64 і 0,62). Даний компонент ми інтерпретували, як «Неприймаючий особистісно-тривожний» (табл. 2.23).

Таблиця 2.23.

**Складові «Неприймаюче особистісно-тривожного» дезадаптивного
фактору ветеранів АТО (ООС)**

RDI. самоприйняття	-,841
C-X. особистісна тривожність	,730
Agres. ворожість	,643
RDI. прийняття інших	-,640
Zimbardo. негативне минуле	,624
Zimbardo. фаталізм у сучасному	,621

Осіб, у яких домінує даний фактор можна охарактеризувати такими словами: «не можу приймати себе таким, який я є; в інших теж немає нічого гарного, вони швидше за все вороги. З минулим мене пов'язує страх, біль, сором. Життя передречене. Постійно очікую, що трапиться щось погане».

Третій фактор є найслабшим й описує лише 16% загальної дисперсії. Він увібрав у себе п'ять показників, найпотужнішими з яких є показники копінгу соціального відволікання (з від'ємними вагами – -0,77) і емоційного дискомфорту (емоційний комфорт з від'ємними вагами – -0,74). Також до нього увійшли показники ситуативної тривожності (0,61), копінг емоційного реагування (0,60) і , що істотно, показник інтернальності (0,57). Даний компонент ми інтерпретували, як **«Асоціально-емоційний ситуативно-тривожний»** (табл.2.24).

Осіб, у яких домінує даний фактор можна охарактеризувати такими словами: «поточна ситуація мого життя дає багато приводів для тривоги і негативних емоцій. Навіть там, де не треба, реагую насамперед емоційно. Проте, соціальних контактів намагаюсь уникати».

Таблиця 2,24.

Складові «Асоціально-емоційно ситуативно-тривожного» дезадаптивного фактору ветеранів АТО (ООС)

CISS. соціального відволікання	-,768
RDI. ем.комфорт	-,740
C-X. ситуативна тривожність	,605
CISS. емоції	,602
RDI. інтернальність	,565

Отже, отримана факторна структура дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) виглядає наступним чином (табл.2.25).

Таблиця 2.25.

Три-компонентна факторна структура дезадаптованості ветеранів АТО (ООС)

Компонент	% загальної дисперсії
«Екстернально-гедоністичний»	26%
«Неприймаючий особистісно-тривожний»	24%
«Асоціально-емоційний ситуативно-тривожний»	16%
Разом	66%

Для знаходження структури адаптаційної спрямованості ми також звузили кількість вимірюваних показників, відібравши 21 з 44. Зменшення кількості показників обумовлювалося тією ж причиною, що й у попередньому випадку. Третя група складає 30% від загальної кількості досліджуваних (45 осіб). Проте, критерій відбору показників був змінений. Оскільки завдання було визначити саме адаптаційну структуру, то зі списку показників для структурування було виключено ті, що очевидно заважають адаптації, зокрема: рівень депресивності, ворожість, фізична агресія й ін.

Нами застосовувався метод головних компонент із Варімакс обертанням, критеріями виділення кількості факторів були методи «кам'янистого осипу» Кеттела й нормалізації Кайзера, згідно з якими ми отримали 6 головних компонент (рис. 2.13), що описують 85% загальної дисперсії. Обрані критерії варіювалися через складність змістової інтерпретації факторів.

Таким чином, перший із вказаних компонентів можна пов'язати з «тут і зараз» відстороненням, дистанціюванням, «забуттям» проблеми, завантаженням себе чимось іншим. Другий компонент, вочевидь, визначається раціоналізацією й спрямованістю на майбутнє в сенсі вирішення задач, яке залежить від усвідомлення й спрямованість на управління своїми відносинами. Третій компонент спрямований на «Я» особи й пов'язується з прийняттям самого себе й власного минулого, усвідомленням власних досягнень тощо.

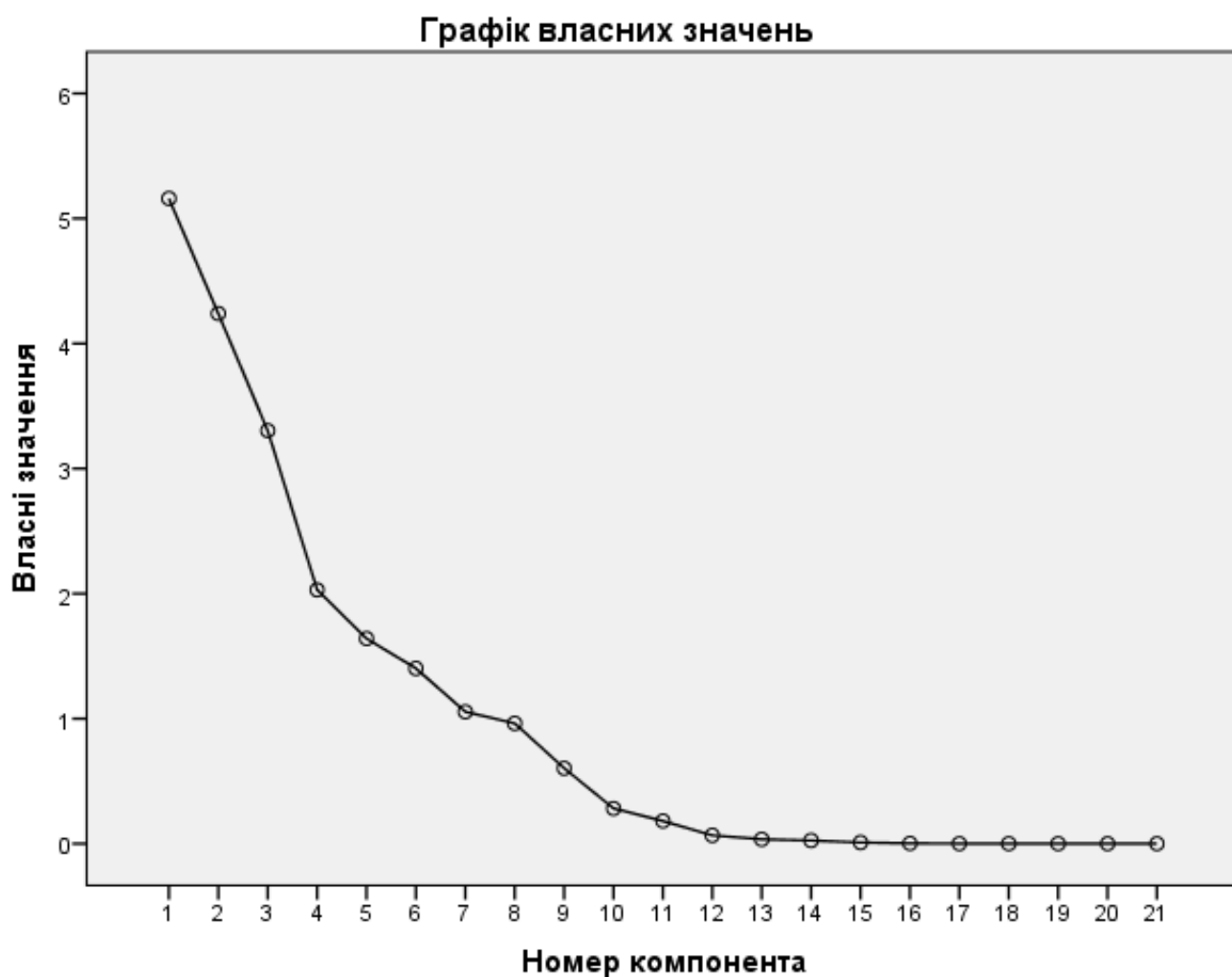


Рис.2.13 Графік адаптаційної спрямованості ветеранів АТО (ООС)

Розглянемо більш детально кожний компонент у шестифакторній структурі.

Перший з них описує 17% загальної дисперсії. Він увібрав до себе три показники, що відносяться до копінг реагування у стресових ситуаціях і пов'язані з тим чи іншим униканням: уникання (0,95), соціального відволікання (0,93) і відволікання (0,92). Даний компонент ми інтерпретували, як **«Відсторонено-дистанціюючий»** (табл. 2.26).

Таблиця 2.26.

Складові «Відсторонено-дистанціюючого» адаптивного фактору ветеранів АТО (ООС)

CISS. уникання	,952
CISS. .-соціального відволікання	,933
CISS. .-відволікання	,920

Другий фактор шестифакторної структури описує 16% загальної дисперсії. До нього було включено показники прийняття інших (0,96), інтернальності невдач (0,96) і неемоційного реагування у стресових ситуаціях (-0,73). Прийняття інших очевидно зв'язане з усвідомленням того, що причини власних невдач варто шукати не серед інших, а у собі й при цьому максимально відключати емоції. Даний компонент ми інтерпретували, як **«Зовнішньо-ресурсний»** (табл. 2.27).

Таблиця 2.27.

Складові «Зовнішньо-ресурсного» адаптивного фактору ветеранів АТО (ООС)

RDI. прийняття інших	,958
RSK. уникання невдач	,958
CISS. емоції	-,732

Прийняття інших і пригнічення емоційного реагування може бути запорукою усвідомлення і інтерналізації власних невдач.

Третій фактор також описує 16% загальної дисперсії. Він, також як і попередні, складається з трьох показників: інтернальності досягнень (0,93), самоприйняття (0,93) й прийняття минулого (-0,64). Даний компонент ми інтерпретували, як «**Внутрішньо-ресурсний**» (табл.2.28). Цим компонентом пов'язуються прийняття власного минулого і прийняття себе самого як ресурс для власних досягнень.

Таблиця 2.28.

**Складові «Внутрішньо-ресурсного» адаптивного фактору ветеранів АТО
(ООС)**

RSK. досягнень	,931
RDI. самоприйняття	,931
Zimbardo. негативне минуле	-,637

Четвертий фактор також описує 15% загальної дисперсії. Він складається вже з чотирьох показників: інтернальності міжособових взаємин (0,97), спрямованості на: домінування (0,97), майбутнє (0,76) і вирішення задач (0,70).

Таблиця 2.29.

**Складові «Міжособово-діяльнісного» адаптивного фактору ветеранів АТО
(ООС)**

RSK. міжособове	,969
RDI. домінування	,969
Zimbardo. майбутнє	,759
CISS. вирішення задач	,697

Даний компонент ми інтерпретували, як «**Міжособово-діяльнісний**» (табл.2,29). Цим компонентом пов'язується спрямованість на управління власними міжособовими стосунками як спосіб розбудови власного майбутнього.

П'ятий фактор також описує 11% загальної дисперсії й складається, аналогічно до попереднього, з чотирьох показників, але з меншим загальним навантаженням: інтернальності здоров'я (0,69), позитивного ставлення до минулого (0,64), спрямованості до емоційного комфорту (0,52) і інтернальності сімейних стосунків (0,52). Даний компонент ми інтерпретували, як «**Здоров'я спрямований**» (табл. 2.30). Ним пов'язуються спрямованість на власне здоров'я, яке забезпечують емоційний комфорт, гарні сімейні стосунки, стосунками при умові позитивного сприйняття власного минулого.

Таблиця 2. 30.

**Складові «Здоров'я спрямованого» адаптивного фактору ветеранів АТО
(ООС)**

RSK. здоров'я	,692
Zimbardo. позитивне минуле	,638
RDI. ем.комфорт	,515
RSK. сімейний стан	,515

Шостий фактор є найслабшим й описує лише 9% загальної дисперсії. Він увібрав у себе три показники: гедоністичного ставлення до поточного життя (0,87), відсутності мотивованості до досягнень (-0,68) й фаталістичність теперішнього (0,58). Даний компонент ми інтерпретували, як «**Гедоністично-фаталістичний**» (табл. 2.31). Цим компонентом групуються показники, які

засвідчують гедоністичне ставлення до теперішнього, спрямованість на отримання задоволення від життя й при цьому відсутність бажання чогось досягати, впевненість у тому, що все передречене, тобто життя для власного задоволення тут і зараз. А після – «хоч повинь».

Таблиця 2.31.

Складові «Гедоністично-фаталістичного» адаптивного фактору ветеранів АТО (ООС)

Zimbardo. гедонізм у сучасному	,866
Elers. мотивація досягнення	-,682
Zimbardo. фаталізм у сучасному	,575

Отже, отримана факторна структура адаптованості ветеранів АТО (ООС) виглядає наступним чином (табл.2.32).

Таблиця 2.32.

Шестикомпонентна структура адаптованості ветеранів АТО

Компонент	% загальної дисперсії
«Відсторонено-дистанціюючий»	17%
«Зовнішньо ресурсний»	16%
«Внутрішньо ресурсний»	16%
«Міжособово-діяльнісний»	15%
«Здоров'я спрямований»	11%
«Гедоністично-фаталістичний»	9%
Разом	85%

Відзначимо, що в проаналізованих факторних структурах з різною кількістю факторів – від трьох до сіми – три структурні елементи показали сталість, тобто в усіх отриманих структурах у кожному з трьох головних компонентів провідними об'єднуються однакові показники. Це, по-перше, показники копінг реагувань у стресових умовах: уникнення, відволікання і соціального відволікання. По-друге, це показники спрямованості на майбутнє, копінга вирішення завдань, інтернальності в міжособових стосунках і спрямованості на домінування. По-третє, це показники самоприйняття, прийняття (не негатив) минулого й інтернальності власних досягнень.

Висновки до 2 розділу

Відповідно до спроектованої структурно-функціональної моделі дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) та завданням дисертаційного дослідження, було підібрано психодіагностичний інструментарій та скомпоновано схему проведення констатувального дослідження особливостей дезадаптованості ветеранів АТО (ООС).

У запропонованій схемі проведення констатувального дослідження визначено етапи проведення дослідження, психодіагностичний інструментарій дослідження особливостей дезадаптованості ветеранів АТО (ООС): дослідження особливостей дезадаптованості, соціальних чинників дезадаптованості та психологічних чинників дезадаптованості (емоційний, поведінковий, комунікативний, мотиваційний компоненти та ставлення до часових перспектив).

За результатами емпіричного дослідження встановлено, що у 35% досліджуваних ветеранів АТО (ООС) не спостерігаються проблеми з адаптацією. Також було виявлено ветеранів, у яких спостерігаються проблеми в адаптації та прояви дезадаптованості.

Дані, які підтверджують процес дезадаптації, вказують нам на те, що в таких особистостей спостерігається високий рівень агресії (ворожості або фізичної агресії), можливий ПТСР або психічні розлади, неприязнь до себе або інших, легка депресія та постійні спогади про минуле.

Було досліджено особливості соціальних чинників дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) за розробленою соціологічною картою: середній вік, термін та специфіка перебування у зоні АТО (ООС), сімейний статус, кількість дітей, освітні та професійні показники ветеранів АТО.

При аналізі психологічних чинників дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) було виокремлено ветеранів АТО (ООС), які мають прояви посттравматичного стресового розладу і розладу адаптації.

Встановлено, що у переважної більшості досліджуваних ветеранів переважають нормативні рівні за досліджуваними шкалами соціально-психологічної адаптації (методика К.Роджерса і Д.Даймонда). Поряд з вищезазначеним визначені показники високого рівня за шкалами адаптованість, прийняття себе, прийняття інших, внутрішній контроль, що вказує на надмірні зусилля у реалізації зазначених властивостей.

За результатами дослідження емоційного компоненту соціально-психологічної дезадаптованості встановлено, що у досліджуваних ветеранів переважають середні прояви особистісної та низькі прояви ситуативної тривожності (що зумовлено особливостями професійної діяльності військових), проте менше ніж у третини досліджуваних – високі прояви особистісної тривожності, що є несприятливим для адаптації особистості.

Встановлено, що у досліджуваних ветеранів переважають фізична агресія (вираження агресії на зовнішні об'єкти), гнів (афективний вияв агресії). Виявлено, що у частини досліджуваних легка депресія, що є вагомим чинником утворення дезадаптованості.

За результатами дослідження особливостей комунікативного компоненту визначено, що провідні типи комунікації та міжособистісних стосунків -

авторитарний та агресивний, що вказує на можливі проблеми у взаємодії з оточенням.

За результатами дослідження поведінкового компонента дезадаптованості встановлено, що у досліджуваних ветеранів переважають низькі прояви соціального відволікання та відволікання, а високі показники за шкалою орієнтація на вирішення задач. У складних стресових ситуаціях переважає копінг-поведінка, спрямована на вирішення задач, а у конфліктних – стратегії компромісу та уникання. Зазначені особливості вказують на те, що поведінка військових у стресових ситуаціях спрямована на вирішення бойових завдань, проте у ситуації мирного життя переважає уникання вирішення проблем та наявні труднощі у пошуку підтримки у соціального оточення.

За результатами дослідження мотиваційного компонента встановлено, що провідними є середній і високий рівні мотивації до успіху, інтернальність у області досягнень і в області невдач та високі прояви копінг-стратегії орієнтації на вирішення задач.

За результатами дослідження особливостей часової перспективи ветеранів АТО (ООС) встановлено, що у досліджуваних ветеранів переважають високі показники за шкалою фаталістичного теперішнього, що вказує на ставлення безнадію у ставленні до власного майбутнього та життя, відсутність часової перспективи та задоволення від життя.

Емпірично виявлено (за результатами факторного дисперсійного аналізу) вплив соціальних характеристик на показники дезадаптованості та адаптованості ветеранів АТО (ООС).

На основі виділеної у кластерному аналізі групи досліджуваних з проявами дезадаптації і адаптації було визначено їх відповідні факторні структури.

Виділено трикомпонентну факторну структуру дезадаптованості ветеранів АТО (ООС). До зазначеної структури увійшли такі фактори:

«Екстернально-гедоністичний» фактор, який увібрав показники екстернальності (інтернальність з від'ємними вагами) – загальної, досягнень й

міжособової, гедонізму у теперішньому і підпорядкованість у настановах на взаємодію. Тобто ветерани із зазначеними проявами вважають, що вони не впливають на події у власному житті, а лише можуть їм підпорядковуватися, або насолоджуватися ними.

«Неприймаючий особистісно-тривожний» фактор увібрав у себе, показники власного неприйняття (самоприйняття з від'ємними вагами), особистісної тривожності й ворожості, неприйняття інших (прийняття з від'ємними вагами), негатив минулого і фаталізм. Ветерани АТО (ООС), в яких домінує даний фактор, не приймають власні особливості та особливості інших людей, оточуючих сприймають вороже, майбутнє сприймають прогностично негативно.

«Асоціально-емоційний ситуативно-тривожний» фактор, що є найслабшим і увібрав п'ять показників, найпотужнішими з яких є показники копінг соціального відволікання і емоційного дискомфорту. Також до нього увійшли показники ситуативної тривожності, копінг емоційного реагування і показник інтернальності. Особи, в яких домінує даний фактор характеризуються тривожним сприйняттям життєвої ситуації, униканням соціальних контактів та переважанням негативних емоційних переживань.

До шестикомпонентної факторної структури адаптованості ветеранів АТО (ООС) увійшли такі фактори:

«Відсторонено-дистанціюючий» фактор увібрав у себе три показники, що відносяться до копінг-реагування у стресових ситуаціях і пов'язані з тим чи іншим униканням: уникання, соціального відволікання і відволікання.

До «Зовнішньо-ресурсного» фактора було включено показники прийняття інших, інтернальності невдач і неемоційного реагування у стресових ситуаціях. Прийняття інших, очевидно, зв'язане з усвідомленням того, що причини власних невдач варто шукати не серед інших, а у собі й при цьому по максимально відключати емоції.

«Внутрішньо-ресурсний» фактор, також як і попередні, складається з трьох показників: інтернальності досягнень, самоприйняття і прийняття

минулого. Зазначеним компонентом пов'язуються прийняття власного минулого і прийняття себе самого як ресурс для власних досягнень.

«Міжособово-діяльнісний» фактор складається з чотирьох показників: інтернальності міжособових взаємин, спрямованості на: домінування, майбутнє і вирішення задач. Цим компонентом пов'язуються спрямованість на управління власними міжособовими стосунками як спосіб розбудови власного майбутнього.

«Здоров'я спрямований» фактор складається, аналогічно з попереднім, з чотирьох показників, але з меншим загальним навантаженням: інтернальності здоров'я, позитивного ставлення до минулого, спрямованості на емоційний комфорт та інтернальності сімейних стосунків. Ним пов'язуються спрямованість на власне здоров'я, яке забезпечують емоційний комфорт, гарні сімейні стосунки стосунками при умові позитивного сприйняття власного минулого.

«Гедоністично-фаталістичний» фактор є найслабшим і увібрав у себе три показники: гедоністичного ставлення до поточного життя, відсутності мотивованості до досягнень й фаталістичності теперішнього. Цим компонентом групуються показники, які засвідчують гедоністичне ставлення до теперішнього, спрямованість на отримання задоволення від життя й при цьому відсутність бажання чогось досягати, впевненість у тому, що все передречене, тобто життя у власне задоволення тут і зараз.

Саме на визначені в констатувальному дослідженні факторні структури дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) будуть спрямовані вектори психокорекційної роботи.

РОЗДІЛ 3. КОМПЛЕКСНА СОЦІАЛЬНО – ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТОВАНOSTІ ВЕТЕРАНІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

3.1. Теоретико-методологічне обґрунтування програми та моделі соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції

В останні роки в Україні гостро постає проблема надання психологічної допомоги ветеранам АТО (ООС). На державному рівні впроваджуються заходи соціально-психологічної та медичної реабілітації учасників бойових дій, проте вони не вирішують зазначену проблему в повному обсязі, а тому постає вимога вдосконалення вже існуючих заходів реабілітації, зокрема соціально-психологічних, та розробки нових форм надання психологічної допомоги, зокрема соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО/ООС.

За результатами науково-психологічного аналізу та емпіричного дослідження особливостей дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) встановлено, що значна частина військовослужбовців після повернення до умов мирного життя відчують складності адаптації, а також значна частина ветеранів має ознаки дезадаптованості, що потребує розробки спеціальних засобів психологічної допомоги – створення програми соціально-психологічної корекції.

Для виконання завдань дисертаційного дослідження нами було спроектовано модель та розроблено програму соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС). Методологічною основою запропонованої програми та моделі стали праці А. Маслоу, К. Роджерс [103;104;164], Г. Балла [11, с. 98–99.], С. Максименка [97, с. 19-20.], Чухрій І.В. [213, с. 19-20.] та інших науковців, які працювали в гуманістичній парадигмі розвитку особистості. Відібрано основні положення зазначеного підходу, що

можуть застосовуватися при наданні психологічної допомоги ветеранам АТО (ООС): врахування індивідуальних особливостей кожного ветерана; забезпечення умов розвитку і саморозвитку особистості; забезпечення ветеранам можливості реалізації себе в різних видах діяльності, спираючись на їхні інтереси, ціннісні орієнтації та суб'єктивний досвід. Крім того, під час розробки та реалізації програми подолання дезадаптованості у ветеранів АТО (ООС), було враховано можливість розвитку окремих сторін особистості за відносно короткий проміжок часу методами активного соціально-психологічного навчання (І. Вачков, Ю. Ємельянов, Л. Петровська, Т. Яценко) [13, с. 98–99;32;33; 227; 228].

Проблемою бойової психічної травми та негативних психічних станів, спричинених нею, займалися ряд видатних вітчизняних учених, зокрема, О. Тимченко, В. Осьодло, С. Миронець, С. Яковенко та ін. Різні аспекти реабілітаційної роботи з військовослужбовцями розглядали такі вітчизняні та зарубіжні дослідники: Г. Акімов, В. Березовець, В. Гічун, Р. Грінкер, В. Ковтун, О. Коржиков, В. Стасюк [109;124;139].

Важливою передумовою відновлення учасників бойових дій є комплексний підхід до реабіліційного процесу в цілому. Тобто, поряд з наданням медичного супроводу, якщо має місце порушення здоров'я, важливо надати соціально-психологічний супровід, зокрема сім'ї (допомога у розв'язанні конфліктів міжособистісної взаємодії та інші), на робочому місці учасника АТО (ООС), що здійснюється із залученням самих ветеранів та членів їх сімей до заходів психологічної допомоги.

Вплив травми на психічне здоров'я розглядався у межах багатьох психологічних концепцій. У психоаналітичному напрямі акцентується увага на травмі ранніх періодів життя (О.Кренберг, А.Фрейд, З.Фрейд) [198;203]. У межах когнітивно-поведінкової терапії розглядаються методи фокусної роботи з травматичним досвідом (Д.Барлоу, Дж.Бек, П. Резнік) [63;64].

Вітчизняні науковці розробили засади соціально-психологічної реабілітації учасників АТО (ООС), у якій значна увага приділяється методам

психологічної допомоги (О. Кокун, І. Пішко, О.Романчук, І.Чухрій та інші) [211].

При розробці програми психокорекції було враховано основні світові та вітчизняні здобутки в галузі надання психологічної допомоги учасникам бойових дій. Особливо в напрямку інтеграції міжособистісної нейробіології та психотерапії [239; 238;241;242].

Практична реалізація програми психокорекції соціально-психологічної дезадаптованості здійснювалася відповідно до основних загальних принципів психокорекційної роботи:

1. Принцип єдності діагностики та корекції [86;123]. Психодіагностичне дослідження є невід’ємною складовою розробки психокорекційної програми. За результатами констатувального дослідження були виділені чинники дезадаптованості ветеранів АТО (ООС), які були враховані при розробці програми соціально-психологічної корекції.

Застосування психокорекційних засобів потребує контролю за їх ефективністю, що розкривається в формуальному дослідженні.

2. Принцип цілісності особистісної (С.Максименко [96; 97], К. Роджерс [163]). Даний принцип полягає в направленості психокорекційної роботи на цілісність особистості ветерана АТО (ООС), на єдність біологічного і соціального. С. Максименко пише «...Цілісність – атрибут, форма існування і розвитку даного утворення, притаманна йому абсолютно. Будь-яке штучне, уявне розмежування даної цілісності, яке здійснюється не за логікою, призводить до неможливості (знову-таки) уявного наповнення її здобутками в усій «операції» емпіричними фактами» [97].

3. Принцип нормативності розвитку [38; 39; 84;124] полягає у вивченні послідовності вікових стадій онтогенетичного розвитку та розуміння, чи є невідповідність віковим завданням розвитку в особи, яка бере участь у програмі психокорекції. При проведенні психокорекційної роботи необхідно врахувати такі характеристики: особливості соціального розвитку (сімейна ситуація, працевлаштованість, громадська активність та інші); рівень

психологічної зрілості; саморозвиток та самовдосконалення; вплив пережитої травми на якість життя учасника АТО/ООС.

4. Принцип діяльності [45; 84;175]. Проектування програми та моделі соціально-психологічної корекції ветеранів АТО (ООС) відбувається з урахуванням провідного виду діяльності в зрілому віці.

Відповідно до наукових положень А.Осіпової, психокорекція реалізується під час тренування умінь та навиків, як цілісна усвідомлена діяльність, природно та органічно поєднана з системою буденного життя та взаємостосунків клієнтів [123].

5. Принцип гуманістичного ставлення до особистості, що виражається в ставленні один до одного з повагою, в прийнятті людей такими, якими вони є. Принцип гуманності передбачає психологічну захищеність особистості, її впевненість у тому, що особистісно-конфіденційна інформація не стане предметом обговорення поза групою [64; 65; 163;164; 167].

6. Принцип саморозкриття та самоусвідомлення. Розкриття свого “Я” (внутрішнього світу) перед іншими членами групи є ознакою сильної, здорової особистості. Як підкреслює К. Рудестам, “можливість відкрити свою душу іншому сприяє психотерапевтичному ефекту” [157;199].

7. Принцип “тут і тепер”. Учасники групи аналізують процеси, що відбуваються в групі в даний момент. Це один із центральних принципів групової психотерапії, який сприяє вивільненню негативних переживань, розвиває психологічну чутливість, підвищує усвідомлення самого себе, розвиває більш позитивну „Я-концепцію”, допомагає здобути віру в себе, сприяє розвитку глибокої рефлексії та формує навички самоаналізу[13;32;33].

8. Принцип “зворотного зв’язку”. Тобто інформування один одного про вплив їхньої поведінки на діяльність групи допомагає більш адекватно сприймати і розуміти отриману інформацію, більш успішно контролювати неадекватну поведінку.

9. Принцип «конфіденційності», який забезпечує створення атмосфери психологічної безпеки і саморозкриття, що полягає в

нерозголошенні того, про що йдеться в групі стосовно конкретних осіб. Цей принцип особливо важливий при роботі з ветеранами АТО (ООС) [123; 241].

10. Принцип «усвідомлення», що забезпечує концентрацію уваги на процесах самопізнання, самоаналізу, рефлексії, довіри до себе, вчить брати відповідальність на себе[185; 238].

Враховуючи зазначені вище чинники (факторний аналіз), ми виділили деякі пріоритетні напрямки розвитку ветеранів АТО (ООС), що передбачали позитивну зміну, формування наступних складових:

- Формування загальної інтернальності, інтернальності у галузі досягнень, інтернальності у галузі міжособистісних стосунків.
- Комунікативних навичок.
- Здатність справлятися із негативними емоціями, зумовленими травмівною подією з метою запобігання дезадаптації.
- Формувати стійку позитивну самооцінку та впевненість у собі.
- Переосмислення особистістю власного сенсу життя та зміна життєвих пріоритетів.
- Трансформувати минулий досвід у пошуках позитивних змін, що відбувалися з ветераном у результаті зіткнення із травмуючим досвідом, тобто травма як джерело саморозвитку.
- Підвищення цінності життя, формування позитивних соціальних установок на життя.
- Зниження частоти та тяжкості наслідків, перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій.
- Моделювати нові типи поведінки.
- Можливості ставити цілі , тобто формувати спрямованість на майбутнє в сенсі вирішення задач.
- Відновлення рівня психологічної безпеки особистості.
- Відновлення довіри ветеранів до соціального оточення.
- Усвідомлення й спрямованість на управління своїми відносинами.

- Формувати прийняття самого себе й власного минулого шляхом усвідомлення власних досягнень.

Головною метою формуючого експерименту було: розвиток у ветеранів АТО (ООС) усталеної позитивної самооцінки, відповідальності за власне життя; трансформування травмуючого досвіду у пошуках позитивних змін, навичок партнерського спілкування й продуктивної діяльності, прагнень до активного пошуку й знаходження гідного місця у суспільстві. Аналізуючи зміст формувальних складових, ми класифікували їх наступним чином.

Вплив на пізнавальну сферу (когнітивний аспект, інтелектуальне усвідомлення) передбачав усвідомлення ветеранів АТО (ООС):

- які ситуації викликають напругу, тривогу, страх та інші негативні емоції, що провокують появу фіксацій і підсилення дезадаптації;
- встановлення зв'язку між негативними емоціями і появою фіксації та підсилення симптоматики;
- встановлення особливостей своєї поведінки і емоційного реагування в різних ситуаціях, їх повторення, ступінь адекватності і конструктивності;
- як поведінка сприймається іншими, як вони сприймають ті чи інші особливості поведінки та емоційного реагування, як оцінюють її та які наслідки має така поведінка;
- існуючих розбіжностей між власним образом "Я" і сприйняттям себе іншими;
- власних потреб, мотивів, цілей, відношень, установок, а також ступеня їх адекватності, реалістичності, конструктивності.

У процесі психокорекції емоційно-чуттєвої сфери ветерани АТО (ООС) з обмеженими можливостями повинні були:

- отримати емоційну підтримку з боку групи та тренера;
- переживати позитивні емоції, що пов'язані з прийняттям, підтримкою і взаємодопомогою;
- пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій;
- навчитися щирості в почуттях до себе та до інших людей;

- стати більш вільними у вираженні власних позитивних і негативних емоцій;

- розкрити свої проблеми з відповідними переживаннями;
- провести емоційну корекцію своїх відношень;
- опанувати методи саморегуляції та керування стресом (релаксація).

У цілому, психокорекція емоційної сфери охоплювала чотири аспекти:

- 1) диференціацію і вербалізацію своїх емоцій, а також прийняття їх;
- 2) переживання заново і усвідомлення минулого емоційного досвіду;
- 3) переживання і усвідомлення досвіду психокорекційного процесу і власного;

- 4) формування більш емоційного сприймання відношень до себе.

Процес корекції у поведінковій сфері повинен був допомогти ветерану :

- побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи (очікування допомоги, стратегії уникання неуспіху тощо);
- набути досвіду більш щирого, глибокого і вільного спілкування (звернення уваги на мотиви допомоги у спілкуванні);
- подолати неадекватні форми поведінки в процесі корекції, в тому числі ті, що пов'язані з відреагуванням внутрішньої напруги. Передбачалося, що це дасть можливість намітити шляхи для самореалізації ветерана;
- розвинути форми поведінки, що пов'язані із співпрацею, відповідальністю, самостійністю;
- закріпити нові форми поведінки, які сприятимуть їхній адекватній адаптації і функціонуванню в реальному житті;
- виробити і закріпити адекватні форми поведінки і реагування на основі успіхів у пізнавальній і емоційній сферах;

Загалом всі завдання формуючого експерименту були спрямовані на:

- 1) формування у ветеранів ефективної саморегуляції на основі адекватного самоусвідомлення і емоційного позитивного відношення до себе;
- 2) виявлення і розвиток творчого потенціалу особистості ветерана;
- 3) опанування ним основ психологічної культури.

Психокорекція фокусувалася на формуванні адекватної самосвідомості і розширенні її сфери [11; 25; 40; 70; 71].

Психокорекційна програма була спрямована на зменшення визначених в емпіричному дослідженні чинників соціально-психологічної дезадаптованості.

У дослідженні, що проводилося впродовж 2018 – 2019 р.р., взяло участь понад 150 ветеранів АТО (ООС). Всі піддослідні були учасниками констатуючого експерименту. У формулюючому експерименті, у роботі тренінгових психокорекційних груп переважно брали участь ветерани АТО/ООС, які мали високий рівень дезадаптованості. У програмі формулюючого експерименту в експериментальній групі брали участь і дружини ветеранів АТО/ООС, які складали зі ветеранами інтегровану експериментальну групу.

Спроектована модель соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) складається з таких основних компонентів (Рисунок 3.1.):

Етапи реалізації психокорекційної програми. Етапи реалізації психокорекційної програми були розроблені відповідно до мети, завдань та психокорекційних принципів:

Перший етап – організаційний, проводився з грудня 2017р. по травень 2018 р. на базі Додаток Ж.): Управління у справах ветеранів війни Департаменту соціальної та молодіжної політики Вінницької обласної державної адміністрації; ГО «Українське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО»; ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО»; ГО «Вінницьке обласне товариство психологів та психотерапевтів». Було проведено психодіагностичне дослідження і визначено чинники дезадаптованості ветеранів АТО (ООС). Крім того, була сформована експериментальна група для формульовального експерименту.

Другий етап – соціально-психологічний супровід ветеранів АТО (ООС) та членів їх сімей. За результатами емпіричного дослідження встановлено, що на дезадаптованість ветеранів впливає сімейна взаємодія, а за результатами теоретичного аналізу встановлено, що участь ветеранів у військових діях

впливає на всю сім'ю і потребує проведення заходів соціально-психологічного супроводу.

Третій етап - інформаційно-просвітницький. Ветерани АТО (ООС) з експериментальної групи та їх сім'ї брали участь у просвітницьких заходах з червня 2018 року по травень 2019 року. Була започаткована програма соціально-психологічного супроводу.

Четвертий етап – індивідуальна психокорекція. За результатами експериментального дослідження учасники АТО (ООС), яким було рекомендовано індивідуальне консультування, відвідували фахівців - психологів впродовж 2018-2019 років. Важливо зазначити, що ті учасники програми, які не мали змоги очно зустрічатися з фахівцем, проходили консультування із застосуванням інтернет-засобів.

П'ятий етап – групова психокорекція. За результатами експериментального дослідження було сформовано психокорекційну групу, яка проводилася у період з 2019 по 2020 роки.

Шостий етап - оцінка ефективності системи психокорекції. Проходив з жовтня 2020 року по лютий 2021 року. Для перевірки ефективності психокорекційної програми було проведено повторне експериментальне дослідження та визначено статистично значущі відмінності у показниках соціально-психологічної адаптації учасників АТО (ООС).

Засоби соціально-психологічної корекції дезадаптованості учасників АТО/ООС. До засобів психокорекції увійшли такі функціональні блоки [11; 85; 140; 158; 159; 163; 175; 181; 188; 200; 213; 215]:

1. Блок соціально-психологічного супроводу [29]. В останні роки в Україні проводяться програми **соціально-психологічного супроводу** та навчально-психологічні семінари, де пропонується вітчизняний та зарубіжний досвід психологічної допомоги учасникам бойових дій, важливим компонентом зазначених заходів є ознайомлення з особливостями переживання травматичних подій та їх наслідків для психологічного та психічного здоров'я людини [68; 108; 218].

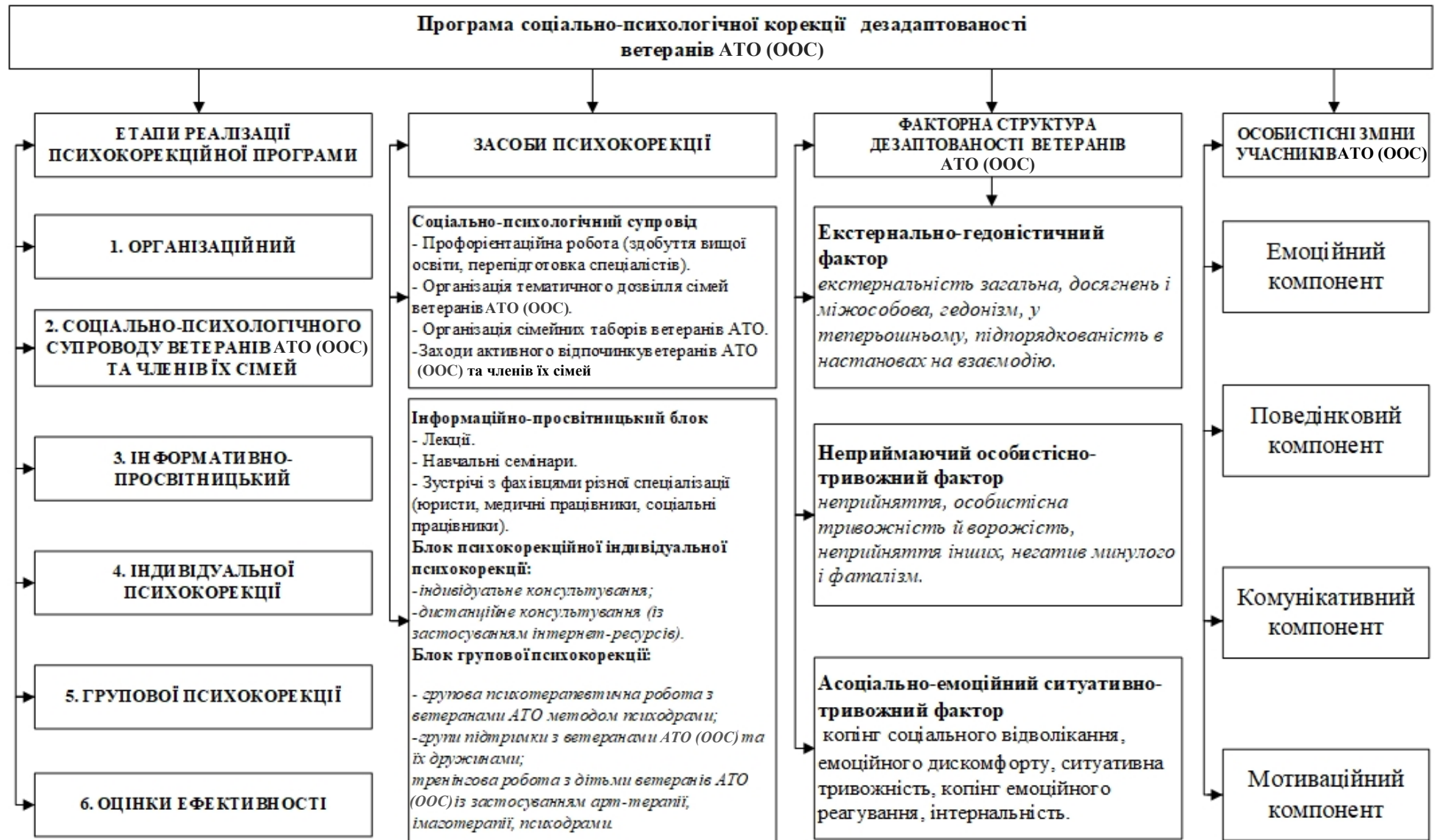


Рисунок 3.1. Модель практичної реалізації програми соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО

Крім того, проводилися інтегровані тренінгові групи разом з дружинами з проблем сімейних конфліктів та взаємовідношень між подружжям. Психологічний супровід: включає методи, які збільшують соціальну підтримку і соціальну інтеграцію [1; 5; 6; 12].

Сімейна та групова психотерапія, розвиток мережі самодопомоги, формування та підтримка громадських організацій необхідні для соціальної реабілітації. Під час такої роботи використовувалися активні методи для просвіти та психокорекції. Розглядалися теми: «Сімейні цикли сім'ї», «Нормативні кризи сім'ї», «Сімейні конфлікти, динаміка конфлікту. Профілактика конфлікту» [121; 145; 151].

На базах закладів реабілітації ветеранів АТО (ООС), медичних закладів проводилися лекції та інформаційні повідомлення спрямовані на психологічну просвіту учасників АТО (ООС), щодо психологічних наслідків участі в бойових діях. Під час просвітницької діяльності учасники АТО (ООС) отримували інформацію щодо надання психологічної допомоги та місць, де зазначену допомогу можна отримати.

2. Інформаційно-просвітницький блок. Психологічна просвіта – це долучення учасників АТО (ООС) та їх сімей до психологічних знань, що надасть можливість зрозуміти особливості власних переживань, природу їх походження на способи впливу на них.

Процес психологічної просвіти здійснюється під час ознайомлення з психологічною літературою, відвідуванням семінарів та лекцій, а також програм соціально-психологічного супроводу.

Орієнтовний перелік тем лекцій та семінарів для учасників АТО (ООС):

1. Що таке стресовий розлад? Види стресу.
2. Нейробіологія психічної травми.
3. Вплив стресу на здоров'я.
4. Поведінка особистості в стресовій ситуації.
5. Соціальна адаптація ветеранів АТО (ООС).
6. Кризовий супровід при переживанні гострої травми.

7. Діти в ситуації збройних конфліктів та катастроф.

3. Блок індивідуальної психокорекції [53; 56; 79; 85; 86; 173; 206; 202].

Основне завдання індивідуальної психокорекції - здійснити цілеспрямований вплив на особистість ветерана АТО (ООС). Також, до індивідуальної роботи залучаються шлюбні партнери (дружини (чоловіки)) ветеранів. Під час проведення індивідуальної психокорекції психолог працює з одним клієнтом без присутності сторонніх. Перевагами індивідуальної психокорекції є те, що забезпечується конфіденційність, краще розкриваються особливості клієнта, швидше знімаються психологічні бар'єри, що виникають при відвертій розповіді людини при сторонніх. Проте, зазначений вид психокорекції недостатньо ефективний для опрацювання міжособистісної взаємодії.

Індивідуально-психологічна корекція – це обґрунтований вплив психолога на дискретні характеристики внутрішнього світу людини.

Психологічне консультування. Основне завдання психологічного консультування учасників АТО (ООС) – розв'язати проблеми, що виникають у їхньому повсякденному житті. Переважно розглядаються проблеми сьогодення з прогнозуванням майбутнього. У запропонованій автором психокорекційній програмі виокремлені такі види психологічної роботи:

- індивідуальне консультування;
- дистанційне консультування із застосуванням інтернет - ресурсів (Skype-консультування, консультування із застосуванням програм Zoom та Meet) [46; 326].

4. Блок групової психокорекції. Специфіка групової корекції полягає в тому, що в ній цілеспрямовано застосовується групова динаміка, тобто сукупність взаємостосунків та взаємодій, що виникають між учасниками групи, включно з психологом, у психокорекційних цілях [13; 30; 31; 39; 41; 60; 63; 109; 110; 227].

Психокорекційна група – це спеціально створена мала група, що об'єднана метою міжособистісного дослідження, особистісного навчіння та

саморозкриття. Група виникає, як модель реального життя, де клієнт проявляє власні особливості та стратегії поведінки.

У світовому практичному досвіді позитивно себе зарекомендувало проведення ветеранських груп. Саме у групі побратимів учасники бойових дій можуть відкрито та відверто висловлюватися та ділитися досвідом, отримувати необхідну підтримку.

Фахівець, який здійснює психокорекційну діяльність, повинен мати не лише освіту, що дозволила б йому здійснювати психокорекційну діяльність, але й певний перелік професійно значущих навиків та особистісних особливостей [85; 86; 98; 112;125].

Вимоги до особистості консультанта, який працює з ветеранами АТО (ООС) та їх сім'ями. Р. Кочюнас у своїх наукових працях, за результатами аналізу діяльності провідних спеціалістів з групового та індивідуального консультування та психотерапії, виокремив вимоги до особистості консультанта, серед них: інтерес до людей та терплячість у спілкуванні з ними; чуттєвість до переконань та поведінки інших людей, емоційна стабільність та ефективність, довіра до людей, здатність викликати довіру в оточуючих, повага до прав оточуючих, повага до цінностей іншої особистості, відсутність упередження, саморозуміння, усвідомлення професійного обов'язку [85: 143].

Крім того, зарубіжні спеціалісти (D.Fosha, P.Levine, P.Ogden, K. Minton, C.Pain) рекомендують для ефективнішої роботи з травмою та попередження вигорання, щоб консультант або опікун займався зміцненням навичок саморегуляції та поглибленням знань із диференціації таких почуттів, як: емоційне зараження, емпатія та співчуття, емоційна регуляція, фізіологічна регуляція, емоційно налаштоване міжособистісне спілкування з оточуючими людьми (часто це стосується безпосереднього контакту), гнучкість у відповіді - здатність переносити увагу з переднього плану на задній, приймати нову інформацію та бути толерантним до невисказаного [237;239;240].

Для ефективної діяльності консультанту потрібно формувати внутрішню самосвідомість - відмічати відчуття, збудження, образи, почуття та думки

(мета-обробка, усвідомленість, менталізація); злагодженість автобіографічної розповіді; моральність, імпульсний контроль та просоціальна поведінка; створювати «безпечну прихильність» у дітей, їхню здатність до зв'язку; стійкість; шляхи до нейронної інтеграції [234; 235; 237].

Безпечна прихильність створює надійну базу і робить можливими здорові стосунки. Група, поінформована про травму, в процесі роботи зміцнює почуття приналежності, безпеки та підвищує саморегуляцію. Безпечна прихильність, у свою чергу, підтримує саморегуляцію.

Розумне усвідомлення визначається некритукою увагою до відчуттів, образів, думок і почуттів у даний момент. Розумне усвідомлення підвищує контроль уваги, емоційну регуляцію та самосвідомість - ключові особливості саморегуляції. Сенсорна стабілізація дає усвідомлення афекту, збудження та відчуття в даний момент [237; 238; 241].

Навчання співчуттю зміцнює нейронну пластичність, позитивний афект, саморегуляцію, просоціальну поведінку та оптимальні копінг- стратегії в роботі з власними стражданнями та стражданнями інших. Навчання співчуттю забезпечує потужну стратегію подолання страждань, підвищує емпатичну точність, підвищує здатність читати міміку, що є ключовим фактором соціальної спорідненості, зменшує емоційне напруження, підвищує позитивний вплив і настрій, підвищує фізичну стійкість у відповідь на стрес, посилює почуття тепла та турботу оточуючих, посилює самочуття [237; 238; 241].

Характеристика самоспівчуття (Daniel Siegel) [246].

- ставлення з добротою до себе та розуміння себе, на відміну від осудження себе;
- сприймання власного досвіду як частини більшого людського стану;
- вміння терпіти і пам'ятати про болісний досвід без перетрактування і уникання.

Дослідники відмічають, що самоспівчуття впливає на особистість психолога наступним чином:

- Зростання самоспівчуття протягом одного місяця зменшує вираженість симптомів і зменшує депресію, тривожність, обдумування, придушення думок та потребу в униканні.
- Люди з високим рівнем самоспівчуття використовують менше стратегій уникання після впливу травми, що сприяє природному її протіканню.

Отже, потрібно створювати: безпечну прихильність (безпечна прихильність допомагає створити захищеність), спокійну привітну міжособистісну обстановку, чіткі угоди з конфіденційністю та часовими межами, віру у процес змін, прийняття відмінностей, емоційного вираження та спонтанності.

Безпечна прихильність створює надійну базу і робить можливими здорові стосунки. Група поінформована про травму, в процесі роботи зміцнює почуття приналежності, безпеки та підвищує саморегуляцію. Безпечна прихильність, у свою чергу, підтримує саморегуляцію.

S.Karger, A.Basel рекомендують психологам, які працюють з ветеранами АТО (ООС), використовувати навички саморегуляції для зняття напруги: розумне усвідомлення, некритичне спостереження за поточним досвідом, увага до відчуттів, образів, почуттів та думок під час їх виникнення, нереактивність, невключення в осудження, помічання моменту тут і тепер, усвідомлення та прийняття власного досвіду, здатність усвідомлювати, що розум може блукати і повертатися знову і знову в теперішній момент [248].

Нейрологічні дослідження відзначають, що усвідомленість, співчуття і медитація зміцнюють нейронну інтеграцію та змінюють структуру та функції мозку вимірюваними способами, підвищуючи саморегуляцію та самопочуття.

Daniel Siegel пише: «...Розумне усвідомлення використовує ті самі нейронні механізми, що і безпечна прихильність»:

- зниження реактивності до внутрішнього досвіду;
- підвищена увага та диференціація відчуттів, образів почуттів, думок;
- усвідомлені дії переважають несвідомі пориви та автоматичні звички;
- підвищена здатність ділитися досвідом за допомогою мови;

- здатність переживати простір між власною та травматичною пам'яттю або станом збудження [238].

Аналіз нейробіології свідчить, що існують три виконавчі системи [239;240]. Виконавча система - це нейронна мережа, яка спрямовує нашу увагу, думки та дії в будь-який конкретний момент. Є три спільні виконавчі системи, які чергуються.

Мигдалевидне тіло. Коли ми відчуваємо негайну загрозу або високий рівень стресу, мозок переходить до цієї мережі.

Лобні долі кори головного мозку. Без тригерів загрози наша діяльність організована лобними долями кори, що дозволяє пізнавати тут і зараз, на відміну від реактивної відповіді.

«Режим за замовчуванням». Активний, коли ми підключені та налаштовані на інших, мозок знаходиться у спокої, відкрите усвідомлення [239;241].

Сенсорна стабілізація - це здатність зберігати свідомість, присутність і заземленість у тілі.

Соматичне усвідомлення афекту, збудження та відчуття в даний момент є центральним у саморегуляції.

Практики приносять розумне усвідомлення стану організму та підтримують розвиток нейронної інтеграції.

- Заземлення - соматичні якорі.
- Уособлене розумне усвідомлення.

Практика заземлення: забезпечує стійке фізичне та психологічне почуття підтримки; посилює усвідомлення соматичного досвіду в даний момент; допомагає нам усвідомити відчуття; дозволяє нам дізнатися про наші сигнали досвіду [239;240].

Практика втілення уособленого розумного усвідомлення наголошує на ритмічному фізичному русі та «розумовому розтягненні», посилюючи сенсорну інтеграцію [239; 240].

Важливою умовою ефективної психокорекції є постійне супервізування кейсів практичної роботи. Супервізія – це ефективна форма підвищення кваліфікації психолога. Існують такі її види: індивідуальна, групова супервізії, а також інтервізія – вид групової супервізії, де суб'єктом аналізу виступають самі учасники групи – щось на зразок «груп рівних».

Під час супервізійних занять робиться наголос не лише на методичному боці практичного випадку, не лише на професійних навичках консультанта, а й на його особистісних ускладненнях, на особливостях взаємостосунків між психологом та клієнтом.

Психологічна, психотерапевтична робота під спостереженням супервізора дозволяє привернути увагу до ригідних способів вирішення цілого ряду проблем спеціалістів, спрогнозувати тактику поведінки в деяких унікальних ситуаціях психокорекційного та психотерапевтичного процесу [220].

Діана Фоша писала, що збудження, думки, емоції та дії одного індивіда можуть чинити ефект на внутрішню (інтернальну) регуляцію іншого [240].

Через дзеркальну нейронну систему та імпліцитну невербальну комунікацію двох правих півкуль головного мозку ми маємо можливість/здатність регулювати або бути регульованим один одним.

Реляційне (соціальне) налаштування (співналаштування) виражається та переживається невербально через сигнали, що поєднують мікроекспресію м'язів обличчя з вагусною (той, що стосується блукаючого нерва) регуляцією серця.

Обробка цих стимулів через дзеркальну взаємодію двох правих півкуль головного мозку дає нам можливість декодувати один одного до рівня наскрізного пізнання: жести, поза, зоровий контакт, тон та звук (сила) голосу, мікроекспресії обличчя (міміка) , ритм та об'єм мовлення, рухи тіла, просодія (наголоси).

Заняття проводяться один раз на тиждень по 2 – 3 години. Тренінг проводився в спеціально обладнаному приміщенні.

Дана програма передбачала ряд послідовних етапів:

Початкова стадія. Початкову стадію (2-3 години) можна позначити, як етап знайомства, встановлення правил та ознайомлення з формами роботи, створення атмосфери довіри, зниження емоційної напруги між учасниками.

Наступна стадія (25 годин) визначається, як актуалізація проблем (цінності життя, право на життя, усвідомлення свого місця в сферах життєдіяльності); відпрацювання травмуючих ситуацій у минулому (навішування ярликів); пошуки ресурсів для розвитку, підняття самооцінки.

Робота з подолання дезадаптованості (25 осіб) – експериментальна група (ЕГ). Під час роботи тренінгу була створена контрольна група (25 осіб) (КГ).

3.2. Комплексна програма соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції

За результатами теоретичного аналізу проблеми подолання дезадаптованості ветеранів АТО (ООС), результатами констатувального етапу дослідження ми створили *«Комплексну програму соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС)»*, яка включає соціально-психологічну корекцію особистісного потенціалу, розвитку стресостійкості у ветеранів, стратегій успішного подолання стресових ситуацій.

Відповідно до розробленої програми, була проведена практична робота з розвитку поведінкового компонента (відпрацювання адекватних стилів поведінки в конфліктних ситуаціях), емоційного компонента (невротизація, адаптивність, самовладання, відпрацювання травмуючих ситуацій), комунікативного компонента (відпрацювання навиків ефективного спілкування), компонентів, які є провідними для подолання дезадаптованості.

Зміст програми спрямований на створення психолого-педагогічних умов для подолання дезадаптованості у ветеранів АТО (ООС) і на вирішення в процесі такого розвитку конкретних проблем, які виникають в емоційній, поведінковій, пізнавальній, комунікативній та мотиваційних сферах ветеранів АТО (ООС). Вибір заходів із розвитку визначено за результатами констатувального експерименту.

Дана програма включала індивідуальні та основні методи групової психокорекції ветеранів АТО (ООС) : психодраму, травмотерапію та арттерапію [159;161; 240;241].

Подолання дезадаптованості у ветеранів АТО (ООС) може здійснюватися як у груповій, так і в індивідуальній формах. Вибір конкретної форми залежить від характеру проблеми та побажань ветеранів АТО (ООС).

Індивідуальна робота фокусувалася на розв'язанні головного конфлікту: великій тривозі і недовірі до оточення, як результаті великої тривоги. Результатами індивідуальної роботи були: поглиблена рефлексія; зменшення

страху при обговоренні забороненої теми (зокрема травмуючих ситуацій на війні, інвалідності, інтимних тем, взаємовідносин в сім'ї та на роботі); припинення уникання буденних ситуацій, які були травмуючими; покращення розуміння причинних зв'язків конкретних соціальних конфліктних ситуацій; покращення спілкування. Спостерігалися певні мікрорезультати - це позитивна самохарактеристика, певна ситуаційна компетентність.

Програма групової роботи була спрямована на розвиток особистості, формування в неї ефективних комунікативних умінь у процесі спілкування та стійкої мотивації до саморозвитку, до оволодіння досвідом особистісних змін [141].

Групова робота та соціальна підтримка кращі, ніж медицина, вони є нейронними вправами, які змінюють та допомагають регулювати вегетативну нервову систему [250].

Цілі психокорекції:

1. Переосмислення парадигми травми, розгляд ключових концептів та досліджень у нейробіології травми для кращого розуміння проблематики, лікування та попередження травматичного стресу, у цілях інформування опікунів чи вихователів поранених громадян, яких вони обслуговують.

2. Ідентифікація та практичне застосування основних компонентів саморегуляції.

3. Актуалізація активного залучення, інтересу та відкритості у дослідженнях особистісної чуттєвості та афективних переживань у групі.

4. Розгляд/розмежування відмінностей між емоційним зараженням, емпатією та співчуттям.

5. Культивування кращої культурної смиренності/делікатності до ефективної інформаційної інтервенції з питань травми у середовищі різних громад.

Формувальний експеримент відповідно до визначеної нами мети та врахування викладених принципів, умов реалізовано упродовж трьох етапів: підготовчого (3 заняття), основного (21 заняття) та підсумкового (3 заняття).

Підготовчий етап. Підготовчий етап включає ознайомлення ветеранів з основними принципами і прийомами тренінгу, формування позитивного ставлення до занять.

На даному етапі дуже важливо створити безпечне середовище. Для цього кращі практики групової та індивідуальної психокорекції рекомендують [248; 249;250;251]:

- Почніть зі спокою.
- Встановіть груповий договір.
- Сформууйте та керуйтеся чіткими часовими межами.
- Розвивайте функціональну підгрупу.
- Пропонуйте психоосвіту з приводу травми.
- Слідкуйте, а не ведіть.
- Знайте власні вразливості.
- Розвивайте стійкість та посттравматичний ріст.

Отже, не намагайтеся врятувати світ або зробити що-небудь грандіозне. Натомість створіть галявину в густому лісі свого життя і чекайте там терпляче, поки пісня, яка є вашим життям, не потрапить у ваші складені руки, і ви впізнаєте і вітатимете її. Тільки тоді ви дізнаєтеся, як дати собі цей світ, такий гідний порятунку [251].

На даному етапі ми готуємо ветеранів до основної роботи. У програмі було використано міні-лекції, бесіди, дискусії, психогімнастичні вправи, моделювання, психотерапевтичні прийоми (відпрацювання травмуючого досвіду), елементи арт-терапії, психомалювання тощо. Змістовно заняття були спрямовані як на дезадаптованість у ветеранів АТО (ООС), так і комплексно на всі складові дезадаптованості ветеранів АТО (ООС).

Підготовчий етап був присвячений підготовці ветеранів до основної роботи. Міні-лекції «Що таке стресовий розлад? Види стресу», «Нейробіологія психічної травми», «П'ять стадій переживання втрати», «Поведінка особистості в стресовій ситуації». Ці лекції впливають на розвиток пізнавальної

сфери та знижують ефект унікальності, оскільки такі стани переживають всі, хто знаходиться в стресовій ситуації.

Були використані психогімнастичні та розігрівальні вправи, які забезпечували активізацію та активність учасників, крім того, використовувалися техніки зворотного зв'язку та техніки релаксації. Ці техніки знижують напругу та дають ресурси.

Основний етап. Він включає в себе роботу з горем, страхами, психосоматикою, травмуючими спогадами і спрямований на «переробку» травми.

Основний етап включає відпрацювання травмуючого воєнного досвіду, формування у ветеранів АТО (ООС) впевненості в успішному виконанні професійної діяльності, формування позитивного мислення, формування вміння знаходити шляхи вирішення в конфліктних ситуаціях; очікування та конструювання бажаного результату (інтелектуальний компонент); розвиток у ветеранів прагнення до самовдосконалення, цілісності, цілеспрямованості у професійній діяльності (емоційний компонент).

Відповідно до розробленої програми, була проведена практична робота з розвитку поведінкового компонента (відпрацювання адекватних стилів поведінки в конфліктних ситуаціях), емоційного компонента (невротизація, адаптивність, самовладання, відпрацювання травмуючих ситуацій), комунікативного компонента (відпрацювання навиків ефективного спілкування), мотиваційного компонента.

Кожне заняття *основного етапу* складалося з трьох частин: підготовчої (10 хвилин), робочої (70 хвилин) та підсумкової (10 хвилин).

Вправи, спрямовані на формування саморегуляції, позитивних думок, вміння брати на себе відповідальність за своє життя, усвідомлення власних способів поведінки в кризових ситуаціях, емоційної стійкості, психотерапія травмуючого досвіду (кризове втручання).

Крім того, потрібно враховувати, що кризове втручання передбачає:

- Спокій створює спокій.

- Ми починаємо з себе.
- Ми створюємо відчуття безпеки.
- Ми точно повідомляємо, що сталося, уникаючи графічних деталей.
- Ми представляємо ідею роботи з нашими рівнями збудження в умовах стресу.
- Ми впроваджуємо навички саморегуляції як метод посилення внутрішньої обізнаності та саморегуляції.
- Ми запитуємо про фізичні відчуття.
- Ми нормалізуємо реакції (сльози, тремтіння, емоційні відповіді).
- Ми обережно скасовуємо розмову про деталі подій.
- Ми підкреслюємо спільні емоції, утворюючи функціональні підгрупи.
- Ми перерегульовуємо діяльність за потребою.
- Ми заохочуємо членів групи практикувати навички заспокоєння як внутрішній ресурс.

Ми продовжуємо переорієнтовувати увагу на теперішні, найближчі та наступні кроки.

Саморефлексія зміцнює здатність до саморегуляції, що забезпечує процес оздоровлення. Травма, що зцілює, вимагає, щоб ми могли інтегрувати досвід, розвивати нові навички та нові розуміння. Тоді ми можемо рухатися вперед у своєму житті з новою здатністю до оптимізму, налагодження відносин та спокійної взаємодії перед викликом [15; 249].

Підсумкова частина занять була присвячена аналізу та узагальненню знань, переживань як єдності двох її компонентів та ефективності проведеної роботи. На цьому етапі обговорювалися досягнення ветеранів АТО (ООС) на основі отриманих ними знань і вмінь (за допомогою прийому «Висловлювання по колу»), а також пояснення домашнього завдання, мета якого – закріплення набутих знань та підготовка до наступних занять. При виборі завдань враховувалися їх доступність, осмисленість, індивідуальні особливості учасників. Програма соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) представлена в додатку Є.

3.3. Оцінка ефективності програми соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції

Апробація запропонованих психологічних заходів, спрямованих на подолання дезадаптованості ветеранів АТО (ООС), зумовила зміни в їх структурних компонентах.

Мета завершального етапу роботи полягала в проведенні порівняльного аналізу кількісних і якісних показників дезадаптованості у ветеранів АТО (ООС) (експериментальна група (ЕК) 25 ветеранів) після їх участі у програмі соціально-психологічної корекції. Для визначення достовірності зазначених змін у дослідженні взяли участь ветерани АТО (ООС), які не брали участі у програмі соціально-психологічної корекції, – контрольна група (КГ) досліджуваних (25 ветеранів).

Відповідно до поставленої мети визначено такі завдання цього етапу експериментального дослідження:

- 1) здійснити порівняльний аналіз критеріїв, показників діагностування подолання чинників дезадаптованості в експериментальній групі (до та після формувального експерименту);
- 2) визначити особливості динаміки виявів подолання чинників дезадаптованості у ветеранів АТО (ООС) (до та після формувального експерименту);
- 3) порівняти динаміку подолання чинників дезадаптованості в КГ та ЕГ після цілеспрямованого експериментального впливу.

За результатами апробації авторської програми було проведено контрольний експеримент за тими ж методиками, що й на констатувальному етапі дослідження. Кількісні показники структурних компонентів дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) до і після апробації авторської програми представлено в таблицях (Таблиці 3.1.; 3.2.; 3.3.; 3.4; 3.5.).

Результати завершального етапу експериментального дослідження оброблялися за допомогою t-критерія Стюдента.

Дослідження особистісних змін за показниками адаптації та дезадаптації (методика діагностики соціально-психологічної адаптації К.Роджерса і Р.Даймонда) показало, що статистично значущі відмінності наявні за показниками (Таблиця 3.1.):

дезадаптованість ($t = 2,2$; $p \leq 0,05$), неприйняття себе ($t = 2,2$; $p \leq 0,05$), прийняття інших ($t = 3,1$; $p \leq 0,01$), неприйняття інших ($t = 3,2$; $p \leq 0,01$), емоційний комфорт ($t = 2,2$; $p \leq 0,10$), емоційний дискомфорт ($t = 2,4$; $p \leq 0,05$), внутрішній дискомфорт ($t = 2,8$; $p \leq 0,01$) та ескапізм ($t = 3,1$; $p \leq 0,01$). Статистично значущих змін у ветеранів контрольної групи не виявлено.

Після участі ветеранів АТО (ООС) у програмі психолого-соціальної корекції вони стали більш адаптованими, врівноваженими, стресостійкими, здатними приймати самостійні рішення та брати на себе відповідальність за власні вчинки. Ветерани стали об'єктивніше сприймати себе та власні можливості, спрямовані на успішне подолання посттравматичних стресових розладів.

Було досліджено динаміку змін показників емоційного компонента дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) експериментальної та контрольної груп (Таблиця 3.2.) за показниками методик: методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, методики «Шкала самооцінки» (Ч. Спілберга, Ю. Ханіна), опитувальника рівня агресивності А. Басса, М.Пері; методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікація Т. Балашової).

Як свідчать дані (Додаток Е), у ветеранів АТО (ООС) експериментальної групи статистично значимо знизилися рівні таких показників емоційного компонента дезадаптованості, як: посттравматичного стресового розладу ($t = 2,9$; $p \leq 0,05$); агресивності ($t = 3$; $p \leq 0,01$), підозрілості ($t = 3,5$ де $p \leq 0,01$), фізичної агресії ($t = 3,9$ де $p \leq 0,001$), а також з'явилася тенденція до зменшення рівня гніву ($t = 3,63$; $p \leq 0,01$), а також до зменшення рівня ворожості ($t = 3,9$; $p \leq 0,001$), а також знизився рівень депресивних станів ($t = 3,3$; $p \leq 0,01$). У

ветеранів АТО (ООС) понизилися показники невротичних станів, фізичної агресії, гніву та ворожості.

Таблиця 3.1.

**Динаміка показників соціально-психологічної адаптації
ветеранів АТО (ООС) експериментальної та контрольної груп до
та після експерименту**

Групи ветеранів АТО (ООС) на різних етапах експерименту	Показники, що отримані за методиками:							
	«Соціально – психологічна адаптація» (К. Роджерс і Р. Даймонд)							
	Неприйняття себе	Прийняття інших	Неприйняття інших	Емоційний дискомфорт	Внутрішній контроль	Зовнішній контроль	Підлеглість	Ескапізм
ЕГ до експерименту	14,64	23,24	18,52	17,44	58,44	18,04	16,72	14,92
ЕГ після експерименту	6,88	27,08	10,12	8,64	54,84	9,24	13,68	10,12
КГ до експерименту	10,76	25,16	14,32	13,04	56,64	13,64	15,2	12,52
КГ після експерименту	10,5	25	14,2	13	56,3	13,3	14,9	12,2

Крім того, знизився рівень реактивної ($t = 3,3$; $p \leq 0,01$) та особистісної тривожності ($t = 3,2$ де $p \leq 0,01$), та емоційного дискомфорту ($t = 2,4$; $p \leq 0,10$).

Таблиця 3.2.

**Динаміка змін показників емоційного компонента у
ветеранів АТО (ООС) експериментальної та контрольної груп до і після
формульовального експерименту**

Групи ветеранів АТО (ООС) на різних етапах експерименту	Показники, що отримані за методиками:						
	Mississippi Scale	Опитувальник рівня агресивності» (А. Басса , М. Пері)			Депресивні стани	Тривожність за методикою Ч.Спілбергера, Ю.Ханініна	
	ПТСР	фізична агресія	гнів	ворожість	депресія	РТ	ОТ
ЕГ до експерименту	91,4	27,2	22,48	21,8	40,84	30,24	42,56
ЕГ після експерименту	77,8	20,56	16,96	15,68	30,2	21,44	34,16
КГ до експерименту	74,6	23,88	19,72	18,74	35,52	25,84	38,36
КГ після експерименту	74	23,4	19,2	18,2	34	25	38,36

Статистично значущих змін у ветеранів контрольної групи не виявлено.

За результатами дослідження виявленні статистично значущі зміни за складовими емоційного компонента, і відповідно запропоновані засоби психокорекційного впливу ефективно на нього впливають.

За результатами дослідження поведінкового компонента (Таблиця 3.3.) дезадаптованості (дослідження за опитувальником «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (С. Норман в адаптації Т. Крюкової), тестом поведінки К.Томаса (адаптація Н.Грішиної)) виявлено кількісні відмінності за його показниками до і після участі ветеранів АТО/ООС у психокорекційній

програмі, проте статистично значущі відмінності виявлено лише за шкалою копінг-поведінки орієнтації на емоції ($t = 3,6$; $p \leq 0,01$).

Таблиця 3.3

Динаміка розвитку показників поведінкового компонента в учасників експериментальної та контрольної груп до і після формувального експерименту

Групи ветеранів АТО (ООС) на різних етапах експерименту	Схильність особистості до конфліктної поведінки за методикою К. Томаса					Копінг – поведінки в складних стресових ситуаціях			
	1	2	3	4	5	Соціальне відволікання	Соціальне відволікання	Соціальне відволікання	Орієнтація на емоцію
ЕГ до експерименту	5,04	5,56	7,52	6,36	5,56	11,44	11,44	11,44	26
ЕГ після експерименту	5,08	5,76	7,84	5,84	5,48	12,6	12,6	12,6	15,12
КГ до експерименту	5,06	5,66	7,68	6,1	5,52	12,02	12,02	12,02	20,56
КГ після експерименту	5,02	5,5	7,61	5,9	5,5	12	12	12	19,8

За дослідженням мотиваційного компонента (опитувальник вивчення мотивації успіху Т. Елерса; методика УСК) (Таблиця 3.4.) встановлено, що кількісні зміни наявні за всіма показниками в експериментальній групі, проте статистично значуща лише за показником мотивації ($t = 3,26$; $p \leq 0,01$).

За результатами дослідження комунікативного компонента (опитувальник «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (С. Норман в адаптації Т. Крюкової); тест поведінки К.Томаса (адаптація Н.Грішиної) (Таблиця 3.5.) встановлено, що

існують кількості зміни за показниками зазначеного компонента, а статистично значущі за шкалами агресивності ($t = 3$; $p \leq 0,01$).

Таблиця 3.4

Динаміка розвитку показників мотиваційного компонента в учасників експериментальної та контрольної груп до і після формувального експерименту

Групи ветеранів АТО (ООС) на різних етапах експерименту	Рівень суб'єктивного контролю					
	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Із
ЕГ до експерименту	7,92	7,28	7,56	5,32	2,68	2,32
ЕГ після експерименту	8,6	7,72	6,32	5,12	3,24	2,84
КГ до експерименту	8,26	7,54	6,94	5,22	2,96	2,58
КГ після експерименту	8,17	7,5	6,6	5,22	2,9	2,5

За результатами дослідження особливостей часових перспектив (опитувальник часової перспективи особистості Ф.Зімбардо) (Таблиця 3.5.) визначено кількісні зміни за шкалами опитувальника, проте статистично значущі зміни лише за показниками шкал гедоністичне теперішнє ($t = 3,3$; $p \leq 0,01$) та негативне минуле ($t = 1,93$; $p \leq 0,10$).

Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що всі прийоми та засоби психокорекційного впливу виявилися адекватними меті та основним завданням дисертаційного дослідження, що й забезпечило їх успішну реалізацію.

Таблиця 3.5

**Динаміка показників складових комунікативного компонента
та особливостей часових перспектив ветеранів АТО (ООС)
експериментальної та контрольної груп до та після експерименту**

Групи ветеранів АТО (ООС) на різних етапах експерименту	Показники, що отримані за методиками:					
	Методика Т. Лірі		Опитувальник часової перспективи» Ф.Зімбардо (ZPTI)			
	Агресивний	Підпорядкованість	Негативне минуле	Гедоністичне теперішнє	Позитивне минуле	Фаталістичне теперішнє
ЕГ до експерименту	8,16	6	3,236	3,016	3,296	2,736
ЕГ після експерименту	6,52	4,36	2,668	2,608	3,64	2,416
КГ до експерименту	7,34	5,18	2,952	2,812	3,471	2,576
КГ після експерименту	7,1	4,9	2,8	2,76	3,39	2,2

Про це свідчить динаміка показників рівнів подолання дезадаптованості серед ветеранів експериментальної групи, що підтверджено результатами статистичної обробки, аналізу та інтерпретації отриманих даних.

Зміст програми спрямований на створення психологічних умов для цілісного подолання дезадаптованості у ветеранів і на вирішення конкретних

проблем, які виникають в емоційній, поведінковій, мотиваційній, комунікативній сферах у ветеранів АТО (ООС).

За результатами формувального експерименту було встановлено, що запропонована програма психокорекції вплинула на складові визначених у констатувальному дослідженні факторів дезадаптованості: «Неприймаючий особистісно-тривожний» (самоприйняття, особистісна тривожність, агресивність, ворожість, прийняття інших, негативне минуле), «Асоціально-емоційний ситуативно-тривожний» (емоційний комфорт (зниження емоційного дискомфорту), ситуативна тривожність). За складовими «Екстернально-гедоністичний» фактору – статистично значущих змін не виявлено.

Таким чином, результати формувального експерименту свідчать про ефективність запропонованої програми соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС).

Висновки до 3 розділу

Узагальнення результатів формувальної дослідно-експериментальної роботи дозволило зробити такі висновки:

На основі проведеного теоретичного аналізу та емпіричного дослідження особливостей дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) було розроблено програму соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) та спроектовано модель її практичної реалізації. Було визначено мету, завдання психокорекційної програми, що реалізовувалися відповідно до принципів корекційної роботи: єдності діагностики та корекції, цілісності особистості, нормативності розвитку, діяльності, гуманістичного ставлення до особистості, саморозвитку, самоусвідомлення та інших.

Спроектвана модель соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) складається з таких основних компонентів:

Етапи реалізації психокорекційної програми: організаційний, соціально-психологічного супроводу, інформаційно-просвітницький, індивідуальної,

групової корекції та оцінки ефективності. Застосовувалися засоби психокорекції: соціально-психологічний супровід (профорієнтаційна робота, здобуття вищої освіти, перепідготовка спеціалістів), організація тематичного дозвілля сімей ветеранів АТО (ООС), організація сімейних таборів ветеранів АТО/ООС, заходи активного відпочинку ветеранів АТО (ООС) та членів їх сімей); інформаційно-просвітницький блок (лекції, навчальні семінари, зустрічі з фахівцями різних спеціальностей (юристи, медики, соціальні працівники); блок індивідуальної психокорекції (індивідуальне консультування, дистанційне консультування (із застосуванням інтернет-ресурсів), блок групової психокорекції (групова психотерапевтична робота з ветеранами АТО (ООС) методом психодрами, групи підтримки з ветеранами АТО (ООС) та їх дружинами, тренінгова робота з дітьми ветеранів АТО (ООС) із застосуванням арт-терапії, імаготерапії, психодрами).

Засоби психокорекції впливали на визначені в емпіричному дослідженні компоненти факторної структури дезадаптованості: екстернаально-гедоністичний, неприймаючий особистісно-тривожний та асоціально-емоційний ситуативно-тривожний фактори. Прогностично очікувалися зміни на рівні емоційного, поведінкового, комунікативного та мотиваційного компонентів особистості ветеранів АТО (ООС).

За результатами формувального дослідження встановлено, що після участі у програмі соціально-психологічної корекції у ветеранів АТО (ООС) виявлено статистично значущі зміни за показниками соціально-психологічної адаптації/ дезадаптації (дезадаптованість, неприйняття себе, прийняття інших, неприйняття інших, емоційний комфорт, емоційний дискомфорт, внутрішній дискомфорт та ескапізм), у показниках емоційного (посттравматичного стресового розладу, агресивності, підозрілості, фізичної агресії, гніву, рівня ворожості, депресивних станів), поведінкового (копінг-поведінки орієнтації на емоції), комунікативного (агресивність у комунікації) та мотиваційного (показник мотивації) компонентах дезадаптованості. Встановлено статистично

значущі зміни у показниках ставлення до часових перспектив (гедоністичне теперішнє та негативне минуле).

Встановлено, що запропонована програма психокорекції вплинула на складові, визначених у констатувальному дослідженні, факторів дезадаптованості: «Неприймаючий особистісно-тривожний» (самоприйняття, особистісна тривожність, агресивність, ворожість, прийняття інших, негативне минуле), «Асоціально-емоційний ситуативно-тривожний» (емоційний комфорт (зниження емоційного дискомфорту)), ситуативна тривожність). За складовими «Екстернально-гедоністичний» фактору – статистично значущих змін не виявлено.

Таким чином, результати формувального експерименту свідчать про ефективність запропонованої програми соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС).

ВИСНОВКИ

Науково-психологічний аналіз наукових джерел та результати емпіричного дослідження дезадаптованості ветеранів АТО дали підстави для таких висновків:

1. Соціально-психологічна дезадаптованість ветеранів АТО (ООС) – це особистісна властивість, яка виникає внаслідок порушення соціальної адаптації після участі у військових діях, вона характеризується: переживанням довготривалих негативних емоційних станів, порушеннями пізнавальних процесів, деструктивними поведінковими та комунікативними стратегіями, змінами ціннісних орієнтацій, мотивації та суб'єктивно-оцінних ставлень особистості.

Розроблено структурно-функціональну модель дезадаптованості ветеранів антитерористичної операції, підґрунтям якої стали положення психофізіологічного, діяльнісного, когнітивного, психоаналітичного та гуманістичного напрямів. Основоположним конструктом зазначеної моделі є особистісна властивість ветеранів антитерористичної операції (операції Об'єднаних сил), що утворюється під дією соціальних та психологічних чинників.

Визначено соціальні чинники дезадаптованості ветеранів АТО (ООС): участь у військових діях; труднощі у працевлаштуванні, напружені відносини із членами сім'ї, рідними, друзями; потреба у здобутті вищої освіти або перекваліфікації для подальшого працевлаштування; недостатня соціально-психологічна допомога.

Було виокремлено внутрішні (психологічні) чинники психологічної дезадаптованості ветеранів АТО (ООС), що були згруповані в емоційному, комунікативному, поведінковому та мотиваційному компонентах, які проходять через призму самоствлення до часових перспектив.

Встановлено, що під час участі у військових діях ветерани АТО (ООС) зазнають травмування, що впливає на емоційну, поведінкову, комунікативну та

мотиваційну особистісні сфери та особистісні ставлення, що потребує їх залучення до програм соціально-психологічної корекції. Встановлено, що до участі у програмах соціально-психологічної корекції важливо залучати всіх членів сім'ї учасників АТО (ООС).

Встановлено, що соціально-психологічна корекція дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) – це система соціально-психологічних заходів, спрямована на виправлення утворених внаслідок участі у бойових діях змін емоційної, поведінкової, комунікативної, пізнавальної, мотиваційної сфер та ставлень ветеранів АТО (ООС) та членів їх сімей.

2. Відповідно до спроектованої структурно-функціональної моделі дезадаптованості ветеранів АТО, було підібрано психодіагностичний інструментарій та скомпоновано схему проведення констатувального дослідження особливостей дезадаптованості ветеранів АТО (ООС).

У запропонованій схемі проведення констатувального дослідження визначено етапи проведення дослідження та психодіагностичний інструментарій дослідження особливостей дезадаптованості ветеранів АТО/ООС: дослідження особливостей дезадаптованості, соціальних чинників дезадаптованості та психологічних чинників дезадаптованості (емоційний, поведінковий, комунікативний, мотиваційний компоненти та ставлення до часових перспектив).

3. Емпірично виявлено (за результатами факторного дисперсійного аналізу даних за досліджуванним психодіагностичним інструментарієм) трикомпонентну факторну структуру дезадаптованості ветеранів АТО (ООС). До зазначеної структури увійшли такі фактори: «Екстернально-гедоністичний», «Неприймаючий особистісно-тривожний», «Асоціально-емоційний ситуативно-тривожний».

За результатами факторизації даних дослідження було виявлено шестикомпонентну структуру адаптованості ветеранів АТО (ООС), до складу якої увійшли фактори: «Відсторонено-дистанціюючий», «Зовнішньо-

ресурсний», «Внутрішньо-ресурсний», «Міжособово-діяльнісний», «Здоров'я спрямований», «Гедоністично-фаталістичний».

Психокорекційна робота була спрямована на визначені в констатувальному дослідженні факторні структури дезадаптованості ветеранів АТО/ООС.

4. На основі проведеного теоретичного аналізу та емпіричного дослідження особливостей дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) було розроблено програму соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) та спроєктовано модель її практичної реалізації. Визначено мету, завдання психокорекційної програми, що реалізовувалися відповідно до принципів корекційної роботи: єдності діагностики та корекції, цілісності особистості, нормативності розвитку, діяльності, гуманістичного ставлення до особистості, саморозвитку та самоусвідомлення тощо.

Спроєктована модель соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС) складається з таких основних компонентів:

Етапи реалізації психокорекційної програми: організаційний, соціально-психологічного супроводу, інформаційно-просвітницький, індивідуальної, групової корекції та оцінки ефективності.

Засоби психокорекції: соціально-психологічний супровід (профорієнтаційна робота (здобуття вищої освіти, перепідготовка спеціалістів)), організація тематичного дозвілля сімей ветеранів АТО (ООС), організація сімейних таборів ветеранів АТО (ООС), заходи активного відпочинку ветеранів АТО (ООС) та членів їх сімей); інформаційно-просвітницький блок (лекції, навчальні семінари, зустрічі з фахівцями різних спеціальностей (юристи, медики, соціальні працівники); блок індивідуальної психокорекції (індивідуальне консультування, дистанційне консультування (із застосуванням інтернет-ресурсів), блок групової психокорекції (групова психотерапевтична робота з ветеранами АТО (ООС) методом психодрами, групи підтримки з ветеранами АТО (ООС) та їх дружинами, тренінгова робота з дітьми ветеранів АТО (ООС) із застосуванням арт-терапії, імаготерапії, психодрами).

Засоби психокорекції впливали на визначені в емпіричному дослідженні компоненти факторної структури дезадаптованості: екстернально-гедоністичний, неприймаючий особистісно-тривожний та асоціально-емоційний ситуативно-тривожний фактори. Прогностично очікувалися зміни на рівні емоційного, поведінкового, комунікативного та мотиваційного компонентів особистості ветеранів АТО (ООС).

За результатами формувального дослідження встановлено, що після участі у програмі соціально-психологічної корекції у ветеранів АТО (ООС) виявлено статистично значущі зміни за показниками емоційного, поведінкового, комунікативного та мотиваційного компонентів дезадаптованості. Встановлено статистично значущі зміни у показниках ставлення до часових перспектив.

Встановлено, що запропонована програма психокорекції вплинула на складові факторів дезадаптованості визначені у констатувальному дослідженні: «Неприймаючий особистісно-тривожний» (самоприйняття, особистісна тривожність, агресивність, ворожість, прийняття інших, негативне минуле), «Асоціально-емоційний ситуативно-тривожний» (емоційний комфорт (зниження емоційного дискомфорту), ситуативна тривожність)). За складовими «Екстернально-гедоністичний» фактору – статистично значущих змін не виявлено.

Таким чином, результати формувального експерименту свідчать про ефективність запропонованої програми соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС).

Проведення дослідження не вичерпує всіх аспектів окресленої проблеми. Перспективи подальших досліджень у межах зазначеної проблеми ми вбачаємо у вивченні ефективних умов особистісної самореалізації учасників АТО (ООС).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамов Є. В. Адаптація військовослужбовців, звільнених в запас як інструмент забезпечення їх конкурентоспроможності на ринку праці. *Економіка і організація управління*, 2016. №2 (22). С. 259-265.
2. Адлер А. Наука жить : пер. с англ. и нем. Киев : PORT-ROYAL, 1997. 288 с.
3. Адлер А. О невротическом характере : пер. с англ. и нем. Санкт-Петербург : Университетская книга, 1997. 250 с.
4. Айзенк Г. Ю. Структура личности. Пер. с англ. О. Исакова, И. Авидон, О. Шеховцев, А. Шишко. Санкт-Петербург : Ювеста, 1999. 464 с.
5. Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи (модульний курс дистанційного навчання) / А. Капська, О. Безпалько, Р. Вайнола; за заг. наук. Ред. А. Капської. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2002. 164 с.
6. Алалыкина Н. Н. Эффективность психолого-акмеологической реабилитации военнослужащих : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13. Москва : РГБ, 2003. 200с.
7. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посіб. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.
8. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды. Москва : Педагогика, 1980. Т. 1. 230 с.
9. Анохин П. К. Узловые вопросы функциональной системы. Москва : Наука, 2002. 197 с.
10. Антипов В. В. Психофизиологическая адаптация к экстремальным ситуациям. Москва : ВЛАДОС-пресс, 2004. 173 с.
11. Балл Г. М. Понятие адаптации и его значение для психологии личности. *Вопросы психологии*. 1989. №1. С. 92–100.
12. Барбру Леннер-Аксельсон, Ингела Тюлефорс. Психосоциальная помощь населению. Москва : Наука, 1998. 232 с.

13. Бачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники : учеб. пособ. 3-е изд., перераб. и доп. Москва : Ось-89, 2007. 259 с.
14. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград : Наука, 1988. 270 с.
15. Бернс Р. Развитие Я – концепции и воспитание. Москва : Прогресс, 1986. 422 с.
16. Бессараба О. Ю. Деадаптація як наукова категорія. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя, 2019. №1. С. 139–144.
17. Бессараба О. Ю. Особливості психології деадаптації ветеранів АТО. Модель деадаптації. *Сучасні підходи соціально-економічного розвитку регіонів : Теорія і практика : монографія.*, Ополе (Польща), 2020. С. 204–212.
18. Бессараба О. Ю. Психологічні особливості деадаптації учасників антитерористичної операції. *Габітус : науковий журнал / Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій*. 2021. №23. С. 34–38.
19. Бессараба О. Ю. Структурні компоненти деадаптації учасників антитерористичної операції. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2021. Т. 32(71), №2. С. 34–41.
20. Бех І. Д. Духовні цінності в розвитку особистості. *Педагогіка і психологія*. 1997. №1. С. 124–129.
21. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. Київ, 2006. 80 с.
22. Блінов О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2013. Т. VII. Екологічна психологія. Вип. 32. С. 15–20.
23. Бодров В. Проблемы профессионального психологического отбора. *Психологический журнал*. 1985. № 2. С. 103–106.
24. Боярин Л. В. Теоретичний аналіз вивчення проблеми соціальної

адаптації у психологічній літературі. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2013. № 3(32). С. 223–227.

25. Братусь Б. С. Про механизмы целеположения. *Вопросы психологии*. 1977. №2. С. 121–124.

26. Бугерко Я. Рефлексивна організація модульно-розвивального навчання. *Віта культурний млин* : методологічний альманах. 2010. Модуль 11. С. 17–23.

27. Буковська О. О. Психологічна допомога сім'ям військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т. Г. Шевченка*. 2015. № 128. С. 29–32.

28. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. 2015. Вип. 2(43). С. 176–181.

29. В Україні більше тисячі ветеранів АТО наклали на себе руки – Третьяков. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2447847-v-ukraini-bilse-tisaci-veteraniv-ato-naklali-na-sebe-ruki-deputat-bpp.html>

30. Василюк Ф. Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. Москва : МГУ, 1984. 200 с.

31. Васьківська С. В. Соціально-психологічний супровід клієнтів: технологія ведення консультативного діалогу : навч. посіб. Київ : В. Главник, 2006. 128 с.

32. Вачков И. Окна в мир тренинга. Методологические основы субъектного подхода к групповой работе : учеб. пособие : Санкт-Петербург : Речь, 2004. 272 с.

33. Вачков И. В. Психология тренинговой работы: содержательные, организационные и методические аспекты ведения тренинговой группы. Москва : Эксмо, 2007. 416 с.

34. Вдовиченко Т. Соціальна та професійна адаптація звільнених військовослужбовців як об'єкт фінансового забезпечення. *Світ фінансів*. 2017.

№1 (50). С. 166–180.

35. Візнюк І. М. Критеріально-результативна складова моделі поведінки особистості з іпохондричними розладами. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. № 3(1). С. 41–53.

36. Візнюк І. М. Психосоматичне здоров'я як фактор психологічної стійкості людини. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. Київ, 2021. Вип. 13 (58). С. 17–25.

37. Візнюк І. М. Соціально-психологічні особливості адаптації особистості в аспекті збереження здоров'я. *Теоретичні і прикладні проблеми психології* : зб. наук. пр. Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. №3 (53). Т.3. С. 19–30.

38. Выготский Л. С. Мышление и речь. Собр. соч. Т. 2. Москва : Педагогика, 1982. С. 5–361.

39. Выготский Л. С. Педагогическая психология. Москва : Педагогика, 1991. 480 с.

40. Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6-ти т. Т.5: Основы дефектологии / под. ред. Т. А. Власовой. Москва : Педагогика, 1983. 368 с.

41. Витакер Д. С. Группы как инструмент психологической помощи. Пер. с англ. В. П. Чурсина. Москва : Независимая фирма «Класс», 2006. 432 с.

42. Волинець Н. В., Комарніцький Б. Л. Результати емпіричного дослідження емоційно-вольової стійкості військовослужбовців ЗСУ. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України (друковане видання)*. 2017. 3(8). С. 43–56.

43. Волинець Н., Лазарева О. Робота психолога військової частини з подолання стресового стану бійців в умовах сучасної війни. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : психологічні науки* / гол. ред. О. Ф. Волобуєва. Хмельницький : Видавництво НАДПСУ, 2018. № 3(11). С. 22–34.

44. Волинець Н. В., Лоевська Н. В. Психологічні особливості

військовослужбовців – учасників АТО з посттравматичним стресовим розладом (результати емпіричного дослідження). *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2018. № 15 (1). С. 133–135.

45. Волков А. М., Микадзе Ю. И., Солнцева Г. Н. Деятельность: структура и регуляция (психологический анамнез). Москва : Изд-во СГУ, 1987. 215 с.

46. Воложин А. И., Субботин Ю. К. Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления. Москва : Изд-во МГУ, 1987. 34 с.

47. Вольнова Л. М. Попередження психологічної дезадаптації поранених у системі соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2017. Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 15. С. 76–84.

48. Гаджиева И. М., Микитина Н. Н., Кислинская Н. В. Основы самосовершенствования: Тренинг самосознания. Екатеринбург : Деловая книга, 1998. 144 с.

49. Газман О. С. Педагогика свободы: путь в гуманистическую цивилизацию XXI века. *Классный руководитель* / гл. ред. В. М. Лизинский. 2000. №3. С. 6–33.

50. Гальперин П. Я. Происхождение и современное состояние когнитивной психологии. *Вопросы психологии*. 1983. №3. С. 159–161.

51. Гештальт и психодрама в работе с детьми и родителями / под общ. ред. Н. Б. Долгополова, И. С. Дьяченко, Е. В. Шувариковой. Москва : ГиП, 1997. 50 с.

52. Глозман Ж. М. Общение и здоровье личности : учеб. пособ. Для студ. высш. учеб. заведений. Москва : Академия, 2002. 53 с.

53. Глэддинг С. Психологическое консультирование. 4-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 736 с.

54. Горбенко Д. А. Організаційно-правові та методичні засади удосконалення діяльності психологічної служби МВС України : дис. ... канд. юрид. наук (д-ра філософії) : 19.00.06 / М-во внутрішніх справ України, Нац. академія внутрішніх справ. Київ, 2018. 307 с.

55. Гошовська О. Первинні механізми психологічного захисту та вікова динаміка їх застосування : теоретико- емпіричний ракурс інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології. 2012. Т. 24, ч. 6. С. 112–119. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/pzpp_2012_24_6_16.pdf

56. Гремлинг С., Ауэрбах С. Практикум по управлению стрессом. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 240 с.

57. Григорьева В. Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. Нижний Новгород : Изд-во Нижегородской гос. мед. акад., 2004. 6 с.

58. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики: введение в психологию активности. Москва : Изд-во МГУ, 1987. 157 с.

59. Гринберг Дж. Управление стрессом : монография : Санкт-Петербург : Речь, 2004. 257 с.

60. Гришина Н. В. Психология конфликта. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 464 с.

61. Громова О. Н. Конфликтология. Москва : ЭКМОС, 2000. 320 с.

62. Гроховадский Л. Я., Губин В. А., Ишимов М. Н. Профессионально важные качества военнослужащих контрактной службы. *Актуальные психолого-педагогические проблемы подготовки специалиста* / под. ред. Р. М. Салимова-Стерлимак : СГПА им. Зайнаб Биешеба, 2008. С. 91–93.

63. Групповая психотерапия / под. ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. Москва : Медицина, 1990. 384 с.

64. Гуманистическая и трансперсональная психология : хрестоматия / сост. К. В. Сельчак. Минск : Харвест АСТ, 2000. 320 с.

65. Гуменюк О. Є. Спонтанно-духовна організація Я-концепції

універсума : лекція. Тернопіль : Економічна думка, 2003. 40 с.

66. Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників АТО. Інформація щодо надання статусу учасника бойових дій. 2018. URL: <http://dsvv.gov.ua/dostup-do-publichnoji-informatsiji/informatsiya-schodonadannya-statusu-uchasnyka-bojovyh-dij.html>.

67. Джу́жа О. М., Гаркуша А. В. Актуальність кримінологічного дослідження екстремальних умов (ситуацій), що сприяють злочинності під час проведення антитерористичної операції. *Юридичний часопис Національної академії внутрішніх справ*. 2014. №2. С. 27–36

68. Дичив Т. Г. Методологические и социальные проблемы адаптации человека : дис. ... канд. психол. наук. Москва, 1973. 201 с.

69. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А., Пономаренко В. А. Готовность к деятельности в напряженных ситуациях: психологический аспект. Минск : Изд-во БЮГУ, 1985. 148 с.

70. Дьяченко М. И. Кандыбович Л. А. Психологические проблемы готовности к деятельности. Минск : Изд-во БГУ, 1976. 176 с.

71. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. Москва : Издательская группа «Прогресс», 1996. 592 с.

72. Єна А. І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. №1. С. 5–16.

73. Жаданюк А. С. Психологические особенности динамики формирования личностных качеств в условиях профессионального стресса (на материале деятельности работников спецподразделений на Северном Кавказе) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03. Ярославль, 2005. 198 с.

74. Жданов О. И. Технологии самосбережения в экстремальных условиях. Практикум для государственных служащих / ред. А. А. Деркач. Москва, 2003. 80 с.

75. Жиленко Р. Досвід США у запровадженні системи приятелів у роботі з ветеранами, що страждають на ПТСР. *Науковий вісник Ужгородського*

національного університету : серія: Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І. В. Козубовська. Ужгород : Говерла, 2017. Вип. 2(41). С. 102–104.

76. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. / Н. А. Агаєв та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

77. Зимбардо Ф. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. Санкт-Петербург : Речь, 2010. 352 с.

78. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219с.

79. Калмыкова Е. Особенности психотерапии посттравматического стресса. *Психологический журнал*. 2001. №4. С. 70–80.

80. Калшед Д. Травма и душа: Духовно-психологический подход к человеческому развитию и его прерыванию. Москва : Когитоцентр, 2015. 488 с. (Серия «Современная психотерапия»).

81. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий. Москва, 2003. URL: http://psiwar.narod.ru/lit/kara_3.htm.

82. Козинчук А. Найбільша проблема для демобілізованих бійців АТО – дезадаптація. URL: http://zik.ua/news/2015/09/03/psycholog_naybilsha_problema_dlya_demobilizovanyh_biytsiv_ato__dezadaptatsiya_621401.

83. Кондюкова В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посіб. Київ : Гнозіс, 2013. 116 с.

84. Комар Т. О. Психологічна характеристика внутрішньоособистісних конфліктів учасників АТО - ООС. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія .Т. 32 (71). №2. 2021. С. 129–135.

85. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М.: «Академический проект», 1999. С.16-21.

86. Кузікова С. В. Теорія і практика вікової психокорекції : навчальний посіб. Суми : ВТД «Університетська книга», 2000. 384 с.
87. Курпатов А.В. Руководство по системной поведенческой психотерапии. Москва: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 576с.
88. Лесков В. О. Психологічна реабілітація військовослужбовців запасу в системі мінімізації виявів негативних психологічних наслідків локальних воєнних конфліктів. *Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С.Костюка АПН України*. 2006. Т. VIII, № 3. С. 191–197.
89. Леонгард К. Акцентуированные личности. Київ : Вища школа, 1989. 392 с.
90. Либина А., Либин А. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными обстоятельствами. Стил ь человека: психологический анализ. Москва : Смысл, 1998. С. 190–204.
91. Ломакін Г. Прояви порушень реадaptaції учасників бойових дій у системі суспільних відносин. *Проблеми емпіричних досліджень у психології* / за ред. І. Данилюка, І. В. Ващенко. Київ : ОВС, 2012. С. 94–100.
92. Льовочкін В. А., Томчук М. І., Якимчук Т. В. Психічні стани особистості в установах виконання покарань : монографія. Хмельницький : НВП «Евріка», 2003. 148 с.
93. Макарова Т. И., Верещагин В. К. Изучение уровня тревожности и формирование стрессоустойчивости у студентов. Пятигорск, 2000. С. 206–207.
94. Маклаков А. Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих : дис. ...д-ра психол. Наук : 19.00.03. СПб, 1996. 395 с.
95. Маклаков А., Чермянін С., Шустов Е. Проблеми прогнозування психологічних наслідків локальних військових конфліктів. *Психологічний журнал*. 1998. №2. С. 15–27.
96. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. Київ : Видавництво ТОВ «КММ», 2006. 240 с.
97. Максименко С. Д. Генетическая психология (методологическая

рефлексия проблем развития психологии). Москва : Рефл-бук ; Киев : Ваклер, 2000. 320 с.

98. Максименко С. Д., Ложкин Г. В., Колосов А. Б. От психологического обеспечения к психологическому сопровождению. *Практична психологія та соціальна робота*. 2010. №2. С. 1–10.

99. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Москва : Эксмо, 2008. 928 с.

100. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога. Москва : Эксмо, 2005. 992 с.

101. Малкина-Пых И. Г. Семейная терапия. Москва : Эксмо, 2005. 992 с.

102. Мандрагеля В. Деякі проблеми адаптації досвіду капеланства західних армій до українських Збройних Сил. *Армія і духовність: свобода совісті та віровизнання* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Київ, 1995. С. 110.

103. Маслоу А. Мотивация и личность / пер. с англ. А. М. Татлыбаевой. СПб. : Евразия, 2001. 478 с.

104. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. Пер.с англ. Москва : Смысл, 1999. 424 с.

105. Маслоу А. Самоактуализация. Тексты / под ред. Ю. Ю. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1982. 324 с.

106. Массанов А. В. Психологічні бар'єри в професійному самовизначенні особистості : монографія. Одеса : Видавець М. П. Черкасов, 2010. 371 с.

107. Матиос А. А. Матиос рассказал, сколько военных покончило с собой в 2018 году. URL: <https://inforesist.org/v-2018-godu-33-voennyih-sovershili-samoubiystvo-novosti-ukrainyi>.

108. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти : зб. наук. пр. / за ред. В. І. Цимбалюка, А. М. Сердюка. Київ : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. 315 с.

109. Международная классификация болезней (10-й пересмотр).

Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / пер. с англ. под редакцией: Ю.Нуллера, С.Циркина. Киев : Сфера, 2005. 306 с.

110. Морено Я. Л. Психодрама / пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. 2-е изд. испр. Москва : Психотерапия, 2008. 496 с.

111. Москалець В. П. Психологічні основи виховання духовності в українській національній школі : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : спец. 9.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». Київ, 1996. 49 с.

112. Мушкевич М. І. Практична психологія в роботі із учасниками АТО. *Психологія: реальність і перспективи*. 2016. Вип. 6. С. 136–142.

113. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Ленинград : Изд-во ЛГУ, 1960. 426 с.

114. Мясищев В. Н. Психология отношений. Москва : Институт практической психологии ; Воронеж : НПО Модэк, 1995. 356 с.

115. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. 2-е изд., перероб. и доп. Москва : Эксмо, 2010. 368 с.

116. Напреенко А. К. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы). *Архив психиатрии*. 2001. №3 (26). С. 33–42.

117. Невмержицький В. М. Психологічні детермінанти адаптації військовослужбовців строкової служби до особливих умов діяльності : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Військовий гуманітарний ін-т Національної академії оборони України. Київ : ВГІ НАОУ, 2002. 231 с.

118. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. Санкт-Петербург : Речь, 2000. 507 с.

119. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего: [пер. с англ. Е. Ю. Патяевой, Н. Н. Толстых, В. И. Шевяховой]. Москва : Смысл, 2004. 608 с.

120. Обухов Я. Основы символдрамы. Вступ до основного ступеня. *Психологічний інструментарій*. Київ : Главник, 2007. 112 с.

121. Олиферович Н. И., Зинкевич-Кузьмина Т. А., Велента Т. Ф.

Психология семейных кризисов. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 360 с.

122. Оллпорт Г. В. Личность в психологии. Москва : Ювента ; Санкт-Петербург : Лекато, 1998. 345 с.

123. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособ. Для студентов вузов. Москва : ТЦ Сфера, 2004. 512 с.

124. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Київ, 2018. Т. 3. 236 с.

125. Островський О. О., Волинець Н. В. Заходи психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. № 14. С. 236–241. URL: 2017_14_56.

126. Павлов И. П. Мозг и психика: Избр. Психол. труды / под ред. М. Г. Ярошевского. Москва ; Воронеж, 1996. 320 с.

127. Павлов И. П. Полное собр. соч. Москва ; Ленинград, 1951. Т. 3, кн. 1/2.

128. Паламарчук О. М. Психологічні особливості формування соціальної компетентності сучасної молоді. *Рідна школа*. 2018. №9–12 (1060). С. 21–27.

129. Паламарчук О. М., Чухрій К. Л. До проблеми соціально-психологічної допомоги дітям учасників бойових дій в умовах антитерористичної операції. *Молодий вчений*. 2017. №8. С. 171–175.

130. Паронянц Т. П. Виникнення і прояв післятравматичних стресових розладів у працівників органів внутрішніх справ в умовах виконання миротворчої місії ООН (на прикладі колишньої Югославії) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Харків, 2004. 18 с.

131. Петровский В. А. Личность в психологии: парадигма субъективности. Ростов-на-Дону, 1996. 512 с.

132. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. Международная педагогическая академия. Москва, 1994. 680 с.

133. Підчасов Є. В. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової*

психології. Київ, 2011. С. 86–98.

134. Попелюшко Р. П. Результати дослідження психологічних особливостей комбатантів до та після участі у бойових діях. *Innovative solutions in modern science*. 2017. Т. 5, № 14. С. 78–91.

135. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарёв и др. Москва : Радуга, 2000. 134 с.

136. Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях: Закон України від 18.01.2018 №10.

137. Про статус ветеранів війни та гарантій їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 №45.

138. Про схвалення Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції на період до 2022 року : Розпорядження від 12 липня 2017 р. № 475-р Київ.

139. Про Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників антитерористичної операції, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в антитерористичній операції : Указ Президента України від 1 грудня 2016 року № 536/2016 / Верховна Рада України. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/5362016-20822>. 54.

140. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : метод. посіб. / упор. : Д. Д. Романовська, О. В. Ілашук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.

141. Психологічна та соціальна допомога очима ветеранів АТО : (Дослідження). МБФ «Відродження, Психологічна кризова служба України. 2016. URL: <http://www.psychservice.org/wpcontent/uploads/2016/03/>. Дослідження-«Психологічна-та-соціальна-допомогаочима-ветеранів-АТО».pdf

142. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов. Київ : Академвидав, 2006. 424 с. (Енциклопедія ерудита).

143. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник та ін. ; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.
144. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
145. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я : навч. посіб. / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк та ін. Київ : ІНКООС, 2002. 272.
146. Психология зависимости : хрестоматия / сост. К. В. Сельченко. Минск : Харвест, 2007. 592 с.
147. Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы. / отв. ред. Л. Г. Дикая, А. Л. Журавлев. Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. 624 с.
148. Психология личности. / под. ред. Ю. Ю. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1982. 320 с.
149. Психологія життєвої кризи / відп. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Агропромвидав України, 1998. 348 с.
150. Психологія суїциду : посібник / за ред. В. П. Москальця. Київ : Академвидав, 2004. 286 с.
151. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах : метод. рекомендації / Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Київ, 2014. 34с.
152. Пустовалова А. О. О факторах, определяющих адаптационную способность человека. *Психологические и социально-психологические особенности адаптации студентов* : материалы симпозиума. Ереван, 1973. С. 18–20.
153. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие. Самара. 2003. 672 с.
154. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. Санкт-Петербург : Питер, 2000. 656 с.

155. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад / за ред. К. Д. Бабова, І. Я. Пінчук, В. В. Стеблюка. Одеса, 2015. 240 с.
156. Реан А. А. Практическая психологическая диагностика личности. Санкт-Петербург : Изд-во Петербург. ун-та, 2000. 231с.
157. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти. Санкт-Петербург : Прайм–ЕВРОЗНАК, 2002. 652 с.
158. Ревасевич І. Психологічні концепції адаптації особистості у системному теоретичному обґрунтуванні. *Психологія і суспільство*. 2001. №4. С. 16–40.
159. Решетников М. М. Психическая травма. Санкт-Петербург : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. 322 с.
160. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога. В 2 кн. Кн. 2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приёмы и упражнения : учеб. пособие. Москва : Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2006. 477 с.
161. Реабілітація військових АТО в Україні. URL: http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=2572:reabilitatsiya-vijskovikh-ato-v-ukrajini&catid=8&Itemid=350.
162. Реабілітація українських ветеранів. URL: <https://ua.112.ua/statji/reabilitatsiia-ukrainskykh-veteraniv-tse-komus-vzahali-potribno-415455.html>.
163. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. Пер. с англ. Москва : ВЛАДОС, 1995. 529 с.
164. Роджерс К. Клиенто-центрированная терапия. Пер.с англ. Москва : Рефл-бук ; Киев : Ваклер, 1997. 320 с.
165. Розенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. Москва : Наука, 1984. 192 с.
166. Розум С. Психология социализации и социальной адаптации человека. Санкт-Петербург : Речь, 2007. 365 с.
167. Романчук О. Духовний супровід осіб з посттравматичним стресовим розладом / [відео]: 7 передач. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=>

8Lamo9KNBh8.

168. Сабанадзе І. О. Соціально-психологічні фактори дезадаптованості та її корекція у підлітків : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2000. 162с.

169. Сабуров В. В. Технологическая модель подготовки родителей для повышения коррекционной направленности воспитания в семье детей с нарушениями интеллекта и пути ее реализации : автореф. дис. ... канд. пед. наук. Екатеринбург, 1999. 23 с.

170. Санникова О. П., Кузнєцова О. В. Адаптивность личности : монография. Одесса : Издатель Н. П. Черкасов, 2009. 558 с.

171. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва : Прогресс, 1979. 123 с.

172. Сенявская Е. С. Психология войны в XX веке. Исторический опыт России. URL: https://www.ereading.club/chapter.php/1019663/22/Senyavskaya_-_Psihologiya_voyny_v_NH_veke._Istoricheskiy_opyt_Rossii.html

173. Слабинский В. Психотерапия : учеб. для вузов. Стандарт третьего поколения. Санкт-Петербург : Питер, 2020. 608 с.

174. Словарь практического психолога / сост. С. Ю. Головин. Минск : Харнест, 1998. 800 с.

175. Смирнов Б. А., Долгополова Е. В. Психология деятельности в экстремальных ситуациях. 2 изд. исправ., доп. Харьков : Изд-во Гуманит. Центр, 2007. 292 с.

176. Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. Санкт-Петербург : Издательство «Речь», 2005. 624 с.

177. Соколова Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Москва : SvR-Аргус, 1995. 360 с.

178. Соціально-психологічна адаптація ветеранів АТО: проблеми і шляхи їх вирішення / Ресурсний центр Гурт. URL: <https://gurt.org.ua/articles/32262>.

179. Соціально-психологічна та медична реабілітація учасників АТО URL:http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=861:reabilitatsiya-uchasnikiv-ato-2&catid=64&Itemid=376.

180. Соціологічна група «Рейтинг». Соціально-політичні настрої

населення: липень 2018. Київ. URL: http://ratinggroup.ua/getfile/297/rg_ukraine_072018_press.pdf.

181. Стюарт В. Работа с образами и символами в психологическом консультировании / пер. с англ. Н. А. Хмелик. Москва : Независимая фирма «Класс», 2007. 376 с.

182. Сыропятов О. Г. Клинические стандарты реабилитации комбатантов с боевой психической травмой : методическое пособие. «Автор», 2014. 50 с. URL: http://bookz.ru/authors/oleg-siropatov/klini4es_352/1-lini4es_352.html

183. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 272 с.

184. Теорія та практика медико-психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників АТО : монографія / Л. С. Кравчук та ін. ; за ред. М. Є. Чайковського. Хмельницький : ХІСТ, 2017. 278 с.

185. Титаренко Т. М. Вікові етапи саморозвитку особистості. *Українська психологія: сучасний потенціал* : матеріали Четвертих Костюківських читань (25 вересня 1996 р.): в 3т. / Товариство психологів України. Київ : Вид-во ДОК, 1996. Т. 3. 403 с.

186. «Тільки живи»: як врятувати ветерана від суїциду. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/30036757.html>

187. Тімченко В. О. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції : дис. ... канд. психол. наук. Харків, 2017. 81 с.

188. Тімченко В. О. Рефлекс придушення, або що заважає ветеранам АТО повернутися до звичайного мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2015. №18. С. 234–243.

189. Тимченко А. В. Психогении в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции. Харьков : ХВУ, 1995. 91 с.

190. Томчук М. І., Комар Т. О., Скрипник В. А. Психологічна адаптація до навчання студентів з особливими потребами. Вінниця : Глобус-Прес, 2005.

226 с.

191. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія: Педагогічні науки. 2015. №124. С. 231–232.

192. Тревога и тревожность / сост. и общ. ред. В. А. Астапова. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 256 с.

193. Уайт Майкл. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию. Москва : Генезис, 2010. 326 с.

194. Управління у справах ветеранів війни Департаменту соціальної та молодіжної політики Вінницької ОДА. Запит на отримання публічної інформації. URL: <https://www.vin.gov.ua/dep-smp>

195. Франкл В. Духовные основы общества. Москва : Республика, 1992. 511 с.

196. Франкл В. Человек в поисках смысла : сборник. Москва : Прогресс, 1990. 368 с.

197. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса : Санкт-Петербург : Речь, 2000. 320 с.

198. Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции. Москва : Наука, 1989. 456 с.

199. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения. Санкт-Петербург : пройм–ЕВРОЗНАК, 2002. 864 с. (психологическая энциклопедия).

200. Фромм Е. Душа человека. Пер. с англ. Москва : Прогресс, 1990. 269с.

201. Фурман А. В. Психодіагностика особистісної адаптованості : наукове видання. Тернопіль : «Економічна думка», 2000. 197 с.

202. Фурман А. В. Психокультура української ментальності. Тернопіль : Економічна думка, 2002. 132 с.

203. Хартманн Х. Эго-психология и проблема адаптации. Москва : Изд-во Институт общегуманитарных исследований, 2002. 189с.

204. Харченко О., Мраморнова О. Проблеми ветеранів антитерористичної операції на сході України. *Вісник ХНУ імені В. Н. Каразіна. Серія «Соціологічні дослідження сучасного суспільства: методологія, теорія, методи»*. 2016. Т. 37. С. 115–124.

205. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 607 с.

206. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : навч. посіб. 2 -е вид., випр. І доп. Київ : Професіонал, 2007. 544 с.

207. Чебикін О. Я., Павлова І. Г. Становлення емоційної зрілості особистості : монографія. / В. о. АПН України. Півден. Наук. Центр. Одеса : СВД Черкасов, 2009. 230 с.

208. Чиж І. М., Жиляев Е. Г. Актуальные проблемы психофизиологического обеспечения военно-профессиональной деятельности. *Военно-медицинский журнал*. 1998. Т. 319, № 3. С. 4–10.

209. Чухрій І. В. Особливості переживання психічної травми ветеранами АТО/ООС з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Психологічні засади розвитку, психодіагностики та корекції особистості в системі неперервної освіти. Науковий вісник КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти»* / за наук. ред. М. І. Томчука : зб. Матеріалів IV Подільської наук.-практ. Конф. з міжн. участю. Вінниця : ФОП Рогальська І.О., 2019. Вип. № 3(26). С. 155–157.

210. Чухрій І. В. Психологічні механізми соціальної адаптації ветеранів антитерористичної операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2019. Серія 19. Вип. 37. С. 178–186.

211. Чухрій І. Психологічні особливості переживання негативних емоційних станів ветеранами антитерористичної операції Об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Анімалотерапія в контексті розвитку сучасних методів комплексної реабілітації* : матеріали I Міжн. наук.-

практ. конф. «Анімалотерапія в контексті розвитку сучасних методів комплексної реабілітації» / за ред. А. Шевцова, М. Шеремет. Київ : Альянт, 2019. С. 109–111.

212. Чухрій І. В. Соціально-психологічні чинники виникнення дезадаптованості в осіб молодого віку з обмеженнями життєдіяльності. *Наука і освіта*. 2016. №9. С. 203–208.

213. Чухрій І. В., Билина Д. І. Особливості ціннісно-смислової сфери військовослужбовців, які брали участь в антитерористичній операції. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2019. №1. Т. 2. С. 153–158.

214. Шандрук С. К. Професійно значущі утворення особистості психолога як умова ефективної творчої діяльності. *ScienceRise*. 2015. №1(12). Т. 7. С. 66–70.

215. Шандрук С. К. Психологія професійних творчих здібностей : монографія. Тернопіль : Економічна думка, 2015. 357 с.

216. Шандрук С. К. Становлення креативності особистості: від творчого потенціалу до професіоналізму. *Психологія і суспільство*. 2017. №1. С. 139–144.

217. Шапарь В. Б. Психология кризисных ситуаций. Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. 452 с.

218. Шевчук В. І., Беляєва Н. М., Яворовенко О. Б. Соціальна реабілітація та її місце в комплексній реабілітації інвалідів-учасників антитерористичної операції : зб. наук. пр. співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017. № 27. С. 161–173.

219. Шльонська О. О. Розгляд поняття «адаптація» з погляду системного підходу. *Актуальні проблеми психології. Т. III.: Консультативна психологія і психотерапія* : зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ : Видавець Лисенко М.М., 2013. Вип. 9.

220. Шостром Э. Терапевтическая психология. Основы консультирования и психотерапия / пер. с англ. В. Абабкова, В. Гаврилова.

Санкт-Петербург : Сова ; Москва : Изд-во ЄКСМО, 2002. 624 с.

221. Штифурак В. С. Корекція дезадаптованості студентів-першокурсників в умовах вузу. *Теоретичні питання освіти та виховання*. Суми, 1999. Вип. №6. С. 21–26.

222. Шетценбергер А. А. Психодрама / пер. с фр. Г. Бутенко и К. Бутенко. Москва : Психотерапия, 2007. 448 с.

223. Щербатых Ю. В. Психология страха: популярная энциклопедия. Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 512 с.

224. Юнг К. Г. Конфликты детской души. Москва : Канон, 1994, 336 с.

225. Юнг К. Г. Душа и миф: шесть архетипов / пер. с англ. Киев : Гос. библ. Украины для юношества, 1996. 384 с.

226. Ягупов В. Військова психологія. Психічні процеси та умови їх активізації в військовій діяльності. Київ : ТанDEM, 2004. 656 с.

227. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції : навч. посібник. Київ : Либідь, 1996. 264 с.

228. Яценко Т. С., Кмит Я. М., Мошенская Л. В. Психоаналитическая интерпретация комплекса тематических психорисунков (глубиннопсихологический аспект). Москва : СИП РИА, 2000. 194 с.

229. Adler A. Social interest: A challenge to mankind. New York : Capricorn Books, 1964 . 200 p.

230. Bowlby J. Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*. 1961. № 42. P. 317–340.

231. Bowlby J. Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1963. 11. P. 500–541.

232. Buck P. S. Ref I Grebler, A. M. Parental attitudes toward mentally retarded children. *American Journal of mental Deficiency*, 1952. 56. P. 475–483.

233. Evans R. I. Carl Rogers: The man and his ideas. New York : Dutton, 1975.

234. Erikson E. The problem of ego identity / G. Pollock (Ed.), Pivotal papers on identification. Madison, CT: International Universities Press, 1993. 230 p.

235. Freud S. Mourning and melancholia. Standard Edition, 14. 1917, London : Hogarth Press, 1957. P. 243–258.
236. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*. 1944. P. 141–148.
237. The United Nations in Ukraine. «Four years of conflict in Ukraine leave 4.4 million people in a dire humanitarian situation». Accessed October. *Scientific Journal «ScienceRise: Biological Science»*. 2018. №5(14). 23 p.
238. Badenoch B., Cox P. Integrating interpersonal neurobiology with group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2010. 60(3). P. 462–481.
239. Cozolino L. The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain. New York, NY : Norton, 2002.
240. Fosha D. Dyadic regulation and experimental work with emotion and relatedness in trauma and disorganized attachment / In M. F. Solomon, D. J. Siegel (Eds.). *Healing trauma*. New York, NY : Norton, 2003. P. 221–281.
241. Levine P. Waking the Tiger: Healing trauma. Berkeley, CA : North Atlantic Books. 1997.
242. Ogden P., Minton K., Pain C. Trauma and the body. New York : Norton, 2006.
243. Porges S. Beyond the Brain: How the Vagal System Holds the Secret to Treating Trauma / National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine. 2013. URL: <http://www.nicabm.com>
244. Promoting mindfulness. In psychotherapists in training influences the retreat results of their patients / Grepmaier L. And other. 2007. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17917468>
245. Rothschild B. The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment. New York, NY : Norton, 2003.
246. Singer T., Klimeck O. Empathy and compassion. 2014. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2014/06.054>
247. Tollison P., Synatschek K., Logan G. Self-regulation for Kids K-12: *Strategies for calming minds and behavior*. Austin, TX: PRO-ED, 2011.

248. Vizniuk I. M. Social and Psychological Background for Emergence of Hypochondriacal Personality Disorders. *Zdrowie Publiczne (Polish Journal of Public Health)* is a scientific journal published by Medical University of Lublin. Lublin : Wydawnictwo Archidiektzji Lubeiskiey Gaudium Lublin : ul. Ogrodowa 12 – druk I oprawa, 2017. S. 81–85.

249. Zimbardo P. G. Just think about it: Time to take our time. *Psychology Today*. 2002. P. 62.

ДОДАТКИ

Додаток А.

Статистики вимірюваних показників

Показники шкал	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Середньо-квадр. відх.
	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика
MSCRP. адап.міс	150	33	130	74,60	21,541
RDI. адаптація	150	42	99	70,60	13,196
RDI. самоприйняття	150	36	100	75,15	17,012
RDI. прийняття інших	150	41	100	69,14	13,970
RDI. ем.комфорт	150	43	100	69,64	17,060
RDI. інтернальність	150	9	100	36,76	28,228
RDI. домінування	150	0	100	58,91	14,779
CISS. Вирішення задач	150	14	67	42,02	10,386
CISS. емоції	150	0	45	20,57	9,971
CISS. уникання	150	12	52	29,94	8,343
CISS. відволікання	150	1	26	12,20	4,798
CISS. соціального відволікання	150	1	21	12,02	3,418

Продовження додатку А.

Показники шкал	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Середньо-квadr. відх.
	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика
Thomas. суперництво	150	0	13	5,09	3,296
Thomas. співробітництво	150	2	11	5,66	1,864
Thomas. компроміс	150	3	13	7,68	2,208
Thomas. уникання	150	1	10	6,10	1,945
Thomas. пристосування	150	0	12	5,53	2,661
Agres. фізична	150	6	42	23,88	6,702
Agres. гнів	150	8	32	19,72	5,735
Agres. ворожість	150	6	41	18,74	7,172
Zunge. рівень депресії	150	17	63	35,52	9,227
Liri. авторитарний	150	0	17	7,72	4,381
Liri. егоїстичний	150	0	17	6,48	2,900
Liri. агресивний	150	0	17	7,34	2,951
Liri. підозрілий	150	0	17	4,73	3,818
Liri. підпорядкован.	150	0	17	5,19	3,294

Продовження додатку А.

Показники шкал	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Середньо-квадр. відх.
	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика
Liri. залежний	150	0	17	5,66	2,903
Liri. доброзичливий	150	0	17	7,10	3,464
Liri. альтруїстичний	150	0	21	7,13	4,379
С-Х. ситуативна тривожність	150	2	50	25,84	9,708
С-Х. особистісна тривожність	150	21	85	38,36	11,231
Zimbardo. негатив. минулого	150	1,2	5,0	2,952	,6867
Zimbardo. гедонізм у сучасному	150	1,4	4,0	2,812	,5389
Zimbardo. майбутнє	150	1,7	4,7	3,502	,5160
Zimbardo. позитив минулого	150	2,1	4,9	3,468	,5310
Zimbardo. фаталізм у сучасному	150	1,1	4,1	2,576	,5779

Продовження додатку А.

Показники шкал	N	Мінімум	Максимум	Середнє	Середньо- квадр. відх.
	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика	Статистика
ЕІс. мотивація досягнення	150	6	24	15,98	3,744
RSK. загальна	150	42	99	70,60	13,196
RSK. досягнень	150	36	100	75,15	17,012
RSK. невдач	150	41	100	69,14	13,970
RSK. сімей	150	43	100	69,64	17,060
RSK. проф	150	9	100	36,76	28,228
RSK. міжособове	150	0	100	58,91	14,779
RSK. здоров	150	1	4	2,58	,853

Додаток Б.

Порядок агломерації (кластерів)

Етап	Об'єднаний кластер		Коефіцієнти	Етап першого прояву		Наступний етап
	кластер			кластеру		
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	141	150	,000	0	0	78
2	140	149	,000	0	0	108
3	139	148	,000	0	0	78
4	138	147	,000	0	0	94
5	137	146	,000	0	0	58
6	136	145	,000	0	0	58
7	135	144	,000	0	0	98
8	134	143	,000	0	0	77
9	133	142	,000	0	0	77
10	19	21	72,600	0	0	47
11	79	81	146,200	0	0	48
12	61	62	221,800	0	0	50
13	31	33	297,400	0	0	49
14	70	72	377,000	0	0	54
15	37	39	456,600	0	0	51
16	13	15	537,200	0	0	53
17	85	86	618,800	0	0	56
18	25	26	702,400	0	0	57
19	52	53	787,000	0	0	60
20	22	23	871,600	0	0	59
21	16	17	956,200	0	0	69
22	34	35	1041,800	0	0	64
23	127	128	1129,400	0	0	63
24	112	113	1219,000	0	0	67
25	106	107	1308,600	0	0	61
26	28	29	1398,200	0	0	62
27	55	56	1492,800	0	0	68
28	7	8	1588,400	0	0	66
29	46	48	1685,000	0	0	65
30	58	59	1787,600	0	0	73
31	76	77	1896,200	0	0	72
32	1	2	2005,800	0	0	75
33	118	120	2123,400	0	0	96
34	88	89	2242,000	0	0	76
35	115	117	2361,100	0	0	101
36	82	83	2484,700	0	0	80

Продовження додатку Б.

Етап	Об'єднаний кластер		Коефіцієнти	Етап першого прояву		Наступний етап
	Кластер 1	Кластер 1		Кластер 1	Кластер 2	
37	64	65	2617,300	0	0	82
38	49	50	2750,900	0	0	79
39	124	125	2889,500	0	0	83
40	4	5	3035,100	0	0	89
41	130	131	3186,700	0	0	85
42	94	95	3348,300	0	0	84
43	10	11	3515,900	0	0	86
44	43	45	3686,500	0	0	92
45	73	74	3872,100	0	0	89
46	103	104	4068,700	0	0	88
47	19	20	4286,500	10	0	116
48	79	80	4509,967	11	0	126
49	31	32	4735,433	13	0	116
50	61	63	4970,233	12	0	115
51	37	38	5205,033	15	0	95
52	67	68	5442,633	0	0	111
53	13	14	5683,100	16	0	115
54	70	71	5924,567	14	0	125
55	40	41	6172,167	0	0	118
56	85	87	6431,633	17	0	134
57	25	27	6698,433	18	0	121
58	136	137	6965,633	6	5	94
59	22	24	7235,433	20	0	112
60	52	54	7506,567	19	0	107
61	106	108	7778,033	25	0	90
62	28	30	8058,833	26	0	104
63	127	129	8346,967	23	0	102
64	34	36	8635,767	22	0	107
65	46	47	8925,567	29	0	114
66	7	9	9225,700	28	0	100
67	112	114	9533,167	24	0	90
68	55	57	9843,633	27	0	95
69	16	18	10154,767	21	0	102
70	100	101	10470,367	0	0	109
71	91	92	10786,967	0	0	110
72	76	78	11138,100	31	0	103
73	58	60	11489,900	30	0	133
74	109	111	11876,000	0	0	129

Продовження додатку Б.

Етап	Об'єднаний кластер		Коефіцієнти	Етап першого прояву кластеру		Наступний етап
	Кластер 1	Кластер 1		Кластер 1	Кластер 2	
75	1	3	12283,467	32	0	122
76	88	90	12693,933	34	0	103
77	133	134	13125,133	9	8	98
78	139	141	13613,333	3	1	108
79	49	51	14104,800	38	0	120
80	82	84	14599,600	36	0	106
81	6	75	15147,290	0	0	97
82	64	66	15722,423	37	0	120
83	124	126	16302,223	39	0	110
84	94	96	16884,357	42	0	130
85	130	132	17492,490	41	0	106
86	10	12	18119,290	43	0	118
87	99	116	18798,465	0	0	91
88	103	105	19482,932	46	0	119
89	4	73	20196,312	40	45	97
90	106	112	20946,083	61	67	100
91	99	119	21806,008	87	0	105
92	43	44	22679,142	44	0	140
93	121	122	23587,742	0	0	131
94	136	138	24504,008	58	4	123
95	37	55	25654,407	51	68	104
96	97	118	26808,973	0	33	117
97	4	6	28105,907	89	81	123
98	133	135	29415,507	77	7	119
99	42	69	30771,927	0	0	111
100	7	106	32151,617	66	90	124
101	93	115	33532,104	0	35	117
102	16	127	34917,434	69	63	126
103	76	88	36309,434	72	76	124
104	28	37	37869,940	62	95	112
105	98	99	39537,930	0	91	127
106	82	130	41227,420	80	85	113
107	34	52	42998,083	64	60	114
108	139	140	45045,350	78	2	129
109	100	102	47108,150	70	0	136
110	91	124	49267,334	71	83	137
111	42	67	51560,344	99	52	137
112	22	28	54069,141	59	104	121

Продовження додатку Б.

Етап	Об'єднаний кластер		Коефіцієнти	Етап першого прояву кластеру		Наступний етап
	Кластер 1	Кластер 1		Кластер 1	Кластер 1	
113	82	110	56587,235	106	0	133
114	34	46	59147,301	107	65	122
115	13	61	61793,314	53	50	132
116	19	31	64472,066	47	49	143
117	93	97	67156,424	101	96	127
118	10	40	70112,256	86	55	128
119	103	133	73172,367	88	98	136
120	49	64	76259,717	79	82	128
121	22	25	79770,506	112	57	125
122	1	34	83453,152	75	114	132
123	4	136	87141,037	97	94	130
124	7	76	90927,891	100	103	138
125	22	70	94786,852	121	54	135
126	16	79	98705,405	102	48	138
127	93	98	102679,390	117	105	144
128	10	49	106653,784	118	120	139
129	109	139	111069,533	74	108	140
130	4	94	116124,015	123	84	139
131	121	123	122036,482	93	0	145
132	1	13	127989,112	122	115	134
133	58	82	134279,756	73	113	141
134	1	85	140774,134	132	56	135
135	1	22	148535,075	134	125	143
136	100	103	156311,487	109	119	142
137	42	91	165139,153	111	110	142
138	7	16	174165,767	124	126	141
139	4	10	183997,217	130	128	146
140	43	109	197551,933	92	129	145
141	7	58	211659,471	138	133	146
142	42	100	226182,350	137	136	144
143	1	19	249196,992	135	116	148
144	42	93	272680,771	142	127	147
145	43	121	301131,921	140	131	147
146	4	7	331430,281	139	141	148
147	42	43	363551,003	144	145	149
148	1	4	444604,009	143	146	149
149	1	42	787934,116	148	147	0

Додаток В.

Середні значення показників за трикластерною моделлю

№	Показник	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
1	MSCRP. адап.міс	91,84	66,44	60,69
2	RDI. адаптація	57,63	72,56	86,15
3	RDI. самоприйняття	59,26	77,78	94,77
4	RDI. прийняття інших	57,00	69,56	85,69
5	RDI. ем.комфорт	53,84	72,72	88,77
6	RDI. інтернальність	16,05	28,61	79,92
7	RDI. домінування	54,63	61,72	60,15
8	CISS. вирішення задач	40,21	43,89	42,08
9	CISS. емоції	28,32	19,72	10,38
10	CISS. уникання	27,58	29,61	33,85
11	CISS. відволікання	12,47	11,33	13,00
12	CISS. соціального відволікання	9,95	12,56	14,31
13	Thomas. суперництво	5,26	3,89	6,38
14	Thomas. співробітництво	5,26	6,17	5,54
15	Thomas. компроміс	7,58	8,28	7,00
16	Thomas. уникання	5,95	6,50	5,77
17	Thomas. пристосування	6,00	5,17	5,31
18	Agres. фізична	27,00	21,50	22,62

Продовження додатку В

№	Показник	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
19	Agres. гнів	22,58	19,67	15,62
20	Agres. ворожість	22,47	18,83	13,15
21	Zunge. рівень депресії	42,84	32,78	28,62
22	Liri. авторитарний	7,68	7,50	8,08
23	Liri. егоїстичний	7,11	6,11	6,08
24	Liri. агресивний	8,58	6,44	6,77
25	Liri. підозріливий	7,42	3,44	2,46
26	Liri. підпорядкований	6,74	4,61	3,69
27	Liri. залежний	5,58	5,50	6,00
28	Liri. доброзичливий	7,16	6,61	7,69
29	Liri. альтруїстичний	7,79	6,33	7,15
30	С-Х. ситуативна тривожність	34,21	22,17	18,69
31	С-Х. особистісна тривожність	45,89	35,39	31,46
32	Zimbardo. Негатив. минулого	3,33	2,96	2,39
33	Zimbardo. гедонізм у сучасному	3,01	2,85	2,48
34	Zimbardo. майбутнє	3,38	3,61	3,53
35	Zimbardo. позитив минулого	3,25	3,56	3,66
36	Zimbardo. фаталізм у сучасному	2,91	2,55	2,13
37	Elers. мотивація досягнення	16,47	15,06	16,54

Продовження додатку В

38	RSK. загальна	24,53	27,50	30,00
39	RSK. досягнень	6,84	8,94	9,15
40	RSK. невдач	7,00	7,50	8,15
41	RSK. сімей	5,37	6,11	6,85
42	RSK. професійне	5,11	5,39	5,15
43	RSK. міжособове	2,53	3,06	3,46
44	RSK. здоров'я	2,47	2,44	2,92

Додаток Г.

Статистична значущість відмінностей середніх значень
показників у виділених кластерах ANOVA

Назви шкал		Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Значимість
MSCRP. адап.міс	Між групами	9360,260	2	4680,130	18,252	,000
	Всередині груп	12051,740	147	256,420		
	Всього	21412,000	149			
RDI. адаптація	Між групами	6407,622	2	3203,811	90,353	,000
	Всередині груп	1666,558	147	35,459		
	Всього	8074,180	149			
RDI. самоприйняття	Між групами	9923,617	2	14961,808	50,553	,000
	Всередині груп	4613,103	147	98,151		
	Всього	14536,720	149			
RDI. прийняття інших	Між групами	6363,766	2	3181,883	50,708	,000
	Всередині груп	29149,214	147	62,7149		
	Всього	9312,980	149			
RDI. ем.комфорт	Між групами	9669,635	2	4834,817	44,465	,000
	Всередині груп	5110,445	147	108,733		
	Всього	114780,080	149			
RDI. інтернальність	Між групами	33553,232	2	16776,616	84,079	,000
	Всередині груп	9378,148	147	199,535		
	Всього	42931,380	149			
RDI. домінування	Між групами	506,056	2	253,028	1,116	,336
	Всередині груп	10657,724	147	226,760		
	Всього	11163,780	149			
CISS. вирішення задач	Між групами	125,121	2	62,561	,596	,555
	Всередині груп	14931,859	147	104,933		
	Всього	5056,980	149			
CISS. емоції	Між групами	2501,527	2	1250,763	27,031	,000
	Всередині груп	2174,793	147	46,272		
	Всього	4676,320	149			
CISS. уникання	Між групами	306,218	2	153,109	2,524	,091
	Всередині груп	2850,602	147	60,651		
	Всього	3156,820	149			

Продовження додатку Г.

Назви шкал	Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Значимість
CISS. .-відволікання	Між групами Всередині груп Всього	23,263 986,737 1010,000	2 147 149	11,632 20,994	,554 578
CISS. .-соціального відволікання	Між групами Всередині груп Всього	154,819 392,161 546,980	2 147 149	77,409 8,344	9,277 ,000
Thomas. суперництво	Між групами Всередині груп Всього	48,281 1476,539 524,820	2 147 149	24,141 10,139	2,381 ,104
Thomas. співробітництво	Між групами Всередині груп Всього	7,805 131,415 139,220	2 147 149	3,903 2,796	1,396 ,258
Thomas. компроміс	Між групами Всередині груп Всього	12,637 196,243 208,880	2 147 149	6,319 4,175	1,513 ,231
Thomas. уникання	Між групами Всередині груп Всього	4,745 1149,755 154,500	2 147 149	2,372 3,186	,745 ,480
Thomas. пристосування	Між групами Всередині груп Всього	7,211 315,269 322,480	2 147 149	3,605 6,708	,537 ,588
Agres. фізична	Між групами Всередині груп Всього	307,703 1789,577 2097,280	2 147 149	153,852 38,076	4,041 ,024
Agres. гнів	Між групами Всередині груп Всього	374,371 1125,709 1500,080	2 147 149	187,186 23,951	7,815 ,001
Agres. ворожість	Між групами Всередині груп Всього	670,691 1750,929 2421,620	2 147 149	335,345 37,254	9,002 ,000
Zunge. рівень депресії	Між групами Всередині груп Всього	1773,766 2154,714 3928,480	2 147 149	886,883 45,845	19,345 ,000

Продовження додатку Г.

Назви шкал		Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Значимість
Liri. авторитарний	Між групами	2,552	2	1,276	,065	,937
	Всередині груп	917,528	147	19,522		
	Всього	920,080	149			
Liri. егоїстичний	Між групами	11,990	2	5,995	,756	,1475
	Всередині груп	372,1490	147	7,925		
	Всього	384,480	149			
Liri. агресивний	Між групами	147,836	2	23,918	3,199	,050
	Всередині груп	351,384	147	7,1476		
	Всього	399,220	149			
Liri. підозріливий	Між групами	234,193	2	117,097	11,702	,000
	Всередині груп	1470,307	147	10,007		
	Всього	704,500	149			
Liri. підпорядкований	Між групами	80,6149	2	40,324	4,421	,017
	Всередині груп	428,731	147	9,122		
	Всього	509,380	149			
Liri. залежний	Між групами	2,088	2	1,044	,128	,880
	Всередині груп	383,132	147	8,152		
	Всього	385,220	149			
Liri. доброзичливий	Між групами	8,927	2	4,463	,379	,687
	Всередині груп	553,573	147	11,778		
	Всього	562,500	149			
Liri. альтруїстичний	Між групами	19,650	2	9,825	,1499	,610
	Всередині груп	924,850	147	19,678		
	Всього	944,500	149			
С-Х. ситуативна тривожність	Між групами	2238,293	2	1119,146	24,552	,000
	Всередині груп	2142,427	147	45,584		
	Всього	4380,720	149			
С-Х. особистісна тривожність	Між групами	1856,222	2	928,111	11,256	,000
	Всередині груп	3875,298	147	82,453		
	Всього	5731,520	149			
Zimbardo. негатив. минулого	Між групами	6,810	2	3,405	10,1477	,000
	Всередині груп	15,275	147	,325		
	Всього	22,085	149			

Продовження додатку Г.

Назви шкал		Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Значимість
Zimbardo. гедонізм у сучасному	Між групами	2,195	2	1,098	4,734	,013
	Всередині груп	10,898	147	,232		
	Всього	13,093	149			
Zimbardo. майбутнє	Між групами	,513	2	,256	1,059	,355
	Всередині груп	11,377	147	,242		
	Всього	11,890	149			
Zimbardo. позитив минулого	Між групами	1,568	2	,784	3,319	,045
	Всередині груп	11,101	147	,236		
	Всього	12,669	149			
Zimbardo. фаталізм у сучасному	Між групами	4,6149	2	2,325	10,305	,000
	Всередині груп	10,602	147	,226		
	Всього	15,251	149			
Elers. мотивація досягнення	Між групами	24,068	2	12,034	,885	,419
	Всередині груп	638,912	147	13,594		
	Всього	662,980	149			
RSK. загальна	Між групами	237,743	2	118,872	5,275	,009
	Всередині груп	1059,237	147	22,537		
	Всього	1296,980	149			
RSK. досягнень	Між групами	56,837	2	28,418	6,844	,002
	Всередині груп	195,163	147	4,152		
	Всього	252,000	149			
RSK. невдач	Між групами	10,288	2	5,144	1,654	,202
	Всередині груп	146,192	147	3,110		
	Всього	156,480	149			
RSK. сімей	Між групами	17,089	2	8,544	2,679	,079
	Всередині груп	1149,891	147	3,189		
	Всього	166,980	149			
RSK. проф	Між групами	,820	2	,410	,293	,7147
	Всередині груп	65,760	147	1,399		
	Всього	66,580	149			
RSK. міжособове	Між групами	7,008	2	3,504	4,462	,017
	Всередині груп	36,912	147	,785		
	Всього	43,920	149			

Продовження додатку Г.

Назви шкал		Сумма квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Значимість
RSK. здоров	Між групами	2,076	2	1,038	1,430	,2149
	Всередині груп	34,104	147	,726		
	Всього	36,180	149			

Додаток Д.

Середні значення показників за п'ятикластерною моделлю

№	Показник	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4	Кластер 5
1	MSCRP. адап.міс	86,75	66,44	119,00	72,00	55,67
2	RDI. адаптація	59,44	72,56	48,00	82,75	87,67
3	RDI. самоприйняття	61,75	77,78	46,00	89,00	97,33
4	RDI. прийняття інших	58,44	69,56	49,33	80,50	88,00
5	RDI. ем.комфорт	55,06	72,72	47,33	68,75	97,67
6	RDI. інтернальність	16,69	28,61	12,67	100,00	71,00
7	RDI. домінування	55,94	61,72	47,67	55,00	62,44
8	CISS. вирішення задач	40,13	43,89	40,67	<u>34,00</u>	45,67
9	CISS. емоції	26,63	19,72	37,33	14,75	8,44
10	CISS. уникання	27,81	29,61	26,33	37,25	32,33
11	CISS. .-відволікання	12,63	11,33	11,67	15,75	11,78
12	CISS. .-соціального відволікання	10,00	12,56	9,67	15,25	13,89
13	Thomas. суперництво	5,75	3,89	2,67	8,00	5,67
14	Thomas. співробітництво	5,00	6,17	6,67	5,50	5,56
15	Thomas. компроміс	7,56	8,28	7,67	4,50	8,11
16	Thomas. уникання	5,75	6,50	7,00	5,00	6,11
17	Thomas. пристосування	6,00	5,17	6,00	7,00	4,56
18	Agres. фізична	27,06	21,50	26,67	26,00	21,11
19	Agres. гнів	21,87	19,67	26,33	14,50	16,11
20	Agres. ворожість	20,69	18,83	32,00	13,75	12,89
21	Zunge. рівень депресії	40,50	32,78	55,33	31,50	27,33

Продовження додатку Д

№	Показник	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4	Кластер 5
22	Liri. авторитарний	8,25	7,50	4,67	5,25	9,33
23	Liri. егоїстичний	7,19	6,11	6,67	4,25	6,89
24	Liri. агресивний	8,38	6,44	9,67	6,25	7,00
25	Liri. підозрілий	6,81	3,44	10,67	3,25	2,11
26	Liri. підпорядкований	6,19	4,61	9,67	2,00	4,44
27	Liri. залежний	5,13	5,50	8,00	<u>4,50</u>	6,67
28	Liri. доброзичливий	7,25	6,61	6,67	<u>3,25</u>	9,67
29	Liri. альтруїстичний	7,94	6,33	7,00	1,50	9,67
30	С-Х. ситуативна тривожність	32,81	22,17	41,67	25,50	15,67
31	С-Х. особистісна тривожність	41,94	35,39	67,00	33,00	30,78
32	Zimbardo. негатив. минулого	3,16	2,96	4,27	2,45	2,37
33	Zimbardo. гедонізм у сучасному	2,89	2,85	3,63	2,43	2,50
34	Zimbardo. майбутнє	3,40	3,61	3,27	3,10	3,72
35	Zimbardo. позитив минулого	3,33	3,56	2,83	3,45	3,76
36	Zimbardo. фаталізм у сучасному	2,77	2,55	3,63	<u>1,90</u>	2,23
37	Elers. мотивація досягнення	16,50	15,06	16,33	15,25	17,11
38	RSK. загальна	25,13	27,50	21,33	27,50	31,11
39	RSK. досягнень	7,38	8,94	4,00	7,25	10,00
40	RSK. невдач	7,25	7,50	5,67	8,75	7,89
41	RSK. сімей	5,38	6,11	5,33	5,50	7,44
42	RSK. проф	5,38	5,39	3,67	5,00	5,22

Продовження додатку Д

№	Показник	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4	Кластер 5
43	RSK. міжособове	2,69	3,06	1,67	<u>3,00</u>	3,67
44	RSK. здоров	2,25	2,44	3,67	<u>2,50</u>	3,11

**Порівняльне дослідження показників дезадаптованості ветеранів АТО
(ООС) до та після участі в психокорекційній програмі за t-критерієм
Стьюдента для залежних виборок**

№	шкала	T _{ем}	T _{кр} При p ≤0,05	T _{кр} При p ≤0,01	Зона значимості
1	Міссісіпі	12.9	1.98	2.63	В зоні значимості
2	Адаптивність	0.9	1.98	2.63	В зоні незначимості
3	Дезадаптованість	6	1.98	2.63	В зоні значимості
4	Прийняття себе	1.1	1.98	2.63	В зоні незначимості
5	Неприйняття себе	5.2	1.98	2.63	В зоні значимості
6	Прийняття інших	4.1	1.98	2.63	В зоні значимості
7	Неприйняття інших	7	1.98	2.63	В зоні значимості
8	Емоційний комфорт	2,2	1.98	2.63	В зоні невизначеності
9	Емоційний дискомфорт	5,4	1.98	2.63	В зоні значимості
10	Внутрішній контроль	2	1.98	2.63	В зоні невизначеності
11	Внутрішній дискомфорт	4,8	1.98	2.63	В зоні значимості
12	Домінування	2.4	1.98	2.63	В зоні невизначеності
13	Підлеглість	2.4	1.98	2.63	В зоні невизначеності
14	Ескапізм	5.1	1.98	2.63	В зоні значимості

Продовження додатку Е.

№	шкала	Т ем	Т кр При р ≤0,05	Т кр При р ≤0,01	Зона значимості
15	Виріш. задач	1.1	1.98	2.63	В зоні значимості
16	На емоції	6.7	1.98	2.63	В зоні значимості
17	Стратегія уникнення	0.5	1.98	2.63	В зоні незначимості
18	Відволікання	1.2	1.98	2.63	В зоні незначимості
19	Соц. відволікання	1.8	1.98	2.63	В зоні незначимості
20	Суперництво	0.1	1.98	2.63	В зоні незначимості
21	Співробітництво	0.6	1.98	2.63	В зоні незначимості
22	Компроміс	0.8	1.98	2.63	В зоні незначимості
23	Уникання	1.5	1.98	2.63	В зоні незначимості
24	Пристосування	0.2	1.98	2.63	В зоні незначимості
25	Фіз. агресія	5.9	1.98	2.63	В зоні значимості
26	Гнів	5.6	1.98	2.63	В зоні значимості
27	Ворожість	4.9	1.98	2.63	В зоні значимості
28	Депресія	7.3	1.98	2.63	В зоні значимості
29	Авторитаризм	2	1.98	2.63	В зоні невизначеності

Продовження додатку Е.

№	шкала	Т ем	Т кр При р ≤0,05	Т кр При р ≤0,01	Зона значимості
30	Егоїстичність	2.5	1.98	2.63	В зоні невизначеності
31	Агресивність	3	1.98	2.63	В зоні значимості
32	Підозрілість	5.5	1.98	2.63	В зоні значимості
33	Підпорядкованість	2.6	1.98	2.63	В зоні невизначеності
34	Залежність	0.9	1.98	2.63	В зоні незначимості
35	Доброзичливість	0.3	1.98	2.63	В зоні незначимості
36	Альтруїзм	1.4	1.98	2.63	В зоні незначимості
37	Ситуативна тривожність	5.3	1.98	2.63	В зоні значимості
38	Особистісна тривожність	4.2	1.98	2.63	В зоні значимості
39	Мотивація	3.3	1.98	2.63	В зоні значимості
40	І заг	2	1.98	2.63	В зоні невизначеності
41	Ід	1	1.98	2.63	В зоні незначимості
42	Ін.	0.9	1.98	2.63	В зоні незначимості
43	Іс.	2	1.98	2.63	В зоні незначимості
44	Ів.	0.6	1.98	2.63	В зоні незначимості
45	І М.	1.6	1.98	2.63	В зоні незначимості
46	І зд.	2.3	1.98	2.63	В зоні невизначеності.

Програма соціально-психологічної корекції дезадаптованості ветеранів АТО (ООС)

Тренінг

Вступний етап (три заняття) направлений на формування групи, створення довіри між учасниками, формування позитивного відношення до групової психологічної роботи та підготовки ветеранів АТО (ООС) експериментальної групи до основної роботи. Важливі вправи, які допомагають запустити самоаналіз та рефлексію.

Це психогімнастичні вправи, які направлені на зменшення напруження, активізації ветеранів контрольної групи та включають креативність і спонтанність, крім того, дозволяє поринути в ситуацію «тут і тепер». (« Світ тварин», «Пантоміма», «Музикальні вправи»).

Вправа 1. «Тітонька з Бразилії»

Мета: Зняти напруження від попередньої вправи, активізувати учасників.

Час: 5хв.

Виконання вправи. Всі учасники виконують за ведучим певні рухи. Ведучий робить певні рухи, супроводжуючи їх фразами: “У мене є тітонька в Бразилії”, “У неї довгі вії”, ”У неї отакі руки”, “Вона любить плавати”, “І грати на піаніно”, “ І читати книги”, “І варити смачну їжу”, “Вона найкраща тітонька в світі”.

Вправа 2. Рухове розслаблення і злиття з ритмом музики

Метод такої роботи – свідоме й чуттєве сприйняття музичного ритму, що відбувається в русі, як в одному з найхарактерніших спонтанних життєвих виявів молоді, а також вироблення здатності психічно і соматично підкорятися ритму музики і зливатися з ним; повноцінне переживання почуттів евритмії і синтомії, гармонічного переплетення ритмів свого тіла з ритмом музики, моторної і тактильної корекції людини.

У цій роботі застосовують такі вправи: погойдування під звуки музики із закритими очима у ритмі музики, стоячи в колі і тримаючись за руки; довільно рухаючись під музику; злегка відбивати ритм музики тощо.

Крім того, використовувалися лекції, бесіди.

Міні - лекції:

1. Міні–лекція «Вплив стресу на здоров'я»

Час: 30 хв.

Стрес — це захисна реакція організму, що має допомогти йому подолати складні життєві ситуації. Викид у кров спеціальних гормонів («глюкокортикоїдів») підвищує тонус м'язів, збільшує кількість глюкози, зменшує потяг до сну. Ті самі гормони, що мобілізують організм на боротьбу, паралізують функції, які не є життєво необхідними в період стресу: страждає, насамперед, імунна система, порушуються процеси регенерації тканин, блокується вироблення статевих гормонів та гормонів росту тощо.

Аналізуючи інтерперсональну нейробіологію, ми говоримо про: три види стресу; схему мозкової травматизації; саморегуляцію; оптимальну зону збудження (дослівно: оптимальне вікно збудження); налаштування регуляції (дослівно: регуляційні налаштування); нейронна інтеграція.

«Найкраща річ в усьому навчанні – це зробити нашу нервову систему своїм союзником, а не ворогом» [252].

Вплив екстремальних стресових чинників за короткий проміжок часу, результатом чого є виникнення інтенсивних станів збудження, які перевищують внутрішні та зовнішні ресурси індивідуальної здатності до їхнього протистояння, вказує на гострий стрес.

Кумулятивний стрес - цей вид стресу нарастає протягом тривалого проміжку часу та залишає сліди пам'яті у нервовій системі, у тому випадку, коли немає можливості відпочити, відновитись або повернутися до базового рівня чи спокою. Попередній вплив травматичних подій може підвищити рівень кумулятивного стресу, зменшуючи при цьому здатність бути стійким до нового

стресу. Дуже важливо мати інформацію про індивідуальну історію кумулятивного стресу.

Позитивний стрес (еустрес). Стрес може також переживатися, як виклик. Якщо є досвід успішного його подолання, у деяких випадках, суб'єкт сприймає його позитивно.

Посттравматичне зростання (еустрес) пропонує інші можливості – позитивний та трансформативний вплив на індивіда, сім'ю чи цілу спільноту.

Стійкість визначають, як здатність повернутись у норму та змиритись з травматичними подіями / прийняти травматичний досвід. Адаптивні навички та практики, які можна засвоїти, і здатності/можливості, що можуть бути підсилені, створюють захисні фактори, що уможливлюють стійкість.

Найглибший мисленнєвий інсайт, якого ми можемо досягнути, – це розуміння того, що ми можемо змінювати нашу систему збудження.

Найважливіше, чого ми можемо навчитися – це те, як почати ці зміни з себе.

2. Міні-лекція «Переживання втрати»

У психології існує п'ять стадій прийняття стресової події, які цілком можна застосувати й до переживання стресу, пов'язаного з війною:

1. Заперечення, яке фактично рятує психіку від гостроти удару на початку. На кшталт «так це десь там, у китайців», «до нас не дійде».

2. Злість — маркер болю: несправедливо й боляче, цього не має бути, пошук винних. Чадо протестує та сперечається із дорослими. Усе тому, що в ізоляції діти не можуть жити нормальним, звичним для них життям.

3. Торг — дії направлені на ухилення від удару (ознайомлення з рекомендаціями МОЗ, симптомами, покупка антисептиків і масок).

4. Депресія — приходить повне усвідомлення того, що відбувається насправді.

5. Прийняття — інтенсивність емоцій поступово знижується, з'являється можливість подивитися на світ навколо й спробувати жити по-новому.

3. Міні -лекція: Нейробіологія психічної травми.

Поняття «психічна травма» вперше з'явилося в кінці 19 століття, але її визнали через 100 років. У 1892 році З. Фройд пише: «Травматичним впливом може бути будь-яка подія, яка викликає страждання, відчуття жаху, страху, сорому, душевного болю; і, розуміється, від чутливості потерпілого (рівно як і від умов) залежить ймовірність того, що ця подія набуде характеру травми».

Травма війни: Загроза життю і серйозного фізичного пошкодження. Поранення, бачити смерть інших чи поранення, полон, тортури, знущання, екстремальні умови. Вбивати/ранити інших. Сексуальне насильство, невідомість.

Система збудження. Збудження є фізіологічною активізацією, що супроводжується певними відчуттями в тілі. Енергія збудження мобілізує біологічні ланцюги (зв'язки) головного мозку, що запускають дію симпатичної нервової системи для підготовки індивіда до відповіді на сприйняття загрози:

- Збільшення адреналіну та кортизолу.
- Підвищення кров'яного тиску.
- Зміна дихання.
- Збільшення напруження в м'язах[253].

Включаються типи реагування: захист/ втеча/ступор.

- Тіло/організм активізує енергію збудження, що доступна для негайної розрядки через механізми захисту, втечі чи ступору.

- Якщо значущої розрядки збудження не відбувається, загальна регуляція гальмується, а система мозку, яка повідомляє про надзвичайну ситуацію, сигналізує, що мобілізація зберігається.

- Ця дисрегуляція збудження перешкоджає функціонуванню вищої коркової діяльності.

Порушення в збудженні можуть призвести до погіршення нормального функціонування: саморегуляції, когнітивних процесів, емоційних переживань, нормальної поведінки та соціальної взаємодії.

Травматичні симптоми не спричинені безпосередньо стресовою подією. Травма переживається через симптоми дисрегуляційного збудження. Якщо розглядати феномен травми через призму функціонування нервової системи, то це проблема порушення співвідношення дії посиленого збудження та здатності до саморегуляції, що призводить до втрати індивідом можливості залишатись у діапазоні оптимальної зони збудження та ізолює його від соціального чи групового розуму.

Гіперзбудження: паніка, розлади сну, кошмари, схвильованість, пришвидшене серцебиття, хронічний стрес, ізоляція, напруження м'язів, грудної клітки, кишково -шлункового тракту, нав'язливі думки, racing thoughts, надмірне занепокоєння

Гіпозбудження: дисоціація, уповільнення реакцій, заторможеність, втома, когнітивне та емоційне оціпеніння, ізоляція, двофазність, перепади настрою та пов'язані з цим спроби саморегуляції.

Симптоми дисрегуляції можуть розвинути у: посттравматичному стресі, компенсаторну травму, вторинний травматичний стрес, втому співчуття (емпатії):

- ослаблення здатності до саморегуляції;
- звуження вікна толерантності до афекту та збудження;
- підвищення схильності до вигорання;
- зниження мотивації та працездатності/продуктивності;
- збільшення емоційного дистанціювання;
- цинізм;
- емоційна та фізична втома;
- відчуття неповноцінності та безпорадності, зниження самооцінки.

Саморегуляція- здатність контролювати внутрішній рівень збудження та емоцій, здійснюючи більш адаптивний вибір поведінки під час вирішення яких-небудь труднощів (негараздів).

Саморегуляція уможливорює такі здатності, як:

- Розпізнавання своїх емоцій та здійснення контролю над ними.

- Уміння долати стрес без перенапруження чи його уникання.
- Розпізнавання емоцій інших людей.
- Можливість повертатися до спокою після стресу.
- Гнучкість у відображенні та реакціях/рефлексії.
- Можливість використовувати ці здібності у взаємостосунках.

Гострий або кумулятивний стрес можуть блокувати здатність залишатися в оптимальній зоні збудження.

Оптимальна зона збудження є своєрідним вікном толерантності до емоційної та фізіологічної активності, яку ми можемо витримувати без негативних для себе наслідків. Травма, ніби звужує наше вікно толерантності. Нашою ціллю в психокорекції є розширення цього вікна. Регуляція емоційної активності нервової системи однієї особистості впливає на емоційну регуляторну систему іншої.

Зразки занять.

Хід заняття.

Підготовчий етап.

День 1. «Знайомство».

Метою заняття є створення умов для кращого і швидкого знайомства учасників тренінгу, ознайомлення їх із принципами роботи групи, вироблення групових ритуалів, оволодіння ігровим стилем спілкування, визначення особистісних особливостей кожного учасника.

Зміст заняття.

Вправа «Знайомство»(10 хв.).

Керівник роздає папір і олівці. Кожний учасник ділить листок на чотири квадрати. Лівий верхній квадрат - своє ім'я в образі. Лівий нижній квадрат – хобі. Верхній правий – перераховуємо, що особливо подобається (в природі, людях, у собі). Нижній - те, що особливо неприємне для кожного в навколишньому середовищі.

Кожен знайомиться з кожним.

Обговорення:

- Що було для вас самим значимим при знайомстві один з одним?

Правила роботи групи (10 хв.)

Тренер: Кожний тренінг завжди починається з певних правил, і ми теж у житті дотримуємося певних правил.

Запитання: Тренер звертається до групи із запитанням: «Для чого в нашому житті існують різні правила?». Після відповідей учасників він пропонує прийняти правила роботи групи під час тренінгу, які записуються на плакаті «Правила роботи групи».

- Не запізнюватися.
- Добровільна участь у виконанні завдань.
- Спілкуватися за принципом «тут і тепер».
- Принцип персоніфікації висловлювань.
- Принцип наголошування мови почуттів.
- Принцип активності.
- Принцип довірливого спілкування.
- Принцип конфіденційності.

(Учасники обговорюють записані правила, складають їх остаточний варіант. Правила вивішуються на видному місці)

Вправа „Шеренга”(15 хв.)

Мета: поліпшити настрій в учасників, допомогти краще пізнати одне одного.

Тренер: зараз я буду називати, яким чином повинна сформуватися шеренга, а ви повинні ставати так, як я вам це запропоную.

1) Вишикуватися у шеренгу таким чином, щоб поряд із тренером знаходився найвищий, у кінці шеренги - найнижчий на зріст.

2) Біля тренера повинен стояти той, хто має найтемніше волосся, на протилежному кінці шеренги - світловолосий.

3) Початок шеренги - той, хто народився 1 січня, кінець - 31 грудня.

Вправа: Встаньте ті, хто....?

Вправа «Мої очікування» (5 хв.)

Тренер: Ми з вами познайомилися ближче. І ви, мабуть, ще не всі впоралися з хвилюванням. Когось наші незвичні вправи дивують. Спробуємо поділитися своїми думками. Для цього я дам вам аркуші клейкого паперу. Ви маєте 5 хвилин, щоб записати свої очікування стосовно наших занять. Далі треба вийти і, оголосивши, що ви очікуєте, закріпити свої листочки на нашому дереві.

Вправа «Зав'язування контактів» (25 хв.)

Мета: Дати можливість отримати досвід у зав'язуванні нових контактів, а також кращого знайомства з людьми та формування вміння першим ділитися з іншими своїми думками.

Тренер: Знайдіть у групі того, кого ти ще не знаєш або кого знаєш найгірше. Поділіться на пари. Протягом 3 хв кожен у парі нехай розкаже, якою людиною він є.

Тепер знайдіть когось іншого, кого погано знаєте, і розкажіть протягом 3 хв про дві найважливіші речі, які сталися з вами останнім часом. Те саме зробить ваш співрозмовник.

А тепер я вам запропоную деякі теми, а ви повинні проговорити їх у своїх парах.

Інші теми для розмови у парах:

- „Якою твариною я хотів би бути й чому?“
- „Що мені в собі найбільше подобається?“
- „Як би я хотів змінитися, якщо мав би можливість це зробити?“
- „Моя мрія“.

Обговорення:

- Яка тема була для вас найважчою? Чому?
- Що було легше - слухати чи розповідати про себе? Чому?
- Що дає нам ця вправа?

Вправа «Найщиріше побажання» (5 хв.)

Мета: створення позитивного емоційного фону, закріплення дружніх взаємин між учасниками .

Тренер: Давайте спробуємо побажати щось один одному. Але ми повинні висловити своє побажання не за допомогою слів, а за допомогою жестів, міміки, рухів.

Підсумкова рефлексія. Особлива увага звертається на негативні почуття, які виникали протягом дня.

ДЕНЬ 2

Сесія 1

Вправа «Здрастуйте, я радий з вами познайомитися»

Час: 20 хв.

Мета: Краще познайомити учасників групи, сприяти створенню позитивної атмосфери.

Обладнання: аркуші паперу для кожного учасника, ручки, фломастери.

Виконання роботи. Учасникам пропонується виготовити візитівку, тобто вказати на картці своє ім'я, яким буде користуватися протягом усього тренінгу.

Протягом 20 хв. Вам потрібно привітатися, як можна з більшою кількістю учасників, починаючи діалог словами: "Здрастуй, я радий з тобою познайомитися. Мене звати Саша. Більше всього я люблю читати."

Під час привітань потрібно підкреслювати свою індивідуальність, сказати так про себе, щоб ваш партнер зразу запам'ятав Вас.

Рефлексія даної вправи. Які були труднощі у виконанні даної вправи та що вразило?

Міні лекція: «Про психологію»

Час 10 хв.

Я люблю психологію - науку про душу, тому що мені досить цікава власна душа та душі інших людей. Пізнання кожної людини збагачує мене, показує унікальність кожної людини, якраз її неповторність. Ельза Хей говорила: "В світі немає двох краплинок води схожих одна на одну, немає двох однакових ромашок, так і немає двох людей подібних один на одного". У

кожного своя власна душа, яка досить цікава і неповторна. Психологами називають всіх, кого цікавить душа. Тому я можу назвати вас колегами.

Мені цікаві всі розділи психології, але найбільше мені подобається розділ практичної психології, який базується на тому, що психолог вірить у можливість допомогти собі та іншим людям у розв'язанні їх особистісних проблем, наприклад, таких:

- Як знайти і зберегти друзів та людей, яких любимо?
- Як зберегти та відновити душевну рівновагу?
- Як знайти ресурс для життя?
- Як досягнути більших можливостей?

Психолог вчиться сам і навчає інших навичок спілкування, розуміння, володіння собою, пошуку ресурсів, як стати мудрішим та добрішим і т.п.

Вправа «Постановка українських прислів'їв»

Час : 30 хв.

Мета: творча діяльність розвиває креативність, стимулює бажання індивіда спілкуватися, розширювати міжособистісні стосунки, це один із способів зменшити стан відмежованості та допомогти в самовираженні кожного учасника групи. Крім того, метод пантоміми сприятиме психічній релаксації і творчій стимуляції. Цей метод розвиває фантазію та уяву, спонтанність і креативність.

Виконання роботи: Група поділяється на 4 підгрупи за методом поділу “Квіти”. Кожна група протягом 20 хвилин має поставити пантомімо за трьома прислів'ями, щоб інші зрозуміли, про яке прислів'я йде мова.

Рефлексія виконаного завдання. Звертається увага на те, що допомагало у виконанні даного завдання, а що заважало.

Вправа «Підводний човен»

Мета : активізувати бажання жити, показати, що перед життям всі рівні, що всі мають однакові права і тільки тоді, коли ми це усвідомлюємо, можемо робити зрілий вибір, а не невротичний.

Час: 60хв.

Виконання вправи.

Інструкція. Ви всі команда підводного човна. Ваш човен терпить аварію. Вам потрібно покинути човен згідно зі складеним вами у короткий час спискуом але потрібно врахувати, що, хто вийде першим, у нього шансів більше врятуватися, а хто вийде останнім, у нього мало шансів врятуватися. Зараз приступайте до складання порядкового списку, згідно з яким ви будете виходити. Після цього виходьте.

Аналіз гри.

Питання для обговорення:

1. Чому Ви не сказали, що хочете вийти першими?
2. Що відчуваєте до тих, хто врятувався?
3. Що хочете сказати тим, хто врятувався?

Спостереження засвідчили, що ветерани пропускають вперед здорових людей, не даючи собі права жити та боротися за життя. Ніхто не заявив, що я хочу жити, чи я піду перший. При аналізі виявилось, що за цим криється прихований мотив: „Щоб мене любили і приймали таким, як я є”. Крім того студенти з обмеженими можливостями заявляють про небажання життя, що їм таке життя не приносить радості.

Рефлексія дня роботи: особлива увага звертається на негативні почуття, які виникали протягом дня.

Блок 2. Основний етап.

Основний етап психокорекції направлений на пропроцювання травмуючого досвіду, формування позитивного мислення, знаходження нових типів поведінки в стресових ситуаціях, розвиток упевненості в собі, навчання прийомів регуляції власної поведінки

Психолог звертається до учасників: сьогодні ми з вами зібралися, щоб краще познайомитися, розглянути питання «Що ж таке стрес, як він на нас впливає, як ми його переживаємо і як його подолати». У цьому нам допоможе сьогоднішня зустріч».

Вправа «Я переживаю стрес, коли...» (10 хв.)

Хід вправи: слід продовжити речення: «Я переживаю стрес, коли...»

Основна частина.

Психомалюнок «Я до війни», «Я під час війни», «Я після війни » 15-20

хв.

Мета: привернути увагу до внутрішнього стану оточення, з'ясувати головні стресори присутніх.

Рефлексія: стреси, які виникають у житті, можна уявити, як коридори, якими треба пройти: хто швидше, хто повільніше, хто важче, хто легше, однак пройти їх усе одно доведеться.

Стрес – це:

- проблеми на роботі;
- особистісні негаразди;
- нестабільне матеріальне становище;
- психічне напруження;
- невдачі, страхи, зриви;
- відчуття небезпеки;
- ДТП, аварії і т.д.

Вправа «Як подолати стрес» (правила душевної рівноваги) Пам'ятки.

10 хв.

Робота в групах. *Учасники об'єднуються у 2 групи* за принципом: троянда, ромашка.

Запитання тренера «Як ви вважаєте, чи можна подолати стрес?». Отож ми об'єдналися в групи для того, щоб напрацювати **«Поради як подолати стрес».**

У кожної групи для цього є 10 хв., після чого визначте по учаснику, який буде презентувати ваші напрацювання. Відбувається обговорення.

Після вправи усім учасникам роздаються пам'ятки *«Поради про подолання стресу»*

Тренер: Я пропоную вам долучити поради психолога, які допоможуть вам знімати емоційне напруження, змінювати власне відношення до різних ситуацій.

- Позитивні емоції, надія, оптимізм, вдячність, прийняття, цікавість, гумор.
- Просоціальна поведінка: позиція «назустріч» та збереження зв'язків з іншими людьми, на противагу відстороненню чи ізоляції.
- Саморегуляція - здатність залишатись у діапазоні оптимального збудження або надійно врегульовувати свій стан у ситуації дистресу.
- Сенсорна стабілізація - здатність залишатись уважним, а також присутнім та приземленим у тілі.
- Практика співчуття це позиція люблячої доброти та досягнення кращого розуміння та проникливості до страждань.

Вправа « Що позитивного в травмуючому досвіді »

Мета: переформування травмуючого досвіду.

Учасникам дається завдання написати коротко свою біографію, у якій була б показана трансформація травми. Рефлексія: проводиться обговорення результатів і обмін почуттями.

Вправа « Як я себе уявляю через півроку, рік, п'ять років ».

Мета: пошук ресурсів.

Підсумкова рефлексія. Особлива увага звертається на негативні почуття, які виникали протягом дня.

Завершальний етап включає узагальнення досвіду, отриманого ветеранами у процесі роботи тренінгу.

Блок роботи з ветеранами АТО (ООС) та членами їх сімей.

Вправа. Сімейні пари малюють малюнок : «Життєві цикли сім'ї». Кожна пара презентує свій малюнок і досліджує ,як війна вплинула на кризові періоди сім'ї.



**ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ**

вул. Митрополита Андрея, 10, м. Львів, 79016, тел.(032) 255-37-70, факс (032) 255-46-50,
e-mail: dszn.loda@gmail.com, Код ЄДРПОУ 25254902

№ 1510 № 101/0 На № _____ від 10.03.2021

Акт впровадження

1. Назва пропозиції для впровадження

Впровадження психокорекційної програми подолання соціально-психологічної дезадаптованості учасників бойових дій АТО/ООС.

2. Установа-розробник, поштова адреса, П.І.Б. авторів

Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, кафедра психології та соціальної роботи, Навчально-науковий інститут педагогіки, психології, підготовки фахівців вищої кваліфікації, 21000, м. Вінниця, вул. Острозького, 32, Бессараба Олена Юріївна.

3. Джерело інформації (назва, рік видання метод. рекомендації, інф. лист, посилання на патент, наукову статтю, монографію)

Матеріали дисертаційного дослідження «Дезадаптованість у ветеранів АТО та її соціально-психологічна корекція».

4. Назва установи

Управління соціального обслуговування Департаменту соціального захисту населення Львівської обласної державної адміністрації (79016, м. Львів, вул. Митрополита Андрея, 10).

5. Термін впровадження: 18.09.2019 - 20.10.2021рр.

6. Загальна кількість занять – 50 годин (проведення індивідуальних психологічних консультацій, телефонного консультування, дистанційного консультування (форуми, соц. мережі, програма ZOOM) ветеранів АТО/ООС, участь у програмі «Психосоціальна допомога ветеранам АТО/ООС та членам їхніх сімей».

7. Ефективність впровадження (відповідно до критеріїв, викладених в джерелі інформації)

1) Здійснене дослідження особливостей соціально-психологічної дезадаптованості ветеранів АТО/ООС.

2) Впроваджено психокорекційну програму подолання соціально-психологічної дезадаптованості учасників бойових дій.

3) Впроваджена психокорекційна програма подолання соціально-психологічної дезадаптованості складалась з двох компонентів: просвітницького блоку та блоку психокорекційної роботи.

4) В результаті участі у впровадженні психокорекційної програми у ветеранів АТО/ООС був підвищений рівень соціально-психологічної адаптації та знижені показники дезадаптованості. Ефективність впровадженої програми перевірено статистично.

Начальник управління соціального
обслуговування Департаменту соціального
захисту населення облдержадміністрації

Тетяна МЕДВІДЬ

**ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«УКРАЇНСЬКЕ ОБ'ЄДНАННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА
ВОЛОНТЕРІВ АТО»**

21050, місто Вінниця, вулиця Соборна, 72 офіс 113, телефон: +38(096) 215 71 58,
e-mail: ubdy.ato@gmail.com, <https://www.facebook.com/ukrainian-association-of-war-veterans-and-volunteers-ATO-Vinnica>
3712998597456117 Ідентифікаційний код 39530987, розрахунковий рахунок UA17026890000026002030326440 в ПАТ «ПРИВАТБАНК» місто Вінниця,
МФО 302689

№10

big 20.05.2021

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Бессарабі Олені Юріївни

Видана аспіранту кафедри психології та соціальної роботи Навчально-наукового інституту педагогіки, психології, підготовки фахівців вищої кваліфікації Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, Бессарабі Олені Юріївни, в тому, що упродовж 2019-2021 років на базі ГО «Українське об'єднання учасників бойових дій та волонтерів АТО у Вінницькій області» (21050, м. Вінниця, вул. Соборна 72, оф.113) проводилася робота по апробації дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня доктора філософії за темою «Дезадаптованість у ветеранів АТО та її соціально-психологічна корекція».

Автором за результатами проведеного емпіричного дослідження було розроблено і впроваджено психокорекційну програму. Запропоновані програмні заходи сприяли підвищенню рівня соціально-психологічної адаптації ветеранів АТО/ООС.

Голова правління



А. М. Слівінський



Громадська Організація
"ВА асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО"

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та
волонтерів АТО»

21000, м. Вінниця, 1-й пров. Пестеля, 7А,
(067) 709-34-48, infoato@ukr.net

ЄДРПОУ 40838778

ПАТ «УкрСкрббаню» МФО 351005 р/р 26001631442400

№4

10.04.2021

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Бессараби Олени Юріївни

Видана аспіранту кафедри психології та соціальної роботи Навчально-наукового інституту педагогіки, психології, підготовки фахівців вищої кваліфікації Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, Бессарабі Олені Юріївні, в тому, що упродовж 2019-2021 років на базі ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО» (21000, м. Вінниця, 1-й пров. Пестеля, 7А) проводилася робота по апробації дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня доктора філософії за темою «Деадаптованість у ветеранів АТО та її соціально-психологічна корекція».

Автором за результатами проведеного емпіричного дослідження було розроблено і впроваджено психокорекційну програму. Запропоновані програмні заходи сприяли підвищенню рівня соціально-психологічної адаптації ветеранів АТО/ООС.

Голова громадської організації

Леонід ГУМЕННИЙ



**ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОЇ ТА МОЛОДІЖНОЇ ПОЛІТИКИ**

вул. Хмельницьке шосе, 7, м. Вінниця, 21028, тел. (0432) 61-16-36

E-mail: dsmp@vin.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 40159685

1251 N 215/2

12.03.2021

Акт впровадження

1. Назва пропозиції для впровадження

Впровадження психокорекційної програми подолання соціально-психологічної дезадаптованості учасників бойових дій АТО/ООС.

2. Установа-розробник, поштова адреса, П.І.Б. авторів

Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, кафедра психології та соціальної роботи, Навчально-науковий інститут педагогіки, психології, підготовки фахівців вищої кваліфікації, 21000, м. Вінниця, вул. Острозького, 32, Бессараба Олена Юріївна.

3. Джерело інформації (назва, рік видання метод. рекомендацій, інф. лист, посилання на патент, наукову статтю, монографію)

Матеріали дисертаційного дослідження «Дезадаптованість у ветеранів АТО та її соціально-психологічна корекція».

4. Назва установи

Управління у справах ветеранів війни Департаменту соціальної і молодіжної політики Вінницької державної обласної адміністрації (21028, м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 7).

5. Термін впровадження: 18.09.2019 - 20.10.2021рр..

6. Загальна кількість занять – 50 годин (проведення індивідуальних психологічних консультацій, телефонного консультування, дистанційного консультування (форуми, соц. мережі, програма ZOOM) ветеранів АТО/ООС, участь у програмі «Психосоціальна допомога ветеранам АТО/ООС та членам їхніх сімей».

7. Ефективність впровадження (відповідно до критеріїв, викладених в джерелі інформації)

1) Здійснене дослідження особливостей соціально-психологічної дезадаптованості ветеранів АТО/ООС.

2) Впроваджено психокорекційну програму подолання соціально-психологічної дезадаптованості учасників бойових дій.

3) Впроваджена психокорекційна програма подолання соціально-психологічної дезадаптованості складалась з двох компонентів: просвітницького блоку та блоку психокорекційної роботи.

4) В результаті участі у впровадженні психокорекційної програми у ветеранів АТО/ООС був підвищений рівень соціально-психологічної адаптації та знижені показники дезадаптованості. Ефективність впровадженої програми перевірено статистично.

Начальник управління у справах ветеранів
війни Департаменту соціальної та молодіжної
політики облдержадміністрації



Андрій ГРАЧОВ

**Громадська організація
«ВІННИЦЬКЕ ОБЛАСНЕ ТОВАРИСТВО
ПСИХОЛОГІВ І ПСИХОТЕРАПЕВТІВ»**

21032, м.Вінниця, вул. Київська 52/51.
Тел.: (096) 22-02-066, e-mail: lilinemash@gmail.com

від Л.І. Ів. МДК № 21

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Бессараби Олени Юріївни

Видана аспіранту кафедри психології та соціальної роботи Навчально-наукового інституту педагогіки, психології, підготовки фахівців вищої кваліфікації Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, Бессарабі Олені Юріївні, в тому, що упродовж 2019-2020 років на базі ГО «Вінницьке обласне товариство психологів і психотерапевтів» (21000, м. Вінниця, Київська, 52/51) проводилася робота по апробації дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня доктора філософії за темою «Деадаптованість у ветеранів АТО та її соціально-психологічна корекція».

Автором за результатами проведеного емпіричного дослідження було розроблено і впроваджено психокорекційну програму. Запропоновані програмні заходи сприяли підвищенню рівня соціально-психологічної адаптації ветеранів АТО/ООС.

Директор «Вінницького
обласного товариства психологів і
психотерапевтів»



О.А.Дубас